

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie a patopsychologie

David Kušnier

3. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství praktického vyučování a odborného výcviku

STRUKTURA POSTOJŮ STŘEDOŠKOLSKÉ A UČŇ OVSKÉ
MLÁDEŽE KE KOUŘENÍ A DALŠÍM NEALKOHOLOVÝM
NÁVYKOVÝM LÁTKÁM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

Autor: David Kušnier

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedených pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Doloplazích dne

David Kušnier

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za odborné a ochotné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Pedagogické univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

OBSAH	
ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 DROGA A JEJÍ MÍSTO V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA	9
1.1 Drogy a společnost	9
1.2 Historie užívání návykových látek	10
1.3 Současný vývoj drogové scény v ČR	13
1.4 Prevalence užívání drog	14
2 PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK	17
2.1 Základní pojmy a klasifikace	17
2.2 Drogová závislost	18
2.3 Faktory vedoucí ke vzniku závislosti	20
2.4 Systematizace - dělení drog	21
2.4.1 F10 Alkohol	23
2.4.2 F11 Opioidy	23
2.4.3 F12 Kanabinoidy	24
2.4.4 F13 Sedativa a hypnotika	25
2.4.5 F13 Kokain	25
2.4.6 F15 Jiná stimulancia	26
2.4.7 F16 Halucinogeny	26
2.4.8 F17 Tabák	27
2.4.9 F18 Organická rozpouštědla	27
2.4.10 F19 Užívání více drog a jiných psychoaktivních látek	28
3 PROTIDROGOVÁ OPATŘENÍ	29
3.1 Úrovně vlivu protidrogových opatření	29
3.2 Stupně drogové prevence	29
3.2.1 Primární prevence	30
3.2.2 Sekundární prevence	30
3.2.3 Terciální prevence	31
3.3 Drogová politika a systém péče v ČR	31
4 POSTOJE A HODNOTOVÉ ORIENTACE	34
4.1 Funkce a změny postojů	34
4.2 Hodnotová orientace	35
5 PSYCHOLOGICKY-VÝVOJOVÉ ASPEKTY	37
5.1 Specifické vývojové problémy dospívajících	37
5.2 Hlavní vývojové úkoly a vývojové krize	39
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	40
6 VÝCHODISKO VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	41
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	41
6.2 Výzkumný soubor	42
6.3 Metody tvorby a analýzy dat	43

7	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
7.1	Připuštění možnosti užití drogy	44
7.2	Důvody vedoucí k užití drogy	45
7.3	Podíl uživatelů drog mezi přáteli	46
7.4	Postoje k užívání drog a řešení drogového problému	47
7.5	Podpora v případě problémů	49
8	DISKUZE	51
8.1	Připuštění možnosti užití drogy	51
8.2	Důvody vedoucí k užití drogy	52
8.3	Podíl uživatelů drog mezi přáteli	52
8.4	Postoje k užívání drog a řešení drogového problému	52
8.5	Využití možné podpory v případě problémů	53
9	ZÁVĚR	54
10	SOUHRN	55
	POUŽITÁ LITERATURA	57
	PŘÍLOHA č. 1: Anotace kvalifikační práce	61
	PŘÍLOHA č. 2: Modifikovaná verze dotazníku ESPAD 98'	62

ÚVOD

Historie lidstva je od prvopočátku spjata s přítomností drogy, která byla považována za dar bohů a byla užívána k různým magickým a náboženským rituálům pro svoji schopnost změnit vnímání člověka. Později se drogy staly zdrojem inspirace v umění a kultuře, např. Berliozova Fantastická symfonie popisuje přímé dojmy kuřáka opia. Často jsou drogy, ve smyslu psychotropních a omamných látek, pro svoje specifické účinky využívány v medicíně při léčbě malárie, bolestí hlavy a k uspávání při prvotních operačních zákrocích.

V 18. a 19. století se díky rozvíjejícímu se oboru chemie podařilo izolovat některé látky z přírodních zdrojů např. morfin, kokain, které se užívaly k léčbě, ale postupně došlo k jejich zneužívání.

K nebyvalému rozmachu užívání drog dochází ve 20. století spolu s raketovým rozvojem drogového nelegálního obchodu. V stejném sledu dochází k nárůstu počtu uživatelů jednotlivých drog. Dnes bohužel stále dále mladšího věku. Toto období je charakterizováno vývojem od jednotlivých skupin uživatelů k masovému všespolečenskému konzumu (Výrost, Slaměník, 2001, s. 146).

Po roce 1990, kdy se v České republice otevřely hranice, dochází i u nás k prudkému nárůstu počtu uživatelů drog. U českých uživatelů se specifické a velmi oblíbené „naše“ drogy jako „braun“¹ a „perník“² po dřívějším pečlivém ukrývání stávají velmi rychle součástí života mladých lidí. Veřejnost je šokována a nepřipravena na tuto novou realitu.

Začínají vznikat zařízení k léčbě drogových závislostí, organizují se preventivní programy, děti se ve školách o drogách učí, masmédia poskytují podrobné zprávy o drogové problematice. Drogy se staly celosvětovým problémem a šíří se do všech sociálních a věkových skupin. Represivní kroky ze strany státu vůči samotným uživatelům drog neměly většího účinku a bylo potřebné přistoupit k nastavení komplexnějších přístupů k celé drogové problematice. Byly vytvořeny první plánované strategické postupy ze strany vlády v podobě meziresortní, tj. vzájemné spolupráce zúčastněných organizací a zařízení.

¹ Braun se jako specificky česká droga vyráběl v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein (metylmorfin), výsledný produkt je tinktura hnědé barvy. V 2. polovině 90. let byl braun z české drogové scény prakticky téměř vytěsněn heroinem.

² Pervitin (metamfetamin) patří mezi stimulanty, viz dále.

Podrobně se tehdy jednalo o konkrétní spolupráci v oblasti primární, sekundární a terciární prevence. Po vzniku jednotlivých protidrogových preventivních opatření zůstává přesto nezodpovězena zásadní otázka, tj. o změně náhledu a postoje celé společnosti na tuto problematiku.

Dnešní společnost se svým výkonnostním zaměřením s upozaděním sociální empatie mezi lidmi nedokáže naučit svoje mladé lidi věřit v pevnější hodnoty nežli je majetkové zázemí a s tím spojený pohodlný života a droga velmi rychle zaplnila místo v životě mladého člověka s jeho potřebou rychlého naplnění mnoha očekávání a plánů. Mladý člověk může přijímat přesvědčení, že droga je rychle dostupná pomocná berlička v těžkém životě, a nemůžeme tedy očekávat, že všichni uvěří nebezpečnosti a záludnosti drog. Nejpodstatnější je ovšem změna vlastního náhledu mladých lidí, že životní a zdravotní problémy jim droga nevyřeší, a to ještě předtím dokud není návrat do normálního života velmi obtížný nebo nemožný.

Drogy navíc začínají ohrožovat stále mladší lidi a není ojedinělé, že se drogy dostanou už k dětem školního věku. Široká síť prodejců drog pohybujících se v blízkosti škol zajistí stálý přísun omamné látky a tedy i jejich možných uživatelů. V naší práci jsme se zaměřili na to, zda existují nějaké rozdíly v postojích učňů a studentů maturitních oborů k jednotlivým drogám, v názorech na jejich nebezpečnost (subjektivní míra rizikovosti po fyzické a psychické stránce) a dostupnost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGA A JEJÍ MÍSTO V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA

K pochopení drogové problematiky je potřebné si ujasnit dva nejužívanější termíny, což jsou droga³ a závislost. V hovorové řeči se odborné termíny týkající se této problematiky již zcela zabydlely. Například výraz „droga“ běžně označuje něco, co člověka uchvacuje, třeba i čokoládu, práci nebo např. internet. Význam slova droga je v obecné rovině chápán jako jakákoliv činnost či věc, která v životě jedince zaujímá výsadní či zvláštní postavení a závislost je poté chápána jako vztah jedince k dotyčné droze, který není zcela běžný, normální a zdravý, co se týká kvality i kvantity (Výrost, Slaměník, 1997).

V odborné terminologii Urban (1973, s. 11) uvádí definici, která byla publikována znalci Světové zdravotnické organizace v roce 1969: „*Droga je jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“.

Pojem droga má mnoho významů, ale často se jím rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné (Kalina a kol., 2001).

Drogu můžeme chápat jakoukoliv látku přírodní či syntetickou, která splňuje dva základní požadavky. Z prvé má tzv. psychotropní účinek, při němž dochází k ovlivnění prožívání okolní reality daného jedince a mění se jeho „vnitřní naladění“ a to buď ve směru útlumu, nebo podráždění. Druhým požadavkem pro definici drogy je schopnost vyvolat závislost, kdy látka má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potencionál závislosti“, který je u různých drog různě vyjádřen ve větší či menší míře, ale je přítomen vždy (Presl, 1995, s. 9).

1.1 Drogy a společnost

V užívání drog došlo během vývoje lidské společnosti k zásadnímu posunu v důvodu jejich užívání. Prvotní využití drog pro k mystickým účelům bylo později doplněno o jejich využití k medicínským účelům. Dnešní užívání drog slouží pro navození změny vnímání reality světa a jiných problematických pocitů, což oslovuje předně mladé uživatele. Počátkem 20. stol. se drogy stávají celosvětovým obrovským problémem. Drogy se stávají nástrojem revolty proti špatnostem a nespravedlnostem

³ Termín droga je blízkovýchodního původu, k nám se dostal přes španělštinu (droga) z arabského durawa, přejatého z Persie (v perštině dárú znamená lék).

moderního světa právě u mladých lidí, kteří pomocí jejich užívání hledají nový a lepší smysl života. Každá generace si vytváří své modly, hrdiny a přijímá je i s ukázkami jejich života, ať je to ukázka příkladná nebo naopak ta co je „lépe“ zapomenout. To se týká bohužel i příkladu drog u svých oblíbených hrdinů či vzorů. Vychovatelé pubescentů a adolescentů se začali shodovat, že je třeba pubescentům a adolescentům dodat nové ideály, které je osloví a pomohou jim najít správnou cestu (Szasz, 1997).

Frouzová (1995, in Výrost, Slaměník, 2001, s. 154) připisuje „velký podíl za šíření drog právě společnosti. Drogy jsou snadno dostupné a možný náhled určitých expertů na menší škodlivost drog, umožní i překračování sociálních norem bez většího postihu.“ Společnost se podílí i na šíření informací o možných psychoaktivních schopnostech drog, které mohou být zavádějící a nebezpečné. S tím souvisí i přesvědčování expertů o omezené škodlivosti některých návykových látek. Všechny tyto zkreslené informace nachází odezvu právě u současných a bohužel i budoucích uživatelů drog, mezi něž patří především mladí lidé a často i děti. Společnost svým benevolentním přístupem k některým drogám ukazuje mladým lidem, že drogy jsou nezbytnou a zcela normální součástí života.

Ze statistického hlediska je například užívání alkoholu či kouření mladistvých a dětí společenskou normou, většina šestnáctiletých již tyto legální drogy vyzkoušela (Csémy, Chomynová, 2012), na čemž mají nepochybně zásadní podíl právě společenské normy, které umožňují či dokonce tlačí na mladé lidi, aby se stali uživateli.

1.2 Historie užívání návykových látek

Drogy doprovází lidstvo po celou dobu jeho existence a zjistit počátky jejich prvotního užívání nelze. Nejstarší zkušenosti s účinky drog se váží k náboženským rituálům, kdy tzv. psychedelické⁴ drogy navodily různé extatické stavy mysli nebo zapomnění a dle víry příslušníků starých kmenů byly tyto látky darem bohů.

Aztékové užívali při vojenských výpravách pro zahnání hladu a únavy houbu teonanacatl („maso bohů“) obsahující psilocybin (Dušek, Janík, 1997).

⁴ psychedelické drogy – psychoaktivní látky zintenzivňující vjemy ažitky, nejčastěji mezi ně bývají řazeny halucinogeny

Římané převzali z řecké mytologie kult boha Saturna, v němž se používal alkohol pro navození příjemné nálady a nových známostí, jež se pod vlivem východních kultur změnil v bakchanálie, při nichž jejich účastníky zachvacovala extáze – vytržení mysli. První zmínky o konopí, které bylo užíváno pro posvátné, léčebné a rituální účely najdeme v literatuře již před 5000 lety ve staré Číně, Africe a Indii. Drogy byly hojně využívány i ve staré magii, kdy přípravky získané z lilkovitých rostlin obsahujících atropin a skopolamin sloužily k navození stavů závratí a halucinací. Jindy se tyto látky používaly k navození duševních poruch, kdy lidé věřili, že některé látky mohou navodit trvalé stavy šílenství (Dušek, Janík, 1997).

Drogy se užívaly ve staré medicíně jako léky, o kterých nacházíme první zmínky kolem roku 2000 př. n. l. při použití halucinogenních účinků konopí při léčbě malárie nebo revmatických onemocnění. Dále *„Opium užívali k léčbě Sumerové již kolem roku 4000 př. n. l. následně i lékař Galenos je předepisoval proti chronickým bolestem hlavy nebo proti kolikám a horečkám“* (Výrost, Slaměník, 2001, s. 144).

Také tabák našel své uplatnění jako lék, který měl schopnost pomoci od bolestí zubů a infekčních chorob. Staré národy uctívaly svoji specifickou drogu a k jejímu užívání měly i předepsané rituály. Tatož droga se pro své účinky stala pro jednu kulturu lékem a druhá ji uctívala jako kouzelný dar od bohů. Vliv drog se uplatnil i v kultuře a umění, kdy droga byla zdrojem inspirace a kreativity. Příkladem je Berliozova „Fantastická symfonie“, kde líčí dojmy kuřáka opia nebo Dumasův román „Hrabě Monte Christo“, kde jsou popsány stavy vyvolané užíváním opia a hašiše. Z historie jsou známy i mezinárodní konflikty související s drogami. Ukázkou je válka mezi Británií a Čínou 1836, kdy se po zákazu kouření tabáku v Číně nebývale rozšířilo kouření opia (Výrost, Slaměník, 2001).

