

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ
KOMBINOVANÉ STUDIUM
2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kristýna Chejlavová

**Sociálně patologické jevy na střední škole z pohledu
speciálního pedagoga**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Iva Duksová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER

COMBINED (PART TIME) STUDIES

2013-2015

DIPLOMA THESIS

Kristýna Chejlavová

**Social pathological phenomenon from the professor point
of view at a high school**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Iva Duksová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorka(y)

Poděkování

Považuji za svou milou povinnost na tomto místě poděkovat především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Ivě Duksové za odborné vedení, ochotu a cenné rady při zpracování.

Anotace

Diplomová práce se zabývá sociálně patologickými jevy na střední škole z pohledu speciálního pedagoga. Cílem teoretické části je vysvětlení základních pojmů v této oblasti, seznámení s danou problematikou vybraných sociálně patologických jevů, které se mohou vyskytovat u skupiny mladistvých.

Praktickou část představuje výzkum, který byl uskutečněn pomocí metody dotazníkového šetření, který probíhal na dvou středních školách. Sběr dat byl úzce zaměřen na jeden sociálně patologický jev, a to kouření marihuany. Cílem mé práce bylo zjistit, zda studenti střední školy ve velkoměstě mají četnější zkušenosti s kouřením marihuany než studenti střední školy na maloměstě. Dále bylo zkoumáno, zda četnost výskytu kouření marihuany je vyšší u ročníků prvních či čtvrtých.

Klíčová slova

Agresivita, delikvence, faktory, jedinec, kriminalita, násilí, návykové látky, poruchy příjmu potravy, prevence sociálně patologických jevů, příčiny, psychoaktivní látky, rodina, sociálně patologické jevy, sociální patologie, suicidální jednání, závislost.

Annotation

The thesis explores social pathological phenomenon from the professor point of view at a high school. The objective of the theoretic part is the explanation of the concept, introduction to the difficulty of selected pathologic phenomenon, which can occur at the group of young people.

The practical part deals with the investigation, which was carried out with the questionnaire at two high schools. The data collection was focused on one social pathological phenomenon marihuana smoking. The objective of the thesis was to investigate whether the high school students in the capital city have more experience with smoking marihuana then high school students in small cities. Further, I was investigating whether students from the first year smoke more often than students from the fourth year.

Keywords

Addiction, addictive substance, aggression, causes, criminality, delinquency, factors, family, food processing disorder, individual, prevention of socially pathological phenomenon, psychoactive substance, social pathological phenomenon, social pathology, suicide behavior, violence.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY.....	11
1.1 Příčiny sociálně patologických jevů.....	13
2 VYBRANÉ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY U ŽÁKŮ STR.ŠKOL... 16	16
2.1. Agresivita a násilí.....	16
2.1.1 Příčiny agresivity a násilí.....	18
2.2 Suicidální jednání.....	18
2.2.1 Příčiny suicidálního jednání.....	19
2.3 Zneužívání psychoaktivních látek.....	20
2.3.1 Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek.....	23
2.3.2 Faktory zvyšující závislost na psychoaktivních látkách.....	25
2.3.3 Závislost a škodlivé užívání alkoholu.....	26
2.3.4 Závislost a škodlivé užívání nikotinu.....	28
2.3.5 Závislost na opioidech.....	29
2.3.6 Závislost na kanabionidech.....	30
2.3.7 Závislost na sedativech a hypnotikách.....	31
2.3.8 Závislost na stimulantcích.....	31
2.3.9 Závislost na organických rozpouštědlech.....	32
2.3.10 Závislost na halucinogenech.....	32
2.4 Rodina jako zdroj vzniku sociálně patologických jevů.....	33
2.5 Kriminalita a delikvence.....	34
2.5.1 Faktory zvyšující vznik a rozvoj kriminálního a delikventního chování.....	35
2.6 Poruchy příjmu potravy.....	36
3. UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG JAKO VYBRANÝ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ JEV.....	38
4. PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ.....	41
PRAKTICKÁ ČÁST.....	44

5 VYMEZENÍ ZKOUMANÉHO PATOLOGICKÉHO JEVU	45
5.1 Cíle výzkumu, hypotézy	45
5.2 Sběr dat	46
5.3 Metoda pro sběr empirických dat	46
5.4. Analýza získaných dat.....	47
5.5 Shrnutí praktické části.....	68
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	71
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Mládí je bezpochyby krásným životním obdobím, ale také s sebou přináší fázi hlubokých změn. Můžeme ho označit za období přechodu s rychle se měnícím procesem v oblasti kognitivních, sociálních a psychických změn. V této životní etapě se jedinec musí vypořádat s požadavky, jako jsou sociální a tělesné změny, nová sociální zodpovědnost, vytváření systému vlastních hodnot a norem. Konflikt tohoto úseku života - kdy mladý člověk stojí mezi obdobím dětství (určovaným někým jiným), a dospělostí, kdy začíná přebírat vlastní zodpovědnost. Toto rozporné postavení činí z mladého člověka „osobu okrajových skupin“. Konzumace drog se v této fázi může stát možným vzorkem zpracování citlivých vjemů. Z tohoto důvodu jsem si ke své práci zvolila jako zkoumající populaci právě studenty středních škol, kteří tímto obdobím procházejí.

Diplomová práce je věnována tématu sociálně patologické jevy na střední škole. Jelikož můžeme výskyt sociálně patologických jevů označit v posledních letech za velký problém současné společnosti, bylo mým záměrem přiblížit problematiku vybraných sociálně patologických jevů, které se mohou vyskytovat u žáků středních škol.

V první části jsou popsány jednotlivé vybrané sociálně patologické jevy, jejich příčiny, faktory zvyšující jejich rozvoj a možnosti prevence. V části praktické je mým cílem zjistit, zda četnost výskytu vybraného sociálně patologického jevu je vyšší u žáků střední školy z maloměsta či velkoměsta, a zda má na kouření marihuany vliv věk jedince. K tomuto záměru jsem vypracovala dotazník a získaná data jsem v praktické části zpracovala.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

Jelikož se v celé své práci budu zabývat pojmy týkající se sociální patologie, bylo by určitě na místě si některé z nich představit a vysvětlit.

Sociální patologie

„Mluvíme-li o pojmu sociální patologie (z lat. pathos= utrpení, choroba), nejedná se o samostatný vědní obor. Jde o souhrnné označení nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů.“¹

„Sociální patologie z lat. pathos – utrpení, choroba, (anglicky socialpathology, německy sozialpathologie, francouzsky pathologie sociale) je souhrnný pojem pro označení chorobných, nenormálních, všeobecně nežádoucích společenských jevů. Patří sem i sankcionované formy deviantního chování, rovněž studium příčin jejich vzniku a existence.“²

V přítomnosti je někdy tento termín nahrazován spíše pojmem sociální deviace či sociální dezorganizace. Avšak tyto dva pojmy se liší, jelikož jevy, které jsou deviantní, nemusí být vždy patologické.

„Studiem a popisem těchto jevů se zabývá řada vědních disciplín, především sociologie, psychologie, medicína, etopedie a další. Sociální patologie se tedy zabývá zákonitostmi takových projevů chování, které společnost hodnotí jako nežádoucí, neboť porušují její sociální, morální či právní normy. V současné době je pojem sociální patologie někdy nahrazován pojmem sociální deviace nebo také sociální dezorganizace.“³

„Výraz sociální patologie, používaný někdy jako synonymum pro sociální deviace, považujeme za méně vhodný, protože evokuje organickou analogii, chorobnost určitých typů projevů a aktérů a jejich negativní hodnocení.“⁴

Sociální deviace

¹ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 13. ISBN 978-80-247-2781-3

² MÜHLPACHER, P. Sociopatologie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, s. 53. 194 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-802-1045-507

³ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 14. ISBN 978-80-247-2781-3

⁴ HRČKA, M. Sociální deviace. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 17. ISBN 80-85850-68-0

„Sociální deviace (z lat. deviatio = odchylka, úchylka) je definována jako způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, jež je akceptována většinou populací.“⁵

„Výraz sociální deviace bývá někdy nahrazován pojmem sociální problémy: tento pojem je však širší a obsahuje kromě sociálně deviantních projevů také projevy, které společnosti škodí a ohrožují ji, ale nepředstavují narušení konkrétní normy a nemají konkrétního pachatele.“⁶

Sociální deviace tvoří pouze jednu část z celkového počtu všech deviací. Mluvíme o nich tehdy, týkají – li se sociálních interakcí a vztahů.

Obecně řečeno můžeme za deviaci považovat jakoukoli odchylku od normality. Na rozdíl od sociální patologie, nemusí však být negativního charakteru. V běžném životě a praxi to tak ale většinou je.

Přirozeně býváme každý den svědky porušování různých norem, a přiznejme si, často i my sami některé z nich porušujeme. Je důležité si však uvědomit, že žádná sociální norma nemůže být respektována stejným způsobem. Ve společnosti, ve které se pohybujeme a žijeme, bývá proto stanoven tzv. nepsaný toleranční limit. Ten se samozřejmě mění dobou, ve které žijeme a také dalšími aspekty, jakou je např. sociokulturní úroveň dané společnosti. Nepsaný toleranční limit bychom tedy mohli shrnout tak, že se jedná o míru snášenlivosti k chování a dodržování norem druhými jedinci.

K pojmu sociální deviace se vztahují i některé další termíny.

„Abnormalita – znamená stav nebo hodnotu určité veličiny odchylojící se od stavů a hodnot považovaných na základě stanovených nebo dohodnutých kritérií za normální.“⁷

⁵ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 17. ISBN 978-80-247-2781-3

⁶ HRČKA, M. Sociální deviace. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 17. ISBN 80-85850-68-0

⁷ HRČKA, M. Sociální deviace. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 17. ISBN 80-85850-68-0

1.1 PŘÍČINY SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

Sociálně patologické chování je důsledkem působení řady biopsychosociálních faktorů, které se jeví ve vzájemné interakci.

V teorii příčin vzniku těchto jevů došlo ke třem základním přístupům:

- Teorie, která předpokládá existenci určitých typů lidí, kteří mají tendenci volit chování mimo společenské normy.
- Situační teorie: předpokládá, že některé sociální situace mohou navodit rozvoj sociální deviace.
- Konjunktivní teorie. Je kombinací obou předchozích přístupů.

Teorie, které se pokoušejí vysvětlit příčinu tohoto chování, je mnoho a vycházejí z různých hledisek.

Obecně můžeme zaznamenat tyto tři přístupy:

- biologicko-psychologický
- sociálně psychologický
- sociologický

Biologicko-psychologické teorie:

Příklad dřívějších názorů:

Teorie rozeného zločince-tzv. Lombrosova teorie „Criminal man“.

Ve svém výzkumu došel k závěru, že zločinecké zaměření lze identifikovat na základě měřitelných duševních a především tělesných znaků u degenerované skupiny lidí. Tuto koncepci později zrevidoval a připustil více faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku kriminálního chování.

Mentální retardace jako příčina delikvence

Mentální úrovní vězňených osob se zabývala řada studií. Jako hlavní příčinu autoři zdůrazňují vyšší sugestibilitu mentálně retardovaných osob a sníženou rozumovou kontrolu.

Genetická a adopční studie

Výzkumy nepotvrdily spolehlivě genetickou predispozici k delikvenci.

Sociálně psychologické teorie:

Teorie sociálního učení

Neurotičtí jedinci se silnou extroverzí mají nižší schopnost požadovaného sociálního

učení. Socializace těchto lidí může být z hlediska požadavků normy nedostatečná. To se pak může projevat jejím nerespektováním.

Teorie charakteru a temperamentu

Cloningerova teorie pracuje s vybranými rysy temperamentu a charakteru. Delikventní jedinec je natolik egocentrický, že je mu lhostejná reakce okolí, je lhostejný k hodnocení a ocenění.

Cloninger vyvinul ve druhé polovině 80.let 20.století teorii osobnosti, která je označována jako biologická nebo psychobiologická. Používá tradičních termínů temperament a charakter k označení převážně vrozeného versus sociokulturně získaného obsahu osobnosti. Temperament se projevuje automaticky, v mozku je lokalizován převážně do limbického systému a striata, charakter je vytvářen záměrně v závislosti na individuálních hodnotách a cílech, v mozku je dle Cloningera převážně lokalizován do temporálního kortexu a hipokampu.

Cloninger rozlišuje čtyři dimenze temperamentu:

- vyhledávání nového, je spojováno především s dopaminem
- vyhýbání se ohrožení, je spojováno především se serotoninem
- závislost na odměně, je spojována především s noradrenalinem, dopaminem a oxytocinem

Na základě humánních studií je zdůrazňována role dopaminu.

Přítomnost alely A1 pro D2 receptor vede k nižší hustotě D2 receptorů a tím dochází k nižší dopaminové aktivitě v těch oblastech mozku, které jsou zodpovědné za pocit odměny. Osoby s alelou A1 nejsou uspokojovány těmi podněty, které jinak k uspokojení vedou a proto neustále vyhledávají podněty nové. Na základě studia epidemiologie výskytu alely A1 v souvislosti s psychickými poruchami byl popsán syndrom narušené závislosti na odměně s impulzivním chováním, sklonu k závislosti na psychoaktivních látkách, antisociálními a agresivními rysy osobnosti.

Biologické mechanismy tvořící podklad temperamentových dimenzí jsou vývojově velmi staré. Genetická komponenta pro temperament představuje asi 40-60%.

Teorie odlišného kognitivního stylu

Američtí psychologové sestavili model kognitivních charakteristik pro recidivující delikventy. U těchto osob lze pozorovat: tendenci omlouvat své kriminální chování, chybí

obava z následků jejich činů, pocit privilegovanosti, orientace na moc, sklon k povrchním citům, extrémní forma sebedůvěry, lenost uvažovat, neschopnost trvalejšího názoru.

Sociologické teorie:

Teorie kulturního přenosu

Myšlenkou této teorie je, že deviantní chování je naučené v primárních skupinách a v interakcích s druhými.

Teorie diferenciální asociace

Myšlenkou této teorie je, že lidé se stanou delikventy v důsledku sdružování se s jedinci, kteří jsou jejími nositeli.

Teorie anomie

Bezzákonnost do teorií zavedl Durkheim. Označil tímto pojmem stav společnosti, ve které přestávají platit zákony a to i ve smyslu nejen právním, ale i morálním.

2 VYBRANÉ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY U ŽÁKŮ STŘEDNÍCH ŠKOL

V poslední době zaznamenáváme hojný nárůst jevů, které nazýváme jako sociálně patologické. Hovoříme o rozmanité škále jevů, které jsou pro naši společnost nechtěné, nežádoucí a často i nepřijatelné. Ať už v jakémkoli měřítku, jsou tyto jevy pro společnost, ve které žijeme, svým způsobem nebezpečné. Čím je tato „nebezpečnost“ vyšší, tím roste zájem pro ni hledat vhodná řešení. Pokud by vývoj těchto nežádoucích jevů i nadále vzrůstal, zcela určitě by docházelo k ohrožení evoluce naší společnosti a všech jedinců, kteří v ní žijí. V nadcházející kapitole bude cílem vymezit a stručně popsat jednotlivé sociálně patologické jevy.

2.1 AGRESIVITA A NÁSILÍ

Agresivita a násilí patří v naší společnosti bezesporu do popředí jevů, které se vyskytují v naší společnosti. Díky technologiím, jako je internet, masmédiá a další, se tento jev vyskytuje všude kolem nás a tímto způsobem prezentace se nadále šíří a bohužel i rozrůstá.

Agresivita jako taková je nedílnou součástí každého z nás. Ať už jako jedince, společenské skupiny, tak celé naší společnosti jako celku. Nepříznivě nás ovlivňují média, díky kterým jsme v denním kontaktu s násilnými jevy. A tak vlastně vniká agresivita a násilí do našeho podvědomí a my začínáme mít posunutou míru tolerance.

I když existuje spousta literatury, je obtížné, najít pro pojem agresivita jednu shodnou definici. Můžeme na ni pohlížet v různých významech, což způsobuje určitý zmatek. Jedná se o rozdíl mezi koncepcemi, kdy jedna tvrdí, že agresivita je spontánní pudová tendence (tudíž nepotřebuje vnější podnět), a později s nástupem behaviorizmu, se příčiny agresivity začaly hledat spíše v okolí jedince než v něm samotném.

Můžeme ale říci, že agresivní chování definujeme jako porušování sociálních norem, jako chování, které porušuje práva a omezuje integritu sociálního okolí. Pokud má jedinec

tendenci k násilnému a útočnému chování vůči svému okolí, hovoříme o agresivitě. Agrese pak vyjadřuje i reálný projev takového jednání.

Násilí bývá často za agresivitu zaměňováno, tento pojem se však používá pouze pro lidské jednání a chování. Tradičně je používán v sociologii a ve forezních disciplínách.

Ve spojitosti s agresivitou se také můžeme setkat s pojmem hostilita, což je označení pro nepřátelský postoj vůči sobě a okolí s agresivními projevy chování. Pokud je však míra agresivity „zdravá“, pak hovoříme o asertivitě. Jedná se o schopnost zdravě se sociálně prosazovat, a to společensky přijatelným a potřebným způsobem.

Velmi závažným sociálně patologickým jevem v současné době je šikana, jeden z typů agresivního chování.

Šikanování se odehrává převážně v prostředí relativně uzavřené skupiny, kterou je možno většinou obtížně opustit. Ať už hovoříme o školním prostředí, zájmových kroužcích, rodině či partnerských vztazích. Dříve to byla např. vojna, kde se nejvíce tento patologický jev vyskytoval, dnes je to nejčastěji škola, v některých případech i škola mateřská, což je pro naši společnost varujícím signálem v posunu věkové hranice.

Za šikování je považována systematická agrese, která je zpravidla opakovaná a dopouští se jí jednotlivec či skupina vůči jinému jednotlivci či skupině. Podstatné při tom je, že se nejedná o střetnutí rovnocenných partnerů v konfliktu, ale že oběť šikanování je vůči útočníkovi prakticky bezbranná. Může se jednat jak o násilné fyzické, tak i psychické či verbální.⁸

Typickým prostředím v dnešní době je pro šikanu škola, především třída, jejíž nedílnou a důležitou součástí je pedagog. Ten by měl být k těmto věcem vnímavý, a v případě podezření či jen upozornění na takové chování, by měl situaci ve třídě řádně prošetřit a stanovit také příznačná opatření pro její odstranění.

Žijeme v moderní době plné technických pokroků, které s sebou mimo jiné přináší i negativní dopady na společnost. Ve spojitosti se šikanou je pro nás další hrozbou tzv. kyberšikana.

