

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Dana Hollá

Toxikománia, alkoholizmus a nikotinizmus u mládeže

Praha 2012

Vedúci diplomovej práce:

Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Dana Hollá

Drug abuse, alcoholism, and nicotine among young
people

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.

Vyhlasenie

Vyhlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe dňa 15. 3. 2012

Dana Hollá

Pod'akovanie

Chcela by som poďakovať svojmu vedúcemu diplomovej práce, Doc. PhDr. Kornelovi Čajkovi, CSc, za jeho cenné rady, odborné vedenie a metodickú pomoc, ktorú mi poskytol pri jej vypracovávaní.

Anotácia

Diplomová práca sa zaoberá témou toxikománie, alkoholizmu a nikotinizmu u mládeže. Teoretická časť rozoberá problematiku drog a drogových závislostí u mládeže. Popisuje kategórie drog, typológiu, štádiá a príčiny drogových závislostí. Samostatný priestor je venovaný legálnym drogám, a to alkoholizmu a nikotinizmu. V závere poukazuje na význam prevencie drogových závislostí. Praktická časť formou prieskumu zisťuje rozsah informovanosti mládeže o drogách a drogových závislostiach a postoje študentov k zneužívaniu drog. Ako metóda najlepšie vyhovujúca tomuto prieskumu bola zvolená metóda dotazníka, ktorý bol pre všetkých respondentov anonymný.

Kľúčové slová

alkohol, alkoholizmus, droga, drogová závislosť, fajčenie, nikotinizmus, prevencia, toxikománia.

Annotation

The thesis deals with the topic of drug addiction, alcoholism and nicotine abuse among young people. The theoretical part deals with the issue of drugs and drug addiction among young people. It describes categories of drugs, typology, stages and causes of drug addiction. A separate part is devoted to legal drugs, alcohol and nicotine. The conclusion mentions the importance of drug prevention. The practical part in the form of a survey shows the extent of awareness of youth about drugs and drug addiction and presents the attitudes of students to drug abuse. The questionnaire method was chosen as a method most suitable for the survey, which was for all respondents anonymous.

Key words

alcohol, alcoholism, drug, drug addiction, smoking, nicotinism, prevention, drug abuse.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČASŤ	11
1. Vymedzenie základných pojmov	11
2. Drogy a drogová závislosť	13
2.1 Kategórie drog	13
2.2 Drogová závislosť	15
2.3 Štádiá drogovej závislosti.....	16
2.4 Typológia drogových závislostí	17
2.5 Faktory a príčiny vzniku drogových závislostí u mládeže	24
3. Alkoholizmus	29
3.1 Charakteristika alkoholu.....	30
3.2 Štádiá alkoholovej závislosti	31
3.3 Alkoholové opojenie	32
3.4 Zdravotné následky užívania alkoholu	34
3.5 Alkohol a mládež.....	36
3.6 Liečba alkoholizmu	38
4. Nikotinizmus	41
4.1 Charakteristika tabaku	41
4.2 História tabaku	43
4.3 Typy a dôvody fajčenia	44
4.4 Zdravotné následky fajčenia.....	45
4.5 Fajčenie a mládež	48
4.6 Poradenstvo a liečba na odvykanie fajčenia.....	49
5. Prevencia drogových závislostí.....	51
5.1 Charakteristika a druhy prevencie	51
5.2 Prevencia drogových závislostí v rezorte školstva.....	54
5.3 Úloha učiteľa ako špeciálneho edukátora v prevencii drogových závislostí	57
EMPIRICKÁ ČASŤ.....	59
6. Popis prieskumu zistenia skúseností stredoškolských študentov s rôznymi druhmi drog a drogových závislostí.....	59

6.1 Cieľ prieskumu.....	59
6.2 Hypotézy prieskumu.....	60
6.3 Použité metódy	60
6.4 Harmonogram postupu	61
6.5 Realizácia prieskumu	61
6.6 Charakteristika prieskumnej vzorky.....	62
6.7 Interpretácia výsledkov prieskumu	64
6.8 Verifikácia hypotéz	85
6.9 Diskusia	86
6.10 Závbery a odporúčania pre prax	87
ZÁVER.....	89
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV	90
ZOZNAM GRAFOV.....	94
ZOZNAM PRÍLOH	95

ÚVOD

Problematike toxikománie, alkoholizmu a nikotinizmu sa v posledných rokoch venuje veľká pozornosť. Tieto závislosti sú veľmi nebezpečné, nakoľko postihujú organizmus človeka nepozorovane a ich účinky sa prejavujú až po určitom čase. Spôsobujú vážne až smrteľné ochorenia, pracovnú neschopnosť a aj trvalú invaliditu.

Súčasný spoločenský trend kladie na ľudskú psychiku čoraz väčšie nároky. Dôsledkom toho býva stres, prepracovanosť, nezhody v rodinách, a nedostatok času na deti. Z týchto negatívnych javov vzniká už u detí určitý sklon k závislostiam. Deti často siahajú po alkohole, cigaretách, a dokonca i po tvrdých drogách.

Konzumácia alkoholu, fajčenie cigariet a užívanie drog prinášajú so sebou okrem psychického utrpenia v rodinách aj nesmierne škody pre spoločnosť. Zasahujú do sociálnej, zdravotnej, ekonomickej, bezpečnostnej, kultúrnej ale aj politickej sféry života celej spoločnosti. Spoločnosť si postupne začína uvedomovať, aké nebezpečenstvo drogy predstavujú, a to nielen pre zdravý vývin mladej generácie, ale aj pre rodinu i celú spoločnosť.

Cieľom diplomovej práce je poukázať na negatíva u mládeže v oblasti užívania legálnych a nelegálnych drog, na charakteristiku drog, ich škodlivý účinok na zdravie jednotlivcov, príčiny vzniku drogových závislostí. Osobitne je venovaná pozornosť legálnym drogám, a to alkoholizmu a nikotinizmu.

Diplomová práca sa skladá z teoretickej analýzy problematiky a empirickej časti. Teoretická časť práce je spracovaná s využitím literárnej metódy, pomocou naštudovanej odbornej literatúry, časopisov a iných prameňov. Je rozčlenená do piatich kapitol.

V prvej kapitole sme charakterizovali pojmy súvisiace s užívaním drog. Obsahom druhej kapitoly je problematika drog a drogových závislostí. Popisujeme tu kategórie drog, drogovú závislosť, jej štádiá, typológiu drogových závislostí, faktory a príčiny vzniku drogových závislostí u mládeže. V tretej kapitole sme venovali pozornosť alkoholizmu, charakteristike

alkoholu, štádiám alkoholovej závislosti, alkoholovému opojeniu, zdravotným následkom užívania alkoholu, konzumácii alkoholických nápojov u mládeže a liečbe alkoholizmu. Obsahom štvrtej kapitoly je problematika nikotinizmu. Zaoberáme sa tu charakteristikou a históriou tabaku, typmi a dôvodmi fajčenia, zdravotnými následkami fajčenia, fajčením u mládeže ako i poradenstvom a liečbou na odvykanie fajčenia. Piata kapitola je venovaná prevencii drogových závislostí, jej charakteristike a druhom. V závere tejto kapitoly sa venujeme prevencii drogových závislostí v rezorte školstva.

Prieskumná časť práce obsahuje poznatky z vlastného empirického prieskumu zameraného na skúsenosti stredoškolských študentov s rôznymi druhmi drog a drogových závislostí, charakteristiku prieskumnej vzorky, interpretáciu výsledkov prieskumu, verifikáciu hypotéz, diskusiu, závery a odporúčania pre prax.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. VYMEDZENIE ZÁKLADNÝCH POJMOV

Pre lepšie pochopenie témy je nevyhnutné objasniť a priblížiť niektoré pojmy, ktoré sa v práci objavujú.

„**Toxikománia** je stav, ktorý vzniká v dôsledku opakovanej alebo chronickej intoxikácie organizmu nejakou drogou.“ (Kačániová, 2005, s. 10). Toxikomániu sprevádza takmer neobmedzená túžba drogu užívať a akýmkoľvek spôsobom ju aj získať (Kačániová, 2005).

Pojem toxikománia doplnila v roku 1964 WHO termínom **drogová závislosť** a charakterizuje závislosť ako „duševný a niekedy aj telesný stav vyplývajúci zo vzájomného pôsobenia medzi živým organizmom a drogou, charakterizovaný zmenami správania a inými reakciami, ktoré vždy zahŕňajú nutkanie brať drogu stále alebo opakovane pre jej účinky na psychiku a tiež preto, aby sa zabránilo nepríjemnostiam z jej neprítomnosti v organizme.“ (Ondrejko, Poliaková, et al. In: Juhasová, Pavelová, 2009, s. 61).

Droga je návyková látka, ktorá pôsobí priamo na mozog a na nervový systém, mení náladu, vnímanie alebo vedomie (Campbell, 2003).

Alkoholizmus je pravidelná a nadmerná konzumácia alkoholických nápojov. Pravidelnosť a nadmernosť pitia je veľkým rizikom rozvoja návykového správania s poškodzujúcimi účinkami nielen na pijúceho jedinca, ale aj rodinu a spoločnosť (Tokárová et al., 2009).

Nikotinizmus je otrava nikotínom, ktorá vzniká v dôsledku nadmerného fajčenia (Otvorený slovník cudzích slov, <<http://www.cudzieslova.sk>>, [cit. 2012-01-19]).

Abstinenčný syndróm je súbor príznakov, ktoré sa začnú prejavovať v prípade, keď hladina drogy v organizme klesne. Môže byť mierny, pomalý, odznievajúci, explozívny a závisí od stupňa vytvorenej fyzickej závislosti (Juhasová, Pavelová, 2009).

Tolerancia „je schopnosť organizmu za určitých okolností lepšie sa vyrovnáť s účinkami drogy po jej opakovanom podaní. V tomto prípade treba dávky zvyšovať, aby sa dosiahol želaný účinok – príjemný stav.“ (Bršiak, 1998, s. 9).

Syndróm závislosti je skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, v ktorých užívanie nejakej látky alebo triedy látok má u daného jedinca omnoho väčšiu prednosť ako iné správanie, ktoré by si cenil viac (Nešpor, 2000).

Úzus znamená užívanie drog alebo návykových látok v súlade so záujmami, zvyklosťami a potrebami určitej spoločnosti.

Misúzus je užívanie drog alebo návykových látok v rozpore s lekáorskými a psychologickými poznatkami o reálnych potrebách konzumenta.

Abúzus znamená nadmerné užívanie drog alebo návykových látok v takej miere, že u mladistvých osôb je ohrozený vývoj organizmu a osobnosti, u dospelých osôb nastáva pokles psychickej a fyzickej výkonnosti a prejavia sa ďalšie negatívne spoločensko-právne problémy (Nociar, 2009).

Halucinácia je subjektívna predstava, ktorá vzniká v dôsledku psychickej poruchy bez vonkajšieho popudu, ktorú chorý pokladá za skutočnosť.

Depersonalizácia je stav, keď jedinec prestáva vnímať seba, svoje myšlienky a postoje ako svoje vlastné a zdá sa mu, že sú mu cudzie. Takýto stav sa často spája s poruchou časovej a priestorovej orientácie a s nesprávnym chápaním príčinných súvislostí.

Eufória je stav, ktorý sa vyznačuje pocitom subjektívnej spokojnosti, blaženosti a dobrej nálady (Lietava, 1997).

Akútna intoxikácia je náhla otrava organizmu, stav, ktorý vzniká po podaní psychoaktívnej látky s následnou poruchou úrovne vedomia, poznávania, vnímania, správania, afektov alebo iných psychofyziologických funkcií.

Chronická intoxikácia znamená dlhotrvajúci vplyv drogy. Následky chronickej intoxikácie sú trvalé a obnova pôvodného stavu je len málo pravdepodobná (Schavel, Číšecký, Oláh, 2008).

2. DROGY A DROGOVÁ ZÁVISLOSŤ

Otázkou, prečo ľudia začínajú užívať drogy, sa zaoberalo mnoho odborných štúdií a existuje na ňu i veľa laických názorov. S drogami sa môžeme stretnúť v každej civilizácii. Každá kultúra a každá spoločnosť chápe ich úlohu vo svojom živote inak.

Vznik toxikománie podmieňuje existencia látky, ktorá má schopnosť vyvolať fyzickú alebo psychickú závislosť a uspokojovať určité biologické ale aj sociálne potreby (Lietava, 1997).

2.1 Kategórie drog

Nakoľko predstavujú drogy značné množstvo látok a modifikácií, pri ich triedení sa stretávame s viacerými problémami. V literatúre existuje niekoľko pokusov nájsť prijateľné kritéria, ktoré by obsahovo a logicky odrazili mnohostrannosť podstaty drogy. Ako kritéria pri ich delení môžeme uplatniť pôvod drogy, jej zloženie alebo mieru následkov, ktoré ovplyvňujú organizmus.

Z hľadiska závislosti drogy delíme na mäkké (ľahké, legálne) a tvrdé (ťažké, nelegálne).

Legálne drogy sú také látky, ktoré ovplyvňujú psychiku a môžu vytvárať závislosť. Človek sa s nimi stretáva každodenne. Ide o rôzne alkoholické nápoje, kávu, čaj, tabak, kakao, čokoládu a iné.

Nelegálne drogy delíme do viacerých skupín:

1. Stimulačné látky – majú predovšetkým aktivizujúci vplyv na človeka (napr. pervitín, amfetamín, efedrín, kokaín a pod.);
2. Halucinogény – (najznámejšie sú LSD, trip a extáza);
3. Opiáty – (napr. heroín, kodeín a morfín);
4. Konope a jeho produkty – ide o populárne drogy medzi mládežou (marihuana a hašiš);

5. Tlmivé drogy – brzdia aktivitu organizmu a spomaľujú viaceré prejavy správania (napr. analgetiká, barbituráty, hypnotiká a pod.);
6. Inhalačné látky – majú v skutočnosti chemickú podstatu (rozpúšťadlá, riedidlá, lepidlá, farby, čistiace prostriedky a pod.).

Ďalším kritériom, s ktorým sa môžeme stretnúť, je pôvod drogy. Droga môže byť rastlinného alebo chemického pôvodu. Medzi tzv. prírodné drogy patrí konope, mak, koka pravá, kaktus peyotes, huba lysohlávka, durman a iné. Syntetické drogy predstavujú širokú škálu od opiátového typu cez kokainový typ až k halucinogénnemu typu (Kačániová, 2005).

Ondrejkovič et al. (2009) delí drogy podľa ich účinku nasledovne:

1. Drogy s prevažne sedatívnym účinkom
 - alkohol
 - barbituráty a nebarbiturátové sedatíva
 - hypnotiká
 - trankvilizéry
 - inhalačné prostriedky
2. Drogy s prevažne povzbudzujúcim účinkom
 - kokaín, krak
 - amfetamíny
3. Halucinogény
 - marihuana
 - hašiš
 - LSD a syntetické drogy
 - MDMA a extáza
 - Ololiqui, teonanacatl a peyotl (meskalín)
 - huby „Starého sveta“, psilocybín
4. Narkotické látky
 - heroín
 - morfín
 - ópium
 - kodeín
 - syntetické opiáty

- metadon

5. Steroidy.

2.2 Drogová závislosť

Podľa Bršiaka (1998) je drogová závislosť charakterizovaná zvyčajne neovládateľnou túžbou po opakovanom užití drogy, tendenciou ku zvyšovaniu dávok a syndrómom odňatia drogy, ktorá sa prejavuje v rôznej miere psychickými alebo fyzickými príznakmi alebo príznaky môžu byť aj kombinované.

Podľa Ondrejkooviča a Poliakovej et al. (1999) vždy a u každého človeka vznikne závislosť naplnením troch podmienok komunikácie s drogou:

- neadekvátne dlhý čas,
- v neadekvátnom množstve a frekvencii,
- za neadekvátnych okolností pre psychiku a organizmus.

Drogová závislosť má dve podoby: psychickú a fyzickú:

Psychická závislosť na droge – navodzuje zmenu duševného stavu, čo sa prejavuje skoro neodolateľnou potrebou ďalšieho prijímania drogy. Psychická závislosť je sprevádzaná túžbou po príjemných zážitkoch, ktoré smerujú k odpútaniu sa od skutočnosti. Túžba po droge spravidla pretrváva aj napriek tomu, že jednotlivec si plne uvedomuje jej mnohostranné škodlivé následky. Racionálna stránka ustupuje do pozadia a človek sa len veľmi ťažko vyrovnáva s predstavou, že sa zbaví drogovej závislosti.

Fyzická závislosť na droge – podobne ako psychická závislosť vzniká v dôsledku častého a pravidelného používania drogy. Organizmus závislý od drogy sa jej prispôbil a droga sa následne stala súčasťou jeho metabolizmu (Kačániová, 2005).

Podľa Ondrejkooviča et al. (2009) sa vynecháva **spoločenská závislosť** (napr. kolektívna konzumácia drog, diskokultúra), spravidla spojená s ritualizáciou, celým súborom postupov a obyčajov zviazaných s konzumáciou drog. Súčasťou kolektívnej konzumácie drog a ritualizácie býva vznik

osobitnej subkultúry závislých a vznik osobitného spôsobu komunikácie, vyjadrovania sa a osobitých výrazov, ktorým často iný ani nerozumie. Súčasťou problémov spoločenskej závislosti je vznik osobitných noriem a hodnôt, ktorými sa postupne riadi sociálne správanie závislých. Extrémnym prípadom býva vznik tzv. kolektívnej prodrogovej klímy. V prodrogovej klíme kto nekonzumuje drogu, nie je viac „in“, stáva sa spoločensky diskreditovaný. Účinok prodrogovej klímy je často zodpovedný za vznik závislosti a veľmi ťažko je ovplyvniteľný.

2.3 Štádiá drogovej závislosti

Priebeh vzniku závislosti môžeme pri nelegálnych drogách rozdeliť do štyroch štádií (vzťahujú sa aj na alkoholizmus).

- 1. Euforické počiatočné štádium** – v tomto štádiu je droga jednoducho k dispozícii, jej účinok je viac-menej len pozitívny a prípadné negatívne účinky sa podceňujú. Postihnutý človek prežíva oslobodenie od strachu, uvoľnenie, omámenie a rastúce sebavedomie.
- 2. Kritické návykové štádium** – typické pre toto štádium je slabnutie účinku drog. Potrebné je zvyšovanie dávok a častejšia konzumácia drog. Dochádza aj k takzvanému zvyšovaniu tolerancie, čo znamená, že je potrebné čoraz väčšie množstvo „látky“. V tejto fáze závislosti sa začínajú objavovať prvé vážnejšie poškodenia telesných orgánov. Vznikajú konflikty v škole, v zamestnaní, kontakty sa zužujú len na iných užívateľov drog, nastupujú finančné problémy a poruchy sebahodnotenia.
- 3. Štádium závislosti** – v tomto štádiu nastáva výrazné zvyšovanie dávok vzhľadom na vyššiu toleranciu, dochádza k strate kontroly nad užívaním návykového prostriedku, vzťahy v okolí sa neustále rozpadajú, v škole i v zamestnaní pokračuje úpadok. Vyskytujú sa ťažké konflikty a kriminalita. Výrazne klesá obranyschopnosť organizmu, zväčšuje sa výskyt ochorení, prejavujú sa psychické a somatické abstinečné symptómy a zmeny osobnosti.

4. Terminálne štádium osobnostného úpadku „depravácia“ – v tejto fáze tolerancia drogy zreteľne klesá. Dôvodom sú začínajúce poškodenia orgánov. Postihnutý potrebuje ustavičnú opateru. Prejavujú sa progresívne somatické komplikácie závislosti (cirhóza pečene, žalúdočné vredy, poškodenia nervového systému). Dochádza k úpadku osobnosti (postihnutý sa prestáva správať spôsobom, ktorý bol preň príznačný predtým, stáva sa ľahostajným, povrchným, nedokáže sa z ničoho tešiť, ale ani sa na nič nahnevať). V tomto štádiu závislý od drog nemá s normálnym spoločenským okolím takmer žiadne kontakty, nevie si zarobiť na svoju existenciu, schudobnie, stane sa opusteným, bezdomovcom a celkovo upadne (Göhlert, Kühn, 2001).

2.4 Typológia drogových závislostí

Nomomeský (In: Ochaba, Rovný, Bielik 2009, s. 88) uvádza nasledujúce triedenie drogových závislostí:

- „1. drogová závislosť opiátového typu,
2. drogová závislosť od liečiv s centrálnou tlmivým účinkom,
3. drogová závislosť kokaínového typu,
4. drogová závislosť kanabisového typu,
5. drogová závislosť amfetamínového typu,
6. drogová závislosť kachektického typu,
7. drogová závislosť halucinogénneho typu,
8. drogová závislosť solvenciového typu.“

Aby toto triedenie bolo kompletnejšie Mačurová a Pavúk (2007) uvádzajú ešte dva typy drogových závislostí:

9. Závislosť od alkoholu,
10. Závislosť od nikotínu.

1. Drogová závislosť opiátového typu

Hlavným predstaviteľom je ópium, ktoré sa získava narezaním nezrelej makovice *Papaverum somniferum*, z ktorej vyteká do žltozelena zafarbená

tekutina, ktorá má po zaschnutí hnedú farbu beztvarej hmoty (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009). Ópium sa užíva fajčením alebo ústami vo forme rôznych odvarov a tinktúr. Surové nespracované, neupravené ópium obsahuje najviac morfinu a menšie množstvo heroínu, kodeínu a narkotínu. Morfin je biely horký prášok, aplikuje sa injekčne do svalu. Heroín je jemný biely až sivobiely prášok, má horkú chuť, užíva sa šnupaním, fajčením, inhalovaním z hliníkovej fólie alebo injekčne.

Medzi syntetické opiáty patria petidín (dolzín), fentanyl, sufentanyl a metadon. Petidín sa môže užívať ako náhrada za heroín. V medicíne sa využíva ako analgetikum, ktoré uvoľňuje kŕče hladkého svalstva pri kolikách a pôdoch. Fentanyl, Sufentanil sa využívajú v anesteziológii. Podávajú sa v injekčnej forme, ale aj ako cukrík, lízanka, náplast', ktoré sú určené deťom na tlmenie bolesti. Metadon používajú narkomani, ale aj terapeuti ako náhradu za heroín. Využíva sa v rámci substitučnej liečby heroizmu a účinne tlmí abstinénčné príznaky (Kačániová, 2005).

Medzi všeobecné príznaky rozvinutej drogovej závislosti od opiátov patrí: silná psychická a fyzická závislosť, poruchy pamäti, egocentrizmus, apatia, možný výskyt anxiózných a paranoidných stavov, nechúť do jedenia, cefalalgia, palpitácia (búšenie srdca), redukcia až strata sexuálneho záujmu, vonkajší výzor konzumenta nezodpovedá skutočnému chronologickému veku (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

2. Drogová závislosť od liečiv s centrálnym tlmivým účinkom

„Všeobecné delenie liekov alebo látok s centrálnym tlmivým účinkom sa vzhľadom na charakter rozmanitosti určuje veľmi ťažko.“ (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009, s. 91).

Kolibáš a Novotný (1996) používajú nasledovné triedenie:

- analgetiká, antipyretiká – sú látky, ktoré sa používajú proti bolesti, prechladnutiu, horúčke,
- hypnotiká – sú látky, ktoré pôsobia na nespavosť,
- sedatíva a anxiolytiká – je veľká skupina látok, ktorá pôsobí upokojujúco a na úzkosť,

- antiastmatiká – sú liečivá proti astme,
- antiparkinsoniká – sú liečivá, ktoré sa používajú na minimalizovanie porúch pri Parkinsonovej chorobe.

