



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická ■

Prevence drogových závislostí

Bakalářská práce

Studijní program: B7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506R029 – Speciální pedagogika pro vychovatele
Autor práce: **Kateřina Humlová**
Vedoucí práce: Mgr. Zdeněk Kovařík



Technická univerzita v Liberci
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Humlová**
Osobní číslo: **P15000688**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika pro vychovatele**
Název tématu: **Prevence drogových závislostí**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Objasnění a charakteristika prevence drogových závislostí. Zjištění, zda je primární prevence celkově dostatečná a jaká je informovanost jedinců o drogové problematice.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Kvantitativní metoda - anonymní dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BAREŠ, J., 2014. Mezinárodní standardy prevence užívání drog. 1. vyd. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. ISBN 978-80-7440-097-1.

ČERMÁK, B., 2015. Máme doma feťáka: Abeceda osudů. 1. vyd. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-88056-01-0.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., 2011. Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. 1. vyd. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.

KALINA, K., a kol. 2003. Drogy a drogové závislosti. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K., a kol. 2015. Klinická adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K., a kol. 2008. Základy klinické adiktologie. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

KUKLOVÁ, M., 2016. Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.

NEŠPOR, K., 2011. Návykové chování a závislost. 4. akt. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K., 1999. Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag pro MŠMT.

RÖHR, H., 2015. Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0927-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zdeněk Kovařík

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **3. dubna 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2018**

prof. RNDr. Jan Píček, CSc.
děkan



Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2017

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 13.4. 2018

Podpis: *Jana Kabanová*

Poděkování

Velmi děkuji svému vedoucímu bakalářské práce, Mgr. Zdeňku Kovaříkovi, za odborné vedení, rady a připomínky a zejména za trpělivost a laskavý, povzbudivý přístup. Dále bych chtěla projevít díky všem studentům vybraných středních škol, kteří byli ochotni vyplnit anonymní dotazníky, bez kterých by tato práce nebyla zpracována. A v neposlední řadě děkuji své rodině, jež byla po celou dobu studia velmi trpělivá, chápající a v celém průběhu studia mě morálně podporovala.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá prevencí drogových závislostí a zejména pak primární prevencí na středních školách. Zároveň řeší také okolnosti, související s prevencí závislostí. Hlavním cílem bakalářské práce je charakteristika prevencí drogových závislostí a okolností s nimi související. Dále je cílem zjištění dostatečné informovanosti studentů o drogové problematice na středních školách a zjištění, zda je prevence na středních školách, i ve společnosti dostatečná. Bakalářskou práci tvoří dvě oblasti, a sice oblast teoretická a oblast empirická. Teoretická část prostřednictvím odborných zdrojů charakterizuje a objasňuje základní terminologii drogové problematiky, tedy faktory drogových závislostí, důsledky drogových závislostí a podobně. Důraz je pak kladen na primární, sekundární a terciární prevenci drogových závislostí. Empirická část zahrnuje průzkumné šetření v podobě anonymního dotazníku (kvantitativní metody). Zjišťuje informovanost studentů o drogové problematice a prevenci drogových závislostí na středních školách i v životech studentů.

Klíčová slova: prevence, drogy, drogová závislost, rodina, společnost, návyková látka, střední škola, léčba drogových závislostí

Annotation

Annotation The diploma thesis focuses on the drug addiction prevention, mainly the primary prevention at secondary schools. Simultaneously, it also resolves circumstances related to the drug addiction prevention. The main goal of this diploma thesis is characteristics of the drug addiction prevention and factors related to them. In addition, the aim of the diploma thesis is to find out whether secondary students are well-informed about the drug problematics and to find if the drug addiction prevention at secondary schools is sufficient. The diploma thesis is divided into two parts – a theoretical and empiric part. Via scientific resources, the theoretical part characterizes and clarifies basic terminology of the drug problematics, that means factors of the drug addiction, consequences of the drug addiction etc. The emphasis is put on the primary, secondary and tertiary prevention of drug addiction. The empiric part includes the survey examination by an anonymous questionnaire (quantity methods). It finds out foreknowledge of students about the drug problematics and prevention of the drug addiction not only at secondary schools but also in their lives.

Keywords: prevention, drugs, drug addiction, family, society, addictive substance, secondary school, therapy of drugs addiction

Obsah

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Základní terminologie	12
2 Faktory vzniku závislosti	15
2.1 Biologické faktory.....	15
2.2 Psychosociální faktory.....	15
2.3 Sociální faktory.....	16
2.4 Spirituální faktory.....	16
2.5 Rodinné faktory.....	17
3 Vývoj závislosti	18
4 Účinky návykových látek	19
4.1 Alkohol.....	19
4.2 Opioidy a opiáty.....	19
4.3 Stimulancia.....	20
4.4 Halucinogenní drogy.....	20
4.5 Konopné drogy.....	20
4.6 Těkavé látky.....	21
4.7 Závislost na tabáku.....	21
5 Dopady drogové závislosti	21
5.1 Zdravotní potíže.....	21
5.2 Sociální potíže.....	22
5.3 Ekonomické obtíže.....	22
6 Prevence drogových závislostí	22
6.1 Primární prevence.....	23
6.1.1 Specifická prevence.....	24
6.2 Sekundární prevence.....	25
6.2.1 Principy skupinové psychoterapie.....	25

6.3	Terciární prevence.....	26
6.3.1	Harm reduction.....	26
6.4	Léčba závislosti.....	28
6.4.1	První fáze léčby.....	28
6.4.2	Druhá fáze léčby.....	29
6.4.3	Třetí fáze léčby.....	29
6.5	Zásady prevence.....	29
7	Rodina a drogové závislosti.....	30
7.1	Fáze reakce rodiny na drogový problém.....	30
7.2	Drogově závislí rodiče.....	32
7.3	Prevence a rodina.....	33
7.3.1	Rodinná terapie.....	34
8	Preventivní programy ve školských zařízeních.....	35
	EMPIRICKÁ ČÁST.....	36
9	Projekt průzkumu.....	36
9.1	Objekt a charakteristika průzkumného vzorku.....	36
9.2	Průzkumná metoda.....	36
9.3	Cíl průzkumu.....	37
9.3.1	Průzkumné otázky.....	37
9.3.2	Průzkumné hypotézy.....	37
9.4	Interpretace dat a výsledky.....	37
9.5	Shrnutí empirické části.....	53
9.5.1	Vyhodnocení hypotéz.....	54
	ZÁVĚR.....	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

SEZNAM GRAFŮ

9.1 Graf 1: Jakého jste pohlaví?.....	33
9.2 Graf 2: Kolik je Vám let a ve kterém ročníku právě studujete?.....	34
9.3 Graf 3: Jaký obor studujete? Prosím, doplňte.....	34
9.4 Graf 4: V jaké žijete rodině?.....	35
9.5 Graf 5: Jakým způsobem nejčastěji využíváte svůj volný čas?.....	35
9.6 Graf 6: Máte, nebo měli jste na škole hodiny nebo přednášky, které se věnují drogovým závislostem?.....	36
9.7 Graf 7: Jak byste zhodnotil(a) hodiny nebo přednášky věnované problematice drog?....	38
9.8 Graf 8: Jakým způsobem jste se dozvěděl(a) nebo dozvídáte nejvíce informací o drogách?.....	38
9.9 Graf 9: Myslíte si, že se o drogách mluví:.....	39
9.10 Graf 10: Jak byste zhodnotil(a) Vaše vědomosti o drogové problematice?.....	40
9.11 Graf 11: Užívá někdo v současné době ve vašem okolí drogy?.....	41
9.12 Graf 12: Zkusil(a) jste již nějakou drogu, mimo alkoholu a cigaret?.....	42
9.13 Graf 13: Pokud ano, o jakou drogu se jednalo?.....	42
9.14 Graf 14: Z jakého důvodu jste drogu zkusil(a)?.....	43
9.15 Graf 15: Co si myslíte, že má největší vliv na to, že lidé začnou užívat drogy?.....	44
9.16 Graf 16: Jak podle Vás lze nejlépe předejít vzniku závislosti na droze?.....	45
9.17 Graf 17: Jakým způsobem pohlížíte na jedince, kteří jsou závislí na drogách?.....	45
9.18 Graf 18: Provádí se na Vaší škole zjišťování toho, zda studenti užívají drogy? Pokud ano, jak?	46

ÚVOD

Současný svět nabízí společnosti spoustu různých návykových látek v mnoha podobách, které lze užít více existujícími způsoby. Ať již jde o stimulační drogy, halucinogenní drogy, konopné drogy, tlumivé drogy, či další jiné omamné látky. Každá návyková látka byla vytvořena a objevena pro původní, konkrétní důvod, nežli je navozování příjemného stavu. Většina narkotik byla vynalezena k léčebným účelům, týká se to především opiátů, konopných látek, či přímo určitých léků. Stimulační drogy byly objeveny pro lepší fyzické výkony osob. V současnosti jsou drogy i drogové závislosti rozsáhlým celosvětovým problémem, který se stále různorodými prostředky řeší.

Tato bakalářská práce se zabývá řešením a možnými východisky problému, prevencí drogových závislostí. Cílem prevence drogových závislostí je, že lidé nikdy nezačnou užívat omamné látky. Záměrem bakalářské práce je charakteristika prevence drogových závislostí a okolností, jež s touto prevencí úzce souvisí. Podstatná je pak obzvláště prevence primární, tedy ta, která se právě snaží dosáhnout toho, aby jedinec nikdy s drogami nepřišel do styku. Lidé by měli být od raného věku vedeni takovým směrem, aby se k drogám nikdy neměli možnost dostat. Jinými slovy, jejich primární socializační skupina (rodina) by jim měla poskytnout dostatečnou oporu a výchova by měla být vyvážená, tedy ani příliš autoritativní, ani příliš liberální, přičemž dítěti by měly být vštěpovány správné normy a hodnoty, v souladu se společností. V empirické části bakalářské práce je výchova rodičů zvláště vyzdvížená, neboť autorka se domnívá, že rodiče své děti dost dobře neinformují o drogové problematice a prevenci drogových závislostí tím neposkytují. Dochází k tomu, že děti se o drogách dozvědí spíše od svých kamarádů, či spolužáků. Dítě by si taktéž mělo najít vhodné zájmy, které ho budou bavit a naplňovat. Zkrátka člověk by měl mít naplněné jisté potřeby, aby se cítil spokojený a vyrovnaný. Bohužel tomu tak mnohdy není.

Autorka si toto téma vybrala z důvodu častého setkávání s lidmi, kteří buď často užívají drogy, nebo jsou již na droze závislí. Pak také ale i s lidmi, kterým se závislost nějakým způsobem podařilo překonat. U těchto osob bylo možné pozorovat, jak vyrůstaly, jaká byla jejich životní situace předtím, než začaly s užíváním drog. Obvykle měly, nebo mají ve svém životě nějaký problém, ať již s rodinou, se správnou socializací, s vrstevníky, s komunikací, s životními traumaty, s životními podmínkami a podobně. Často se pak vyskytují obtíže u osob, jejichž rodiče se rozvedli, nebo jsou příliš zaneprázdnění a své děti tím nechtěně zanedbávají. Mnohdy mají osoby individuální problémy, kdy jsou příliš labilní, mají nízké sebe-

hodnocení. Anebo se jednoduše nudí, protože neobjevily žádnou zájmovou aktivitu, která by je bavila a naplňovala. A z nudy posléze započaly s experimentováním s drogami, jež potom vzešlo v závislost. Autorka je toho názoru, že u všech dětí i dospělých, ale zvláště u jedinců s výše zmíněnými riziky je primární prevence nesmírně důležitá, ba přímo nezbytná. Je podstatné, aby byla prevence komplexní. Spolupracovat by měl jak zákonný zástupce dítěte, tak učitelé ve škole, dále metodici prevence, další blízké osoby, členové rodiny a další jedinci, kterých se to přímo dotýká. A samozřejmě samotné dítě. S dítětem by se mělo dostatečně komunikovat, mělo by být motivováno, podporováno a klidně a v pohodě provázeno životem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní terminologie

Návyková látka

Návykové látky představují chemicky velmi pestrou skupinu látek s mnoha odlišnými účinky na lidský organismus (Kalina a kol., 2008, s. 28, 29). Látky mohou mít odlišné účinky, některé jsou tlumivé, jiné stimulační a některé mohou mít odchylné další účinky, mohou například způsobovat halucinace. Všechny návykové látky ale zvyšují výdej dopaminu, to je neuropřenašeč, který řídí motoriku, systém motivace a odměny, kognitivní funkce, emoionalitu a náladu, a to v oblastech, jež jsou původně rezervovány pro spojování libosti s potřebnými podněty, které jsou nezbytné pro přežití jedince (Kalina a kol., 2008). Zvýšený výdej dopaminu v této oblasti je akutním efektem návykových látek, je ovšem jen prvním krokem na cestě k vytvoření závislosti (Kalina a kol., 2008, s. 29).

Mezi návykové látky, které vedou k závislosti patří těkavá organická rozpouštědla (toluen, trichloretylen), stimulační drogy (kokain, amfetaminy), halucinogenní drogy (LSD, kanabioidy, alkaloidy vyšších hub – psilocybin, fencyklidin), alkaloid z mexického kaktusu (meskalin), opiáty (heroin). Fyzickou závislost pak způsobují látky, které mají tlumící účinky. Jde tedy kupříkladu o etanol (alkohol), opiové alkaloidy (morfin, kodein), anxiolytika (léky, například benzodiazepiny) (Kalina a kol. 2015).

Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je definován jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Kuklová 2016, s. 11).

Aby bylo možné u jedince syndrom závislosti diagnostikovat, je třeba, aby jeho obtíže splňovaly určitá kritéria podle Mezinárodní klasifikace nemocí (Kuklová 2016).

Člověk, o němž lze bezpečně říci, že trpí syndromem závislosti:

- má opakovanou a silnou touhu užít látku (craving, bažení),
- má potíže v kontrole jeho užívání co se týče začátku, ukončení nebo množství užití látky,
- prožívá somatický odvykací stav (somatické příznaky z odnětí, které jsou typické pro určitou návykovou látku),
- má zvýšenou toleranci užívané látky (potřeba stále vyšších dávek návykové látky).
- postupně zanedbává zájmy ve prospěch užívané látky a zvyšuje množství času trávené získáváním, užíváním a zotavováním se z užití látky.
- pokračuje v užívání látky i přes zjevné důkazy škodlivých následků jak na fyzické, tak psychické zdraví a patologické sociální následky (Kuklová 2016).

Závislost je nemoc strádání. A čím více jedinec strádá, tím je závislost silnější. V konzumní společnosti se jí lidé snaží zahnat nejrůznějšími aktivitami. Jsou totiž nespokojeni, a tak se to snaží odstranit prostřednictvím alkoholu, drog i jinými návykovými látkami a materiálními věcmi. Je však pravdou, že nic z toho nevede ke skutečnému uspokojení a jedinci droga pomůže jen na okamžik, jeho problémy se přitom prohlubují. Problém syndromu závislosti lze najít ve všech společenských vrstvách, některé skupiny jsou ohroženy více, některé méně. Skutečností je, že v případě vzniku závislosti nezáleží na inteligenci, neboť závislým se může stát úplně kdokoli (Röhr 2015).

Tolerance

Lidský organismus reaguje typicky na určitou dávku návykové látky v těle. Při často opakovaném užívání drogy je k dosažení určité typické reakce potřeba stále vyšší množství. Tento jev je pak nazýván tolerancí (Heller a Pecinovská 2011). Tolerance organismu se mění vlivem drogy a je ve stoupajícím trendu typickým projevem přizpůsobování tělesného metabolismu nové látce. *Postupně může organismus tolerovat takové množství drogy, které by pro něj na začátku znamenalo ohrožení života. Do výchozí úrovně se tolerance již nevrací (Heller a Pecinovská 2011, s. 9, 10).*

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je přechodným a vratným syndromem, který nastává těsně po chvíli, kdy je užita omamná látka. V tomto procesu se nápadně mění chování člověka, jenž látku požil. Každá akutní intoxikace je poněkud rozdílná, neboť návykové látky mají též odlišné účinky. Na akutní intoxikaci má vliv taktéž velikost dávky, způsob aplikace drogy, případné přítomné tělesné či duševní onemocnění, tělesná konstituce a podobně. Nejzávažnějším důsledkem intoxikace pak může být i smrt. Lze usuzovat, že valná většina narkotik je schopna při předávkování smrt způsobit (Kalina a kol. 2008).

Škodlivé užívání návykových látek

Při škodlivém užívání dochází k duševnímu nebo tělesnému poškození v důsledku návykové látky (Nešpor 2007). Příznaky jsou pozorovány nejméně jeden měsíc, nebo se vyskytují opakovaně během dvanácti měsíců (Nešpor 2007).

Odvykací syndrom

Odvykací syndrom je stav, následující po vysazení látky (dávky drogy), která byla opakovaně nebo dlouhodobě užívána (Kalina a kol. 2003, s. 114). Tento stav bývá zpravidla provázen velmi nepříjemnými i závažnými abstinenčními příznaky. V podstatě jsou abstinenční příznaky přesně opačnými symptomy, které způsobuje droga. Člověk má obvykle nutkání tyto nepříjemné rysy odstranit další dávkou drogy. Každá omamná látka se vyznačuje zcela odchylnými nepříjemnými abstinenčními příznaky. Například jedinec užívající heroin se rozhodne podstoupit léčbu a mezi jeho nepříjemné abstinenční příznaky zpravidla patří střídání pocitu zimy a horka, zvracení a průjem, bolest kloubů a nespavost (Kalina a kol. 2003). V každém případě se však jedinec necítí natolik sebejistě a vyrovnaně, jako ve chvíli, kdy je pod vlivem drogy. Zažívá naopak úzkostné stavy a deprese. Nemusí to však platit u každého člověka.