Kyberšikana je realizována prostřednictvím sociálních sítí, tedy elektronické komunikace. Jde o útočné zasílání sms či e-mailů, vyvěšování urážlivých materiálů (fotky, videa), zakládáním posměšných blogů atd. Jelikož v této době, kdy má skoro

⁸ MUHLPACHER, P. Sociální patologie. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001, s. 25. ISBN 80-210-2511-5

každý z nás přístup k internetu, a dospívající jedinci na něm tráví většinu svého volného času, je tento typ šikany velkým ohrožením pro současnou i budoucí generaci.

2.1.1 PŘÍČINY AGRESIVITY A NÁSILÍ

Příčiny vedoucí k agresivnímu jednání můžeme rozdělit na vrozené (biologické) a získané (sociální). Stejně jako u dalších vrozených předpokladů, každý z nás má i k agresivitě vrozené dispozice.

Biologické dispozice - jedním z biologických faktorů, které souvisejí s vyšší mírou sklonů k agresivnímu jednání u mužů, je hladina testosteronu. Studiem prokázaly, že vysoká hladina testosteronu úzce souvisí s protispolečenským chováním. Nemá však spojitost se sociální a s dosažením úspěchu. Dále bylo zjištěno, že biologické předpoklady souvisí se strukturou a funkcí CNS. Zvýšenou tendenci k agresivnímu chování mohou mít jedinci po vážné nemoci či úrazu. Byla vyzorována také u osob trpících poruchami psychického vývoje a hyperkinetickými poruchami.

Sociokulturní dispozice - sklony k agresivitě nejsou způsobeny pouze biologickými dispozicemi, ale také vlivem sociálních faktorů, zejména sociálním učením. Sociální skupiny, jako je rodina, vrstevníci, party přispívají k získání a rozvíjení vzorců agresivního chování. Neopomenutelný je také vliv společnosti a jejího systému, jako jsou média, politika a různé ideologie. Jedinec může na frustrující situaci reagovat různě. Někdo hledá pomoc u druhého, někdo utíká z reality pomocí drog a alkoholu, u někoho se projeví agrese. Většinou si jedince vybere takový vzorec chování, se kterým se již setkal a který mu v minulosti pomohl nejlépe.

2.2 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ

Suicidium (z lat. suicidium = sebevražda) představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života.

Suicidální chování představuje širší pojem, do kterého můžeme zahrnout veškeré myšlenky, záměry, pokusy a fantazie.

Někteří autoři upozorňují, že přání zemřít nemusí být jednoznačné. Přání zemřít bývá spojeno s různými fantaziemi. Existuje spousta teorií, které se zabývají příčinami sebevražd. Některé teorie kladou důraz na rodinnou situaci v dětství, jiné na vývoj agrese vůči vlastní osobě. Za důležitý faktor se také považuje způsob, jakým je sebevražda spáchána. Rozlišují se na měkčí a tvrdší způsoby suicidálního jednání. Za měkčí označujeme požití léků, tvrdší způsob představuje oběšení, skok z výšky atd.

Suicidiem chápeme souhrnné lidské chování, které má stránku psychologickou, sociologickou a psychologickou. Motiv sebevražedného chování může být různý. Pokud motiv vychází z reality, nazýváme jej biická sebevražda. Jednou z jejích forem je bilanční sebevražda, která se vyskytuje spíše u starších jedinců. S pocitem depresí, úzkostí, schizofrenie nebo například závislosti na alkoholu je spojena patická sebevražda.

2.2.1. PŘÍČINY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

Sklony k sebevražednému počínání mají nejčastěji jedinci, kteří prožívají zátěžové a stresové situace, a mají pocit, že z nich nemohou nalézt žádné východisko. Začnou postrádat smysl života a danou situaci řeší afektogenním způsobem, který spočívá v potlačení pudu sebezáchovy a zánikem vlastního života. Sebevražedné sklony můžeme považovat také jako jednu z forem autoagrese.

Častými příčinami sebevraždy bývá zhroucení interpersonálních vztahů, zvláště intimních, sexuální motivy v širokém smyslu a také změna životních hodnot. Agrese, která vychází z hněvu a zlosti může také vést k suicidálnímu jednání.

Lidé, u kterých nejsou uspokojovány některé z potřeb, většinou se jedná o lásku, sounáležitost, a nebo materiální potřeby, mají tendenci na sebe ve svém okolí upozornit, a tak i v některých případech může být toto strádání důvodem k sebevražednému jednání.

Je dokázáno, že sebevražda je osmou nejčastější příčinou smrti u dospělých a druhou nejčastější u dospívajících jedinců v období mezi 15-24 let. Ve velkém procentu k nim dochází v období jara a podzimu, kdy mají lidé nejsilnější sklony.

Faktory obecně medicínské – mezi faktory, které v této oblasti mají největší riziko k sebevražednému jednání jsou především tělesná onemocnění. Nejkritičtějším obdobím je převážně chvíle, kdy jsou závažné nemoci diagnostikovány. Dále také třetí období

nemoci, kde mohou sehrát roli i sociální faktory- jedinec nechce být své rodině na obtíž, být na nich závislý, a nechce, aby druzí viděli jeho slabost.

Faktory psychické – riziko bývá největší u depresí, těžkých úzkostných poruch, posttraumatických stresových poruch a hypochondrických poruch. Sebevražda může být také v důsledku ztráty blízké osoby – rodičů, dítěte, partnera apod.

Faktory demografické – na základě statistik je možné formulovat i demografické faktory, které představují vyšší riziko sklonů k suicidálnímu jednání v určitých skupinách společnosti. Dle věku se dá rozdělit na období adolescence, mladší dospělost a vyšší věk. Ve všech věkových kategoriích je výrazně vyšší počet suicidií mužů než žen.

Faktory sociální – nejčastěji jsou uváděny neuspokojivé sociální vztahy, dysfunkční rodina, rodina bez otce, násilí v rodině, ztráta sociálních vazeb jako je migrace a emigrace, ekonomické faktory jako je nezaměstnanost

2.3. ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Za psychoaktivní látku se považuje každá látka, která ovlivňuje psychickou činnost. Některé psychoaktivní látky vyvolávají závislost a tehdy hovoříme o látkách návykových.

Návykovou látkou označujeme každou chemickou látku, která mění psychický stav jedince a má schopnost vytvořit si na ni návyk a závislost.

„Závislost je stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká při opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.“⁹

„Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi více cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“¹⁰

⁹ GOHLERT, CH., KUHN, F. Od návyku k závislosti. 1.vyd. Praha: Euromedia group, k.s.- Ikar, 2001, s. 20. ISBN 80-7202-950-9

¹⁰ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, s. 14. ISBN 80-7178-831-7

Zpravidla rozlišujeme dva typy závislostí – fyzickou (somatickou) a psychickou.

Do fyzické závislosti řadíme nepříjemné tělesné symptomy jako je třes, křeče, pocení, průjem v případě vynechání nebo rapidního snížení pravidelné dávky návykové látky. Fyzická závislost přetrvává zpravidla jen několik dní. Psychickou závislostí označujeme touhu po opakovaném navození příjemných duševních pocitů, přičemž její délka trvání je podstatně delší. Často jsou však příznaky komplexnějšího charakteru, a tehdy mluvíme o závislosti psychosomatické.

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jsou jako psychoaktivní látky označeny právě takové látky, které vyvolávají závislost. Uvedeme si zde rozdělení do 10 skupin psychoaktivních látek, jejichž zneužívání může vést k rozvoji duševních behaviorálních poruch.

1. F10.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním alkoholu
2. F11.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním opiodů
3. F12.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kanabiodů
4. F13.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
5. F14.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním kokainu
6. F15.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)
7. F16.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním halucinogenů
8. F17.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním tabáku
9. F18.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním těkavých organických rozpouštědel
10. F19.- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Různé přírodní látky nebo léky mohou mít taktéž psychoaktivní účinky a mohou být zneužívány, avšak při jejich užívání nedochází k rozvoji závislosti a souvisejících abstinčních příznaků, jako je tomu u výše uvedených látek.

V každém sociokulturním prostředí může být k určitým látkám odlišná míra tolerance. Je na místě si uvést tři kategorie psychoaktivních látek z pohledu legislativy.

- 1) Řada psychoaktivních látek se používají jako medikamenty nebo jsou jejich součástí. Např. v oblasti tlumení bolesti, navozování bdělosti, při poruchách nálady, zmírňování úzkostí jsou známy a využívány jejich účinky. Ve vyspělejších zemích představují léky s obsahem psychoaktivních látek až třetinu veškerých proskribovaných léčiv.
- 2) Druhou kategorií je nezákonné užívání psychoaktivních látek. Mnoho zemí postavilo v rámci mezinárodních úmluv mimo zákon užívání opiátů, hašiše, halucinogenů, kokainu a jeho derivátů, mnoho stimulantů, hypnotik a sedativ. Některé země považují za nelegální i požívání alkoholu, inhalačních látek, některých léčiv atd. Fakt, že je užívání těchto látek nelegální, svým způsobem přispívá k tomu, že se pro uživatele stává atraktivnější.
- 3) Třetí kategorií jsou psychoaktivní látky, jejichž užívání je legální. Nejčastěji jsou dostupné v běžných výrobcích, zejména v poživatinách. Jejich účel je pestrý, nemusí být nutně spojen s účinkem dané psychotropní látky, která je ve výrobku obsažena. Některé alkoholické nápoje, jako např. grog, je spojen spíše se zahřátím, např. pivo nebo vinný střík přikládáme k uhašení žízně. Je však nezbytné zde uvést, že ačkoliv jsou tyto výrobky s obsahem psychoaktivních látek používány s jiným záměrem, nelze se vyhnout jejich účinkům, které bezesporu působí na psychiku člověka.

To, jaké je z pohledu legálnosti pojetí těchto výrobků v naší společnosti můžeme přikládat spíše historickým a sociokulturním souvislostem. Vezmeme-li to z lékařského hlediska, je dokázáno, že v současné době nepředstavuje např. alkohol o nic menší nebezpečí než tzv. tvrdé drogy a naopak tyto "legální drogy" přináší větší počet úmrtí než je tomu u ostatních psychoaktivních látek dohromady. Je tedy možné, že do budoucna bude náš pohled a přístup na zmiňovanou kategorii psychoaktivních látek odlišný.

2.3.1. PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

„Porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou či nejsou předepsány lékařem.“¹¹

Důvodem k užívání psychoaktivních látek bývá většinou to, že lidé potřebují nějakým způsobem povzbudit, navodit radostné pocity nebo zmírnit případnou bolest. Často přitom náš vlastní požitek nemusí být iniciován působením psychoaktivní látky. Jistě také všichni známe situace, kdy chceme mít pocit sounáležitosti s našimi známými a kamarády a mezi nejobvyklejší situace patří právě to posezení u piva, či vína. Nicméně i v těchto chvílích, kdy našim motivem je setkání s přáteli, podvědomě rozhodujeme o konzumaci alkoholického nápoje.

Celá řada faktorů rozhoduje o účincích a míře škodlivosti jednotlivých psychoaktivních látek. Zejména je to délka doby působení, která úzce souvisí s počtem jejich užití. U etanolu obsaženého v alkoholických nápojích je rizikem jaterní cirhóza, ke které postupně dochází. Škodlivost psychoaktivních látek se dále odvíjí od forem a prostředků, jakým je psychoaktivní látka dostávána do těla. U tabákových výrobků není škodlivost dána účinkem nikotinu, což je účinná psychoaktivní látka obsažená v tabáku, ale především dehtem a nikotinem, které se při kouření cigaret uvolňují.

V případě kombinace psychoaktivních látek se jejich škodlivost zvyšuje. Např. pokud je užíván heroin nebo některý z dalších opioidů současně s alkoholickými nápoji.

Hlavní škodlivé účinky psychoaktivních látek můžeme rozdělit do čtyř kategorií:

- 1) *Akutní či krátkodobé stavy. Jedná se o intoxikace následující po užití psychoaktivní látky, které můžeme charakterizovat jako přechodné změny ve fyziologických, psychických a behaviorálních funkcích. Tyto změny jsou individuálně podmíněné, neboť tolerance vůči látce, okolnosti jejího požití a specifčnost následků mohou být různé.*

¹¹ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 90. ISBN 978-80-247-2781-3

- 2) *Chronická zdravotní poškození. Vznikají dlouhodobějším užíváním psychoaktivních látek. Jedná se např. jaterní cirhózu rozvinutou vlivem konzumace alkoholu, karcinom plic či rozedmu plic vlivem inhalování cigaretového kouře, AIDS i hepatitidu typu C přenesené prostřednictvím injekčních jehel při intravenózní aplikaci opioidů.*
- 3) *Akutní sociální důsledky. Jsou bezprostřední reakcí společnosti na zneužívání psychoaktivních látek jedincem. Patří mezi ně například ukončení či přerušování vztahu s jinou osobou či osobami, zatčení, uvěznění.*
- 4) *Chronické sociální důsledky. Jsou spojeny s chronickými sociálními problémy, které se váží na rodinný a profesní život jedince. Mohou vyústit v rozpad rodiny, nezaměstnanost, kriminalizaci atd. ¹²*

Je na místě říci, že oba dva zmíněné typy sociálních důsledků jsou velice závažné, jak v případě nelegálních drog, tak i těch legálních. Bohužel jsou však velice špatně měřitelné a objektivizovatelné.

Abychom mohli stanovit užívání látky jako škodlivé, musí být znatelný důkaz o tom, že příčinnou somatického či psychického poškození je opravdu daná látka a že doba poškození trvá minimálně jeden měsíc, či k němu dochází během jednoho roku opakovaně.

„Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. Syndrom závislosti se projevuje pro něj specifickými příznaky, ke kterým musí docházet po dobu jednoho měsíce, nebo opakovaně v průběhu kalendářních měsíců. Typická je touha získat látku, následné obtíže spojené s užíváním, zvýšená tolerance a odvykací syndrom, v některých případech somatického charakteru.“¹³

¹² FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie : Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 92. ISBN 978-80-247-2781-3

¹³ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie : Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s. 93. ISBN 978-80-247-2781-3

2.3.2. FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ ZÁVISLOST NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Ke vzniku a rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách mohou vést různé biologické a sociální faktory. Rozdělíme si je do čtyř kategorií:

1) Genetické predispozice

Nebylo jednoznačně prokázáno, že by existovaly specifické genetické údaje, které by jednoznačně ovlivňovaly sklony k závislostnímu chování. Jedná se vždy o komplexní poruchu, na které se podílí více faktorů. Většinou je to genetická výbava spojená s prostředím, ve kterém jedinec žije. Tato problematika je nejvíce zkoumána ve spojení s alkoholem. Studie prokázaly, že jedinci z rodin, kde je otec alkoholik, mají desetkrát vyšší pravděpodobnost vzniku závislosti na alkoholu. Co se týče alkoholu, je tedy jasné, že dědičné dispozice mají vliv na vývoj závislosti. Poukazuje se však na to, že to je zapříčiněno chybějícím genem, který v mozku vyvolává příjemné pocity.

2) Biologické predispozice

Užívání psychoaktivních látek může být ovlivněno fyziologickými procesy. Jak víme, každý z nás je jiný, každé tělo je jinak stavěné a náš organismus reaguje odlišně na různé podněty. Někomu požití látky způsobuje příjemné pocity, jinému zase naopak. U jedinců, kteří nemají obtíže se zpracováním látky, snesou častější a vyšší dávky, je rychlejší a snazší vývoj závislosti.

3) Psychické faktory

Osobnostní rysy ovlivňují pravděpodobnosti vzniku a rozvoje závislosti. Mnozí jedinci mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové zážitky nebo riskantní situace. Sklony k závislostem mají většinou lidé s emoční labilitou a disociální poruchou osobnosti. Často bývá závislost sekundárním problémem, a to u jedinců s psychickým onemocněním, duševní poruchou. V tomto případě bývá pravděpodobnost výskytu závislosti na psychoaktivních látkách až 2-3 vyšší. Není zatím objasněné, zda duševní porucha vede k užívání psychoaktivních látek, či zda užívání psychoaktivních látek vede k rozvoji duševního onemocnění.

4) Sociální faktory

Sociální a kulturní prostředí, ve kterém jedinec žije, je úzce spjato s psychologickými, genetickými a psychickými predispozicemi. Mezi významné sociální faktory, které ovlivňují sklony k závislostnímu chování, patří:

- rodina a její vliv
- tzv. sociální skupina (parta, subkultura)
- životní prostředí
- sociální konformita
-

2.3.3. ZÁVISLOST A ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Alkohol je v dnešní době nejrozšířenější užívanou psychoaktivní látkou. Naše společnost akceptuje užívání alkoholových nápojů a spolu s cigaretami je i propagován v různých reklamních kampaních. Ve většině částí světa je běžně dostupný, a i přes své negativní účinky je využíván při nejrůznějších formálních, neformálních a i náboženských příležitostech. Nadměrné užívání alkoholu ničí nejen zdraví jedince, ale hluboce zasahuje i do jeho soukromého života, především rodiny.

Hlavní složkou alkoholu je etanol, který se vyrábí kvašením rostlinných produktů a případně následnou destilací. Za fyziologické účinky, které vyvolává požití alkoholu, není zodpovědný etanol, ale acetaldehyd, který vzniká v organismu při oxidaci etanolu. Symptomy, jako pocit horka, zčervenání v obličeji, zrychlená srdeční činnost, zvracení, bolesti hlavy atd. má na svědomí právě on.

Jedním z důvodů užívání alkoholických nápojů, je také stres, který je typickým znakem pro dnešní dobu. Lidé jsou pracovně vytížení, mají starosti se splácením hypoték, berou si všelijaké půjčky, aby zajistili rodinu a mohli si dovolit žít si na úrovni. Je dokázáno, že je souvislost mezi účinkem alkoholu a tvorbou endorfinů. A tak alkohol většině lidí přináší jakési psychické uvolnění, které vyhledávají po náročných dnech.

U dospívající populace je užívání alkoholických nápojů spojené spíše s večírky, diskotékami a podobnými akcemi, kterých se mladí lidé účastní. Nebo když nastoupíte na střední školu, u jaké jiné příležitosti poznáte své vrstevníky a spolužáky, než když s nimi po vyučování zajdete na pivo či víno. Když s nimi nepůjdete, ztrácíte šanci je poznat a svým způsobem se s nimi sblížit a zapadnout do kolektivu. Navíc je

pravděpodobné, že vás označí za divného jedince a budou se vás stranit. Alkohol většině lidem dodává sebevědomí a sebejistotu, a tak ho spousta lidí používá jako prostředek k seznámení. Na akcích pro mladou generaci (zvláště pro ty, kteří nemají zdravé sebevědomí) jim alkohol dodává sebedůvěru, aby oslovili a navázali kontakt se svým protějškem.