Analgetiká a antipyretiká sa v liekovom distribuovaní uvádzajú pod menami Alnagon, Acylpyrin, Dinyl, Spasmoveralgin, Nurofen a mnoho iných. Najčastejším spôsobom aplikovania do tela je perorálne užívanie.

Ďalšou skupinou sú hypnotiká. Z toxikologického hľadiska sú rozdelené do viacerých skupín. Z vecného pohľadu je hypnotiká účelné rozdeliť na nebarbiturátové a barbiturátové. Medzi nebarbiturátové zaradujeme hypnotiká, ktoré obsahujú chlór, alkohol a aldehydy, hypnotiká sulfonalové, hypnotiká odvodené od piperidínu, chinarolínu a iné. V liekovom balení sa vyskytujú v podobe Rohypnolu a Dormogenu. Barbiturátové hypnotiká sú prevažne odvodené od močoviny, kde vstupnou látkou je kyselina barbiturátová. Ich pôvod sa datuje od zavedenia kyseliny dietylbarbiturovej do terapie na začiatku 20. storočia prostriedkom nazývaným Veronal. Pri dlhodobom užívaní barbiturátov dochádza k problémom s cefalalgiou a k problémom so zvýšenou vzrušivosťou.

Sedatíva a anxiolitiká sa v istom význame nazývajú trankvilizérmi. Anxiolytiká sa spolu s inými psychoaktívnymi látkami zatriedujú do kategórie antidepresív. Medzi najznámejšie anxiolytiká patria meprobamat, diazepam, oxazepam a chlórdiazepoxid. Pri užívaní anxiolitik sa vyskytuje najmä psychická závislosť.

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce príznaky rozvinutej závislosti od liekov patria psychická a fyzická závislosť, útlm striedaný citovou nestabilitou a podráždenosťou, nadmerná gestikulácia, nejasná a nezreteľná reč, amnézia na prvky v dlhodobej a často aj v krátkodobej pamäti, ťažkosti pri matematických úkonoch a mnohé iné (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

3. Drogová závislosť kokaínového typu

Zdrojom kokaínu sú listy koky. Asi 3000 rokov pred n. l. sa u Inkov v Južnej Amerike kokaín používal ako prostriedok na zvyšovanie výkonu, potlačanie hladu a smädu. V roku 1860 Albert Niemann ako prvý oddelil

kryštalickú látku z lístkov kríka koky (Göhlert, Kühn, 2001). Postupne sa kokaín využíval na lekárske účely jednak pre lokálne anestetické dosahy pri chirurgických zákrokoch, jednak pre svoje povzbudzujúce účinky. V osemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia sa objavuje na trhu forma kokaínu s názvom crack. Tvorený je čistým kokaínom a zmesou jedlej sódy, ktoré sa zahrievajú až do odparenia jej hydrochloridovej časti (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009). Kokaín má výrazný euforizujúci a stimulačný efekt, ktorý zvyšuje výkonnosť, dvíha sebavedomie, ktoré môže viesť až k strate sebakritiky. Znižuje sa potreba odдыхu, spánku a jedenia. Z telesných príznakov sa objavuje zrýchlený pulz, hypertenzia, rozšírenie zreníc a sucho v ústach. Vysoké dávky sa prejavujú úzkosťou, vzťahovačnosťou, halucináciami, bledosťou, studeným potom, zvracaním, slabým pulzom a svrbením (Kačániová, 2005).

4. Drogová závislosť kanabisového typu

Surovinou, z ktorej sa získavajú látky kanabisového typu, je konope siate. K nim patria marihuana a hašiš. Zmienky o pestovaní konope pochádzajú z 9. storočia pred n. l. Už obyvatelia starovekej Ázie, Indie, Afriky a Číny poznali ich psychoaktívny a euforizujúci účinok.

Marihuana je výťažok z vysušených listov konope. Spracúva sa do rôznych foriem práškovej drviny alebo lisovaním tyčínok. Predáva sa vo forme cigariet.

Hašiš sa získava zo samčích kvetov v podobe olejovej živice. Najčastejšie sa užíva fajčením fajky, tiež sa môže pridať do rôznych pokrmov, zapeká sa do koláčov, v Iráne ho pijú v mlieku, v Nemecku v čaji.

Vplyv kanabisov na človeka závisí v značnej miere aj od individuálnych dispozícií užívateľa a spôsobu prijímania. Časté a pravidelné užívanie nízkych dávok môže viesť k uvoľneniu zábran, zhovorčivosti, mlčanlivosti, vysoké dávky vyvolávajú halucinácie, oneskorené reakcie, dvojité videnie, úzkosť, neschopnosť sústredenia, oslabenie pamäti. Dochádzka k narušeniu kreativity a abstraktného myslenia, výrazne sa zhoršuje interpersonálna komunikácia a zvyšuje agresivita. K somatickým sprievodným javom patrí búšenie srdca,

bolesti hlavy kašeľ, zvýšené riziko nádorových ochorení, najmä dýchacieho ústrojenstva (Kačániová, 2005).

Výrazným telesným prejavom zneužívania kanabisu je takzvaný flash back, voľne preložený ako znovuvzplanutie. V prípade užívateľov kanabisu sa môže vyskytovať dokonca po niekoľkých mesiacoch od aplikovania poslednej dávky. Flash back sa prejavuje náhlým, prekvapujúcim znovuobjavením halucinogénnych účinkov aj napriek skutočnosti, že užívateľ si drogu neaplikoval a neprial si prežívať jej účinky (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

5. Drogová závislosť amfetamínového typu

Amfetamíny sú syntetické látky, ktoré regulujú bdelosť a odpočinok. V roku 1877 túto drogu syntetizovali. V 30. rokoch minulého storočia ju začali používať na liečenie narkolepsie, ale i na liečbu Parkinsonovej choroby a depresí. Amfetamíny sa prezentujú vo forme bieleho kryštalického prášku horkej chuti a rozpustného vo vode, aplikujú sa inhaláciami, orálne aj injekčne (Kačániová, 2005).

Najznámejšie amfetamíny sú deriváty na báze amfetamínu (Benedrin) alebo jeho deriváty: d-amfetamín, metamfetamín (Pervitín) a 4-metylén dioxiamfetamín (Extáza). Ich psychostimulačným efektom je zvýšenie vigility, zrýchlenie intelektuálnych funkcií, kapacity pamäti a zvýšenie kreativity. Znižuje sa únava, mizne spavosť a nastupujú pocity iniciatívy a aktivity (Ondrejko, Poliaková et al., 1999).

Hlavným nebezpečenstvom pri užívaní pervitínu je veľký rozdiel medzi sebahodnotením a reálnymi schopnosťami, čo vedie k tragickým následkom. U každého dochádza k zásadnej zmene psychiky. Najčastejšia forma je „stihoman“ (chorobná podozrievavosť). Pri intravenózne aplikácii účinok nastupuje okamžite a preto sa v slangu narkomanov používa pre pervitín názov „sped“ – rýchlosť.

Extáza je pomerne nová droga. Zaujímavé na nej je, že tlmí agresivitu a vyvoláva empatiu. Intenzívny pocit eufórie trvá asi dve hodiny. Nežiaduce účinky (nospavosť, depresia, nervozita) sa prejavujú na druhý deň. Táto droga

stimuluje nervový systém, zrýchľuje činnosť srdca a aktivizuje svaly (Mačurová, Pavúk, 2007).

6. Drogová závislosť kathového typu

Katha sú listy pochádzajúce z kríka s názvom katha jedlá. Rastie vo voľnej farme na východe Afriky a v južnej Arábii. V našich zemepisných šírkach sa nepestuje, a preto je jej užívanie veľmi zriedkavé. Katha jedlá obsahuje látky, ktoré sú podobné niektorým stimulanciám. Katha sa k svojim konzumentom dostáva v podobe sviežich vetví rastliny, vrátane listov a výhonkov zviazaných do zväzku. Najbežnejší spôsob konzumácie je žuvaním v ústach (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Katha mierne stimuluje centrálnu nervovú sústavu, čo sa prejavuje eufóriou, excitáciou, zvýšenou bdelosťou, podráždenosťou a pohybovou hyperaktivitou. Po štyroch hodinách nastáva mierny útlm a psychické rozladenie. U pokročilých toxikomanov je bežným príznakom nespavosť a potlačenie pocitu hladu. Fyzická závislosť sa zvyčajne nevytvára, ale časom môže vzniknúť silná psychická závislosť. Dlhodobý účinok kathy má za následok pokles sexuálnej výkonnosti a psychickú degradáciu osobnosti (Lietava, 1997).

7. Drogová závislosť halucinogénneho typu

Halucinogény sú psychoaktívne látky. Vedú k poruchám vnímania vonkajšieho prostredia aj vlastného tela, k poruchám emócií a niektoré aj k poruche vedomia. Do skupiny halucinogénov sa zaraďujú také prírodné a syntetické látky, ktoré sú schopné u duševne zdravých ľudí vyvolať psychické alterácie podobné psychózam – halucinácie, pocity rozštiepenia osobnosti a zmeny vo sfére vnímania až k prechodu do transcendentu. Halucinogény patria medzi najdlhšie užívané drogy (Mačurová, Pavúk, 2007).

Získané z rastlín sa používali už od staroveku, hlavne pri náboženských obradoch a magických rituáloch. Mnoho materiálov o halucinogénoch sa našlo v inkvizičných spisoch. Využívali ich kúzelníci, čarodejníci, šamani, ale i lekári, používali sa najmä vo forme extraktov, masť a olejov (Kačániová,

2005). Medzi najčastejšie užívané patrí LSD, Psilocybín, Psilocín a Meskalín (Mačurová, Pavúk, 2007).

LSD (dietylamid kyseliny lysergovej) je polosyntetická látka, jemne kryštalický biely prášok, bez osobitnej chuti a zápachu, dobre rozpustný vo vode. Užíva sa perorálne, fajčením ale aj intravenóznou aplikáciou.

Psilocybín, Psilocyn sú prírodné halucinogény, ktoré sa vyskytujú v hubách druhu Psilocybe a Conocybe. Ich účinky sú podobné účinkom LSD, ale nie sú tak silné.

Meskalín je prírodný halucinogén. Ide o extrakt kaktusu Peyotl, ktorý je možné vyrobiť aj synteticky laboratórnou cestou (Mačurová, Pavúk, 2007).

Stav akútnej intoxikácie po užití halucinogénnych drog spôsobuje poruchy vnemov vo forme ilúzií a halucinácií. Vizuálne halucinácie charakterizuje vnímanie farieb hlavne v uzavretých priestoroch, ilúzie spôsobujú neskutočné vnímanie farieb, tvarov, osôb a okolia všeobecne. Pri akútnej ťažkej intoxikácii sa vyskytujú stavy depersonalizácie. Zmenené alebo skreslené vnímanie pocitov a polohy tela často spôsobuje ilúzie neobmedzenosti v priestore a čase, čo môže viesť k mystickým zážitkom spojenia s makrokozmosom a náboženstvom. Uvedené psychické príznaky náhlejšej intoxikácie sprevádzajú aj zmeny v telesnej oblasti. Je to najmä tachykardia (spomalená činnosť srdca), palpitácie, midriáza (rozšírenie) zreníc, nadmerné potenie a mnohé iné. U dlhodobých užívateľov halucinogénnych drog sa objavujú stavy introvertnosti až autizmu. U pravidelných užívateľov sa po istom čase môže objaviť flash back (znovuvzplanutie). Chronické užívanie smeruje k vážnej psychickej závislosti, pritom vážnejšia somatická závislosť sa nerozvíja (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

8. Drogová závislosť solvenciového typu

Pri tejto skupine sa stretávame u verejnosti s jej nevšímavosťou až nezaujmom o uvedenú skupinu látok, nakoľko v ich presvedčení predstavuje táto skupina zanedbateľné množstvo z celkového počtu drogových závislých.

Až dnes môžeme konštatovať, že najzneužívanejšími drogami v období pred rokom 1989 okrem nikotínu a alkoholu, boli prchavé látky, či

rozpúšťadlá. Najväčším problémom vzniku závislosti od solvencií je ich relatívna dostupnosť a vyhľadávanie určitou sociálnou skupinou.

Vznik solvencií sa objavuje simultánne so vznikom rozvinutej priemyselnej výroby v 19 storočí s objavmi prvých benzínových motorov, a teda i benzínu, ďalej to boli napríklad acetón, toulén, tetrachkóretylén a iné. Solvenciá sú ako psychoaktívne látky vyrábané zo zemného plynu a nafty. Majú dve vlastnosti: schopnosť rozptýlenia molekúl solvencií po okolí a schopnosť rozpúšťať látky organického pôvodu (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Inhalovanie solvencií sa uskutočňuje priamo z nádob, alebo z navlhčenej textilnej látky, prípadne sa vdychuje z plastických vrecúšok alebo pod pokrývkou.

Pri intoxikácii solvenciami je najskôr typický stav eufórie a povznesenej nálady, objavuje sa neobvyklé nekoordinované správanie, stavy podobné polospánku, ktorý napokon prechádza do celkového útlmu. Typická je aj dezorientácia, halucinácie, nezrozumiteľná reč. Môže dôjsť k strate morálnych zábran a zhoršeniu pamäti. Zo somatickej stránky je intoxikovaný človek poblednutý, precitlivený na svetlo, má časté zápaly nosnej sliznice spojené s krvácaním, srdcovú arytmiu, vyrážky okolo úst a nosa, rozšírené zrenice, neprítomný pohľad. Solvenciá poškodzujú centrálny nervový systém, pečeň, dýchacie cesty, endokrinné žľazy a kostnú dreň. Ich dlhodobé užívanie vážne poškodzuje osobnosť ako celok (Kačániová, 2005).

Závislosti od alkoholu a závislosti od nikotínu sa budeme venovať v tretej a štvrtej kapitole.

2.5 Faktory a príčiny vzniku drogových závislostí u mládeže

Podľa Bakošovej (2008) príčiny drogových závislostí vidia viacerí autori ako multifaktoriálne. Môžu to byť:

- **Príčiny odvodené z farmakologického hľadiska** – ide o prístupnosť drogy. Najväčšie zastúpenie majú alkohol, tabak a lieky.

- **Somatické a psychické faktory** – vyplývajú z osobnosti. Najväčšie predpoklady majú psychopatické osobnosti.
- **Enviromentálne faktory** – vyplývajú z rodinného a rovesníckeho prostredia. V rodinnom prostredí existujú určité rizikové faktory ako sociálna znevýhodnenosť, dysfunkčnosť, alkoholizmus, povolanie rodičov. V rovesníckej skupine hľadá mladý jedinec náhradu za nesprávne medziosobné vzťahy a vidí príklady nevhodného správania.
- **Spúšťacie faktory** – vyvolávajú podnet. Podnetom môže byť psychosomatická porucha spôsobená dlhotrvajúcimi tenziami, neuspokojivý citový život, neuspokojené sebauplatnenie, zvedavosť, túžba po experimentovaní a opojení, vplyv reklamy, filmu a literatúry.
- **Výchova v rodine** – príčiny môžu byť odvodené aj od nevhodnej výchovy, keď napríklad rodičia majú príliš vysoké nároky na dieťa, ktoré súvisia s detskými potrebami, alebo rodičia neadekvátne trestajú, zanedbávajú alebo zneužívajú deti.

Odhaduje sa, že 85 až 95% tínedžerov experimentuje s drogami a alkoholom. Cesta k závislosti na tvrdých omamných látkach je vyznačená komplexnou súhrou viacerých faktorov. Hlavné dôvody detskej závislosti na drogách a alkohole sú:

- **Biologický predpoklad.** Chemická závislosť môže byť spojená s genetickými predispozíciami. Niektoré deti sa stávajú preto závislými oveľa rýchlejšie ako ostatné. Aby zbytočne neexperimentovali s drogami, mali by vedieť, že vo väčšine protidrogových a protialkoholických centier je až 50% pacientov, u ktorých aspoň jeden rodič je alkoholik. Riziko je oveľa väčšie, ak sú alkoholikmi obaja rodičia.
- **Tlak okolia.** Najsilnejšou motiváciou pre mladého človeka je túžba byť akceptovaný medzi rovesníkmi. Ak priatelia detí experimentujú s drogami alebo alkoholom, je veľmi pravdepodobné, že to vyskúšajú aj ony.
- **Postoj rodičov.** Rodičia majú najdôležitejší vplyv na postoj detí k alkoholu a drogám. Deti väčšinou robia to, čo vidia. V mnohých rodinách sa popíja, deti nikdy nevidia svojich rodičov baviť sa bez alkoholu. Často sú to práve rodičia, ktorí zaobstarávajú alkohol na tínedžerské oslavy a pritom si

nevedomujú možné, nebezpečné následky. Všetky štúdie potvrdzujú, že čím skôr deti začnú experimentovať s drogami alebo alkoholom, tým je väčšia pravdepodobnosť, že sa stanú závislými.

- **Životné krízy.** Tak ako dospelí, aj deti sa musia vyrovnávať so záťažovými situáciami, chorobami, rozvodmi a zmenou priateľov. Podobne ako dospelým i deťom môžu alkohol a drogy slúžiť na umrtenie bolesti.
- **Depresia.** Nahnevané alebo depresívne dieťa má sklon k drogovej závislosti. Istý stupeň depresie je u dieťaťa v puberte bežný. Nuda je v puberte normálna, ale iba na krátky čas. Pokiaľ sa dieťa nudí príliš dlho, pokúsi sa nájsť si nejaký stimul. Deti s nedostatkom predstavivosti a kreativity sa začnú skôr nudiť, a preto sa skôr utiekajú k drogám. Je preto dôležité povzbudzovať dieťa už v ranom veku, aby sa zúčastňovalo na rôznych aktivitách: atletike, dráme, tanci alebo inej tvorivej činnosti.
- **Vzťah rodičov k deťom.** Mnoho rodičov by chcelo mať so svojimi deťmi kamarátsky vzťah a nevedomuje si zodpovednosť za výchovu. Odborníci tvrdia, že deti nie sú pod dostatočným dohľadom. Mnoho rodičov sa už vzdalo snahy investovať svoj čas do vytvárania kvalitného rodinného prostredia, v ktorom má svoje zastúpenie láska, starostlivosť, ale aj prísnosť (Arterburn, Burns, 2001).

Dimoff a Carper (1994) vidia hlavné príčiny experimentovania detí s drogami v nasledujúcich kategóriách:

- **Túžba po euforizačnom účinku.** Túžba po dobrom pociť je základným ľudským motívom. Príčiny, prečo deti užívajú drogy, sú rovnaké ako dôvody dospelých. Konzumujú ich, hlavne alkohol pri podobných príležitostiach ako dospelí, teda na večierkoch, pri športových podujatiach alebo s priateľmi. Slangové výrazy v slovníku mládeže, ako napríklad žúrovať, namazať sa, natankovať sa, doraziť sa, svedčia o veľmi veľkej túžbe mladých toxikomanov dostať sa do stavu omámenia, a to zvyčajne ako súčasť davu. Drogy vyvolávajú u ľudí dobrý pocit. Existujú však aj iné, opodstatnenejšie a bezpečnejšie spôsoby ako sa cítiť príjemne. Zneužívanie drog neguje príjemný pocit z malých dávok. Preto sa väčšina detí, ktoré

užívajú drogy, aby zažili ich omamný účinok, nikdy nedostane za prvé alebo druhé štádium.

- **Zvedavosť a nuda.** Zvedavosť je prirodzenou vlastnosťou mládeže. Drogy poskytujú deťom veľmi veľa možností, aby uspokojili svoju zvedavosť. Zvedavosť je pravdepodobne oveľa vážnejší dôvod, ktorý skôr vábi deti do prvého štádia než túžba po euforizačnom účinku. Väčšina detí je po užití drog sklamaná a mnohé v tomto bode prestanú a viac to neskúšajú. Iné deti zostávajú aj naďalej zvedavé. Skúšajú viac drog alebo iné druhy, ich nové kombinácie, až kým nezistia všetky možné účinky. I keď sa touto cestou vydá iba malé percento mládeže, zvedavosť ich môže priviesť do tretieho štádia skôr, ako si to uvedomia. Nuda privádza deti do pokušenia skúšať veci o ktorých vedia, že by ich nemali robiť. Drogy patria medzi najväčších „požieračov“ času, navyše skresľujú zmysel pre čas a zaplňajú časovú prázdnotu vnútorným uspokojením.
- **Vplyv rovnocennej skupiny.** Tlak rovnocennej skupiny je jednou z najhlavnejších príčin, prečo deti užívajú drogy a dostávajú sa do prvého štádia. Tento tlak ich núti, aby ich brali ďalej, a tak prechádzajú do druhého štádia. Ideálnym prostredím pre konzumáciu drog sú skupiny, ktoré poskytujú deťom ospravedlnenie, keď chcú s nimi experimentovať, deliť sa o ne. Skúsenému toxikomanovi dovoľujú, aby sa učil, ako sa užívajú, a tak jednotlivec ťažko odolá a zostáva členom skupiny. Faktorom užívania drog môže byť aj pubertálna vzdorovitosť. Deti chcú robiť to, s čím súhlasia iné deti, hlavne ak tým nahnevajú rodičov.
- **Útek pred vonkajšími problémami.** Užívať drogy na zastieranie skutočnosti je veľmi nebezpečné, nakoľko skutočnosť sa nikdy nestratí. V najlepšom prípade sa jej možno nakrátko vyhnúť. Konzumácia drog s úmyslom uniknúť skutočnosti sa takmer vždy končí v treťom alebo štvrtom štádiu, a to vtedy, ak sa neodhalí podstata problému a nevenuje sa mu pozornosť. Bez zásahu môže tlak na dieťa aj návyk narásť do veľkých rozmerov a konečným únikom býva samovražda.
- **Únik pred vnútornými emotívnymi problémami.** Deti s emotívnymi problémami môžu byť v rozpakoch i vtedy, keď si majú samy poradiť

v normálnych životných situáciách a môžu sa veľmi ľahko nechať zlákať drogami. Vedci zisťovali, prečo sa deti púšťajú do rizika s drogami. Zistili dva typy. Na prvom type sa prejavuje nedostatok vlastností potrebných na správanie sa k druhým. Druhý typ sa týka emócií. Zistilo sa i to, že u detí citlivých na problémy s drogami bola typická osamelosť. Mali pocit, akoby neboli súčasťou okolitého sveta. Rozmanitosť drog poskytuje týmto deťom obrovskú možnosť výberu, aby mohli čeliť nízkej sebaúcte, plachosti, úzkosti, depresii a mnohým iným problémom. Riešenie emotívnych problémov drogami je rýchla cesta do tretieho alebo štvrtého štádia. Pre deti, ktoré nedokážu prekonať vnútorné problémy, je často posledným východiskom samovražda.

Všetkými uvedenými kategóriami sa navyše prelína spoločná základná príčina. Hlavnou príčinou, prečo užívajú drogy deti, je fakt že ich užívajú dospelí (Dimoff, Carper 1994).

3. ALKOHOLIZMUS

Alkoholizmus je jedna z najrozšírenejších drogových závislostí. Ľudia konzumujú alkoholické nápoje na spríjemnenie života, hoci je to klamlivé spríjemnenie a svojím spôsobom aj škodlivé a nebezpečné. Stále ľahšia dostupnosť alkoholu, jeho samozrejmé podávanie pri najrôznejších spoločenských príležitostiach, požitie alkoholu ako odľahčujúcej drogy, to všetko uľahčuje často len príjemný, niekedy aj riskantný, ale vždy umelý únik zo „šedivej“ skutočnosti (Ondruš, 1990).