S vývojem civilizace se objevují i další látky s psychotropními účinky, které byly vyrobeny v laboratořích díky pokroku v rozvoji chemických metod. Například roku 1816 byl synteticky vyroben morfin tlumící bolest, o němž jsou první záznamy i u nás. Roku 1858 izoloval chemik Niemann z kokových lístků kokain, který se užíval v medicíně pro místní znecitlivění. S kokainem experimentoval v 90. letech i slavný psychoterapeut Sigmund Freud při léčbě morfinismu. Roku 1898 byl synteticky vyroben heroin, který byl veleben pro svoji nenávykovost jako „hrdinský lék“- odtud je název heroin (Kalina, a kol., 2003).

Jednotlivé drogy byly zpočátku oslavovány jako nové zázračné léky, ale později se projevuje jejich schopnost vyvolat těžké závislosti a s nimi i spojená úmrtí. Ale jejich stažení již prakticky ze života nebylo možné. Nárůst zneužívání návykových látek je zaznamenán hlavně po 1. světové válce. Následně dochází k postupným represivním krokům ze strany států k potlačení široce rozšířeného užívání návykových látek. V USA byl od roku 1914 vydán zákon zakazující prodej opia, heroinu, marihuany a v roce 1930 byl založen Federální úřad pro narkotika.

K dalšímu rozšíření drog přispěla i 2. světová válka, v níž měly tyto látky svůj strategický význam, který byl sledován i později tajnými službami s různými cíli a záměry.

V 50. letech se drogy staly moderním nástrojem vzpoury umělců tvořících beatnickou generaci, která protestovala proti konformitě americké kultury a svým hledáním nových zážitků se stala základem pro budoucí dekády protestů proti stávající společnosti. Druhá polovina 20. století byla ve znamení masového užívání psychedelických látek spolu s ostatními drogami včetně alkoholu a tabáku. Dochází k mohutnému nárůstu pouličního prodeje drog, kdy jsou organizovány masové a kulturní akce, při nichž se tyto látky užívaly ve velkém množství a zcela bez kontroly. V posledních dekadách minulého století mají již všechny drogy v podstatě vyvážené zastoupení po celém světě. Protidrogová politika jednotlivých států nabývala v podstatě až do konce století stále více podoby represivních opatření, jejímiž iniciátory jsou USA spolu s některými státy Evropy (Szasz, 1997). S posunem společenského zřetele více na preventivní kroky a s rozvojem strategie harm reduction⁵ (zejm. díky nárůstu konkrétní hrozby HIV mezi intravenózními uživateli) dochází postupně ke změnám, které spočívají v prosazování pragmatických přístupů namísto morálních. Pohled do historie nám dává možnost náhledu na vývoj a realitu drogové problematiky ve světě, a ten umožňuje zpracování získaných informací a spolu s místními specifiky vytvoření vhodných modelů postupů v této oblasti (Kalina a kol., 2003).

⁵ Jako „harm reduction“ se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích (Kalina a kol., 2001).

1.3 Současný vývoj drogové scény v ČR

Zneužívání návykových látek s jejich zhoubnými následky se staly počátkem 20. století problémem všech států světa bez ohledu na společenské zřízení příslušné země. Dochází k mohutnému nárůstu uživatelů drog a vysoká poptávka je zajišťována vyspělými a dobře organizovanými gangy s velkým finančním kapitálem, který je schopen zajistit větší výrobu i distribuci těchto syntetických drog.

Asi do roku 1960 byly drogy pokládány za odborný problém týkající se úzké skupiny kvalifikovaných specialistů, kteří potírají trestnou činnost užívajících a poté lékaři kteří léčí důsledky vzniklých závislostí. Revoluční byly v drogové oblasti 60. léta, a právě v letech 1960-1990 se drogy šíří do všech sociálních i věkových skupin a pro mladé lidi se stávají nástrojem určité revolty proti špatnostem světa a stávajícím společnostem. Drogy se v tomto období stávají velkým společenským problémem, což vedlo ke kvalitativním změnám koncepcí a přístupů v drogové politice jednotlivých států. Zároveň dochází tedy ke globalizaci drogového trhu, v němž má každá země svoji úlohu. Konkrétně Česká republika po pádu železné opony byla zemí tranzitní a dnes je zemí spotřebitelskou tedy i cílovou stanicí. Po pádu komunismu byl problém drog nazýván „odloženou epidemií“, která byla podporována právě nově nabytou možností svobodného cestování a podnikání (Sotolář a kol., 2002).

Navíc státy bývalého východního bloku byly charakterizovány jako více zranitelné epidemií drog, poněvadž zde byla úplná absence vhodné protidrogové legislativy spolu se slabými represivními složkami.

„S charakterem drogového problému v těchto státech jsou zdravotní a sociální důsledky užívání rozsáhlejších rozměrů, ale méně katastrofální než při užívání drog legálních tj. alkoholu a cigaret“ (Kalina a kol., 2003, s. 15).

Nezákonný drogový trh má svoji stranu nabídky pro potřeby uživatelů a stranu poptávky, která využívá nabídky trhu a zvyšuje své potřeby pro větší zisky drogových kartelů. A právě dle těchto dvou stran trhu se liší i hlavní strategické přístupy drogové politiky označované jako snižování nabídky drog a poptávky po drogách (Kalina et al, 2003).

Drogová scéna v naší republice byla před rokem 1990 zásobena drogami výhradně domácí produkce, pro příklad uvádíme pěstování marihuany nebo výrobu hydrocodonu tj. braunu. Drogový trh nebyl ještě zcela přesně vyhraněn stranou

nabídky a poptávky díky omezenému počtu uživatelů tedy samovýrobců, kteří byli sdruženi do malých skupin na základě doporučení úzkého okruhu zainteresovaných lidí. Pro Českou republiku je přelomovým rokem rok 1990, kdy v souvislosti se změnou vládnoucího režimu dochází k otevření státních hranic a s tím i k rozšíření nabídky drog, kdy naše republika navíc zaujímá výhodnou polohu pro tranzit drog z celého světa. Původně malé a uzavřené skupiny uživatelů se rozrůstají a drogový trh nabývá na obratu se svými typickými stránkami nabídky a poptávky. Obchod s drogami se stává velmi výnosným spolu s dalšími souvisejícími trestnými aktivitami jako je prostituce nebo praní špinavých peněz atd. (Kalina a kol., 2003).

1.4 Prevalence užívání drog

Z výzkumů realizovaných v letech 2009-2011 vyplývá, že zkušenosti s užitím nelegálních drog má přibližně čtvrtina až třetina obecné populace v České republice, nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 % podle studie), následované extází (4–10 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných dospělých. Užití nelegálních drog mimo konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míry prevalence, přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce, 2–4 % s extází, cca 2 % s halucinogenními houbami a 1–2 % s pervitinem. Aktuální prevalence užití ostatních drog (včetně kokainu) mezi mladými dospělými nedosahují 1 % (Mravčík a kol., 2011).

Z mezinárodního průzkumu HBSC⁶ v roce 2010 vyplývá, že alespoň jednou v životě vyzkoušela v ČR konopné látky necelá třetina (30,5 %) žáků 9. tříd, v posledním roce to byla více než pětina (21,5 %) a v posledním měsíci desetina (10,9 %) žáků 9. tříd, rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou velmi malé. Oproti předchozí vlně této studie z roku 2006 byl zaznamenán nárůst jak celoživotní prevalence užívání konopných látek, tak prevalence jeho užívání v posledním roce (Csémy, Sovinová, 2011).

⁶ Health Behavior in School-aged Children

V roce 2010 dále vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů drog⁷, jejich počet je odhadován na 39,2 tis. osob v celé ČR. Významně se v roce 2010 zvýšil počet problémových uživatelů pervitinu (28,2 tis.) a snížil počet problémových uživatelů opiátů (11,0 tis.). Dále se zvýšil rovněž počet injekčních uživatelů drog (na cca 37,2 tis.). Kraji s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj. Zejména v Praze a v dalších českých krajích je rozšířeno injekční užívání Subutexu®. Běžné je současné užívání pervitinu a opiátů. Celkem problémové užívání drog zasahuje 0,5 % české dospělé populace (Mravčík a kol., 2011).

Podle studie ESPAD⁸ naopak pokračoval v roce 2011 pokles zkušeností mládeže ve věku 16 let s nelegálními drogami, který byl zjištěn již mezi roky 2003 a 2007 (Csémy, Chomynová, 2011). Pokles zkušeností byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních drog včetně konopných látek. Zároveň došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (poprvé také včetně konopných látek) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím. Z nelegálních drog uváděli respondenti v roce 2011 nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (42,3 %). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byly mezi studenty méně časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální (1,4 %, resp. 1,1 %). V užívání alkoholických nápojů se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva a destilátů, u děvčat vína a destilátů. Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů. Pití alkoholu dospívajícími zůstává podle autorů studie dlouhodobě závažným problémem (Csémy, Chomynová, 2011).

Studie ESPAD sledovala i rozdíly podle typu školy a výsledky průzkumu ukázaly, že rozšířenost zkušeností s drogami byla nepřímo úměrná akademickým

⁷ Problémové užívání drog je Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu (pervitinu).

⁸ Evropský školní projekt o alkoholu a jiných drogách – je realizován ve čtyřletých intervalech v celé Evropě od roku 1995 na reprezentativních souborech 16letých u čtveř /studentů.

aspiracím studentů (Csémy, Chomynová, 2011). Nízká úroveň vzdělání či nízká úroveň studijních aspirací patří mezi sociodemografické rizikové faktory, které mohou ovlivňovat rozsah zkušeností s návykovými látkami. Ukázalo se, že v období mezi roky 1995 až 2003 sice užívání drog mezi studenty gymnázií rostlo, avšak mnohem mírněji než mezi studenty odborných středních škol a především studenty středních odborných učilišť. Mezi lety 2003 až 2011 byla situace již stabilnější; dále však platí, že studenti učitelských škol a studenti odborných středních škol měli zkušenosti s užitím drog výrazně vyšší než gymnazisté. Zatímco studenti gymnázií uvedli v roce 2011 zkušenost s konopnými látkami v 35 % případů, obdobnou zkušenost uvedlo 44 % studentů středních škol s maturitou a dokonce 55 % studentů středních odborných škol a učilišť. Zároveň se však také ukázalo, že ve srovnání s rokem 2007 došlo k největším změnám v rozsahu užívání drog mezi studenty středních škol s maturitou – došlo k poklesu zkušeností s konopnými látkami a zároveň nárůstu zkušeností s nekonopnými drogami, zatímco rozsah zkušeností gymnazistů i studentů středních odborných škol/učilišť zůstal přibližně na stejné úrovni (Csémy, Chomynová, 2011).

2 PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V oblasti závislostí na drogách je vymezováno několik základních přístupů, z nichž dva jsou pro pochopení vývoje vztahu společnosti k drogám zásadní. Vývojově starší "morální model" závislého chování stojí na principu svobodné vůle – lidé mají svobodu rozhodnout se pro individuální životní styl. Chování, které je v rozporu s obecně uznávanými sociálními normami (např. užívání drog), je chápáno jako hříšné, slabošské a asociální nebo jako špatný návyk či neřest. Společnost reaguje na tento typ nežádoucího chování mnoha prostředky, zejména represivně (trestá). Naopak "léčebný model" chápe projevy závislého chování jako symptomy somatické či psychické dysfunkce nebo nemoci, které by měly být předmětem systematické pomoci, intervence a léčebné péče (Kalina a kol., 2003).

2.1 Základní pojmy a klasifikace

Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize⁹ (Smolík, 2002) rozděluje poruchy spojené s užíváním nelegálních návykových látek jednak podle skupin užívaných drog (F10-F19, viz dále) a jednak podle typu poruchy. Drogová závislost je asi nejčastěji skloňovanou poruchou, nicméně představuje pouze jednu z nemocí způsobených užíváním návykových látek. **Akutní intoxikace** (F1x.0) je diagnostikována, pokud dojde k požití drogy a ovlivnění psychických a behaviorálních funkcí, příslušná látka je obsažena a lze ji identifikovat v tělních tekutinách a tkáních brzy po požití, konkrétní klinické účinky jsou závislé na druhu látky, velikosti dávky, okolnostech, osobnosti jedince a míře jeho tolerance k užití látky. **Škodlivé užívání** (F1x.1) představuje jakýsi předstupeň závislosti, bývá označováno termínem **abúzus**,¹⁰ který vyjadřuje zneužívání či nadměrné užívání drogy v nevhodnou dobu, kdy dochází k nepříznivému ovlivnění fyzických a

⁹ Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině označovaná zkratkou MKN, v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD) je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností, publikovaný Světovou zdravotnickou organizací WHO.

¹⁰ Pojem **úzus** naopak označujeme užití drogy v omezeném kontrolovaném množství, kdy toto množství ještě negativně neovlivňuje jedincovo chování, dále neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry jednotlivce i jeho rodiny. Často se setkáváme s významově shodným termínem konzumace.

duševních výkonů jedince. Poté dochází ke snížení schopnosti chápat věci a vztahy, postupně jsou narušeny funkce paměti a jedincova soudnost, což se projevuje jeho nevhodným chováním. Postupně se zhoršují jedincovy mezilidské vztahy a nakonec i ekonomické situace postiženého a jeho blízkých.

Při dlouhotrvajícím a/nebo nadměrném užívání určité drogy dochází u jedince k **návyku**, který je odborně nazýván diagnózou **syndrom závislosti** (F1x.2). Závislost je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následujících šest skupin projevů: silné přání užít drogu (nutkavá potřeba)¹¹; porušené ovládnání při jejím užívání (ztráta volní kontroly); přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím; upřednostňování drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky (převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku); zvýšená/snížená tolerance¹²; a odvykací stav¹³ při nedostatku či vysazení drogy (Kalina a kol., 2001; Smolík, 2002). Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií.¹⁴

2.2 Drogová závislost

Syndrom závislosti představuje dlouhotrvající ohrožující stav, v souvislosti s užíváním návykových látek asi nejčastěji zmiňovaný, proto se mu budeme věnovat podrobněji. Drogová závislost má různou intenzitu od nepříjemného subjektivního prožitku konkrétně u kofeinu nebo tabáku až po objektivně prokazatelné bezprostřední ohrožení života při užití morfinu.