To, že jdete se svými spolužáky, vrstevníky či protějšky na skleničku však ještě neznamená, že jste na alkoholu závislí. Může to být však počátek rozvoje.

E.M.Jellinek popsal rozvoj závislosti na alkoholu ve čtyřech následujících fázích:

1) *„Stadium počáteční, prealkoholické – jedinec si uvědomuje, že pije odlišně než druzí, a že mu alkohol přináší úlevu od jeho problémů. Proto zvyšuje množství i četnost frekvence pití.*

2) *Stadium prodromální, varovné, které je charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu. Je to zvyk, stoupající potřeba, narušená kontrola nad množstvím a pitím. Za své pití se začíná stydět, objevují se okénka, dochází k výčitkám či racionalizacím. Toto stádium zhruba odpovídá škodlivému užívání.*

3) *Stadium rozhodné, kruciólní – tolerance stoupá, v důsledku časté konzumace narůstají konflikty (i se zákonnými normami), tzv. okénka jsou spojena téměř s každou konzumací, nad pitím již chybí jakákoli kontrola. Často bývá postižený jedinec přesvědčen, že „kdyby chtěl, mohl by přestat“, ve skutečnosti potřebuje alkohol již téměř denně, dává přednost společnosti lidí, kteří také pijí. V této fázi dochází ke změně osobnostních vlastností, ke změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů, k rozpadu interpersonálních vztahů.*

4) *Stadium terminální, konečné – odpovídá nejvíce syndromu závislosti, tolerance se začíná snižovat, alkoholik se rychle opije, zároveň ale není schopen bez alkoholu vydržet. Konzumace je nepřetržitá, objevují se somatické a psychické poruchy, sociální interakce s okolím je narušena závažným způsobem. Postižený si již mezi lidmi nevybírání, je schopen být s každým, kdo s ním pije. Tato fáze je typická stavu bezmocnosti, kdy si dotyčný uvědomuje svoji neschopnost závislost zvládnout. Má potíže, když pije, i když nepije. Postupně dochází k fyzickému i psychickému chátrání a sociálnímu úpadku. Úpadek lze*

charakterizovat jako debakl, postižený není schopen fungovat ani s alkoholem, ani bez alkoholu.“¹⁴

2.3.4 ZÁVISLOST A ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ NIKOTINU

V populaci od 15- 19 let je jistě nejrozšířenějším sociálně patologickým jevem právě užívání nikotinu v podobě tabákových cigaret. Před pár lety dospívající experimentovali s tabákovými výrobky právě v období patnáctého roku, kdy nastupovali na střední školu. Dnes už je tomu bohužel jinak. Dnes vidíte na zastávkách 10-12- ti leté děti, jak drží v ruce cigaretu a ještě vůbec nemají problém s tím, že by je u toho někdo viděl. Na otázku proč kouřit, většina mladistvých odpoví, že je to z nudy, že chtějí vyzkoušet něco jiného, že chtějí zapadnout mezi své vrstevníky apod. U adolescentů asi jen velice těžko vymezíme hranici mezi závislostí a návykem. Někteří užívají látku jen experimentálně, při nějakých příležitostech, u některých bohužel experimentování postupně přechází v závislost. Kouření pak výrazným způsobem může narušit psychosociální a fyzické zdraví jedince.

„Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku. Užívání nikotinu jako psychotropní látky je vázáno na tabák, resp. na jeho kouření.“¹⁵

Nejrozšířenějším způsobem intoxikace těchto chemických sloučenin je kouření cigaret. Nejvýraznější psychoaktivní látkou je nikotin, který způsobuje změny nálad, redukuje stres a zvyšuje výkon jedince. Kouření cigaret také potlačuje chuť k jídlu, redukuje úzkostné stavy a projevuje zvýšenou koncentraci.

Nikotin ale není tou látkou, která by nejvíce škodila lidskému organismu. Hlavní zdravotní problémy jsou spojeny s inhalací oxidu uhelnatého a dehtových látek, které vznikají při kouření tabáku a šlukováním se dostávají až do plicních sklípků. Nicméně touha po kouření cigaret může být vyvolána i jinými faktory, např. vlivem reklamy na

¹⁴ SKÁLA, J., a kolektiv. Závislost na alkoholu a jiných drogách. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1987, s. 42. ISBN 08-077-87

¹⁵ Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy: otázky a odpovědi. 1.vyd.Praha: Portál, 2007, s. 142. ISBN 978-80-7367-223-2

tabákové výrobky, a nesmíme opomenout ani sociální faktor jako je společnost kouřících přátel, kouření v rodině apod.

Riziko je především v poškození dýchacích cest, které má za následky recidivující záněty horních cest dýchacích, zhoubné nádory, především plic. V srdečně cévním systému se postižení objevují v podobě infarktů myokardu a zásobení dolních končetin krví. Kouření má ale i negativní vliv na pokožku, plodnost, potenci. Ohrožení jsou také nekuřáci, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem.

Kouření cigaret je celosvětově prakticky všudypřítomnou aktivitou. Rozšiřuje se velice rychle především v rozvojových zemích. V rozvinutých zemích kouří v současné době 35% mužů a 22% žen, u rozvojových zemí je to 50% mužů a 9% žen.

Nikotin, v podobě tabákových cigaret vyvolává velice silnou psychosociální závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká závislost i fyzická.

Abstinenční příznaky se projevují podrážděností, nepřátelským chováním, úzkostí, depresemi a zvýšenou chutí k jídlu. Tyto příznaky však můžeme snížit podáváním čistého nikotinu v podobě žvýkaček, náplastí, kapek, atd.

2.3.5 ZÁVISLOST NA OPIOIDECH

Opioidy – v českém jazyce je spíše používaný termín – opiáty. V této skupině patří k zneužívaným látkám především opium a morfin, a dále také jejich deriváty – heroin, braun, pethidin, metadon atd. Látky, které jsme zde uvedly, vyvolávají velice silnou a rychlou závislost, a to jak psychickou, tak i somatickou.

Požítí opiátů vyvolává stavy a pocity uvolnění, útlumu, způsobují uživatelům omezení funkcí paměti, myšlení, pozornosti, a také dochází ke zpomalení poznávacích funkcí. Při prvním požití opiátů mohou mít jejich uživatelé i nepříjemnou zkušenost, která je doprovázena zvracením a nauzeou. Obvykle však tyto látky mají euforické účinky. Později dochází k celkové otupělosti organismu, odvykací stavy s sebou přináší úzkosti, pocení, nervozitu, nespavost, neklid, strach, podrážděnost, zvýšený krevní tlak, zrychlení srdeční činnosti a také svalové křeče, které mohou být až nesnesitelné. Opakované

užívání opiátů vyvolává v mozku drastické a mnohdy nevratné změny. Následkem je snížená citlivost vůči účinkům ostatních drog, analgetik atd.

Postup při léčbě závislosti na opiátech, vzhledem k tomu, že tyto skupiny látek vyvolávají nejtěžší závislosti, je velice propracovaný a má dlouhou tradici. Podstatou je tzv. substituční léčba, jejímž základem je řízené podávání předepsaných psychoaktivních látek, které jsou příbuzné s látkou, na níž vznikla závislost. Vše probíhá pod lékařským dohledem. Jedná se o léčebný postup, který není nijak časově omezen a který se používá před splněním konečného cíle, tj. trvalá a důsledná abstinence. Tato udržovací terapie zlepšuje pacientův somatický a psychický stav. Substituční látka se podává jiným způsobem než nitrožilně, a to v množství, které efektivně potlačují pacientovi odvykací příznaky a umožňují zlepšit jeho kvalitu života.

2.3.6 ZÁVISLOST NA KANABINOIDECH

Hlavní psychotropní složkou je látka označována tetrahydrokanabinol (THC). Marihuana a hašiš, které se z rostliny získávají, patří mezi nejvíc užívané nezákonné drogy na světě. Při konzumaci (nejčastěji kouření) dochází ke stavům euforie a psychického uvolnění. Někteří jedinci nepovažují užívání marihuany za škodlivé, dokonce je považováno za méně nebezpečné než užívání alkoholu. U pacientů s onkologickými onemocněními a s AIDS byl studiem zjištěn léčebný účinek.

Požítí látky se projevuje zpomaleným vnímáním času a zostřením smyslového vnímání. Typickým pocitem je také vyšší sebedůvěra a zvýšená tvořivost, která však není spojena se skutečným zlepšením výkonu. Následkem bývá porucha krátkodobé paměti a psychomotorické koordinace. Dále se v příznacích uvádí zvýšená chuť k jídlu a snížená citlivost při bolesti.

Tolerance vůči kanabinoidům se vyvíjí velice rychle, abstinenci příznaky nebývají výrazné a jsou jen ojedinělé. Závislost bývá pouze psychická, somatická nebyla zatím prokázána. I když neexistuje úplně jasná souvislost, při dlouhodobém užívání jsou charakteristické poruchy pozornosti, soustředěnosti a rychlosti při zpracovávání informací. Při užívání kanabinoidů se za největší riziko považuje odblokování zábran přestupu k užívání tzv. tvrdých drog.

2.3.7 ZÁVISLOST NA SEDATIVECH A HYPNOTIKÁCH

Užívání celé řady léků, které spadají do této skupiny je velice rozšířené. Patří mezi ně například Diazepam, Rohypnol, Neurol, Xanax a další. Při požití těchto látek v malé míře mívá jedinec zhoršení kognitivní funkce je spavý a má sníženou motorickou koordinaci. Užívání je velmi nebezpečné při vysokých dávkách může dojít i k úmrtí.

Závislost bývá psychická i somatická, abstinenční příznaky mívají pestrou škálu symptomů zejména bolest hlavy, zvracení, úzkosti, nervozita, nespavost atd. Především díky příjemným a utěšujícím efektům se vyvíjí tolerance u sedativ a hypnotik.

2.3.8 ZÁVISLOST NA STIMULANCIÍCH

V České republice patří mezi nejzávažnější závislosti užívání metamfetamynu (pervitin), který se vyrábí z Efedrinu. Mezi stimulantia řadíme amfetamin, fenmetrazin a dexfenmetrazin. Také můžeme zařadit kofein avšak jeho psychoaktivní účinky jsou diskutabilní. Stimulantia všeobecně zvyšují pozornost a výkonost, prodlužují dobu bdělosti a nastává euforie veselí. Díky těmto příznakům jsou stimulantia často zneužívána jako dopink. Nejohroženějším segmentem je především mládež, která využívá těchto drog v době vysokých požadavků na výkon, například v časovém stresu, při učení na zkoušky ale také třeba při sportovních nebo tanečních akcích.

Někteří jedinci zejména dívky sáhnou po stimulantích z důvodu jejich tlumící chuti k jídlu. Pervitin se užívá šňupáním nebo nitrožilně. Biologická závislost na pervitinu nebyla prokázána. Při dlouhodobém užívání se však objevují problémy se spánkem, zvýšený krevní tlak a dochází k závažným psychickým poruchám. Tolerance na látku se vytváří zejména pokud jde o potlačení chuti k jídlu, nespavost a euforii.

Odvykací syndrom má bohatou řadu symptomů především je to nervozita, nespavost, závratě, třes a panika.

2.3.9 ZÁVISLOST NA ORGANICKÝCH ROZPOUŠTĚDLECH

U těchto látek bývá užíván především toluen, dále pak aceton, chloroform, tetrachlorethan atd. Tato skupina látek je velice nebezpečná. Jejich cena je nízká, dostupnost snadná avšak jejich užívání má závažné psychické i somatické dopady. Díky její dostupnosti jsou rozpouštědla často zneužívána dětmi a mládeží. Inhalují se a to buď přímo nebo z hadru napuštěného rozpouštědlem. Účinky těchto látek mohou připomínat účinky alkoholu. Po inhalaci velice rychle nastupují dezorientace, závratě a euforie. Dochází i ke zlepšení nálady a někdy také k halucinacím. Výskyt tolerance nebyl dosud jednoznačně prokázán, stejně tak nejsou stanoveny ani odvykací příznaky. Při dlouhodobém užívání však může dojít k nezvratným poruchám, jako je psychóza, epilepsie a demence.

2.3.10 ZÁVISLOST NA HALUCINOGENECH

Jedná se o skupinu látek, která je různorodá a pro kterou je typická vlastnost vyvolat deformaci vnímání a změnit myšlenkové pochody. V dnešní době je známo asi sto padesát rostlin, které mohou být využity jako halucinogenní prostředky. Účinné látky těchto rostlin mají za úkol povzbuzovat centrální nervovou soustavu. Významnou roli hrály i v minulosti, kde byly označovány jako božské rostliny, právě díky těmto vlastnostem. Halucinace jsou často jen vizuální, mohou působit na jakýkoli smysl, mění vnímání času i obklopujícího světa. Po požití těchto látek bývá zvýšený srdeční tep, tělesná teplota a krevní tlak. Způsobují také nekoordinovanost a neklid motorických funkcí.

Účinky bývají značně individuální. Tolerance se vyvíjí jak po stránce somatické tak i psychické.

2.4 RODINA JAKO ZDROJ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

„Rodina je primárním činitelem socializace v raném dětství a od té doby má trvalý a významný vliv na vývoj a na sebepojetí jedince.“ (Děti a mládež v obtížných životních situacích, Richard Jedlička a spol.,str.36)

Rodina je jistě nejdůležitější sociální skupinou, ve které jedinec žije. K uspokojování psychických, fyzických a sociálních potřeb by mělo docházet právě v ní. Již od narození hraje primární roli ve vývoji jedince a má významný podíl na tom, jaký člověk z jedince vyroste.

„Primární funkce rodiny spočívá v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte.“¹⁶

Jsou vlastnosti, které máme zakotvené již od narození, ale většinu z nich si vytváříme postupem času a právě díky prostředí, ve kterém žijeme. Říká se, že člověk je po narození tzv. tabula rasa, deska nepopsaná, a že prostředí, ve kterém vyrůstáme tuto tabuli popisuje. A tím nejpodstatnějším je právě rodina.

Účinek na formování osobnosti dítěte má bezesporu výchovný styl rodičů.

Výchovné rodičovské styly se dají v podstatě rozdělit do tří základních skupin:

1) Autoritářský

- rodiče vycházejí z přesvědčení, že poslušnost patří do základních ctností dítěte
- rodiče jsou dominantní, striktní, chladní, přísní, netolerantní k reakcím dítěte
- očekávají, že dítě udělá, co oni řeknou a to bez diskuzí
- komunikace se vyznačuje nejasností a nařizujícím charakterem

2) Liberální

- rodiče považují za ctnost svobodné vyjádření dítěte
- mají tendenci se vyhýbat disciplíně a konfrontacím
- dětská přání a potřeby jsou pro ně na prvním místě
- tento styl se vyznačuje ústupností a shovívavostí
- důsledkem tohoto pasivního přístupu někdy bývá citová plochost a opožděný vývoj dítěte

¹⁶ JEDLIČKA, R, a kolektiv. Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Themis, 2004, s. 38. ISBN 80-7312-038-0

4) Autoritativní

- nachází se uprostřed mezi dvěma uvedenými extrémy
- tento styl bývá neoptimálnější
- očekávají, že dítě bude respektovat domácí řád, ale povzbuzují ho, aby vyjádřilo své mínění
- přistupují k dětem zodpovědně, s vážností, akceptují jeho autonomii a jsou vřelí
- děti i rodiče mají vyvážená práva

To, v jaké rodině jedinci vyrůstají a jakým stylem je rodiče vychovávají má podstatný vliv na jejich chování a jejich životní postoje. V případě, že rodina neplní všechny své funkce, její styl je nepřiměřený, nebo se rodina z nějakých důvodů nemůže či nechce starat o dítě, může se právě to stát zdrojem případného negativního vývoje, poruch chování a vzniku a rozvoje sociálně patologických jevů.

2.5 KRIMINALITA A DELIKVENCE

Kriminalita a delikvence patří bezesporu k nejzávažnějším a pro společnost nejnebezpečnějším nežádoucím jevům. Jelikož má delikvence a kriminalita vysoký stupeň nebezpečnosti pro společnost, stává se tak tématem, kterému je věnována zvýšená pozornost. Je zejména zaměřena na racionální řešení tohoto problému, ke kterému patří ochrana společnosti a dále také způsob a cíl zacházení s kriminálními delikventy. Otázkou kriminality se zabývá mnoho vědních disciplín, avšak všechny mají jeden společný cíl, a to snahu, aby došlo ke změnám. Hledají specifické postupy, jak dosáhnout korekce ve vzorcích chování, které s uvedenými jevy souvisejí.

„Kriminalitu (z lat. criminalis - zločinný, crimen – zločin) můžeme definovat jako výskyt chování, které je v dané společnosti trestné. Jedná se o souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti vyskytly a vyskytují. Jedná se o činy a chování sankcionovatelné podle trestního zákona, a to jak zjevné, tak latentní.“¹⁷

¹⁷ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s.156. ISBN 978-80-247-2781-3

„Delikvence (z lat. delinquere – provinít se) je z hlediska společensky nepřijatelného chování širší pojem. Jedná se o chování, které se týká nejen kriminality. Zahrnuje také činy, které nejsou tzv. jinak trestné. Patří sem například přestupky, dále trestná činnost osob ve věku mladším než 15 let, kdy nelze trest z důvodu věku uložit. Velmi často bývá delikvence používána v souvislosti s nežádoucím a nepřijatelným chováním dětí a mládeže. V případě mladistvých se také užívá pojem juvenilní delikvence.“¹⁸

2.5.1 FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ VZNIK A ROZVOJ KRIMINÁLNÍHO A DELIKVENTNÍHO CHOVÁNÍ

Biologické faktory- prvním biologickým faktorem je pohlaví, kde je dokázáno, že muži se kriminálního a delikventního chování dopouštějí častěji než ženy. Důvodem je uváděno, že muži mají větší sklony k agresivnímu a sociálně dravému jednání, a také svou roli hraje mužský pohlavní hormon testosteron. Dalším významným činitelem se uvádí věk jedince a to ve spojitosti s tím, že delikventního a kriminálního jednání se dopouští převážně mladí lidé. Značná část vězeňské populace se pohybuje okolo 26 let.

Psychické faktory- dlouhodobě je velká pozornost věnována úrovni mentálních schopností. I když mezi delikventy naleznete osoby s inteligencí na stupnici od mentální retardace až po genialitu, je dokázáno, že kriminálního a delikventního jednání se všeobecně dopouštějí jedinci, jejichž rozumová schopnost je nižší. Také jedinci s poruchami osobnosti mají vyšší sklony k tomuto druhu chování. Jedná se především o poruchy související s odchylkami ve vztahu jedince k druhým, ke společnosti a jejím normám, potom také poruchy spojené s emocionalitou. Svůj význam mají také vrozené dynamické vlastnosti osobnosti.