Craving

Neboli bažení, je silná touha, nebo puzení požívat látku. Mezi objektivní příznaky cravingu patří oslabení paměti, zhoršení postřehu, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, mezi subjektivní příznaky pak patří nutkavé vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky, nebo fantazie na toto téma. Dále sem patří bušení srdce, svírání u srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy, silná touha po návykové látce, úzkost, stísněnost, slabost, únava, neklid, vzrušení, podrážděnost, zhoršené vnímání okolí. Člověk zá-

vislý na návykové látce popisuje craving jako velmi nepříjemnou zkušenost, jež často bývá důvodem toho, že jedinec bez omamné látky nevydrží, protože se bez ní cítí velmi špatně (Kalina a kol. 2003).

2 Faktory vzniku závislosti

Na vznik a rozvoj závislosti je možné nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Faktory ke vzniku závislosti ve většině případů bývají komplexní, a proto dochází ke kombinaci biologických, psychosociálních, sociálních a spirituálních faktorů (Kuklová 2016). V mnoha případech je velmi obtížné zjistit skutečné důvody užívání návykových látek, a proto je posléze také velmi obtížné přestat užívat návykové látky, namísto toho, aby se řešil skutečný problém, který jedinec má.

2.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory lze zařadit okolnosti během těhotenství matky (prenatální období), okolnosti v průběhu porodu (perinatální období) a období časného psychomotorického vývoje dítěte včetně traumatizujících faktorů a nemocí (Kuklová 2016). Za velmi významný biologický faktor je považována genetická predispozice, neboť bylo zjištěno, že existuje jistá genetická predispozice pro různé typy závislosti. Například syndrom závislosti na alkoholu se častěji vyskytuje u synů alkoholiků (Kuklová 2016). Mezi biologické faktory se rovněž řadí faktory neurochemické. Vyskytuje se to nejvíce v systému endogenních opioidů nebo katecholaminů. *V mozku se nachází takzvané centrum odměny, kde okruh s ním spojený (okruh slasti, odměny a zpevnění) je nejdůležitější v rozvoji závislosti na psychoaktivní látce (Kuklová 2016, s. 21).* Jednoduše jde o to, že droga navodí u člověka velice příjemný, ba přímo euforický stav, který si chce znovu zopakovat.

2.2 Psychosociální faktory

Psychosociální faktory úzce souvisí s psychickým vývojem v dětství, v dospívání a se situací v rodině a společnosti. Většinou se předpokládá, že vývoj a péče dítěte v rodině je harmonický, jeho potřeby jsou přiměřeně uspokojovány a zpravidla je dítěti poskytnuta podpora a pomoc kdykoli je to zapotřebí (Kuklová 2016). Užívání drog a nadměrné pití alkoholu bývá často přisuzováno fixaci v orálním stádiu vývoje člověka a spojováno se závislým typem osobnosti (Kuklová 2016). *Dospělý člověk nadměrně fixovaný v tomto vývojovém stádiu vyžaduje na svém okolí, aby o něj bylo pečováno, aniž by se na tom nějakým způsobem aktivně podílel (Kuklová 2016, s. 21).*

U osob, které mají potíže se závislostí na droze, se vyskytuje problém s navazováním kvalitních vztahů, protože se často stává, že tito lidé hodnotí ostatní lidi ve společnosti černobíle. V rodinách závislých jedinců se nejednou objevuje nevyváženost v reakcích rodičů, a proto tito jedinci mají posléze větší, či menší potíže s vyrovnáváním se s překážkami, ale také se zvládáním nepříjemných emocí a afektů. Tyto osoby jsou obecně méně odolné, velmi zranitelné a droga je svým způsobem posiluje a dodává jim odolnost, pocit jistoty a vyrovnanosti. Mnoho závislých jedinců trpí traumaty. V tomto případě se může jednat o psychické nebo fyzické zneužívání, či týrání a následnou deprivaci dítěte (Kuklová 2016). Mnohdy jde také o smrt, nebo nemoc blízkého člověka. Trauma pak způsobuje nenávist k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit sebe, ale i druhé. Trauma se však může projevat také plachostí, hyperaktivitou, školními obtížemi, přítomností panických atak a podobně (Kuklová 2016).

Drogy a alkohol pomáhají jedinci potlačit emoce, pomáhají zbavit je bezmoci a úzkosti a vytvářejí falešný pocit toho, že má jedinec situaci pod kontrolou. Postupně se ale začne projevovat opačný účinek těchto strategií. Život takového člověka se postupně naplní úzkostí, strachem, konfliktními vztahy, kriminálními činy a podobně. Jedinec tak zjistí, že mu drogy v podstatě žádným způsobem nepomohly, ale zpravidla již bývá pozdě a člověk neví, jak se z celé situace dostat (Kuklová 2016).

2.3 Sociální faktory

Nejdůležitější sociální faktory jsou:

- postoj společnosti k drogám a alkoholu a dostupnost drog,
- pravidla užívání,
- legalizace tabáku a alkoholu,
- nátlak ze strany vrstevníků,
- vliv stresu a frustrace, konfliktů,
- vliv psychických a fyzických onemocnění (Kuklová 2016).

2.4 Spirituální faktory

Pro život je obecně velmi důležitý spirituální rozměr člověka. Pokud není naplněna spirituální rovina člověka, nemohou být naplněny ani ostatní roviny. I dnes jsou v některých kulturách využívány drogy pro různé rituály, což má sloužit k rozšíření vědomí a následnému nahlédnutí života v širší a celistvější perspektivě (Kuklová 2016). Podobnou motivaci mají

i lidé, kteří v dnešní době užívají drogy, jenže jim nedochází, že místo vnitřní svobody dojde k postupné závislosti na droze a všemi jejími důsledky (Kuklová 2016). V tomto případě jde především o jedince, kteří s drogami experimentují, díky droze mohou například nacházet jakousi inspiraci, uvolňují se, cítí se osvobození.

2.5 Rodinné faktory

Rodina a vztahy v ní, může velmi přispět ke vzniku závislosti. Častokrát je rodina tou nejčastější příčinou vzniku závislosti, neboť již jen špatná komunikace, nebo změna partnera jednoho z rodičů může přispět k tomu, že jedinec začne užívat drogy a projeví se u něj odlišné chování.

Nejčastějšími faktory, které souvisí s užíváním drog jsou:

- užívání drog rodičů, jejich trestná činnost,
- nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti,
- špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím,
- nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování,
- traumata v rodině (smrt jednoho z rodičů),
- rozvod rodičů, nebo úplný rozpad rodiny,
- nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům (Kalina a kol. 2008, s. 45).

Tyto faktory mohou být příčinami vzniku závislosti, anebo mohou vznikat až jako důsledek užívání drog. Dalším charakteristickým rysem mohou být negativní postoje a emoce v rodině. To znamená, že pokud dítě začne užívat drogy, popřípadě se stane závislým, členové rodiny se navzájem obviňují, rodiče si vyčítají své výchovné metody a v rodině vládne pocit beznaděje a bezmoci. V tomto případě se pak uvádí čtyři typy rodinných závislostí:

- **Závislost traumatického typu:** v rodině proběhla různá traumata, došlo například ke zneužívání, násilnému jednání, v rodině se vyskytují psychické poruchy a podobně.
- **Neurotická závislost:** v rodině se vyskytuje nahromaděné napětí, nejasné vztahy, problémy rodičů
- **Přechodová závislost:** v rodině se vyskytuje vážná duševní porucha, špatné vztahy, horší a manipulativní komunikace v rodině. Zde může jít přímo o hraniční poruchu osobnosti anebo hraniční rysy závislého jedince.

- **Sociopatická závislost:** v rodině se vyskytuje kriminalita, násilí, asocialita. Závislost zde působí jako běžná součást životního stylu (Kalina a kol. 2008).

3 Vývoj závislosti

- **První stádium (počáteční)** – jedinec se nikterak navenek neliší od svého okolí a nijak neporušuje společenské normy, je však drogou nadšen. Najednou zažívá pocity, které nikdy předtím nezažíval, najednou má bohatší pohled na svět. Uživatel má pocit, že nyní nemá žádné starosti. Fakt, že jedinec užívá drogy lze poznat z několika náznaků. Časté se mu střídají nálady, najednou působí euforicky, má laxní přístup k problémům. Stále to však pro okolí a zejména rodinu není důvodem podezřívat jedince z užívání návykové látky. V této době droga v podstatě nemá žádné negativní účinky, ale spolehlivě pomáhá utápět problémy a unikat z reality do ideálního světa. V této fázi ještě není obtížné přestat. Pokud ovšem jedinec v této fázi skutečně nepřestane což je velmi pravděpodobné, je u něj důležitá průprava na nejrůznější těžké situace, se kterými se v budoucnu bude potýkat (Čermák 2015).
- **Druhé stádium** – tato fáze je často pokládána za rozhodující. V tuto dobu se o tom, že člověk užívá drogy, zpravidla dozvídá rodina a společnost. To však platí pouze v případě, že jedinec užívá drogu již pravidelně a je to viditelné. Tolerance na drogu pozvolna roste a je nutná stále vyšší dávka návykové látky k vyvolání příjemného pocitu. Jedinec již cíleně hledá příležitosti k tomu, aby mohl požit drogu. U takového člověka se dříve či později začnou objevovat různá somatická onemocnění. Jde například o bolest hlavy, únava, vyčerpání, poruchy rytmu srdce a tak dále. Velikým problémem je to, že se u jedince zvyšuje potřeba financí (Marádová 2006). Pokud jde o člověka, který drogu užívá pouze rekreačně, přetrvává u něj první fáze.
- **Třetí stádium (problémové užívání)** – jedinec už sám ví, že má s drogou potíže. Začnou se mu hromadit problémy, které dlouho neřešil, konflikty v rodině, finanční obtíže a podobně. Aby sám sebe ujistil, že má situaci pod kontrolou, rozhodne se abstinovat. Vydrží několik dní, utvrdí se, že je vše v pořádku a pokračuje s užíváním drogy i nadále. To už samo o sobě svědčí o jisté závislosti. V tuto chvíli člověk potřebuje podporu rodiny i odborníků. Pokud se však rozhodne, že bude drogy užívat dále, prohlubuje se tím jeho závislost (Marádová 2006).
- **Stádium závislosti** – jedinec ztrácí kontrolu sám nad sebou a nad svým životem. Není přitom schopen přiznat si skutečnost i fakt, že je skutečně závislý a má v sobě za-

kořeněný příjemný stav, jaký měl na počátku užívání drog. Návyková látka mu již ale příjemný stav neposkytuje, což však závislý jedinec nevidí. V této fázi je člověk ochoten opatřit si drogu za každou cenu, tedy i za předpokladu, že by měl být trestně stíhán. Závislost je provázena nekontrolovatelnou potřebou po dalším užití drogy a tendencí zvyšovat dávky. Chování jedince se pak po psychické i fyzické stránce mění. Tedy mění se především vzhled jedince. Je vyhublý, může se stát, že mu vy-
padávají zuby, pleť je vyžilá a dělají se na ní nevzhledné boláky. Chování je taktéž úplně jiné, někdy takřka k nepoznání, což je pro okolí, hlavně pro rodinu, šokující, bezmocné a smutné.

4 Účinky návykových látek

4.1 Alkohol

Chemicky nazývaný jako etanol a etylalkohol, vzniká chemickým procesem kvašením ze sacharidů. Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na požitém množství alkoholu. Na projevech chování se podílejí biologické (osobní dispozice, zdravotní stav, kondice), psychologické (očekávaný efekt, předvídání účinku) a sociální vlivy (prostředí, společnost, ve které dochází k požití alkoholu) (Kalina a kol. 2003).

Akutní intoxikací alkoholem se rozumí jednoduše opilost. Při nižší dávce se účinky projevují stimulačně. To znamená, že lidé hodně mluví, jsou podstatně sebejistější a méně bojácní, po vyšší dávce se objevuje agresivita a snížení zábran. Při velmi rychlé konzumaci alkoholu se projeví útlum. Člověk je unavený, malátný, ospalý, případně může dojít k bezvědomí a smrti. To záleží na hladině alkoholu v krvi (Kalina a kol. 2003).

4.2 Opioidy a opiáty

Opioidy se využívají v lékařství jako nejsilnější léky proti bolesti. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má podobnou strukturu jako je morfin. Mezi tyto látky patří zejména Heroin, Braun a Metadon, Morfin, nebo Subutex. Hlavní obecný účinek těchto návykových látek je útlum. Mezi další účinky patří zklidnění, ospalost, dochází k poklesu citlivosti. Je zpomale-
na frekvence srdeční činnosti, dechová frekvence, může dojít k těžké zácpě, k těžkému svědě-
ní. V popředí je však zklidnění a příjemná euforie. Při akutní intoxikaci jsou příznaky ne-
volnost, hučení v uších, pocit tepla v obličejí. Závislý pak bývá zpravidla líný, bez potence
a libida, mívá deprese a pravidlem bývají děsivé pseudohalucinace (Kalina a kol. 2003).

4.3 Stimulancia

Jedná se o návykové látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Mezi stimulační drogy se řadí jednoznačně pervitin, kokain, amfetamin a extáze. Při požití těchto drog je obecně zvýšeno psychomotorické tempo člověka, jedinec je bdělý, má urychlené myšlení, rychlou paměť. Člověk se cítí silný, sebevědomý, má pocit, že zvládne vše, co si zamane. Při požití je velmi snížena chuť k jídlu, proto někdy užívají pervitin ženy a dívky, které mají pocit, že se jim nedaří zhubnout. Díky pervitinu se jim to podaří velmi rychlým způsobem. Stimulační drogy užívají také někteří studenti, kteří mají za to, že si lépe vštípí učivo a vydrží se déle učit.

Stimulační drogy vyvolávají silnou úzkost a trému, mohou vést až k agresivitě. Po odeznění látky se dostaví dojezd, což představuje celkové vyčerpání, únavu, bolest kloubů, ohromný hlad. Jedinec na dojezdu se schopen spát i několik dní. Na tomto typu návykových látek nevzniká na rozdíl od opiátů fyzická závislost, pouze jen psychická. Dlouhodobé užívání může vést k toxické psychóze. Ta se projevuje paranoidním syndromem. Jedinec má tedy halucinace a mnohdy má pocit, že se mu někdo snaží ublížit (Kalina a kol. 2003).

4.4 Halucinogenní drogy

Do skupiny halucinogenů drog patří velká škála drog. Dělí se na tři základní skupiny, a sice na přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (meskalin, durman, psilocybin – lysohlávký), přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin – ropuší jed) a syntetické a semisyntetické drogy (LSD). Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumanou skupinou drog. Mají totiž velmi neobvyklé a nevyzpytatelné účinky na člověka a jsou hojně užívány od nepaměti. Účinky jsou pochopitelně halucinogenní a zde se skutečně fantazii meze nekladou (Kalina a kol. 2003).

4.5 Konopné drogy

Účinné látky, které jsou obsažené v produktech konopí jsou kanabinoidy, které mají psychotropní účinky, ale také tlumí bolest a efektivně potlačují nevolnost a zvracení, ovšem to neplatí ve všech případech, protože u některých jedinců, zvláště u těch, kteří konopné drogy okusili poprvé se může projevit právě nevolnost a zvracení, což je od dalšího experimentu odradí. Konopné drogy se hojně využívají v oblasti medicíny, protože prokazatelně pomáhají a léčí. Na účincích látky se podílí celkové nastavení jedince, jeho očekávání, prostředí, únava, citlivost a podobně. Proto nelze s jistotou říci, jak bude opravdu intoxikace probíhat.

Marihuana, hašiš a další drogy jsou nejčastěji užívány prostřednictvím kouření, přičemž účinky se dostávají během několika sekund, nebo minut. Charakteristickými účinky je sucho v ústech, pocit hladu a jemný chlad, patrné je výrazné překrvení spojivek a některé nežádoucí účinky – úzkostné stavy, zvracení, avšak jen zřídka (Kalina a kol. 2003).

4.6 Těkavé látky

Označují se také jako prchavé látky, nebo inhalační drogy. Patří sem rozpouštědla, řepidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn, toluen, benzin, aceton. Jednotlivé látky se liší chemickým složením a účinky. Všechny těkavé drogy se však vyznačují euforií, útlumem a většinou halucinacemi. Těkavé látky byly hojně užívány v bývalém Československu, oblíbený byl zejména éter, čistící prostředek Čikuli a toluen (Kalina a kol. 2003). Po delším užívání dochází k hloupnutí, poruchám emotivity a chování, afektivní labilitě a ztrátě zájmů a výkonnosti (Kalina a kol. 2003).

4.7 Závislost na tabáku

Návykovou látkou v tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin, což je bezbarvá tekutina bez zápachu. Nejprve vzniká psychosociální závislost a po delší době užívání vznikne závislost fyzická. Existují dva typy tabáku, a sice tabák bezdýmý a tabák hořící. K bezdýmému tabáku se pak například řadí šňupací tabák nebo orální tabák. Hořícím tabákem, jsou obvykle dýmky, cigarety a doutníky. Mezi akutní účinky patří průjem, bolesti hlavy, lokální podráždění sliznic, což však platí pouze u začínajícího kuřáka. Kouření se podílí na vzniku mnoha nemocí, mimo jiné na nádorech, chronických plicních onemocnění, nebo infarktu myokardu.

5 Dopady drogové závislosti

Důsledky drogové závislosti se mohou projevit až zhruba ve druhé fázi závislosti, tedy ve chvíli, kdy už jedinec užívá drogu intenzivněji, nebo dokonce pravidelně a tolerance na drogu se zvyšuje. Dopady nejsou ani v nejmenším případně pozitivní, ale negativní a týkají se především zdravotní stránky člověka, psychické stránky člověka, ekonomických prostředků a sociálních vztahů vůbec (Čermák 2015).

