

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Bc. Veronika Gattermayerová

Problematika zneužívání návykových látek u žáků na 2. stupni ZŠ
a u studentů SŠ

Olomouc 2013

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsme pouze uvedené
prameny a literaturu.

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení při zpracování mé diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat mé rodině za její trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod	7
I TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Období dospívání	10
1.1 Prepuberta.....	12
1.1.1 Tělesný vývoj	12
1.1.2 Psychomotorický vývoj	13
1.1.3 Citový vývoj	14
1.1.4 Sociální vývoj.....	14
1.2 Puberta.....	15
1.2.1 Tělesný vývoj	15
1.2.2 Psychomotorický vývoj	17
1.2.3 Citový vývoj	19
1.2.4 Sociální vývoj.....	20
1.3 Adolescence.....	21
1.3.1 Tělesný vývoj	22
1.3.2 Psychomotorický vývoj	23
1.3.3 Citový vývoj	24
1.3.4 Sociální vývoj.....	25
2 Drogy.....	27
2.1 Klasifikace drog	27
2.2 Charakteristika vybraných drog	30
2.2.1 Alkohol	30
2.2.2 Heroin	32
2.2.3 Kokain	33
2.2.4 LSD	35
2.2.5 Marihuana.....	36

2.2.6	Pervitin	37
2.2.7	Tabák	38
3	Závislost na návykových látkách	40
3.1	Riziková mládež	41
3.2	Vývoj závislosti	43
4	Prevence zneužívání návykových látek	48
4.1	Primární prevence	49
4.2	Sekundární prevence	50
4.3	Terciární prevence	51
4.4	Vybrané preventivní přístupy a programy ve školách	51
II	VÝZKUMNÁ ČÁST	53
5	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	54
6	Výzkumný soubor	57
7	Výzkumná metoda a metoda zpracování dat	59
7.1	Dotazník	59
7.2	Metoda statistického zpracování	60
8	Analýza výzkumných dat	61
8.1	Výzkumné otázky	61
8.1.1	Výzkumná otázka č. 1	61
8.1.2	Výzkumná otázka č. 2	63
8.2	Hypotézy	65
8.2.1	Hypotéza č. 1	65
8.2.2	Hypotéza č. 2	66
8.2.3	Hypotéza č. 3	67
8.2.4	Hypotéza č. 4	68
8.2.6	Hypotéza č. 5	69
9	Diskuze	71

9.1	Hypotéza č. 1	71
9.2	Hypotéza č. 2	72
9.3	Hypotéza č. 3	73
9.4	Hypotéza č. 4	74
9.5	Hypotéza č. 5	74
Závěr		77
Seznam použité literatury		78
Seznam použitých zkratk		84
Seznam tabulek.....		85
Seznam grafů		86
Seznam příloh		87

Úvod

Stále zvyšující se výskyt užívání návykových látek dospívající populací se stává aktuálním problémem současné společnosti. Velké množství žáků základních škol a studentů středních škol má zkušenost s návykovými látkami nebo dokonce některou návykovou látku užívají pravidelně a i přes svou nezletilost nemají problém návykové látky sehnat. Velkou roli hraje měnící se společnost, kdy se důležitým prvkem lidského života stává materiální zabezpečení. Rodiče tráví mnoho času v práci a na děti mají stále méně času. Z tohoto důvodu se škola stává významnou institucí pro výchovu a vzdělávání a proto je pro pedagogy důležitá znalost problematiky zneužívání návykových látek.

Předložená diplomová práce se věnuje problematice období dospívání, klasifikaci drog, charakteristice vybraných drog, závislosti na návykových látkách, vývoji závislosti, léčbě závislosti a prevenci zneužívání návykových látek. Motivací pro výběr tohoto tématu byla pro autorku skutečnost, že se jedná o zajímavé a velmi aktuální téma, ale také to, že získané informace využije při práci pedagoga, zejména při výuce výchovy ke zdraví.

Hlavním cílem diplomové práce je snaha zjistit, jaký vztah mají dnešní studenti základní a střední školy k návykovým látkám. Dalším cílem je poskytnout ucelené informace o období dospívání, o změnách, které jsou typické právě pro toto období, dále poukázat na problematiku drog, závislosti, léčby a prevenci zneužívání návykových látek.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a z části výzkumné. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je věnována období dospívání. Autorka se v této kapitole uceleně věnuje období dospívání, časovému rozdělení tohoto období z pohledu vybraných autorů. Najdeme zde části věnované prepubertě, pubertě a adolescenci doplněné o tělesný, psychomotorický, citový a sociální vývoj. Druhá kapitola se věnuje drogám, především klasifikaci drog z pohledu různých autorů a charakteristice vybraných druhů drog, mezi které patří alkohol, heroin, kokain, LSD, marihuana, pervitin a tabák. Ve třetí kapitole najdeme informace o závislosti na návykových látkách. Autorka se věnuje vymezení pojmu závislost, možným důvodům vzniku závislosti, rizikové mládeži a vývoji závislosti. Čtvrtá kapitola se zabývá prevencí zneužívání návykových látek, najdeme zde podrobněji popsanou primární, sekundární a terciární prevenci. Nalezneme zde také informace o vybraných preventivních programech a přístupech ve školách. Výzkumná část diplomové práce se zabývá analýzou dat získaných metodou sběru dat pomocí dotazníku, který byl rozdán u žáků 8. a 9. třídy základní školy a u studentů 1. a 3. ročníku střední školy.

Hlavním cílem analýzy těchto dat je snaha zjistit, jaký vztah mají dnešní studenti základní a střední školy k návykovým látkám. Dílčím cílem výzkumné části je snaha zjistit, jaký postoj mají studenti základní a střední školy k cigaretám, alkoholu a dalším návykovým látkám. Dalším cílem je snaha zjistit, zda by se studenti někomu se zneužíváním návykových látek svěřili, a pokud ano, tak komu by se svěřili a komu by se naopak nikdy nesvěřili. Také se pokusíme zjistit, zda škola studenty dostatečně informuje o problematice zneužívání návykových látek. Při výzkumu jsou stanoveny 2 výzkumné otázky a 5 hypotéz, které jsou dokazovány. Každá výzkumná otázka a hypotéza je zvolena tak, aby došlo k naplnění hlavního cíle výzkumné části diplomové práce.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Období dospívání

Období dospívání je součástí lidského života, který začíná početím a končí smrtí. Jelikož lidský život je velmi dlouhým obdobím, v jehož průběhu projde člověk mnoha změnami, rozděluje se na několik kratších časových úseků, které nazýváme vývojová období. Pro úplnost náhledu na tuto problematiku můžeme uvést výčet jednotlivých vývojových období lidského života z pohledu několika vybraných autorů. Skorunková (2011) rozděluje lidský život na prenatalní období, novorozenecké období, kojenecký věk, batolecí věk, předškolní věk, školní zralost a školní připravenost, mladší školní věk, střední školní věk, pubescenci, adolescenci, mladou dospělost, střední dospělost, starší dospělost a jako poslední období uvádí stáří. Oproti tomu Kelnarová, Matějková (2010) uvádí, že lidský život můžeme rozdělit na období prenatalní, perinatální období, novorozenecké (neonatální) období, kojenecké období, období batolete, předškolní období, školní věk, období dospívání (pubescence a adolescence), dospělost (období mladé dospělosti, období střední dospělosti a období starší dospělosti), stáří (období raného stáří, období vlastního stáří, dlouhověkost) a jako poslední období uvádí smrt a umírání. Podobné rozdělení zastává Vašutová a kol. (2010), která dělí vývojová období na období prenatalní, perinatální období, novorozenecké období, kojenecké období, období batolete, období předškolní, období školního dětství, dospívání (pubescence, adolescence), dospělost (mladší dospělost, střední dospělost, starší dospělost) a jako poslední období uvádí stáří.