Sociální faktory- rodina, jako primární sociální skupina, je považována za nejvýznamnější sociální faktor z hlediska vyšší pravděpodobnosti vzniku kriminality a delikvence. Vyjmenovat veškeré různorodé jevy, které mohou mít souvislost s negativním vývojem jedince není možné, ale společným jmenovatelem je vhodný výchovný vliv rodiny a rodinné vztahy. Dalším vyskytujícím se faktorem je negativní

¹⁸ FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, s.156. ISBN 978-80-247-2781-3

vliv vrstevníků či nějaké party, který značně ovlivňuje tendence k asociálnímu a antisociálnímu jednání. Často se jedná o kombinaci s negativním rodinným vývojem. Také dosažená úroveň vzdělání je faktorem přispívajícím k tomuto druhu chování.

2.6 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Neměli bychom opomenout uvést sociálně patologický jev, který je v současné době velkou hrozbou pro dospívající mládež, především dívky. Jedná se o poruchy příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii a bulimii. Mezi hlavní a společné charakteristické rysy těchto poruch patří nespokojenost se svým tělem, strach z tloušťky a vytrvalé snížení hmotnosti.

Mentální anorexie - latinsky anorexia nervosa, z řečtiny an – zbavení, nedostatek; orexis – chuť) je duševní nemoc spočívající v odmítání potravy a zkreslené představě o svém těle. Spolu s bulimií se řadí mezi tzv. poruchy příjmu potravy.¹⁹

Mentální anorexie se u dívek začíná projevovat zpravidla mezi 14 – 18 rokem, ale může to být i dříve či později. Většinou bývá spouštěčem nějaká nová životní situace či událost, se kterou se daný jedinec nemůže vypořádat. Např. úmrtí v rodině, rozvod rodičů, přechod na novou školu atd.

Jedinec, který trpí touto poruchou úmyslně snižuje svoji hmotnost, a to snížením příjmu potravy a tekutin, ale také zvýšeným výdejem energie (cvičení).

Mentální anorexie se vyskytuje převážně u žen, ale jsou i případy, kdy onemocněli muži. Nejrizikovější skupinou jsou mladé dívky, často ty, na které jsou kladeny vysoké nároky, ať už ve škole či doma.

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná především opakujícími se záchvaty přejídání spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. V případě z projevení se některé z forem poruch příjmu potravy již v dětství, může být ohrožen, či dokonce zastaven v pubertě tělesný rozvoj jedince, i jeho celkový vývoj. Velká důležitost je v případě výskytu některé z těchto věnována přístupu rodičů nemocného dítěte. Důležitá

¹⁹ Dostupné z: cs.wikipedia.org/wiki/mentální_anorexie

je také spolupráce s odborníky, kteří se zabývají danou problematikou. Rodinná terapie se zapojením všech členů se projevila jako velice žádoucí.

3. UŽÍVÁNÍ KONOPNÝCH DROG JAKO VYBRANÝ SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ JEV

Cannabis sativa, konopí seté, je jednoletá, dvoudomá bylina. Existují její různé formy lišící se obsahem pryskyřice a množstvím látky THC (tetrahydrocannabinol).

Jde o rostlinu, která původně pochází z Asie, asi v 8. století př.n.l. ji dovezli Číňané do Indie. Jedná se o nejstarší rostlinu, která byla pěstována pro její psychotropní účinky. V historii bylo její užívání spojené s náboženskými obřady.

Marihuana je v mnoha zemích zdaleka nejužívanější nelegální drogou. Jen málokterá rostlina na světě byla podrobena takovému vědeckému zkoumání jako právě konopí.

Marihuana i hašiš obsahují stejnou účinnou látku (THC), jde v zásadě jen o rozdílnou formu úpravy výsledného produktu. Jako „hašiš“ se označuje zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí, zatímco sušené a jinak upravené listy a květenství stejné rostliny jsou označovány jako marihuana (bang, ganja, marjánka, tráva).

Způsob užívání

Marihuana se může užívat v mnoha formách. Kouří se s tabákem ve vlastnoručně stočených doutnicích – jointech – nebo v dýmkách. V poslední době se stalo opět oblíbené pečení konopných koláčů nebo sušenek a inhalování z bublajících vodních dýmek, které už byly velice oblíbené v 60. a 70. letech.

Účinek

Tato droga se i dnes na večírcích konzumuje častěji než ecstasy. Při kouření se účinek dostaví po několika minutách a trvá asi dvě až tři hodiny, podle množství dávky.

Konopí povzbuzuje chuť k jídlu a zpravidla zesiluje převažující stav pocitů. Pro počátek kouření je typická vzrušeně veselá nálada s nemotivovanými záchvaty smíchu. Konopí působí větší uvolněnost a intenzivně prožívanou náladu. Při zvýšeném odhodlání riskovat se projevuje snížená kritičnost. Touto kombinací může dojít k nekontrolovatelnému jednání.

Rizika

Nejdůležitější komplikací při sporadickém, avšak ještě větší při chronickém užívání, je výskyt psychických poruch. Podobně jako u psychóz ztrácí myšlení souvislost. Stává se zlomkovitým se snížením pozornosti. Zároveň se vyskytují poruchy vnímání, přičemž

se obsahy řasí zpravidla podle asociativních hledisek. K tomu přistupují iluze a halucinace. Pomoc je často možná pouze na stacionárním oddělení psychiatrické kliniky.

Při jediné konzumaci může dojít k těmto tělesným účinkům:

- zvýšená srdeční frekvence
- zvýšený krevní tlak
- rozšíření zornic
- třes rukou
- nejistá chůze
- zvýšená chuť k jídlu
- nevolnost až zvracení
- bolesti hlavy
- necitlivost v oblasti kůže

Nejvýraznějším znakem jsou zarudlé oči, tzv. králičí oči. Příležitostně dochází při otravách konopím k panickým stavům úzkosti se zmateností a paranoiou. Výjimečně se mohou vyskytnout myšlenky i na sebevraždu.

Další projevy otravy jsou silné bolesti hlavy, nevolnost a zvracení. Bušení srdce, bizarní pohyby těla, epileptické záchvaty křečí a náhlé pády. Nejhorším následkem předávkování je potlačení dechového centra šokem.

Neprávem se o konopí mezi mladými šíří, že je to neškodná droga. Ačkoliv výzkumy nejsou dostatečně prokázány následky užívání konopí, je jisté, že při trvalém užívání vzniká závislost.

Většina kuřáků marihuany trpí bronchitidou, riziko rakoviny je až pětkrát vyšší než u nikotinu, tam však záleží na počtu vykouřených cigaret. Nejhorším účinkem, který kouření konopí má, je bezesporu trvalé oslabení imunitního systému a pomalý rozklad velkého mozku. To má za následek případnou demenci.

Každý má však pohled na kouření marihuany jiný. Někdo řadí marihuanu do měkkých drog, někdo uvádí, že je to vstupní brána k tzv. tvrdým drogám, a někdo ji bere stejně, jako např. alkohol, jen nelegálně. Někteří jsou přesvědčeni o tom, že má léčebné účinky, což mnohé studie potvrzují.

Profesorka Lynn Zimmerová a profesor John P. Morgan systematicky a důkladně prošetřili řadu tvrzení o marihuaně a srovnali je s aktuálními vědeckými poznatky o jejich účincích. Ty prokazují, že silné užívání marihuany neškodí ani zdaleka tak, jak se často

tvrdívá. Řada speciálních komisí mnoha zemí dospěla za posledních sto let k závěru, že nebezpečí užívání marihuany byla zveličována a že střídme užívání škodí jen málokdy.

Bojovníci protidrogové prevence tvrdí, že hlavním rizikem marihuany, jako i ostatních tzv. lehkých drog, je skutečnost, že jsou „vstupní branou“ do světa drog tvrdých. Toto tvrzení je v mnohých ohledech sporné. Je sice pravda, že prakticky všichni pacienti v léčbě drogové závislosti uvádějí marihuanu jako první drogu, kterou okusili, avšak z této teorie jaksi vypadli lidé, kteří s marihuanou experimentovali nebo ji pravidelně užívají a po tvrdých drogách nikdy nesáhli. Ať už jsou teorie jakékoli, jedno je jisté. Marihuana je prostě droga jako každá jiná, a i na ní může vzniknout závislost, proto by se její užívání v žádném případě nemělo podceňovat.

4 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

Prevence je „ souborem opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména těm typům selhání, které ohrožují základní hodnoty společnosti.“²⁰

„Prevence je soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům.“²¹

Prevence (z lat. *praevenire*, předcházet) znamená soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí a podobně.

Primární prevence

Chceme-li preventivně působit na děti a mladé lidi, ovlivňovat jejich postoje k návykovým látkám, musíme přistupovat k prevenci jako k rodící se široké odborné oblasti, kde bude důležitým faktorem také odbornost a kvalita psychologického působení.

Primární prevence se realizuje na každé škole v této zemi. V každé třídě dochází k působení na dítě ve vztahu k návykovým látkám a jiným sociálně patologickým jevům. Ne vždy však dochází k nutnému rozlišení **osvěty, prevence, včasné intervence**, která je již na přechodu k péči o experimentátory. Stále se tomu všemu říká v našich krajích jednotně prevence.

Paradoxem v této oblasti je to, že většina osvětových programů je směřována dětem v období puberty, kdy jakékoliv informace přijímají přes vývojový filtr vzdoru. Informace by měly přicházet v mladším školním věku, tedy v období, kdy děti přijímají fakta o návykových látkách a vnitřně s nimi nepolemizují, nemají potřebu se dostávat do opozice či informace jinak zpochybňovat. Zkrátka je přijímají. Smutné je, když se osvětové aktivity halí do hávu prevence a bývají poskytovány ve věku podstatně vyšším. Lze se domnívat, že v naprosté většině případů se jedná o neproduktivní, neefektivní aktivitu, která se mívá s věkově přiměřenou populací. Pochopitelně i zde je možné poskytovat informace, ale spíše na vyžádání dětí, a jako doprovod jiných, reálně preventivních aktivit.

²⁰ MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2003, s. 164. ISBN 80-7178-549-0

²¹ PRŮCHA, WALTEROVÁ, MAREŠ. Pedagogický slovník. 1.vyd. Praha: Portál, 1995, s. 167. ISBN 80-7178-029-4

Primární prevence – prvotní, základní, přední, hlavní prevence – je předcházení ohrožujícím situacím v celé sledované populaci; klasifikace:

- **nespecifická primární prevence** – obecná, bazální, přirozená (podporuje a rozvíjí sociálně žádoucí formy přirozeně), např. výchova v rodině, výchova ve škole, výchova a vzdělávání ve společnosti, systém sociální péče aj.;
- **specifická primární prevence** – zaměřená na konkrétní rizikovou oblast, např. předcházení prvnímu setkání dětí a mladistvých lidí s drogami (doplňuje a cíleně rozvíjí nespecifickou primární prevenci); cíl primární prevence: cílevědomým, plánovitým a komplexním posilováním zdravého životního stylu minimalizovat výskyt a důsledky sociálně patologických jevů.

Minimální preventivní program

Je konkrétním dokumentem školy, který je zaměřený především na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy.

Minimální preventivní program je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence, podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován a písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace za školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy.

Existují stovky programů, ve kterých se množství institucí a jednotlivců snaží a pokouší ovlivnit žáky a předat jim informace o rizicích vyplývajících z užívání drog. Kromě informací se některé projekty snaží problematiku drog a jejich následků přiblížit prostřednictvím filmů nebo návštěv bývalých toxikomanů. Další složkou programů jsou ty, které se zaměřují na odstranění příčin experimentování s drogou a závislosti – na rozvoj tvořivosti, schopnost řešit běžné problémy, komunikaci ve třídě a další psychologické aspekty života dětí a dospívajících.

Mnoho studií potvrdilo předpoklady obecných podmínek, které musí splňovat efektivní protidrogový program:

- program musí být dlouhodobý – žák je jeho účastníkem opakovaně po dobu několika měsíců

- program se zaměřuje na všechny aspekty problematiky – informace o účincích drog, zdravotní rizika, příčiny užívání, rozvoj schopnosti sebehodnocení, sebevědomí a tvořivost, komunikační dovednosti při řešení problémů
- program dokáže zapojit studenty do samotného programu, aby se stali spoluvůrci aktivit
- program je propojen i s rodiči, rodiče o něm vím, rozumí, v čem spočívá, mohou do něj vnést svůj díl
- program je propojen s průběžným děním ve škole – s vyučovacími předměty, aktivitami protidrogového koordinátora, sportovními akcemi atd.
- program musí mít podporu rodičů i pedagogů
- program vedou kvalifikovaní lektoři, kteří mají nejen odborné, ale i pedagogické předpoklady a schopnosti

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VYMEZENÍ ZKOUMANÉHO PATOLOGICKÉHO JEVU

Užívání, kouření konopí nebo-li marihuany, je sociálně patologický jev, který spadá do skupiny zneužívání psychoaktivních látek. Tento sociálně patologický jev je nejvyskytovanějším právě u žáků v období, kdy dochází na střední školu, proto můj výzkum byl zaměřen na tuto věkovou skupinu. Středem mého zájmu bylo zjistit, jak četnou zkušenost mají žáci středních škol právě s tímto patologickým jevem, a zda výskyt tohoto jevu je četnější u žáků střední školy z velkoměsta či z maloměsta. Ve svém výzkumu se zaměřuji na užívání této látky jako takové, na věkovou hranici začátku kouření marihuany, na postoj žáků k tomuto jevu, na postoj jejich rodičů a na důvody, kvůli kterým žáci tuto látku užívají.

5.1 CÍLE VÝZKUMU, HYPOTÉZY

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda žáci, kteří navštěvují střední školu ve velkoměstě, mají četnější zkušenosti s užíváním marihuany, než žáci, kteří navštěvují střední školu na maloměstě. Dalším cílem bylo zjistit věkovou hranici první zkušenosti s touto drogou, zda ji užívají denně, příležitostně nebo vůbec, kolik cigaret marihuany vykouří v období jednoho měsíce, zda užívání této látky má vliv na jejich kázeňské problémy ve škole, postoj rodičů k užívání této drogy, odkud berou finanční prostředky a zda by chtěli, či zkoušeli s kouřením marihuany přestat.

Vymezení hypotéz:

Ha 1 – Žáci, kteří navštěvují střední školu ve velkoměstě mají četnější zkušenosti s kouřením marihuany než žáci ze střední školy na maloměstě.

Ha 2 – První zkušenost s marihuanou bude u žáků do 15 let.

Ha 3 – Důvod, proč žáci kouří marihuanu, je stres ze školy.

Ha 4 – Žáci IV. ročníků mají četnější zkušenost s kouřením marihuany než žáci I.ročníků

5.2 SBĚR DAT

Sběr dat proběhl v listopadu 2014, data byla získána ze dvou středních škol: střední obchodní škola v Praze a střední zemědělská škola v Brandýse nad Labem. Bylo osloveno 110 respondentů ve věku 15 až 22 let.

5.3 METODA PRO SBĚR EMPIRICKÝCH DAT

Metodu, kterou jsem použila pro sběr a vyhodnocení dat, se stal dotazník, obsahově odpovídající cíli šetření. Dotazník byl zaměřen na:

- Postoje žáků vztahující se ke kouření - konkrétně otázky č. 5, č. 6, č. 7, č.12, č. 13.
- Zkušenosti s kouřením - konkrétně otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 9, č. 10.
- Postoj rodičů ke kouření - konkrétně otázky č. 8, č. 11.

Pro zvýšení objektivitu dat byl dotazník administrován anonymně.

Obsah dotazníku

Dotazník se skládá celkem ze třinácti otázek. V první části dotazníku byly zjišťovány základní informace o žákovi: typ školy, kterou žák navštěvuje, ročník, pohlaví.

V další části bylo zjišťováno, zda žák drogu zkusil, zda ji užívá příležitostně či denně nebo vůbec, v kolika letech ji okusil, důvody k jejímu užívání, zda ji užívá žákův nejbližší přítel, zda zná všechna rizika spojená s užíváním této drogy, a zda o tom vědí rodiče.

V poslední části zjišťuji, co žákovi užívání marihuany přináší, kde získává finanční prostředky, a zda by chtěl s užíváním této látky přestat, či zda to zkoušel.

Dotazník se skládá z uzavřených i otevřených otázek. Přesné znění dotazníku je uvedeno v příloze.

Popis vzorku respondentů

Respondenty se stali žáci Střední zemědělské školy v Brandýse nad Labem a žáci Obchodní akademie v Praze (na přání školy neuvádím přesný název).

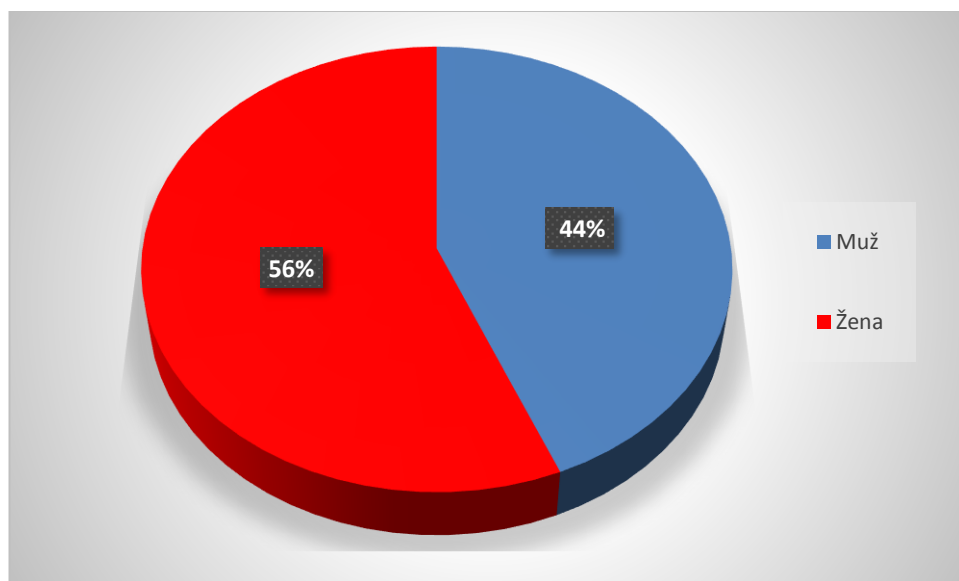
Celkový počet respondentů je 99. Věk respondentů se pohybuje od 15 do 23 let.