5.1 Zdravotní potíže

Zdravotní problémy se projeví poměrně pozdě, někdy až ve čtvrté fázi drogové závislosti, přičemž spadá sem oblast jak fyzická, tak i psychická. Záleží však na individuálním člověku a jeho zdravotním stavu. Mezi typické obtíže patří nespavost, poruchy, někdy úplné selhání orgánů (zejména jater, ledvin, mozku...), dochází také k poruše zraku, sluchu, nechuti

k jídlu, strachu a dalším zdravotním problémům. Navíc pokud jedinec užívá drogu nitrožilně, může dojít k přenosu nemocí (nejčastější je žloutenka typu B a C, AIDS) (Čermák 2015)

5.2 Sociální potíže

Pokud člověk projde léčbou úspěšně tak, že se rozhodne se k drogám již nikdy nevrátit, dojde mu mnoho souvislostí. Například to, že během utápění se do svého drogového světa opustil všechny své přátele, přestal se s nimi stýkat a vyměnil je za „přátele“, kteří společně s ním užívali drogy. Mnozí z těchto lidí rovněž ztratí svou rodinu, neboť ne všechny rodiny podporují jedince cestu ven ze závislosti, zvláště, pokud se o to jedinec pokouší již po několikáté. A tak člověk zjistí, že nemá nikoho, o koho by se mohl opřít, kdo by mu ve svízelné situaci mohl poskytnout oporu. Neplatí to pochopitelně ve všech případech. Se sociálními problémy souvisí také vzdělávání, zájmy a aktivity. Bohužel člověk s drogovou minulostí se obtížně vrací do školy, kterou před lety kvůli drogám nedokončil, anebo se obtížně vrací k dříve oblíbenému sportu, protože již prostě není natolik vytrvalý (Čermák 2015).

5.3 Ekonomické obtíže

V období drogové závislosti člověk obvykle přestává pracovat, protože se již nemůže soustředit na nic jiného, nežli na drogu, což bývá po vyléčení docela problém. Mnohdy člověk s drogovou minulostí obtížně hledá práci, jelikož zaměstnavatelé se na takového člověka dívají s předsudky a jsou k němu nedůvěřiví ještě dříve, než ho vlastně poznají. Stačí jim pouze informativní sdělení, že jedinec užíval drogy. Tito jedinci jsou potom ve složité finanční situaci. Někteří to tedy řeší tím způsobem, že si půjčují, kradou, podvádějí, mnohdy nátlak společnosti nevydrží a vrátí se zpět k užívání drog, aby utekli před novými životními problémy a stává se z toho začarovaný kruh. Jedinci se tedy musí skutečně ze své závislosti chtít dostat a měla by jim být poskytnuta dostatečná opora. Neměli by mít pocit, že jsou na všechno sami (Čermák 2015).

6 Prevence drogových závislostí

Obecným cílem prevence drogových závislostí je zdravý a bezpečný vývoj dětí, který jim umožňuje stát se platným členem celé společnosti. Prevence drogových závislostí přispívá nejen dětem a mládeži, ale také rodinám, školám a vůbec celému společenství. Je to zkrátka snaha o zajištění zdravějších a bezpečnostnějších podmínek pro osobnostní rozvoj člověka. Předpokládá se, že větším rizikem, nežli nedostatek informací o drogách je celý život jedince.

Rozhoduje tedy primární socializační skupina – rodina, sociální skupiny, osobnostní rysy jedince, duševní poruchy, biologické předpoklady a podobně.

Příznivý vliv na jedince má naopak duševní pohoda, silná vazba na rodinu, silné sociální kompetence, zájmové aktivity, pevné prostředí jedince a další (Bareš 2013). Podstatný je fakt, že jedinec se při páchání sociálně patologických jevů příliš nekontroluje. Je pravděpodobné, že jedinec bude mimo užívání drog páchat i jiné sociálně patologické jevy (kriminálníta, vandalismus,...), či jiné typy rizikového chování (sebevražda, deprese...). Proto se protidrogová prevence nezabývá čistě jen drogovými závislostmi, ale působí preventivně i na jiné typy rizikového chování (Bareš 2013).

6.1 Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou (Kalina 2008, s. 18). Primární prevence podporuje zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání sebe sama. Úkolem primární prevence je rozvíjení jednotlivých předpokladů člověka a působení na celou společnost odlišně tím způsobem, že se zaměří na cílové skupiny (Kalina 2008). Primární prevence by měla začít pokud možno ve velmi brzkém věku a tím pádem by i měla odpovídat věku. Program primární prevence by měl brát v potaz místní specifika. Prevence by měla mít soustavná a dlouhodobá a zároveň by měla využívat více strategií. Například bude-li prevence vykonávána ve školním prostředí, pak je také dobré pracovat se zákonnými zástupci dětí, učiteli, výchovnými poradci, metodiky prevence a dalšími osobami. Jde o to, aby prevence byla pokud možno co nejkomplexnější. Primární prevence by měla dále pomáhat osobám, učit je, jakým způsobem překonávat stres, obtížnější situace, životní komplikace. Jedinci by měly být poskytnuty rady do života, pokud je potřebuje. Z toho důvodu je také nutná občasná individuální prevence. Zde se klade důraz na specifické individuální potřeby každého jedince (Nešpor 2007).

Primární prevence se dále dělí na specifickou (všeobecná, selektivní a indikovaná) a nespecifickou. Do nespecifické prevence spadají především aktivity, které nepřímo souvisejí s rizikovým chováním a měly by napomáhat ke snížení riziku rozvoje drogových závislostí prostřednictvím správného využití volného času. Díky tomu si jedinec utváří svou osobnost, vytváří si pravidla k sobě samému a učí se odpovědnosti. Nespecifická prevence je významná i pro nerizikové chování, je totiž pro život důležitá obecně. Efektivita nespecifické prevence není měřitelná a prokazatelná, jako u specifické prevence (Kalina a kol. 2015).

6.1.1 Specifická prevence

V případě specifické prevence jde o aktivity a programy, které jsou přímo cílené na konkrétní úroveň rizikového chování. Jedná se tedy o jasně definovanou cílovou skupinu, u níž může později k drogové závislosti dojít. Snahou specifické prevence je působit selektivně a specificky. Programy jsou sestavovány tím způsobem, že by jinak neexistovaly, pokud by se neobjevil problém určité drogové závislosti (Kalina a kol. 2015). Do specifické prevence dále spadá, jak již bylo uvedeno, prevence všeobecná, selektivní a indikovaná.

- ***Všeobecná primární prevence*** – tato prevence se zaměřuje na běžnou populaci dětí a mládeže. Není zde přitom rozdělení na jedince s více nebo méně rizikovým chováním. Zohledňuje se hlavně věk a prevalence (převaha) rizikového chování. V tomto případě ten, kdo provádí všeobecnou primární prevenci nemusí mít speciální vzdělání, může to být metodik prevence ve škole, třídní učitel s akreditovaným kurzem primární prevence, příslušníci bezpečnostních oborů (policisté, záchranáři). Všeobecné programy jsou většinou určené pro více jedinců najednou (třída, menší sociální skupina). Konají se často v rámci mateřských, základních a středních škol, dle věku (Kalina a kol. 2015).
- ***Selektivní primární prevence*** – tato prevence se již zaměřuje na osoby, které tíhnou k rizikovému chování, nebo jsou nadprůměrně nějakým způsobem ohrožené. Rizika lze zjistit na základě biologických, psychologických, sociálních nebo environmentálních faktorů. Do selektivní skupiny primární prevence jsou osoby cíleně vybírány. Spadají sem studenti, kteří předčasně opouštějí školu, nezaměstnaní jedinci...). Vhodné je pak sledování rodinné situace, vrstevnické skupiny a podobně. U selektivní prevence se již klade důraz na zvýšené vzdělání člověka, který prevenci provádí. Program může být prováděn individuálně nebo skupinově, ale skupina je mnohem menší, nežli u všeobecné primární prevence. Pro tento program platí, že jedincům více zasahuje do života a usiluje o jejich změnu v případě životního stylu. Selektivní program je taktéž nákladnější, neboť je zde třeba zaměřit se na ochranné faktory (Kalina a kol. 2015).
- ***Indikovaná primární prevence*** – tato prevence se přímo zaměřuje na jedince, kteří jsou vystaveni rizikovým faktorům. Většinou se již u jedince problémy s drogami vyskytly, jedinci již mohou kupříkladu experimentovat. Je důležité tedy podchytit potíže

co nejdříve a zahájit intervenci. Preventisté musí mít ze všech tří prevencí nejvyšší vzdělání (Kalina a kol. 2015).

6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými (Kalina 2008, s. 20). Jedná se v podstatě o včasnou intervenci, léčbu závislosti a poradenství. Léčba má pak vést buď k naprosté abstinenci, anebo alespoň ke kontrolovanému užívání drog. Mimo léčbu se v sekundární prevenci využívá taktéž reedukace, resocializace a podobných postupů (Kalina 2008).

Léčba se v sekundární prevenci odlišuje na léčbu vedoucí přímo k abstinenci, anebo v horším případě na léčbu vedoucí alespoň ke sníženému užívání anebo na léčbu s udržovací substitucí. V tomto případě se jedinci podává substituční látka, například metadon. Léčba pak představuje mnoho změn pro osobu, která užívá drogy. Léčba zastavuje užívání drog, snaží se jedince odpoutat od prostředí, které mu nějakým způsobem připomíná drogy a okolnosti s nimi spojené. Dále léčba představuje detoxikaci, která ale může být různá (ohledně prostředí, návyků, substance...). Jedinec by se během léčby měl ohlédnout za svým životem a přemýšlet o své nynější a budoucí situaci, měl by si zároveň s tím uvědomovat, co ho poškozovalo a zraňovalo. V tomto případě však nejde pouze o něho, nýbrž o celou rodinu a jeho blízké, které taktéž zraňoval. Nadále se osoba musí učit, jak převzít odpovědnost za svůj život, měla by se učit adekvátně vyjadřovat své emoce a uvědomit si své vztahy v rodině. V každém případě jedinec musí hledat smysl a význam svého života a nalézt si své vnitřní hodnoty, které mu pomohou oprostít se od drogové závislosti (Kalina a kol.2008).

6.2.1 Principy skupinové psychoterapie

Člověk, který se rozhodne pro léčbu a podstupuje psychoterapii, by měl v každém případě vědět, že v tom není sám, může se otevřít a sdílet své pocity s ostatními. Mnohdy to může pomoci k tomu, že z člověka spadne tíha. Jedinec by měl přemýšlet a myslet na to, co je tady a teď, tedy žít v realitě. Měl by se naučit vyjadřovat své emoce a pocity i potřeby dle libosti, nebát se. Člověk by neměl myslet pouze na sebe, ale měl by pečovat i o druhé, neboť pokud někdo záměrně porušuje pravidla, jde koneckonců o bezpečí všech. V zájmu psychoterapie je také to, že se člověk naučí přijímat zpětnou vazbu od ostatních, třeba i kritiku nebo běžné názory. Měl by jej v sobě umět zpracovat, přestože mnohdy není příjemná. Měl by však být vděčný za upřímnost. Pochopitelně je tu nezbytná důvěra mezi všemi členy

i psychoterapeuty, a proto je nezbytné, aby se o problémech nehovořilo nikde jinde, nežli na psychoterapeutickém sezení. A konečně o všech nových objevovaných poznáních by se měl jedinec svěřovat na skupině (Kalina a kol. 2008).

6.3 Terciární prevence

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v užívání drog (Kalina 2008, s. 22). Terciární prevenci lze chápat jako resocializaci závislých jedinců, nebo sociální rehabilitaci u jedinců, kteří již prošli léčbou. Terciární prevence je také pro osoby, které s užíváním přestat nechtějí, avšak chtějí snížit zdravotní rizika, která s sebou drogy přinášejí (například při nitrožilním užívání drogy). Této intervenci se obecně říká harm reduction (bezpečné užívání) (Kalina 2008). Terciární prevence souvisí především s přístupy ze sociální úrovně. Tedy s tím souvisí pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, pomoc s kontaktem s úřady anebo pojišťovny. Dále ale také s chráněným bydlením, chráněnou pracovní aktivitou, s rodinnými obtížemi a podobně (Kalina a kol. 2008). Tato prevence nadále podporuje biologické předpoklady, zlepšuje zdravotní stav. Ohledně psychologické pomoci se jedná o například o individuální nebo skupinové poradenství, doléčovací aktivity, motivační tréninky, psychologickou podporu, poradenství v rodině a další (Kalina a kol. 2008).

6.3.1 Harm reduction

Harm reduction je program a činnost, díky níž se minimalizují nepříznivé podmínky způsobené užíváním drog. Neznamená to však pouze zdravotní stránku poškození v důsledku užívání drog, ale zaměření platí na všechna možná rizika, v bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu. Nejde tedy například pouze o infekční nemoci, avšak podávají se informace o splácení dluhu, o bydlení a podobně. V užším pojetí lze harm reduction popsat jako soubor praktických strategií, které vedou ke snížení negativních dopadů užívání drog. Zpočátku jde o bezpečné užívání drog a může dojít k úplné abstinenci. Harm reduction rozlišuje poškození v různých úrovních a sice na úrovni individuální, komunitní a na úrovni společnosti. Dále se rozlišují druhy poškození, tedy sociální, ekonomické a zdravotní (Kalina a kol. 2015).

Mezi principy harm reduction patří:

- **Pragmatičnost** – tímto principem se rozumí to, že je potřeba brát na zřetel pozitivní i negativní dopady užívání drog, neboť drogy sice představují veliké riziko, ale na druhou stranu také zkušenosti, poučení a pozitivní zážitky.

- **Zaměření na bezprostřední cíle** - každý program harm reduction má stanoveny cíle, které se vztahují ke každému jedinci individuálně, ale také ke skupině, přičemž platí, že dosažení bezprostředního cíle bývá prvním krokem k bezpečnému užívání, nebo k abstinenci.
- **Zvažování nákladů a přínosů** – v rámci tohoto zvažování se provádí identifikace jedince, měření, posuzování potíží, hodnotí se náklady a přínosy spojené s užíváním a na základě toho je pak možné nějakým způsobem zaměřit zdroje na priority.
- **Zaměření na poškození** – úplně nejdůležitější je snížení negativních dopadů užívání drog. Abstinence se podle harm reduction nepožaduje jako dlouhodobý cíl, spíše se prosazuje snížení dávek jako neúčinnější forma harm reduction.
- **Humanistické hodnoty** – uživateli je akceptováno, že užívá drogy, ale to neznamená, že je užívání schvalované. Uživatel by tedy neměl být nějak poučován za užívání drog a moralizován, ale měl by skutečně vědět, že není podporován v užívání drog. Jedinec a jeho práva jsou však respektována (Kalina a kol. 2015).

V rámci harm reduction by mělo být poskytováno:

- poradenství,
- dostupná nízkoprahová farmakologická intervence,
- přiměřená sociální asistence pro marginalizované skupiny drogově závislých,
- vakcinační programy proti virové hepatitidě typu A a B,
- medikace a pohotovostní kufříky pro zvládnutí předávkování na vhodných místech,
- programy výměny sterilního injekčního náčiní,
- dobrovolné testování na HIV včetně poradenství před testem a po testu a léčby v případě positivity,
- prevence a služby zaměřené na sexuálně přenosné nemoci pro uživatele drog zapojených do sexbyznysu
- dostupnost opatření pro prevenci zvládnutí akutních následků drog na scéně zábavy
- erudice pracovníků zdravotnických záchranných a pohotovostních služeb
- dobře vybavené jednotky terénních pracovníků a dobrovolníků z řad uživatelů
- opatření v předcházení dopravním a pracovním nehodám

- sociální pomoc pro děti závislých osob (Kalina a kol. 2015, s. 277, 288).

6.4 Léčba závislosti

Pokud se jedinec rozhodne k léčbě závislosti, záleží na kapacitě daného zařízení, kdy bude jedinci určen datum nástupu. Obvykle bývají čekací doby kolem čtyř týdnů, pouze výjimečně lze dohodnout datum nástupu dříve, to se děje pouze v případě, pokud některý z pacientů nástup do léčby zruší a uvolní se tím místo. Pacient musí splnit vše potřebné k tomu, aby byl k léčbě přijat, tedy musí mít doporučení od odborníka a vlastní žádost. Úplně na začátku než podstoupí léčbu však musí projít detoxifikační procedurou. Jedinec se запиše a pak si ho přebírá lékař, který závislého jedince vyšetří. Musí mu být odebrána moč a krev, bude zvážen a změřen, kompletně prohlédnut. Poté musí ještě podepsat příslušné dokumenty a nyní je přijat (Čermák 2015).

Seznamuje se s vnitřním řádem zařízení, vše je mu odebráno, včetně léků. U sebe má tedy osobní věci a hygienu, oblečení, prádlo, peníze na nákupy v kantýně a samozřejmě doklady. Detoxikací se pak musí očistit pacientův organismus a objeví se abstinenci příznaky. Trvá to obvykle týden nebo dva. Jedinec podstupuje jednotlivá terapeutická oddělení. Často jedinec tuto proceduru nevydrží a odchází proti doporučení lékaře, podepisuje reverz. Pokud však vše probíhá v normě, může pacient přestoupit na terapeutické oddělení (Čermák 2015).

6.4.1 První fáze léčby

Pokud je jedinec přijat na oddělení, nastává mu první fáze léčby, přitom se podepisuje terapeutická smlouva, tedy vstupní prohlášení. Po dobu zhruba deseti týdnů probíhá širší stabilizace, po tuto dobu se jedinec přizpůsobuje na prostředí a způsob léčby. Všude jsou totiž jiné podmínky, někde je to přísné, jinde méně. Všude však platí pravidla. Za porušení pravidel následuje trest, který musí navíc pacient většinou zaplatit. V této fázi je vyšetřen pacientův zdravotní stav a prohlubují se kontakty s rodinou, navazují se tak porušené rodinné vazby. Rovněž to platí u přátel, zaměstnanců a dalších známých. V jedinci by měla být znovu nalezena povinnost a zodpovědnost ke svému životu. Pacient by se v této fázi měl jasně rozhodnout, zda je pro něj zásadnější droga, či nikoliv. Je zde pochopitelně potřeba vyšší kontroly na pracovních terapiích. Někteří pacienti se rozhodnou po první fázi léčbu ukončit s tím, že jsou již vyléčení a v pořádku, jenže obvykle se stává to, že jsou do několika let znovu v léčbě (Čermák 2015).