Dle Heluse (2009) známe vývojové období kojenecké, batolecí, předškolní věk, raný školní věk, pubescenci, adolescenci, dospělost (raná, střední, pozdní) a stáří. Kohoutek (2008) rozděluje periodizaci vývoje na období novorozeněte, kojence, batolete, předškolního věku, mladšího školního věku, puberty, adolescence, dospělosti a stáří.

Další pohled na rozdělení lidského života přináší Musil (2006), který rozděluje periodizaci na období antenatální (období mladozárodečné, embryonální, fetální, prenatalní), první dětství (období nemluvněte, období batolete), druhé dětství (předškolní věk, školní věk), pubescenci, hebetické období (adolescence, anaplastické období), období životní stabilizace a vrcholu, střední věk, senium (presenium, kmetství, patriarchální věk, období umírání a smrti).

Nejlepší se nám zdá rozdělení, které přináší Šimíčková - Čížková a kol. (2005), když rozděluje vývojová období na období prenatalní, období perinatální, období postnatální,

kojenecké období, období batolete, období předškolního věku, období mladšího školního věku, období prepuberty, období puberty, období adolescence a dospělost. Toto rozdělení budeme využívat v diplomové práci.

O dospívání můžeme říci, že „je velmi dynamickým obdobím v životě člověka, které modifikuje všechny složky jeho osobnosti. Je to přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, je jakýmsi druhým zrodem člověka, biologickým i psychosociálním“ (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 80). Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) uvádí, že období dospívání je jedinečné tím, že jedinec hledá vlastní identitu, bojuje s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém a o své pozici ve společnosti. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) charakterizuje období dospívání jako období bouří a stresů, které nastupuje po relativně klidném období mladšího školáka. Vašutová a kol. (2010) zastává názor, že období je přechodem od dětství k dospělosti, od závislosti na dospělých k nezávislosti, od nesamostatnosti k samostatnosti a od neodpovědnosti k morální zodpovědnosti. „V základním - **biologickém** smyslu lze období dospívání vymezit široce jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků) a více nebo méně význačnou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu. Současně s biologickým zráním probíhá řada významných a nápadných **psychických** změn, které můžeme povšechně charakterizovat ohlášením nových půdových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého (formálně abstraktního) způsobu myšlení a dosažení vrcholu jeho rozvoje“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 142).

Existuje několik časových rozdělení období dospívání, která se navzájem liší, proto si uvedeme alespoň pár rozdělení z pohledu vybraných autorů. Machová (2008) rozděluje období dospívání na starší školní věk a období dorosteneckého věku a časově období dospívání vymezuje na období mezi dvanáctým a osmnáctým rokem života člověka. Jiné dělení období dospívání přináší Šimíčková - Čížková a kol. (2005), která uvádí, že období dospívání začíná desátým rokem života a končí patnáctým rokem života člověka. Toto období dále dělí na prepubertu a pubertu. Období adolescence řadí jako samostatné období života člověka, které začíná v šestnácti letech a končí ve dvaceti letech.

Podrobnější rozdělení dospívání přináší Vašutová a kol. (2010), když uvádí, že období dospívání dělíme na tyto fáze:

- raná adolescence, též pubescence - začíná mezi jedenáctým a dvanáctým rokem a končí ukončením základní školy, tedy mezi patnáctým a šestnáctým rokem. Skládá se ze dvou fází - prepuberty (u dívek od jedenácti let, u chlapců od dvanácti let) a puberty (začíná ve třinácti letech a končí zhruba ve čtrnácti letech),
- vrcholná adolescence - trvá zhruba od patnácti do dvaceti let.

Z našeho pohledu nejlepší vymezení období dospívání přináší Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011), které uvádí, že období dospívání začíná jedenáctým rokem života a končí dvacátým rokem života člověka a můžeme jej rozdělit do tří fází:

- prepuberta,
- puberta,
- adolescence.

1.1 Prepuberta

Prepuberta nastupuje u dívek ve věku kolem deseti let a u chlapců o rok později, tedy kolem jedenácti let života a biologicky končí nástupem první menstruace u dívek a první ranní polucí u chlapců (Šimíčková - Čížková a kol., 2005).

1.1.1 Tělesný vývoj

„Počátky dospívání jsou spojeny především s rychlým nástupem biologických změn. Tělesné dozrávání se začíná projevovat mezi 11. až 12. rokem zrychlením tělesného růstu. Růstové změny mají určitou posloupnost. Na samém počátku jsou dítě i jeho rodiče překvapeni neúměrně velkým růstem chodidla nohy ve vztahu k postavě, která se ještě nezačala vytahovat. Následuje růst končetin, dítě chodí jakoby na chůdách a jeho pavoučí vzhled u okolí často vyvolává přirovnání „Je samá ruka, samá noha.“ Hlava a trup, svalstvo a vnitřní orgány rostou později“ (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 80).

Šimíčková - Čížková a kol. (2005) uvádí, že v tělesném vývoji nastupuje období vytáhlosti, které se projevuje intenzivním růstem končetin i trupu. Machová (2008) informuje o tom, že v tomto období dochází k prepubertální akceleraci a začínají se vyvíjet sekundárních pohlavní znaky, k nimž řadíme ochlupení kolem zevních pohlavních orgánů,

ochlupení v podpaží, tělesné ochlupení, vousy u chlapců, růst hltanu a změna hlasu, vývoj prsních žláz, prsního dvorce a bradavky. Prepubertální akcelerace se projevuje nápadným zrychlením růstu, kdy růstové změny postupují v následujícím pořadí: na začátku se rychle zvětšuje délka dolních končetin a pak i končetin horních, o několik měsíců později se zvětšuje šířka ramen, hrudníku a pánve, poté se začíná prodlužovat trup a nakonec se zvětšuje hloubka hrudníku. Touto prepubertální akcelerací se dítě dostává do období druhé vytáhlosti.

1.1.2 Psychomotorický vývoj

Podle názoru Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) dochází v období prepuberty ke změnám v percepci, kdy se zpřesňuje a zdokonaluje diskriminace podnětů, přechodně se zhoršuje percepční výkonnost, k čemuž dochází v souvislosti s vlivem emoční lability a zvýšené nepozornosti. Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že k vývoji dochází především u vizuálního vnímání.

Ke změnám dochází též v oblasti myšlení. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) uvádí, že začínají kvantitativní a kvalitativní změny v myšlení, v jejichž důsledku se zvyšuje množství úspěšně řešených problémů. Také dochází k posunu od konkrétních myšlenkových operací k formálním myšlenkovým operacím, objevuje se tedy abstraktní myšlení. S těmito změnami v myšlení souvisí také rozvoj logického myšlení, kdy už dospívajícímu nestačí pouhé zapamatování informací bez pochopení souvislostí, začíná se objevovat samostatnost v myšlení. Podle Zacharové, Šimíčkové - Čížkové (2011, s. 81) je pro dospívání „typická potřeba a schopnost poznání a pochopení světa, jaký by měl být, případně mohl být.“

Podle názoru Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) vzrůstá u dospívajících v prepubertě význam fantazie, která se projevuje formou denního snění, ve kterém se jedinec vidí v dokonalém světě. Toto denní snění může mít za následek menší úspěšnost ve školní práci.

Langmeier, Krejčířová (2006) uvádí, že vývoj motoriky je výraznější než v předchozím období. Podle Machové (2008) se stále vyvíjí jemná motorika, která vyvrcholí automatizací pohybů při psaní, čímž vzniká charakteristický rukopis. K rozvoji jemné motoriky dochází zejména při hraní kolektivních her. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) doplňuje, že hrubá motorika je přechodně neobratná a nekoordinovaná.