5.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

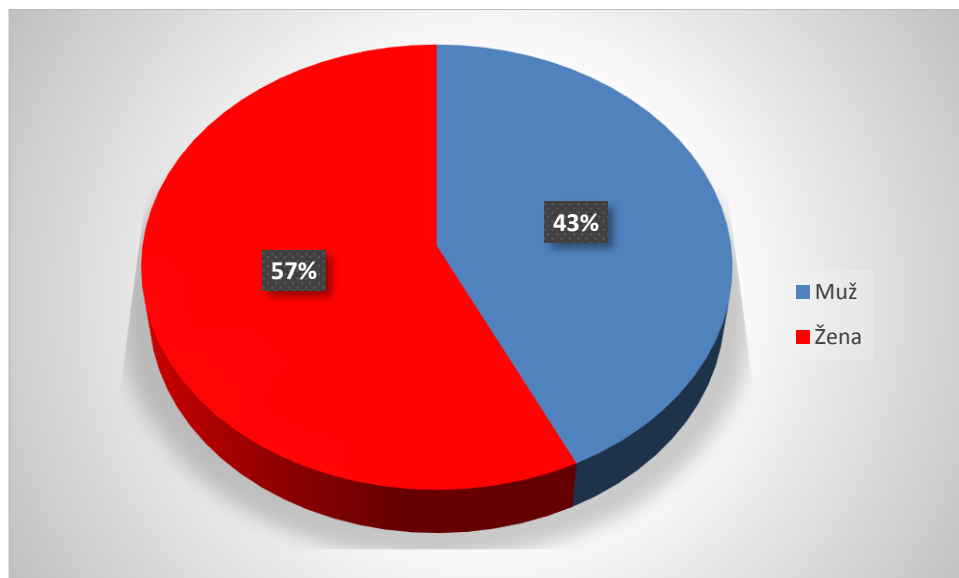
Tabulka č. 1: Struktura sledovaného souboru (pohlaví)

	MALOMĚSTO		MĚSTO	
	I. ročník	IV. ročník	I. ročník	IV. ročník
Muž	7	18	10	15
Žena	9	24	9	17

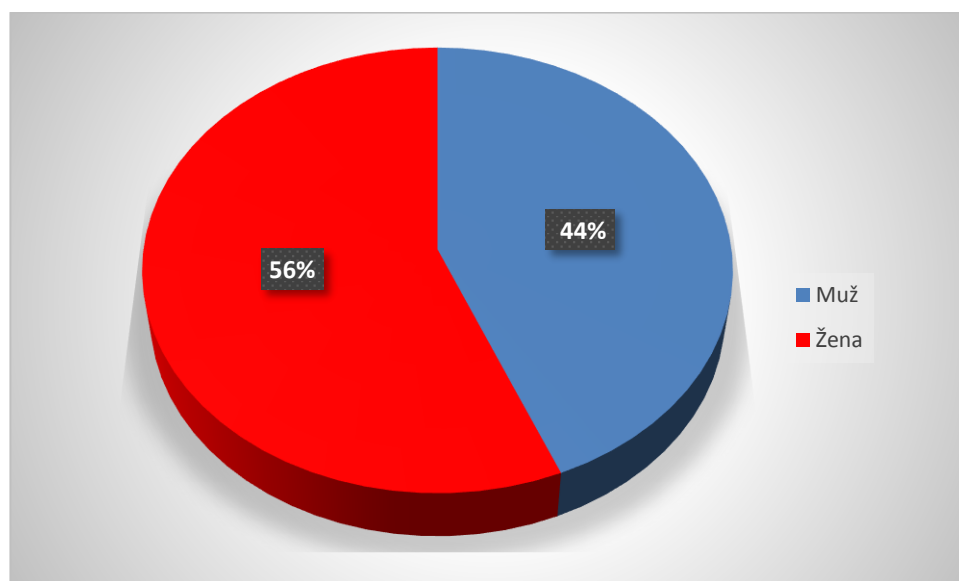
Graf č. 1: Poměr sledovaného souboru (pohlaví) v I. ročník (maloměsto)



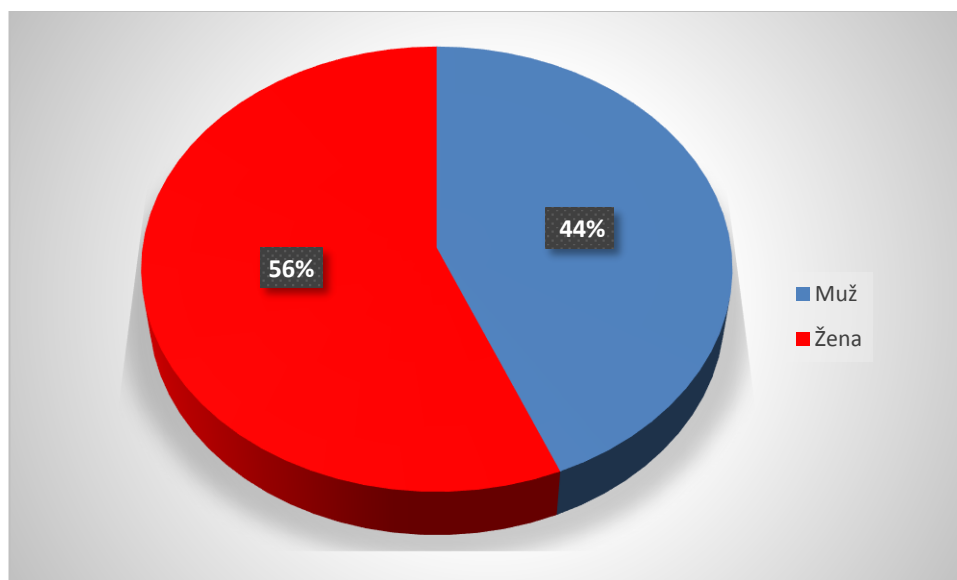
Graf č. 2: Poměr sledovaného souboru (pohlaví) v IV. ročník (maloměsto)



Graf č. 3: Poměr sledovaného souboru (pohlaví) v I. ročník (velkoměsto)



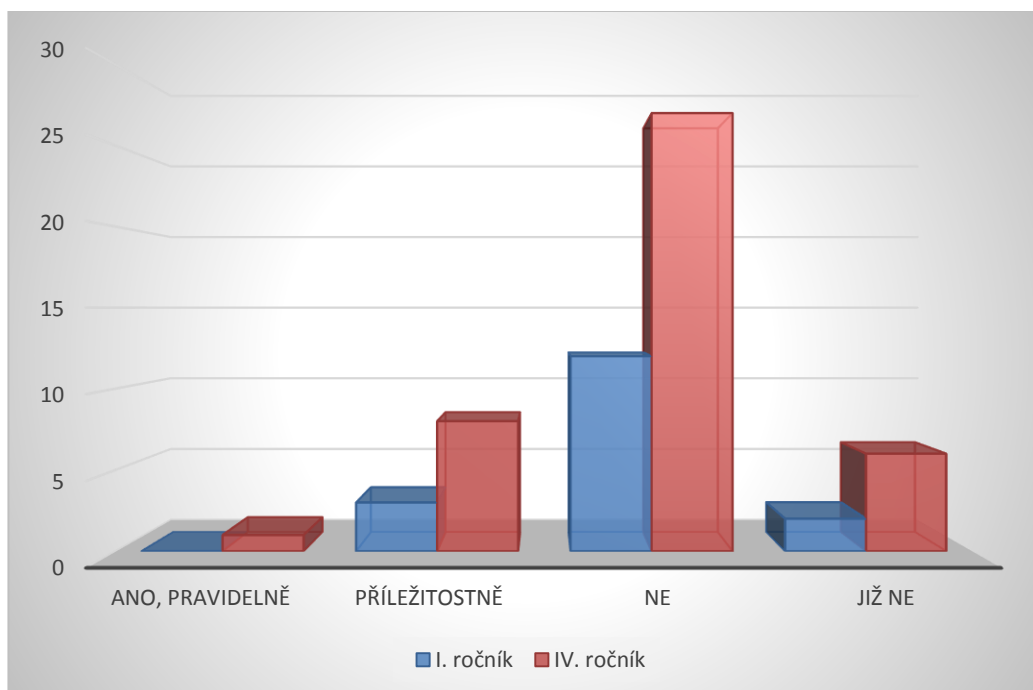
Graf č. 4: Poměr sledovaného souboru (pohlaví) v IV. ročník (velkoměsto)



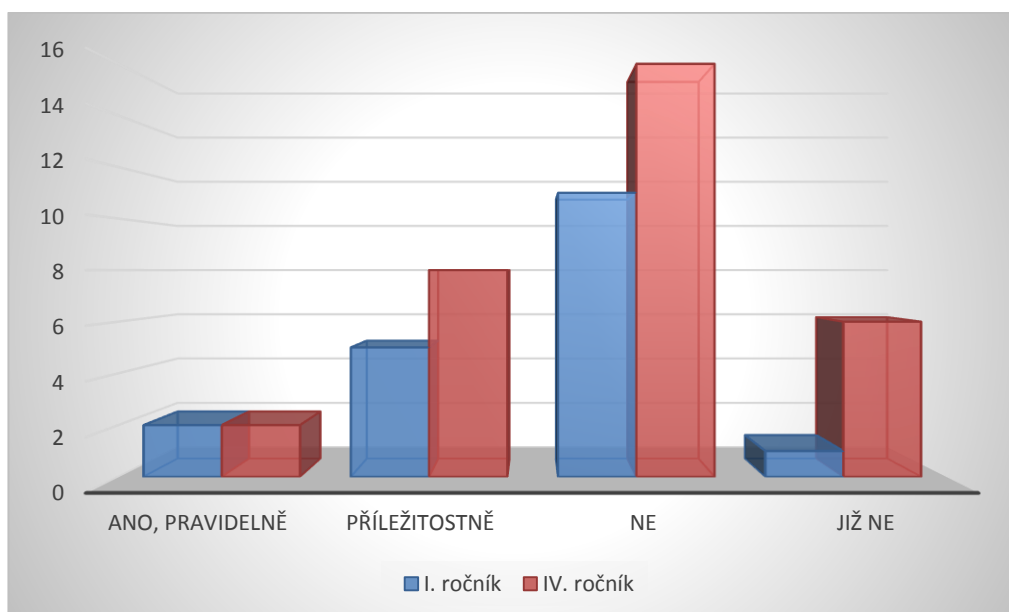
Tabulka č. 2: Četnost kouření marihuany u respondentů

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Pravidelně	0	0%	1	2%	2	11%	2	6%
Příležitostně	3	18%	8	19%	5	26%	8	25%
Ne	12	71%	27	64%	11	58%	16	50%
Již ne	2	12%	6	14%	1	5%	6	19%

GRAF č.5: Kouříte marihuanu? (maloměsto)



GRAF č.6: Kouříte marihuanu? (velkoměsto)



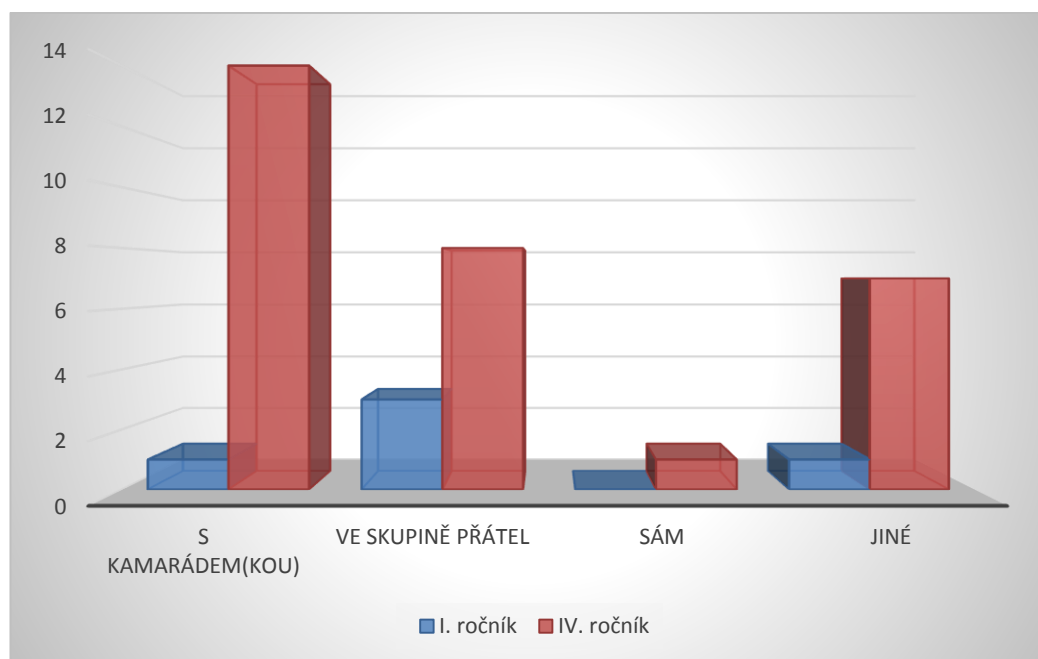
Závěr:

Počet žáků prvního ročníku na maloměstě, kteří kouří pravidelně či příležitostně marihuanu je menší, než u žáků čtvrtého ročníku té samé školy, ale ve velkoměstě je tomu právě naopak. Celkový počet žáků, kteří užívají pravidelně či příležitostně marihuanu je daleko vyšší u žáků ze střední školy ve velkoměstě. Můžeme to tedy přisuzovat větší příležitosti k užívání či možná anonytítě, která je typičtější pro větší města.

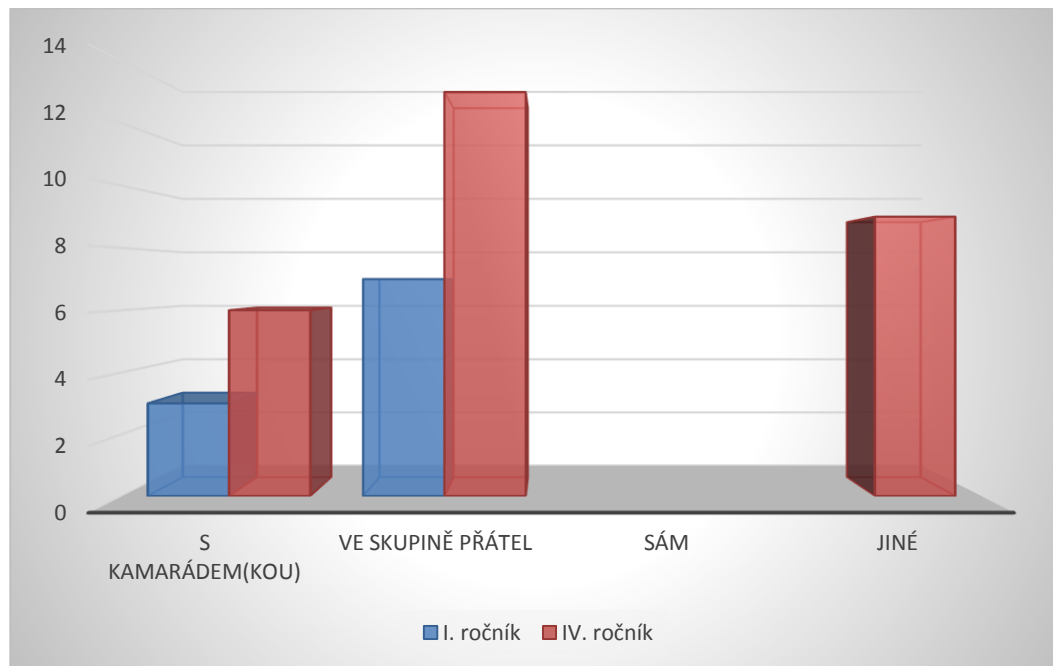
Tabulka č. 3: Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
S kamarádem	1	20%	14	47%	3	30%	6	21%
Ve skupině přátel	3	60%	8	27%	7	70%	13	46%
Sám	0	0%	1	3%		0%		0%
Jiné	1	20%	7	23%		0%	9	32%

Graf č. 7: Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany (maloměsto)



Graf č. 8: Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany (velkoměsto)



Závěr: Nejvíce respondentů kouřilo svou první cigaretu se svým kamarádem či ve skupině přátel. Je možné se domnívat, že jedince ovlivňuje prostředí.

Tabulka č. 4: Věk, ve kterém respondent vykouřil první cigaretu marihuany

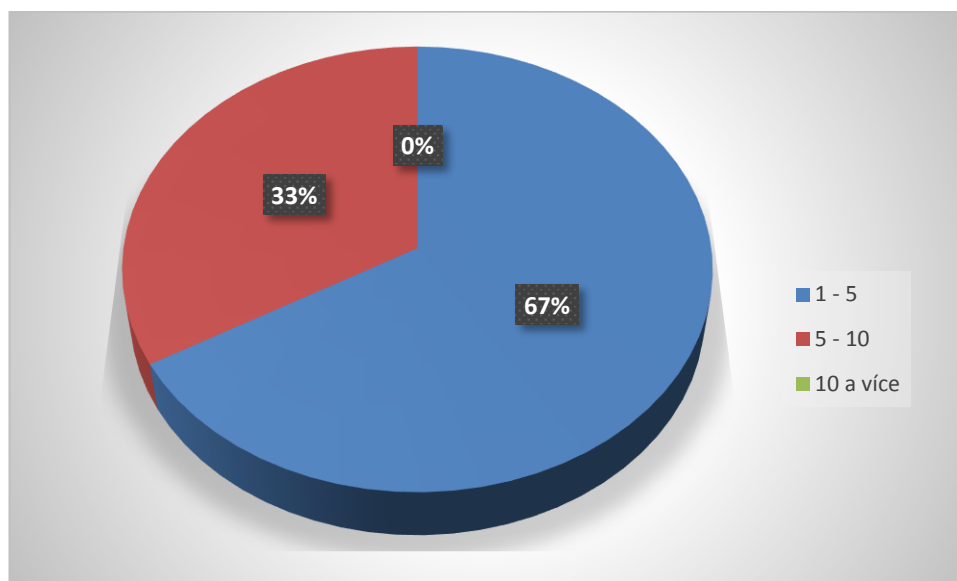
	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
13 let	2	33%	2	10%	1	10%		0%
14 let	3	50%	1	5%	4	40%	4	21%
15 let	1	17%	5	24%	5	50%	4	21%
16 let			8	38%			3	16%
17 let			2	10%			3	16%
18 let			3	14%			5	26%

Závěr: Nejvíce žáků okusilo svou první cigaretu v 15 letech. Alarmujícím faktem je, že někteří žáci měli první zkušenost s marihuany již ve třinácti letech.