6.4.2 Druhá fáze léčby

Jedinec má ve druhé fázi velikou šanci dostat se ze závislosti. Terapie již směřuje k získání náhledu a potřebě změnit svůj životní styl. Změny se týkají rodinných vztahů, přátelských vztahů i jiných. Jedinec již dokáže pojmenovat své obtíže a dokáže s nimi nějak pracovat. Velikou změnou jsou práva jedince. Může opustit léčebnu bez doprovodu, jezdit pravidelně na vycházky, přijímat o víkendech návštěvy, starat se o nové členy komunity a zasvěcovat je. Terapeuti se pak částečně zřeknou menší části kontroly nad těmito pacienty ve prospěch terapeutické komunity (Čermák 2015).

6.4.3 Třetí fáze léčby

Třetí fáze pomalu ale jistě připravuje člověka na ukončení celého léčebného procesu a odchod z terapeutické komunity. Faktem je, že tato fáze není nijak ohraničená a záleží na individualitě každého jedince a jeho krocích. Důležité ovšem je, aby si jedinec našel zaměstnání, bydlení a aby udržoval kontakty s rodinou a přáteli, zkrátka aby nebyl sám. Podmínkou terapie je ještě doléčovací program, který je zajištěn v místě bydliště jedince. Léčba bývá ukončena buď plánovaně, to znamená předem domluvena s pacientem, anebo předčasně. To se děje zpravidla z toho důvodu, pokud jedinec porušuje řád, dostatečně nespolupracuje, či o to sám zažádá a podepíše již zmíněný reverz (Čermák 2015).

6.5 Zásady prevence

- **Důvěra jedince** – důvěra je velmi důležitým mezníkem v prevenci. Aby však kupříkladu dítě začalo rodičům důvěřovat, musí si být jisté, že mu rodiče rozumí, nebo se snaží mu porozumět. Aby tedy jedinec důvěřoval, je nutné se mu věnovat. Dále je podstatné jedince povzbuzovat, aby s námi komunikovalo, mnohdy nám mnohem více prozradí neverbální komunikace. Pokud jedinec něco vypráví, měl by mít pochopitelně nějakou zpětnou vazbu. Důležitý je také tón hlasu. Někteří jedinci jsou velmi citliví na tón hlasu, zvláště děti v období dospívání (Nešpor 2003).
- **Komunikace o drogách** – s jedinci je někdy hovor na toto téma velmi obtížný. Proto je vhodné vybrat si správný okamžik pro takový rozhovor. I to však může být velmi obtížné. Atmosféra by měla být pochopitelně uvolněná a přátelská (Nešpor 2003).
- **Předcházení nuditě** – nuda je jeden z prostých důvodů, proč lidé sklouznou k drogové závislosti. Jednou z možností je posílení rodinných vazeb, poskytnout dítěti, aby se podílelo na rozhodování o domácnosti. V tomto případě jsou ale podstatné

volnočasové aktivity. Člověk by měl mít své oblíbené zájmy a předcházet tak rizikovému chování. Je přitom ale dobré dávat pozor, jakou aktivitu si jedinec vybírá (zejména u dětí), jelikož pokud se při zájmové aktivitě člověk bude stýkat s lidmi, kteří pijí či užívají drogy, k ničemu to nevede (Nešpor 2003).

- **Rodinná pravidla** – obecným pravidlem je pochopitelně to, že u nezletilých platí zákaz alkoholu a veškerých drog. Dále by mělo platit pravidlo neústupnosti vůči vydírání. To je v případě, když dítě vyčítá rodičům, že mu dostatečně nevěří. Nezbytné je pravidlo kontroly. Ať je jedinec dospělý nebo dítě, je dobré jej občas zkontrolovat, co zrovna dělá, nebo kde je. S tím také souvisí pravidlo informovanosti, je totiž dobré o drogách diskutovat, znát jejich účinky a podobně (Nešpor 2003).
- **Vzor pro dítě** – velmi důležité jsou hodnoty, které děti přebírají po svých rodičích. Rodič by měl zároveň dítěti pomáhat v rozhodování ve složitých situacích
- **Ubránění se nevhodné společnosti** – člověk by si měl vážit své vlastní osobnosti, což by mu měl někdo vštěpovat, především rodiče. Měl by se naučit rozlišovat mezi skutečným přátelstvím, odmítnout, co mu nepřijde úplně správné a stát si za svým, přestože to vždy nebude úplně příjemné (Nešpor 2003).

7 Rodina a drogové závislosti

Rodina je skupina osob spojená přímým příbuzenstvím, jejíž dospělí členové a členky na sebe berou zodpovědnost za děti (Giddens 2013, s. 308, 309). Základní funkcí rodiny je reprodukce lidského rodu a výchova potomstva. Rodina je místem, kde dochází k primární socializaci jedince, kde se mu dostává podpory a prožívá intimitu. V současné době je rodina nukleární, to znamená, že jejím jádrem jsou rodiče a děti, nikoliv rozsáhlé příbuzenstvo (Jandourek 2003).

7.1 Fáze reakce rodiny na drogový problém

Užívání drog je pro rodinu bolestné poznání a plně ji ovlivňuje. Existuje několik po sobě jdoucích fází, při nichž se rodina různými způsoby vyrovnává s faktem, že jeden, nebo více členů z rodiny užívá drogy, nebo je již v úplné závislosti. Fáze pak mohou končit různě, například léčbou, vězením, smrtí jedince, pokračováním v užívání drogy a podobně (Čermák 2015). Tyto fáze pochopitelně neexistují v přesných a vymezených podobách, ale obecně vystihují to, co se v rodině právě zhruba děje. Zpravidla je to tak, že užívání drog

jednoho z členů rodiny má dlouhodobý dopad na funkčnost rodiny. Narušují se tím potřeby celé rodiny, také důvěra a podpora (Barnardová 2011).

- **První fáze** – vznik drogového problému bývá velmi často plíživým procesem. Uživatel je drogou nadšen a zažívá skvělé pocity. Nic mu nedělá starosti a život je snadnější. Daří se mu utajit před okolím a rodinou, že užívá drogu. Poznat to lze z náznaků euforie, střídání dobré a špatné nálady, ale v této době se ještě prakticky vůbec neobjevují negativní účinky drog, pouze ty pozitivní, proto často jedinec v užívání pokračuje. Jedinec se zatím neutápí ve finančních potížích, protože mu stačí jen malá dávka drogy. V případě, že člověk v tuto chvíli přestane s drogou, je u něj významná průprava na nejrůznější životní složité situace, se kterými se v budoucnu potýkat (Čermák 2015).
- **Druhá fáze** – druhá fáze je pokládána za rozhodující. Rodiče většinou vědí, že jejich dítě užívá drogy. Rodina se pohybuje na tenkém ledě, mezi partnery (rodiči) to výrazně vře a vzájemně si vyčítají věci, které jsou již zapomenuté. V rodině se objevuje mnohem více hádek a sporů, nežli předtím. Problém se často již bohužel nedaří utajit před známými, širší rodinou (Čermák 2015).
- **Třetí fáze** – pro rodinu je tato fáze fází zklamání a beznaděje. Člen rodiny, většinou dítě rodiče často přesvědčuje, že drogy neužívá a že mu rodina dostatečně nevěří, tímto způsobem je vydírá. Jenže pak vyjde na povrch, že člen rodiny nechodí do školy, nebo do zaměstnání, krade v obchodech i doma. Ostatní členové rodiny se pak cítí podvedeni, zklamáni a mají pocit, že nějakým způsobem selhali (to platí pro rodiče). Ale přesto všechno stále doufají a věří, že se všechno zlepší, že dítě nebo partner s užíváním drog přestane. Pokud však jedinec užívající drogu nechce sám závislost překonat, nemůže mu nikdo a nic pomoci a závislost nad ním zvítězí (Čermák 2015).
- **Čtvrtá fáze** – ve čtvrté fázi nastává v podstatě takové vyhrožování. Rodič, či partner uživateli pohrozí, že se buď rozhodne pro něco, anebo se něco stane. Většinou se vyhrožuje tím, že se jedinec buď půjde léčit ze závislosti, anebo ho celá rodina opustí (partner), nebo ho vyhodí z domu (dítě)... Těch alternativ může být samozřejmě více. Pak záleží na reakci uživatele. Uživatel má dojem, že se mu rodinná pravidla dařilo porušovat, aniž by se dostavil adekvátní trest. Záleží na dalších okolnostech. Jaké sankce je partner nebo rodič ochoten vůči uživateli použít? Někaké hranice by měl člověk vnímat odmala a jejich překračování pak vnímat jako porušení ro-

dinných dohod bez nichž by rodina nebyla zcela funkční. Jedinec by se měl naučit rozlišovat, co je dobré a co už dobré není (Čermák 2015).

- **Pátá fáze** – v páté fázi obvykle přijde rezignace. To je ve chvíli, kdy uživatel drogy pokračuje v užívání, ale také ve lžích, podvodech, krádežích. Jedinec rodinu vědomě ničí fyzicky a ekonomicky a ničí vztahy v rodině. Většina rodiny je již pasivní, již se nepokouší něco zachraňovat. Již nevěří, že se něco zlepší, nedoufají. Rodina se rozpadá, jednotliví členové mohou z domu odcházet, partneři spolu mnohdy nevydrží. V podstatě jde o jakési přiznání porážky.
- **Šestá fáze** – v šesté fázi obvykle dochází ke vzpouře. Je však třeba zmínit, že ne každý se ke této fázi odhodlá. Je to totiž poměrně obtížné. Člověk v sobě musí mnoho věcí zapřít a mnoho odmítnout a naopak podpořit, pokud se k tomu nakonec odhodlá. Je velmi obtížné odhodlat se kupříkladu k opuštění a zavrnutí partnera nebo vlastního dítěte (Čermák 2015).

7.2 Drogově závislí rodiče

U svých rodičů děti hledají bezpečí, jistotu lásku, utváří s díky nim hodnoty. To je ale naprosto odlišné, pokud rodiče nejsou svým dětem schopni poskytnout důkladnou péči, protože jejich pozornost neupoutávají děti, nýbrž užívání drog. Takové děti se necítí bezpečně, nejsou sebevědomé a sebejisté a často nekomunikují. Děti obvykle poznají, že jejich rodiče užívají drogy, když něco doma není v pořádku a něco se děje. Jsou z toho zmatené a často neví, jak se k celé situaci postavit. Musí si samy pro sebe vymezit své místo v domácnosti. Drogy mnohdy převládají nad každodenními úkony domácnosti a péčí o děti, a to vede k tomu, že dítě žije bez pravidel a neví, kdy jde spát, nebo kdy má jíst, tedy naprosto je zde postrádán jakýkoliv řád. Důsledkem je nepravidelná školní docházka, celková nedostačující rodinná péče a deprivované dítě (Barnardová 2011).

Mnohem horší pak je, pokud se k užívání drog přidá ještě něco dalšího. Kupříkladu to, že rodič začne své dítě týrat, fyzicky nebo psychicky, sexuálně ho zneužívat, nebo ho prostě jakkoli zneužívat. Může ho třeba využívat jako prostředek k sehnání drog. Tyto okolnosti velmi ohrožují budoucí život dítěte. Většina dětí se za problémy v rodině stydí, a proto se je snaží všemožně skrýt. Například před spolužáky ve škole. Děti pak na drogové závislosti svých rodičů reagují různě, existují však čtyři typy reakcí dětí:

- **Rodinný hrdina** – do pozice rodinného hrdiny se nejčastěji staví nejstarší sourozenec, jenž má tendence chránit ostatní sourozence a přebírá roli rodičů tak, jak by si sám představoval, že je to správné. Týká se to především péčí o sourozence a o domácnost.
- **Klaun** – dítě ze sebe vědomě a záměrně dělá šaška a snaží se situaci zlehčit a rozveselit. Cílem je odvést pozornost od všech obtíží, které rodinu zatěžují prostřednictvím užívání drog. Dítě se pokouší celou situaci odlehčit, ve skutečnosti je však ustrašené a nešťastné.
- **Ztracené dítě** – dítě snáší celou situaci velmi těžce a také tak navenek i působí. Stáhne se, uzavře se do sebe, odmítá s okolím komunikovat, v podstatě si vytváří své vlastní představy o ideálním životě a uniká do svého světa, kde je všechno v pořádku.
- **Černá ovce** – dítě se začne uchýlovat k sociálně patologickým jevům, snaží se tak na sebe upoutat pozornost. Zpočátku zlobí ve škole, páchá vandalismus, krade, a podobně. Jde mu o to, aby o něj dospělí začali projevovat více zájmu. (Nešpor 2011)

7.3 Prevence a rodina

Rodinná prevence obvykle probíhá odděleně. To znamená, že s rodiči se pracuje odděleně, s dětmi též odděleně. Nacvičuje se při tom spousta okolností, například dovednost porozumění a naslouchání dětem, aby se tímto způsobem dosáhlo nějakého cíle, třeba aby se posílila sebedůvěra dítěte. Pro preventisty je dobré dozvědět se o rodině pokud možno co nejvíce, zejména je dobré znát informace o tom, zda se v okolí rodiny nachází pomoc ve chvíli, kdy se vyskytne nějaký problém. Nezbytná je však naprostá upřímnost rodiny, jinak není možné potíže vyřešit. Například poradna pro manželství, linky důvěry, psychologické komunity a podobně (Nešpor 2003).

S obecnou prevencí je však třeba začít již v raném věku. U hodně malých dětí do tří let je třeba uspokojovat potřeby dětí, především citové. Již tímto se zvyšuje odolnost vůči všem závislostem. Dítě tak nestrádá. Ve věku od tří do šesti let je významné dítěti ukazovat, že naše zdraví je to nejdůležitější a že o něj musíme náležitě pečovat. Zdraví je třeba chránit a podporovat. Zároveň by rodiče měli svým dětem vštípit, co je bezpečné a co již bezpečné není. A dítě mělo by vědět, že svět skrývá určitá nebezpečí, kterým je lepší se vyhýbat. V pozdějším věku je již dobré dětem přímo konkrétně vysvětlovat dovednosti a informace o nejrůznějších sociálně patologických jevech. Již se může hovořit o alkoholu, tabáku, drogách a jiných návykových látkách. Je třeba vysvětlit důvod, proč jsou tyto látky nebezpečné. Nejvýznamnější je stále upřednostňování hodnot zdraví a vnitřních hodnot, které

si dítě utváří již od raného věku. Zhruba od dvanácti let, kdy dítě začne dospívat začíná náročnější období. Pro mnohé děti začínají být velmi důležití vrstevníci, s nimiž sdílí společné názory a tráví spolu poněkud více času. Tyto děti začínají pomalu testovat hranice, kam až mohou zajít. Tato věková kategorie je zvláště ohrožena drogovými závislostmi, a proto je v tomto věku prevence mimořádně důležitá (Nešpor 2003).

Prevenčí je pochopitelně již správná výchova dítěte. Přístup k dítěti by měl být vřelý a laskavý, ale zároveň jistým způsobem hraniční. Dítě by mělo být respektováno, ale mělo by vědět, co si smí a co nesmí dovolit. Klíčové je získat si důvěru dítěte a naslouchat mu. Podstatné je též s dítětem upřímně a otevřeně mluvit o drogách a závislostech, ovšem pokud je k tomu vhodná příležitost. Důležité je předcházení nudě. Příhodné jsou sportovní, hudební nebo výtvarné aktivity, ve kterých se dítě najde. Velikým vzorem je pro dítě rodič, jenž sám žije zdravým způsobem života, neboť i závislost na tabáku, která je v dnešní době naprosto běžná, není pro dítě nijak prospěšná a zvyšuje riziko, že dítě bude v dospělém věku rovněž kouřit. Tudíž je dobré o zdraví nejen komunikovat, ale také jít příkladem. Další zásadou je samozřejmě spolupráce nejen s vlastní rodinou, ale také například s rodinami ostatních vrstevníků, se školou, či jinými institucemi (Nešpor 2003).

7.3.1 Rodinná terapie

Na rodinnou terapii dochází osoby jako skupina blízkých závislého jedince. Tedy hlavním účastníkem je uživatel drog a pak jeho nejbližší rodina, tedy rodiče, sourozenci, případně partneři. Skupiny mohou být informační nebo motivační, sleduje se přitom komunikace v rodině, rodinné vztahy, nová pravidla, stav závislého jedince a podobně. Jde také o emoční uvolnění, zpětnou vazbu celé rodiny, podporu celé rodiny, především uživatele drog... Terapie napomáhá celé rodině se s celou situací nějakým způsobem vyrovnat a udělat si na celou věc také trochu jiný náhled, může rodiče i ostatní členy rodiny motivovat, poukázat na specifické chyby, kterých se dopouštěli a tak dále (Kalina a kol. 2008).

Rodinnou terapii provádí rodinný terapeut, jenž by měl při práci s rodinou nabídnout informace o nebezpečí drog, možnostech pomoci. Rodina by k němu měla mít absolutní důvěru, kterou si terapeut musí získat. Terapeut pochopitelně počítá s tím, že se závislý jedinec bude během terapie nějak vyvíjet, k lepšímu, případně k horšímu, pokud celá terapie nebude fungovat tak, jak by měla a někteří členové rodiny se budou chovat problematicky. A konečně terapeut nastiňuje nové, přeměněné chování, které se snaží závislému jedinci vštípit a snaží se mu nabídnout jeho alternativy (Kalina a kol. 2008).