Vo vzťahu k alkoholu existujú štyri kategórie ľudí:

- abstinenti – alkohol odmietajú v celom rozsahu,
- občasní konzumenti – príležitostne konzumujú malé množstvo alkoholu v akejkolvek forme,
- pravidelne užívajúci alkohol – sú závislí od alkoholu (používajú ho na spánok, na odstránenie zábran, neistoty, úzkosti a pod.),
- alkoholici – alkohol konzumujú pravidelne (Petrová, 2006).

Alkohol patrí medzi najbežnejšie, legálne a spoločnosťou tolerované návykové látky. Ak pred ostatnými nápojmi začne človek uprednostňovať alkoholický nápoj pre jeho drogový účinok, je to začiatok budovania závislosti. Alkohol postupom času začína výraznejšie ovplyvňovať život človeka, až môže vyústiť do budovania úplnej závislosti.

Závislosť od alkoholu ako drogy existuje vtedy, keď konzumácia alkoholu človekom prekračuje hranicu – dávku prijateľnú v jeho spoločenskom prostredí, ak ku konzumácii dochádza v dobe a pri príležitostiach, ktoré nezodpovedajú spoločenským zvykom, ak to poškodzuje jeho zdravie alebo narušuje jeho spoločenské vzťahy (Juhasová, Pavelová, 2009).

3.1 Charakteristika alkoholu

Názov alkoholu pochádza z arabského slova Al-ka-hal čo znamená jemná, zvláštna látka. Je to číra bezfarebná tekutina bez chuti a zápachu. Získava sa z prírodných zdrojov kvasením, pálením, varením a kombináciou týchto spôsobov. Chemicky ide o etanol, etylalkohol, zložený z uhlíka, vodíka, kyslíka (Liba, 2005).

Podľa spôsobu výroby rozoznávame tri základné druhy alkoholických nápojov: pivo, víno a liehoviny.

Pivo je prekvasený nápoj s obsahom oxidu uhličitého z obilnín. Podľa farby sa rozlišuje svetlé a tmavé pivo. Stupňovitosť piva závisí od množstva cukrov, dusíkatých látok, minerálnych a živcových látok, glycerolu, trieslovín a vitamínov. Týchto látok pivo obsahuje 2,5 – 5%. Obsah hlavných produktov kvasenia – etylalkoholu kolíše v rozmedzí 2,5 – 4%. Vypitie jedného pollitra 12% piva sa rovná vypitiu asi 1 a pol dcl vína alebo 5 cl bežného destilátu.

Liehoviny sú nápoje obsahujúce najmenej 20 objemových percent etylalkoholu, ktorý je získaný opakovanou destiláciou a rafináciou surového liehu. Liehoviny rozdeľujeme na tri skupiny. Do prvej skupiny patria tzv. ušľachtilé liehoviny (napríklad arahdestilát z prekvasenej ryže a melasy cukrovej trstiny, čerešňovica z prekvasených čerešní, vodka atď.). Do druhej skupiny patria tzv. poloušľachtilé liehoviny, ktoré sú vyrábané z jemného liehu a číreho destilátu alebo rozličných aromatických prísad. Do tretej skupiny patria likéry, ktoré sa vyrábajú zmiešaním cukrových roztokov s prísadou likérových aromatických látok s liehom (rôzne ovocné a emulzné likéry, punče) (Gabura, Labáth, Svobodová, Varmuža, 1993).

Alkohol s príjemným účinkom na ľudskú psychiku odstraňuje napätie, uvoľňuje a zlepšuje náladu, zľahčuje kontakt, zblížuje ľudí, rozvážuje jazyk. V malom množstve má pozitívny účinok aj na telesný stav. Zlepšuje trávenie, rozširuje cievy, dezinfikuje. Občasné mierne a disciplinované pitie nemusí človeka ohroziť. V malej miere môže alkohol spôsobiť chvíľkové potešenie a nasýtiť centrá slasti v mozgu (Janiaková, 2003).

Po vstrebaní organizmom prechádza alkohol metabolizáciou v pečeni prostredníctvom alkoholdehydrogenózy. Jeho vylučovanie z tela je takmer minimálne, a teda účinok s dosahom na všetky orgány v tele je pomerne okamžitý (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

3.2 Štádia alkoholovej závislosti

Medicínsky sa rozlišuje 5 základných typov a štádií závislosti od alkoholu.

1. Typ alfa – pri tomto type vzniká dočasná psychická závislosť bez straty kontroly. Schopnosť abstinencie je zachovaná a neprejavuje sa tendencia piť viac. Typ alfa je konfliktný, uľavujúci si alebo pripitý človek.

2. Typ beta – sa vyznačuje nadmernou, ale nie pravidelnou konzumáciou alkoholu. Nevytvára sa ani psychická ani somatická závislosť, ale objavujú sa niektoré somatické komplikácie, napr. zápal nervov, gastritída, cirhóza pečene. K tomuto typu patrí jednak víkendový a príležitostný pijan, a jednak sa sem zaraďuje aj tzv. spoločenský pijan.

3. Typ gama – pri tomto type ide o podskupinu postihnutých, ktorí sa bežne počítajú medzi alkoholikov. Dôležitým znakom tohto typu je strata kontroly vplyvom návykovej látky. Strata kontroly nastáva rýchlo a sprevádza ju psychická závislosť. Neskôr sa vyvinie aj somatická závislosť. Pijan typu gama je na rozdiel od pijana typu delta ešte schopný abstinovať. Ďalším znakom je zvýšenie tolerancie na základe zmien látkovej premeny a výskyt abstinénčného syndrómu.

4. Typ delta – sa odlišuje od typu gama totálnou neschopnosťou abstinencie. Postihnutí nevydržia bez alkoholu dlhší čas, zároveň si však udržiavajú kontrolu nad konzumáciou, a preto nedochádza k nadmernému pitiu s ťažkou otravou. Alkoholici tohto typu dokážu mať konzumáciu alkoholu pod kontrolou, ale musia piť denne a za určitých okolností aj v noci a preto takmer nikdy nie sú celkom triezvi.

5. Typ epsilon – je veľmi zriedkavý. Po niekoľkých mesiacoch dochádza k viacdenným výtržnostiam v dôsledku záchvatovitého pitia, ktoré sprevádza strata kontroly a stav rozladenia. Pri tejto typovej kategórii sú postihnutí

väčšinou klinicky a spoločensky nenápadní, ale v dlhších odstupoch unikajú zo života, aby sa potom zasa vrátili späť.

Za alkoholika, teda človeka postihnutého alkoholizmom, sa v užšom slova zmysle považujú typy gama a delta. (Göhlert, Kühn, 2001).

Vývoj alkoholizmu podľa Jellinka prebieha v štyroch fázach:

1. Štádium iniciálne (počiatočné) – ide o príležitostné pitie v malých dávkach. Prináša úľavu, eufóriu a spokojnosť. Alkohol sa konzumuje pre jeho chuť a príjem tekutiny. Prestávky medzi pitím sa začínajú skracovať, objavuje sa opojenosť, niekedy aj podnapitosť. Vytvára sa psychická závislosť a zvyšuje sa tolerancia na alkohol.

2. Štádium prodromálne (varovné) – objavuje sa pocit potreby alkoholu. Dochádza najskôr k občasným, neskôr k stále častejším stavom opitosti, t. j. alkoholovej intoxikácii. Objavujú sa už palismenty – okná, kritickosť je ešte zachovaná. Plne sa rozvíja psychická závislosť. Začína sa vytvárať fyzická závislosť, naďalej sa zvyšuje tolerancia na alkohol.

3. Štádium kruciálne (rozhodujúce) – alkoholik stráca kontrolou v pití, pitie sa racionalizuje, vytvára si zložitý systém alibizmu, aby mohol v pití pokračovať. Psychická a somatická závislosť je už rozvinutá, tolerancia na alkohol začína klesať. Dochádza k výpadkom pamäti, k pocitom úzkosti a strachu. Prejavujú sa abstinénčné príznaky, klesá spoločenský a profesionálny status.

4. Štádium terminálne (konečné) – v tejto fáze sa znižuje tolerancia na alkohol a kritickosť. Prejavujú sa psychické poruchy, poškodenie pečene a nervovej sústavy. Dochádza k bio-psycho-sociokultúrnej degradácii človeka, alkoholik stráca kontakty s rodinou, priateľmi a spolupracovníkmi. Cíti, že nemôže žiť ani s alkoholom, ani bez neho (Skála In: Liba, 2005).

3.3 Alkoholové opojenie

Pod termínom alkoholové opojenie rozumieme psychické zmeny v akútnej intoxikácii alkoholom. Stupeň opitosti závisí od druhu koncentrácie alkoholického nápoja, množstva vypitého alkoholu, času počas ktorého bol

alkohol konzumovaný a od momentálneho stavu konzumenta. Okrem rozdielov v osobnej tolerancii na alkohol môže dôjsť i k momentálnej intolerancii spôsobenej napríklad vyčerpanosťou, nevyspatím a vyčerpávajúcou telesnou chorobou.

Rezorpcia alkoholu je najrýchlejšia pri stredne koncentrovaných nápojoch. Pri jednorazovej konzumácii alkoholu dochádza k vrcholnej koncentrácii alkoholu v krvi pri konzumácii nalačno po 40 až 80 minútach a po jedle po 60 až 120 minútach. Eliminácia alkoholu sa deje tempom zhruba 0,10 – 0,13% za hodinu (Skála In: Heretik, 2004).

Objektívizovanie koncentrácie alkoholu v krvi sa vykonáva buď dychovou skúškou pomocou detekčnej trubičky alebo krvnou – Widmarkovou skúškou, či najpresnejšie plynovou chromatografiou. Každá z metód má svoje prednosti a obmedzenia (Mego In: Heretik, 2004).

Podľa Widmarka rozlišujeme nasledovné stupne opitosti:

1. ľahké opojenie: 0,5 – 1,5 promile
2. stredné opojenie: 1,5 – 2,5 promile
3. ťažké opojenie: 2,5 – 3,0 promile
4. akútna otrava alkoholom: 3,0 promile a viac.

Rozoznávame 3 základné druhy opojenia: jednoduché, komplikované a patetické (Heretik, 2004).

1. Jednoduchá opitosť – prebieha obvykle v dvoch fázach. V excitačnej fáze prebieha odtlmenie kôrových zábran: euforická, hypomanická alebo zvýšená dráždivá nálada, zvyšovanie sexuálnej apetencie, oslabovanie vizuálno-motorickej koordinácie, poruchy vnímania a pozornosti. Excitačná fáza má silne anxiolitický účinok, narastá sebavedomie, odvaha a nekritickosť. V útlmovej fáze dochádza postupne k zvyšovaniu únavy, útlmu psychomotoriky, poklesu nálady v smere apatie, hypoaktivity a často aj k spontánnemu prechodu do spánku. Jednoduchá opitosť môže nadobúdať všetky stupne opitosti. Pri ťažkých otravách alkoholom hrozí ochrnutie dýchacieho svalstva so zástavou dýchania a smrťou udusením.

2. Komplikovaná opitosť – vyznačuje sa kvantitatívnymi zmenami osobnosti, t. j. zvýraznením, patologickým vystupňovaním osobnostných dispozícií a črt

v akútnej intoxikácii. Sprevádzaná býva zastretým vedomím, zvýšením afektívnej dráždivosti a silnými afektmi i na málo významné podnety. Ku komplikovanej ebriete (opitosti) môže dôjsť pri precitlivenosti, momentálnej intolerancii, v stave vyčerpanosti ale aj pri požití iných psychotropných látok a liekov.

3. Patická ebrieta (patologická intoxikácia alkoholom) – je krátkodobá psychóza t. j. znamená kvalitatívnu zmenu osobnosti. Má väčšinou charakter mráкотného stavu. Vždy ide o kvalitatívne poruchy vedomia, i keď správanie postihnutého nebýva okoliu nápadné. Objavuje sa aj po konzumácii malého množstva alkoholu. Vyznačuje sa nemotivovaným správaním i amnéziou na obdobie poruchy. Medzi vedľajšie príznaky patria automatizmy, stuhnutosť, mlčanlivosť pri aktivite, nápadná bledosť, neprítomnosť výrazu, následný spánok a vyčerpanosť (Útrata, Kunda In: Heretik, 2004).

Výskyt palimpsestu (tzv. okno) ešte neznamená prítomnosť komplikovaného, či dokonca patického opojenia a nie je ani dôkazom závislosti od alkoholu (Heretik, 2004). Palimpsest je bežným symptómom už v druhom vývojovom štádiu podľa Jellinka. Skúsenosť s ním má značná časť populácie, ktorá konzumuje alkohol. Často sprevádza jednoduchú ebrietu pri ťažkom stupni opojenia (Pokora In: Heretik, 2004).

3.4 Zdravotné následky užívania alkoholu

Alkohol je nervový jed. Postihuje predovšetkým nervovú sústavu. Pri pravidelnom nadmernom užívaní alkoholických nápojov vznikajú predovšetkým tieto poruchy nervovej sústavy:

- **Organické** – zápaly nervov ľahšieho stupňa, prejavujú sa bolesťami, mravčením a rôznymi neprijemnými pocitmi v končatinách.
- **Psychické** - alkoholikov postihuje labilita citovej oblasti, často sa u nich vyskytuje zvýšená dráždivosť až výbušnosť, pridružujú sa bolesti hlavy, malátnosť, únava, nechutenstvo, tras rúk a nespavosť.

- **Psychotické** – označujeme tak duševné chorobné stavy, ktoré sa vyskytujú u pokročilých alkoholikov zvyčajne v terminálnej fáze (Kolibáš In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

K psychotickým poruchám zaraďujeme:

- Alkoholické delírium (delírium tremens) – ide o akútnu poruchu vyvolanú často vynechaním alebo redukciou alkoholu. Medzi príznaky patria halucinácie, mikrozoopsie (skutočné vidiny drobného hmyzu, pavúky, muchy, kobylky), potenie, zvýšená srdcová frekvencia, zvýšená telesná teplota.
- Alkoholická halucinóza – prejavuje sa zvukovými a slovnými halucináciami. Typický na vznik takýchto halucinácií je nočný čas. Neskôr sa objavujú slovné halucinácie – hlasy a bludy z prenasledovania. Trvá niekoľko dní, potom halucinácie ustánú.
- Alkoholická paranoidná psychóza – prejavuje sa paranoidnými, najčastejšie emulačnými bludmi – žiarlivostnými.
- Alkoholická depresia – prejavuje sa ľahkými a krátkodobými depresiami, väčšinou odznejú do 14 dní.
- Úzkostné poruchy – súvisia s nadmerným konzumom alkoholu. Pri abstinovaní rýchle odznejú. U inej skupiny ľudí mohli úzkostné poruchy predchádzať závislosti, a potom sa na nej podieľať. Tieto poruchy si vyžadujú liečbu.
- Korsakovova psychóza – ide o akútne sa začínajúcu poruchu so stratou pamäti, s dezorientáciou, so zámenou osôb, s eufóriou, hyperaktivitou a periférnym poškodením nervov.
- Alkoholická demencia – častá porucha, ktorá je vyvolaná neurotickými účinkami alkoholu, nutričnými faktormi, metabolickými poruchami a úrazmi.
- Wernickeho encefalopatia – najťažšia organická porucha. Medzi príznaky patrí spavosť, porucha zladenia pohybu končatín, poruchy reči, mimovoľné kmitavé pohyby oka, obrny okohybných svalov, ťažká porucha pamäti a orientácie. Často sa končí smrťou alebo vedie k demencii.

- Porucha osobnosti – vzniká v terminálnej fáze alkoholizmu. Prejavuje sa poruchami sociálnych vzťahov, najmä neschopnosťou vytvárať alebo udržať priateľstvá, nespoľahlivosťou, klamstvami, vystatovačnosťou a spoločensky nevhodným vystupovaním. Nápadný je zanedbaný zovňajšok, u dotyčného chýbajú hodnotové záujmy. Pozorujeme strácanie morálnych zábran (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Účinky alkoholu môžeme pozorovať na viacerých orgánoch a ústrojenstvách organizmu. Alkohol spôsobuje aj poruchy telesných systémov a funkcií a má účinky najmä:

- Kardiovaskulárne ochorenia – medzi najzávažnejšie srdcovo-cievne ochorenia zaraďujeme hypertenziu, poruchy srdcového rytmu a iné.
- Choroby dýchacieho traktu – zápaly hrtanu, bronchitída, zápaly pľúc, nádorové ochorenia. Veľmi vysoké dávky alkoholu vedú k útlmu dýchacieho centra.
- Choroby tráviaceho ústrojenstva – zápaly pažeráka, žalúdka, vredová choroba žalúdka a dvanástnika, pečeňové poškodenie.
- Poruchy endokrinného systému – napríklad poruchy nadobličiek, porucha funkcií gonád, hypotyreoidizmus.
- Poruchy krvotvorného systému – napríklad anémia, zväčšenie objemu červených krviniek, zníženie počtu bielych krviniek.
- Močový systém – alkohol utlmuje sekréciu hormónu vazopresín, v dôsledku čoho sa zvyšuje množstvo vylúčeného moču.
- Svalový výkon – môže sa pri malých dávkach alkoholu pre znížený pocit únavy zvýšiť (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

3.5 Alkohol a mládež

V detstve a dospievaní vzniká závislosť od alkoholu podstatne rýchlejšie ako v dospelom veku. Z uvedeného dôvodu chránia všetky civilizované krajiny predovšetkým deti a dospievajúcich pred alkoholom (Rovný et.al., 1998).

U mnohých mladistvých je včasná konzumácia alkoholu východiskovým bodom k neskoršej drogovej kariére. Alkoholovú skúsenosť má už väčšina stredoškolákov, dost' často i žiaci základných škôl. Veľmi často sa k alkoholu pridružuje i kombinácia s tabletami. Nakoľko alkohol patrí ku každodennému životu a pije sa pri rôznych príležitostiach, nie je ľahké u dieťaťa rozpoznať prechod od príležitostného vyskúšania k pravidelnému pitiu vo väčších množstvách (Göhlert, Kühn, 2001).

Zvýšené rizika alkoholu pre deti a dospelých sú nasledovné:

- k otrave dochádza už po nižších dávkach alkoholu vzhľadom k nižšej hmotnosti a k tomu, že alkohol sa pomaly vstrebáva,
- silnejší efekt alkoholu na psychiku v dôsledku nižšej tolerancie a mnohých ďalších faktorov,
- menšia miera skúsenosti v detstve a dospievaní zvyšuje riziko alkoholu pri rôznych náročných situáciách,
- tendencia riskovať, ktorá je častá v dospievaní, sa pod vplyvom alkoholu zvyšuje,
- tendencie experimentovať s návykovými látkami v čase dospievania môžu byť podnecované skúsenosťami s alkoholom ako s látkou prenikavo ovplyvňujúcou psychiku dieťaťa a dospelých,
- závislosť na alkohole vzniká v dospievaní častejšie ako v neskorších rokoch (Nešpor, Czémy In: Liba, 2005).

Podľa Göhlerta a Kühna (2001) môžu mladiství v prvom opojení alkoholom už aj pri koncentrácii alkoholu v krvi pod dve promile vykazovať klinický obraz ťažkej otravy, kým u dlhoročných alkoholikov aj pri viac ako štyroch promile ide len o miernu otravu.

Najsilnejším prediktorom alkoholizmu je výskyt tejto závislosti u prvostupňových príbuzných. Deti rodičov „alkoholikov“ sú dvojnásobne náchylní na rozvoj závislosti ako tí bez rodinnej anamnézy (Shahpesandy In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Rodinné pomery alkoholikov môžeme rozdeliť do troch skupín, a to podľa konsolidovanosti vzťahov medzi rodičmi, podľa kvality výchovného

usmerňovania detí, podľa hygienických podmienok v domácnosti, existenčného zabezpečenia a podľa celkovej morálnej úrovne rodiny.

Do prvej skupiny zaraďujeme rodiny pomerne ustálené, v ktorých sa dieťaťu venuje aspoň jeden z rodičov. Dieťa sa tu bezprostredne nestretáva s prejavmi opitého člena rodiny. Pokiaľ k tomu dochádza, nie sú to časté ani príliš drastické prejavy. Existenčné zabezpečenie je vyhovujúce.

Do druhej skupiny patria rodiny, v ktorých autorita rodičov trpí protichodnými tendenciami, vzťahy medzi nimi sú rozhádané, škriepky sa odohrávajú pred deťmi. Existenčné zabezpečenie rodiny je podpriemerné.

Do tretej skupiny patrí typická alkoholická rodina, v ktorej je hlboký manželský rozvrat. Nie je zabezpečená výchova detí, postoj rodičov k výchove detí je buď ľahostajný, alebo rodičia svoje deti priamo nabádajú k mravnému chybnému činom, napríklad ku krádežiam, podvodom a iným asociálnym činom (Sedlák, 1988).

Deti vyrastajúce v rodinách, kde sa alkohol denne konzumuje, majú nevhodné podmienky pre svoj zdravý vývoj a zlý príklad pre postoj k užívaniu alkoholických nápojov. Mnohé z nich sa veľmi skoro pokúšajú napodobňovať dospelých. Pôsobia na ne vplyvy ako strach, úzkosť, neistota, hanba, obavy o budúcnosť, obava pred ublížením. Okrem vážneho narušenia citovej výchovy, takýto stav zapríčiňuje aj rôzne funkčné poškodenia nervového systému. Tým sa môže vážne narušiť vývoj osobnosti dieťaťa, zapríčiniť jeho invalidita a dlhotrvajúca, nie vždy úspešná liečba (Ondruš, 1990).

3.6 Liečba alkoholizmu

Protialkoholická liečba obyčajne začína ambulantnou terapiou. V prípade, že táto forma nie je efektívna, je potrebná ústavná liečba, ktorá sa realizuje v špecializovaných protialkoholických oddeleniach alebo v špecializovaných ústavoch. Absolvovanie protialkoholického liečby je prvým krokom a základom alkoholického readaptácie a resocializácie. Readaptácia, resocializácia a reedukácia ako súčasť doliečovania si kladú za cieľ predovšetkým prinavrátiť liečenému alkoholikovi schopnosti, ktoré stratil následkom nadmernej

konzumácie alkoholu, to znamená zharmonizovať osobnosť abstinujúceho alkoholika (Ďanovský, Martinove, Liečba a resocializácia ľudí so závislosťou na alkohole, <<http://www.bedekerzdravia.sk>>, [cit. 2012-01-19]).

Podľa Kolibáša a Novotného (1996) závislosť od alkoholu má multikondicionálnu genézu, preto aj terapia musí podchytiť viacero príčinných faktorov a musí byť preto komplexná. Terapia je v začiatku ochorenia ťažká, pretože samotné ochorenie má ešte málo vyjadrené svoje symptómy. Postoj alkoholika je ak nie negatívny, tak iste viac či menej ambivalentný. Terapeutický cieľ má viacero vrstiev. Najskôr je potrebné kompenzovať telesné a psychické poruchy, ktoré vznikli v dôsledku dlhodobého konzumu alkoholu. Potom je potrebné zmeniť postoj pacienta voči samotnému alkoholu. Nasledujúcim cieľom je zvýšenie efektívnej a frustračnej tolerancie pacienta, lebo tá býva dôvodom k ďalšiemu relapsu. Nasledujú ťažšie ciele: zlepšenie sociálnej, profesionálnej integrácie a vybudovanie nových personálnych väzieb. Konečným cieľom je reštitúcia pôvodne autonómnej osobnosti s ucelenou hierarchiou hodnôt. Všetkým uvedeným cieľom má byť nadradený cieľ trvalej abstinencie.