¹¹ Silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít bývá také nazýván craving, česky bažení. K subjektivním příznakům cravingu patří: vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma, často nutkavého charakteru, svírání na hrudi, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení, silná touha po návykové látce úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost (Kalina a kol., 2001).

¹² schopnost organismu snášet přítomnost určité látky při stálém zvyšování velikosti dávky, která je nutná pro vyvolání účinku o stejné intenzitě (Kalina a kol., 2001)

¹³ soubor abstinčních příznaků, které se objevují po odnětí drogy, se jedná o jeden z projevů rozvinuté drogové závislosti, ale také o samostatnou poruchu (F1x.3) (Kalina a kol., 2001)

¹⁴ Kromě zmíněných čtyř nejběžnějších diagnóz jsou rozlišovány ještě následující: odvykací stav s deliriem (F1x.4), psychotická porucha (F1x.5), amnestický syndrom (F1x.6), reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.7) a jiné duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním návykových látek (F1x.8) (Smolík, 2002).

Dle charakteru abstinenčního syndromu rozlišujeme závislost psychickou, která je vázána hlavně na prožitky a je podmíněna jistými okolnostmi v podobě rituálů nebo příslušného prostředí. Při fyzické závislosti je droga zahrnuta do metabolismu organismu a nepřítomnost drogy se projevuje nepříjemnými tělesnými obtížemi.

Závislost v obecném pojetí znamená vztah mezi dvěma jevy nebo věcmi. Podle Urbana (1973) je závislost psychický, fyzický nebo anebo obojí stav nesamostatnosti vzhledem k droze. Závislost přivádí postiženého jedince do tělesné, psychické a nakonec i sociální bídy, a vede jej k předčasné smrti. Dochází k poničení vlastní důstojnosti, protože je narušena sebeúcta, závislý navíc neakceptuje označení vlastního stavu závislosti od sociálního okolí.

Příznaky závislosti na drogách můžeme rozdělit na psychické, které se odehrávají v naší mysli a fyzické, které pociťujeme na těle (Kalina a kol., 2003).

Psychická závislost na drogách se projevuje:

- nepotlačitelnou touhou po droze,
- chováním, které je zaměřeno výhradně na získání drogy,
- nezájmem o vše, co s drogou nesouvisí.

Fyzická závislost se projevuje:

- abstinenčními příznaky,
- nutností neustále zvyšovat dávky drogy, aby bylo dosaženo stejného účinku

U některých drog se uvažuje o tom, že způsobují pouze psychickou závislost, např. konopné drogy. **Psychická závislost** je duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevujícím se různým stupněm přání drogu požívat (Urban, 1973).

„Touha může mít formu pouhého přání, jemuž nelze odolat až po neodolatelné nutkání drogu užít, i když si je vědom neracionálnosti tohoto chování.“ (Výrost, Slaměník, 2001, s. 150).

Psychologická závislost je ve většině případů charakteristická nutkavou touhou po užívání drog, které svými účinky redukují stavy aktuálně pociťované úzkosti nebo vyvolávají pocity zvýšeného osobního uspokojení. Je vázána hlavně na prožitky, kterými jsou různé rituály, prostředí nebo společnost a nabízí se domněnka, že po vysazení dávky drogy by se neměly dostavit žádné tělesné abstinenční příznaky.

Opak je pravdou, protože se setkáme s fyzickými projevy v podobě neurovegetativních projevů třesů, pocení.

Fyzická závislost je stav organismu vzniklý pravidelným a dlouhodobým podáváním drogy s projevy abstinenčních příznaků po odejmutí drogy. (Urban, 1973).

„Organismus drogu při častém užívání zařadil do svého metabolismu a vytvořil si na ni jakousi „pseudopotřebu“ a při vysazení se objeví abstinenční příznaky. Ty se liší svým charakterem dle užití látky dále svojí intenzitou od nepříjemného subjektivního prožitku např. u kofeinu, tabáku až po bezprostřední ohrožení života u morfinu.“ (Výrost, Slaměník, 2001, s. 150).

2.3 Faktory vedoucí ke vzniku závislosti

„Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v zásadě fakt, že jako živé bytosti se apriori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Využíváme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností, které neumíme ani ovlivňovat, jako vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých“ (Kalina a kol., 2003, s. 78).

Urban (1974) považuje za určující pro vznik závislosti čtyři skupiny faktorů: farmakologické (zneužívaná látka), somatické a psychické (osobnost), environmentální (prostředí), a faktory provokující (podnět). Kudrle (2003) pak ve shodě se zahraničními autory popisuje tzv. **bio-psycho-socio-spirituální model závislosti**. Příčinná komplexnost znamená, že drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Rozdělení na jednotlivé úrovně je ale do jisté míry umělé, všechny faktory spolupůsobí, některé se mohou podílet na iniciační fázi (motivace k experimentu), jiné na pokračování v užívání (rozvoj závislosti).

Na **biologické** úrovni se na vzniku závislosti mohou podílet faktory farmakologické, genetické a prenatální a perinatální, tedy např. jaké má jedinec dispozice k odbourávání jednotlivých látek, zda byl v období nitroděložního vývoje či okolo porodu vystaven působení drog atd. Individuální dispozice, jež mohou mít

genetický základ, se objevují i na úrovni **psychologické**, kde jsou reprezentovány mj. temperamentem. Dá se říct, že existují určité skupiny osobností, jež mají ke vzniku závislosti do jisté míry předpoklad, např. psychopatické či neurotické osobnosti, ale závislími se mohou stát i lidé charakterově méně nápadní, kteří překonávají životní či vývojovou krizi, zátěž spojenou s afektivním napětím, a v droze mohou hledat útěchu a záchranu. K tomu, aby člověk užil drogu, je vždy třeba nějakého provokujícího podnětu, který uvede do chodu složitou interakci mezi drogou, osobností a prostředím. Častým podnětem u mladistvých bývá zvědavost a experimentování, u žen nesnáze v manželství nebo snaha po uplatnění se v náročném zaměstnání, a provokujícím podnětem u mužů to mohou být konflikty v zaměstnání a možné existenční obavy (Urban, 1974). Výše zmíněné motivace spojuje společný jmenovatel zátěžových situací, které se z psychologického hlediska mohou nabývat podob frustrace, strachu, zklamání, pocitu viny, lítosti, nenávisti, deprese nebo beznaděje. **Sociální faktory** zahrnují prostředí, ve kterém probíhají biologické a psychologické procesy a sestává z charakteru vztahů s okolím, které mají vliv na zrání osobnosti. Sociální faktory zahrnují různé aspekty, z nichž nejvýrazněji působí etnická příslušnost, sociální úroveň rodiny, kvalita rodinných vztahů, společenský status, sociabilita, městské či venkovské životní prostředí. Vedle rodiny, jež je klíčovým vztahem ve vývoji osobnosti, má značný vliv role vrstevníků, obzvláště v období puberty a adolescence (Kalina a kol., 2003). Při rozvinuté závislosti naopak vliv sociální skupiny začíná slábnout, protože se člověk díky postupujícímu poškození drogou začíná stahovat od blízkých a kamarádů, uzavírá se do vlastního světa a dominujícím „partnerem“ se mu stává droga samotná. **Spirituální úroveň**, která bývá často opomíjená, doplňuje faktory ještě o vztah člověka k tomu, co ho přesahuje (smysl existence, bůh). „Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“ (Kudrle, 2003, s. 93).

2.4 Systematizace - dělení drog

Návykové látky bývají rozdělovány podle mnoha kritérií, a jedním z nich je např. jejich škodlivost. Hovoří se o tzv. měkkých a tvrdých drogách, což jsou vlastně synonyma pro označení míry individuální a společenské škodlivosti. Z posouzení britského Nezávislého vědeckého výboru pro drogy (Independent Scientific

Committee on Drugs), který systematicky a podrobně podle 16 kritérií hodnotil 20 nejrozšířenějších návykových látek ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irsku (Nutt a kol., 2010), vyplývá, že alkohol je vůbec nejškodlivější drogou. Z hlediska rozsahu možných škod přímo pro uživatele se totiž alkohol umístil těsně za crackem, heroinem a metamfetaminem (pervitinem) s relativně velkým „náskokem“ před kokainem, amfetaminem a tabákem, ale z hlediska škodlivosti pro okolí „vyhrál na celé čáře“, druhý heroin dosáhl méně než polovičního skóre. Britská drogová scéna se v celkovém pohledu příliš neliší od české, snad namísto cracku a kokainu zde máme pervitin a mezi opioidy není heroin v ČR natolik dominantní (EMCDDA, 2011), ale rozsah užívání nejrozšířenějších návykových látek je srovnatelný, a proto lze předpokládat, že i v České republice alkohol okupuje první příčky škodlivosti. Tento výzkum tedy bourá tradiční představu, že všechny legální drogy patří mezi ty „měkké“, zatímco všechny ilegální jsou spíše „tvrdé“. Z hlediska návykovosti je např. tabák srovnatelný s heroinem, zatímco konopné drogy spolu s haluciniogeny jsou asi tak stejně návykové jako káva a čaj (Nutt a kol., 2010).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (Smolík, 2002) jsou jednotlivé návykové látky pro diagnostické a terapeutické potřeby rozděleny do 9 skupin s označením klinických stavů a syndromů (viz kapitolu 2.1). Diagnostická vodítka podávají obecné popisy příslušných klinických stavů a syndromů spojených s užíváním psychotropních látek (Hort, 2000).

Diferencované třídy návykových látek:

F10 alkohol,

F11 opioidy,

F12 kanabinoidy,

F13 sedativa a hypnotika,

F14 kokain,

F15 jiná stimulancia včetně kofeinu,

F16 halucinogeny,

F17 tabák,

F18 organická rozpouštědla,

F19 užívání více drog a jiných psychoaktivních látek

2.4.1 F10 Alkohol

Alkohol patří mezi nejčastěji zneužívané psychoaktivní látky zdravými i duševně nemocnými jedinci. Je tedy zpravidla konzumován právě pro své vlastnosti alkoholického nápoje tedy schopnosti navodit euforický stav, avšak alkohol je přítomen v malé míře i v některých lécích a hojivých prostředcích jako pomocná látka. Po požití alkoholu dochází k útlumu a intoxikaci centrálního nervového systému. V naší společnosti je nejčastěji a také nejvíce tolerovaným užívaným alkoholickým nápojem pivo a víno (Kalina a kol., 2003).

Hranice mezi rekreačním a tzv. sociálním pitím a abúzem je těžce rozlišitelná. Alkoholismus bývá definován jako nadměrné požívání nápojů obsahujících alkohol, ale samotný pojem neoznačuje blíže specifikovanou duševní poruchu. Poruchy spojené s alkoholismem můžeme všeobecně rozdělit do dvou skupin, kdy první skupina zahrnuje poruchy související s přímým účinkem alkoholu na CNS např. alkoholová intoxikace, halucinóza a demence. Do druhé skupiny náleží poruchy související s chováním, jež jsou spojeny s přímým užíváním alkoholu např. abúzus alkoholu, syndrom závislosti (Kalina a kol., 2003).

Alkohol je užíván zpravidla pro svoje euforické účinky, kdy dochází k pocitu uvolnění a k následné redukci sociálních zábran. Zároveň ale dochází při jeho nadměrném užívání k úbytku intelektuálních a motorických funkcí s postupným zpomalením reakcí a schopností adekvátního posouzení situace. Patologická intoxikace se vyskytuje po konzumaci již nepatrného množství alkoholu spolu se změnami chování s agresivními a psychomotorickými poruchami, kdy tyto nápadnosti v chování jsou zásadně odlišné a tehdy popisujeme paradoxní účinky alkoholu.

2.4.2 F11 Opioidy

Do této skupiny řadíme opioidy přírodní tj. opium, morfin a syntetické deriváty s účinky podobnými morfinu tj. kodein, metadon, morfin, meperidin, heroin (diacetylmorfin). Opium jako výchozí substance získává z mléčné šťávy makovic máku setého a obsahuje množství alkaloidů fenantrenového typu jako je morfin a kodein (cca 13, příp. 3 %). Surové opium může být užito jako tinktura a po dalším zpracování se kouří a je aplikováno i intravenózně. Intravenózní dávka vyvolává svým rychlým nástupem v mozku tzv. „nášleh“ (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 283).

Typickým představitelem tohoto způsobu užívání je heroin, který se šňupe a někdy se kombinuje i se stimulancii. Opioidy navozují příjemný pocit pohody a euforie, ale tyto pocity při delším užívání opět mizí. Rozvoj tolerance se týká pouze centrálních účinků a proto je nutné zvyšování dávky, kdy dochází k rychlé intoxikaci, která může mít díky rozdílné kvalitě podané látky i smrtelný průběh (zlatá rána, zlatý šleh).

Opiáty jsou tedy užívány ne tak pro pozitivní centrální účinek, ale spíše pro zabránění výskytu velmi nepříjemných abstinčních symptomů. Centrální účinek opioidů nezpůsobuje jen na povznesení nálady, ale dochází i k oslabení kašlacího reflexu, dále ke zmírnění pocitu bolesti a k depresi dechu. Abstinční příznaky zahrnují křeče, zvracení, bolesti kloubů, horečky (Smolík, 2002).