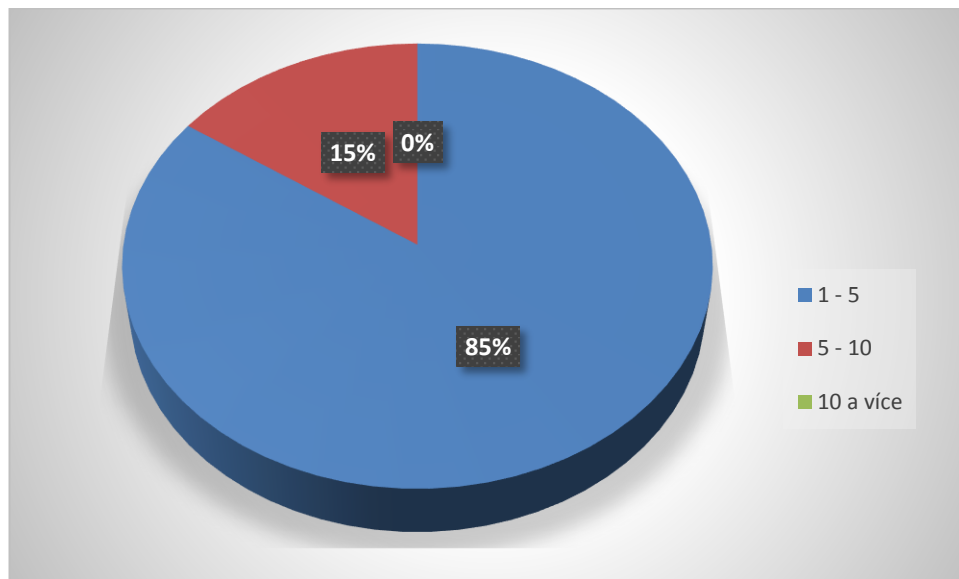
Tabulka č. 5: Počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
1 - 5	2	67%	11	85%	5	71%	8	89%
5 - 10	1	33%	2	15%	1	14%	0	0%
10 a více	0	0%	0	0%	1	14%	1	11%

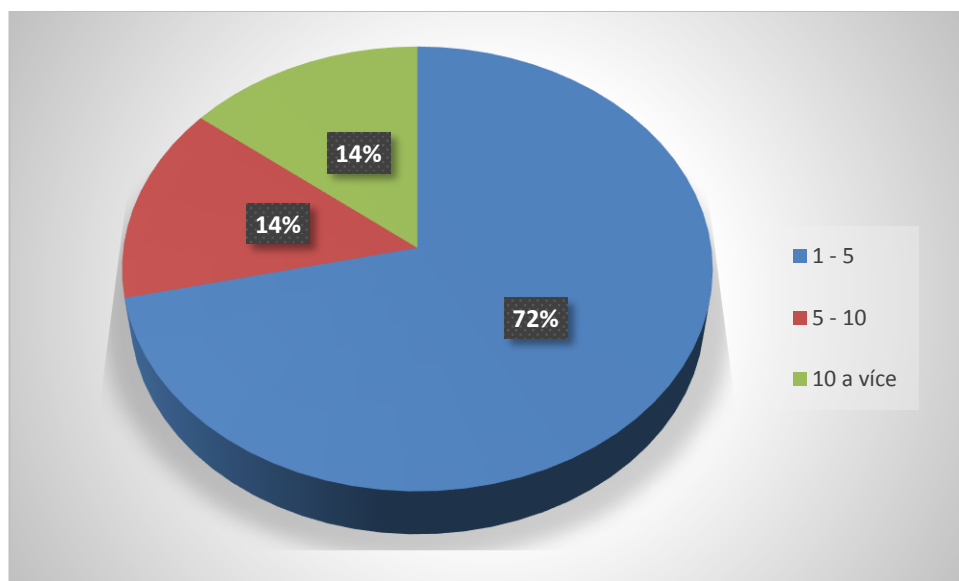
Graf č. 9: Počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc – I. ročník (maloměsto)



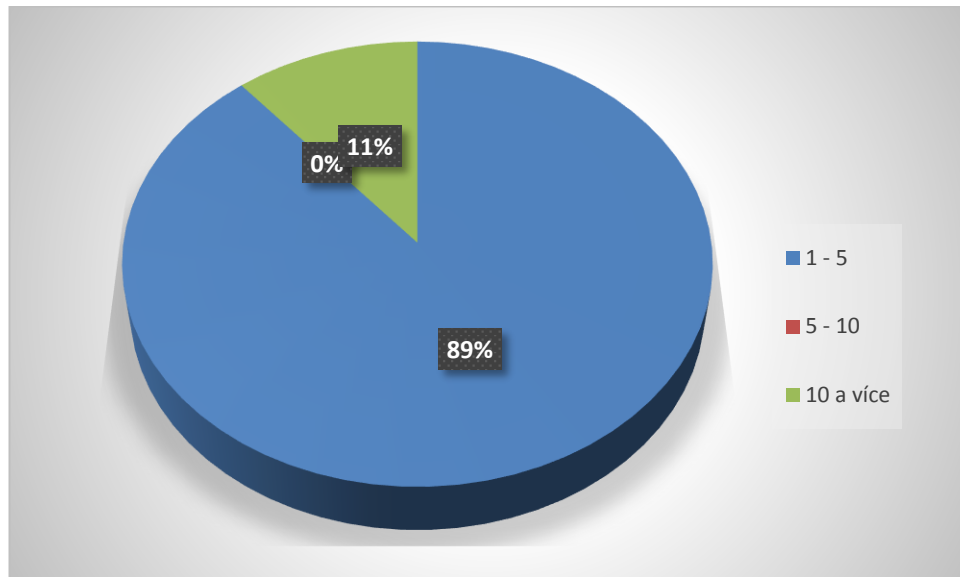
Graf č. 10: Počet vykouřených cigaret mariuhandy za měsíc – IV. ročník (maloměsto)



Graf č.11: Počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc – I. ročník (velkoměsto)



Graf č. 12: Počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc
– IV. ročník(velkoměsto)



Závěr: Největší počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc byl zjištěn u žáků střední školy ve velkoměsta a žáků prvních ročníku dokonce o 3% vyšší než u žáků ročníků čtvrtých. Zde se opět ukazuje, že ve velkoměstě žáci užívají marihuanu daleko více, než žáci z maloměsta.

Tabulka č. 6: Důvody respondentů ke kouření marihuany

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Nuda	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%
Pro uklidnění	3	60%	4	14%	1	9%	5	16%
Stres ze školy	0	0%	6	21%	2	18%	3	9%
Problém v rodině	0	0%	0	0%	1	9%	0	0%
Kouří ji každý	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Zvědavost	2	40%	11	38%	5	45%	13	41%
Chutná mi to	0	0%	1	3%	2	18%	1	3%
Začlenit se	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Jiné	0	0%	6	21%	0	0%	9	28%

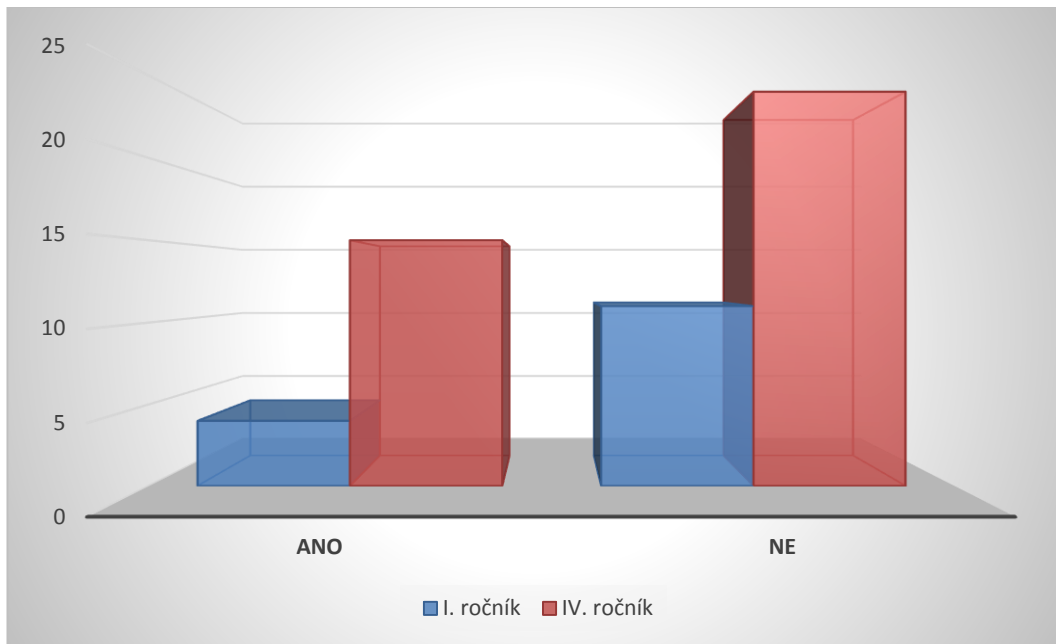
Závěr:

Nejčastějším důvodem pro kouření marihuany je u žáků pocit uklidnění. Dále je nejčastějším důvodem zvědavost. Třetím nejčastějším důvodem jsou důvody jiné, které nebyly uvedeny.

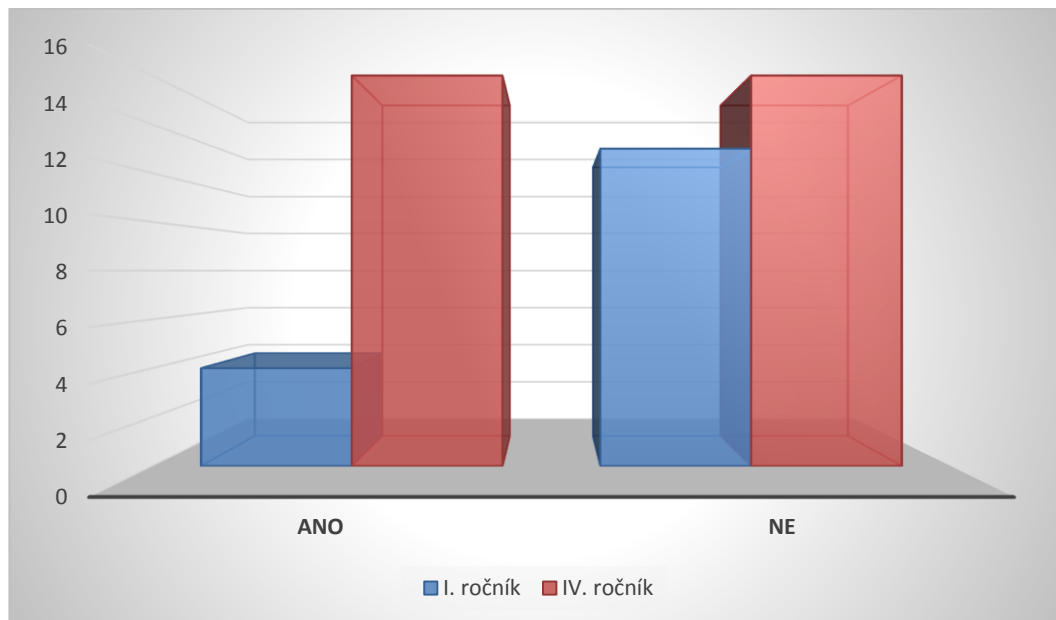
Tabulka č. 7: Kouří marihuanu váš nejbližší přítel?

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	4	27%	15	38%	4	24%	16	50%
Ne	11	73%	24	62%	13	76%	16	50%

GRAF č.13: Kouří marihuanu váš nejbližší přítel? (maloměsto)



GRAF č.14: Kouří marihuanu váš nejbližší přítel?(velkoměsto)



Závěr:

Výzkum ukázal, že většina žáků nemá mezi svými nejlepšími kamarády jedince, kteří by kouřili marihuanu.

Tabulka č. 8: Uvědomujete si zdravotní rizika kouření marihuany?

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	14	100%	28	82%	10	91%	30	97%
Ne	0	0%	6	18%	1	9%	1	3%

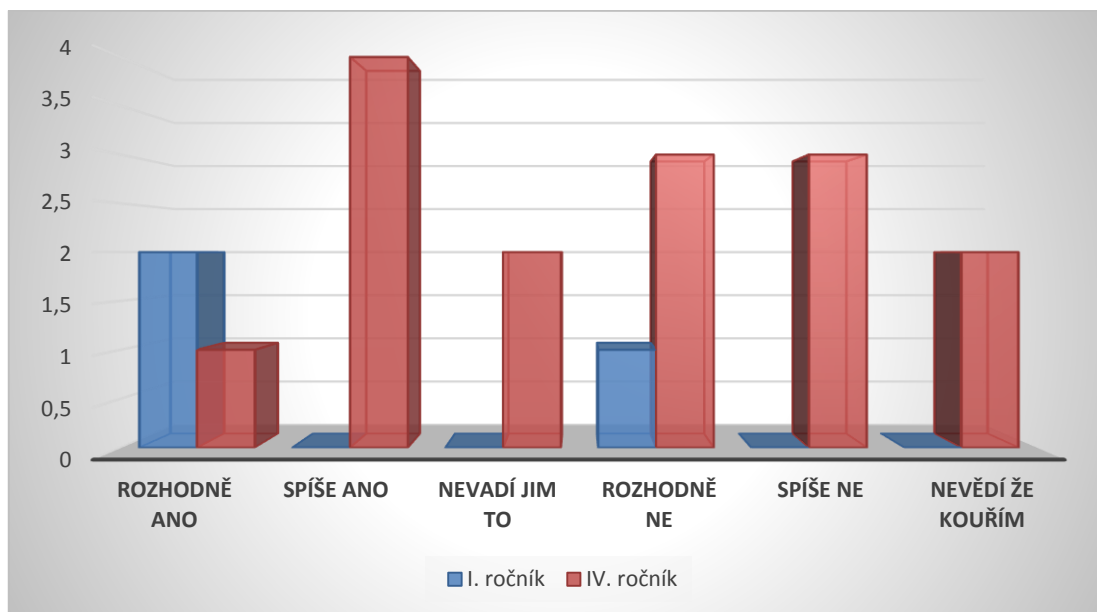
Závěr:

Ukazuje se, že téměř většina žáků si zcela uvědomuje všechny rizika spojená s kouřením marihuany.

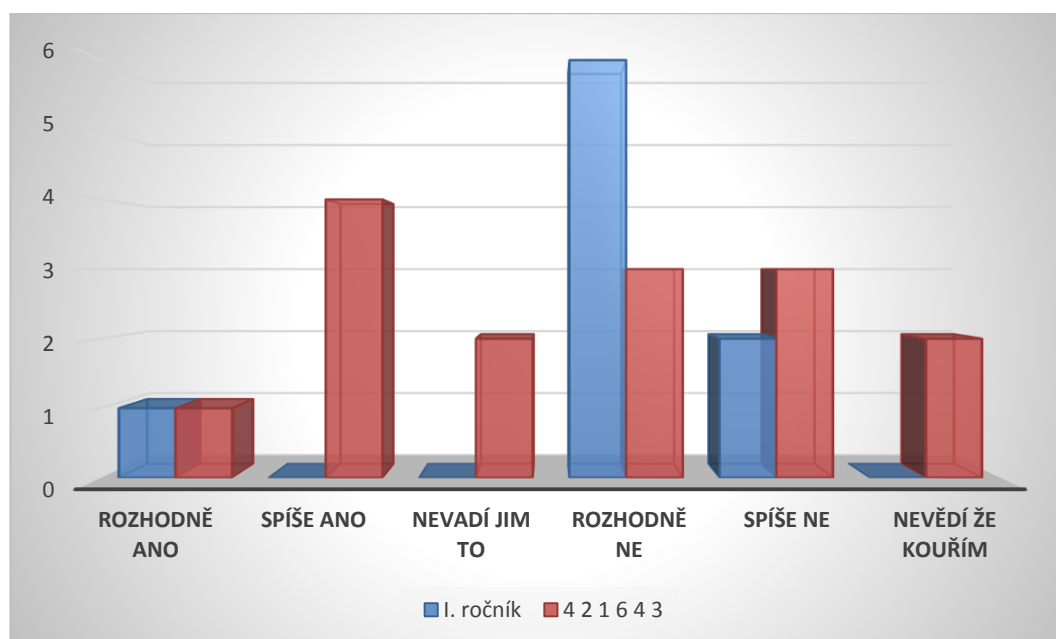
Tabulka č. 9: Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu?

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Rozhodně ano	2	67%	1	7%	1	11%	4	20%
Spíše ano	0	0%	4	27%	0	0%	2	10%
Nevadí jim to	0	0%	2	13%	0	0%	1	5%
Rozhodně ne	1	33%	3	20%	6	67%	6	30%
Spíše ne	0	0%	3	20%	2	22%	4	20%
Nevědí	0	0%	2	13%	0	0%	3	15%

GRAF č. 15: Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu? (maloměsto)



GRAF č. 16: Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu? (velkoměsto)



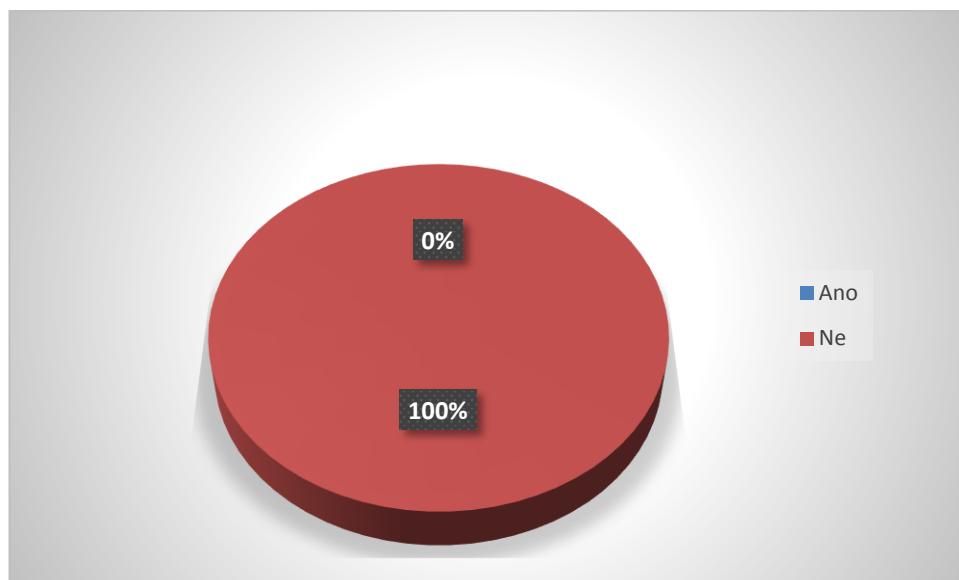
Závěr: U žáků střední školy z maloměsta mají rodiče větší informovanost o tom, zda jejich děti kouří marihuanu.