Kolibáš a Novotný (1996) uvádzajú nasledovné fázy terapie:

- **Kontaktačná fáza** – býva úvodnou fázou terapie. Lekár sa kontaktuje s pacientom, ozrejmuje sa diagnóza nielen závislosti, ale aj prípadných komplikácií a sociálna situácia pacienta. V závere kontaktačnej fázy musí alkoholik pristúpiť na koncepciu choroby, musí sa stotožniť s názorom, že liečba je potrebná a možná. Na záver tejto fázy musí akceptovať fakt, že jeho stav vyžaduje dlhodobú a dôslednú abstinenciu.
- **Detoxikačná fáza** – trvá niekoľko dní až týždňov. Potrebná je infúzna terapia s polyvitamínmi a s roboranciami. Často je potrebné aplikovať benzodiazepiny. Na zabezpečenie spánku sú potrebné hypnotiká. V detoxikačnej fáze sa využívajú aj konzília internistov a neurológov.
- **Odvykacia fáza** – musí prerušiť patologický vzťah k droge. Trvá týždne až mesiace. V tejto fáze je snaha vytvoriť nové behaviorálne reakcie na alkohol. Využívajú sa individuálne a skupinové psychoterapeutické

praktiky. Potrebná je socioterapia, psychoterapeutická práca s príbuznými a inými ľuďmi z okolia pacienta.

- **Rehabilitačná fáza** – má byť súčasťou liečby. Jej hlavnou úlohou je rehabilitovať pacienta vo všetkých jeho pôvodných funkciách, resocializovať ho. Táto fáza trvá mesiace, až roky. Súčasťou rehabilitačnej fázy sú aj športové a rekreačné aktivity, účasť na práci klubu abstinentov a iné.

4. NIKOTINIZMUS

Fajčenie je drogová závislosť. Ako choroba je uvedené aj v medzinárodnej klasifikácii chorôb. Cigareta je zdravotným, psychickým a sociálno-kultúrnym problémom a nikotinizmus je najsilnejšou závislosťou, Výskumy potvrdzujú, že je dokonca silnejšou ako návyk na kokaín, heroín alebo alkohol (Janiaková, 2003).

Neklamným znakom vzniku drogovej závislosti je vzplanutie abstinenčných príznakov, ku ktorým postupne zaraďujeme nasledovné: silná túžba po tabaku, malátnosť alebo slabosť, úzkosť, dysforická nálada, podráždenosť alebo nepokoj, nespavosť, zvýšená chuť na jedlo, silný kašeľ, vredy v ústnej dutine a poruchy sústredenia (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Fajčarov môžeme rozdeliť do troch skupín:

1. Príležitostní fajčiari, ktorí fajčia len pri určitých príležitostiach, napr. pri káve alebo sledovaní televízie.
2. Návykí fajčiari nie sú fyzicky závislí od nikotínu. Cigareta má pre nich hlavne psychostimulačný účinok.
3. „Toxikomani“ sú najťažší fajčiari. Vznikla u nich psychosomatická závislosť od nikotínu. Fajčia pri akejkoľvek príležitosti, život bez cigarety si nevedia predstaviť, fajčia aj napriek zákazu lekára. Majú abstinenčný syndróm (Gabura, Labáh, Svobodová, Varmuža, 1993).

4.1 Charakteristika tabaku

Tabak je rastlina z čeľade ľuľkovitých. Existuje niekoľko desiatok druhov rastliny. Najznámejší je tabak virgínsky a tabak sedliacky.

Tabakový dym je produktom suchej destilácie. Predstavuje nerovnorodú zmes neskondenzovaných pár rôznych zlúčenín a minikvapôčok. Dym, ktorý vstupuje do úst fajčiara je skoncentrovaný aerosól. Látky nachádzajúce sa v cigaretovom dyme pôsobia jednak miestne a jednak sa niektoré z nich

v dýchacích a tráviacich ústrojoch vstrebávajú a tak pôsobia na organizmus fajčiara.

Škodlivé látky môžeme v tabakovom dyme rozdeliť do troch skupín:

1. Látky dokázateľne škodlivé – nikotín, oxid uhoľnatý, rakovinotvorné látky a rádioaktívne látky.
2. Látky, ktoré dráždivo pôsobia na dýchacie ústrojenstvo, podporujú tvorbu hlienu v prieduškách a spomaľujú činnosť riasinkového epitelu sliznice dýchacích ciest – amoniak, acetaldehyd, acetón, formaldehyd, acetonitril, akrylonitril, metylalkohol, benzén, akroleín, kyanovodík, sirovodík, fenoly.
3. Látky potencionálne škodlivé v závislosti od ich koncentrácie, ktorá je rozdielna v rôznych druhoch cigariet.

Pri spaľovaní tabaku vzniká i kameňouhoľný decht, ktorého množstvo v jednej cigarete sa pohybuje v rozmedzí 2 až 33 mg. Ovplyvňuje ho spôsob spaľovania, dĺžka cigarety, prítomnosť filtra, množstvo, druh a hmotnosť tabaku. Funkčné destiláty tabakového dechtu sú rakovinotvorné látky (napríklad polycyklické aromatické uhľovodíky, benzopyrén, dibenzeantracén, dibenzakridín) (Ondruš, 1990).

Jednou z najhlavnejších zložiek tabakového dymu je nikotín (Ondruš, 1990). Je to silne toxická, bezfarebná látka, rastlinný alkaloid, ktorý je obsiahnutý v tabaku. Užívanie nikotínu ako psychotropnej látky je viazané na tabak, respektíve na jeho fajčenie. Iné aplikačné formy (žuvací tabak, šnupanie) nie sú príliš rozšírené. Pokusy o užitie inou aplikačnou formou (napríklad odvar z cigariet) môžu končiť i smrťou, nakoľko nikotín je pomerne toxický. Smrteľná dávka sa pohybuje okolo 80 mg (Kolektív autorov združenia SANANIM, 2007).

V dyme jednej cigarety sa nachádza 1 – 3 mg nikotínu. Jedna cigareta sa vyfajčí približne na deväť ťahov. Najmenej škodí prvý ťah, obsahujúci asi 3,3% škodlivín, najviac posledný, ktorý obsahuje 17,6% škodlivín.

Druhou významnou zložkou tabakového dymu je oxid uhoľnatý. Vzniká nedokonalým spaľovaním tabaku a cigaretového papiera. Oxid uhoľnatý je krvný jed, pretože tlmí transport kyslíka ku tkanivám. Vyraduje z činnosti

hemoglobín, ktorý je hlavným prenášačom kyslíka z pľúc do jednotlivých orgánov a tkanív (Ondruš, 1990).

4.2 História tabaku

Pôvodní obyvatelia Ameriky už odpradáva udržovali posvätný oheň suchými tabakovými listami. Omamné účinky tabaku si ako prví všimli indiánski kňazi. Zo spoločného vdychovania dymu okolo ohňa sa neskôr vyvinulo fajčenie fajky, zostávalo však i naďalej náboženským obradom, ktorým si Indiáni uctievali boha slnka a svojho veľkého Manitoua, skrytého podľa ich viery v tabakovom dyme.

Do Európy sa tabak dostal vďaka Kolumbovým výpravám. Prvé tabakové semená priviezol v roku 1518 Roman Pene, účastník druhej Kolumbovej výpravy z provincie Tabacco na ostrove San Domingo. Na počesť tejto provincie dostala rastlina svoj názov tabak (Ondruš, 1990).

V priebehu sto rokov sa tabak v Európe udomácnil. Získal si mnoho prívržencov, ale aj odporcov. Medzi prvých nepriateľov tabaku patril anglický panovník Jakub I. ktorý napísal jeden z prvých spisov proti fajčeniu. Po skončení tridsaťročnej vojny sa fajčenie rozšírilo aj v našich krajinách. Fajčenie a šnupanie tabaku sa stalo vášňou medzi vojakmi a širokými vrstvami obyvateľstva. Fajčiť bolo povolené všade, dokonca aj v kostoloch. V mnohých krajinách však platil prísny zákaz fajčenia a tresty za jeho porušovanie bývali niekedy veľmi drastické. Previnilcov trestali bitkou na verejných miestach, nepolepšiteľným fajčiarom odrezávali nos a rozrezávali pery, aby nemohli udržať fajku v ústach.

Keď vládcovia zistili, že z tabakovej vášne môžu získať nemalé finančné prostriedky, boj proti fajčeniu začal slabnúť. Koncom 16. storočia narastal dopyt po tabaku. Na najúrodnejších miestach južnej Európy sa začal tabak pestovať vo veľkom. Začiatkom 19. storočia sa začala rozmáhať továrenská výroba cigariet. Cigarety kupovali tí, ktorí na to mali peniaze. Chudobnejší si ich vyrábali vlastnoručne. Do papierikov balili jemne nakrájaný tabak alebo ho napchávali plechovou nabíjačkou do dutiniek. Dnes už takýto spôsob domácej

výroby cigariet takmer zanikol. Továrne vyrábajú miliardy cigariet, aby uspokojili širokú spotrebu (Tomin, 1990).

4.3 Typy a dôvody fajčenia

Fajčenie je určitým druhom správania, ktoré má návykový charakter. Vo fajčení rozlišujeme viacero typov alebo stupňov, ktoré sa môžu navzájom prelínať alebo kombinovať a v ktorých je abúzus nikotínu rozlične významný:

- psychosociálne fajčenie – typ fajčenia, ktorý je typický pre začínajúcich fajčiarov, najmä mladistvých. Býva dôkazom dosiahnutia určitého stupňa psychickej a sociálnej zrelosti.
- senzomotorický návyk – pre tento typ je charakteristické spájanie zmyslových vnemov a pohybových prejavov pri fajčení: pózy, pohyby, spôsob vypúšťania cigaretového dymu a jeho pozorovanie, chuťové a čuchové vnemy.
- fajčenie ako prostriedok na zmiernenie emočného napätia, pocitov úzkosti a neistoty, alebo na navodenie psychického uvoľnenia a odpočinku.
- fajčenie ako prostriedok na využívanie stimulačných účinkov nikotínu.
- abúzus nikotínu – fajčenie pre obavy z nepríjemných príznakov po vynechaní fajčenia.
- fajčenie ako stereotyp – automaticky sa opakujúci stereotyp, pri ktorom fajčiar zapaluje mimovoľne jednu cigaretu za druhou tak rýchlo, že mnohé z nich ani nedofajčí.

Fajčenie ako určitá forma správania sa stalo súčasťou rozličných spoločenských zvyklostí a určitej spoločenskej atmosféry. Fajčenie býva prostriedkom napodobňovania alebo prirovnávania sa k vzorom, stotožňovania sa s určitými myšlienkovými prúdmi, spôsobom života, štýlom správania, módnosťou, modernosťou a emancipáciou. Používa sa ako určitý symbol zrelosti a nezávislosti, ako prostriedok na zastretie alebo prekonanie pocitov

úzkosti, neistoty a napätia, na preklenie užších osobných alebo širších spoločenských zábran a bariér (Rosival, Zikmund et al., 1992).

Dôvody na fajčenie sú rôzne a fajčiari často uvádzajú, že sa k cigarete obrátili v situácii, keď hľadali riešenie problému, záťažovej alebo zložitej situácie (Kollárik In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

Z psychologického hľadiska môžeme dôvody fajčenia rozdeliť nasledovne:

- Fajčenie ako pôžitok,
- Fajčenie ako stimulátor na zmobilizovanie energie,
- Fajčenie ako obrad,
- Fajčenie ako spôsob úniku z konfliktnej stresovej situácie,
- Fajčenie ako potreba,
- Fajčenie ako spoločenský akt,
- Fajčenie z nudy,

Podľa zoológa D. Morrisa existuje súvislosť medzi fajčením cigariet a dojčením. Cigareta nachádzajúca sa medzi perami poskytuje príjemný pocit, dym zahrieva, čo imponuje ako cicanie materského mlieka. Fajčenie je teda určitá náhrada za dôverné fyzické kontakty z čias najútlejšieho detstva. Ide o formu symbolickej dôvernosti, ktorá nás sprevádza celý život. Preto ďalším dôvodom fajčenia u niekoho je potreba mať niečo v ústach (Gabura, Labáh, Svobodová, Varmuža, 1993).

4.4 Zdravotné následky fajčenia

Fajčenie je pravdepodobne najväčšou jednotlivou príčinou alebo rizikovým faktorom pre vznik a rozvoj viacerých závažných chorôb, ktorému môže predísť každý jednotliviec sám. Škodlivé účinky toxických látok z fajčenia sú najvyššie pri aktívnom fajčení. Časť populácie je však škodlivým účinkom toxických látok vystavená pasívne. Fajčenie tabaku na rozdiel od abúzu mnohých iných psychoaktívnych látok prevažne neovplyvňuje výraznejším spôsobom správanie, psychické funkcie, osobnosť a sociálne vzťahy človeka ani bezprostredne a ani pri abúze, ktorý trvá mnoho rokov. Jeho škodlivé

následky sa prejavujú predovšetkým na somatickom zdraví (Ághová, et al., 1993).

Medzi základné dôsledky fajčenia zaradujeme: rakovinu, choroby dýchacieho ústrojenstva, srdcovo-cievne ochorenia, vplyv na tehotenstvo a reprodukčné funkcie, závislosť.

- **Rakovina.** Odhaduje sa, že jedna z troch osôb niekedy ochorie v živote na rakovinu a jedna zo štyroch osôb na ňu aj zomrie. Najčastejšie sa s fajčením spája rakovina pľúc, ktorá zabíja viac ľudí než akýkoľvek iný druh rakoviny a najmenej 80% týchto úmrtí je spôsobených fajčením. Fajčenie je rizikovým faktorom na rakovinu hrtanu, ústnej dutiny a pažeráka. S počtom vyfajčených cigariet sa zvyšuje riziko týchto foriem rakoviny (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009). Epidemiologické štúdie ukázali, že fajčenie cigariet predstavuje rizikový faktor na vznik rakoviny krčka maternice a že toto riziko narastá úmerne dĺžke času fajčenia danej ženy (Huttová In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009). Fajčenie je silný a nezávislý predpovedajúci faktor rakoviny pankreasu, aj keď desať rokov potom, čo fajčiar prestane fajčiť, sa toto riziko v priemere znižuje na úroveň rizika u nefajčiarov. Fajčenie tiež prispieva k vzniku rakoviny konečníka, rakoviny močového mechúra, rakoviny obličiek a leukémie.
- **Choroby dýchacieho ústrojenstva.** Fajčenie je hlavnou príčinou chronickej obštrukčnej choroby pľúc, ktorá je u nefajčiarov veľmi vzácna. Chronická obštrukčná choroba pľúc je ochorenie, ktoré vedie k postupnej invalidite pacienta. Začiatok ochorenia je veľmi pomalý, dýchavičnosť sa prejaví ako problém až potom, keď už došlo k zničeniu približne polovice pľúcneho tkaniva.
- **Srdcovo - cievne ochorenia.** Fajčenie cigariet, zvýšená hladina cholesterolu a vysoký krvný tlak sú overené nededičné rizikové faktory, ktoré spôsobujú ischemickú chorobu srdca. Riziko u fajčiara, že dostane srdcový infarkt je dvakrát až trikrát vyššie ako u nefajčiara. Fajčenie vyvoláva tiež zvýšenie koncentrácie cholesterolu v krvi, zvyšuje hladinu fibrinogénu a počet krvných doštičiek, čo vedie aj k zvýšeniu viskozity krvi. Tieto zmeny zvyšujú riziko fajčiarov, že sa u nich rozvinú rôzne

formy aterosklerózy. Fajčiari majú omnoho vyššiu pravdepodobnosť, že zomrú na prasknutie aneuryzmy brušnej aorty, než nefajčiari. U fajčiarov je šesťnásťkrát vyššie riziko vzniku ochorení periférnych ciev než u ľudí, ktorí nikdy nefajčili. Fajčiari, ktorí nevenujú dostatočnú pozornosť prvým príznakom a ďalej fajčia majú vyššiu pravdepodobnosť vývoja gangrény nohy. Silné fajčenie spôsobuje Burgerovu chorobu. Toto ochorenie je podmienené zápalom malých ciev, ktorý vedie k upchatiu tepien a k vzniku gangrény. Fajčiari majú vyššiu pravdepodobnosť, že ochorejú na trombózu mozgových tepien ako nefajčiari. U fajčiarov je častejší výskyt zvláštnej formy krvácania do mozgu, čo platí predovšetkým pre ženy, ktoré súčasne užívajú hormonálnu antikoncepciu (Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

- **Vplyv na tehotenstvo a reprodukčné funkcie.** Ženy fajčením neohrozujú iba vlastné zdravie. Keď začne dievča fajčiť, je málo pravdepodobné, že zanechá fajčenie počas tehotenstva. To znamená, že poškodzuje plod. Plod sa môže poškodiť najviac v prvých ôsmich týždňoch gravidity, teda vtedy, keď žena často ešte ani nevie že je tehotná. Ak fajčí gravidná žena, nikotín preniká cez placentu do srdcovocievnej sústavy plodu a narušuje jeho normálnu činnosť. Fajčiarky majú v porovnaní s nefajčiacimi ženami častejšie patologickú tehotnosť. Okrem toho mávajú ich deti nižšiu pôrodnú hmotnosť. U fajčiacich žien sa častejšie vyskytujú aj predčasné pôrody. Škodlivý vplyv nikotínu možno pozorovať aj na pohyboch plodu. U zdravej matky, ktorá nefajčí je plod v maternici pokojný a pohne sa najviac dva razy za minútu. Po vyfajčení jednej cigarety sa počet pohybov plodu zvýši až na päť za minútu. Jeho pohyby sú prudšie a silnejšie (Tomin, 1990).
- **Závislosť od užívania tabaku.** Diagnóza závislosti sa môže stanoviť iba v prípade, ak v priebehu roka dôjde k trom alebo viacerým príznakom uvedeným v Medzinárodnej klasifikácii chorôb: silná túžba alebo pocit užiť návykovú látku, problém so sebaovládaním, postupné zanedbávanie iných potešení alebo záujmov, pokračovanie v užívaní aj napriek jasným dôkazom o škodlivosti (Nešpor In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009). Vo

všeobecnosti bývajú od nikotínu závislí ľudia, ktorí si musia zapáliť cigaretu čo najskôr po prebudení a ľudia, ktorí nedokážu nefajčiť na miestach, kde je to zakázané (Králiková In: Ochaba, Rovný, Bielik, 2009).

4.5 Fajčenie a mládež

Veková hranica pravidelných fajčiarov, keď vznikajú prvé pokusy o fajčenie sa čoraz viac znižuje. Najviac prvých kontaktov s cigaretou je pred 10 rokom života. Prvým prostredím, s ktorým sa dieťa stretáva je rodina. Mnohé výskumy ukázali, že deti rodičov, ktorí fajčia, sa stávajú dvakrát častejšie fajčiarimi ako deti z rodín, kde sa nefajčí. Vplyv rodiny sa s blížiacou dospelosťou vytráca a začínajú pôsobiť iné vplyvy – priatelia, kamaráti, vrstovníci. Fajčenie sa v tomto veku chápe ako prejav mužnosti. Dospievajúci jedinec, ktorý nefajčí sa pri mnohých spoločenských podujatiach dostáva do nepriaznivej situácie. Je citlivý na to, ako ho hodnotia jeho kamaráti a partia. Aby sa im vyrovnal, alebo aby sa nevystavoval kritike a posmechu, siaha po ponúkaných cigaretách. Mladý jedinec chce zapôsobiť na druhých, zaimponovať, a tak preberá prvky správania dospelých. Potreba nezávislosti, slobody, pocit dôležitosti, ocenenie iných a sebapresadenie sú silné motívy na vznik fajčenia, rovnako ako túžba po poznávaní alebo zvedavosť.

Postoj detí k fajčeniu prechádza tromi fázami:

1. Do 10 roku života prejavujú deti kritický postoj voči fajčeniu a fajčiarom. Od 11 roku sa obraz nápadne zmení. Dieťa, ktoré sa na fajčenie dospelých dívalo s odporom, je náhle upútané zvedavosťou.
2. Okolo 13 roku sa dieťa dostáva do štádia napodobňovania dospelých. Fajčenie mládeže v tomto veku sa odohráva väčšinou v partiách, cigareta sa stáva prostriedkom interakcie.
3. Do 14 roku života sa zvyčajne ešte nepocituje nevyhnutnosť fajčiť. Od 15 roku sa všetko mení. Mladý človek zvyčajne vo fajčení už nevidí len spôsob, ako na seba upozorniť. Cigaretu si zapaluje preto, lebo cíti potrebu niečo vdychovať alebo sa s niečím v rukách pohrávať. Už skutočný 16 ročný fajčiar chce priučiť fajčiarskemu „umeniu“ ešte mladších, vsugerúva

sebe ale aj iným, že fajčenie je bežné. Toto je hybná sila nebezpečného mechanizmu, do ktorého starší zaťažujú mladších (Ondruš, 1990).

Príležitostné fajčenie dvoch až troch cigariet počas dospievania takmer pravidelne vyvoláva abúzus, ktorý trvá do neskorej dospelosti. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa fajčiarom stáva taký človek, ktorý vyfajčí v priebehu pol roka každý deň aspoň jednu cigaretu. Od fajčenia sa rýchlo stávajú závislými aj vyrovnané, ustálené a sociálne dobre prispôsobené osobnosti (Rosival, Zikmund et al., 1992).

4.6 Poradenstvo a liečba na odvykanie fajčenia

V prípade, že nebudú prijaté adekvátne opatrenia na úrovni poradensko-liečebnej starostlivosti u dospelých a nenastane podstatná redukcia fajčenia u mládeže, celosvetový počet úmrtí sa v roku 2030 minimálne zdvojnásobí zo 4 miliónov na 10 miliónov ročne. Väčšina fajčiarov sa pokúšala prestať viackrát, no zo sociálnych a psychologických príčin sa im to podarí len na krátky čas.

S cieľom zvyšovania podielu úspešnosti odučených fajčiarov môžeme použiť dve základné intervencie:

1. Behaviorálna intervencia (krátka rada od lekára, svojpomocné materiály, behaviorálna a psychologická intervencia, masmediálne kampane, telefonické poradenstvo, pomoc cez internet, nefajčiarske miesta, súťaže pre fajčiarov).
2. Farmakologická intervencia (prípravky s obsahom nikotínu, vareniklín a pod.).

Krátka rada od lekára môže zvýšiť zanechanie fajčenia u fajčiarov až o približne 30 percent, v porovnaní so žiadnou intervenciou. Lekár môže viesť fajčiara k zamysleniu nad svojim životným štýlom a môže informovať o výhodách a nevýhodách zanechania fajčenia.

Spolu so svojpomocnými príručkami zvyšuje účinnosť tejto metódy behaviorálna a psychologická intervencia. Rozlišujeme tri typy intervencií, ktoré zvyšujú mieru zanechania fajčenia. Prvá intervencia učí fajčiara zvládnuť

problémy, vyhýbať sa situáciám, ľuďom a miestam, ktoré súvisia s predstavou fajčenia. Druhá intervencia zabezpečuje sociálnu podporu z okruhu najbližšieho okolia. Záverečnou intervenciou je bývalému fajčiarovi poskytované zázemie a podpora zo strany najbližšieho okolia.

Medzi iné metódy behaviorálnej terapie s pozitívnymi výsledkami patrí averzívna liečba. Prostredníctvom intenzívneho fajčenia fajčiar prežíva nepohodu, nutkanie na zvracanie a prejavy dávenia. Napriek preukázaným účinkom nepatrí táto metóda medzi široko akceptovateľné.

Populárna a ľahko prístupná intervencia, ktorá má dosah na veľké množstvo fajčiarov, ktorí uvažujú nad zanechaním fajčenia je telefonické poradenstvo a poradenstvo cez internet.

Medzi efektívne intervencie z pohľadu trvalej abstinencie patrí vytváranie nefajčiarskych miest alebo pracovísk.