2.4.3 F12 Kanabinoidy

Pod názvy marihuana nebo hašiš řadíme skupinu kanabinoidních látek obsažených v indickém konopí, které vedle alkoholu a nikotinu patří k nejčastěji konzumovaným drogám. Hlavní aktivní euforizující složkou je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC) a další účinky jsou způsobeny i dalšími aktivními kanabinoidy. Marihuana („tráva“, což jsou usušené listy a květenství) se spolu s hašišem (pryskyřicí z květů) kouří a jen zřídka se požívají v potravinách. Kanabinoidy způsobují změnu nálady a vnímání, kdy konzumenti vnímají pocity štěstí, ale někdy také pocity strachu a neklidu. Po požití je čas vnímán zpomaleně a dochází k rozvoji silného asociativního myšlení a při vyšších dávkách i ke klamnému vnímání. Při delší konzumaci může docházet ke ztrátě kontaktu s realitou a jedinec může mít i sníženou schopnost zvládnání každodenních úkolů. Dochází i k poškození kognitivních funkcí, k poruchám paměti a koncentrace. Někdy jsou popisovány stavy tzv. flashbacks tj. psychotické reminiscence projevující se po mnoho dní a měsíců jako stavy opojení, ke kterým dochází postupným uvolňováním kanabinoidů z tukové tkáně. Změny se týkají i tělesných funkcí, kdy se zvětšuje chuť k jídlu, lehce se zvyšuje krevní tlak a srdeční frekvence, ale někdy i stavy nevolnosti a závratě (Rahn, Mahnkopf, 2000).

2.4.4 F13 Sedativa a hypnotika

Sedativa a hypnotika jsou nejčastěji předepisovanými psychoaktivními látkami. Užívána jsou perorálně a rozvinutá závislost je otázkou mnoha měsíců denního užívání, která je velmi odlišnou individuální záležitostí. Tyto látky jsou legálně užívané díky široké a časté lékařské preskripci bez ohledu na její možné konečné dopady pro jedince (Smolík, 2002).

Rychlý a moderní stresový život přivádí mnoho lidí do ordinací pro léky na nespavost nebo na uklidnění (zejm. benzodiazepiny Diazepam a Nitrazepam) a poté, kdy se stávají závislými, jsou schopni díky návštěvám vícero lékařů získat dostatečné množství těchto léků. Sedativa a hypnotika poskytují lidem účinek zklidnění, získání odstupů od problémů, zvládnutí napjatých situací. Určité subkultury uživatelů je užívají jako doplněk jiných látek, protože samotně tyto léky nemají razanci v drogovém účinku (Kalina a kol., 2003).

2.4.5 F13 Kokain

Kokain je klasickým představitelem skupiny stimulačních droga a získává se z listů keře koka (*Erythroxylon coca*). Kokain byl a je po staletí užíván různými kulturami pro své psychoaktivní účinky a nežli byla zjištěna jeho silná návykovost byl široce užíván jako stimulujiící a euforizující látka. Například se používal k náboženským rituálům jihoamerickými Indiány, kteří jej žvýkali. V roce 1859 byl alkaloid kokain poprvé získán synteticky v čisté formě. Kokain se dříve šňupal a v současné době je častější kouření purifikovaného kokainu¹⁵ (cracku) nebo jeho injekční aplikace, která je velmi nebezpečná vzrůstajícím rizikem kardiovaskulárních symptomů až srdečního infarktu. Kouření cracku je spojeno s rychlým účinkem a vysokou návykovostí již při první aplikaci se stejnou závažností a nebezpečností jako u užití heroinu. Intravenózní užívání je spojeno s rizikem přenosu infekce (AIDS) a poté s možným vznikem u sepse a tromboflebitidy. Chronické šňupání kokainu vede k rinitidě a následnému krvácení z nosu, případně i k trvalému poškození nosní sliznice. Kokain může být podobně jako amfetamin užíván v „tazích“ trvajících několik dnů a kokainista opakuje dávku až do svého úplného vyčerpání. Poté následuje stav letargie, hladu a prodlouženého spánku (Rahn, Mahnkopf, 2000).

¹⁵ Purifikovaný kokain - vyčištěný kokain.

2.4.6 F15 Jiná stimulancia

Jiná stimulancia včetně kofeinu se užívají ke zlepšení koncentrace s výkonností a většinou se jedná o látky vyrobené synteticky, kdy mateřskou látku představuje amfetamin. Poté byly v této skupině vyvinuty další látky s velkou chemickou podobností s amfetaminem tj. efedrin, který je součástí prostředků na nachlazení a astma, dále phenmetrazin a nebo methylphenidat, jež je často nasazovaný při hyperkinetickém syndromu. K rozšíření stimulancií došlo s jejich užitím jako prostředků ke snížení chuti k jídlu a při tomto využití byl vnímán aktivující účinek látky (Rahn, Mahnkopf, 2000). V ČR je nejčastěji užívanou drogou problémovými uživateli drog pervitin (metamfetamin).

Amfetaminy se užívají perorálně¹⁶, injekčně anebo se mohou šňupat. Jejich klinické účinky jsou podobné účinkům při užívání kokainu, ale díky převažující perorální formě aplikace není nástup euforizujícího účinku tak rychlý a není u nich i tak vysoká návykovost. Stimulancia jsou užívána pro svoji schopnost navození euforie, stavů bdělosti, pozornosti, potlačení potřeby spánku a sexuální stimulace.

K negativním projevům patří možná přítomnost halucinací nebo bludů, které jsou symptomaticky identické s akutními a přechodnými psychotickými poruchami (F 23).

2.4.7 F16 Halucinogeny

Jako halucinogeny se označují látky, jejichž užívání vede ke změnám ve vnímání a k výskytu halucinací. Halucinogeny se vyskytují v přirozené podobě jako je rulík zlomocný a kaktus peyote, které se odedávna užívaly při náboženských rituálech. Největší popularitu si halucinogeny získaly v západních zemích v rámci hnutí hippies jako psychedelické („vědomí rozšiřující“) drogy a dnes se konzumují jako tzv. party drogy spolu se stimulancií. Dle své chemické struktury je rozdělujeme na halucinogeny prvního řádu - LSD, meskalin, psilocybin, psilocin a silně anticholinergicky působící látky druhého řádu, konkrétně - tropin, hyposyamin (Rahn, Mahnkopf, 2000).

¹⁶ Perorálně - aplikace ústy.

Při jejich užití je velmi tenká hranice mezi žádoucími účinky, jako jsou změny vnímání ve smyslu optických halucinací, a nežádoucími změnami, jako jsou panické nebo depresivní stavy s kolísáním nálady, které charakterizují tzv. „bad trip“¹⁷. S psychickými změnami jsou asociovány i tělesné symptomy jako závrať, ataxie, zvýšení srdeční frekvence, tělesné teploty a tlaku.

2.4.8 F17 Tabák

Tabák spolu s alkoholem zaujímá mezi ostatními drogami výjimečnou pozici. Je běžně dostupný a společností víceméně tolerován i přes mnohá varování před jeho škodlivými účinky. Již v hrobech Aztéků byly objeveny dýmky sloužící jako doklad, že tabák se kouřil již v dobách prehistorických.

Hlavním alkaloidem tabáku je nikotin, který je obsažen spolu s dalšími škodlivinami v tabákovém kouři, jež je produktem suché destilace. Nikotin sám o sobě je prudký jed stejného účinku jako např. cyankáli a kdy smrtelnou dávkou je okolo 50 mg, která může být obsažena již v jedné cigaretě. Ale při kouření se vstřebá asi jen 1 až 2 mg nikotinu a nikotin se hromadí na konci kouřené cigarety. Projevy chronické otravy tabákem vidíme na systému dýchacím v podobě chronických zánětů hrtanu nebo hltanu spolu s typickým kašlem. Dochází k poškození trávicího systému a krevního oběhu, kdy se u některých kuřáků může vyvinout i obraz anginy pectoris (Urban, 1973).

Kromě celé řady poškození příčinně spojených s kouřením nelze opomenout i možnost různých forem rakoviny, především dýchacích orgánů.

2.4.9 F18 Organická rozpouštědla

Organická rozpouštědla jsou většinou používána k inhalaci, jedná se o běžná rozpouštědla obsažená v barvách a lepidlech v domácnosti. U nás je nejčastěji inhalován toluen pro svoji snadnou dostupnost a rychlou účinnost. Při inhalaci jsou látky rychle dopraveny k tukovým a mozkovým tkáním a právě v tukové tkáni jsou příslušné látky velmi dobře rozpustné. Při delší inhalaci hrozí efekt kumulace a v tom

¹⁷ Slangový výraz pro negativní prožitek intoxikace, při němž se v různé míře objevuje směr následujících příznaků: pocit ztráty kontroly, poruchy vnímání vlastního těla, prostoru a času, deprese, úzkost, bizarní a děsivé halucinace, strach ze šílenství, smrti nebo katastrofy, zoufalství a sebevražedné myšlenky.

právě spočívá nebezpečí předávkování. Při inhalaci těchto látek dochází bez většího rozdílu k zúžení vědomí a k euforii, kdy účinek opojení trvá asi jen 30 minut. Díky své vysoké toxicitě dochází brzy k poruchám řeči a k neurologickým poškozením, kdy se snižuje koncentrace, schopnost myšlení, s poruchami vědomí a orientace. Při dlouhodobějším užívání dochází k trvalým poškozením mozku tj. k atrofii mozku (Rahn, Mahnkopf, 2000).

2.4.10 F19 Užívání více drog a jiných psychoaktivních látek

Užívání více drog a jiných psychoaktivních látek je sběrná kategorie, která zahrnuje výskyt duševních poruch, které byly vyvolány jinou psychoaktivní látkou nežli některou z výše uvedených anebo není jasné, které účinky převládají (Smolík, 2002).

3 PROTIDROGOVÁ OPATŘENÍ

V pojetí bio-psycho-sociálního modelu je nastíněna vzájemná interakce mezi drogou, jejím uživatelem (i potencionálním) a prostředím, ve kterém dochází k působení drogy na jedince. Jde tedy o vzájemný vztah rizikových faktorů a faktorů protektivních, které se v různé míře váží jak k jednotlivci s jeho osobnostními charakteristikami, ale i k prostředí a k droze.

3.1 Úrovně vlivu protidrogových opatření

Přístupy protidrogových opatření lze systematizovat na základě několika kritérií, jedním z nich je **úroveň vlivu**: opatření mohou působit na úrovni celé společnosti, komunity či jednotlivce (Radimecký, 2005). **Strukturální (makro) úroveň** předpokládá, že lidské chování je ovlivňováno širší „politikou“ - legislativním a strukturálním kontextem, což znamená, že chování celé populace nebo jejích segmentů může být ovlivněno zákony, politikou a alokacemi finančních zdrojů. **Komunitní (mezzo) úroveň** vychází z předpokladu, že chování je ovlivněno názory a jednáním sociální skupiny, k níž člověk patří (nebo by patřit chtěl) a sociálním kontextem, v němž členové skupiny žijí a jak se ve vztahu k užívání návykových látek chovají. Chování konkrétních sociálních skupin lze tedy ovlivňovat působením na sociální normy, kontext a prostředí, v němž jsou drogy užívány. A konečně na **individuální (mikro) úrovni** předpokládáme, že chování je ovlivňováno povědomím a názory jednotlivců o rizicích spojených se specifickými formami chování stejně jako jejich individuálními záměry, motivacemi a schopnostmi, takže je žádoucím směrem ovlivnitelné působením na normy jednotlivců ve vztahu k užívání drog či rizikovému chování obecně.

3.2 Stupně drogové prevence

Podstatou konceptu prevence je představa, že aktivním ovlivňováním rizikových faktorů je možné snížit užívání drog a s tím spojený výskyt nemocí (zejm. závislosti). Jsou rozlišovány **tři úrovně prevence**: **primární**, která se snaží omezit incidenci onemocnění (nebo alespoň oddálit jeho vznik) odstraněním již vzniklých rizikových faktorů, **sekundární** s cílem zabránění progresi nebo k vyléčení asymptomatického nebo časného stádia vývoje nemoci, a **terciární**, která se snaží omezit progresi onemocnění a zabránit rozvoji souvisejících negativních důsledků,

kteře mohou být v případě problémového užívání drog pro celou společnost (Kalina a kol., 2003).

3.2.1 Primární prevence

U drog se primární prevence zaměřuje na snížení poptávky na drogovém trhu, tedy se snaží o to, aby se i potenciální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem, aby drogy nevyhledával a nekonzumoval.

Primární prevence se snaží dosáhnout „drogového uvědomění“, tedy snaží se o změnu v postojích, chování s přísunem dostatku informací, přičemž platí, že pouhé poskytování informací je neúčinné a vlastně se za prevenci nedá pokládat. Současný trend v České republice směřuje postupy primární prevence výhradně do škol, kde pomocí výchovy, besed, přednášek pomocí pedagogů a výchovných pracovníků hodlá najít cestu ke snížení možnosti užívání drog.

Značný význam se z hlediska účinnosti přikládá na pozici preventistů mladým lidem o málo starším než je daná cílová skupina, tzv. „peer“ pracovníkům, kteří neodvozují svůj vliv od určitého výcviku, ale jsou schopni se více díky svému věku a jisté zajímavosti přiblížit dospívajícím. Specifickým cílem je snížit experimentování s drogou nebo alespoň odložení kontaktu s návykovými látkami do vyššího věku, protože u dětí a dospívajících má časné užívání drog velmi negativní vliv na rozvoj jejich osobnosti a sociální integraci.

Ale i přes tyto popsané formy prevence neustále zůstává na předním místě vliv zdravé rodiny, která má svoji přirozenou autoritu v chování dospělých, které je tím nejlepším vzorem pro dospívajícího jedince (Csémy a kol., 2005).

3.2.2 Sekundární prevence

Náplní sekundární prevence je předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislými. Sekundární prevence se od terciální neliší v cílové skupině, ale spíše v cílech prevence samotné. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina a kol., 2001).

Dále se soustřeďuje na prohloubení informovanosti o nebezpečí užívání návykových látek u ohrožené populace a tedy i možných budoucích uživatelů.

3.2.3 Terciální prevence

Úkolem terciální prevence je snížení rizika škod u osob, které již drogy užívají, a cíleně se zaměřuje na **prevenci relapsu**¹⁸ u osob, které se ze závislosti vyléčily. Sem patří programy tzv. „harm reduction“, které se snaží o minimalizaci rizik spojených s užíváním drog. Svým pragmatickým působením se zaměřuje na stabilizaci životního stylu užívajícího jedince a má na zřeteli zlepšení zdravotního a tělesného stavu spolu s duševní pohodou. **Harm reduction** (viz výše, dále též jen HR) má rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy s ochranou veřejného zdraví. Konkrétní kroky v terénu zahrnují výměnu použitého injekčního materiálu za sterilní, distribuci kondomů, vitamínů a také osvětu v oblasti hygienických návyků se zásadami bezpečnějšího užívání drog.