Langmeier, Krejčířová (2006) zastávají názor, že v tomto období pokračuje vývoj řeči, i když to není na první pohled patrné. Charakteristickým znakem tohoto vývoje je zejména zvětšující se slovní zásoba.

1.1.3 Citový vývoj

Šimíčková - Čížková a kol. (2005) uvádí, že v období prepuberty nastává citová labilita, která se projevuje proměnlivostí citů, které mohou být afektivní, rychle vzniklé, krátké a prudké. Podmíněností výše zmiňované citové lability se zabývají Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011), když uvádí, že citová labilita je podmíněna zvýšenou produkcí hormonů v organismu a zráním nervové soustavy. Toto chování bývá nazýváno drzostí nebo vzdorem. Také dodávají, že toto období je velmi neklidné. Flešková a kol. (1999) uvádí, že v období prepuberty dochází ke zvyšování sebevědomí, což se projevuje v sebeprosazování a v sebepozorování. Prepubescent začíná věnovat zvýšenou pozornost svému vzhledu, hygieně a oblečení. Dospívající v období prepuberty vyhledává samotu, uvažuje o sobě a začíná se v něm probouzet mravní přesvědčení. Začíná se objevovat sebepozorování s prvními pokusy o sebehodnocení. V období prepuberty jedinec věnuje svou pozornost především svému zevnímu vzhledu, věnuje více času módě a oblékání, což může způsobovat konflikty mezi prepubescentem a rodiči. Důležitou úlohu v životě hraje zrcadlo, a to ne jenom u dívek, ale též u chlapců (Klindová, Rybářová, 1985).

1.1.4 Sociální vývoj

Šimíčková - Čížková a kol. (2005) zastává názor, že se jedinci v prepubertálním období začínají osamostatňovat od rodiny a v důsledku toho se uvolňují citové vazby mezi jedincem a rodiči. S tímto názorem souhlasí Lengmeier, Krejčířová (2006), kteří uvádí, že přestože rodina poskytuje dítěti základní jistotu a bezpečí, jedná se o místo, kam se člověk může uchýlit v případě potřeby, tak již v prepubertě začíná proces emancipace, který je důležitý pro osobní zrání. Jedná se o proces, kdy dochází k osamostatňování a prepubescent se začíná uvolňovat z pout rodiny. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) chápe prepubertu jako období sociálního vakua, protože jedinci už nejsou dětmi, ale nejsou ještě ani dospělými. Přestože jedinci navazují více kontaktů s vrstevníky a sdružují se do skupin společného

zájmu, nejsou vztahy s vrstevníky pevné, jedinci často střídají kamarády a nezhledka se objevují konflikty.

Sociálním vývojem v období prepuberty se zabývá také Vašutová a kol. (2010), která uvádí, že od deseti let má prepubescent silnou potřebu navazovat nové vztahy a začlenit se do skupiny svých vrstevníků, čímž se připravuje na budoucí přátelské a intimní vztahy. „Upřednostňování jsou vrstevníci, kteří se dítěti podobají nebo se od něj alespoň výrazně neliší. Skupiny bývají diferencované podle pohlaví, přičemž chlapci bývají fundamentalističtější, na druhé straně však také soudržnější než dívky. Děti se ve skupinách učí solidaritě a sounáležitosti; jejich náklonnost k ostatním však bývá často pouze přechodná“ (Vašutová a kol., 2010, s. 191).

1.2 Puberta

Puberta je období, které nastupuje po období prepuberty. Období vlastní puberty začíná u dívek ve věku přibližně dvanácti let a u chlapců ve třinácti letech (Šimíčková - Čížková a kol., 2005). Machová (2008) přináší jiné časové vymezení puberty, když uvádí, že puberta je dlouhé období probíhající v rozmezí od deseti do osmnácti let. Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) doplňují, že se jedná o období, které se projevuje jinak u dívek a u chlapců. U dívek jde o období kratší a uzavřenější, zatímco u chlapců je toto období rozmanitější a dlouhodobější. Dále uvádí, že puberta začíná první menstruací u dívek a první polucí u chlapců. Klindová, Rybářová (1985) poukazují na to, že nástup a ukončení puberty může být ovlivněno pohlavím, klimatickými podmínkami, dědičnými dispozicemi, způsobem výživy a zdravotními podmínkami jednotlivce.

Dle Kohoutka (2008) můžeme rozlišovat tři různé vývojové typy puberty:

- akcelerovaný typ - zrychlený vývoj jedince,
- průměrný typ - středně rychlý vývoj jedince,
- retardovaný typ - zpomalený vývoj jedince.

1.2.1 Tělesný vývoj

Riegerová, Přidalová, Ulbrichová (2006) uvádí, že dosud nebylo uspokojivě zodpovězeno, co je spouštěčem puberty. Podle jednoho z předpokladů je počátek puberty

spojen se vzájemným působením hypotalamických center mozku¹, hypotalamu², předního laloku hypofýzy³, gonád⁴ a nadledvinek⁵. Podle názoru Machové (2008) je spouštěčem puberty endokrinní aktivita, které se kromě pohlavních orgánů účastní též hypofýza, štítná žláza a nadledvinky. Činnost zvyšují také některé žlázy s vnitřní sekrecí, mazové žlázy a potní žlázy.

Kohoutek (2008) charakterizuje tělesný vývoj v období dospívání zrychleným růstem, který je podmíněn vnějšími i vnitřními příčinami. Mezi vnější příčiny patří kulturní, sociální a hospodářské poměry ve společnosti, životní prostředí a výživa. Z vnitřních příčin můžeme uvést postupné zrání nervové soustavy, vzájemné působení některých funkcí organismu a změny v činnosti endokrinních žláz.

Puberta je obdobím nerovnoměrného růstu a zrychleného růstu orgánů a tkání. Jedinec v tomto období vyroste za rok v průměru o 8 až 12 cm. Pod vlivem hormonální činnosti se dotváří prvotní pohlavní orgány, tedy vnitřní a vnější pohlavní orgány, ale zejména dochází k vývinu sekundárních pohlavních znaků, které zapříčiní odlišnou stavbu ženské a mužské kostry, rozdíl v hmotnosti, ženské tělo se zaobljuje, u žen se zvětšují prsa a ochlupují se typické ženské a mužské části těla (Klindlová, Rybářová, 1985). Růst hrtanu se zrychluje, čímž dochází k hlasovým mutacím. Také nastávají změny v kůži, které se projevují trudovitostí pleti obličeje, objevuje se tedy akné. U pubescentů se začíná projevovat zvýšená únavnost (Wedlichová, Heřmanová, 2008). Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) doplňují,

¹ HYPOTALAMICKÁ CENTRA MOZKU - parasympatická oblast zvyšuje peristaltiku žaludku a střev, zpomaluje srdeční akci, rozšiřuje cévy, snižuje krevní tlak. Sympatická oblast snižuje peristaltiku, rozšiřuje zornice, zvyšuje krevní tlak, zrychluje srdeční činnost, zlepšuje zásobení mozku krví. Vyměšuje antidiuretický hormon a oxytocin. V hypotalamu se také nachází termoregulační centrum (Machová, 2008).

² HYPOTALAMUS - součást mozku umístěná pod talamem, ve které vzniká gonadotropní uvolňovací hormon a další uvolňovací hormony, řídí homeostázu organismu, endokrinní procesy, tvorbu hormonů a funkce udržující život (Hartl, Hartlová, 2000).

³ PŘEDNÍ LALOK HYPOFÝZY - přední lalok řídící endokrinní žlázy produkující somatotropní hormon, prolaktin, tyreotropní hormon, adrenokortikotropní hormon a gonadotropní hormon (Machová, 2008).