Efektívnou stratégiou k podpore zanechania fajčenia je legislatíva s účelom obmedzenia fajčenia na verejných miestach.

Farmakologická intervencia sa odporúča pri zvládaní abstinенčných príznakov v dôsledku nedostatku nikotínu v mozgu človeka. Existujú i lieky, ktoré nepôsobia na báze nikotínových náhrad, ale ovplyvňujú vnímanie a správanie človeka vo vzťahu k fajčeniu. Farmakologická liečba beznikotínovými liekmi Vareniklín pomáha odvykať od fajčenia na princípe čiastočného agonistického účinku vareniklínu na $\alpha 4 \beta 2$ nikotínovom receptore, kde jeho naviazanie vyvoláva účinok dostatočný k úľave od symptómov z vysadenia, a zároveň znižuje odmeňujúce a posilňujúce účinky fajčenia tým, že zabraňuje naviazaniu nikotínu na špecifické receptory v mozgu. Vareniklín je dostupný na lekársky predpis.

Medzi náhradné nikotínové prípravky patria i náplaste, žuvačky a inhalátory, ktoré obsahujú nikotín za účelom zanechania fajčenia (Ochaba, 2009).

5. PREVENCIA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Prevenciu môžeme charakterizovať ako predchádzanie nejakým neželateľným, respektíve škodlivým činnostiam. Tento pojem sa najčastejšie spomína v zdravotníctve. Je to vlastne starostlivosť o zdravie ľudí, aby netrpeli chorobou. V súvislosti s drogovou závislosťou sa čoraz viac zdôrazňuje potreba realizovať aktivity, ktoré jej predchádzajú. I tu platí, že účinnejšie je jej predchádzať, ako odstraňovať už vzniknutý neželateľný stav. Ide o opatrenia, ktoré by zabránili alebo aspoň spomalili vznik nežiaducich návykov a nakoniec aby sa pomocou nich dalo vyhnúť prípadným problémom, ktoré vo svojich dôsledkoch môžu ohroziť duševné i telesné zdravie človeka (Kačániová, 2005).

5.1 Charakteristika a druhy prevencie

V najširšom slova zmysle prevencia predstavuje posilňovanie pozitívnych podmienok, vplyvov spoločnosti a spoločenského prostredia. Ide o systém opatrení zameraných na znižovanie, prípadne vylúčenie rizika výskytu určitých životných situácií, ktoré negatívne pôsobia na človeka alebo skupinu ľudí pod vplyvom existujúcich životných, pracovných a sociálno-ekonomických podmienok (Liba, 2005).

Podľa Ondrejkooviča a Poliakovej et al. (1999) je prevencia drogových závislostí výhodnejšia ako terapia, ktorá je vždy spojená s dlhodobým a zložitým procesom odvykania a zaraďovania sa do normálneho života. Podmienkou úspešnosti prevencie je profesionalizácia a znalosť drogovej scény.

Prevencia drogovej závislosti sa člení na: primárnu, sekundárnu a terciárnu.

Primárna prevencia predstavuje súbor opatrení, ktoré sú zamerané na ochranu jednotlivca pred závislosťou. Je určená pre všetkých, ktorí ešte drogu nevyskúšali. Primárna prevencia sa realizuje v škole, sporadicky v rodine alebo

širšom okolí každého človeka (Kačániová, 2005). Primárna prevencia je zameraná na celú populáciu všeobecne ako aj na špecifické podskupiny. Charakterizujeme ju ako prvotné predchádzanie ohrozujúcim javom. Táto prevencia predpokladá vytváranie priaznivých podmienok pre telesný, intelektuálny, psychický a sociálny vývoj jednotlivca.

Sekundárna prevencia je zameraná na populáciu v podmienkach zvýšeného rizika. Predstavuje konkrétnejšiu formu prevencie, ktorá smeruje na ohrozené skupiny obyvateľstva. Ide hlavne o ohrozenie spôsobené prostredím, narušenými vzťahmi v rodine, spôsobom života rodiny, neúspechmi v plnení cieľov, pracovným preťažením spojeným s trvalým stresom a osobnostnými predpokladmi.

Sekundárna prevencia sa uskutočňuje vtedy, ak má človek už skúsenosť s drogou. Jej cieľom je zabrániť ďalšiemu užívaniu akejkoľvek drogy, a tak predchádzať závislosti alebo ju výraznejšie zmiernovať. Realizácia sekundárnej prevencie sa uskutočňuje podľa presnejšieho programu prevažne v špecializovaných zariadeniach, ako sú centrá pre prevenciu drogových závislostí a pedagogicko-psychologické poradne (Liba, 2005).

Terciárna prevencia je určená jednotlivcom, ktorí prejavujú špeciálne znaky a symptómy alebo prejavujú znaky závislosti. Jej cieľom je zabrániť recidíve, alebo zhoršovaniu stavu tých, ktorí absolvovali liečenie alebo terapiu (Liba, 2005). V tejto prevencii ide o dlhodobý resocializačný proces, ktorý uskutočňujú školení odborníci. Môže sa uskutočňovať individuálne ale aj v skupinách v resocializačných zariadeniach (Kačániová, 2005).

Každá z týchto druhov prevencie má svoje špecifické formy. Ich zvládnutie je mimoriadne náročné a ich zamieňanie je nevhodné, dokonca môže mať za následok opačný účinok (napríklad zvýšenie záujmu o konzumáciu drog). Neodbornosť má za následok predovšetkým nízku účinnosť a nedostatočnú efektívnosť prevencie vo všetkých jej druhoch (Ondrejko, Poliaková, et al., 1999).

Predovšetkým sekundárnu a terciárnu prevenciu môžu úspešne vykonávať len vysoko odborne pripravení pracovníci, ktorí sú oboznámení so špecifikami

drogovej závislosti. Ide predovšetkým o dosiahnutie zmeny nežiadúcich postojov.

Pri primárnej prevencii sa kladie dôraz na usmerňovanie cieľavedomých aktivít, ktoré bezprostredne alebo aj sprostredkovane odrádzajú mladého človeka začať užívať drogu. Primárna prevencia nie je zameraná len na poskytovanie informácií o škodlivosti jednotlivých drog. Tento druh prevencie spočíva predovšetkým v správnom usmerňovaní jednotlivca k pozitívnemu formovaniu takých vlastností a čŕt osobnosti, ako sú česťnosť, ľudskosť, altruizmus, disciplinovanosť a iné. V tejto oblasti pôsobenia na mládež je veľmi dôležitá pomoc pri formovaní sebaobrazu a životných cieľov, ktoré by nemali smerovať len k najbližšiemu dosiahnutiu akéhosi sporného šťastia, ktoré spôsobuje droga, ale hlavne k perspektívam spoločensky želaného uplatnenia sa v živote.

V primárnej prevencii je dôležitá spolupráca všetkých činiteľov, ktorí ju realizujú. Významná je koordinácia postupov rodiny a školy, nielen z hľadiska metód pôsobenia na žiaka, ale aj poznania individuálnych osobitostí, ktoré viac alebo menej utvárajú „vhodnú pôdu“ na drogovú závislosť. To, čo u dieťaťa poznajú rodičia, učiteľ ťažko bezprostredne spozoruje. Ale platí to i naopak. Učiteľ identifikuje aj také kvality prežívania a spôsoby správania žiaka, ktoré sú rodičom ťažko prístupné.

Rovnako môžeme hovoriť o spolupráci aj pri sekundárnej a terciárnej prevencii, kde sa ťažisko „nápravy“ presúva na odborníkov z medicíny a psychológie.

Na základe doterajších poznatkov sa vyvíja snaha skonštruovať aj z hľadiska obsahu akýsi model prevencie drogových závislostí, ktorý by bol východiskom na konkrétne stanovenie programov prevencie (Kačániová, 2005).

Mrazek, Haggerty et al. (In: Kačániová 2005) celú problematiku rozdeľujú na tri časti:

- Univerzálna, všeobecná prevencia. Prezентuje sa v nej základný súbor opatrení, ktorými by sa malo predchádzať výskytu sociálne patologickému správaniu mládeže. Je určená celej populácii i špecifickým podskupinám,

a to z hľadiska vekových osobitostí, ako aj z aspektu charakteru danej drogy.

- Selektívna prevencia. Je zameraná na skupiny už s vysokým rizikom drogovej závislosti. Sú to hlavne deti žijúce v nevyhovujúcom rodinnom prostredí, keď sú rodičia drogovovo závislí, alebo keď sú v rodinnom prostredí časté stresové situácie.
- Indikovaná prevencia. Je určená žiakom, u ktorých sa prejavujú príznaky závislosti a všeobecne sa o nich vie, že fajčia, alebo konzumujú alkoholické nápoje.

5.2 Prevencia drogových závislostí v rezorte školstva

Boj proti drogovým závislostiam mládeže je jedným z výchovných priorít v oblasti školstva. Koordináciu prevencie zabezpečuje Ministerstvo školstva Slovenskej republiky.

Medzi najhlavnejšie úlohy patria:

- na základných a stredných školách realizovať prevenciu drogových závislostí,
- venovať pozornosť záujmovej činnosti detí i mládeže, naučiť ich odmietat drogu,
- v spolupráci s rodičmi pripraviť odborníkov, ktorí dokážu poskytnúť pomoc deťom,
- inovovať a zlepšovať vzdelávanie pedagogických i nepedagogických pracovníkov, ktorí pracujú s mládežou,
- zabezpečovať spoluprácu s rodičmi, a tak vytvárať pozitívne podmienky na zdravý život,
- dobudovať sieť preventívnych školských zariadení, ktoré poskytujú pomoc ohrozeným deťom,
- vykonávať epidemiologické štúdie na zisťovanie výskytu závislostí a postojov detí a mládeže k užívaniu drog,

- realizovať včasné zistenie výskytu drog, identifikovať rizikové skupiny jednotlivcov.

Účinnosť primárnej prevencie je možné zabezpečiť jedine v integrácii so všetkými rezortmi, nakoľko ide o multidimenzionálny problém, ktorý treba riešiť komplexne a dlhodobo (Kačániová, 2005).

Ak má byť školská prevencia účinná a má splniť očakávania vyplývajúce z jej zodpovednosti vyžaduje realizáciu primárnej prevencie ako systémovej a integrálnej súčasti edukačného procesu s cieľom získať dôveru žiakov k subjektom prevencie v škole.

Efektívna primárna prevencia v škole vyžaduje:

- zabezpečovanie primárnej prevencie drogových závislostí ako integrálnej súčasti edukačného procesu s odpovedajúcim podielom všetkých pedagogických a výchovných pracovníkov,
- vypracovanie vlastného programu prevencie a jeho kontroly zohľadňujúce podmienky školy a lokálne špecifiká,
- koordinovanie práce všetkých subjektov školskej prevencie podľa tém a vekových skupín žiakov,
- vytváranie lepších podmienok pre mimoškolskú činnosť (materiálne - technické, finančné, priestorové, personálne),
- realizovanie prosociálnych preventívno-výchovných programov na všetkých typoch škôl,
- rozpracovanie systému výchovných opatrení, vo vnútornom poriadku školy zakotvenie jednoznačných pravidiel týkajúcich sa prevencie šikanovania, vandalizmu, násilliu, prechovávanía drog a ďalších foriem sociálno-patologických javov,
- vytvorenie systému vnútroškolského spoločenského života a kontroly so zapojením žiakov (školská rada, peer programy, školské divadlo, školský časopis a pod.),
- vytváranie podpornej atmosféry pre žiakov s poruchami učenia a pre žiakov z dysfunkčných rodín,
- dôsledné riešenie záškoláctva, redukovanie príčin asociálneho správania žiakov v spolupráci s rodinou,

- kladenie dôrazu na kvalitnú odbornú prípravu učiteľov – koordinátorov prevencie závislostí, učiteľov predmetov ako sú etická výchova, občianska výchova, náuka o spoločnosti, náboženská výchova, prírodoveda, biológia, telesná výchova a nepedagogických pracovníkov, ktorí sa zaoberajú výchovou a vzdelávaním detí a riadiacich zamestnancov škôl,
- vypracovanie systému spolupráce školy s rodinou a inými spoločenskými inštitúciami,
- zabezpečovanie podmienok pre včasné zistenie výskytu drog, identifikovanie rizikových skupín a jedincov, zabezpečenie priameho spojenia pedagogických pracovníkov na poradenské a liečebné zariadenia,
- propagovanie zdravého životného štýlu ako univerzálnej prevencie závislostí (Liba, 2005).

Medzi účinné postupy prevencie patria:

- prevencia, ktorá vychádza z celospoločenských preventívnych podnetov, realizujúca sa v spoluúčasti jednotlivých zložiek spoločnosti,
- znižovanie dostupnosti legálnych a nelegálnych drog,
- aktívna spoluúčasť vopred pripravených rovesníkov (peer groups),
- ponuka lepších alternatívnych aktivít ako je užívanie drog.

Neúčinné stratégie prevencie, ktorým sa treba vyhýbať, sú: zastráňovanie, citové apely a aktivity založené iba na informáciách.

Efektívnosť akýchkoľvek postupov prevencie sa dosiahne iba cieleným a systematickým pôsobením. Jednorazové aktivity zvyčajne nemajú pozitívny efekt (Nespor, Czemy, Pernicová In: Kačániová 2005).

Problematika prevencie drogových závislostí sa stáva neoddeliteľnou súčasťou výchovno-vzdelávacieho procesu. Na základných školách a stredných školách je problematika drogových závislostí organickou súčasťou plánov hlavných úloh škôl. Jej jednotlivé aspekty sú zaradené v materiáloch predmetových komisií, v plánoch práce koordinátorov, výchovných poradcov a triednych učiteľov. V rámci prevencie sa na týchto školách používajú rôzne názorné pomôcky ako videokazety, časopisy, nástenky, školský rozhlas, schránky dôvery“ a iné. Na niektorých školách organizujú metodické centrá programy, napríklad:

- Kým nie je príliš neskoro,
- Škola bez alkoholu, cigariet a iných drog,
- Rovesnícke programy a mnohé iné zaujímavé aktivity (Kačániová, 2005).

5.3 Úloha učiteľa ako špeciálneho edukátora v prevencii drogových závislostí

Nezastupiteľné je postavenie učiteľa v prevencii závislostí na návykových látkach. Učiteľ je so svojimi žiakmi každý deň, mnoho hodín, v rozmanitých situáciách, v škole, v triede, na ihrisku. Môže sa výraznejšie identifikovať s potrebami a očakávaniami svojich žiakov ako ich rodičia. To potom predpokladá, že učiteľ by mal lepšie pochopiť a ohodnotiť žiakovo správanie aj v kontexte jeho vzťahov k zdraviu. Jeho odborná kompetencia je v tom, že dokáže tieto problémy riešiť a jeho ľudská kompetencia sa prejavuje v jeho reálnom konaní a chcení tieto problémy riešiť (Ondrejko, Poliaková et al., 1999).

Vo výchove dieťaťa učiteľom a rodičom je rozdiel. Učiteľ má väčšie predpoklady byť nezaujatý. Je možné od neho očakávať profesionálny prístup vo výchove. Učiteľ vie profesionálne definovať výchovný cieľ a kráčať za týmto cieľom bez zakolísania. Je objektívnejší a nepreferuje ani jedného žiaka, zároveň je žiakom nemanipulovateľný. Škola by mala predstavovať bezdrogové prostredie a poskytovať vhodný príklad zo strany učiteľov (Emmerová, 2006).

Učiteľ by mal vypracovať strategické ciele pre prevenciu drogových závislostí na podmienky svojej školy. Pri vypracovávaní programu prevencie drogových závislostí by mal mať predovšetkým na zreteli:

- vytvorenie čo najširšej skupiny spolupracovníkov i z radov externých spolupracovníkov školy,
- čo najaktívnejšie zapojenie rodičov,
- efektívna spolupráca s Centrom voľného času, so športovými a telovýchovnými organizáciami,

- program má byť flexibilný a špeciálne pripravený.

Špeciálnu pozornosť treba venovať edukačným materiálom, ktoré sú určené žiakom ale i rodičom a spolupracovníkom. Musia predovšetkým obsahovať a odovzdávať jasné posolstvo „Nikdy nesiahaj po droge.“ Jednoznačne musia hovoriť o tom, že používanie a zneužívanie akejkoľvek drogy je škodlivé. Majú zrozumiteľne povedať deťom, že sú zodpovední za svoju voľbu životného štýlu. Nesmú v žiadnom prípade obsahovať informácie o spôsoboch ako sa drogy používajú. Edukačné materiály majú byť pre deti zrozumiteľné, primerané, majú ich učiť pozitívnej motivácii a spôsobilosti k sociálne akceptovanému správaniu.

Stratégia prevencie drogových závislostí vychádza z potrieb detí a mládeže, z potrieb širšej komunity, ako sú rodičia, aktivisti ale samozrejme aj z potrieb učiteľov, ktorí sú nositeľmi školskej politiky v prevencii drogových závislostí. Súčasťou tejto stratégie musí byť aj program prípravy učiteľských kolektívov v danej problematike a predovšetkým tých učiteľov, ktorí pôsobia na škole ako špeciálni edukátori v prevencii drogových závislostí (Ondrejko, Poliaková et al. 1999).

EMPIRICKÁ ČASŤ

6. POPIS PRIESKUMU ZISTENIA SKÚSENOSTÍ STREDOŠKOLSKÝCH ŠTUDENTOV S RÔZNYMI DRUHMI DROG A DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.

Závislosť je stav, ktorý je charakterizovaný prítomnosťou túžby po príslušnej látke, ktorá je zdrojom danej závislosti. Je dôležité venovať tejto problematike väčšiu pozornosť, ktorá bude dostatočná. V súčasnosti sú problémy spojené so závislosťami viac-menej prehliadané. Spoločnosť ich síce netoleruje, ale nemá žiadne nápravné prostriedky na vyvodenie nápravy. Táto diplomová práca sa orientovala na problematiku drogových závislostí najmä u žiakov, ktorí navštevujú stredoškolské výchovno-vzdelávacie zariadenie. Zaujímalo nás, ako sú žiaci informovaní o drogových závislostiach a o dôsledkoch s nimi spojených. Je vhodné danú situáciu „aspoň“ monitorovať, aby sa mohli neskôr vyvodit' možné opatrenia smerujúce k náprave.

6.1 Cieľ prieskumu

Cieľom prieskumu je :

- zistiť mieru informovanosti mládeže o jednotlivých drogových závislostiach,
- zistiť aký druh drogy je najčastejšie užívaný,
- zistiť názor respondentov na legalizáciu drog,
- zistiť informovanosť respondentov o dôsledkoch drogových závislostí.

6.2 Hypotézy prieskumu

H1: Predpokladáme, že väčšina žiakov má dostatočné informácie o drogách a drogových závislostiach.

H2: Predpokladáme, že minimálne 50% respondentov má skúsenosti s drogami.

H3: Predpokladáme, že u viac ako 50% respondentov je najčastejšie užívanou drogou alkohol.

H4: Predpokladáme, že väčšina respondentov, ktorí v súčasnosti fajčia, majú rodičov fajčiarov.

6.3 Použité metódy

So zámerom získať informácie o drogových závislostiach a dostatočne pochopiť danú problematiku sú v práci využité tieto metódy:

V prípravnej fáze prieskumu sa využila metóda analýzy dokumentov

V realizačnej fáze prieskumu bola využitá metóda dotazníka, ktorá je z hľadiska validity a reliability výsledkov vyhovujúca. Dotazník nám umožnil získať informácie pre náš prieskum aj bez osobného kontaktu s prieskumnou vzorkou. Návratnosť bola stopercentná, avšak niektoré dotazníky neboli správne vyplnené a nedali sa použiť pri spracovaní výsledkov. Náš prieskumný dotazník obsahoval 20 otázok, ktoré sa dotýkali problematiky drogových závislostí. Z hľadiska kategorizácie bolo 15 uzatvorených otázok. Tým, že sme použili uzatvorené otázky, zabezpečili sme jednoznačnosť odpovedí. Uzavretané otázky sme použili aj z toho dôvodu, aby študenti vyplnili dotazník za krátky čas. Tým bola zaistená ich ochota spolupracovať. Pretože nevýhodou uzatvorených otázok je ich povrchnosť, obsahuje dotazník aj päť polouzavretých otázok. Tie umožnili respondentom zvoliť alternatívu z uvedených možností odpovedí. Tým, že sme využili rôzne alternatívy otázok, zabezpečili sme vyššiu reliabilitu dotazníka. Dotazník v sebe zahŕňa otázky,

ktoré sa priamo dotýkajú stanovených cieľov a obsahuje aj otázky kontrolného charakteru.

V záverečnej fáze prieskumu boli získané výsledky spracované dotazníkovou metódou, prostredníctvom matematicko-štatistickej metódy. Získané údaje boli realizované vo forme grafového zobrazenia získaných výsledkov.

6.4 Harmonogram postupu

- december 2010 – zadanie diplomovej práce,
- január – marec 2011 – štúdium literatúry,
- november – december 2011 – vypracovanie teoretickej časti,
- január – február 2012 – spracovanie prieskumnej časti,
- marec 2012 – dokončenie diplomovej práce

6.5 Realizácia prieskumu

Na vyhodnotenie témy sme aplikovali anonymný dotazník. Pozostával z troch demografických otázok: pohlavie, vek a ročník, ktorý žiak navštevuje, a z ďalších dvadsiatich otázok, ktoré sa týkali danej problematiky.

Respondent vyberal z možných odpovedí tú, ktorá najviac zodpovedala jeho názoru, informovanosti či jeho skúsenosti. Dotazník obsahoval otázky uzavreté aj polouzavreté. V otázkach sme sa respondentov pýtali:

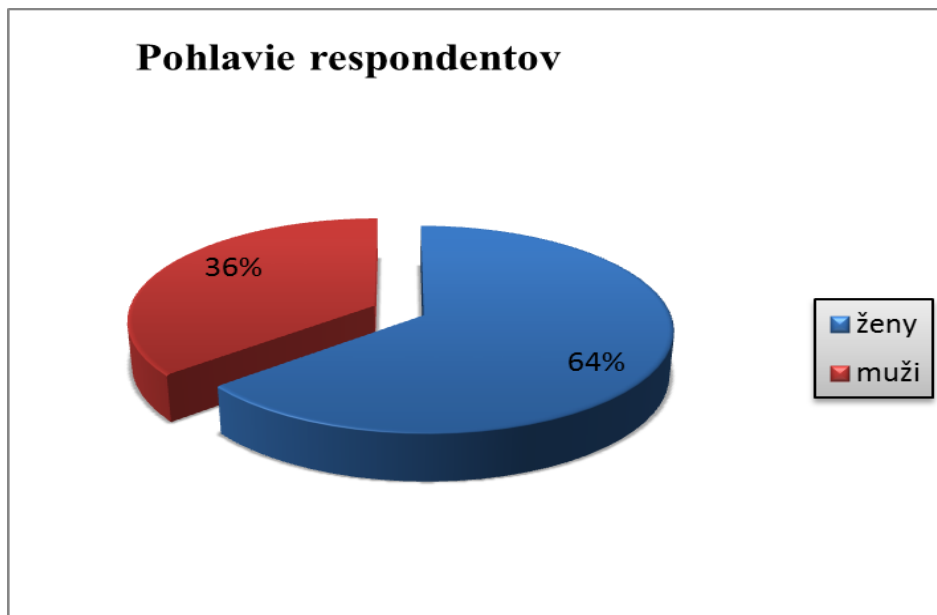
- Fajčí niekto z vašej rodiny?
- V akom veku si prvý krát vyskúšal alkohol?
- Predáva niekto z tvojich rovesníkov drogy?
- Chodievaš na večierky a diskotéky?
- Mal/a si problém so zákonom kvôli drogám?
- Môže fajčenie spôsobiť zdravotné problémy? a mnohé iné otázky týkajúce sa drogových závislostí.