Důležitým principem uplatňujícím se v HR je „nizkoprahový přístup“, což je služba založená na snížení rizik pro nejširší společnost, tedy nejen klientů ale i jejich rodinných příslušníků. V obsahu preventivních intervencí (Bareš, 2010) je popsán náhled na typy intervencí uplatňovaných v rámci selektivní prevence, které sahají od systémových opatření na podporu sociálního začleňování, jakými jsou poskytování pracovních příležitostí a možností trávení volného času pro mladé lidi z deprimovaných rezidenčních lokalit, až po intenzivní individuálně orientované intervence, mezi něž mohou patřit kurzy pro mladistvé pachatele drogových trestných činů. Ukazuje se, že v této oblasti nadále převažuje poskytování informací o rizicích plynoucích z užívání drog.

3.3 Drogová politika a systém péče v ČR

Drogovou politiku České republiky rámcově definuje Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018¹⁹ (Úřad vlády ČR, 2011a), která je již pátým strategickým dokumentem tohoto typu od roku 1993 a vychází ze dvou stěžejních konceptů, kterými jsou jednak ochrana veřejného zdraví, a jednak bezpečnost jedinců a společnosti. V tomto rámci pak byly stanoveny čtyři základní cíle, přičemž každému z nich odpovídá příslušná oblast protidrogové politiky. Prvním cílem je celkové snížení experimentálního užívání drog mladými lidmi a jeho

¹⁸ Prevence relapsu - zaměření se na zvládnutí rizikových situací a podporu zdravého životního stylu.

¹⁹ Byla schválena usnesením vlády č. 340 ze dne 10. května 2010.

konkrétním zobrazením v protidrogové politice je oblast primární prevence. Následuje cíl snížit problémové – dlouhodobé užívání drog, jemuž odpovídá v protidrogových opatřeních důraz na léčbu a sociální začleňování osob dlouhodobě užívajících drogy. Dva zbývající cíle se zabývají potlačováním negativních dopadů užívání drog na jedince i celou společnost a na snahu o omezení dostupnosti drog. Tyto cíle mají být dále podporovány lepší koordinací mezi zainteresovanými organizacemi a institucemi, ať už z veřejného, nebo soukromého sektoru, a financováním, při opírání se o průběžný monitoring situace, výzkum, evaluaci přijatých opatření a mezinárodní spolupráci v oblasti protidrogových opatření a výzkumů.

Akční plán pro roky 2010-2012, který konkrétně rozpracovává výše zmíněnou národní strategii, pak počítá pro dané období s následujícími prioritami, které zároveň ukazují na, alespoň dle orgánů státní moci, nejaktuálnější problémy spojené s drogami. Plán v tomto smyslu zmiňuje zejména zvýšené užívání konopí a dalších legálních i nelegálních drog mezi mládeží, proti kterému je třeba intervenovat; dále pak užívání opiátů a pervitinu, přičemž plán zmiňuje absenci jakékoli speciální intervence v této oblasti (prioritou je tedy vytvoření programů zaměřených právě na tento typ drogově závislých); a nakonec větší zaměření se na legální drogy (tedy jejich větší integraci do protidrogových opatření) a celkovou potřebu zefektivnit podpůrné mechanismy protidrogové politiky (Úřad vlády ČR, 2011b).

Protidrogovou politiku v rámci komplexního, multidisciplinárního a vyváženého přístupu tvoří čtyři pilíře: snižování dostupnosti drog (snižování nabídky), primární prevence, léčba a sociální začleňování (snižování poptávky po drogách), a snižování rizik spojených s užíváním drog (harm reduction). Jednotlivé pilíře mají být realizovány vyváženě, a aby byly účinné, měly by být uskutečňovány na všech úrovních vlivu. Na strukturální úrovni jsou schvalovány zákony a vyhlášky (např. omezení prodeje tabáku a alkoholu²⁰), ratifikovány závazky vyplývající z Úmluv OSN (např. seznam zakázaných látek), zřizovány instituce prosazující dodržování zákonů (např. Národní protidrogová centrála Policie ČR), a v neposlední řadě alokovány finanční zdroje pro realizaci protidrogové politiky (např. dotační

²⁰ Ochranu před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek upravuje zákon č. 379/2005 Sb.; trestní zákoník (č. 40/2009 Sb.) definuje mj. primární drogové trestné činy a související trestní sazby.

řízení RVKPP²¹). Uskutečnění protidrogové politiky v České republice na krajské a místní úrovni je v rukou krajských a místních úřadů prostřednictvím protidrogových koordinátorů. Intervence, které zahrnují jak represivní tak preventivní opatření, jsou realizovány nejen státními či regionálními institucemi, ale také bohatou sítí drogových (adiktologických) služeb, jejichž zřizovateli jsou mnohdy nestátní neziskové organizace.

System péče o uživatele drog nebo o osoby jejich užíváním ohrožené je podporován ze strukturální úrovně, a disponuje hustou sítí ambulantních a lůžkových zdravotních zařízení, která fungují nejen v oblasti primární a sekundární prevence s cílenějším zaměřením i na specifické skupiny uživatelů jakými jsou např. závislé matky s dětmi či těhotné ženy uživatelky, ale také v oblasti terciární prevence se zaměřením zejména na problémové uživatele drog jako jsou poradenské služby v kontaktních centrech a terénní programy realizované přímo v prostředí, kde se uživatelé vyskytují. Programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu, by měly být komplexní, vzájemně provázené a dobře dostupné. Za základní složky či součásti systému péče pokládáme (volně dle Matoušek a kol., 2005):

- 1) primární prevence – nescifická (zaměřená na rizikové chování obecně, ne pouze na drogy), systematická (zaměřená na úroveň myšlení, citění i chování) a dlouhodobá (ne jednorázové přednášky),
- 2) ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích,
- 3) ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá,
- 4) dlouhodobá rezidenční péče v terapeutických komunitách,
- 5) doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.,
- 6) dlouhodobé udržovací substituční programy,
- 7) terénní a nízkoprahové služby.

Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech.

²¹ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

4 POSTOJE A HODNOTOVÉ ORIENTACE

Postoje jsou z psychologického pohledu relativně stálé tendence k jednání, které v souvislosti s drogovou problematikou zaujímají velmi důležité postavení jak z hlediska prevence (ovlivnění iniciace užívání drog), tak z hlediska léčby a sociální reintegrace (motivace ke změně chování). Postoje jsou chápány „jako trvalá soustava pozitivních nebo negativních hodnocení, emocionálního cítění a tendencí jednání pro nebo proti společenským objektům. V duchu tohoto pojetí lze označit postoje jako hodnotící vztahy“ (Nakonečný, 2009, s. 240). Klasická teorie chápe postoj jako komplexní fenomén, který se skládá z poznávací (kognitivní), citové (emociální) a konativní (behaviorální) složky, jinými slovy je postoj můj vztah k předmětu postoje, který je vyjádřen tím, co si o předmětu myslím, co k předmětu cítím, a co ve vztahu k předmětu dělám. Různé definice postojů se liší v tom, kterou z těchto dimenzí zdůrazňují, ale zůstávají všechny stejně důležité pro celkové utváření postojů. Každá z těchto složek má svoje osobní determinanty a základem jejich formování jsou individuální osobité procesy (Výrost, Slaměník, 1997). „Podstatnou charakteristikou postoje je, že vystupuje na různé úrovni obecnosti hodnot, k nimž se vztahuje“ (Nakonečný, 2009, s. 253). Jako hodnotu je možno označit takový jev či předmět, ať už hmotné, nebo nehmotné povahy, ke kterému určitá osoba zaujímá hodnotící vztah.

4.1 Funkce a změny postojů

Postoje jsou hlavní nástroje člověka při kontaktu s realitou, u kterých lze rozlišit tyto čtyři funkce (Musil, 1996):

- 1) **utilitární** – postoje nás orientují na způsoby a prostředky, vedoucí k cílům
- 2) **ekonomická** – postoje zjednodušují složitost světa a chováme se přiměřeně v nové situaci
- 3) **expresivní** – podpora našeho sebepotvrzení a vlastního pozitivního chování
- 4) **sebeobranná** – postoje se mohou podílet na řešení vlastních vnitřních konfliktů

Postoje mají tendenci ke změnám, nicméně je velmi důležitý výchozí stav postoje – lépe ovlivnitelné jsou neutrální či ambivalentní postoje. Změny postoje můžeme docílit přemlouváním, což je méně účinné než diskuse. Významný účinek na změnu mají také hromadné sdělovací prostředky (masmédiá). Samotná změna se pak odvíjí od sugestibility a inteligence jednotlivce – na nich závisí, jak mocně

jednotlivá zpráva osloví. „Největší vliv má však referenční skupina, kde působí její skupinový efekt s emotivním podbarvením dané argumentace při podávání přesných informací o účinku drogy a na dopady jejího užívání. Změny postojů a většinové mínění vrstevníků tedy více než mínění expertů“ (Musil, 1996, s. 52).

Tento vliv se uplatňuje právě při prvním vyzkoušení drogy v partě vrstevníků, kdy mladí lidé zaujmají postoj k droze a očekávají od ní co nejrychlejší, co nejrazantnější účinek a neberou ohled na jakékoliv budoucí zdravotní riziko.

4.2 Hodnotová orientace

Hodnoty jsou poměrně stálé osobní předpoklady, které leží v samém základu postojů, předně hodnoty týkající se společenských pravidel, tedy toho, co je morálně nebo sociálně žádoucí. Hodnoty jsou základní postoje ke všem oblastem života (lidem, předmětům, situacím i činnostem), které se nepřetržitě promítají do všech aktivit, pocitů a myšlenek. Tvoří základní složku motivace (Nakonečný, 2009).

„V tomto smyslu se pak rozlišují hodnoty obecné a univerzální. Obecnou hodnotou může být svoboda, štěstí, moudrost, zdraví a další, které vyjadřují obecně smysl života. Instrumentální hodnoty jsou pak ty, pomocí nichž se smysl života a obecné hodnoty naplňují, tedy prostředky k jejich dosahování“ (Nakonečný, 2009, s. 253). Hodnoty jsou pak ty životní postoje, které vypovídají o tom, čeho si v životě nejvíce ceníme, vážíme, co považujeme v životě za nejpodstatnější, a které nás nejsilněji motivují v dosahování našich cílů.

Nicméně hodnoty se v průběhu života přehodnocují. Rozhodování je pro nás někdy tak obtížné proto, že se neumíme vzdát něčeho ve prospěch něčeho jiného. Nejraději bychom si podrželi všechno, to i to, a proto se neumíme rozhodnout, jaký bude další krok vpřed. V každý okamžik musíme zvažovat, co má pro nás vyšší hodnotu. Hodnoty navazují na potřeby jedince/co potřebují, je hodnotné/a dělí se na materiální a duchovní. Ty jsou jedincovými postoji určitým způsobem uspořádány a vytváří individuální hierarchický systém hodnot, od nejvyšších až k nejnižším a od nezbytných až po postradatelné, tedy hodnotovou orientaci. Současná psychologie postrádá jednotnou teorii o hodnotách. Díky rozdílným přístupům, kritériím a empirickým zkušenostem psychologů máme k dispozici mnoho definic a úhlů pohledu.

Hodnotová orientace vyjadřuje existující skupinu hodnot u jedince a současně udává informaci o směřování jedince k určitým hodnotám. Díky poznání hodnotové orientace u jedince či skupin tak můžeme předvídat chování tohoto jedince či skupin jedinců (Prudký, 2009). Pro pochopení chování vůči i drogám u dospívajících a vytváření postojů k nim je zajímavé, že hodnotová orientace dětí a mladistvých je v procesu utváření jejich identity podmíněna především hodnotovým zaměřením jejich rodičů spolu s kulturou společnosti a jejími tradicemi (Musil, 1996).

Hodnotová orientace se u člověka vytváří během jeho primární socializace, kdy se postupně odpoutává od světa smyslových vrozených hodnot a začíná se seznamovat s hodnotami svého sociálního prostředí (Nakonečný, 2009). Dospívající se učí oceňovat, co je dobré a co je špatné, a to jednak v rovině společensko-normativní (co za dobré a špatné považuje jeho kulturní a sociální prostředí), a jednak v rovině subjektivní (co je dobré a špatné z hlediska subjektivní zkušenosti dospívajícího). „Dospívající si tak osvojuje určitý osobní systém apetencí a averzí, je určitými objekty přitahován a jinými odpuzován dle toho, zda zakouší v interakci odměnu či trest. Postupně si dospívající vytváří vnitřní síť predispozic k hodnocení objektu“ (Nakonečný, 2009, s. 259). Pojetí dobrého a špatného je tedy především funkcí emocionální zkušenosti s důsledky našich činů, protože dobré slibuje přinést odměnu, a špatné slibuje přinést trest (Nakonečný, 2009).

5 PSYCHOLOGICKY-VÝVOJOVÉ ASPEKTY

Užití návykových látek se týká nejen stále mladších dětí, ale hovoříme hlavně o mladých uživatelích, kdy máme na mysli časové období od dětství až po časnou dospělost. U mladého člověka je dokončen tělesný růst, vrcholí rozvoj jeho mentálních schopností. Oproti tomu se u dospívajících v emoční sféře často mění polarita nálad, mají např. sklon k emoční labilitě, negativní náladě, impulzivité atd. Díky naléhavosti a možné intenzitě zmíněných emočních prožitků a pocitů se mladý člověk snaží o okamžité uspokojení svých potřeb a prožitků. Z hlediska úvah o zranitelnosti vůči drogám je třeba věnovat psychologicky-vývojovým aspektům velkou pozornost.

5.1 Specifické vývojové problémy dospívajících

Adolescence²² je vývojové období mezi pubertou a ranou dospělostí, zpravidla od 15 do 20, případně 22 let věku. Adolescenci charakterizuje rozpor mezi prakticky plnou fyzickou a sexuální dospělostí a sociálně-psychologickou nezralostí. Zatímco se mladý člověk takřkajíc teprve hledá, navenek (tělesně) se zdá být již „hotový“. Specifické vývojové problémy závisí od toho, na jaké úrovni vývoje se v době působení daného vlivu jedinec právě nachází. Jejich důsledkem mohou být méně či více závažné poruchy chování, tedy např. i užívání drog.