Při prvním setkání terapeut nastíní obecná základní pravidla, která jsou pro terapii nezbytná. Jedná se především o časové rozmezí terapie, frekvence, sestavení skupiny (členové rodiny) a podmínky uživatele drog. Na dalších sezeních se terapeut snaží poznat všechny členy rodiny a nikomu se nevěnuje větší nebo menší pozornost. Není to tak, že největší pozornost by se věnovala pouze závislému jedinci, přestože právě on za tím vším stojí. Všem členům se dává prostor, naslouchá se jim, terapeut se snaží o to, aby se všichni členové rodiny zapojili do komunikačního procesu. Následně by mělo dojít k tomu, že se definuje zásadní problém příčiny užívání drog. To bývá velmi obtížný proces, který může sahát až do dětství, ale mnohdy to může být jen něco banálního, co mělo pro závislého jedince velkou hodnotu. Probírají se konflikty, pravidla, hranice, role, důvěra, vztahy v rodině, spouštěče a podobně. Pokud se podaří najít důvody závislosti, může se volně přejít k srovnávání rodinných vztahů, komunikace, odstraňování podvodů, lží, napjatých emocí. Po tomto procesu dochází k tomu, že se rodina snaží tento stav udržovat a pracovat společně na tom, aby již k takovéto rodinné obtíži nikdy nemuselo dojít. Rodina by měla podporovat všechny, včetně závislého jedince a snaží se změnit stereotypy, dosud zakořeněné (Kalina a kol. 2008).

8 Preventivní programy ve školských zařízeních

Prevence by měla být neoddelitelnou součástí výuky a života ve školách. Školní prevence by měla být řazena v jistých programech. Prevence ve školních zařízeních by měla podporovat zdravý životní styl. V tomto případě se jedná o odpovědnost za své zdraví i za zdraví ostatních. Mělo by docházet k podpoře a zvyšování sociálních kompetencí, to znamená rozvíjení sociální kompetence i v náročnějších životních situacích. Preventista by měl stmelovat kolektiv a vytvářet tím pádem pozitivní sociální atmosféru. Žáci by se měli cítit v bezpečí, důvěryhodně a sebevědomě. Nemělo by docházet ke studu, nebo třeba k nějakému nejistému pocitu. S tím také souvisí rozvíjení komunikačních kompetencí mezi žáky i mezi žáky s preventisty. Jedinec by se měl naučit nebát se požádat o pomoc, pokud ji potřebuje, učit se vyrovnávat se s názory druhých lidí, s konflikty, měl by zvládat své sebeovládání a podobně. Preventivní metody by navíc měly vést k tomu, aby se jedinci formovaly hodnoty a postoje, které budou společensky akceptovatelné (vzhledem k zákonům, zdravým konvencím, společenským normám) (Marádová 2006).

EMPIRICKÁ ČÁST

Teoretická část volně navazuje na empirickou. V teoretické části byly zmíněny pojmy, které souvisí s drogovými závislostmi a prevencí drogových závislostí, především pak primární, sekundární a terciární prevencí. Empirická část se bude rovněž zabývat prevencí drogových závislostí, a sice prevencí na středních školách. Dnešní společnost se drogovou problematikou zabývá intenzivněji, než v dřívější době, na školách se pořádají přednášky o drogách, peer programy a podobně. Každá škola však k prevenci drogových závislostí a k drogám obecně přistupuje jiným způsobem a bohužel ne všechny školy řeší problematiku drog dostatečně a všechny školy též bohužel nemají preventivní opatření. Účelem empirické části je zjištění názorů jednotlivých studentů různých středních škol na prevenci drogových závislostí a celkové zjištění, zda jsou studenti dostatečně o drogové problematice informováni a jakým způsobem jsou nejčastěji informováni. Záměrem je také zjistit, zda je určitá prevence na středních školách skutečně dostatečná, či nikoliv.

9 Projekt průzkumu

Prostřednictvím průzkumu (anonymního dotazníku) bude autorka zjišťovat, zda je prevence drogových závislostí na středních školách uspokojivá a zda jsou studenti o drogové problematice přijatelně a dostatečně informováni jak ze strany školy, tak ze strany rodičů a dalších informativních prostředků.

9.1 Objekt a charakteristika průzkumného vzorku

Objektem průzkumu je 61 studentů čtyř středních škol v libereckém kraji. Z tohoto počtu bylo celkem 15 osob mužského pohlaví a celkem 41 osob ženského pohlaví. Průměrný věk všech respondentů je 18 let. Střední školy byly vybrány zcela náhodně, stejně tak i ročníky studentů. Ve třech případech se jednalo o studenty třetího ročníku, v jednom případě se jednalo o studenty prvního ročníku střední školy. Z celkového počtu 80 dotazníků bylo vráceno 61 vyplněných dotazníků, přičemž na jednu třídu bylo rozdáno celkem 20 dotazníků.

9.2 Průzkumná metoda

Průzkumnou metodou je anonymní dotazník, tedy použita byla metoda kvantitativní. V případě kvantitativní metody lze usuzovat, že můžeme něco do jisté míry předpovídat a měřit. Kvantitativní metoda využívá náhodné výběry, experimenty a sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování (Hendl 2016). Cílem kvantitativní metody je explorovat, popisovat,

případně ověřovat pravdivost našich představ. Průzkumný problém nebyl zkoumán do hloubky, nýbrž jen obecně. Dotazník je zaměřen na prevenci drogových závislostí, především pak na primární prevenci, dále na informovanost studentů o drogové problematice a taktéž na dostatečnost celkové prevence. Dotazník obsahuje celkem 20 otázek. Dotazník zahrnuje otázky uzavřené, polouzavřené i otevřené. Dotazy, které dotazník obsahuje, byly zpočátku mířené tím způsobem, aby zjistily o respondentovi co možná nejdůležitější všeobecné, objektivní informace, tedy pohlaví, věk, zájmy a podobně. Poté následovaly otázky, které se již týkaly drogové problematiky a prevence drogových závislostí. Na závěr byly položeny dvě otázky, v nichž mohl jedinec otevřeně vyjádřit svůj názor na drogové závislosti.

9.3 Cíl průzkumu

Obecným cílem bakalářské práce je zjistit, zda je prevence drogových závislostí (především ta primární) dostatečná a zda jdou jedinci dostatečně o drogové problematice informováni jak ze strany rodičů, tak ze strany školy, jakož i ze strany dalších prostředků.

9.3.1 Průzkumné otázky

1. *Jaká je informovanost studentů o drogové problematice?*
2. *Jakými způsoby může být jedinci poskytnuta primární prevence?*

9.3.2 Průzkumné hypotézy

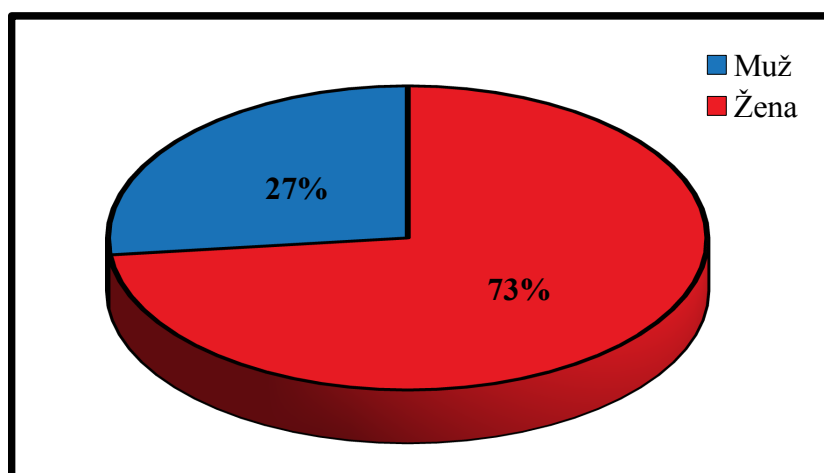
„*Hypotéza je vědecký předpoklad (Gavora 2000, s. 50).*“ Nejde o jakýkoliv předpoklad, nebo hádání, či možné úvahy, musí být však důkladně promyšlena. Hypotéza je podstatně konkrétnější, nežli průzkumný problém (Gavora 2000).

1. *Rodiče se svými dětmi dostatečně o drogách nekomunikují.*
2. *Informovanost studentů o drogové problematice je dostatečná.*
3. *Prevence drogových závislostí na středních školách není dostačující.*

9.4 Interpretace dat a výsledky

Tato kapitola zahrnuje informace, které byly získány na základě provedeného průzkumu. Jak již bylo řečeno, dotazník obsahuje 20 otázek a jednotlivé otázky budou následně probírány. Následně budou z celého provedeného průzkumu vyvozeny jisté výsledky.

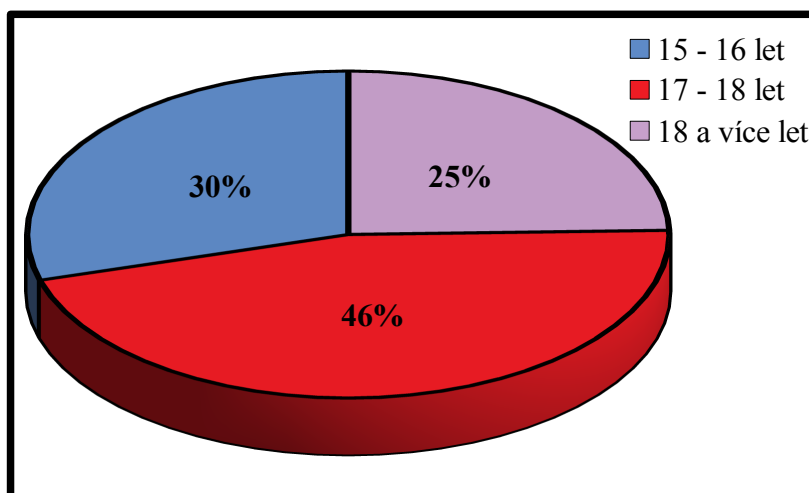
Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?



9.1 Graf 1

Jednotlivá pohlaví byla zastoupena zcela náhodně. V tomto případě jsou podstatně početnější skupinou ženy, přičemž ženského pohlaví bylo celkem 41 respondentek, zatímco mužského pohlaví bylo pouze 15 respondentů. Lze usuzovat, že důvodem může být zcela určitě výběr středních škol, neboť méně respondentů mužského pohlaví studuje na pedagogické, nebo zdravotnické škole, kde průzkum mimo jiné také probíhal.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let a ve kterém ročníku právě studujete?

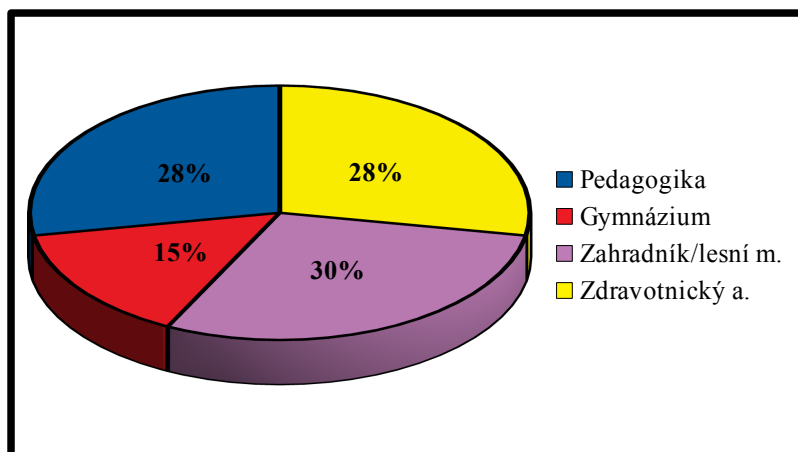


9.2 Graf 2

Nejvíce respondentů (tedy 46%) uvedlo věk 17 až 18 let, bylo jich celkem 28. Jde o studenty, kteří studují ve druhém nebo třetím ročníku střední školy. Toto tvrzení plně odpovídá na základě toho, že dotazníky byly podány do čtyř tříd a z toho tři třídy byly právě

třetí ročníky. Jedna třída zastupovala první ročník (30%) a je to celkem 18 respondentů. Nej-
méně respondentů odpovědělo výběrem 18 a více let (25%), a sice 15 respondentů.

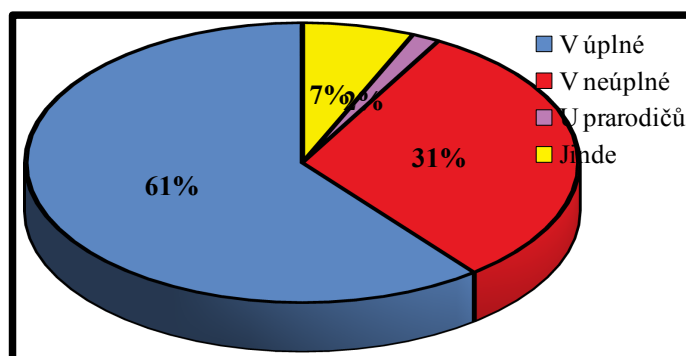
Otázka č. 3: Jaký obor studujete? Prosím, doplňte.



9.3 Graf 3

Dotazník byl podán, jak již bylo řečeno, na čtyři střední školy, a sice na střední zdravotnickou školu (*zdravotnický asistent*), dále na střední školu hospodářskou a lesnickou (*zahradník/lesní mechanizátor*), dále na střední školu pedagogickou (*předškolní a mimoškolní pedagogika*) a poslední školou bylo *gymnázium*. Návrat dotazníků byl poměrně vyrovnaný, neboť ze zdravotnické i pedagogické školy se vrátil stejný počet dotazníků, tedy 17, ze školy hospodářské celkem 18. Z gymnázia se z 20 dotazníků vrátilo pouze 9 z nich, což byla pro autorku poněkud překvapující informace. Naopak očekáváním bylo, že nejméně dotazníků se vrátí ze středního lesnického učiliště. Očekávání bylo takové, že gymnazisté budou mnohem více zodpovědní, avšak nebylo tomu tak.

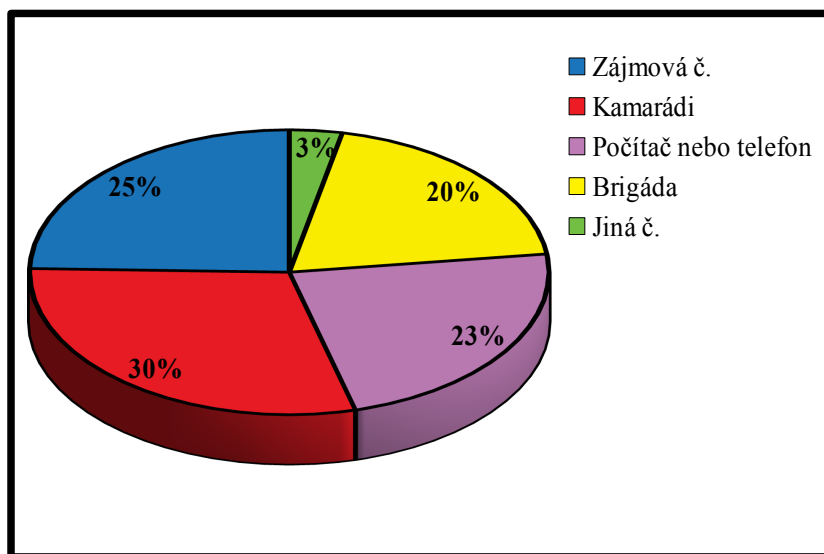
Otázka č. 4: V jaké rodině žijete?



9.4 Graf 4

Valná většina respondentů (37) uvedla, že žije v úplné rodině s oběma rodiči. Dále celkem 19 respondentů uvedlo, že žije v neúplné rodině, buď jen s matkou, anebo s otcem. Pouze 1 respondent uvedl, že žije u svých prarodičů a 4 respondenti doplnili, že žijí jinde. Jeden respondent uvedl dětský domov, další respondent uvedl, že žije se svým nevlastním bratrem a poslední dva uvedli pěstounskou rodinu. Rodinné prostředí může velmi ovlivnit, jakou bude mít jedinec později životní situaci. Kupříkladu rozvod může jedincovo chování velmi ovlivnit, bohužel ne k lepšímu. Je to z toho důvodu, že se člověk najednou může cítit v nejistotě a necítí se natolik bezpečně. A pokud jedinec vyrůstá mimo běžné rodinné prostředí, může to mít ohromný vliv, to se týká především jedinců vyrůstajících v dětském domově, v pěstounské rodině, nebo v jiných zařízeních mimo svou biologickou rodinu. Ovšem problémy se mohou objevit i v úplné rodině, pokud jsou narušeny rodinné vazby.

Otázka č. 5: Jakým způsobem nejčastěji využíváte svůj volný čas?

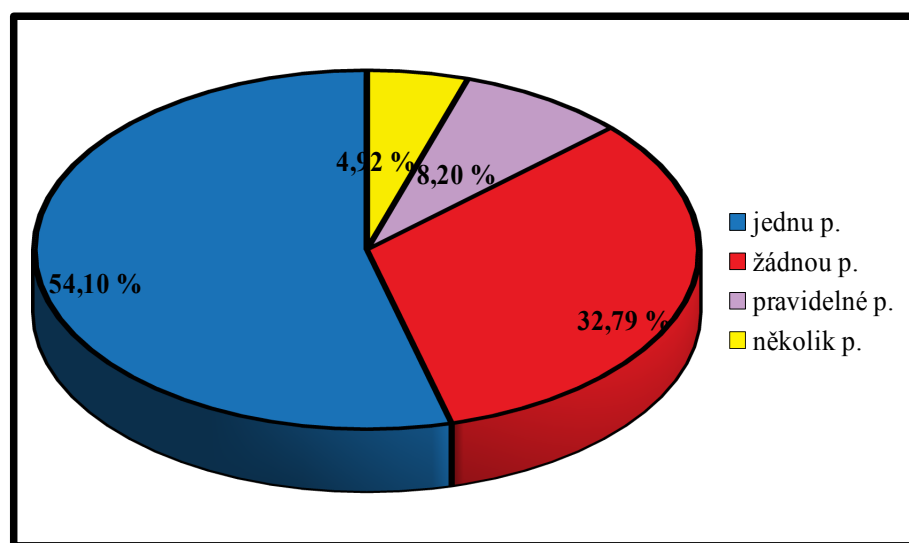


9.5 Graf 5

V této otázce byla nejčastěji zodpovězeno trávení času s kamarády (celkem 18 respondentů), dále zájmovou činností (15 respondentů), následovalo trávení času na počítači nebo telefonu (14 respondentů), brigády (12 respondentů) a jinou činností, v tomto případě byla uvedena péče o sourozence, což uvedli 2 respondenti. Lze říci, že tyto odpovědi byly poměrně vyrovnané. Volnočasové aktivity mají rovněž veliký vliv na drogové závislosti. Drogové závislosti zpravidla vznikají jednoduše z toho důvodu, že se jedinec nudí. Vhodné tedy je, pokud má jedinec skutečně nějakou zájmovou činnost v podobě sportovních aktivit, vý-

tvárných činností a podobně. Úplně vhodné naopak není přílišné trávení volného času na počítači, telefonu a především surfování na internetu.