6.6 Charakteristika prieskumnej vzorky

Výber vzorky bol realizovaný zámerným výberom, z dôvodu nemožnosti realizovať prieskum náhodným spôsobom. Bol zameraný na cieľovú skupinu mladistvých, u ktorých je veľké riziko vzniku závislosti na alkohole, cigaretách, alebo drogách. Dotazník vyplnilo stopätnásť študentov Gymnázia v Kysuckom Novom Meste, študujúcich v druhom a treťom ročníku. Aj napriek tomu, že sa prieskumu zúčastnilo 115 respondentov, výsledky sme mohli vyhodnotiť len zo 100 dotazníkov. Ostatné boli neúplné, teda neboli použiteľné. Dotazník bol koncipovaný jednoducho, aby prieskumná vzorka otázkam rozumela a vedela správne odpovedať na otázky.

Prvá demografická otázka bola zameraná na pohlavie respondentov. Zo 100 (100%) respondentov bolo 64 (64%) žien a 36 (36%) mužov.

Graf 1: Pohlavie respondentov



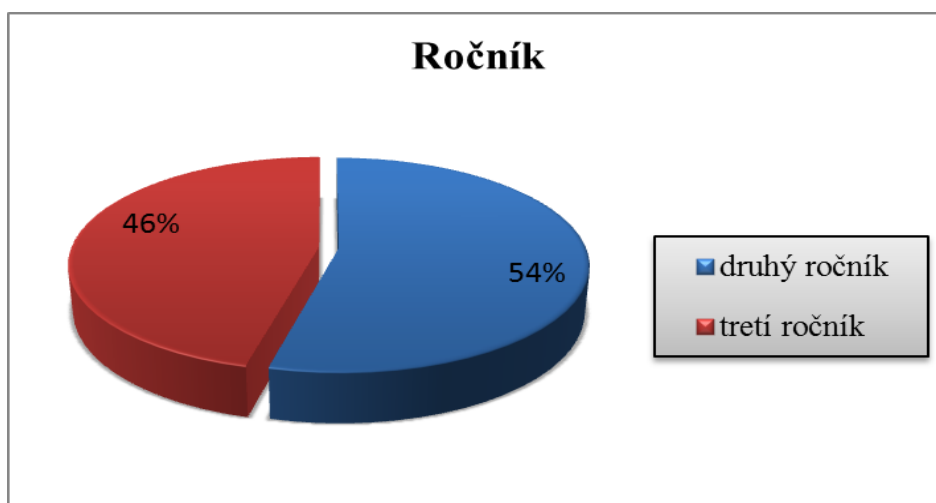
Demografickou otázkou číslo 2 sme sa zamerali na vek oslovených respondentov. Z celkového počtu 100 (100%) respondentov bolo najviac oslovených vo veku 17 rokov 46 (46%) respondentov, vo veku 16 rokov bolo 31 (31%) a vo veku 18 rokov 23 (23%) respondentov.

Graf 2: Vek respondentov



Tretia demografická otázka mapovala ročník, ktorý respondent navštevuje. Z celkového počtu 100 (100%) bolo 54 (54%) respondentov žiakmi druhého ročníka a 46 (46%) navštevovalo tretí ročník.

Graf 3: Ročník



6.7 Interpretácia výsledkov prieskumu

Otázka číslo 1: Máte v rodine niekoho, kto má problém so závislosťou na alkohole?

V prvej otázke sme zisťovali, či v rodinách respondentov sú problémy so závislosťou na alkohole.

Graf 4: Problémy so závislosťou na alkohole u členov rodiny

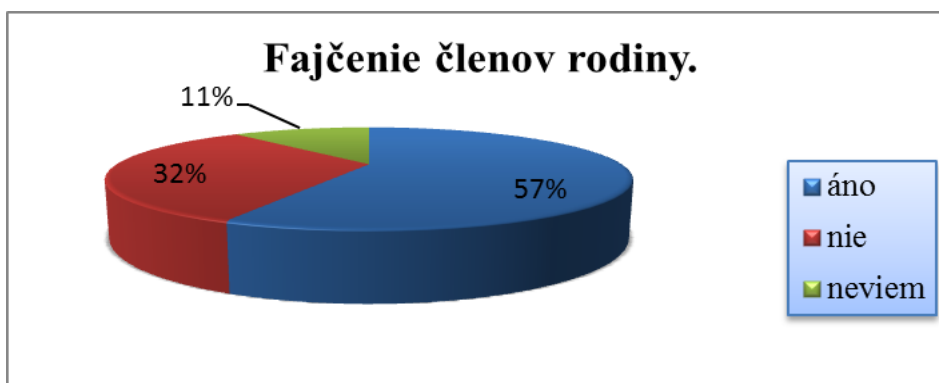


Najčastejšia odpoveď na otázku číslo jeden bola „nie nemáme v rodine alkoholika“. Túto odpoveď si zvolilo 65 (65%) respondentov. Menšiu skupinu tvorili respondenti, ktorí problémy s alkoholom v rodine potvrdili. Bolo ich 26 (26%). Ostatných 9 (9%) respondentov zvolilo poslednú možnú odpoveď: „neviem“.

Otázka číslo 2: Fajčí niekto z členov vašej rodiny?

Otázka číslo dva mapovala situáciu fajčenia v rodinách respondentov. Aj to je otázka, ktorá úzko súvisí s ďalším vzťahom respondentov k fajčeniu.

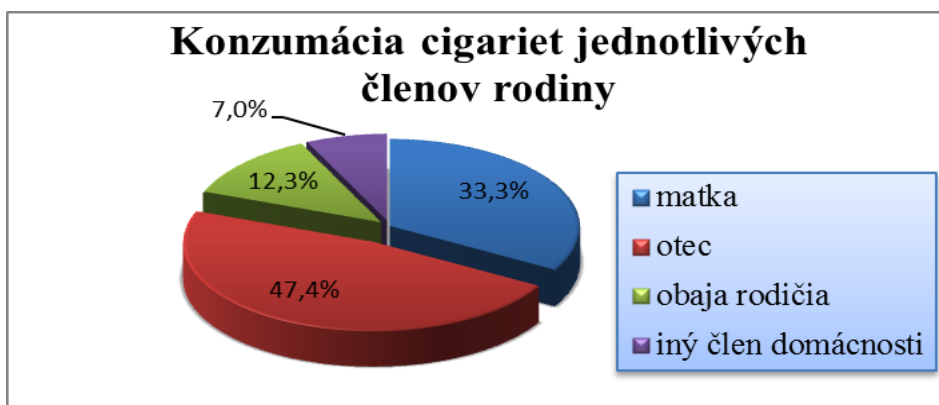
Graf 5: Fajčenie členov rodiny



Odpovede na druhú otázku ukázali, že u respondentov je v rodine väčšia časť fajčiarov ako nefajčiarov. Na odpoveď „áno, fajčí niekto z členov mojej rodiny“ odpovedalo 57 (57%) respondentov. Druhú odpoveď, „nie“ si zvolilo 32 (32%) respondentov. Odpoveď „neviem“ určilo 11 (11%) respondentov.

Na doplňujúcu otázku, „ktorý člen z vašej rodiny fajčí“ odpovedali respondenti takto: z 57 respondentov matku označilo 19 (33,3%) respondentov. Otca označilo až 27 (47,4%) respondentov. Možnosť „fajčia obaja rodičia“ si vybralo 7 (12,3%) respondentov. Iného člena domácnosti si vybrali 4 respondenti (7%).

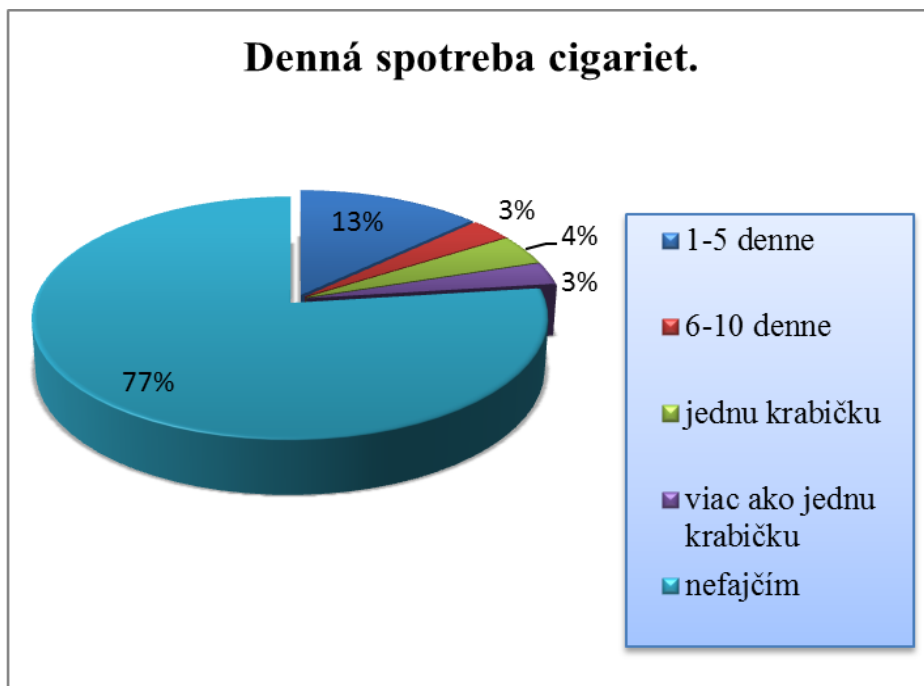
Graf 6: Konzumácia cigariet jednotlivých členov rodiny



Otázka číslo 3: Koľko cigariet denne vyfajčíš?

V otázke číslo tri sme sa zamerali na priemernú dennú konzumáciu cigariet u respondentov.

Graf 7: Denná spotreba cigariet

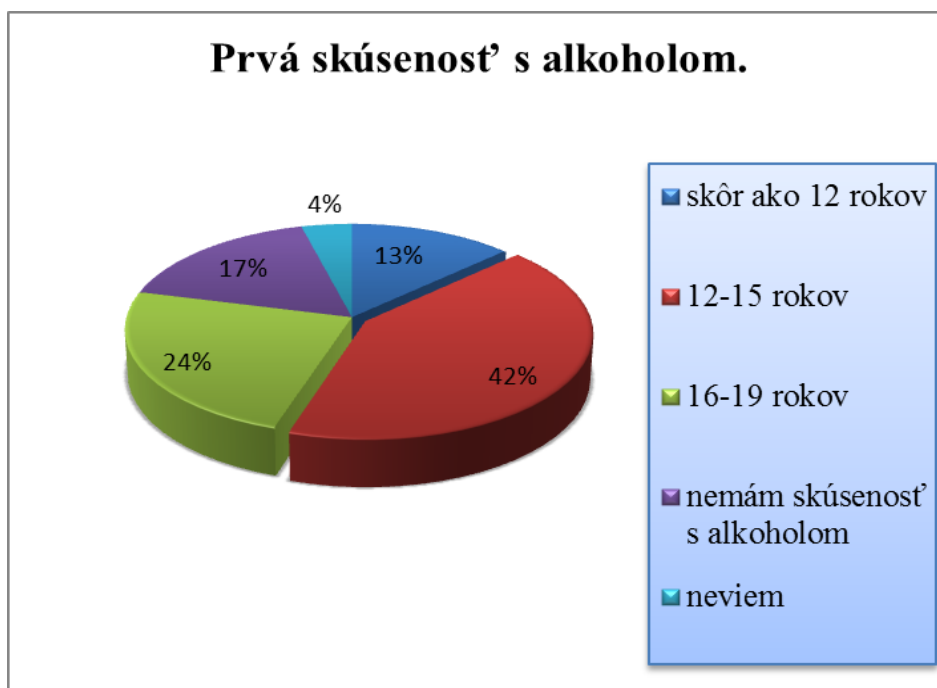


Ukázalo sa, že 77 (77%) respondentov vôbec nefajčí. Jednu až päť cigariet vyfajčí 13 (13%) respondentov, 4 respondenti (4%) vyfajčia jednu krabičku a 3 respondenti (3%) vyfajčia viac ako jednu krabičku. Na odpoveď šesť až desať cigariet odpovedali 3 respondenti. (3%).

Otázka číslo 4: V akom veku si prvý krát vyskúšal alkohol?

Otázka číslo štyri nám ozrejmila skutočnosť, v akom veku respondenti začali s konzumáciou alkoholu.

Graf 8: Prvá skúsenosť s alkoholom



Až 42 (42%) opýtaných uviedlo, že prvú skúsenosť s alkoholom mali už vo veku 12 – 15 rokov. 13 (13%) respondentov uviedlo, že alkohol konzumovali v nižšom veku ako 12 rokov. Tretiu skupinu 24 (24%) respondentov tvorili žiaci, ktorí odpovedali že ich prvá skúsenosť s alkoholom bola vo veku od 16 do 19 rokov. 17 (17%) opýtaných uviedlo, že skúsenosť s alkoholom zatiaľ nemajú. Odpoveď „neviem“ si vybrali 4 respondenti (4%).

Otázka číslo 5: Myslí si, že alkohol negatívne pôsobí na rodinné vzťahy?

Ďalšia otázka približuje rodinnú situáciu respondentov. Pýtame sa ich totiž, aké následky má alkohol na rodinné vzťahy.

Graf 9: Negatívne pôsobenie alkoholu na rodinné vzťahy



Výsledky vypovedajú jednoznačne. Až 93 (93%) respondentov si myslí, že alkohol na rodinné vzťahy pôsobí negatívne. Odpoveď „nie“ využilo iba 7 (7%) opýtaných žiakov.

Otázka číslo 6: Kde získavaš peniaze na alkohol?

V šiestej otázke nás zaujímalo, kde respondenti získavajú peniaze na alkohol. Aj táto otázka je veľmi dôležitá pri prevencii konzumácie alkoholu u mladistvých.

Graf 10: Získavanie finančných prostriedkov na alkohol

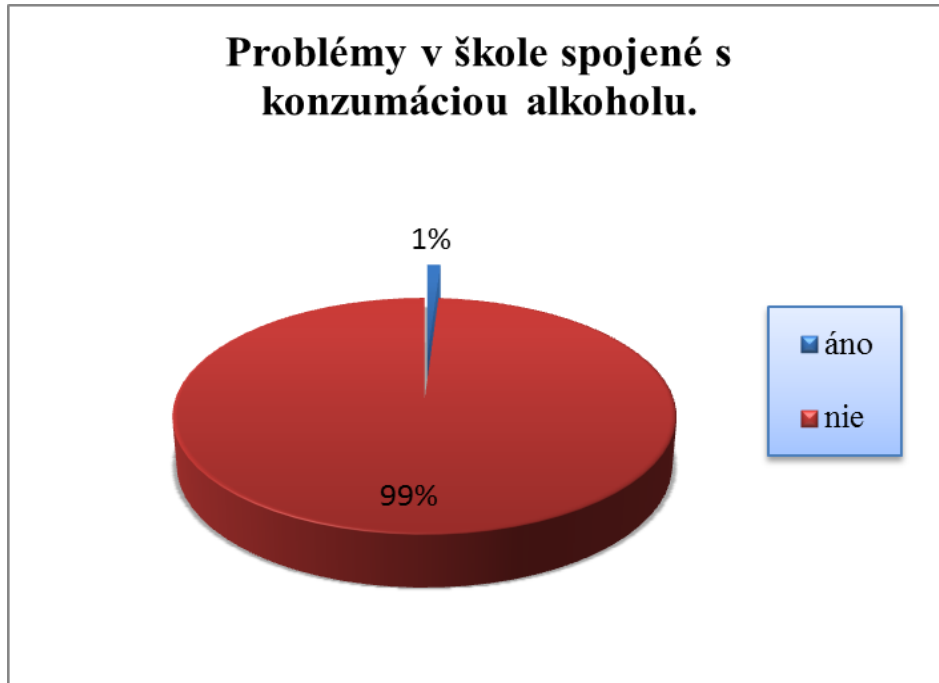


Až 36 (36%) respondentov získava peniaze na konzumáciu alkoholu od rodičov. Ďalších 20 (20%) sa snaží získavať peniaze rôznymi brigádnickými prácami. Iné možnosti získavania finančných prostriedkov priznalo 15 (15%) respondentov. Len 3 respondenti (3%) získavajú peniaze od kamarátov. Ako sa ukázalo až 26 (26%) opýtaných označilo že alkohol nekonzumuje.

Otázka číslo 7: Mal/a si niekedy problémy v škole kvôli alkoholu?

Určite nie je jednoduché priznať svoju slabosť, avšak je to taktiež dôležitá otázka, ktorá objasňuje následky konzumácie alkoholu.

Graf 11: Problémy v škole spojené s konzumáciou alkoholu

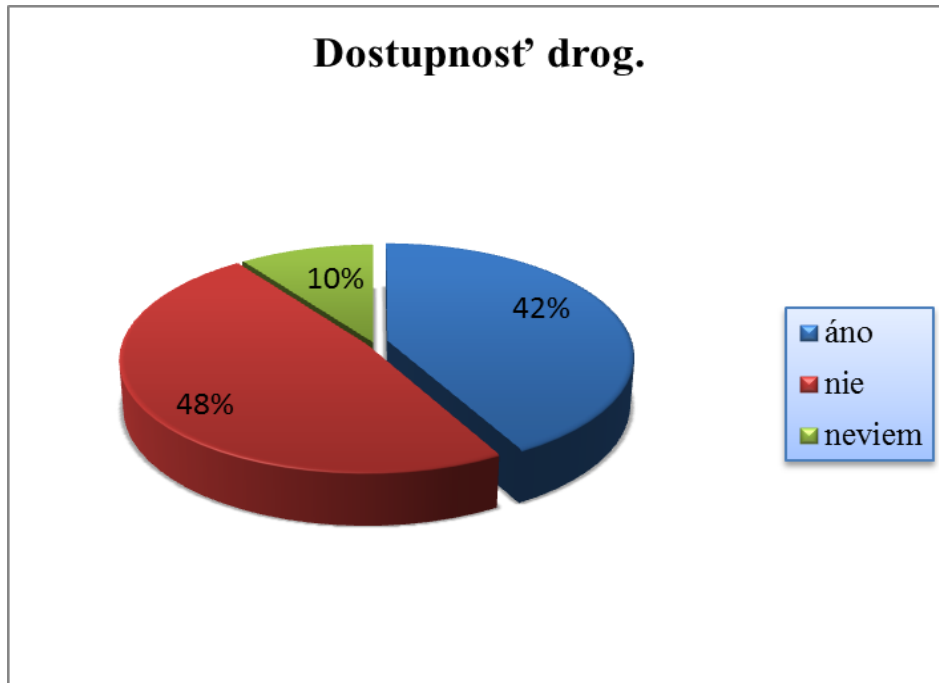


Priznať, že mám v škole problémy s alkoholom nie je jednoduchá záležitosť, napriek tomu 1 respondent (1%) priznal svoje zlyhanie. Odpoveď „nie“ označilo zvyšných 99 (99%) respondentov.

Otázka číslo 8: Predáva niekto z tvojich rovesníkov drogy?

Otázka zisťuje možnosti predaja drog medzi mladistvými.

Graf 12: Dostupnosť drog

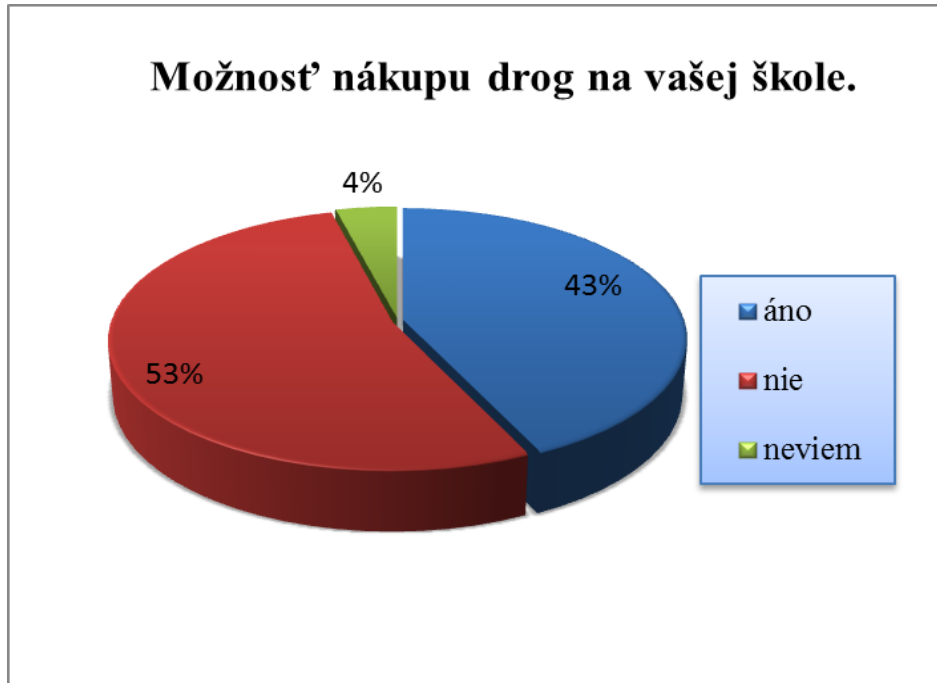


Odpovede na otázku predáva niekto z tvojich rovesníkov drogy boli nasledovné: Odpoveď „áno“ priznalo 42 (42%) opýtaných, „nie“ 48 (48%) respondentov. Odpoveď „neviem“ zvolilo 10 (10 %) respondentov.

Otázka číslo 9: Dajú sa na vašej škole kúpiť drogy?

Otázka číslo deväť pojednáva o nebezpečenstve predaja drog aj na stredných školách a o potrebe väčšej kontroly žiakov.

Graf 13: Možnosť nákupu drog na vašej škole



Dajú sa na vašej škole získať drogy je závažná otázka. Odpovede boli nasledovné: 53 (53%) respondentov si vybralo odpoveď „nie“. Ďalších 43 (43%) odpoveď „áno“. 4 respondenti (4%) nevedeli odpovedať na túto otázku.

Otázka číslo 10: Poznajú tvoji rodičia tvojich kamarátov?

Zaujímalo nás ako sa zaujímajú rodičia o svoje deti a o ich kamarátov.

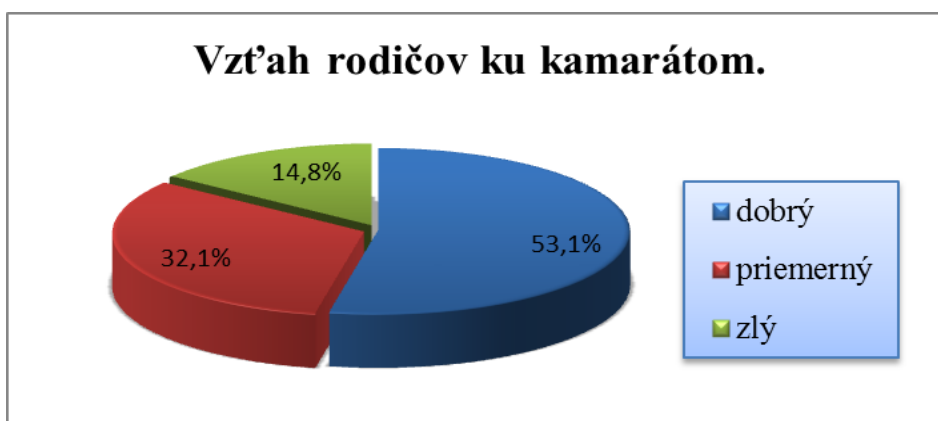
Graf 14: Znalosť rodičov o kamarátoch, s ktorými sa stretávajú respondenti



Až 81 (81%) respondentov priznalo, že ich rodičia poznajú ich kamarátov. Ďalších 12 (12%) označilo odpoveď „nie“. Poslednú odpoveď „neviem“ zvolilo 7 (7%) respondentov.