⁴ GONÁDA - pohlavní žláza produkující pohlavní buňky (Hartl, Hartlová, 2000).

⁵ NADLEDVINKY - párové žlázy umístěné na horních pólech ledvin. Skládají se z kůry, která produkuje hormony kortikoidy, a dřeně, která produkuje hormon adrenalin a noradrenalin (Machová, 2008).

že se tělesný vývoj postupně zvolňuje a dochází k vyvažování tělesných proporcí a tvar postavy dostává typicky dospělé podoby, kdy se u dívek postava zaobluje a u chlapců se stává hranatější.

„Puberta je obdobím pohlavního dozrávání, které přeměňuje dítě na biologicky zralého dospělého, schopné sexuální reprodukce“ (Šimíčková - Čížková a kol., 2005, s. 105). S tímto názorem souhlasí Machová (2008), která dodává, že se jedná o období, které je charakteristické růstovými, morfologickými, fyziologickými a psychickými změnami, jejichž výsledkem je přeměna dítěte v dospělého člověka. Podle názoru Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) se v tomto období snižuje nepoměr mezi somatickým a psychickým vývojem.

„Tělesná atraktivita má i svou sociální hodnotu. V každé kultuře je tělesný vzhled důležitou součástí vlastní identity“ (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011, s. 83). Vašutová a kol. (2010) doplňuje, že somatické změny se týkají celého organismu dospívajících, přičemž jako psychicky významné se jeví vzhledové charakteristiky, jako jsou kožní projevy, změny ochlupení, změny vlasů, zduření tkání kolem prsních bradavek u chlapců. Typický je také vulkanismus, tedy vnitřní nejistota a vnitřní napětí.

„Biologické změny, kdykoliv se vyskytnou, mají rovněž důležité psychické následky. Pouhý fakt, že svaly hochů se stávají mezi 12 – 16 léty dvakrát většími, vede k větší sebedůvěře, energičnosti, k soutěživosti s dospělými. U dívek hraje podobně vnější zjev důležitou roli. Biologické změny také působí na koncepci dospívajícího - jeho podoba je pubertou narušována, může trávit celé hodiny před zrcadlem, může k sobě mluvit, psát si deník a jinými způsoby se přesvědčovat o své individualitě, v dospívání hraje vědomí sebe sama, sebeuvědomění významnou roli“ (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 53). Vašutová a kol. (2010) v této souvislosti uvádí, že vzrůstá subjektivní význam tělesného vzhledu a že tělesná atraktivita a celkový vzhled člověka mají v naší kultuře významnou sociální hodnotu.

1.2.2 Psychomotorický vývoj

Podle názoru Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) dochází k vyvažování tělesných proporcí, čímž dochází ke zlepšení pohybové koordinace, mizí neobratnost a klátivost, především u chlapců. U dívek se objevují ladnější pohyby a mohou zvládnout i obtížnější koordinaci těla. Stabilizuje se a zdelší fyzická výkonnost, střídání motorické aktivity a pasivity již není tak výrazné. Jiný názor na pohybový vývoj zastávají Trpišovská, Vacínová

(2006), když se podle jejich názoru v tomto období pohybové schopnosti relativně zhoršují, projevuje se pohybový nesoulad a nemotornost, což je zapříčiněno rychlým růstem, jemuž se nestačí přizpůsobovat mozkové pohybové centrum, nerovnoměrností růstu kostí a svalstva, ale také zvýšenou koncentrací jedince na své tělo a jeho pohyby, které byly v minulosti vykonávány automaticky.

V pubertě dochází k rozvoji poznávacích procesů, především dochází ke zpřesňování formálně logických procesů. Postupně se vnímání stává preciznější (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011). Kohoutek (2008) upřesňuje, že vnímání pubescenta se postupně začíná vyrovnávat vnímání dospělého a je charakteristické především tím, že pubescent přesně vnímá prostor, plochu, čas, dokáže odhadnout váhu předmětů a umí odlišovat jemné odstíny zvukových, sluchových a čichových vjemů. Dochází také k výraznému rozvoji logické paměti, dospívající si lépe a dlouhodobě pamatují obsahy, které mají logickou souvislost. Oproti tomu mechanické učení má pouze krátkodobé účinky. Fantazie je charakteristická především nápadivostí, kdy dospívající volí při plnění úkolů nové postupy. Rozvíjí se nový druh fantazie, tzv. denní snění, které se stává prostředníkem mezi ideálem a realitou. V myšlení dochází ke zdokonalování schopnosti abstrakce, čímž se myšlení dostává na úroveň dospělých. V myšlení je charakteristický racionalismus, který se projevuje přikláněním se k rozumovému zdůvodnění a odmítání citů. Dále se myšlení projevuje radikalizmem, což je unáhlený hodnotící soud. Dospívající neakceptují kompromis a nerozpoznají důležitost jevů (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

Vašutová a kol. (2010) zdůrazňuje kromě schopnosti zvládat formální myšlenkové operace také schopnost uvažovat o alternativních způsobech řešení problémů, vytvářet hypotézy abstraktní povahy, schopnost metafyzického uvažování, schopnost přemýšlet o myšlení a vytvářet soudy o soudech. Wedlichová, Heřmanová (2008) uvádí, že vnímání se postupně vyrovnává úrovni vnímání dospělého člověka, představy jsou na vysoké úrovni, ustalují se a mizí náhodnost. Intenzivně se rozvíjí paměť, což umožňuje lepší zvládnutí paměti, pubescent si umí objektivní materiál lépe učlenit, vybrat podstatné věci a zvolit vhodnou metodu ke zvládnutí celku. Fantazie se stává pojítkem mezi skutečností a budoucností.

Trpišovská, Vacínová (2006) doplňují, že v tomto období dochází též ke změnám v řeči, kdy slovník pubescentů je poměrně bohatý, doplněn mnohými abstraktivními pojmy, věty jsou stylisticky i gramaticky správné. „V oblasti řečových projevů existuje u některých

tendence ke stylizaci ať už v mluvených či psaných projevech. V řeči často usilují o viditelné vyjádření sounáležitosti se sociální skupinou, **jejich komunikační vzorce jsou charakteristické jejich generační příslušností**. Projevuje se to preferencí některých slov, užíváním oblíbených obrátů, někdy i určitou teatrálností ve vyjadřování“ (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 54).

1.2.3 Citový vývoj

Šimíčková - Čížková a kol. (2005) zastává názor, že citová agilita, která byla charakteristická pro emoční vývoj v prepubertě, není v pubertě již tak výrazná. Většina pubescentů je pozitivněji laděná. Jiný názor zastávají Trpišovská, Vacínová (2006), které uvádí, že citový vývoj je stále ovlivněn hormonálními změnami a proto se projevuje dráždivostí, citovou nevyrovnaností, zvýšenou přecitlivělostí a vzrušitelností. Přestože byla špatná nálada pubescentů po dlouhou dobu chápána jako běžná součást dospívání, tak novější výzkumy dokazují, že i dospívající mohou trpět depresí, která je spojena s řadou nepříznivých následků, především s fyzickými a psychickými problémy v pozdějším životě⁶.

Dle názoru Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) se citový vývoj projevuje především v sociálních vztazích, mluvíme o tzv. sociálních citech. V pubertě většinou dochází k velké potřebě navázat citový vztah, dochází tedy k prvnímu zamilování. Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) dodávají, že nejdůležitějším citem je přátelství. Přátelské vztahy jdou charakteristické důvěrností, tedy možností svěřit se příteli.