Otázka č. 6: Máte, nebo měli jste na své škole přednášky, hodiny, věnované drogovým závislostem?



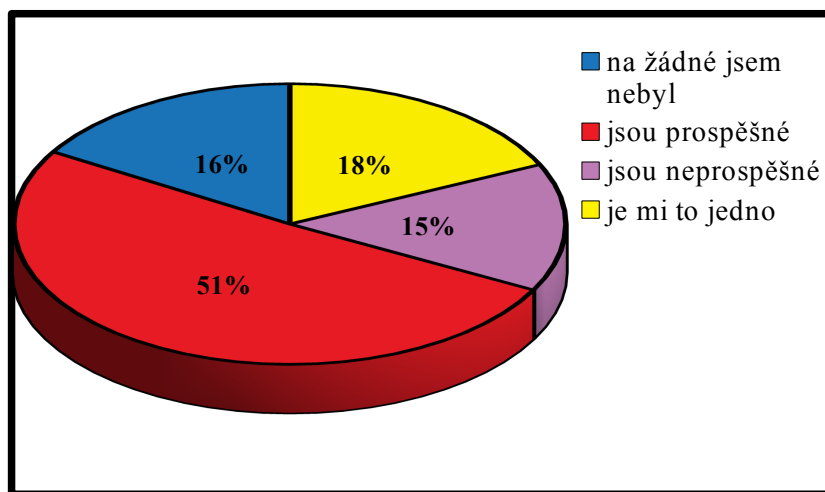
9.6 Graf 6

Nejvíce respondentů (33) uvedlo, že na své škole měli jednu přednášku nebo hodinu věnovanou drogové problematice. Poměrně mnoho studentů ale také uvedlo, že se žádné přednášky nikdy nezúčastnili a na jejich škole se nikdy nepořádala. Pravděpodobně jde o respondenty, kteří se o problematiku drog nezajímají a je jim to zkrátka lhostejné. Nicméně je zřejmé, že střední školy se problematice drog nevěnují dostatečně a studenti tedy nejsou o drogových závislostech prostřednictvím školy dostatečně informováni.

Předpokládá se, že respondenti, kteří uvedli pravidelné přednášky, nebo několik hodin věnovaných drogovým závislostem, se o drogové závislosti zajímají více, a proto se možná zúčastnili i jiných přednášek nebo akcí, věnujících se problematice drogových závislostí. Z odpovědí je patrné, že prevence na středních školách není dostatečná. Podle autorky jedna hodina nebo přednáška věnovaná problematice drog (jednou za školní rok) rozhodně není dostačující a bylo by zapotřebí, aby studenti byly o drogách a drogových závislostech informovány mnohem více. Vhodné jsou především přednášky, které znázorňují důsledky drogových závislostí ve všech rovinách (psychické, fyzické, ekonomické, sociální). Ideální pak je, pokud přednášky pořádají jedinci, kteří překonali závislost na drogách a mohou tedy ke studentům hovořit upřímně a otevřeně o svých zkušenostech, nikoliv pouze o teoretických po-

znatecích o drogové problematice. Rozhodně by to však měli být odborníci, kteří se drogovou problematikou skutečně zabývají. Každopádně střední školy by podle výsledků tohoto dotazníku měly zařadit do prevence drogových závislostí více přednášek či hodin věnovaných drogové problematice. Prevence by měla být všeobecná, ale zvláštní pozornost by měla být věnována zvláště jedincům, kteří jsou v riziku, nebo tíhnou k rizikovému chování.

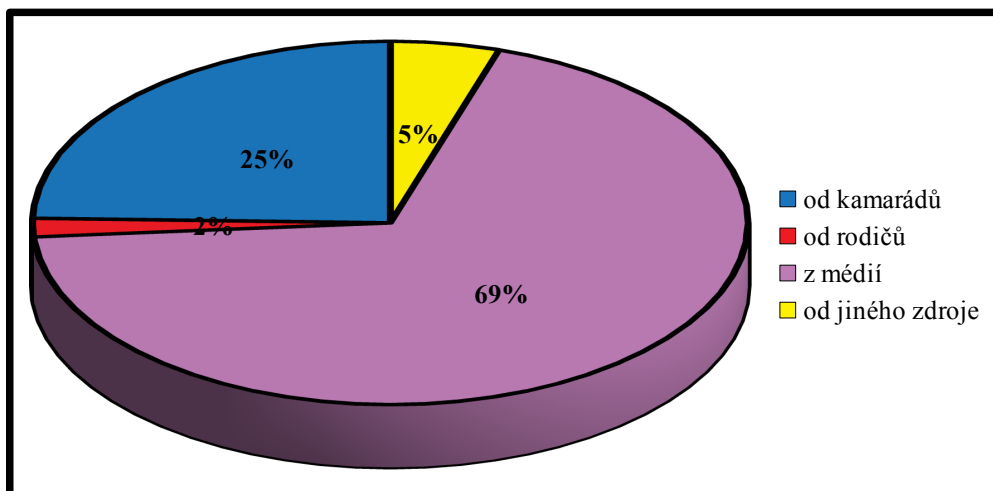
Otázka č. 7: Jak byste zhodnotil hodiny nebo přednášky věnované problematice drog?



9.7 Graf 7

Dle očekávání většina respondentů (31 z dotazovaných) uvedla, že přednášky věnované problematice drog jsou prospěšné. Bohužel ale také mnozí z respondentů se k těmto přednáškám staví buď negativně (9 respondentů), či apaticky (11 respondentů), anebo se přednášek vůbec nezúčastní. Tito respondenti mají dojem, že se drogy rozebírají až příliš a přednášky tedy nejsou tolik potřebné. Je to také zřejmé z oborů, které jednotliví respondenti studují. Zdravotničtí asistenti a předškolní a mimoškolní pedagogové jsou v tomto případě více empatictí a starostlivější a nestaví se k tomuto tématu apaticky, či negativně. Jde koneckonců o pomáhající profese. Naopak lesní mechanizátoři, zahradníci a překvapivě i gymnazisté jsou na tom přesně opačně. Staví se k přednáškám lhostejně, či negativně, anebo se přednášek vůbec nezúčastňují. Přitom se často stává, že právě tyto jedinci tíhnou k užívání drog mnohem více.

Otázka č. 8: Jakým způsobem jste dozvěděl(a) nebo dozvídáte nejvíce informací o drogách?

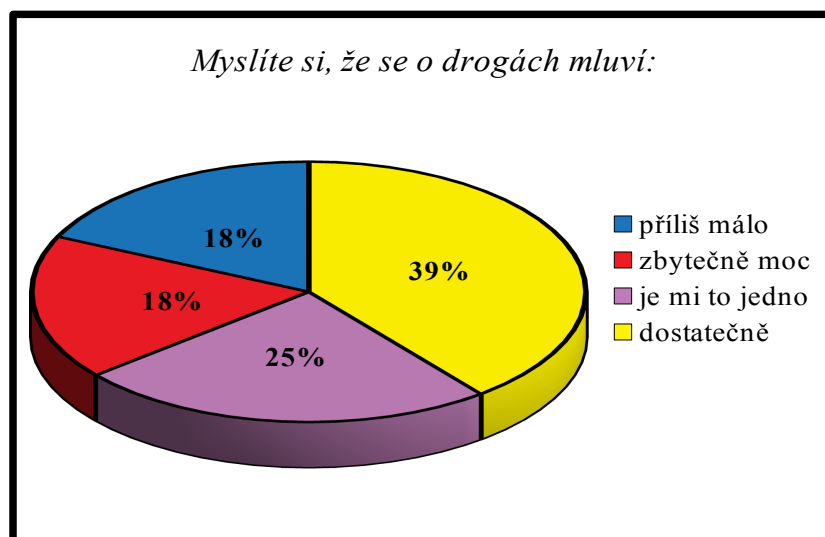


9.8 Graf 8

Téměř 70% (42) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o drogách se dozvídají, nebo dozvěděli prostřednictvím médií, tedy prostřednictvím internetu, televize a podobně. Rozhodně je to proto, že v současnosti jedinci mnohem hojněji využívají masmédiá a mnohem více žijí virtuálně, a proto se mohou nejvíce informací o drogách dozvědět právě prostřednictvím médií. Je velmi smutné, že od rodičů se informace o drogách dozvídá, nebo dozvěděl pouze 1 respondent (2%), což vypovídá o tom, že výchova rodičů je v tomto směru nedostatečná a je zde vidět, že rodiče se svými dětmi o drogové problematice příliš nekomunikují a respondenti o drogách mluví spíše se svými kamarády, vrstevníky (15 respondentů).

Nedostatečná komunikace v rodině na toto téma může později zapříčinit, že jedinec začne drogy užívat. Vypovídá to také o jakémsi nedostatečném zájmu o dítě a nedostatek času. Mnozí studenti mají také možná dojem, že se svými rodiči nemohou jednat přímo na toto téma z nejrůznějších důvodů, v tomto případě hodně záleží na výchově. Rodiče se také často o drogovou problematiku zajímají až ve chvíli, kdy se to týká přímo jejich dítěte a do té doby nemají potřebu se o drogové závislosti jakkoliv zajímat. Mnohé rodiny se za drogovou závislost v rodině stydí, cítí se pohoršeny, nechtějí s tím mít nic společného. Samozřejmě to neplatí vždy, ale často se s tím lze setkat. Rozhodně z tohoto výsledku vyplývá, že rodinná prevence není zdaleka dostatečná.

Otázka č. 9: Myslíte si, že se o drogách mluví:

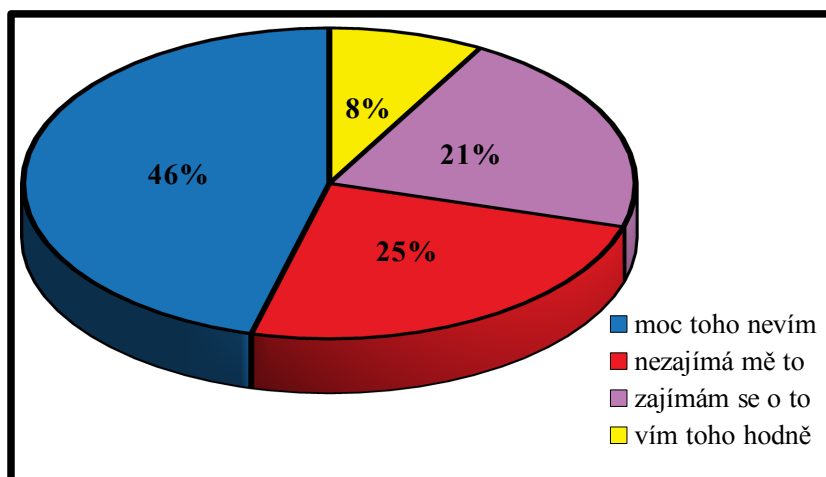


9.9 Graf 9

V této otázce lze opět spatřit, že respondenti, kteří studují zdravotnickou a pedagogickou školu zvolili variantu, že o drogách se komunikuje příliš málo (11 respondentů) a naopak respondenti, kteří studují gymnázium a střední lesnickou školu odpověděli buď, že se o drogách komunikuje zbytečně moc (11 respondentů) anebo apaticky – je jim to jedno (15 respondentů), což rozhodně není pozitivní, neboť podle autorky by se o drogové problematice mělo hovořit mnohem více, a to v celé společnosti, nikoliv jen mezi lidmi, kterých se to již týká. To by mělo být podstatou primární prevence.

Problémem naší společnosti však je to, že drogami se lidé začnou zabývat až v tu chvíli, kdy se jich to nějakým způsobem dotýká. Často je tomu dokonce tak, že za problém drogové závislosti se jedinci stydí a nechťejí o tom veřejně hovořit. Bojí se totiž různých pohledů na celou situaci ze strany společnosti. Nicméně v tomto dotazníku většina respondentů (24) odpověděla, že se o drogách hovoří dostatečně, což vypovídá o tom, že většina studentů je toho názoru, že drogy jsou ve společnosti probírané dostatečně a není potřeba se jimi více zabírat.

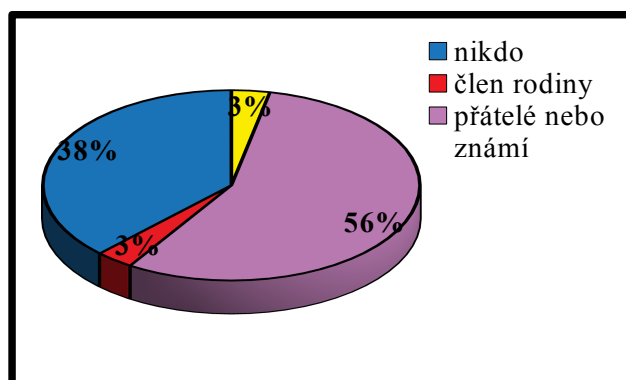
Otázka č. 10: Jak byste zhodnotil(a) vaše vědomosti o drogové problematice?



9.10 Graf 10

Většina respondentů (28) odpověděla, že o drogách mnoho informací neví a dalších 15 respondentů uvedlo, že je téma drogové problematiky moc nezajímá. Mnozí se k drogovým závislostem staví příliš negativně, nebo apaticky a začínají se o ně zajímat, až ve chvíli, kdy se to týká někoho blízkého, přátel, nebo jich samých, jak již bylo řečeno. Zájem o drogovou problematiku projevilo 13 respondentů a dalších 5 respondentů se o drogy zajímá ve velké míře a má s nimi vlastní zkušenosti. Respondentů se zájmem je však stále méně, nežli respondentů s negativními nebo lhostejnými postoji k problematice drog, což vůbec není pozitivní zjištění. Je to opět tím, že se o drogové problematice příliš nekomunikuje. Preventivní opatření na středních školách by se tedy rozhodně mělo zlepšit.

Otázka č. 11: Užívá někdo v současné době ve vašem okolí drogy?



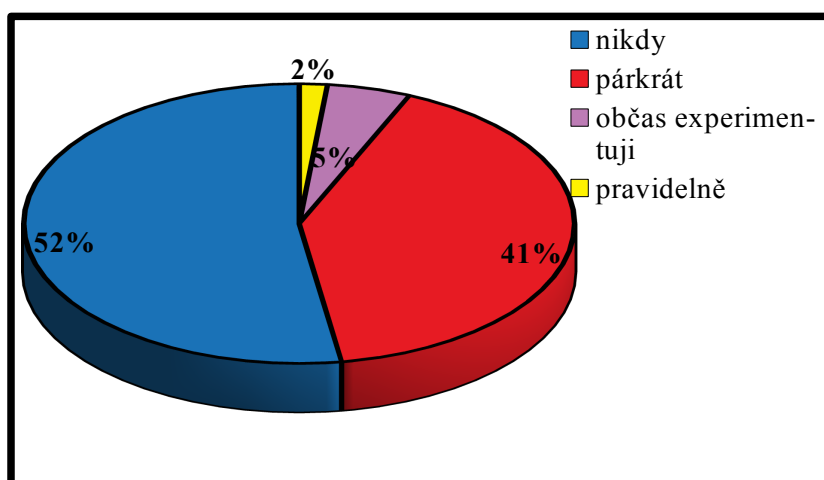
9.11 Graf 11

Většina respondentů (34) uvedla, že jejich přátelé nebo známí užívají v současné době drogy. 4 respondenti uvedli, že drogy v současné době užívá někdo velmi blízký, anebo přímo

člen rodiny. Zbytek respondentů (23) uvedl, že nezná nikoho, kdo by v jeho okolí užíval drogy, nebo na nich byl závislý. Odpovídali tak většinou respondenti, kteří žijí v úplné rodině, mají zájmové aktivity (sport, hra na hudební nástroj...) a o drogách příliš informací neví. Jde o primární prevenci, která je pro život obecně velmi důležitá, nejen proti drogám. Zájmové aktivity a rodina, která je pro jedince oporou, vytváří velmi dobré podmínky pro život každého člověka.

Z této otázky je bohužel patrné, že mnoho respondentů má ve svém okolí někoho, kdo užívá drogy. To je bohužel v této době již běžné, ale rozhodně to není v pořádku, protože pokud se to bude časem stupňovat, začne lidem užívání ilegálních drog připadat běžné, a to rozhodně není správné a tímto způsobem se mění lidem jakési normy a hodnoty. Například alkohol společnost považuje za absolutně běžnou a normální záležitost (přestože je velmi škodlivý), kdežto o marihuaně toto zatím úplně říci nelze, jelikož konopné drogy nemají v naší české společnosti takovou tradici jako alkohol. Avšak také se to stupňuje a odpůrců této drogy a drog podobných je méně a méně, protože jejich užívání začíná být jaksi „konvenční“.

Otázka č. 12: Zkusil(a) jste již nějakou drogu mimo alkohol a cigaret?