Tabulka č.10: Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?

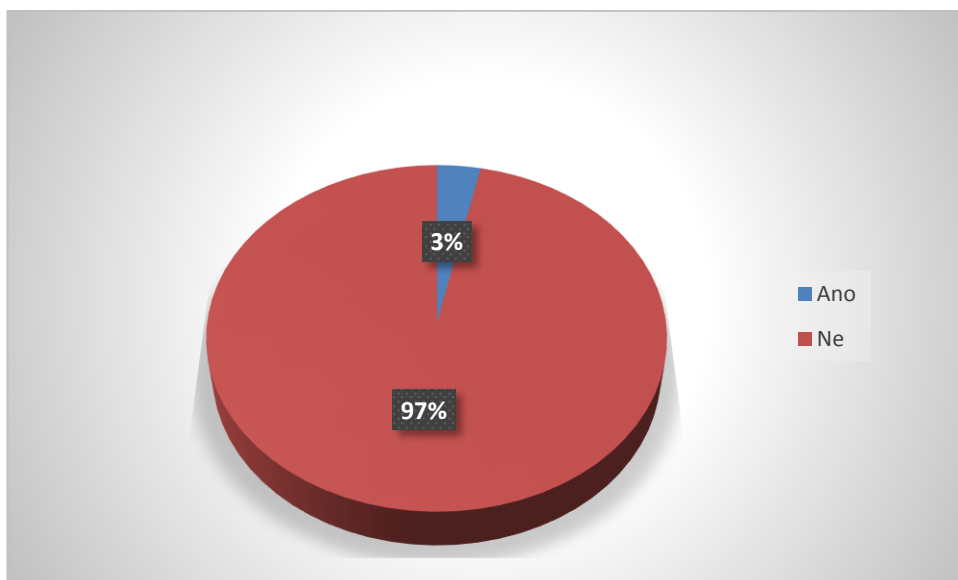
	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%
Ne	11	100%	29	97%	12	100%	30	100%

GRAF č. 17: Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?

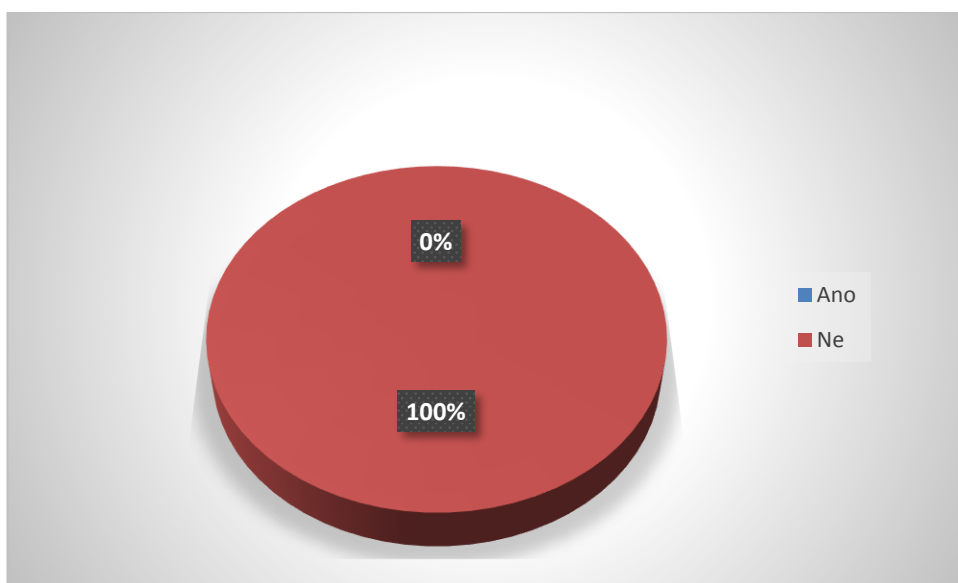
I. ročník (maloměsto)



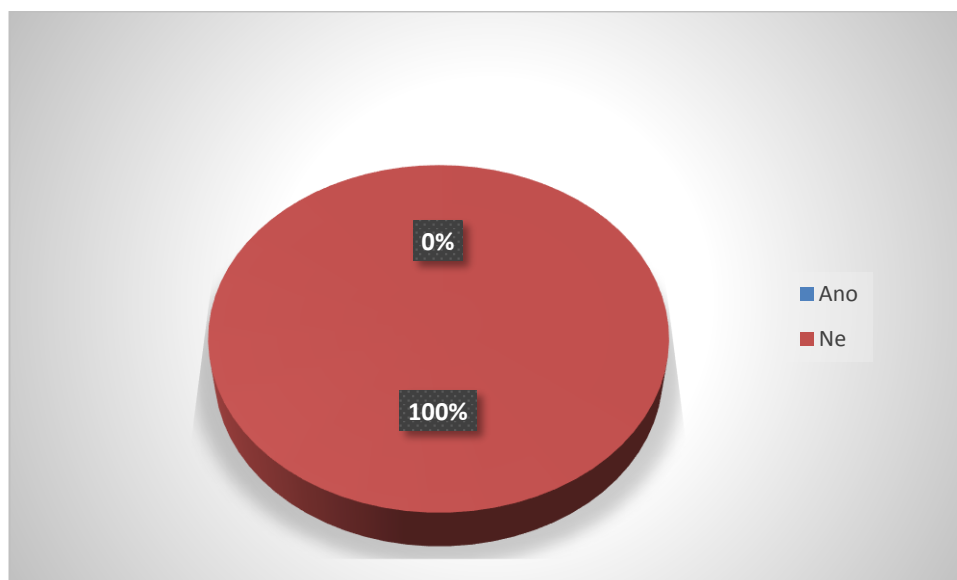
GRAF č. 18 : Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?
IV. ročník (maloměsto)



GRAF č. 19: Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?
I. ročník (velkoměsto)



GRAF č. 20 : Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?
IV. ročník (velkoměsto)



Závěr:

Téměř většina žáků neměla nikdy kázeňský problém kvůli kouření marihuany. Je zajímavé, že kázeňský problém měli pouze žáci ze střední školy z maloměsta. Můžeme se tedy opět domnívat, že na maloměstě je větší informovanost z pohledu školy.

Tabulka č. 11: Důvody kouření marihuany

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dobrá nálada	3	60%	9	50%	5	56%	12	80%
Útěk z reality	2	40%	6	33%	1	11%	2	13%
Začlenění se do party	0	0%	0	0%	1	11%	1	7%
Nemyslím na problémy	0	0%	3	17%	2	22%	0	0%

Závěr: Nadpoloviční většina žáků užívá marihuanu z důvodu navození dobré nálady a kvůli útěku z reality. Dalším důvodem je stav, kdy nemyslí na problémy běžného života.

Tabulka č. 12: Finanční prostředky na marihuanu

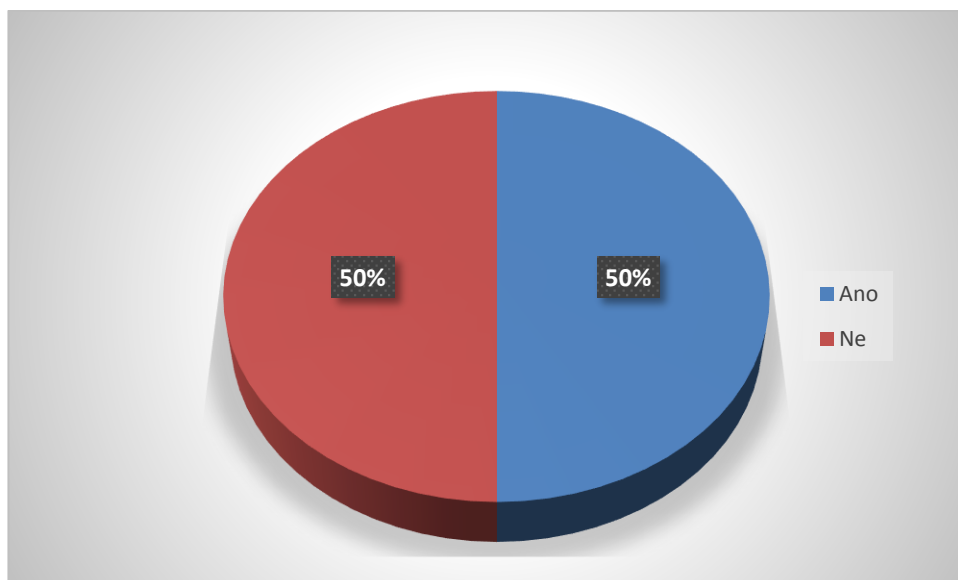
	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Od rodičů	0	0%	4	20%	1	13%	2	11%
Brigády	1	50%	3	15%	3	38%	5	26%
Nemám peníze	0	0%	2	10%	0	0%	2	11%
Jiné	1	50%	11	55%	4	50%	10	53%

Závěr: Největší počet žáků získává finanční prostředky z jiných zdrojů, které nám nejsou známy. Dále je získávají z brigády a od rodičů.

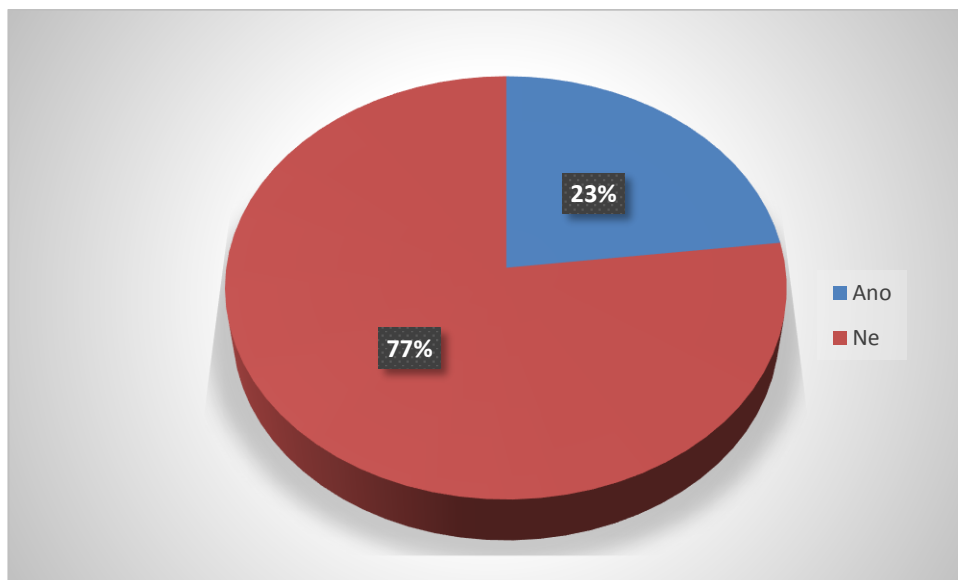
Tabulka č. 13: Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu?

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	1	50%	3	23%	2	29%	7	41%
Ne	1	50%	10	77%	5	71%	10	59%

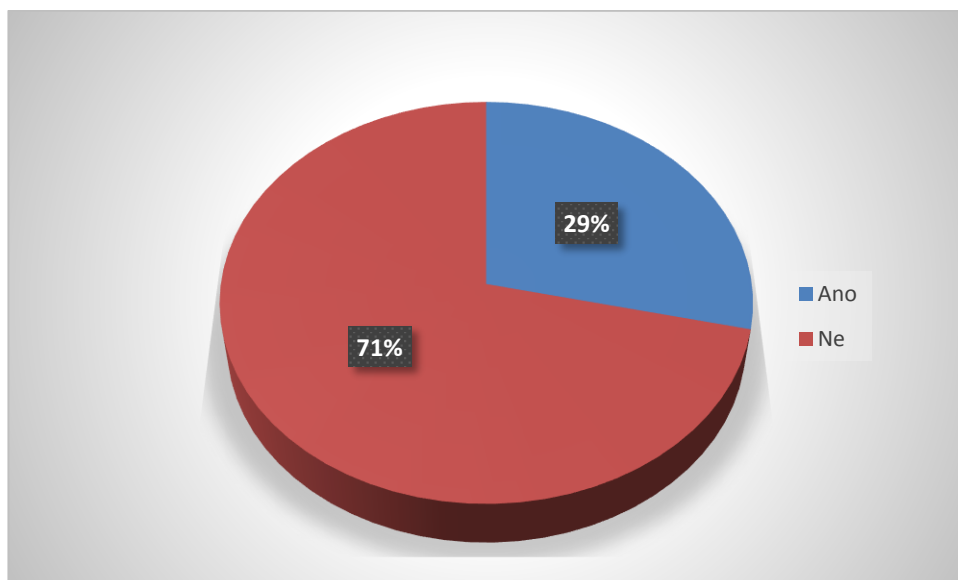
GRAF č. 21: Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (maloměsto)



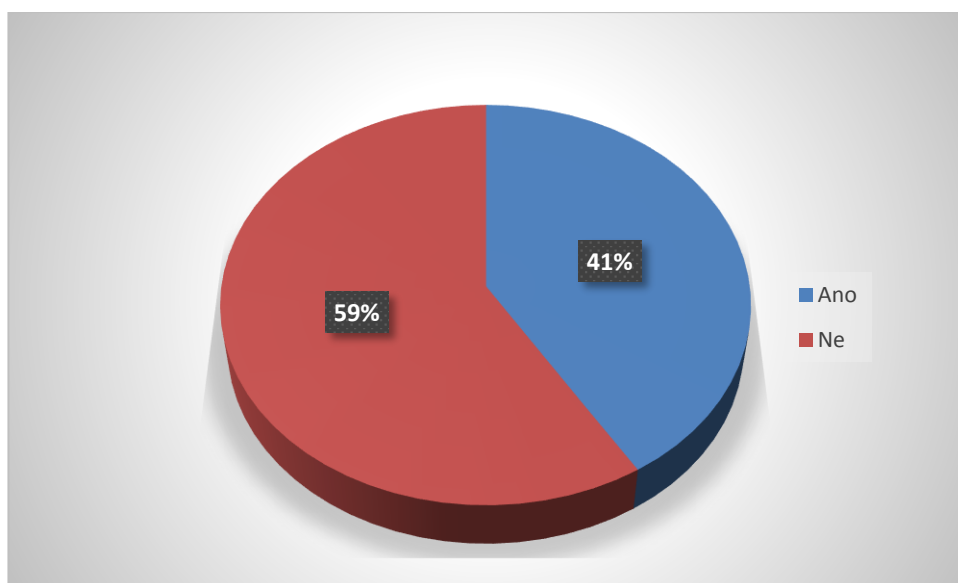
GRAF č. 22 : Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (maloměsto)



GRAF č. 23: Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (velkoměsto)



GRAF č. 24: Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (velkoměsto)



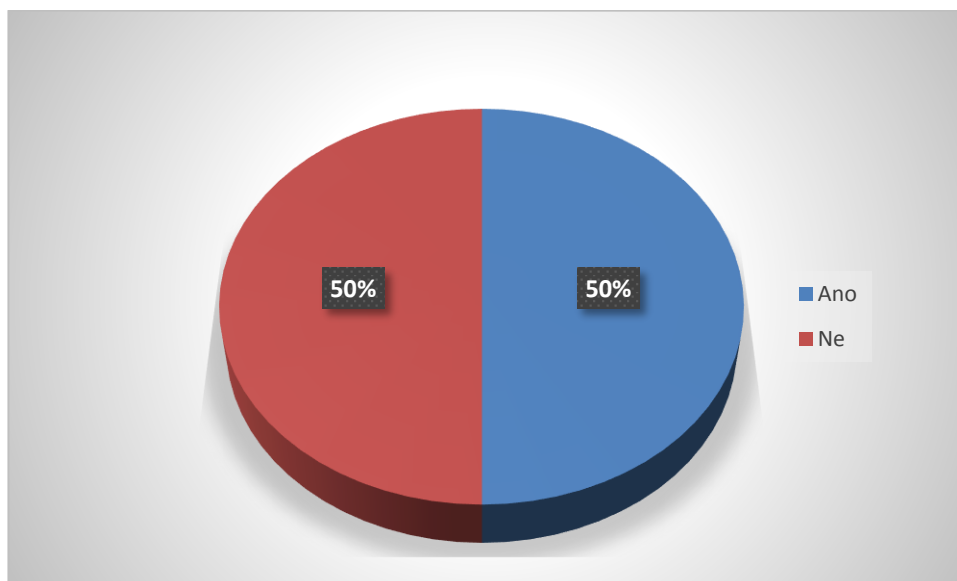
Závěr:

Negativním faktem je, že většina žáků, kteří kouří marihuanu by s tím nechtěla přestat.

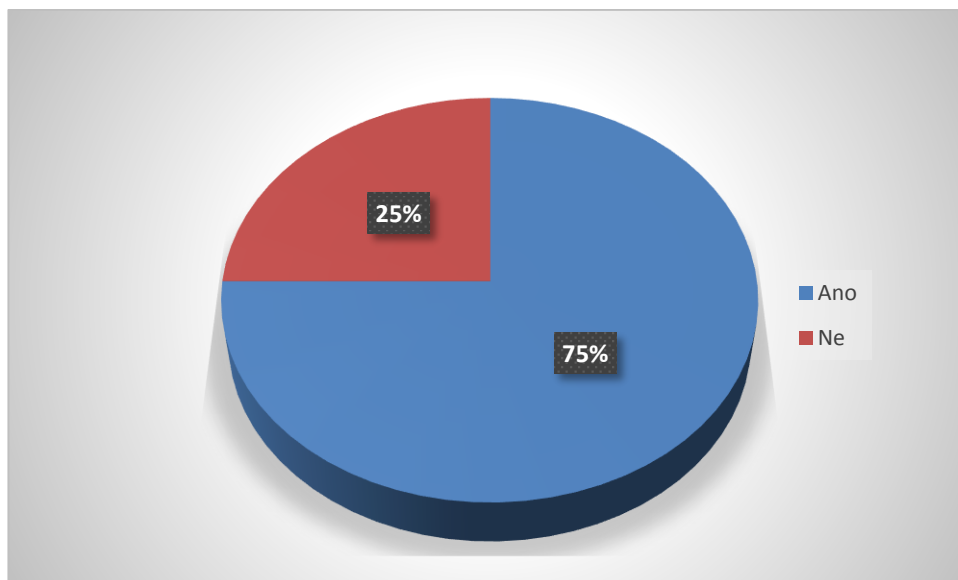
Tabulka č. 14: Zkoušeli jste přestat kouřit marihuanu?