Ak áno, aký majú k nim vzťah?

Graf 15: Vzťah rodičov ku kamarátom



S kamarátmi respondentov majú rodičia dobrý vzťah u 43 (53,1%) respondentov. Ďalších 26 (32,1%) majú priemerný vzťah a u 12 (14,8%) respondentov majú rodičia zlý vzťah s kamarátmi svojich detí.

Otázka číslo 11: Chodieváš na večierky, diskotéky?

Jedenásta otázka mapovala situáciu trávenia voľného času respondentov. Konkrétne sme sa pýtali, či a ako často chodia na večierky a diskotéky.

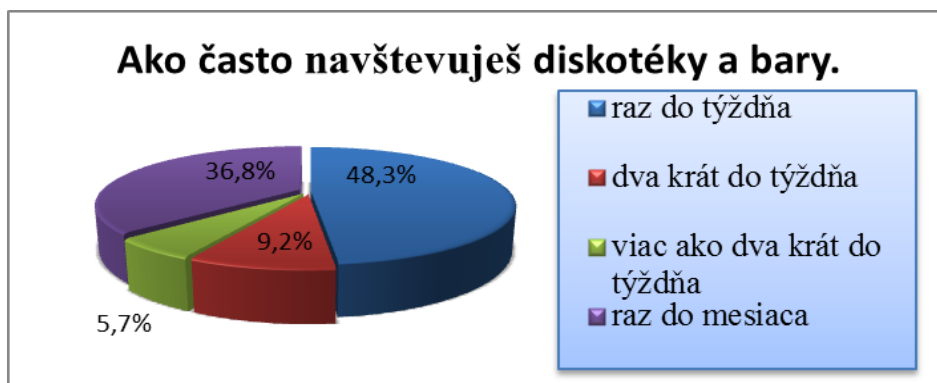
Graf 16: Navštevovanie večierkov a diskoték



Ukázalo sa, že 87 (87%) respondentov chodievajú na večierky a diskotéky a 13 (13%) opýtaných nenavštevujú také zariadenia.

Ak áno, ako často?

Graf 17: Ako často navštevuješ diskotéky a bary

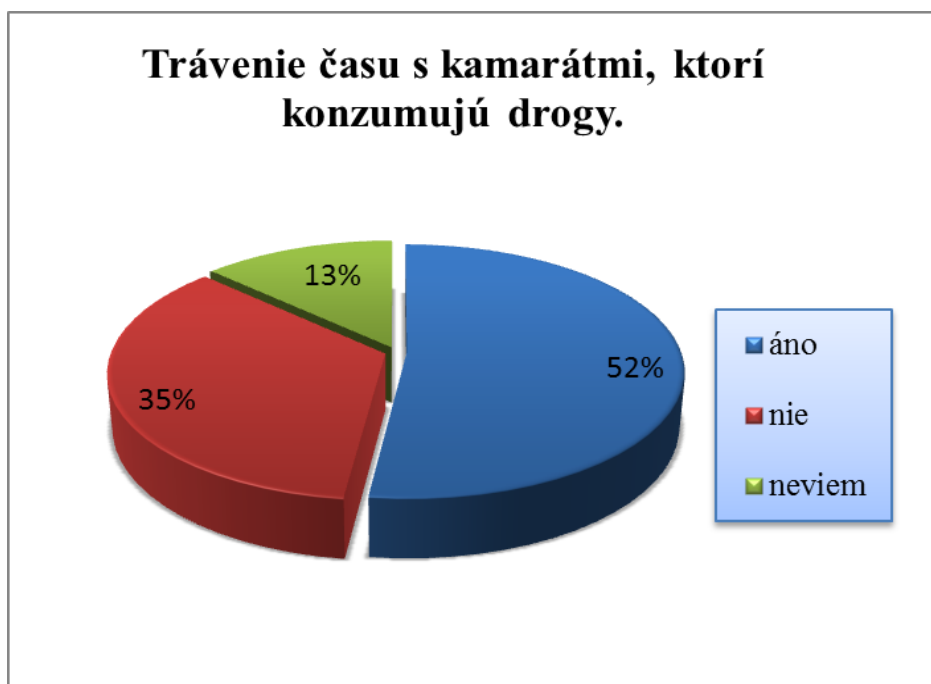


Odpoveď „raz do týždňa“ zvolilo 42 (48,3%) respondentov. „Dva krát do týždňa“ si vybralo 8 (9,2%) respondentov. Odpoveď „viac ako dvakrát do týždňa“ označilo 5 (5,7%) respondentov. Skupina 32 (36,8%) respondentov uviedla, že takéto podniky navštevujú len raz do mesiaca.

Otázka číslo 12: Vadilo by ti tráviť čas s kamarátmi, ktorí berú drogy?

Otázka číslo dvanásť pojednáva o vzťahu respondentov ku kamarátom, ktorí konzumujú drogy.

Graf 18: Trávenie času s kamarátmi, ktorí konzumujú drogy



52 (52%) respondentom pri trávení voľného času vadia kamaráti, ktorí konzumujú drogy. 35 (35%) respondentom nevadia kamaráti, ktorí konzumujú drogy. Ostatných 13 (13%) si vybralo odpoveď „neviem“.

Otázka číslo 13: Mal/a si problém so zákonom kvôli drogám?

Otázka zisťuje, aký vplyv má konzumácia drog na správanie respondentov v danej škole.

Graf 19: Problémy so zákonom spojené s drogami



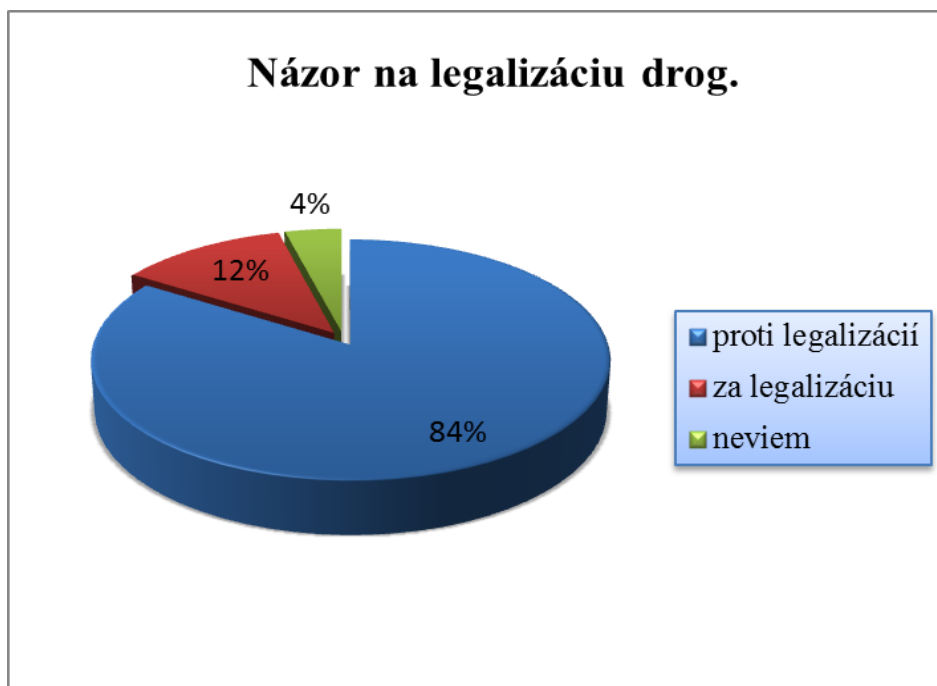
Ako sa ukázalo, len 3 respondenti (3%) majú problém so zákonom kvôli drogám rôzneho druhu. 97 (97%) respondentov označilo, že problémy so zákonom, spojené s drogami nemali a nemajú.

Otázka číslo 14: Aký máš názor na legalizáciu drog?

Aký máš názor na legalizáciu drog je otázka, ktorá je v súčasnosti často spomínaná. Nás zaujímalo, ako sa k tejto problematike stavajú mladiství.

Názory na túto odpoveď boli rôznorodé a často vyplývajú z informovanosti mládeže na danú problematiku.

Graf 20: Názor na legalizáciu drog



Po spracovaní údajov sa ukázalo, že 84 (84%) respondentov je zásadne proti legalizácii drog. 12 (12%) respondentov by zlegalizovalo marihuanu a 4 respondenti (4%) nevedeli vyjadriť svoj názor a bolo im to v podstate jedno.

Uvádzame niektoré názory:

- podľa toho, o ktoré drogy sa jedná,
- podľa mňa drogy, by nemali byť legálne,
- maximálne marihuanu, ale v malom množstve,
- drogy by mali byť ilegálne, nemali by sa vyrábať,

- nechcem, aby boli drogy legalizované, zničilo by to veľmi veľa vzťahov, ako aj fakt že by veľa ľudí zomrelo,
- nemyslím si, že či už legalizácia, alebo konzumácia drog je dobrým riešením problémov. Drogy, ako marihuana by som povolila len na zdravotné účely, ak by nebola žiadna iná možnosť pre pacienta,
- som proti tvrdým drogám, asi aj proti marihuane,
- zlegalizoval by som iba marihuanu, veď aj v Amsterdame je legálna a je tam menšia kriminalita,
- podľa mňa by sa nemali drogy zlegalizovať, veď sú aj teraz veľmi ľahko zohrateľné, a už dosť takto škodia rodinám, priateľom a celkovo všetkým. Je to oblasť, ktorá by nemala byť nikdy zlegalizovaná,
- vidím, čo sa robí vo svete teraz, keď drogy sú zakázané. Potom si teda vážne neviem predstaviť, čo by sa robilo potom. A tiež záleží na tom, aké drogy by sa zlegalizovali. Ja som zásadne proti,
- myslím si, že keby boli drogy povolené, bralo by ich veľké množstvo ľudí.

Otázka číslo 15: Je pre teba jednoduché nekonzumovať alkohol a drogy?

Pätnásta otázka mapuje problémy s konzumáciou alkoholu a drog u mladistvých. Zaujímalo nás, či závislosť môže vzniknúť aj v mladom veku.

Graf 21: Náročnosť nekonzumovať alkohol a drogy

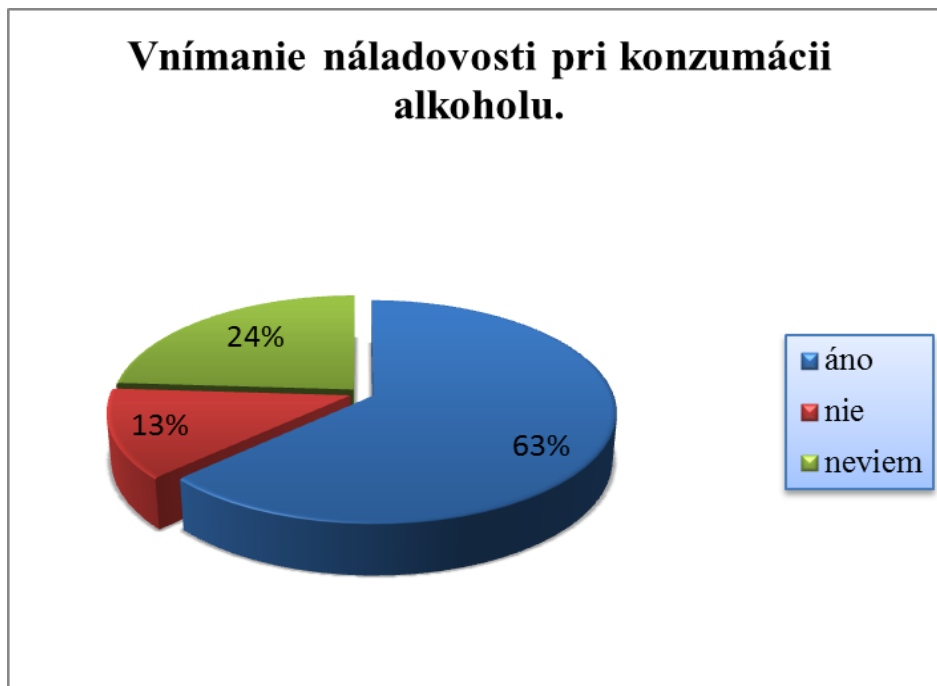


Ako sa ukázalo, pre 82 (82%) respondentov je jednoduché alkohol a drogy nekonzumovať, ďalších 11 (11%) s tým má problémy a zvyšných 7 (7%) respondentov si zvolilo odpoveď „neviem“.

Otázka číslo 16: Vnímaš nejaké zmeny nálad, keď si pod vplyvom alkoholu?

Zmeny nálad sú časté u konzumentov alkoholu. Ako je to u mladistvých, mapuje otázka číslo šesťnásť.

Graf 22: Vnímanie náladovosti pri konzumácii alkoholu

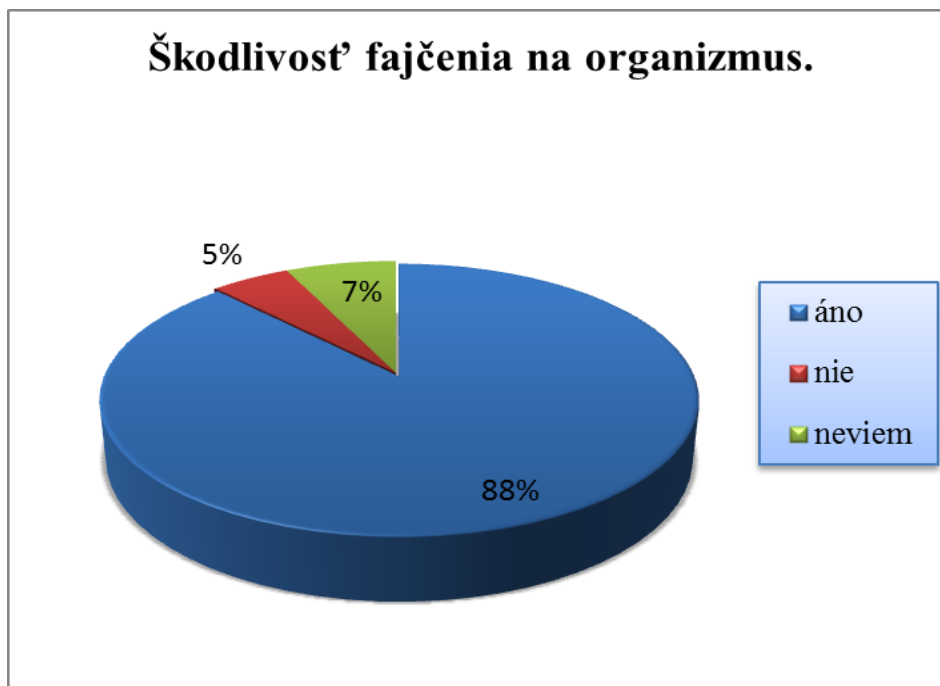


Z opýtaných respondentov nám 63 (63%) potvrdilo, že pri konzumácii alkoholu pociťuje určité zmeny v správaní. 13 (13%) si žiadne zmeny nevšimlo. 24 (24%) respondentov nevedelo odpovedať a zvolilo si poslednú možnosť odpovede „neviem“.

Otázka číslo 17: Môže fajčenie spôsobiť zdravotné problémy?

Sedemnásť otázka bola zameraná na informovanosť respondentov o fajčení a o následkoch, ktoré spôsobuje.

Graf 23: Škodlivosť fajčenia na organizmus



Odpoveď „áno“ si zvolilo až 88 (88%) respondentov. Odpoveď „nie“ 5 (5%) opýtaných a poslednú možnosť „neviem“ označilo 7(7%) opýtaných respondentov.

Ak áno, aké ochorenia spôsobuje fajčenie?

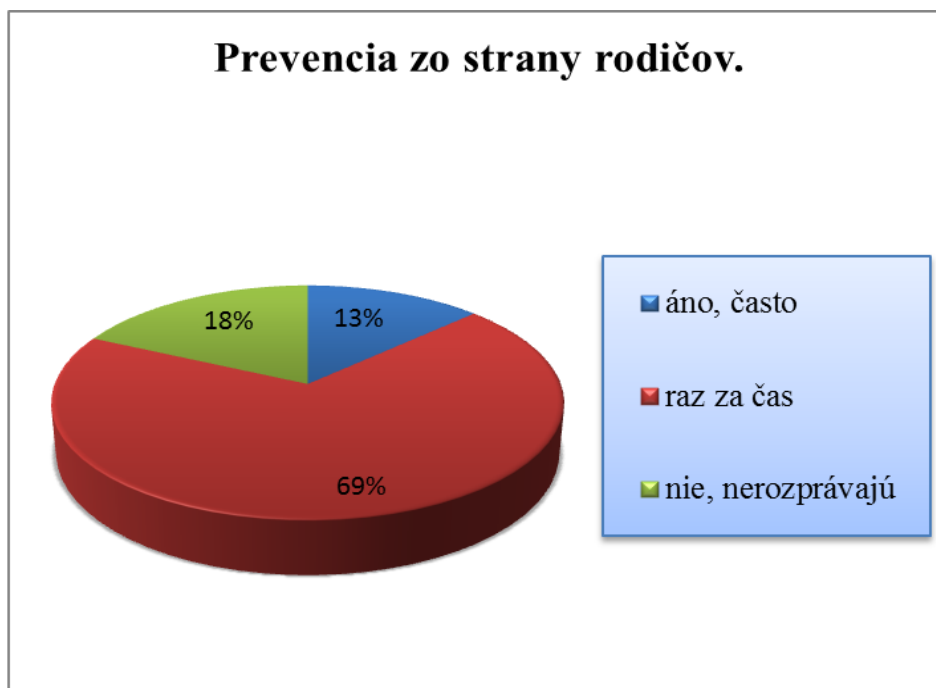
najčastejšie odpovede:

- rakovina pľúc, hrtana,
- zužovanie ciev,
- neplodnosť, starnutie pokožky,
- srdcovo-cievne ochorenia,
- respiračné problémy.

Otázka číslo 18: Rozprávajú sa s tebou rodičia o nástrahách fajčenia, konzumácie alkoholu a drog ?

Zaujímalo nás aj aký postoj majú rodičia k problémom, ktoré fajčenie a konzumácia alkoholu, drog spôsobuje u ich detí a či sa snažia s deťmi rozprávať o týchto problémoch.

Graf 24: Prevencia zo strany rodičov

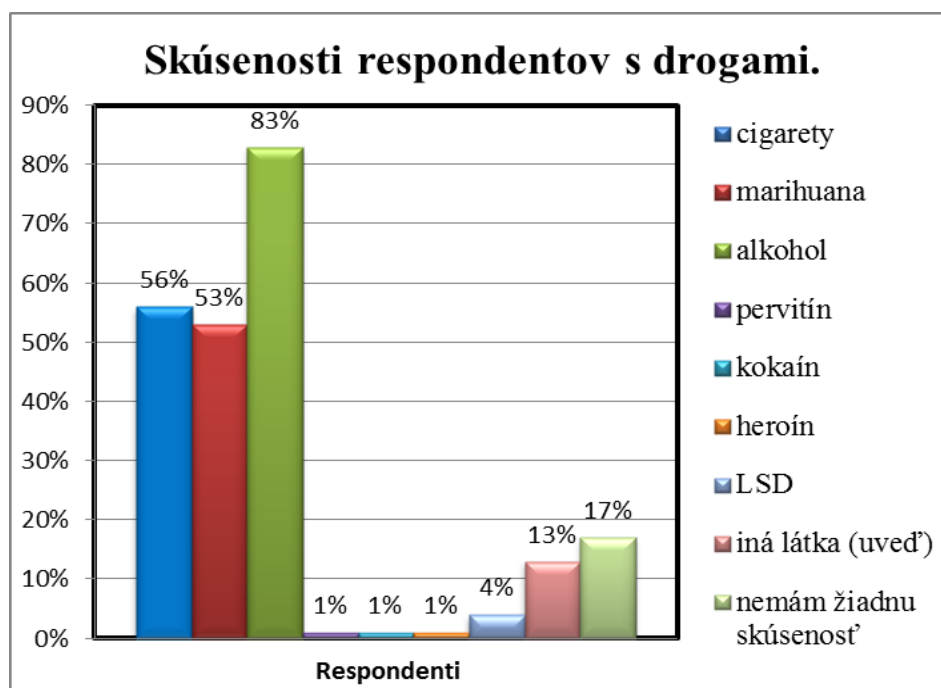


Prevenciu rodičov nám 69 (69%) žiakov označilo ako nepravideľnú. Ďalších 18 (18%) sa s rodičmi nerozprávajú o tejto problematike. 13 (13%) respondentov často so svojimi rodičmi riešia problémy spojené s drogami.

Otázka číslo 19: Ktorú z uvedených drog si vo svojom živote vyskúšal/a?

Otázka mapuje aké drogy sú najčastejšie užívané u mládeže a s akými drogami mali respondenti možnosť sa stretnúť. Respondenti mali možnosť vybrať si z viacerých odpovedí.

Graf 25: Skúsenosti respondentov s drogami

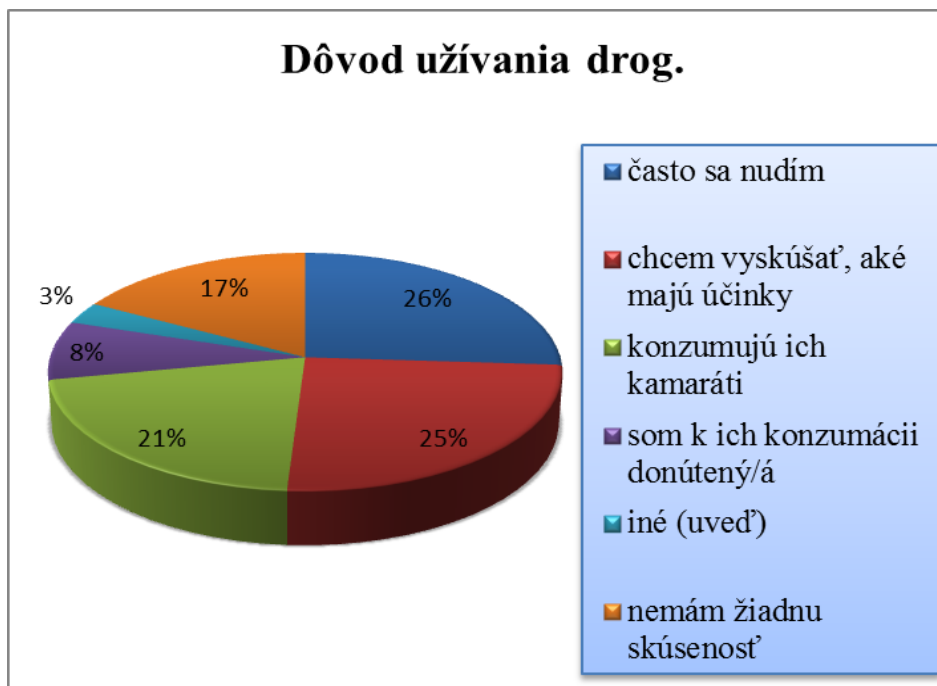


Cigarety označilo 56 (56 %) opýtaných. Marihuanu si vybralo 53 (53%) respondentov. Až 83 (83%) respondentov so vybralo alkohol. 4 respondenti (4%) označili LSD. 1 respondent (1%) uviedol pervitín, 1 respondent (1%) kokaín a 1 respondent (1%) heroín. 13 (13%) respondentov uviedlo možnosť „iná látka“. Medzi iné uvádzali respondenti látky akými sú: lysohlávky, mak, houbičky, lepidlo, riedidlo. 17 (17%) respondentov nemá žiadnu skúsenosť s drogami.