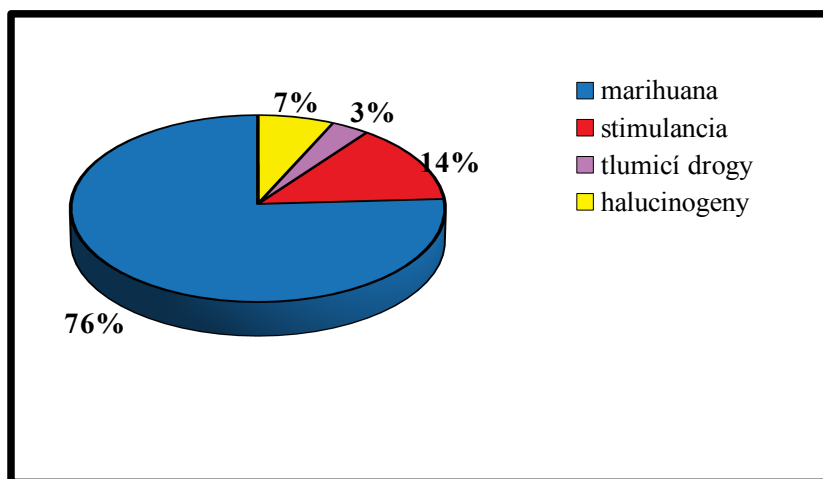


9.12 Graf 12

Velmi pozitivní je zjištění, že většina respondentů (32) nikdy neužila žádnou drogu mimo cigaret a alkoholu. 25 respondentů uvedlo, že párkrát v životě drogu vyzkoušelo, ale u toho také zůstalo. Pouze 3 respondenti uvedli, že s drogou čas od času experimentují a jen 1 respondent uvedl v dotazníku pravidelné užívání drog. Navíc většina respondentů v posledních dvou otázkách dotazníku přiznala, že z drogových závislostí má respekt

a že by rozhodně nikdy nechtěla být závislou. Jde tedy většinou o jedince, kterým je zhruba 18 let a příčinou bývá zpravidla zvědavost, nebo jedinci podlehnou nátlaku svých vrstevníků, a to nejčastěji na nějaké zábavě, na diskotéce a podobných akcích, kde je atmosféra poněkud uvolněnější. U těchto jedinců je prevence zvláště důležitá a je třeba o drogové problematice ještě více komunikovat. U respondentů, kteří uvedli, že s drogami experimentují, anebo je pravidelně užívají již vzrůstá problém, který je potřeba řešit.

Otázka č. 13: Pokud jste nějakou drogu vyzkoušel(a), o jakou drogu se jednalo?

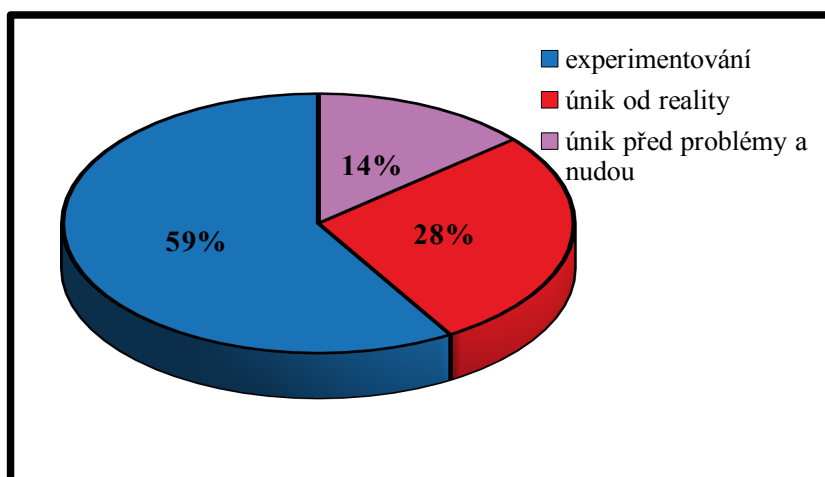


9.13 Graf 13

Celkem 29 respondentů uvedlo, že již nějakou drogu vyzkoušelo a celkem 32 respondentů doposud nikdy žádnou drogu neužilo. V nejvíce případech (22) se jednalo o kouření marihuany a potom jen málo respondentů uvedlo ostatní drogy. Jednalo se o stimulační drogy (4 respondenti), tedy o pervitin, dále o halucinogenní drogy (2 respondenti), tedy zpravidla o lysohlávky a LSD a konečně o tlumicí drogy (heroin a jiné), které uvedl 1 respondent. Někteří respondenti rovněž uvedli kombinace těchto drog, například marihuanu, pervitin, LSD, nebo marihuanu, lysohlávky.

Většina respondentů ale užila právě marihuanu a u té již zůstali, marihuana je v tomto případě takovou „nejlehčí“ ilegální drogou. Nicméně marihuana je takovým vstupem do světa drog, i těch nebezpečných. Závisí však na samotném jedinci. Mnozí jedinci mají špatnou zkušenost i s konopnými drogami a další experimentování je odradí, ale jsou tací, kterým se kouření marihuany zalíbí a jsou ochotni vyzkoušet i další drogy. Cílem primární prevence tedy je, aby k vyzkoušení marihuany, ani jiných dalších drog vůbec nedošlo a snažit se tomu zabránit všemi možnými způsoby.

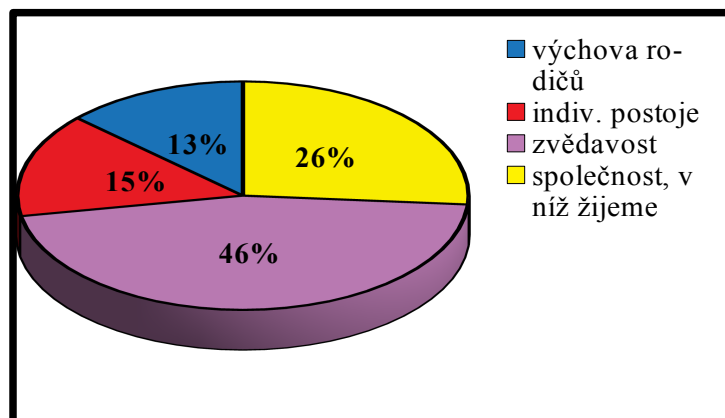
Otázka č. 14: Z jakého důvodu jste drogu zkusil(a)?



9.14 Graf 14

Jak již bylo řečeno, drogu nevyzkoušelo celkem 32 respondentů a zkušenosti s ní má 29 účastníků dotazníku. Většina dotazovaných (17), kteří drogu vyzkoušeli, ji vyzkoušeli především z důvodu experimentování, méně respondentů (8) pak užilo drogu z důvodu uniknutí od reality a určité relaxace a nakonec 4 respondenti uvedli, že užili, nebo užívají drogu z důvodu uniknutí před osobními problémy a před nudou. Lze usuzovat, že jedinci, kteří experimentují mnohdy nemají v osobním životě takové obtíže, jako u jedinců, kteří uvedli uniknutí před osobními problémy, nebo útěk od reality. Tito lidé mají zpravidla nějaké osobní problémy, které lze ale rozhodně řešit jiným způsobem než užíváním drog. Jenže naneštěstí i experimentováním lze droze postupně přivyknout, neboť mnohdy je experimentování s drogami častější a častější dávky je třeba zvyšovat, protože roste tolerance na drogu a postupně se vyvine závislost.

Otázka č. 15: Co si myslíte, že má největší vliv na to, zda lidé začnou užívat drogy?

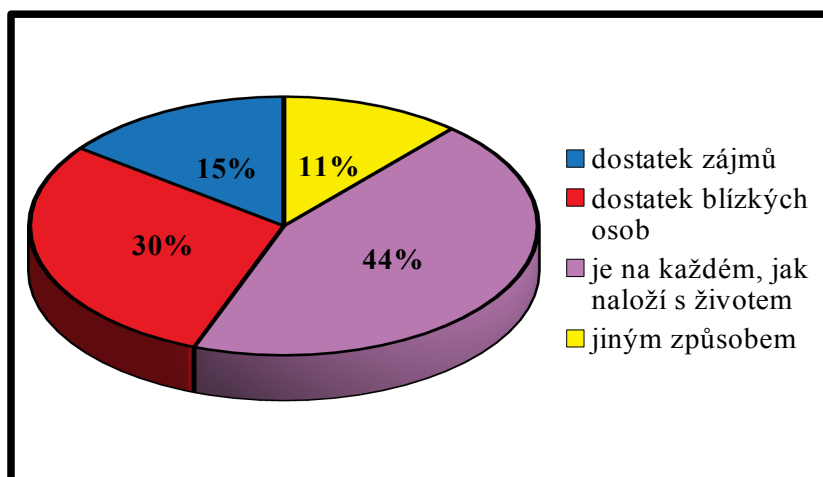


9.15 Graf 15

Nejvíce respondentů uvedlo, že hlavní příčinou toho, že člověk začne užívat drogy, je zvědavost. Uvedlo to celkem 28 respondentů (46%). Mnohdy se stává, že osoby, které začnou s drogami ze zvědavosti experimentovat, se stanou závislými na droze rychleji, než si vůbec pomyslí. Dalších 16 respondentů si myslí, že hlavním důvodem pro užívání drog je především vůbec společnost, v níž žijeme. Předpokládá se, že možnosti, které se nám naskýtají a doba, v níž v současné době žijeme, zapříčiňuje užívání drog. Dalších 9 respondentů (15%) uvedlo jako svoji odpověď individuální postoje jedince.

Každý je jiná, individuální osobnost, každý si s sebou nese do života určité genetické predispozice a každý je schopen naložit se svým životem tak, jak uzná za vhodné. 8 respondentů uvedlo, že hlavním důvodem pro užívání drog je výchova rodičů, což je pochopitelně velmi pravděpodobné a je to obdobné jako volba správných kamarádů. Ani jeden účastník dotazníku neuvedl nedostatečnou informovanost o drogách jako příčinu užívání návykových látek. Autorka je toho názoru, že nedostatečná informovanost o drogách sice není příčinou vzniku závislosti na droze, ale může tomu být velmi nápomocná.

Otázka č. 16: Jak podle Vás lze nejlépe předejít vzniku závislosti na droze?

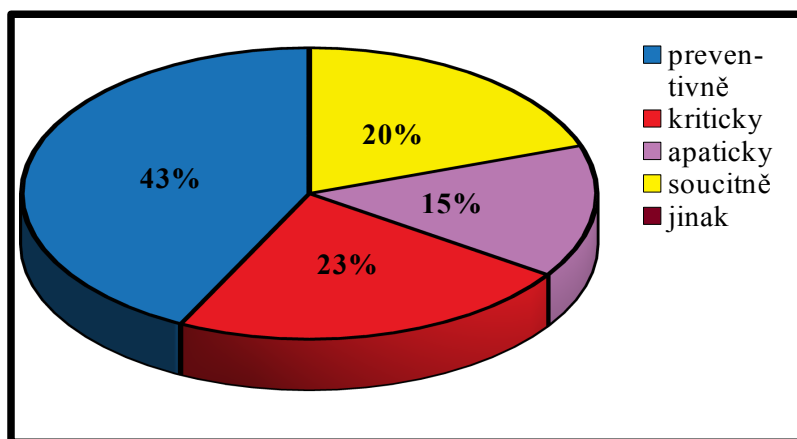


9.16 Graf 16

Celkem 27 respondentů (44%) je toho názoru, že každý jedinec má právo naložit se svým životem po svém a pokud začne užívat drogy, nebo se dokonce stane závislým na drogách, je to pouze jeho osobní záležitost. Další častou odpovědí bylo to, že jedinec má kolem sebe osoby, které ho mají rády. Takto odpovědělo celkem 18 respondentů a byly to často osoby emotivně laděné, empatické a opět to byly spíše respondenti, studující v pomáhající profesi. Pochopitelně je velmi důležité, aby měl jedinec kolem sebe blízké osoby, kte-

rým může důvěřovat a které ho mají rády, poněvadž to je velice podstatná životní potřeba všech. Další respondenti (9) odpovídali, že jedinec by měl mít dostatek zájmů, k tomu, aby se nemohl nudit a zkrátka neměl čas se k drogám vůbec dostat. Další odpovědi jsou individuální a respondenti je jednotlivě vypsalí. 7 respondentů odpovědělo dle svého názoru, například takto: „Je třeba vědět, kde má droga své hranice, pak je neškodná.“ Toto byl však jediný názor na drogy, který nebyl úplně záporný. Mezi další patří: „Najít přátele, kteří vás do toho nezatáhnou.“ Ostatní názory byly velmi obdobné a nepříznivé vůči drogovým závislostem.

Otázka č. 17: Jakým způsobem pohlížíte na jedince, kteří jsou závislí na drogách?

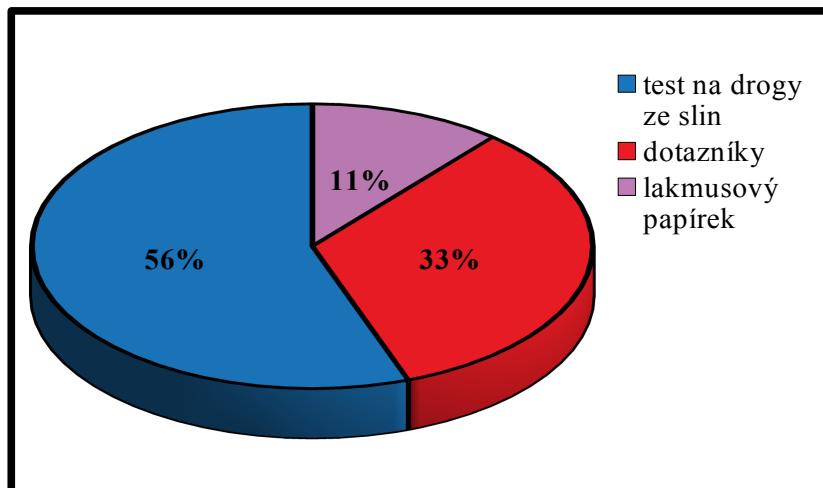


9.17 Graf 17

Nejčastěji respondenti (26) odpovídali, že na jedince, kteří jsou závislí na drogách, pohlížejí preventivně. Tedy nikdy by tímto způsobem nechtěli dopadnout a často je toto pro ně dostatečná prevence, jak mít k drogám a drogovým závislostem respekt a jak si od nich držet určitý odstup. Další respondenti (14) odpověděli, že na jedince s drogovou závislostí pohlížejí kriticky a soudí, že si za to mohou v podstatě sami. Souvisí to s tím, že každý se může svobodně rozhodnout, jak se svým životem naloží.

Kritický pohled mají většinou jedinci, kteří nejsou natolik empatictí a nedovedou, nebo nechtějí pochopit obtíže daného jedince, kvůli nimž se do závislosti vlastně dostal. Většinou pak nejsou ani příliš ochotni poskytnout závislé osobě pomoc. 12 respondentů uvedlo, že na jedince závislé na návykové látce pohlížejí soucitně. Jde o osoby empatické, které se dokáží vcítit do jejich nelehké situace. Tyto osoby jsou oproti kritickým ochotny jedinci pomoci, často i ve chvíli, pokud jsou již závislou osobou několikrát zklamány. Nikdo nevedl jiný způsob pohledu na osoby, které se potýkají s drogovou závislostí.

**Otázka č. 18: Provádí se na Vaší škole zjišťování toho, zda studenti užívají drogy?
Pokud ano, jak?**



9.18 Graf 18

Na tuto otázku odpovědělo celkem 43 respondentů negativně, tedy tak, že na jejich škole se neprovádí žádné zjišťování toho, zda studenti užívají drogy, nebo zda jsou dokonce drogově závislí. To opět vypovídá o tom, že prevence a informovanost o drogové problematice není dostačující. Školy by měly mít přehled o tom, zda na škole studenti neužívají drogy, proto by v tomto ohledu měly být školy obezřetnější, než doposud. Studenti, kteří odpověděli, že se na jejich škole provádějí nějaké testování užívání drog se o samotnou problematiku zpravidla nějak zajímají, anebo s tím mají přímo nějaké vlastní zkušenosti.

V současnosti lze najít mnoho studentů, kteří užívají ve škole drogy (nejčastěji marihuanu), anebo na školních akcích (školní výlety, lyžařské kurzy a podobně). Studentů, kteří uvedli nějaký testovací prostředek, bylo celkem 18. Z toho 10 respondentů uvedlo, že na jejich škole se ke zjišťování užívání drog používají testy na drogy ze slin, dalších 6 respondentů uvedlo, že ke zjištění užívání drog a vůbec zjištění drogové problematiky se využívají dotazníky, které studenti vyplňují a 2 studenti uvedli zjišťování užívání drog pomocí lakmusového papírku. Jde o papírky, které díky moči zjistí nesprávné látky v těle. Vždy je pravděpodobnější, že testy proti drogám se častěji provádějí na školách, kde je vyšší riziko užívání drog, jen málo se tyto testy provádějí na prestižnějších školách, protože se předpokládá, že studenti s drogami nepřichází do styku a pokud se tak stane, bohužel se často stane, že se to příliš neřeší.

Otázka č. 19: Napište prosím Váš názor na drogy a drogové závislosti.

Tato otázka byla pro studenty naprosto otevřená a respondenti měli skutečně možnost vyjádřit se upřímně a přímo. Některé názory studentů byly velmi překvapující. Respondenti se v této otázce rozdělili na dvě skupiny, z nichž jedna skupina byla proti drogám a drogovým závislostem a druhá skupina proti drogám nebyla. Nejprve k té první skupině. Padly tu přímo názory o tom, jak respondenti drogy nesnáší, jsou špatné a nepřinášejí nic dobrého, také jsou tu taková stanoviska, že drogy, včetně alkoholu a cigaret, by se měly úplně ilegálizovat a zakázat. Jedinci, kteří uváděli, že drogy jsou obecně špatné, také většinou zdůvodnili svoje postoje. Tedy že chování drogově závislých se jim nelíbí, ti lidé jednoduše vypadají nevhledně a podobně.