Trpišovská, Vacínová (2006) doplňují, že u některých pubescentů se objevuje nechuť ukazovat svoje city navenek, zvýšená sebekontrola a sklon k introverzi. Dle Šimíčkové - Čížkové a kol. (2005) dochází v pubertě k uvolnění emoční vázanosti k rodičům, odmítají jejich citové projevy a hodnotí chování rodičů racionálně. Wedlichová, Heřmanová (2008) uvádí, že u některých pubescentů se může objevit odmítavé až hrubé chování k citovým projevům rodičů. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) uvádí, že sebacity jsou nevyrovnané, pubescent se k sobě staví kriticky a díky porovnáváním s druhými dochází k oslabení sebejistoty.

⁶ Depression in chidwood and Adolescence. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=8ee3d45d-13fa-42de-b70f-52abd30d11cd%40sessionmgr15&hid=19>

„Typické pro období dospívání je rozvoj vyšších citů morálních, estetických, přijímá mravní hodnoty vlastní rodiny a celé společnosti. Začínají se objevovat metafyzické úvahy o smyslu života, o morálních zásadách, o normách společnosti. Výrazně se projeví i noetické city, citové vztahy k poznání jsou velmi intenzivní, dychtí po nových poznatcích a jejich získání je provázeno pozitivním emočním laděním“ (Šimíčková - Čížková a kol., 2005, s. 109).

Především u dětí se sklonem k perfekcionismu se mohou objevit v nutkavé neurózy a depresivní stavy. U dívek se objevuje tzv. neurastenický syndrom projevující se především poruchami spánku, vegetativní labilitou, bolestí hlavy a svalů, neschopností koncentrace. Sebevražedné tendence kulminují kolem patnáctého roku (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2012).

1.2.4 Sociální vývoj

„Pro období dospívání jsou typické výrazné změny v sociálních vztazích, projevuje se především tendence pubescenta odpoutat se od rodiny. Ve vztahu k dospělým se projevuje zvyšující se kritičnost a výhrady k vlastnostem a jejich chování. Rodiče ztrácejí výsadní postavení stejně jako ostatní dospělí. Dospívající přijímá jen toho, kdo mu imponuje a koho si váží“ (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 55). Sociální vývoj je v období dospívání ovlivněn snahou po nezávislosti, která se projevuje snahou samostatně se rozhodnout a projevit svůj názor v rozhovoru s dospělými. Tyto tendence se však mohou často projevit konflikty v diskuzi s dospělými. Dospívající mají velkou potřebu navazovat nové kontakty a hrát nové role v různých skupinách. Mezi vrstevníky se projevuje uniformita a to jak v oblékání, tak i v názorech a chování (Šimíčková - Čížková a kol., 2005). „Tento skupinový vliv má důležitou roli pro vyzrávání osobnosti, neboť se posiluje sebepojetí, sebevědomí, nabírá síly pro další střety se společenskými požadavky. Pokud je význam party pubertou přeceňován, idealizován, kdy je tendence k absolutnímu přimknutí, kdy přestává komunikovat s jinými členy sociálních skupin, pak jde pravděpodobně o nevyzrálého jedince, u kterého selhala rodinná výchova, škola nebo jiná instituce“ (Šimíčková - Čížková a kol., 2005, s. 109).

1.3 Adolescence

Adolescence je velice náročná vývojová etapa v životě člověka, jelikož se jedná o přestup mezi dětstvím a dospělostí. U dívek začíná kolem šestnácti let, u chlapců o rok později, tedy kolem sedmnácti let. Horní věková hranice není přesně stanovena, jelikož dosažení dospělosti je ovlivněno různými faktory, například společenskou zvyklostí, kulturní zvyklostí, industriální rozvinutostí apod. (Šimíčková - Čížková a kol., 2005). Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) vymezují období adolescence mezi patnáctým až dvacátým rokem života člověka. Jiné vymezení horní hranice adolescence přináší Riegerová, Přidalová, Ulbrichová (2006), když vymezují ukončení adolescence mezi šestnáctým až osmnáctým rokem života člověka.

„Adolescence v užším slova smyslu tvá od 15 do 20 let.

- Ve věku šestnácti až osmnácti let se růst výšky výrazně zpomaluje a postupně se úplně zastaví. Zpomalení růstu nastává dříve u žen než u mužů.
- Duševní vývoj se v adolescenci postupně harmonizuje a osobnost se stabilizuje.
- Duševní i tělesná výkonnost se zlepšuje.
- Zlepšují také často vztahy vůči společenskému prostředí.
- Mladý člověk si vybírá osobní vzory a navazuje intimní osobní vztahy, jeho potřeba intimního života a eroticko - sexuálního vyžití je většinou značně naléhavá a obtížně kompenzovatelná.
- Soužití v rodině a škole (resp. na pracovišti) není v tomto období ještě vždy optimální. Adolescenti se neradi řídí podle zkušeností a rad svých rodičů" (Kohoutek, 2008, s. 112).

Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011, s. 86) dodávají, že „**adolescence má především psychosociální charakter**, protože zásadní biologická změna proběhla již v pubertě. Sociálními mezníky adolescence jsou:

- Ukončení povinné školní docházky.
- První pohlavní styk.
- Dovršení profesní přípravy (s výjimkou vysokoškoláků).
- Právní dosažení plnoletosti (podle současného práva je u nás člověk dospělý v 18 letech a od tohoto věku je také za své jednání zodpovědný.“

Podle názoru Vašutové a kol. (2010) je období adolescence důležité, protože se utváří strategie chování a to ve vztahu k výkonu i k vlastní sociální pozici.

„K vývojovým úkolům pro období adolescence podle Havighursta (in Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 56) patří:

- přijetí vlastní fyzické struktura a role svého pohlaví,
- vytvoření nových vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví,
- vývoj intelektových schopností potřebných k získání občanské kompetence,
- vytvoření hierarchie hodnot,
- příprava na povolání,
- emocionální nezávislost na rodičích a ostatních dospělých,
- získání jistoty a ekonomické nezávislosti na rodičích,
- dosažení sociálně zodpovědného chování,
- příprava na manželství a rodinný život.“

1.3.1 Tělesný vývoj

Podle názoru Vašutové a kol. (2010) se tělesný vývoj v tomto období dokončuje, dochází pouze k malým váhovým a růstovým změnám. Riegerová, Přidalová, Ulbrichová (2006) doplňují, že se růst do výšky v tomto období výrazně zpomaluje, až se úplně zastaví. Dlouhé kosti rostou méně než trup, s jehož ukončením vrcholí vývoj nejen tělesných, ale i duševních sil jedince. Kolem osmnácti let vymizí chrupavčité spojení mezi klínovou a týlní kostí, v důsledku vymizení kosti pevně srůstají. Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011) doplňují, že tělesný vývoj není provázen výraznějšími změnami, směřuje především k odlišnosti tělesných proporcí. Machová (2008) uvádí, že se v tomto období dokončuje růst a vývoj pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních znaků, je dosaženo plné reprodukční schopnosti, snižuje se hladina hormonů v krvi, uzavírá se většina růstových štěrbin a končí růst. Trpišovská, Vacínová (2006) uvádí, že jedinec dosahuje své definitivní výšky a vlastně celé své podoby. Podle Vašutové a kol. (2010) dochází k dozrávání mozku, které se dokončuje mezi šestnáctým až sedmnáctým rokem.

„**Fyzický vývoj adolescentů provází mnoho psychických změn.** Adolescenti se mnohem více zabývají svými těly a formují si o nich individuální obraz. Mladí adolescenti jsou více nespokojeni se svými těly než adolescenti starší. Některé výzkumy prokázaly, že častěji dozrávající hoši se vnímají pozitivněji a mají úspěšnější vztahy k vrstevníkům než hoši dospívající později. U dívek jsou nálezy podobné, ale ne tak výrazné jako u hochů“ (Trpišovská, Vacínová, 2006, s. 57).