V úvahu přicházejí zejména následující specifické vývojové problémy (Vágnerová, 2000):

- 1) **Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí:** Sekulární akcelerace tělesného růstu a pohlavní zralosti²³ posunuje dolní hranici dospívání stále do nižšího věku, zatímco složitost společenských požadavků a nároky na vzdělání spolu s profesionální přípravou oddalují dosažení sociální zralosti. Tím se prodlužuje kritické období adolescence.
- 2) **Rozpor mezi rolí a statusem:** Sociální rolí se zpravidla rozumí chování odpovídající určité pozici ve společnosti. Pojem sociálního statusu zahrnuje soubor práv a povinností, které určují postavení jedince ve společnosti. Mezi

²² z latinského adolescens: dospívající, mladý

²³ sekulární akcelerace – dlouhodobé zrychlení tělesného vývoje tedy rychlejší začátek tělesného a psychického dospívání, které paradoxně prodloužilo dobu pro dokončení plného rozvoje (Langmeier, Krejčíková, 2001)

nimi je značná korespondence, tj. že práva a povinnosti přiznané jedinci společností představují celek v souladu s chováním, které je od něj v určitém postavení očekáváno. Současná společnost a postavení jedince se však rychle mění a s tím dochází k větším či menším rozporům mezi rolí a statusem. To se týká právě dospívajících, kteří jsou již fyzicky zralí, a je u nich tedy očekáváno plnění role dospělého, přitom je však jejich status v mnoha ohledech nižší, protože je na druhou ještě předpokládána dětská poslušnost. Chybí jasné vymezení, jak jednat s dospívajícím, zda s ním zacházet jako s dítětem, nebo jako s dospělým, a vzniká tak nejasný dojem jakéhosi „mezistatusu“ a „mezirole“.

- 3) **Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace:** Moderní společnost se všemi převratnými technickými novinkami přináší častější rozdíly v názorech, hodnotách a postojích mezi generacemi, které vyrůstaly za jiných podmínek a s jinými zkušenostmi. Každá generace se snaží ulpívat na svých generačně zažitých hodnotách a odmítá přijmout hodnoty generací mladších a stávají se tak „strážci tradic“, které naopak mladí odmítají jako překážky pokroku. Na druhé straně však došlo i ke sblížení generací s uvolněním patriarchálního modelu rodiny v souladu s rozbitím autoritativního výchovného principu. Generační konflikt není nezbytně nutný, pokud je uplatňována názorová pružnost, porozumění a tolerance mezi lidmi odlišného věku.
- 4) **Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společností:** Rozpor mezi charakterem citových vztahů v rodině a celé společnosti se stává možnou příčinou konfliktů během vývoje dítěte a často přechází v kritické podobě i do jeho období dospívání. Dospívající již není tolik vázán na normy rodičů a podrobuje je tvrdé kritice a to i přes trvajících závislost na rodičích. V diskuzích se svými vrstevníky se neustále srovnává, vzdoruje a revoltuje a při tvrdém prosazování pravidel chování od rodičů dochází k vyvolání ještě většího odporu ze strany dospívajícího. Přizpůsobení výchovného přístupu v našem sociálním prostředí při rychlých společenských změnách je velmi složité a nejisté. Rodiče jsou znepokojeni určitým odcizením dospívajícího dítěte, ale i přesto se jej snaží podporovat v jeho hledání svého postavení dospělého jedince v příslušné společnosti.

5.2 Hlavní vývojové úkoly a vývojové krize

Dle E. H. Eriksona (Vágnerová, 2000, s. 254) je hlavní charakteristikou adolescence tzv. **psychosociální moratorium**, tedy jakási přechodnost či provizorium. Mnoha adolescentům se jeví dospělost jako příliš náročná nebo málo přitažlivá, a proto ji chtějí odložit. Moratorium je výrazem potřeby zastavit či zabrzdit nezvratný vývoj. Potřeba být sám sebou a osamostatnit se je vlastně v rozporu s touhou být ještě hravým dítětem bez zodpovědnosti. Přechodné období adolescence má za úkol poskytnout jedinci čas a možnost, aby dosáhl předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech, v nichž to současná společnost vyžaduje. Právě v tom ovšem bývá jeden ze zdrojů napětí, protože tempo biologického, psychického a sociálního vývoje může být rozdílné a dospělost není v současnosti nijak přesněji definována (Vágnerová, 2000). Nejdůležitějším **vývojovým úkolem** adolescence je dosažení identity vlastního Já, jehož důležitou součástí je tělesný vzhled, své vlastní sebehodnocení a přijetí nových rolí, a to jak ve společnosti, tak i (později) v intimním vztahu (pohlavní role). Nakupení vývojových změn do jednoho okamžiku vývojového období může výrazně komplikovat adaptaci, výkon, pohodu a sebehodnocení adolescentů. Je pravděpodobné, že adolescent bude v takovém případě prožívat krizi a že se dostane do řady konfliktních situací (Macek, 2003).

Vývojová krize je popisována jako prudký přechod mezi dvěma vývojovými stádii (Vágnerová, 2000), kdy se projeví rozdíl mezi současnou realitou a cílem daného vývojového úkolu: není už možné zůstat takovým jako dosud, ale cesta dopředu ještě není zcela otevřená – musí nastat přerod, kvalitativní skok, což je spojeno s pocitem úzkosti z nejistoty a očekávání ohrožení kontinuity dosavadního života. Adolescence představuje období očekávané vývojové krize, na kterou může jedinec reagovat výraznou změnou chování. Experimentování s drogou a následky s tím spojené jsou charakteristické právě pro období adolescence, kdy je referenční skupina, v níž je rozvinut pocit nepochopení, schopná ovlivnit názor jedince, který pak přejímá nový, pro něj zajímavější a přijatelnější názor, jež je pro něj i určitou formou protestu proti nechápajícímu světu.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝCHODISKO VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V předchozích kapitolách jsou utříděny poznatky o drogové problematice, o současném stavu drogové scény v České republice, nakonec i o možných příčinách a rizikových faktorech vzniku závislosti předně se týkajících období adolescence. Vzhledem k zaměření praktického výzkumu na skupinu dospívajících žáků jsme se věnovali v teoretické části ohraničené oblasti adolescence se zaměřením na základní pojmy týkající se dospívající osobnosti. Drogová závislost se může vyvinout z „neškodného“ experimentování, kdy mladý člověk přijímá bez výjimek názor svých vrstevníků. Spolu s ostatními vlivnými faktory působí nejen droga samotná, ale i jeho osobnostní charakteristiky nebo vliv blízkého sociálního prostředí. A nelze opomenout samotný spouštějící podnět, který mladého člověka v dané situaci dovádí k užití drogy. Právě období dospívání je plné odlišných názorů, výkyvů nálad a jedinec se velmi ztotožňuje s názorem svých vrstevníků.

Praktická část se zaměřuje na srovnání postojů studentů středního odborného učiliště a studentů nástavbového studia na soukromé škole. Jako výzkumný design bylo zvoleno dotazníkové šetření na záměrně vybraném vzorku respondentů ze dvou oborů na soukromém středním odborném učilišti. V této práci se zajímáme o možný rozdíl postojů středoškolské a učňovské mládeže ke kouření a dalším nealkoholovým návykovým látkám – názor na rizikovost jednotlivých závislostí a míru informovanosti o účincích těchto látek.

Předpokládáme, že středoškolští studenti budou mít více informací o nealkoholových látkách a kouření. V důsledku toho budu hodnotit míru jejich rizikovosti vzhledem ke vzniku závislosti jako vyšší než studenti učňovského studia, kteří mohou zaujímat tolerantnější postoj.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem předloženého výzkumu je porovnání postojů k užívání drog mezi dospívajícími studenty odborného učiliště a studenty maturitního studia. Dílčí cíle jsou reprezentovány následujícími výzkumnými otázkami.

Jaké jsou postoje studentů, resp. učňů a maturantů zvláště, k užívání drog z hlediska:

- 1) připuštění možnosti užití drogy,
- 2) důvodů vedoucích k užití drogy,

- 3) podílu uživatelů drog mezi přáteli,
- 4) postojů k užívání drog a řešení drogového problému, a
- 5) využití možné podpory v případě problémů?

6.2 Výzkumný soubor

Do souboru byli metodou záměrného skupinového výběru zařazeni studenti učňovského a nástavbového maturitního studia na soukromém učilišti ve Velkém Újezdě. Data byla získána během jednoho dne v červnu roku 2011. Dotazník byl předložen dotázaným studentům hromadně spolu se stručnými instrukcemi k jeho vyplnění. Respondenti se výzkumu účastnili dobrovolně a anonymně.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 36 studentů, a to 18 studentů učňovského (P1) a 18 studentů 2. ročníku nástavbového maturitního (P2) studia. Věkový rozsah u učňů je 15 – 18 let a u maturantů je věk v rozsahu 19 – 27 let, podrobněji to ukazuje tabulka 1. Z hlediska pohlaví převládají ve výzkumném souboru celkově ženy nad muži (20 vs. 16, tj. 56 % vs. 44 %), ale u učňů a maturantů se poměry liší, zatímco mezi uční je žen 67 %, mezi maturanty 44 % (podrobněji tabulka 2). Jednotlivé odpovědi, resp. příslušnost k určitému věku či pohlaví, je vyjádřena četností odpovídajících studentů.

Tabulka 1: Věkové složení výzkumného souboru

VĚK STUDENTŮ	SOU (P1)	MATURANTI (P2)	CELKEM
15	1	-	1
16	5	-	5
17	6	-	6
18	6	-	6
19	-	4	4
20	-	8	8
22	-	4	4
26	-	1	1
27	-	1	1
CELKEM	18	18	36

Tabulka 2: Složení výzkumného souboru podle pohlaví

POHLAVÍ	SOU (P1)	MATURANTI (P2)	CELKEM
MUŽ	6	10	16
ŽENA	12	8	20
CELKEM	18	18	36

6.3 Metody tvorby a analýzy dat

Data byla získána pomocí modifikované verze dotazníku ESPAD²⁴ aplikovaného v Mezinárodní výzkumné studii 98', kterou provedlo Sdružení Podané ruce Brno ve spolupráci s Oblastní charitou Jihlava. Modifikace dotazníku spočívala především v jeho zkrácení z důvodů materiálního a časového zabezpečení, ale i přesto nabízí získaná data určitý náhled na možné souvislosti jednotlivých proměnných v širším rámci. Tato verze dotazníku obsahuje 18 otázek, které lze rozdělit do čtyř částí.

Úvodní část obsahuje otázky týkající se **sociodemografických** charakteristik respondentů, tj. věk, velikost města, kde respondent trvale bydlí, zda dojíždí do školy atd. V další části jsou zahrnuty otázky na postoje k **drogám**, hodnocení jejich rizikovitosti, první zkušenost, způsob získání, postoje k uživatelům drog atd. Dále byly položeny otázky, ve kterých měli studenti vyjádřit svůj **názor** na efektivitu a kvalitu jednotlivých forem prevence. V poslední části jsou otázky zaměřeny na složení **rodiny** studentů spolu s jejich subjektivním hodnocením vztahů ve své rodině.

Zpracováno bylo všech 36 předložených dotazníků. Problémy spojené s dotazníky jsou obecně známy. Umožní rychlé získání potřebných dat od velkého počtu probandů s možností rychlého a poměrně přehledného vyhodnocení. Výsledky jsou ovšem ovlivnitelné osobním přístupem studentů a tedy i jejich ochotou sdělit své názory k dotazované problematice a podat přesné a kvalitní informace. Ale i přes tyto obecně známé nedostatky dotazníkových metod se jeví být zvolená forma dotazování nejdostupnější formou k získávání příslušných dat.

Data jsou vzhledem k rozsahu výzkumného souboru prezentována ve formě tabulek s absolutními četnostmi, dále jsou sledovány relativní četnosti.

²⁴ Viz příloha č. 2

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této části jsou zpracovány jednotlivé odpovědi studentů učňovského a nástavbového maturitního studia na výzkumné otázky. U vybraných otázek jsou prezentovány také mezipohlavní rozdíly.

7.1 Připuštění možnosti užití drogy

Pokud sledujeme kladnou odpověď v možné zkušenosti s drogou u žáků SOU, tak z 18 studentů učňovského studia připustilo možnost zkušenosti s drogou 6 žáků (33,3 %), a v druhém souboru studentů maturitního studia připouští tuto možnost 7 studentů (38,8 %). Z celkového počtu 36 (100 %) studentů učiliště a studentů maturitního ročníku připouští možnou zkušenost s nelegální drogou celkem 13 (36,1 %) studentů a odmítavě se k této zkušenosti staví 23 (67,6 %) studentů. Jiný stav nastal i v zamítavých odpovědích studentů učiliště a maturitního ročníku. Z 18 studentů SOU zcela zamítlo tuto zkušenost 12 žáků (66,6 %) oproti studentům maturitního studia, kde ji zamítá 11 studentů (61,1 %).

Tabulka 3: Připuštění možnosti užití drogy dle typu oboru

Soubor	SOU (P1)	Maturitní (P2)	Celkem
Ano, mohlo by se stát	6	7	13
Ne, v žádném případě	12	11	23
Celkem	18	18	36

Z hlediska pohlaví připouští možnou zkušenost s nelegální drogou celkem 8 (43,7 %) mužů a 5 (25,0 %) žen (tabulka 4).

Tabulka 4: Připuštění možnosti užití drogy podle pohlaví

Soubor	MUŽ	ŽENA	Celkem
Ano, mohlo by se stát	8	5	13
Ne, v žádném případě	9	15	23
Celkem	16	20	36

7.2 Důvody vedoucí k užití drogy

Oba soubory studentů shodně označily jako nejpravděpodobnější důvod vedoucí k užití drogy možnost zapomenout na problémy. Tuto odpověď označilo 9 (50 %) studentů SOU a následně 10 (55,5 %) studentů maturitního nástavbového studia. Oproti tomu 8 (44,4 %) studentů SOU pouze připouští možný důvod užití drogy jako formu protestu vůči světu, kdy tuto odpověď připouští i 5 (27,7 %) studentů maturitního ročníku. Zvědavost je uváděna jako velice pravděpodobným důvodem k užití drogy u 5 (27,7 %) studentů SOU a 6 (33,3 %) studentů maturitního nástavbového ročníku.