	MALOMĚSTO				MĚSTO			
	I. ročník		IV. ročník		I. ročník		IV. ročník	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	2	50%	9	75%	3	43%	11	65%
Ne	2	50%	3	25%	4	57%	6	35%

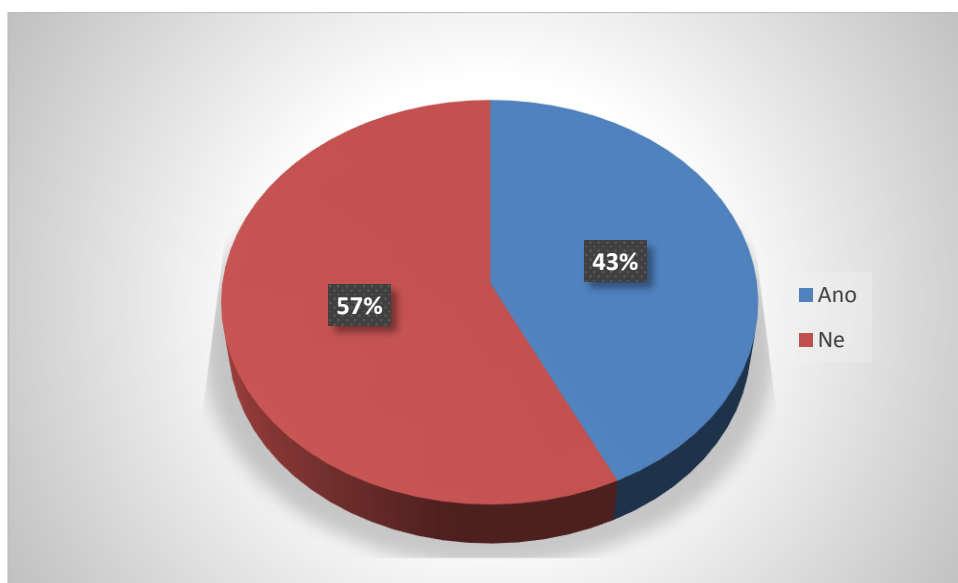
Graf č. 25: Zkoušeli jste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (maloměsto)



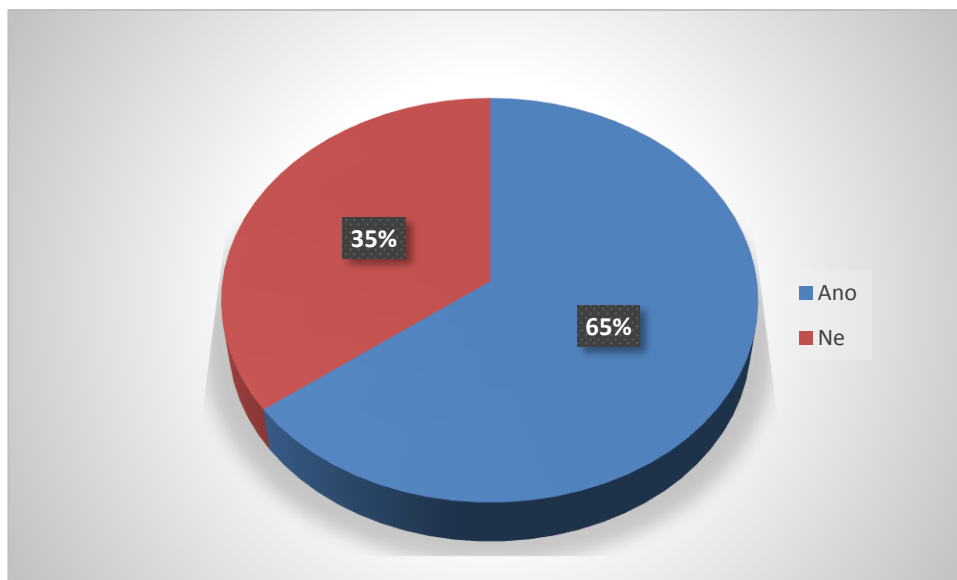
Graf č. 26 : Zkoušeli jste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (maloměsto)



Graf č. 27: Zkoušeli jste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (velkoměsto)



Graf č. 28: Zkoušeli jste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (velkoměsto)



Závěr: U žáků prvních ročníků na maloměstě je přesně polovina, kteří zkoušeli přestat kouřit marihuanu, žáků ze čtvrtých ročníků je 75 %. Žáků prvních ročníků na velkoměstě, kteří zkoušeli přestat 43%, u žáků čtvrtých ročníků to bylo 65%.

5.5 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Předpokládala jsem, že výskyt daného sociálně patologického jevu je četnější ve velkoměstě, a tento závěr jsem formulovala do své první hypotézy:

Ha 1 - Žáci, kteří chodí na střední školu ve velkoměstě, kouří marihuanu více než žáci ze střední školy na maloměstě.

Tato hypotéza se potvrdila. Avšak rozdíl nebyl tak výrazný, jak jsem předpokládala.

Na střední škole ve velkoměstě kouří marihuanu 33,33 % žáků, na maloměstě je to 20,34 %.

Domnívám se, že prostředí (maloměsto, velkoměsto) má vliv na četnost daného sociálně patologického jevu, avšak ne tak významný.

Ha 2 – První zkušenost s marihuanou bude u žáků do 15 let.

Tato hypotéza se potvrdila, jelikož 57, 14% všech respondentů mělo první zkušenost s marihuanou do 15 roku života, 42,86 % respondentů nad hranicí 15 roku. Rozdíl není tak markantní, jak bylo předpokládáno. Je však zarážející, že většina žáků přijde do styku s drogou již před patnáctým rokem svého života.

Ha 3 – Důvod, proč žáci kouří marihuanu, je stres ze školy.

Na základě výpovědí žáků se tato hypotéza nepotvrdila, jelikož nejčtenějším důvodem pro kouření marihuany je u žáků zvědavost, a to u 40,26 %. Stres ze školy uvedlo jako důvod kouření marihuany pouze 14,29 %. Zde by bylo vhodné se zamyslet, proč nejčastějším důvodem kouření marihuany je u žáků zvědavost. Zda – li prevence v této oblasti je dostatečná, protože přestože žáci znají všechna rizika spojená s užíváním této drogy, jak uvedli ve svých dotaznících, přesto je jejich zvědavost větší než fakt rizik, které jsou s touto látkou a jejím užíváním spojeny.

Ha 4 – Žáci IV. ročníků mají čtenější zkušenost s kouřením marihuany než žáci I. ročníků

Tato hypotéza se potvrdila. V prvních ročnících kouří pravidelně nebo příležitostně 9,09 %, ve čtvrtých je to 17,27. Rozdíl, ač není tak výrazný, bych přisuzovala věku respondentů, jelikož někteří jedinci začnou kouřit marihuanu až v průběhu střední školy, takže v prvním ročníku s ní ještě nemají žádnou zkušenost

Stanovené cíle šetření, zjistit, zda se sociálně patologický jev, kouření marihuany, se vyskytuje více u žáků, kteří navštěvují střední školu ve velkoměstě nebo u žáků, kteří navštěvují střední školu na maloměstě, byly splněny.

Z výsledků bylo zjištěno, že žáci střední školy z velkoměsta užívají marihuanu více než žáci střední školy z maloměsta. Rozdíl však není tak markantní, jak se předpokládalo.

Překvapujícím a velice pozitivním zjištěním je, že většina žáků vybraných dvou škol marihuanu nekouří. Ať už s ní mají či nemají nějakou zkušenost, nepatří do jejich běžného života pravidelné či příležitostné užívání (kouření) marihuany.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku sociálně patologických jevů, které by se mohly vyskytovat u žáků středních škol. Jejím cílem bylo přiblížit problematiku vybraných sociálně patologických jevů, zaměřit se na příčiny jejich vzniku a dále zjistit, které faktory se na jejich vzniku podílí.

Teoretická část je nejprve zaměřena vymezení pojmů, které s tématem souvisí a na popis vybraných sociálně patologických jevů, jako je agresivita a násilí, suicidální jednání, zneužívání psychoaktivních látek, kriminalita a delikvence a poruchy příjmu potravy. Následně je podrobněji popsán vybraný sociálně patologický jev, na který jsem zaměřila svůj výzkum v praktické části, a to užívání konopných drog. V poslední části přibližuji nástin možné prevence sociálně patologických jevů.

V praktické části mé práce bylo cílem zjistit, zda žáci střední školy z velkoměsta užívají marihuanu více než žáci střední školy na maloměstě. Jak jsem předpokládala, má prostředí školy (maloměsto, velkoměsto) vliv na četnost uživatelů marihuany. Na střední škole ve velkoměstě kouří marihuanu 33,33 % žáků, na maloměstě je to 20,34 %. Dle mého názoru je důvodem větší příležitost ke styku s drogou, kterou mají žáci ve velkoměstě a možná také tzv. větší anonymita, která ve velkých městech funguje. Dalším zajímavým a pozitivním výsledkem dotazníkového šetření byl pro mě fakt, že ze všech dotázaných měl pouze jeden žák kázeňský problém kvůli kouření marihuany. Dále považuji za zajímavou skutečnost, že ačkoliv si téměř většina dotázaných uvědomuje a zná všechna rizika spojená s kouřením marihuany, přesto je jejich zvědavost vyzkoušet tuto drogu větší než samotné důsledky, které užívání této látky může mít. To vyplynulo ze šetření, kdy skoro polovina respondentů uvedla jako důvod kouření marihuany právě zvědavost. Za alarmující fakt považuji věk první zkušenosti s marihuanou a to, že více než polovina dotázaných měla první styk s touto drogou do 15 roku svého života. Z těchto výsledků by možná bylo dobré zvážit případnou větší či rozsáhlejší prevenci na školách.

Doporučovala bych zařadit výuku zdravého životního stylu do vyučovacího procesu formou projektu na toto téma, popřípadě uskutečnit seminář, kterého by se kromě studentů mohli zúčastnit i rodiče, od kterých si právě z velké části přebíráme svoje životní návyky a postoje.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použité literatury

- FISCHER, S., ŠKODA, J. Sociální patologie :Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3
- JEDLIČKA, R, a kolektiv. Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
- DOLEŽAL, X.J. Marihuana 2000. Praha: Baronet a.s, 2000. ISBN 80-7214-291-7
- JOHN, R., PRESL, J. Drogy:Otázky a odpovědi. 1.vyd. Praha: Medea Kultur Praha s.r.o.
- ZIMMEROVÁ, L., MORGEN, P.J. Marihuana: mýty a fakta. 1.vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-463-6
- PRESL, J. Drogová závislost. 1.vyd.Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-25-X
- GOODYER, P. Drogy plus teenager. 1.vyd.Praha: Slovanský dům, 2001. ISBN 80-86421-44-9
- VÉZE de B.E. Hašiš: Látky psychické a magické rostliny. Praha: Clinamen, 2000.
- Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy: otázky a odpovědi.1.vyd.Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2
- HRČKA,M. Sociální deviace.1.vyd.Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. ISBN 80-85850-68-0
- VAŠUTOVÁ, M. Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání. 1.vyd. Ostravská univerzita v Ostravě,2005. ISBN 80-7042-691-8
- NERAD, M.J.,NERADOVÁ, L. Drogy a mýty: drogová problematika z nizozemské perspektivy. Olomouc: VOTOBIA, 1998. ISBN 80-7198-309-8
- MEČÍŘ, J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1990. ISBN 08-005-90
- NOVÁK, M., a kolektiv. O kouření. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1980. ISBN 08-060-80
- NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7
- ESCOHOTADO, A. Stručné dějiny drog. 1.vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8

SKÁLA, J. Až na dno! : fakta o alkoholu a pijáctví. 1.vyd. Praha: státní zdravotnické nakladatelství n.p.,1960.

BARNARDOVÁ, M. Drogová závislost a rodina. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8

SKÁLA, J., a kolektiv. Závislost na alkoholu a jiných drogách. 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1987. ISBN 08-077-87

NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-515-6

HAJNÝ, M.O rodičích, dětech a drogách. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0135-9

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 1.vyd. Praha: Portál s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-549-0

NEŠPOR, K. Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech. 1.vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3

MUHLPACHER, P. Sociální patologie. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. ISBN 80-210-2511-5

MÜHLPACHER, P. Sociopatologie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008,194 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112. ISBN 978-802-1045-507

HAVLÍK, R. Úvod do sociologie. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 382-63-93

NOŽINA, M. Svět drog v Čechách. 1.vyd. Praha: Livingstone, 1997. ISBN 80-85917-36-X

GOHLERT, CH., KUHN, F. Od návyku k závislosti. 1.vyd. Praha: Euromedia group, k.s.- Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999.

PRŮCHA, WALTEROVÁ, MAREŠ. Pedagogický slovník. 1.vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4

MÜHLPACHR, P. Sociopatologie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity, sv. č. 112, 2008. ISBN 978-802-1045-507

Seznam použitých internetových zdrojů

[cs.wikipedia.org/wiki/mentální anorexie](http://cs.wikipedia.org/wiki/mentální_anorexie)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Struktura sledovaného souboru.....	47
Tabulka č.2 Kouříte marihuanu?.....	49
Tabulka č.3 Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany?.....	51
Tabulka č.4 Věk, ve kterém vykouřil respondent první cigaretu marihuany?.....	52
Tabulka č.5 Počet vykouřených cigaret marihuany za jeden měsíc.....	53
Tabulka č. 6 Důvody respondentů ke kouření marihuany.....	56
Tabulka č. 7 Kouří marihuanu váš nejbližší přítel(kyně)?.....	56
Tabulka č. 8 Uvědomujete si zdravotní rizika kouření marihuany?.....	58
Tabulka č. 9 Vědí rodiče, že kouříte marihuanu?.....	58
Tabulka č. 10 Měl(a) jste někdy kázeňský problém kvůli kouření marihuany?.....	60
Tabulka č. 11 Důvody kouření marihuany.....	62
Tabulka č. 12 Finanční prostředky na marihuanu.....	63
Tabulka č. 13 Chtěl(a) by jste přestat kouřit marihuanu?.....	63
Tabulka č. 14 Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu?.....	66

Seznam grafů

Graf č.1 Poměr sledovaného souboru (pohlaví) I.ročník (maloměsto).....	47
Graf č. 2 Poměr sledovaného souboru (pohlaví) IV.ročník (maloměsto).....	48
Graf č. 3 Poměr sledovaného souboru (pohlaví) I.ročník (velkoměsto).....	48
Graf č. 4 Poměr sledovaného souboru (pohlaví) IV.ročník (velkoměsto).....	49
Graf č. 5 Kouříte marihuanu? (maloměsto).....	50
Graf č. 6 Kouříte marihuanu? (velkoměsto).....	50
Graf.č. 7 Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany (maloměsto).....	51
Graf.č. 8 Osoba, s níž respondent vykouřil první cigaretu marihuany (velkoměsto).....	52
Graf. č. 9 Počet cigaret marihuany za jeden měsíc I.ročník (maloměsto).....	53
Graf. č. 10 Počet cigaret marihuany za jeden měsíc IV.ročník (maloměsto).....	54
Graf. č. 11 Počet cigaret marihuany za jeden měsíc I.ročník (velkoměsto).....	54

Graf. č. 12 Počet cigaret marihuany za jeden měsíc IV.ročník (velkoměsto).....	55
Graf. č. 13 Kouří marihuanu váš nejbližší přítel(kyně)?(maloměsto).....	57
Graf. č. 14 Kouří marihuanu váš nejbližší přítel(kyně)?(velkoměsto).....	57
Graf. č. 15 Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu? (maloměsto).....	59
Graf. č. 16 Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu? (velkoměsto).....	59
Graf. č. 17 Měl(a) jste někdy kázeňský problém kvůli marihuaně? I.roč. (maloměsto)...	60
Graf. č. 18 Měl(a) jste někdy kázeňský problém kvůli marihuaně? IV.roč. (maloměsto)	61
Graf. č. 19 Měl(a) jste někdy kázeňský problém kvůli marihuaně? I.roč. (velkoměsto)..	61
Graf. č. 20 Měl(a) jste někdy kázeňský problém kvůli marihuaně? IV.roč. (velkoměsto)	62
Graf. č. 21 Chtěl(a) by jste přestat kouřit marihuanu? I.ročník (maloměsto).....	64
Graf. č. 22 Chtěl(a) by jste přestat kouřit marihuanu? IV.ročník (maloměsto).....	64
Graf. č. 23 Chtěl(a) by jste přestat kouřit marihuanu? I.ročník (velkoměsto).....	65
Graf. č. 24 Chtěl(a) by jste přestat kouřit marihuanu? IV.ročník (velkoměsto).....	65
Graf. č. 25 Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (maloměsto).....	66
Graf. č. 26 Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (maloměsto).....	67
Graf. č. 27 Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu? I. ročník (velkoměsto).....	67
Graf. č. 28 Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu? IV. ročník (velkoměsto).....	68

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník.....	I
----------------------------------	----------

Příloha A - Dotazník

Dotazník pro žáky

Problematika kouření marihuany na středních školách

Škola: _____

Ročník: _____

Věk: _____

Vhodnou odpověď zakroužkujte. V případě otázek 3 a 4 údaj doplňte.

Pohlaví:

a) muž b) žena

1. Kouříte marihuanu?

a) ano, pravidelně b) příležitostně

c) ne d) již ne

2. První cigaretu marihuany jste vykouřil(a) s:

a) s kamarádem (kou) b) ve skupině přátel

c) sám d) jiné

3. První cigaretu marihuany jste vykouřil(a) (v letech): _____

4. Počet vykouřených cigaret marihuany za měsíc: _____

5. Důvody kouření marihuany:

a) nuda b) pro uklidnění c) stres ze školy d) problémy v rodině

e) kouří ji každý f) zvědavost

g) chutná mi to h) začlenit se ch) jiné

6. Kouří marihuanu váš nejbližší přítel(kyně)?

a) ano b) ne

7. Uvědomujete si zdravotní rizika kouření marihuany?

a) ano b) ne

8. Vědí rodiče o tom, že kouříte marihuanu?

a) rozhodně ano b) spíše ano c) nevadí jim to

d) rozhodně ne e) spíše ne f) nevědí, že kouřím

9. Měl(a) jste někdy kázeňský problém ve škole kvůli kouření marihuany?

a) ano b) ne

10. Co vám přináší kouření marihuany?

a) dobrá nálada b) útěk z reality c) začlenění se do party

d) po požití nemyslím na problémy běžného života

11. Finanční prostředky na marihuanu máte:

a) od rodičů b) z brigády

c) nemám peníze d) jiné

12. Chtěl(a) byste přestat kouřit marihuanu?

a) ano b) ne

13. Zkoušel(a) jste přestat kouřit marihuanu?

a) ano b) ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kristýna Chejlavová

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Sociálně patologické jevy na střední školy z pohledu speciálního pedagoga

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 63

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů českých použitých zdrojů: 31

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Iva Duksová