1.3.2 Psychomotorický vývoj

Ani v kognitivním vývoji nedochází podle názoru Zacharové, Šimíčkové - Čížkové (2011) k velkým změnám, když uvádí, že adolescent umí pouze lépe používat formálně logické operace, které si zafixoval cvičením a hromaděním zkušeností. V myšlení dosahuje maximální úrovně inteligence. Typické pro adolescenci je schopnost používat nové způsoby řešení. Adolescenti stejně jako pubescenti používají v myšlení radikalismus⁷, který znamená jednoznačné a rychlé řešení. Vašutová a kol. (2010) uvádí, že v myšlení nedochází k velkým změnám, jelikož formální logické operace byly zvládnuty již v období puberty, avšak je pro toto období charakteristické hypoteticko⁸ - deduktivní⁹ myšlení, které je charakteristické abstrahováním bezprostřední reality. Šimíčková - Čížková a kol. (2005) uvádí, že v myšlení se adolescent obrací do vlastního nitra, stává se introspektivním, analytickým a sebekritickým.

„Rozvoj inteligence v této době dosahuje maxima zejména pokud se týká pružnosti myšlení. Flexibilita a schopnost užívat nové způsoby řešení jsou právě pro období dospívání typické. Převažuje netradiční, radikální a málo rigidní řešení situací. Adolescent preferuje zejména zásadní, **jednoznačné a rychlé strategie**, které mu pomáhají k dosažení pocitu jistoty. Kompromisy jsou více v pozadí, krajní varianty bývají přijatelnější“ (Vašutová a kol., 2010, s. 212).

Dále Šimíčková - Čížková a kol. (2005) doplňuje, že přetrvává kritický realismus, který je charakteristický přezkoumáváním získaných poznatků, ale v období adolescence je již

⁷ RADIKALIZMUS - vyhraněný postoj, který je charakteristická prosazením krajních řešení, okamžitých a zásadních změn (Hartl, Hartlová, 2000).

⁸ HYPOTÉZA - domněnka, předpoklad o vztahu (Hartl, Hartlová, 2000).

⁹ DEDUKCE - postup od obecného k zvláštnímu, jednotlivému (Hartl, Hartlová, 2000).

na vyšší úrovni. Dále mizí naivní romantismus, typickým znakem se stává radikalismus, nekompromisismus a jednostrannost v chápání skutečnosti. Podle názoru Trpišovské, Vacínové (2006) se na počátku dospívání projevuje rozkolísanost v pozornosti a paměti, ale na konci období adolescence dosáhnou obě schopnosti optimálních kvalit.

Zacharová, Šimíčková - Čížková (2011, s. 89) uvádí, že „vývoj **identity adolescenta** se ke konci této vývojové fáze dokončuje. Dospívající **dosáhne takové autonomie, která potvrzuje jedinečnost jeho osobnosti a je alespoň přibližně realistická**. To znamená, že jak se hodnotí dospívající, podobným způsobem ho hodnotí i ostatní lidé. Taková identita dává dospívajícímu určitý řád tím, že mu odpovídá na otázku: „Kdo jsem“?“

Trpišovská, Vacínová (2006) uvádí, že se v období adolescence mění jazyková úroveň, adolescenti více používají metafory, dokážou spojit obecné a specifické v psaném textu, věty nabývají smysl. Většina adolescentů umí konverzovat, diskutovat a odpovídat. Mezi jednotlivými jedinci jsou však značné rozdíly.

1.3.3 Citový vývoj

Vašutová a kol. (2010) uvádí, že osobnostní vývoj adolescenta směřuje též k dospělosti a je třeba si uvědomit, že tato fáze dospívání je výsledkem sociokulturní determinace. Podle názoru Vágnerové (2005) přetrvává v adolescenci nechuť projevovat své city navenek, jelikož dospívající považují své city za velmi osobní a nechtějí se s nimi svěřovat. Adolescenti se také často snaží neprojevovat své city, zejména pokud jde o pocit studu, trapnosti, smutku a ponížení. V období adolescence se zvyšuje tendence k přemílání vlastních pocitů, kdy adolescenti často ulpívají na problému a opakovaně jej probírají. Vágnerová (2005) dále uvádí, že adolescent se musí s těmito negativními emocemi vyrovnat, k čemuž může využít následující obranné strategie:

- Mechanismus kyvadla, který je charakteristický tím, že se adolescent občas vrací k dětskému chování, především tehdy, pokud se nová varianta ještě dostatečně nezafixovala a je náročnější než nový způsob. Návrat do vývojově nižší fáze umožňuje relaxaci a prožitek pocitu jistoty.
- Regrese na nižší vývojové stádium, která nastává ve chvíli, kdy je dospívající vystaven větší zátěži, kterou nezvládá.

- Únik do fantazie, který umožňuje odpoutání od reality a symbolické zvládnutí nejrůznějších situací, které adolescent nezvládne reálně řešit. Fantazie umožňuje nezávaznou experimentaci s různými variantami situací, které jsou aktuálně nerealizovatelné.

Významné je pro období adolescence sebevědomí. Zdravé sebevědomí je znakem sociálně zralé osobnosti, která zná své schopnosti, ambice jsou reálné, cíle jsou přiměřené. Nadměrné sebevědomí ukazuje na nedostatky v sebepoznání, které je neadekvátní a vyvolává negativní reakce okolí. Nízké sebevědomí je spojeno se sebepodceňováním a očekáváním vlastního neúspěchu a často bývá též spojeno s pocity trémy (Vašutová a kol., 2010).

1.3.4 Sociální vývoj

Adolescence je významnou fází v lidském životě a často bývá nazývána jako období druhého sociálního narození, které je spojeno se samostatným vstupem do společnosti. Tato změna v sociálním postavení je charakteristická ukončením povinné školní docházky a volbou budoucí profese (Vágnerová, 2005).

Dle názoru Trpišovské, Vacínové (2006) lze adolescenci chápat jako stádium vrcholného výskytu a významu vrstevnických vztahů, které jsou podporovány tendencí osamostatnit se v rámci primární skupiny.

„Období pozdní adolescence já fází přechodu do dospělosti. Z toho vyplývají typické znaky socializace: jedinec je čím dál víc **akceptován jako dospělý** a zároveň se od něj očekává i odpovídající chování. Starší adolescent je zletilý, způsobilý k právním úkonům a tudíž i mnohem svobodnější. Starší adolescence je charakteristická i diferenciací a kvalitativní proměnou sociálních rolí a s nimi spojených společenských požadavků. Je to období proměny sociálního očekávání, na jehož počátku není zcela jasné, co dospívající může, musí či nesmí “ (Vágnerová, 2005, s. 348).

Vágnerová (2005) dále uvádí, že adolescenti získávají nové role a některé z nich představují základ pro vymezení specifických rolí v dospělosti. Za obzvláště důležité role můžeme považovat:

- předprofesní roli, která vede adolescenta k dosažení určité sociální pozice,

- roli pracujícího, díky které adolescent získá jistou ekonomickou a sociální samostatnost,
- roli člena určité sociální skupiny, ve které jedinec získá sociální identitu,
- partnerskou roli a roli blízkého přítele, které uspokojují potřebu blízkého kontaktu.