Respondentů, kteří měli na drogy negativní názor bylo celkem 30. Zbytek respondentů měl občas i velmi překvapující názor na drogy a drogové závislosti, vzhledem k tomu, na které škole daní jedinci studují. Často se objevoval názor, který byl vůči drogám velmi apatický, lhostejný a laxní. Například: „*Nemám na to názor.*“ Další kupříkladu: „*Je to každého věc a když je někdo blbej...*“ Pak tu byly velmi kritické postoje vůči lidem, kteří užívají drogy. Jeden respondent uvedl: „*Lidi jsou strašně slabí a neumí to řešit jinak než chlastem a fetem.*“ Nebo: „*Drogy nejsou problém, problém jsou blbí lidi, co je berou.*“

No a na druhé straně tu byli respondenti, kteří drogy, ani drogové závislosti vůbec nekritizovali, ba naopak. Mnoho respondentů se vyjádřilo, že drogy jsou super, pokud na to člověk má dostatek finančních prostředků. Mnoho jedinců také láká drogy vyzkoušet a je to podle nich skvělé odreagování a uniknutí od každodenních starostí. Část jedinců napsala, že toto je velmi individuální záležitost a skutečně záleží na situaci, ve které se daný člověk nachází. Tedy záleží na mnoha faktorech, na životních podmínkách a podobně. Téměř polovina vyplňujících se vyjádřila, že by zrušila ilegálizaci marihuany, protože podle respondentů je zaručeně méně nebezpečná, nežli třeba alkohol, který lidem škodí mnohem více. Navíc je to chemicky vytvořená látka, zatímco marihuana je čistě přírodní droga, na které se podle názorů respondentů nelze stát natolik závislým. Respondentů, kteří nebyli proti drogám a drogové závislosti vyloženě vysazení, bylo celkem 31. Bohužel tento výsledek se nezdá úplně kladný, neboť více nežli polovina se vyjádřila k drogám pozitivně a považuje je za běžnou věc, která k životu prostě patří. Někteří respondenti uvedli, že lidé, kteří si drogy nevyzkouší, nevědí, o čem mluví a nemají tedy právo osoby užívající drogy jakkoli soudit. Naneštěstí je to celé zčásti důsledkem dnešní doby.

Otázka č. 20: Jak by měl podle Vás člověk přestat brát drogy? Napište prosím svůj názor.

V této otázce měli respondenti rovněž možnost se rozepsat a vyjádřit tak svůj názor. Názorů bylo opět mnohem více, než bylo očekáváno. Celkem 28 respondentů uvedlo, že jedincům závislých na droze nejvíce pomůže, pokud půjde na odvykací kúru, do léčebny, nebo pokud bude docházet na terapii. Zmiňují zde pomoc odborníka, protože sami jedinci to rozhodně nezvládnou. 13 respondentů se vyjádřilo tak, že podle nich musí jedinec především chtít sám přestat užívat drogy. Měl by si uvědomit, že užívání drog jeho životu nic nepřináší. Teprve pokud se jedinec sám rozhodne přestat užívat drogy, může podstoupit odvykací kúru, nebo terapii, která by mu nějakým způsobem mohla pomoci. Ovšem pokud bude jedinec donucen k léčení, či odvykací kúře, výsledný efekt nebude příliš příznivý a jedinec se dříve nebo později vrátí k užívání drog.

7 respondentů se domnívá, že jedinci může pomoci nejvíce podpora rodiny, přátel a blízkých. Dle jejich názoru je nezbytné, aby člověk při této nepříznivé situaci nebyl sám a byl lidmi kolem sebe plně podporován. Celkem 6 respondentů se vyjádřilo, že jedinec by měl kompletně změnit svůj život a své životní priority. Tedy změnit přátele, zaměstnání, zájmové činnosti a podobně. Zkrátka žít tak, aby mu nic nepřipomínalo staré zážitky, kdy ještě užíval drogy. Dále zde byli 3 jedinci, kteří si myslí, že nejlepší je postupně snižovat dávky drogy. Tato varianta je vhodná, pokud je jedinec těžce závislý na návykové látce a návykovou látku se snaží například něčím nahradit. Například pokud jedinec nahrazuje dávky heroinu metadonem. Další 2 respondenti si s touto otázkou nevěděli rady a další dva byli skeptičtí: „*Stejně se z toho málokdo dostane.*“ Autorce se velmi líbil jeden názor respondentky, studující předškolní a mimoškolní pedagogiku. Výrok zní takto: „*Hlavní podle mě je, aby si člověk uvědomil a přiznal si, že má problém a že je závislý. Měl by jít na léčení, nebo se s tím svěřit blízké rodině, nebo komukoliv, kdo by mu mohl pomoci. Také podle mě musí mít pevnou vůli, aby vydržel po celou dobu léčby a dodržoval pravidla léčby. A když už se z toho dostane, tak by se měl hlídat, aby do toho znova nespádl.*“

9.5 Shrnutí empirické části

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je primární prevence na středních školách dostatečná a zda je dostatečná i informovanost studentů o drogové problematice. Prostřednictvím anonymního dotazníku se potvrdilo, že prevence i informovanost jsou skutečně u studentů dostatečné a vyplývá to z mnoha otázek, na které jedinci odpověděli.

Již jen z toho, jakým způsobem respondenti tráví svůj volný čas (zájmovými činnostmi, brigádami, s přáteli), na jejich školách se provádí určitá prevence v rámci testování drogových závislostí a pořádají se přednášky na téma drogové problematiky. Většina respondentů má také na drogové závislosti zdravý názor, drogy jim připadají neúčinné a většina z nich také nemá s drogami skoro žádné zkušenosti, a pokud již ano, tak v případě experimentů, které se ale častěji neopakovaly.

9.5.1 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1: Rodiče se svými dětmi dostatečně o drogách nekomunikují.

Na základě vyhodnocených dotazníků se tato hypotéza potvrdila. Lze to zhodnotit především z otázky č. 8, která se zabývá tím, kdo respondenty nejvíce informuje nebo informoval o drogách a drogové problematice. Pouze jeden respondent uvedl rodiče. Toto tvrzení je bohužel smutné a pravda je, že rodiče by měli se svými dětmi mnohem více komunikovat, a to nejen na témata, která se týkají drog a drogových závislostí. V současné době totiž rodiče se svými dětmi obecně komunikují velmi méně a je to dáno společností, v níž žijeme (virtuální svět, uspěchaná doba, mnoho povinností navíc...). Děti se mnohem více informací o drogách dozvídají od kamarádů, nebo z médií, což z dotazníku vyplývá. Nedostatečná komunikace mezi rodiči s dětmi je velkým faktorem, který bohužel přispívá k užívání drog a vytvoření drogové závislosti. Lidé by se nad tím měli častěji pozastavit, nespěchat a vnímat pouze to, co mají kolem sebe. Toto se netýká pouze drogové problematiky, ale života obecně. Obecně platí, že životy dětí se odvíjí především podle jednání dospělých, naše jednání by tedy mělo vést k tomu, abychom si později nemuseli stěžovat na „zkaženou“ mladší generaci.

Hypotéza 2: Informovanost studentů o drogové problematice je dostatečná.

Tato hypotéza se bohužel nepotvrdila a vyplývá to z několika zodpovězených otázek. Většina studentů absolvovala pouze jednu přednášku, nebo hodinu věnovanou drogové problematice, jenže respondenti jsou však toho názoru, že se o drogách hovoří dostatečně, přestože toho také o drogové problematice moc neví, jak bylo možné vypořádat se z otázky 9. Informovanost studentů o drogách vyplývá i z jednotlivých názorů, které respondenti na drogové závislosti a drogy obecně, mají. Mnohdy bohužel působily velmi zkresleně. Zkrátka informovanost studentů o drogové problematice není dostatečná a prevence rovněž. Ze strany školy se často koná pouze jedna přednáška o drogách za jeden rok, což je naneštěstí velmi málo a podle autorky to rozhodně nestačí. Nejvíce jsou respondenti podle odpovědí

v dotazníku informování prostřednictvím médií. Informace z internetu mohou být pro jedince velmi užitečné, avšak současně mohou působit riskantně.

Hypotéza 3: Prevence drogových závislostí na středních školách není dostačující.

Tato hypotéza se bohužel potvrdila. Podle výsledků dotazníku prevence drogových závislostí na středních školách skutečně není dostačující. Většina respondentů zodpověděla, že měla přednášku nebo hodinu, věnující se drogové problematice, pouze jednou (tedy jednou za školní rok), anebo se dokonce žádné nezúčastnila. To rozhodně není radostná informace. Školy by se tedy na prevenci drogových závislostí měly zaměřit poněkud více.

Přednášky by měly být pořádány mnohem častěji, nežli jednou za rok a měli by je pořádat kvalifikovaní odborníci, kteří se drogovou problematikou zabývají. Tedy přednášky, pořádané vyučujícím nejsou zcela dostačující. Vhodné pak je, pokud má přednášející mimo teoretických dovednostech také nějaké praktické dovednosti. Školy by měly preventivně zjišťovat, zda se na jejich škole neužívají drogy a zda studenti nemají obtíže s drogovými závislostmi. Z dotazníku je patrné, že jen velmi málo studentů vůbec ví o testech na užívání drog, prostřednictvím kterých se užívání drog zjišťuje.

ZÁVĚR

Prevence hraje v životě velmi významnou roli, to se netýká pouze drogových závislostí. Jde o to, aby jedinec prošel životem co možná nejvíce spokojeně a aby ho v životě potkalo co možná nejméně nepříjemných skutků, které by musel překonávat. Co se týče drogových závislostí, je podstatné věnovat tomuto tématu značnou pozornost a brát na něj skutečně zřetel. Drogová závislost může být pro život opravdu nebezpečná a není vhodné ji brát na lehkou váhu. Podle autorky není dobré jednat v případě drogových závislostí apaticky, jak bylo možné sledovat z dotazníku. Mnozí respondenti měli k drogové problematice velmi laxní a lhostejný přístup, a mnohým bylo jedno, jestli se o drogách hovoří dostatečně, zda je prevence drogových závislostí dostatečná a zda nějakí lidé užívají drogy, či nikoliv. Jde o to, že pokud by společnost závislost na drogách neřešila, nikomu z lidí se syndromem závislosti by se nepomohlo. Drogovou problematiku zkrátka nelze jen tak přehlížet. Každý jedinec by měl počítat s tím, že drogově závislým se může stát kterýkoliv člověk, a to platí i u jedinců, u nichž by se to nikdy nepředpokládalo.

Na základě dotazníku je také důležité, aby především rodiče nepřehlíželi, nebo nezlehčovali drogovou problematiku, častěji se svými dětmi komunikovali a informovali

se o drogách, jejích účincích a především důsledcích. Podstatné je, aby se o drogových závislostech komunikovalo jako o obvyklé, všední záležitosti, nikoliv o něčem, za co by se měli rodiče, nebo samotní jedinci stydět. Naopak by se tato problematika měla pokud možno co nejvíce řešit a prevence by měla být ještě více rozšiřována, jak v rámci školství (přednášky, hodiny, zvýšená kontrola), tak v rámci například odborných přednášek a kurzů, které mohou právě kupříkladu rodiče absolvovat. A protože drogové závislosti často souvisí i s dalšími sociálně patologickými jevy, přednášky a kurzy by se měly týkat rovněž kriminality mládeže, sebepoškozování, vandalismu a dalších nežádoucích jevů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAREŠ, J., 2014. *Mezinárodní standardy prevence užívání drog*. 1. vyd. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. ISBN 978-80-7440-097-1.
- BARNARDOVÁ, M., 2011. *Drogová závislost a rodina*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-386-8.
- ČERMÁK, B., 2015. *Máme doma feťáka: Abeceda osudů*. 1. vyd. Brno: Facta Medica, s.r.o. ISBN 978-80-88056-01-0.
- GIDDENS, A., 2013. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-08-07-1.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přepr. a roz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JANDOUREK, J., 2003. *Úvod do sociologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-749-3.
- KALINA, K., a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K., a kol. 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KALINA, K., a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KUKLOVÁ, M., 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.

- MARÁDOVÁ, E., 2006. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN. 80-86991-70-9.
- NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. akt. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K., 1999. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag pro MŠMT.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 2003. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak jim předcházet*. 5. rev. vyd. Praha: Sportpropag pro MŠMT.
- NEŠPOR, K., 2007. *Návykové chování a závislost*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.
- RÖHR, H., 2015. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0927-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – anonymní dotazník

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

- Tento anonymní dotazník je součástí bakalářské práce. Tématem je „Prevence drogových závislostí“. Zaměřuje se na celkovou prevenci drogových závislostí a na to, zda je primární prevence ze všech stran poskytována dostatečně a na Vaše dovednosti, týkající se drogových závislostí
- Dotazník obsahuje celkem 20 otázek.
- Nemusíte v dotazníku zveřejňovat své jméno, jde čistě o anonymní dotazník. Odpovídejte prosím upřímně.
- Nemusíte odpovídat na jakoukoli otázku z osobních důvodů, prosím ale o vyplnění většiny otázek, neboť pokud nebude většina otázek zodpovězena, průzkum nebude příliš hodnotný.
- Pokud se rozhodnete svoji původní odpověď u některé z otázek změnit, verzi odpovědi zaškrtněte a zakroužkujte jinou.
- V některých odpovědích prosím upřesněte svoji odpověď a doplňte text

1. Jakého jste pohlaví?

- a) mužského
- b) ženského

2. Kolik je Vám let a ve kterém ročníku právě studujete?

- a) 15 – 16 let, v prvním ročníku
- b) 17 – 18 let, ve druhém nebo třetím ročníku
- c) 18 a více let, ve třetím nebo čtvrtém ročníku

3. Jaký obor studujete? Prosím, doplňte.

4. V jaké žijete rodině?

- a) v úplné (s oběma rodiči, případně sourozenci, či jinými členy rodiny)
- b) v neúplné (pouze s jedním rodičem)
- c) u prarodičů
- d) žiji jinde (uveďte prosím kde)

5. Jakým způsobem nejčastěji využíváte svůj volný čas?

- a) zájmovou činností (sport...)
- b) s kamarády
- c) na počítači nebo telefonu
- d) brigádami, přivýdělkou
- e) jinou činností, uveďte prosím jakou
.....

6. Máte, nebo měli jste na škole hodiny nebo přednášky, které se věnují drogovým závislostem?

- a) jednu přednášku nebo hodinu
- b) žádnou přednášku ani hodinu
- c) pravidelné přednášky nebo hodiny
- d) několik hodin

7. Jak byste zhodnotil(a) hodiny nebo přednášky věnované problematice drog?

- a) na žádné jsem nebyl(a)
- b) jsou prospěšné
- c) jsou neprospěšné
- d) je mi to jedno

8. Jakým způsobem jste se dozvěděl(a) nebo dozvídáte nejvíce informací o drogách?

- a) od kamarádů(ek)
- b) od rodičů
- c) z médií
- d) od jiného zdroje, uveďte od jakého.....

9. Myslíte si, že se o drogách mluví:

- a) příliš málo
- b) zbytečně moc se drogy řeší
- c) je mi to jedno
- d) dostatečně

10. Jak byste zhodnotil(a) vaše vědomosti o drogové problematice?

- a) moc toho o drogách nevím
- b) toto téma mě nezajímá
- c) o drogy a drogovou problematiku se zajímám
- d) Vím o drogách hodně informací a mám s nimi zkušenosti

11. Užívá někdo v současné době ve vašem okolí drogy?

- a) nikoho takového neznám
- b) některý z členů rodiny
- c) některý z přátel nebo známých
- d) někdo blízký

12. Zkusil(a) jste již nějakou drogou, mimo alkoholu a cigaret?

- a) nikdy jsem drogu nezkusil(a)
- b) párkrát jsem drogu zkusil(a)
- c) občas s drogami experimentuji
- d) pravidelně drogy užívám

13. Pokud ano, o jakou drogu se jednalo?

- a) marihuana
- b) stimulanty (pervitin, kokain...)
- c) halucinogeny (LSD, lysohlávky)
- d) tlumící drogy (heroin)
- e) jinou drogu, prosím uveďte

14. Z jakého důvodu jste drogu zkusil(a)?

- a) nikdy mě nenapadlo drogu vyzkoušet
- b) z důvodu experimentování
- c) z důvodu uniknutí od reality, relaxace
- d) z důvodu uniknutí před osobními problémy, nebo před nudou

15. Co si myslíte, že má největší vliv na to, zda lidé začnou užívat drogy?

- a) výchova rodičů
- b) individuální postoje jedince
- c) nedostatečná informovanost o drogách
- d) zvědavost
- e) společnost, v níž jedinec žije
- f) jiná možnost, prosím uveďte

16. Jak podle Vás lze nejlépe předejít vzniku závislosti na droze?

- a) tím, že má člověk dost zájmů
- b) tím, že má člověk kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi
- c) je pouze na něm, jak naloží se svým životem
- d) jiným způsobem, uveďte prosím jakým

17. Jakým způsobem pohlížíte na jedince, kteří jsou závislí na drogách?

- a) preventivně – nikdy bych takto nechtěl(a) dopadnout
- b) kriticky – mohou si za to sami
- c) apaticky – je mi to jedno
- d) soucitně – je mi jich líto
- e) jiným způsobem, prosím uveďte jakým

18. Provádí se na vaší škole zjišťování toho, zda studenti užívají drogy? Pokud ano, jak?

- a) ano
- b) ne

19. Napište prosím Váš názor na drogy a drogové závislosti

20. Jak by měl podle Vás člověk přestat brát drogy? Napište prosím svůj názor.

Tak to je vše. Děkuji mnohokrát za vyplnění dotazníku i za ochotu a trpělivost.