Takto podané odpovědi nám poukazují na hledání určité opory či pomoci v řešení každodenních záležitostí, které mohou mít pro dospívajícího i podobu problémů, ale bohužel je zde pomocníkem návyková látka. Rozdíl mezi studenty podle sledovaných oborů je ve vysoké pravděpodobnosti užití drogy z důvodu touhy po štěstí, kterou zvolil 1 (5,5 %) student SOU a 6 (33,3 %) studentů maturitního ročníku.

Užití drogy pro překonání únavy připouští 6 (33,3 %) studentů SOU a 7 (38,8 %) studentů maturitního nástavbového ročníku. Naopak studenti v malém počtu drogu nezvolily jako velice pravděpodobnou možnost k rozvinutí své fantazie a tvořivosti. Vliv party k užití drogy u studentů obou souborů označilo 7 (38,8 %) studentů. Možné sociální důvody užití drogy, tj. že užívají i blízcí přátelé studentů. Ve skupině SOU tuto odpověď nezvolil žádný student a v maturitním ročníku již 4 (22,2 %) studenti. Zvýšení počtu těchto přátel studentů nám poukazuje na vyšší pravděpodobnost jejich setkání se s drogou právě prostřednictvím kamarádů, což také nevylučuje ani jejich možnou vlastní zkušenost s drogami v budoucnu.

Beze změn zůstávají odpovědi studentů obou souborů týkající se možné volby drogy pro odstranění zábran u 4 studentů (22,2 %) SOU a poté i u 3 studentů (16,6 %) maturitního studia. Užití drogy z nudy se objevuje u 2 studentů (11,1 %) SOU a 5 studentů (27,7 %) maturitního ročníku. Také možnost jiných důvodů vedoucí k užívání drog zůstává bez výraznějších změn u 3 studentů (16,6 %) a 2 studentů (11,1 %) maturitního ročníku. Při vyhodnocení jednotlivých četností odpovědí lze sledovat různý celkový počet odpovídajících studentů v obou souborech, protože někteří studenti na podané otázky neodpověděli.

Tabulka 5: Důvody vedoucí k užití drogy

Soubor	SOU (P1)				Maturanti (P2)			
	Ano-určitě	Je to možné	Možná	Celkem	Ano-určitě	Je to možné	Možná	Celkem
Zapomenout na problém	9	5	2	16	10	6	2	18
Protest proti světu	3	1	8	12	4	6	5	15
Zvědavost	5	6	5	16	6	8	3	17
Touha po štěstí	1	5	7	13	6	5	3	14
Vyšší výkon bez únavy	2	6	5	13	4	7	3	14
K rozvinutí fantazie	2	3	4	9	3	4	5	12
Neschopnost odolat partě	7	7	2	16	7	7	2	16
Odstranění zábran, studu	4	7	4	15	3	4	7	14
Užívají i nejlepší přátelé	0	5	5	10	4	6	4	14
Z nudy	2	6	5	13	5	6	4	15
Jiné důvody	3	1	1	5	2	1	1	4

Většina studentů je se svým životem celkově spokojena, pouze 5 (13,9 %) studentů z 36 hodnotí svůj život neutrálně (4) nebo vysloveně negativně (1). Celkově mírně spokojenější jsou studenti SOU v porovnání se studenty maturitního ročníku. Rozdíl je vidět v počtu odpovědí o vysoké spokojenosti se svým životem u 7 (38,8 %) studentů SOU a u 5 (27,7 %) studentů maturitního ročníku. Obdobný rozdíl je v počtu studentů hodnotících svůj život jako lepší, který takto označilo 9 (50,0 %) studentů SOU a poté 11 (61,1 %) studentů maturitního ročníku.

Tabulka 6: Hodnocení svého momentálního života

Soubor	SOU (P1)	MATURANTI (P2)
jsem velice spokojena	7	5
dost spokojena, je to spíše lepší	9	11
ani spokojena, ani nespokojena	2	2
dost nespokojena, spíše horší	0	1
velmi nespokojena, velice špatný	0	0
Celkem	18	18

7.3 Podíl uživatelů drog mezi přáteli

Studenti SOU vykazují celkově menší podíl uživatelů drog mezi svými přáteli než studenti maturitního ročníku. Ve svém okolí má vyšší počet přátel neužívajících drogy 7 (38,8 %) studentů SOU, zatímco v maturitním ročníku takto odpovědělo 6 (33,3 %) studentů. Rozdíl lze také sledovat v odpovědích označujících pouze jednoho či dva užívající přátele u 7 (44,4 %) studentů SOU a u 5 (27,7 %) studentů

maturitního ročníku. Možnost, že mezi přáteli je hned několik užívajících označili 4 (22,2 %) studenti SOU a 6 (33,3 %) studentů maturitního studia. Většinu užívajících přátel má pouze jediný respondent z maturitního ročníku (5,55 %).

Tabulka 7: Přítomnost přátel užívajících drogy podle oboru

Soubor	SOU (P1)	Maturitní (P2)
- nemám užívající přátele	7	6
- ano, jeden nebo dva	7	5
- ano, několik	4	6
- ano, většina užívá drogy	0	1
- všichni moji přátelé užívají	0	0
Celkem	18	18

Z hlediska pohlaví vykazují muži mnohem více přátel užívajících drogy. Zatímco většina žen nemá užívající přátele (12, tj. 60 %), u mužů je to jediný (6,25 %). Nejvíce mužů má alespoň jednoho přítele užívajícího drogy (8, tj. 50 %), několik uživatelů má mezi přáteli 6 (37,5 %), mezi ženami jsou obě kategorie shodně zastoupeny 4 respondentkami (20 %).

Tabulka 8: Přítomnost přátel užívajících drogy podle pohlaví

Soubor	MUŽ	ŽENA
- nemám užívající přátele	1	12
- ano, jeden nebo dva	8	4
- ano, několik	6	4
- ano, většina užívá drogy	1	0
- všichni moji přátelé užívají	0	0
Celkem	16	20

7.4 Postoje k užívání drog a řešení drogového problému

Studenti obou souborů shodně zamítají možný benevolentní přístup k těmto závislým lidem ze strany společnosti, z čehož lze usuzovat na jejich znalosti o konečných důsledcích a nebezpečnosti drog. 5 studentů (27,7 %) SOU a poté 6 (33,3 %) studentů maturitního ročníku zvolilo odpovědi tolerující společnosti s následnou a nenucenou nabídkou léčby lidem závislým na návykových látkách. Zcela shodný názor u 10 (55,5 %) studentů SOU i maturitního ročníku lze zaznamenat v hodnocení tolerantních postojů s následným přinucením závislých

uživatelů k léčbě. Tato shoda se projevila i u posledního dotazu, kdy 2 studenti (11,1 %) v obou souborech shodně trvají na trestním stíhání uživatelů drog.

V celkovém souhrnu nejsou patrné výrazné rozdíly v názorech studentů obou souborů o vhodných postojích společnosti k závislým lidem.

Tabulka 9: Názor na jednotlivé postoje společnosti k lidem užívajících drogy

Soubor	SOU (P1)	Maturitní (P2)
- netrestat ani nijak neomezovat	1	0
- tolerovat je s nabídkou léčby	5	6
- trpět je, ale přinutit k léčbě	10	10
- stíhat a jejich chování trestat	2	2
Celkem	18	18

Rozdíl v postojích k řešení drogového problému není mezi uční a maturanty výrazný. Pro zvýšení trestů překupníkům drog se vyslovalo 13 (72,2 %) studentů SOU a 12 (66,6 %) studentů maturitního ročníku pro daný postih, což je nejčastěji zmiňovaný krok. Legalizaci lehkých drog ve skupině SOU schvalují 3 (16,6 %) studenti a 4 (22,2 %) studenti maturitního ročníku.

Tabulka 10: Vhodné kroky ke snížení drogového problému

Soubor	SOU (P1)	MATURANTI (P2)
Legalizovat lehké drogy	3	4
Zvýšení trestního postihu dealerů drog	13	12
Trestat toxikomany	2	1
Nutit toxikomany k léčbě	2	3
Nenutit je k léčbě, ale nabízet jim pomoc	6	6
Rozšířit formy pomoci toxikomanům	8	8
Zlepšit prevenci - přednášky, knihy aj.	11	13
Nemělo by se dělat vůbec nic	0	0

Vůbec nejčastěji hodnotili studenti kladně jako formu preventivní aktivity osobní svědectví toxikomana, kterou označilo 11 (61,1 %) studentů SOU a 12 (66,6 %) studentů maturitního ročníku. V pořadí subjektivně hodnocené vhodnosti a efektivnosti následují beseda s lidmi pracujícími s toxikomany, přednášky s externistou, vrstevnické peer programy a filmy o drogách. Podrobněji viz následující tabulky.

Tabulka 11a: Vhodné a efektivní formy primární prevence (soubor SOU)

Soubor 18 studentů SOU	Nejlepší	Vhodná	Průměrná	Málo vhodná	Nejméně vhodná	Celkem
Přednášky s pedagogy	2	4	7	3	2	18
Přednášky s externistou	7	6	3	1	1	18
Sportovní akce, výstavy o drogách	3	7	6	2	0	18
Letáky a brožury	2	4	8	3	1	18
Reklama v televizi a rádiu	2	6	6	2	2	18
Vzděl. diskuze v televizi a rádiu	5	5	7	2	0	18
Filmy o drogách	8	7	3	0	0	18
Osobní svědectví toxikomana	11	5	2	0	0	18
Beseda s lidmi pracujícími s toxik.	8	7	2	1	0	18
Vrstevnické „peer“ programy	7	5	4	0	2	18

Tabulka 11b: Vhodné a efektivní formy primární prevence (soubor maturitního ročníku)

Soubor 18 studentů maturitního	Nejlepší	Vhodná	Průměrná	Málo vhodná	Nejméně vhodná	Celkem
Přednášky s pedagogy	2	5	7	2	2	18
Přednášky s externistou	6	7	3	1	1	18
Sportovní akce, výstavy o drogách	2	9	4	2	1	18
Letáky a brožury	0	5	6	6	1	18
Reklama v televizi a rádiu	2	6	6	3	1	18
Vzděl. diskuze v televizi a rádiu	2	8	5	1	2	18
Filmy o drogách	6	8	3	1	0	18
Osobní svědectví toxikomana	12	5	1	0	0	18
Beseda s lidmi pracujícími s toxik.	10	7	1	0	0	18
Vrstevnické „peer“ programy	6	9	1	0	2	18

7.5 Podpora v případě problémů

Své rodiče požádají o pomoc ze SOU 2 (11,1 %) studenti a 3 (16,6 %) studenti maturitního ročníku. Naprostou shodu sledujeme v odpovědích týkajících se pomoci od kamarádů, resp. od psychologa či psychiatra, které označili 4 (22,2 %) studenti SOU a poté i 4 (22,2 %) studenti maturitního ročníku. Zároveň se jedná o odpovědi, které byly označeny nejčastěji. Na léčebné centrum by se obrátilo 3 (16,6 %) studentů SOU a následně 4 (22,2 %) studenti maturitního ročníku, kde můžeme vidět velmi mírný posun v nárůstu zvolených odpovědí.

Tabulka 12: Na koho se obrátíte v případě problému s drogami

Soubor	SOU (P1)	Maturitní (P2)
Rodiče	2	3
Sourozenec/i	2	1
Kamarád/i z party	4	4
Někdo z příbuzných	1	0
Duchovní	1	1
Léčebné nebo kontaktní centrum	3	4
Psycholog eventuálně psychiatr	4	4
Někdo jiný	1	1
Celkem	18	18

8 DISKUZE

Vzhledem k tomu, že se problematika drog stává stále více celospolečenským problémem, byla provedena nebo se provádí řada výzkumů na toto téma. V našem výzkumu jsme se zaměřili na studenty soukromého Středního odborného učiliště 1. ročníku a na studenty 2. ročníku maturitního nástavbového studia na stejné soukromé škole, kdy vzhledem k jejich věku jsme zvolili modifikovanou verzi dotazníku ESPAD aplikovaného v Mezinárodní výzkumné studii 98', kterou provedlo Sdružení Podané ruce Brno ve spolupráci s Oblastní charitou Jihlava.

Vzhledem k rozsahu našeho výzkumného souboru a metodě výběru respondentů můžeme realizované výzkumné šetření považovat za velmi malou sondu do postojů studentů jednoho konkrétního učiliště a nemáme tudíž žádné aspirace na jakékoliv zobecnění výsledků. Naznačené časové následnosti či dokonce kauzální vztahy je nutno brát s velkou rezervou, a je třeba s nimi pracovat spíše jako s inspirací pro zamyšlení se nad možnými souvislostmi či budoucími výzkumy, než jako s tvrdými daty. Získané výsledky nám ale umožňují vytvoření si alespoň základního náhledu na drogovou problematiku z pohledu studentů v konkrétním čase a na konkrétním místě.

Hlavním cílem předloženého výzkumu bylo zjištění jednotlivých postojů k užívání drog mezi dospívajícími studenty s možností porovnání s věkově staršími žáky. Následující úvahy se tedy mohou týkat hypotetických změn postojů s přibývajícím věkem, které můžeme odvodit z výsledků průřezového šetření ve dvou odlišných věkových kategoriích, které jsou reprezentovány mladšími studenty SOU a staršími studenty maturitní nástavby.

8.1 Přípuštění možnosti užití drogy

Rozdíl mezi sledovanými skupinami studentů podle studijního oboru byl ve výsledcích minimální, nicméně domněnku, že mírný rozdíl v počtu studentů odmítajících zkušenost s drogou souvisí s jejich narůstajícím věkem, můžeme klidně zamítnout při pohledu na mezipohlavní rozdíly. Muži připouštějí zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou mnohem častěji než ženy a proto je rozdíl patrně způsoben nerovnoměrným zastoupením mužů a žen v jednotlivých souborech.