2 Drogy

Vaníčková (2003, s. 3) charakterizuje pojem droga, když uvádí, že „droga je v nejširším smyslu slova jakákoliv látka, na kterou může vzniknout závislost.“ Zároveň Vaníčková (2003, s. 3) upřesňuje, že „závislost je stav interakcí mezi organismem a drogou, který je charakterizován chováním člověka včetně jeho přítomného nutkání užívat drogu opakovaně, ustavičně. Jakákoliv závislost je projevem hlubšího problému, např. útěku před problémy, neschopnosti vyrovnat se s vlivem party, bezradností nad vlastním životem, absence sebekoncepcce či klimatu trvalého podceňování a nedůvěry apod.“ Riesel (1999) zastává názor, že droga je látka, která může být dodána do organismu přírodně nebo uměle a mění v organismu funkci některých orgánů nebo celého systému. V užším smyslu chápe drogy jako látky, které se zneužívají proto, aby došlo ke změně duševního stavu v důsledku působení drogy na nervovou soustavu.

Jinou definici drog nám přináší Presl (1995, s. 9), když uvádí, že „drogu lze chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění.

2) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako potenciál závislosti.“

2.1 Klasifikace drog

Existuje celá řada různých klasifikací drog, proto si uvedeme různé pojetí této klasifikace a to z pohledu několika vybraných autorů.

Podle názoru Štablové a kol. (1997) můžeme drogy dělit do následujících dvou kategorií a to podle původu drogy:

1. Drogy rostlinného původu

- kokain,
- opium,
- morfin,

- heroin,
- cannabis (marihuana, hašiš, hašišový olej),
- cathin,
- betel,
- kawa – kawa,
- meskalin,
- ergin,
- teonacati.

2. Syntetické látky

- amfetaminy (Pervitin, MDMA neboli ecstasy),
- fencyklidiny (Triptamin, Prodin, Fentanyl, Nexus, Methadon),
- halucinogeny (LSD, BROWN),
- organická rozpouštědla,
- léčiva (Barbituráty, Benzodiazepiny).

Jinou klasifikací drog se zabývá portál drogy - info.cz¹⁰, který rozděluje drogy do dvou kategorií podle toho, zda se jedná o drogy legální či o drogy ilegální:

1. Ilegální drogy

- halucinogeny,
- opiáty,
- konopné drogy,
- stimulancia,
- taneční drogy.

2. Legální drogy

¹⁰ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-12-19]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

- tabák,
- alkohol,
- léky,
- těkavé látky.

Jiné rozdělení nám přináší Marádová (2006), která rozděluje drogy do těchto kategorií:

- tabákové produkty,
- alkohol,
- produkty z konopí,
- halucinogeny,
- stimulační drogy,
- opiáty,
- těkavé látky,
- léky.

Nejpodrobnější a nejpřesnější klasifikaci drog přináší podle našeho názoru Klenerová, Hynie (2002), když rozděluje drogy následujícím způsobem:

- alkohol,
- opioidy (opium, kodein, braun, pethidin, MPTP, metadon),
- marihuana a hašiš,
- hypnotika a anxiolytika (barbituráty, benzodiazepiny),
- kokain,
- amfetamin a další psychostimulancia (amfetamin, metamfetamin, efedrin, kofein),
- halucinogeny:
 - psychotomimetika (LSD a příbuzné látky, fencyklidin a příbuzné látky, marihuana a hašiš)
 - delirogeny (rostliny mandragora officinalis, atropa belladonnae, hyoscyamus niger),
- diethylamid kyseliny d - lysergové (LSD),
- látky s účinky podobnými LSD (meskalin, psilocin, psilocybin, MDMA, trihexyfenidyl),

- fencyklidin,
- tabák a nikotin,
- těkavé látky (toluen, chlorid uhličitý, trichloretylen, benzin, amylnitrit, „poppers”).

2.2 Charakteristika vybraných drog

Tato podkapitola je věnována charakteristice vybraných drog, mezi které patří alkohol, heroin, kokain, LSD, marihuana, pervitin a tabák. Podle Polaneckého (2001) se jedná o dospívajícími nejčastěji zneužívané návykové látky. Dozvíme se informace o jejich původu, způsobech užívání a vlivu na zdraví jedince.

2.2.1 Alkohol

Alkohol je již od nepaměti velmi známá poživatina, která je charakteristická svými schopnostmi vyvolat psychotropní účinky, které svými vlastnostmi připomínají účinky celkových anestetik (Klenerová, Hynie, 2002). Budinský (2007) uvádí, že alkohol je látka přirozeného původu, která vzniká spontánně z cukru, tedy z jedné ze základních látek života. Lidský organismus obsahuje malé množství stále, a to i u naprostých abstinentů. „Fyziologická hranice hladiny alkoholu v krvi je 0,03 – 0,1 promile. Hodnoty 2,0 – 3,0 promile se hodnotí jako těžký stupeň opilosti“ (Klenerová, Hynie, 2007, s. 89). Bezpečná dávka alkoholu je podle Nešpora (1995) kolem 20 g líhu za den, což představuje půl litru piva nebo 200 ml vína.

„Podíváme - li se na alkohol z chemického a fyzikálního hlediska jedná se o rozpouštědlo (etanol), které vře při 77 °C a tuhne při 117 °C. Vzniká kvašením cukrů, a kvasinky, které zajišťují jeho vznik, jsou schopny této produkce až do koncentrace 14% alkoholu“ (Kukačka, 2009, s. 151). Tento názor můžeme doplnit názorem Hellera, Pecinové a kol. (1996), u kterých se dočteme, že tímto pouhým kvašením vznikají pouze přírodní vína. Až následující alkoholizací a dochucením vznikají vína s vyšším obsahem alkoholu a dezertní vína a obsahem alkoholu do 20%. Koncentrované alkoholické nápoje, tzv. destiláty s obsahem alkoholu 40 – 60%, vznikají destilací kvasného základu. Likéry (25 – 30% alkoholu) vznikají z cukerných roztoků doplněných destilátem na požadovanou hodnotu. Mezi velmi oblíbené alkoholické nápoje patří především **pivo a víno**. **Pivo** je kvašený nápoj, který se vyrábí

v pivovaru z obilného sladu, vody a chmelu pomocí pivovarských kvasnic. V České republice se jedná o nejoblíbenější alkoholový nápoj. Pivo obsahuje poměrně malé množství alkoholu (30 – 50 g v 1 litru) a více jak 2 000 dalších látek, především se jedná o velmi kvalitní vodu, sacharidy, bílkoviny, látky z chmele, oxid uhličitý, vitamíny (thiamin, riboflavin, pyridoxin, niacin, kyselina listová) a minerální látky (draslík, sodík, vápník, chloridy, fisur, hořčík, křemík). **Víno** vzniká kvašením šťávy vytlačené z vinných hroznů a koncentrace alkoholu je mezi 10 – 13%. Víno obsahuje rovněž kolem 2 000 látek, kdy řada z nich jsou zdraví prospěšné. Za nejdůležitější zdraví prospěšnou látku je považován resveratrol, který je obsažen především ve slupkách modrých hroznů a příznivě působí na kardiovaskulární systém tím, že chrání stěny cév před nánosy usazenin, které snižují cévní průtok a mohou zapříčinit infarkt myokardu nebo mozkovou příhodu (Kukačka, 2009).