Otázka číslo 20: Prečo užíváš drogy?

Otázka číslo dvadsať zisťuje dôvody, ktoré vedú respondentov k užívaniu drog.

Graf 26: Dôvod užívania drog



Odpoveď „často sa nudím“ označilo 26 (26%) respondentov. Odpoveď „chcem vyskúšať aké majú účinky“ označilo 25 (25%) opýtaných. 21 (21%) uviedlo, že konzumujú drogy, lebo to robia ich kamaráti. 8 (8%) sú donútení ku konzumácii drog. Iné uviedli 3 respondenti (3%). 17 (17%) respondentov nemá žiadnu skúsenosť s drogami.

6.8 Verifikácia hypotéz

H1: Predpokladáme, že väčšina žiakov má dostatočné informácie o drogách a drogových závislostiach.

K tejto hypotéze sa vzťahujú prieskumné otázky číslo 5, 16, 17, 18. Táto hypotéza sa nám potvrdila. Respondenti majú dostatočné množstvo informácií o drogových závislostiach, následkoch a pôsobení drog na zdravie.

H2: Predpokladáme, že minimálne 50% respondentov má skúsenosti s drogami.

Otázky, ktoré súvisia s touto hypotézou sú 3, 4, 15, 16, 19, 20. Hypotéza sa potvrdila. Viac ako 50% respondentov má už s drogami skúsenosti. Pozitívne je, že prieskumná vzorka uviedla napríklad: aj napriek tomu, že alkohol vyskúšali keď mali 12 – 15 rokov nekonzumujú alkohol. Týchto príkladov bolo veľké množstvo.

H3: Predpokladáme, že u viac ako 50% respondentov je najčastejšie užívanou drogou alkohol.

Táto hypotéza sa nám potvrdila v otázke číslo 19, kde nám 83% percent opýtaných žiakov uviedlo, že vo svojom živote vyskúšali alkohol.

H4: Predpokladáme, že väčšina respondentov, ktorí v súčasnosti fajčia, majú rodičov fajčiarov.

Posledná hypotéza sa nám v prieskumnej vzorke nepotvrdila. O tejto hypotéze vypovedali otázky číslo 2. a 3. Ukázalo sa, že fajčí iba 23 respondentov, čo je 23%. 23 respondenti, ktorí v súčasnosti fajčia majú 18 rodičov nefajčiarov, čo je 78,3% a iba 5 rodičov fajčiarov, čo je 21,7%.

6.9 Diskusia

Ak chceme problematiku drogových závislostí dostať pod kontrolu, je potrebné eliminovať, skúmať, pozorovať sprevádzajúce javy v spoločnosti a snažiť sa zvýšiť efektivitu opatrení pri odstraňovaní závislostí rôzneho druhu zo života spoločnosti a najmä zo života mladých ľudí. Prieskumné hypotézy, ktoré sme si stanovili, sa pri vyhodnotení dotazníka potvrdili, okrem hypotézy číslo štyri, tá sa po vyhodnotení dotazníkov nepotvrdila.

Po podrobnom preskúmaní prieskumných otázok pomocou štatistickej metódy sme zistili, že prevažná miera respondentov má skúsenosť s drogami, akými sú alkohol, marihuana, cigarety a len v malej miere užívajú tvrdé drogy, ktorých reakcia na organizmus je oveľa agresívnejšia.

Po analýze nášho prieskumu sme zistili, že veľká miera respondentov má prvé skúsenosti s alkoholom v pomerne nízkom veku. Čím je to spôsobené? Je to otázka veľmi zložitá, ktorá súvisí s rozvojom spoločnosti a s jej čoraz benevolentnejším správaním sa ku konzumácii alkoholu.

V druhej otázke sme si všimli, že až 57% respondentov pochádza z rodín fajčiarov, aj napriek tomu 77% respondentov uviedlo, že nefajčí i keď sa s fajčením denne doma stretáva. Ukázalo sa, že fajčí iba 23% respondentov.

Na Slovensku vzrastá počet fajčiarov tabakových výrobkov a to hlavne medzi mladými ľuďmi. Podľa štatistických údajov z viacerých výskumov sa predpokladá, že fajčí pravidelne 23% dospelých a 16% príležitostne. Podľa našich výsledkov 48,3 % respondentov je v zafajčenom prostredí raz do týždňa, a to najmä na diskotékach, večierkoch a v baroch. V súčasnosti mladí ľudia fajčia najmä pri konzumácii alkoholu, prostredníctvom neho vzrastá chuť fajčiť. Nie len aktívne fajčenie, ale aj pasívne fajčenie je pre náš organizmus veľmi škodlivé. Na to je vhodné často apelovať.

Zo 100 uvedených odpovedí, sme mohli zistiť, že medzi najčastejšie konzumovanou drogou medzi mládežou je alkohol. Svetová zdravotnícka organizácia uvádza, že alkohol je tretí najčastejší faktor, ktorý ohrozuje a poškodzuje naše zdravie. Pred týmito následkami alkoholu sa v tabuľke nachádza vysoký krvný tlak a fajčenie. Je zarážajúce, že najčastejšou príčinou

smrti u mladých ľudí vo veku od 15 do 30 rokov je konzumovanie alkoholu. Prečo je alkohol považovaný za takzvané „menšie zlo?“ Je to najmä preto, lebo alkohol je v každej domácnosti často prítomný a už malé dieťa má možnosť vidieť jeho konzumáciu u členov rodiny. Je povzbudzujúce, že konzumácia alkoholických nápojov každoročne klesá. Je potrebné vykonávať kampaň, zameranú na znižovanie konzumácie alkoholu. Je potrebné najmä mladým ľuďom neustále klásť na vedomie následky konzumácie alkoholu na organizmus. Ďalej je veľmi dôležité informovať o zvýšenej kriminalite spôsobenej pod vplyvom alkoholu. Na to mnoho mladých ľudí zabúda a veľmi často sa ocitnú v situácii, kedy začnú mať problémy so zákonom. Podľa výsledkov, ktoré sme získali na základe odpovedí z otázky číslo šesť: „Kde získavaš peniaze na alkohol?“ sa ukázalo, že až 36% respondentov získava peniaze na alkohol od svojich rodičov. Pokiaľ majú mladí ľudia dostatok finančných prostriedkov na kupovanie alkoholu, je potrebné im finančné prostriedky znížiť do takej miery, aby im peniaze na alkohol nezostávali.

Pozitívnu informáciou je, že dôsledky drog si respondenti uvedomovali v plnej miere. Dokázali uviesť dôsledky fajčenia a uvedomovali si zmeny správania po konzumácii alkoholu.

Respondenti majú dostatočné množstvo informácií o následkoch drog a uvedomujú si problémy, ktoré spôsobujú v rodinách a v spoločnosti. To svedčí aj o výsledkoch v otázke týkajúcej sa legalizácie drog. Až 84% bolo proti ich legalizácii. Mnoho žiakov vedelo daný problém okomentovať a pomenovať. Je dôležité podporovať mládež pri ich pozitívnych a produktívnych názoroch, a tým aj podporovať zdravé fungovanie spoločnosti.

6.10 Závery a odporúčania pre prax

Všetky získané poznatky sme zrekapitulovali do grafov. Každý graf je dostatočne popísaný a prehľadný. Je zarážajúce, že deti majú skúsenosti s drogami v mladom veku a niektoré si ani neuvedomujú ich následky.

Dnešná doba je veľmi zložitá. Pedagógovia a v podstate ani rodičia nemajú žiadne výchovné prostriedky, aby mohli deti buď náležite potrestať alebo ich

motivovať. Mat' peniaze a najmodernejšiu elektroniku je jediná motivácia detí v súčasnosti. Nevážia si žiadne morálne a spoločenské hodnoty. Často sa nudia a aj z týchto príčin vzniká závislosť od alkoholu, drog či internetu. Je potrebné vytvoriť určité preventívne opatrenia, ktoré by zamestnali mládež a sprísnilo zákony.

Na základe výsledkov nášho prieskumu navrhujeme nasledovné odporúčania pre prax:

- vyplniť deťom a mládeži voľný čas,
- podporovať osvetu detí a mládeže,
- vo väčšej miere pripomínať následky drogových závislostí a aj ochorenia spôsobené konzumáciou drog.
- zo strany školy zabezpečiť pravidelné prednášky spojené s besedami o drogových závislostiach,
- na rodičovských združeniach informovať priebežne rodičov o opatreniach školy proti šíreniu drog, o možnostiach účinnej prevencie drogových závislostí,
- vo výchovno-vzdelávacom procese systematicky podporovať zdravý spôsob života,
- zabezpečiť prevenciu drogových závislostí ako neoddeliteľnú súčasť výchovy a vzdelávania,
- propagovať zdravý životný štýl bez drog, fajčenia cigariet a konzumácie alkoholu,
- zakázať reklamu na alkoholické nápoje,
- zvýšiť ceny alkoholu a tabakových výrobkov,
- sprísniť postihovateľnosť priestupkov a trestných činov, ktoré sú spáchané pod vplyvom alkoholu
- zakázať deťom a mladistvým do 18 rokov vstupy do barov a diskoték,
- úplne zakázať fajčenie v reštauráciách a baroch,
- požadovať od predajcov, aby žiadali od mladistvých nákupcov alkoholických nápojov a tabakových výrobkov preukázať sa dokladom totožnosti, ktorým potvrdia stanovený vek na nákup alkoholu a tabakových výrobkov.

ZÁVER

Konzumácia drog sa stala jedným z vážnych celospoločenských problémov. Neustále narastá počet ľudí, ktorí experimentujú s drogami, zneužívajú ich alebo sú od nich závislí a ich priemerný vek sa znižuje.

Drogy ničia zdravie a kvalitu života nielen ich konzumentom, ale aj ich najbližšej rodine a okoliu. Riziká užívania drog sú v oslabovaní vôle, v zmenách základných životných hodnôt, v narušovaní medziľudských vzťahov a v postupnom rozpade rodín. V dôsledku negatívnych sociálnych, zdravotných, ekonomických a bezpečnostných dosahov, ktoré súvisia s užívaním drog je ohrozované verejné zdravie a zdravý vývoj spoločnosti.

K negatívnym javom našej spoločnosti patrí konzumácia alkoholických nápojov a fajčenie cigariet mládežou. Znižuje sa veková hranica pravidelných fajčiarov a konzumentov alkoholických nápojov i vek, keď vznikajú prvé pokusy o fajčenie a konzumáciu alkoholických nápojov.

Problematika drogových závislostí predstavuje dlhodobý a pretrvávajúci spoločenský problém. Tento problém si vyžaduje neustálu pozornosť zo strany celej spoločnosti, osobitne rezortu zdravotníctva, školstva, vnútra a rezortu práce sociálnych vecí a rodiny.

Cieľom tejto práce bolo poukázať na negatívne problémy u mládeže v oblasti užívania legálnych a nelegálnych drog, čo sa nám aj podarilo.

Veľmi dôležitá je prevencia drogových závislostí, ktorá predstavuje široké možnosti metód, foriem a spôsobov výchovného pôsobenia zameraných na zamedzovanie záujmu človeka o drogu.

V preventívnej činnosti má nezastupiteľné miesto škola. Učitelia sú tí, ktorí sa počas celého školského roka stretávajú so žiakmi a svojím postojom môžu priamo, alebo nepriamo pomáhať žiakom vytvárať správny vzťah k zdraviu a k životným hodnotám. Úlohou všetkých dospelých by mala byť snaha viesť mládež k zmysluplnému využitiu voľného času, naučiť ich vedieť zvládať vlastné problémy a viesť ich k spoločensky uznávaným hodnotám života.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY A PRAMEŇOV

ARTERBURN, S, BURNS, J. *Drogovzdorné dieťa – kniha pre rodičov*. Bratislava: Nová nádej Slovensko, 2001. ISBN 80-967334-6-X.

ÁGHOVÁ, E. et al. *Hygiena*. Martin: Osveta, š. p., 1993. ISBN 80-217-0515-9.

BRŠIAK, V. *Treba hovoriť o drogách*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1998. ISBN 80-7159-107-6.

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: public promotion, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

CAMPBELL, R. *Tvoje dieťa a drogy*. Bratislava: Porta libri, 2003. ISBN 80-89067-09-3.

EMMEROVÁ, I. Význam prevencie drogových závislostí vo vysokoškolskej príprave budúcich učiteľov. *Sociálna prevencia. Prevencia drogových závislostí*,. 2006, roč. 1, č. 2, s. 20. ISSN 1336-9679.

GABURA, J., LABÁTH, V., SVOBODOVÁ, M. VARMUŽA, J. *Sociálna práca v kultúrno – osvetových zariadeniach*. Bratislava: Národné osvetové centrum, 1993. ISBN 80-7121-040-4.

HERETIK, A. *Forezná psychológia pre psychológov, právnikov, lekárov a iné pomáhajúce profesie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo – Mladé letá, s. r. o., 2004. ISBN 80-10-00341-7.

JANIAKOVÁ, D. *Tak už dosť! Východiská zo závislostí*. Bratislava: KONTAKT, 2003. ISBN 80-968985-0-7.

JUHÁSOVÁ, A., PAVELOVÁ E. *Vybrané kapitoly zo psychopatológie pre študentov sociálnej práce*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre, 2009. ISBN 978-80-8094-543-5.

DIMOFF, T., CARPER, S. *Berie Vaše dieťa drogy ?*. Bratislava: Obzor, 1994. ISBN 80-215-0274-6.

KAČÁNIOVÁ, J. *Primárna prevencia drogových závislostí*. Bratislava: EKONÓM, 2005. ISBN 80-225-1973-1.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 1996. ISBN 80-223-1078-6.

LIBA, J. *Výchova k zdraviu a škola*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove – Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-8068-336-0.

LIETAVA, J. *Drogy v dejinách ľudstva*. Nitra: UNIAPRESS International, 1997. ISBN 80-85313-38-3.

MAČUROVÁ, E., PAVÚK, A. *Školská hygiena a primárna prevencia drogových závislostí*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove – Fakulta humanitných a prírodných vied, 2007. ISBN 80-8068-346-8.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NOCIAR, A. *Drogové závislosti*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o., 2009. ISBN 978-80-89271-68-9.

OCHABA, R. Poradenstvo a liečba na odvykanie od fajčenia. *Bedeker zdravia*, 2009, roč. 5, č. 4, s. 88-89. ISSN 1337-2734.

OCHABA, R., ROVNÝ I., BIELIK I. *Ochrana detí a mládeže. Tabak, alkohol a drogy*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, 2009. ISBN 978-80-7159-175-7.

ONDREJKOVIČ, P., POLIAKOVÁ E. et al. *Protidrogová výchova*. Bratislava: VEDA, 1999. ISBN 80-224-0553-1.

ONDREJKOVIČ, P. et al. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA, 2009. ISBN 978-80-224-1074-8.

ONDRUŠ, D. *Toxikománia strašiak či hrozba?* Martin: Osveta, š. p., 1990. ISBN 80-217-0141-2.

PETROVÁ, J. Alkohol a legálne drogy. *Sociálna prevencia. Prevencia-alkohol a legálne drogy*. 2006, roč. 1, č. 3, s. 20. ISSN 1336-9679.

ROSIVAL, L., ZIKMUND, V. et al. *Preventívna medicína*. Martin: Osveta, š. p., 1992. ISBN 80-217-08426-8.

ROVNÝ, I. et. al. *Hygiena 2*. Martin: Osveta, spol. s. r. o., 1998. ISBN 80-88824-32-X.

SEDLÁK, F. *Alkohol a fajčenie*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1988.

SCHAVEL. M, ČÍŠECKÝ. F, OLÁH. M. *Sociálna prevencia*. 3 vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. ISBN 978-80-89271-22-1.

TOKÁROVÁ, A. 2009. *Sociálna práca*. Prešov: AKCENT PRINT-Pavol Šidelský, 2009. ISBN 978-80-89295-16-6.

TOMIN, J. *Ako prestať fajčiť*. Martin: Osveta, š. p., 1990. ISBN 80-217-0109-9.

GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Falošné vedomie. Kompetentne o drogách*. Bratislava: Ikar, 2001. ISBN 80-551-0207-4.

ĎANOVSÝ, J, MARTINOVÉ, M. Liečba a resocializácia ľudí so závislosťou na alkohole. [online] [cit. 2012-01-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=318>>.

Otvorený slovník cudzích slov [online] [cit. 2012-01-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.cudzieslova.sk/hladanie/nikotinizmus>>.

ZOZNAM GRAFOV

GRAF 1: POHLAVIE RESPONDENTOV	62
GRAF 2: VEK RESPONDENTOV	63
GRAF 3: ROČNÍK	63
GRAF 4: PROBLÉMY SO ZÁVISLOSŤOU NA ALKOHOLE U ČLENOV RODINY	64
GRAF 5: FAJČENIE ČLENOV RODINY	65
GRAF 6: KONZUMÁCIA CIGARIET JEDNOTLIVÝCH ČLENOV RODINY	65
GRAF 7: DENNÁ SPOTREBA CIGARIET	66
GRAF 8: PRVÁ SKÚSENOSŤ S ALKOHOLOM	67
GRAF 9: NEGATÍVNE PÔSOBNIE ALKOHOLU NA RODINNÉ VZŤAHY	68
GRAF 10: ZÍSKAVANIE FINANČNÝCH PROSTRIEDKOV NA ALKOHOL	69
GRAF 11: PROBLÉMY V ŠKOLE SPOJENÉ S KONZUMÁCIOU ALKOHOLU	70
GRAF 12: DOSTUPNOSŤ DROG	71
GRAF 13: MOŽNOSŤ NÁKUPU DROG NA VAŠEJ ŠKOLE	72
GRAF 14: ZNALOSŤ RODIČOV O KAMARÁTOCH, S KTORÝMI SA STRETÁVAJÚ RESPONDENTI	73
GRAF 15: VZŤAH RODIČOV KU KAMARÁTOM	73
GRAF 16: NAVŠTEVOVANIE VEČIERKOV A DISKOTÉK	74
GRAF 17: AKO ČASTO NAVŠTEVUJEŠ DISKOTÉKY A BARY	74
GRAF 18: TRÁVENIE ČASU S KAMARÁTMI, KTORÍ KONZUMUJÚ DROGY	75
GRAF 19: PROBLÉMY SO ZÁKONOM SPOJENÉ S DROGAMI	76
GRAF 20: NÁZOR NA LEGALIZÁCIU DROG	77
GRAF 21: NÁROČNOSŤ NEKONZUMOVAŤ ALKOHOL A DROGY	79
GRAF 22: VNÍMANIE NÁLADOVOSTI PRI KONZUMÁCII ALKOHOLU	80
GRAF 23: ŠKODLIVOSŤ FAJČENIA NA ORGANIZMUS	81
GRAF 24: PREVENCIA ZO STRANY RODIČOV	82
GRAF 25: SKÚSENOSTI RESPONDENTOV S DROGAMI	83
GRAF 26: DÔVOD UŽÍVANIA DROG	84

ZOZNAM PRÍLOH

PRÍLOHA A – DOTAZNÍK	I
----------------------------	---

PRÍLOHY

Príloha A – Dotazník

Skúsenosti stredoškolských študentov s rôznymi druhmi drog a drogových závislostí.

Milí študenti,

obraciam sa na Vás s prosbou o vyplnenie dotazníka. Dotazník slúži pre účely spracovania diplomovej práce, ktorá sa zaoberá problematikou závislostí ako problému dnešnej doby. Vyplnenie Vám zaberie približne 10 minút. Otázky si prečítajte pozorne a odpovedajte na všetky stanovené otázky.

Prosím Vás o úprimnosť a vaše pravdivé odpovede. Dotazník je anonymný. Zaručujem Vám diskretnosť pri práci so získaným materiálom a informáciami.

V každej otázke zakrúžkujte jednu alebo viac odpovedí.

Úprimne Vám ďakujem za čas a ochotu.

Dana Holá

Pohlavie študenta:

- a) žena
- b) muž

Vek študenta:

Ročník:

1. Máte v rodine niekoho, kto má problém so závislosťou na alkohole?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

2. Fajčí niekto z členov vašej rodiny?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

ak áno, ktorý člen rodiny?

- a) matka
- b) otec
- c) obidvaja
- d) iný člen domácnosti

3. Koľko cigariet denne vyfajčíš?

- a) 1-5 denne
- b) 6-10 denne
- c) jednu krabičku
- d) viac ako jednu krabičku
- e) nefajčím

4. V akom veku si prvý krát vyskúšal alkohol?

- a) skôr ako 12 rokov
- b) 12-15 rokov
- c) 16-19 rokov
- d) nemám skúsenosť s alkoholom
- e) neviem

5. Myslíš si, že alkohol negatívne pôsobí na rodinné vzťahy?

- a) áno
- b) nie

6. Kde získavaš peniaze na alkohol?

- a) od rodičov
- b) z brigády
- c) od kamarátov
- d) iné (uved').....
- e) nekonzumujem alkohol

7. Mal/a si niekedy problémy v škole kvôli alkoholu?

- a) áno
- b) nie

8. Predáva niekto z tvojich rovesníkov drogy?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

9. Dajú sa na vašej škole kúpiť drogy?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

10. Poznajú tvoji rodičia tvojich kamarátov?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

ak áno, aký majú k nim vzťah?

- a) dobrý
- b) priemerný
- c) zlý

11. Chodieváš na večierky, diskotéky?

- a) áno
- b) nie

ak áno, ako často?

- a) raz za týždeň
- b) dva krát do týždňa
- c) viac ako dvakrát do týždňa
- d) raz do mesiaca

12. Vadilo by ti tráviť čas s kamarátmi, ktorí berú drogy?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

13. Mal/a si problém so zákonom kvôli drogám?

- a) áno
- b) nie

14. Aký máš názor na legalizáciu drog?

- a) za legalizáciu
- b) proti legalizácii
- c) neviem

Vyjadri svoj názor:

15. Je pre teba jednoduché nekonzumovať alkohol a drogy?

- a) áno, jednoduché
- b) nie, mám s tým problémy
- c) neviem

16. Vnímaš nejaké zmeny nálad keď si pod vplyvom alkoholu?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

17. Môže fajčenie spôsobiť zdravotné problémy?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem

Ak áno, aké ochorenia môže spôsobiť?

18. Rozprávajú sa s tebou rodičia o nástrahách fajčenia a konzumácie alkoholu a drog?

- a) áno, často
- b) raz za čas
- c) nie, nerozprávajú

19. Ktorú z uvedených drog si vo svojom živote vyskúšal/a?

- a) cigarety
- b) marihuana
- b) alkohol
- c) pervitín
- d) kokaín
- e) heroín
- f) LSD
- g) iná látka (uved').....
- h) nemám žiadnu skúsenosť s drogou

20. Prečo užívaš drogy?

- a) často sa nudím
- b) chcem vyskúšať aké majú účinky
- c) konzumujú ich kamaráti
- d) som k ich konzumácii donútená
- e) iné (uved').....
- f) nemám žiadnu skúsenosť s drogou

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Dana Hollá

Odbor: Špeciálna pedagogika – učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Toxikománia, alkoholizmus a nikotinizmus u mládeže

Rok: 2012

Počet stran textu bez príloh: 80

Celkový počet stran príloh: 5

Počet titulov literatúry a prameňov: 28

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 4

Počet internetových zdrojov: 2

Vedúci práce: Doc. PhDr. Kornel Čajka, CSc.