8.2 Důvody vedoucí k užití drogy

V otázce studenti vyjadřovali možný důvod vedoucí k užití návykové látky a dle našeho očekávání nebyly u odpovědí výraznější rozdíly mezi sledovanými skupinami. Rozdíl se neobjevil ani v odpovědích, ve kterých droga může pomoci zapomenout na problémy, překoná pocety únavy, nebo kdy jedinec není schopen odolat vlivu party při jejím užívání. Všechny tyto zvolené důvody nám poukazují na hledání určité opory či pomoci v drogách při řešení každodenních záležitostí, které ale mohou být pro dospívajícího problémem různé intenzity vzhledem ke složitosti jeho osobnostního vývoje.

A žádný student obou souborů také nehodnotil negativně kvalitu svého momentálního života. Z daných výsledků lze usuzovat, že díky kladně hodnocené kvalitě svého nynějšího života není vysoká pravděpodobnost výskytu rizikového chování a souvisejícího užití návykové látky.

8.3 Podíl uživatelů drog mezi přáteli

V průřezovém pohledu můžeme konstatovat, že došlo k mírnému nárůstu užívajících přátel u studentů maturitního studia, nicméně opět je tento nárůst s vysokou pravděpodobností způsoben nerovnoměrností souboru z hlediska pohlaví.

8.4 Postoje k užívání drog a řešení drogového problému

Odpovědi studentů na otázku na jejich názor na celospolečenský přístup k problematice drog, resp. k jednotlivým formám prevence, léčby či represe vůči lidem drogy užívajícím, se přibližují spíše k tolerantnější (méně represivní) části spektra. V celkovém náhledu se studenti obou souborů vyslovili pro rozšíření jednotlivých forem pomoci uživatelům, ačkoliv zaujali více odmítavý postoj k legalizaci drog s přitvrzením trestních postihů dealerů drog, a naopak netrestáním uživatelů.

Odpovědi studentů nám reflektují celkový přístup celé společnosti k této problematice v podobě jednotlivých forem prevence a represe. Společnost svým benevolentním postojem k některým drogám těmto nedokonalým náhledům v podstatě dává svůj souhlas. Ale i přesto jsou v konečném důsledku lidé závislí na návykových látkách vyzváni k nápravě represivními kroky a nakonec jsou díky určité stigmatizaci tou stejnou společností odmítáni.

Studenti obou skupin ve svých odpovědích shodně kladně ohodnotili kroky sekundární prevence, kdy tito lidé by měli být společností tolerováni s následnou nabídkou léčby.

S otázkou postojů společnosti k užívajícím lidem souvisí i podrobnější hodnocení vhodných kroků a forem prevence pro možný úbytek drogového problému. Z preventivních kroků k užití drog v dotazníku studenti ve svých odpovědích nejvíce preferovali osobní svědectví uživatelů a poté i besedy s pracovníky, kteří s těmito lidmi pracují a mohou podat svědectví o této problematice i z jiného pohledu.

Tyto odpovědi nám opět potvrzují výsledky předešlé otázky o postojích společnosti k lidem závislým na drogách, kdy dochází spolu s názory studentů k uplatňování represivních kroků a poté preventivních kroků.

Podle našeho názoru mohou získané odpovědi studentů obou souborů v celku dobře ilustrovat rozporuplné postoje dnešní společnosti k drogové problematice.

8.5 Využití možné podpory v případě problémů

Mladý člověk se plně ztotožňuje se svými vrstevníky a odmítá autoritu dospělých. Lze tedy předpokládat, že dospívající se v případě možného problému s drogami obrátí na své přátele a teprve až poté vyhledá odbornou pomoc či radu rodičů. Výsledky také potvrzují předpoklad, že se mladý člověk nejdříve obrací o pomoc na své vrstevníky a až poté na dospělé jak tedy na rodiče nebo odborné poradenské centrum.

9 ZÁVĚR

Pomocí modifikované verze dotazníku ESPAD jsme získali informativní údaje, které nám umožňují vytvoření si alespoň rámcové představy o situaci v drogové problematice mezi vybranými dvěma soubory studentů Středního odborného učiliště a studentů maturitního ročníku na soukromé škole v Olomouckém kraji. Získané výsledky nám poskytly základní přehled o zkušenostech studentů s nealkoholovými drogami a o jejich názorech na vhodné kroky společnosti v řešení drogového problému.

Na závěr této práce uvádíme slova J. Presla (1994, s. 59), která stručně a výstižně charakterizují současný stav drogového problému:

„Smiřme se s tím, že drogy jsou všude kolem nás a těch ilegálních bude stále více a budou stále více vidět. Stát nás neochrání. Jedinou pomocí je si pomoci sami. Znat realitu a její rizika. Umět odmítnout. Umět zvolit menší zlo, pokud je to nutné. Přijmout zodpovědnost za vlastní chování. Zde vidíme klíč k tomu jak omezit působení výše zmíněného faktoru na minimum.“

10 SOUHRN

Cílem předložené práce je porovnání postojů k užívání drog mezi dospívajícími studenty odborného učiliště a studenty maturitního studia. Dílčí cíle jsou reprezentovány výzkumnými otázkami.: Jaké jsou postoje studentů, resp. učňů a maturantů zvláště, k užívání drog z hlediska: připuštění možnosti užití drogy; důvodů vedoucích k užití drogy; podílu uživatelů drog mezi přáteli; postojů k užívání drog a řešení drogového problému, a využití možné podpory v případě problémů?

Vzhledem k věku studentů, kteří zodpovídali předložené dotazy, jsme se podrobněji zajímali o možné související aspekty s drogovým problémem, které jsou charakteristické právě pro období adolescence. Adolescent prochází příslušnými vývojovými etapami a plynulý přechod mezi nimi může být narušen působením kulturních a celospolečenských vlivů. Vznikající specifické vývojové problémy jsou závislé na tom, na jaké momentální úrovni vývoje se jedinec v době působení určitého vlivu právě nachází.

Mladý člověk se nachází v období, které je velice citlivé pro vznik tzv. rizikového a problémového chování, které může i podobu užívání návykových látek. K dalším vlivným prediktorům možného vzniku problémového chování patří předně vliv rodiny daného jedince a nelze opomenout i konkrétní charakter osobnosti dospívajícího. A právě jednotlivé aspekty dospívání v souvislosti s užíváním návykových látek nás zajímaly jednotlivé projevy a názory studentů na jedné škole. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části je uveden stručný přehled historického vývoje užívání návykových látek s následnými poznatky o situaci současné drogové scény. Jsou zde popsány základní pojmy týkající se závislosti a drog vůbec včetně základních preventivních opatření. Jsou zde vymezeny jednotlivé aspekty a charakteristiky týkající se období adolescence i s jejími danými zvláštnostmi. V přímé návaznosti na vznik závislostí jsou popsány příslušné hodnoty a postoje, které se týkají závislých jedinců na návykových látkách.

V praktické části uvádíme výsledky podaných odpovědí celkem 36 studentů: 18 studentů středního odborného učiliště a 18 studentů maturitního nástavbového studia. Složení souboru z hlediska pohlaví bylo 16 mužů a 20 žen.

Příslušné odpovědi jsme získali pomocí modifikované verze dotazníku ESPAD aplikovaného v Mezinárodní výzkumné studii 98', kterou provedlo Sdružení Podané ruce Brno ve spolupráci s Oblastní charitou Jihlava.

Rozdíl mezi sledovanými skupinami studentů podle studijního oboru byl ve výsledcích minimální, výraznější rozdíly byly mezipohlavní. Muži připouštějí zkušenost s jakoukoliv nelegální drogou mnohem častěji než ženy a proto je rozdíl patrně způsoben nerovnoměrným zastoupením mužů a žen v jednotlivých sledovaných oborech.

POUŽITÁ LITERATURA

- BAREŠ, I. Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí. 1. vyd. v českém jazyce. Editor Lenka Šťastná, Matúš Šucha. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010, 48 s. ISBN 978-802-5468-074.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMAN. Základy klinické psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.
- BRICHČÍN, Milan. Mládež - drogy - společnost. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997, 160 s. Studia paedagogica (Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta). ISBN 80-860-3920-X.
- BRUGER W. May governments ever use torture? American Journal of Compare Law, 48, 2000, 661–678.
- BRUNO F. A KOL. Drogy – drogová závislost. Roma 1991.
- CAKIRPALOGLU, Panajotis. Psychologie hodnot. 2., dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009, 376 s. ISBN 978-80-244-2295-4.
- CSÉMY L. A KOL. Životní styl a zdraví českých školáků. Praha 2005, ISBN 80-85121-94-8.
- CSÉMY L., CHOMYNOVÁ P. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy, 1/2012.
- CSÉMY L., SOVINOVÁ H. Kouření cigaret, pití alkoholických nápojů a užívání marihuany mezi českými dětmi školního věku (HBSC). Předběžné výsledky studie HBSC in Mravčík a kol., 2011.
- EMCDDA: Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk, Úřad pro publikace Evropské unie 2011.
- FIŠER S., ŠKODA J. Sociální patologie. Praha, Grada 2009.
- FURST M. Psychologie. Olomouc, Votobia 1997.
- GALLÁ M. A KOL. Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Utrecht (NL), ISBN českého vydání: 80-86734-38-2
- HALL C.S., LINDZEY G. Psychologia osobnosti. Bratislava, SPN 1999.

- HORT, HRDLIČKA, KOCOURKOVÁ, MALÁ A KOL. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha Portál, 2000. ISBN:80-7178-472-9.
- KALINA K. A KOL. Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády České republiky 2003, ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA K. A KOL. Glosář z oblasti drog a drogových závislostí. Úřad vlády České republiky & Filia Nova, Praha 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- KUBÁLEK V. A POLÍVKA L. Drogy a jejich účinky na lidský organismus. Praha 2010, ISBN 978-80-7251-319-2.
- LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D. Vývojová psychologie. Praha, Grada 2001.
- MAHDALÍČKOVÁ J. Trestní odpovědnost pedagogů a žáků. Žďár nad Sázavou 2011, ISBN 978-80-903823-5-0.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha, Portál 2005, ISBN 80-7367-002-X.
- MEČÍŘ J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Praha, Avicenum 1990, ISBN 08-005-90.
- MIOVSKÝ M. A KOL. Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha 2010, ISBN 798-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ M., URBÁNEK T. Nealkoholové drogy 1998. Boskovice, Nakladatelství Albert 1999.
- MRAVČÍK V., PEŠEK R., HORÁKOVÁ M., NEČAS V., CHOMYNOVÁ P., ŠŤASTNÁ L., GROLMUSOVÁ L., KIŠŠOVÁ L., FIDESOVÁ H., NECHANSKÁ B., VOPRAVIL J., PRESLOVÁ I., DOLEŽALOVÁ P., KOŇÁK T. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 Praha: Úřad vlády České republiky 2011, ISBN 978-80-7440-056-8.
- MUSIL J. V. Úvod do sociální psychologie. Olomouc, Vyd. Univerzity Palackého 1996.
- NAKONEČNÝ M. Sociální psychologie. Praha, Academia, 2009, ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEŠPOR K. Středoškoláci o drogách a alkoholu a kouření. Praha, Portál 1995.

- NEŠPOR K., CSÉMY L. Alkohol, drogy a vaše děti. Praha, Sportpropag 1993.
- NUTT D. J., KING L. A., PHILLIPS L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet, 2010, 376(9752), 1558-1565.
- RAHN E., MAHNKOPF C. Psychiatrie. Praha, Grada 2002.
- ROTGERS F. Léčba drogových závislostí. Praha, Grada 1999.
- ŘEHAN V. Závislost na alkoholu a jiných drogách – psych. přístup /skripta/. Olomouc 1994.
- SKÁLA J. A KOL. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha, Avicenum 1997.
- SMOLÍK P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha, Maxdorf 1996.
- SMOLÍK P. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha, Maxdorf 2002, ISBN: 80-85912-18-0.
- SOTOLÁŘ A. A KOL. Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení, Praha, IMV, 2002.
- SOVINOVÁ H., CSÉMY L. Kouření a pití alkoholu v České republice. Praha, Státní zdravotní ústav, 2003.
- SRISURAPANONT M. A KOL. Přehled studií o zvládnutí závislosti na návykových látkách – Systematický přehled o léčbě potíží spojených s amfetaminem. 2001, Centrum Adiktologie, Praha 2010, ISBN 978-80-86620-28-2.
- SZASZ T. Drogy: historie jedné hysterie. Votobia, Olomouc 1997.
- ŠUCHA M. Agresivita na cestách. Olomouc 2009, ISBN 978-80-244-2375-3.
- TYLER A. Drogy v ulicích, mýty, fakta, rady. Praha, Ivo Železný 2000.
- URBAN E. Mládež a drogy. Praha, Ústav zdravotní výchovy 1974.
- VÁGNEROVÁ M. Vývojová psychologie. Praha, Portál 2000, ISBN 80-7178-308-0.
- VÝROST J., SLAMĚNÍK I. Aplikovaná sociální psychologie II. Praha, Grada 2001.
- VÝROST J., SLAMĚNÍK I. Sociální psychologie – Sociálna psychológia. Praha, ISV 1997.

INTERNETOVÉ ZDROJE

VŠE. Hypotézy [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z:

http://nb.vse.cz/kpsr/dokumenty/3ps423/3ps423hypotezy.pptwikipedia.infostar.cz/t/tr/truth_drug.html

ÚŘAD VLÁDY ČR: Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018.

Praha, Úřad vlády České republiky 2011a, ISBN: 978-80-7440-045-2 [online]. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie_web.pdf

ÚŘAD VLÁDY ČR: Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012. Praha, Úřad vlády České republiky 2011b. [online]. [cit.

2012-04-01]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Akcni-plan-realizace-Narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010_2012.pdf

PŘÍLOHA č. 1: Anotace kvalifikační práce

PŘÍLOHA č. 2: Modifikovaná verze dotazníku ESPAD 98´

(následuje na dalších stránkách)