Alkohol se užívá ústy, jícnem se dostává do žaludku a do střev, odkud se rychle vstřebává do krevního řečiště a ovlivňuje činnost tělesných orgánů. Patrný negativní účinek má alkohol na mozek, jelikož pitím alkoholu je omezován přísun kyslíku do mozku. Dále se vliv alkoholu projevuje na části mozku, která je kontrolním centrem úsudku. V závislosti na množství alkoholu dochází k narušení mozkových center pro koordinaci a udržení rovnováhy. Dlouhodobé pití alkoholu ničí mozkové buňky a může zapříčinit některé duševní nemoci jako je např. alkoholová epilepsie, nemoci periferních nervů nebo negativní povahové změny. Alkohol mimo jiné ovlivňuje průběh celkového trávení, kdy může zapříčinit zvracení, vředy nebo dokonce rakovinu jícnu, žaludku a jater. Obzvláště škodlivé účinky má alkohol v těhotenství, kdy jeho nadměrná konzumace způsobuje řadu vrozených vad nazývaných fetální alkoholový syndrom, který je třetí nejčastější příčinou mentální retardace u novorozenců (Marádová, 2004). Vavřínková, Binder (2006) charakterizují fetální alkoholový syndrom jako soubor malformací projevujících se prenatálním a postnatálním růstovým deficitem, abnormalitami centrální nervové soustavy a kraniofaciálními abnormalitami. Pravidelné a nadměrné pití alkoholu je také spojeno s podvýživou, oslabenou imunitou, rozvojem závažných problémů (např. vysoký krevní tlak nebo cukrovka) a také s poruchami činnosti některých orgánů (Marádová, 2004). Marádová (2004) dále informuje o negativních účincích alkoholu na chování jedince, které se projevují ovlivněním myšlení, nálady, paměti a zdravého úsudku. V malých dávkách se alkohol projevuje zvýšenou hovorností, zhoršenou pozorností, impulzivním jednáním a může se objevit i agrese. Ve vyšších dávkách alkoholu dochází k ospalosti, útlumu a poruchám paměti. Zcela odlišný názor zastává Budinský (2007), který poukazuje na lékařské studie zabývající se především

pozitivním vlivem mírné konzumace alkoholu na zdraví. Podle něj konzumace alkoholu působí pozitivně na tělesné i duševní zdraví, psychickou výkonnost a psychický stav. Alkohol má pozitivní vliv na celkové zdraví i na jednotlivé orgány, kardiovaskulární systém a na mozek. Pozitivní vliv na kardiovaskulární systém se projevuje snižováním chorob srdce a cév, především dochází ke snižování rizika vzniku infarktu. Na mozek má alkohol vliv zejména jako prevence proti mozkové mrtvici a skleróze. Alkohol zlepšuje prokrvování, čímž dochází k lepšímu okysličování, které se projevuje růstem kapacity a výkonnosti mozku. Alkohol také působí jako přírodní hypnotikum, lék proti špatné náladě, mírné depresi a úzkosti.

Vlivem alkoholu na dospívající se zabývá Nešpor (1997), který zdůrazňuje, že alkohol je velice rozšířená a podceňovaná droga spojená se závažnými riziky. Alkohol zvyšuje riziko úrazů a sebevražd, což jsou podle něj nejčastější příčiny úmrtí dospívajících. Nešpor, Csémy, Pernicová (1996) se zabývají projevy účinku alkoholu, kdy se konzumace alkoholu projevuje především alkoholem v dechu, nezřetelnou výslovností, zarudlými očima, zhoršenou koordinací, nejistou chůzí, ospalostí, snížením zábran, bolestí hlavy a kocovinou.

Co se alkoholických výrobků týče, tak nejčastěji mládež v České republice pije pivo následované destiláty a vínem. **Pivo** se drží na přední příčce pomyslného žebříčku i ve frekvenci užívání a je oblíbené především u mužů. **Víno** je o něco méně rozšířené než pivo a u dospívajících je považováno za tzv. sváteční pití. Víno je oblíbené spíše u žen. **Destiláty** jsou mezi dospívajícími oblíbeny více než víno. Muži pijí destiláty zřetelně častěji než ženy (Polanecký a kol., 2001).

2.2.2 Heroin

Štablová a kol. (1997) charakterizuje heroin jako látku, jejíž základní složkou je morfin. Co se historie heroínu týče, tak poprvé byl heroin synteticky vyroben již v roce 1874, kdy jej začala vyrábět německá společnost Bayer a uvedla jej na trh jako nový lék, který je velice účinný proti bolesti. Brzo se však projevil rychlý vznik závislosti na tuto látku a heroin musel být vymazán ze seznamu farmakologických výrobků, což ale nezabránilo jeho toxikologickému zneužívání. Heroin patří do skupiny opiátů, tedy látek, které se získávají z máku setého pěstovaného především v Asii a na Středním Východě (Marádová, 2004). Nešpor, Csémy, Pernicová (1996) informují o tom, že heroin je 2,5 krát silnější než morfin a byl používán jako původně nenávyková náhražka morfinu. Pokud se heroin objeví v čisté

formě, tak jde o bílý prášek, který má nahořklou chuť a zapáchá po octu. Oproti tomu nelegální heroin má barvu nažloutlou až hnědou. V pouličním prodeji bývá v dávkách pouze 5% heroinu a zbytek jsou nejrůznější přísady jako cukr, škrob apod. (Štablová a kol., 1997). Kukačka (2009) informuje o způsobech užívání heroinu, když uvádí, že se tato látka buď šnupe, nebo podává nitrožilně. Nitrožilní aplikace s sebou nese riziko přenosu infekčních chorob mezi společnými uživateli aplikačních jehel.

„Na trhu se objevuje heroin různé koncentrace, takže je velké riziko záměny silnější drogy za slabší. Navíc, jestliže si někdy během braní drogy vytvořil vysokou toleranci vůči droze, nějaký čas heroin nebere a pak se k němu vrátí, klesne jeho odolnost a on se může předávkovat“ (Nešpor, Csémy, 2002, s. 16).

Heroin ovlivňuje činnost mozku. Navozuje stav únavy, ospalosti a celkového uvolnění. Potlačuje vnímání bolesti. Způsobuje zúžení zornic, slzení očí a vyrážku na kůži. Užití heroinu ovlivňuje i srdce a dýchací soustavu, kdy způsobí pomalé a povrchné dýchání, snížení krevního tlaku, oslabení srdeční činnosti. Mohou se dostavit křeče, ochrnutí dýchací soustavy s následnou smrtí. Pravidelným užíváním dochází k poškození jater a ledvin. Uživatelé často trpí podvýživou. U těhotných žen dochází k poškození plodu (Marádová, 2004). Dále můžeme doplnit riziko těžkých nebo smrtelných otrav, šok, alergická reakce a velmi rychlý rozvoj závislosti (Nešpor, 1997). Heroin má také vliv na chování, uživatelé jsou vzdálení realitě, nedůvěřiví, lžou, propadají depresím, prožívají city viny a bezvýznamnosti. Pokud se jim nedaří získat další dávku, tak mohou být zoufalí, vystrašení nebo naopak agresivní (Marádová, 2004).

2.2.3 Kokain

Kokain je droga získávána z listů rostliny koka, přesněji můžeme kokain definovat jako dominantní alkaloid listů koky. Koka je keř, který původně vytvářel přírodní porost v bolivijských a peruánských Andách. Přestože největším producentem listů koky je stále Jižní Amerika, rozšířil se tento keř i na jiné kontinenty. V dnešní době můžeme keř koky nalézt především na lesních mýtinách tropického a subtropického pásma, kdy se listy sklízí na keřích starších tří let a to i třikrát až čtyřikrát do roka, přičemž životnost plantáže je zhruba dvacet let. Kokain vzniká náročným technologickým postupem, kdy je izolován z listů koky a následně za pomoci chemických postupů upraven na lesklé bílé krystalky nahořklé chuti,

bez zápachu (Štablová a kol., 1997). Štablová, Brejcha a kol. (2006) upozorňují, že je třeba rozlišovat mezi žvýkáním koka listů, kdy mírné požívání kokainu v podobě žvýkání povzbuzuje tělesnou sílu a odstraňuje pocit žízně a hladu, a kokainizmem, tedy zhoubnou formou toxikomanie.

Mezi nejběžnější způsoby užívání kokainu patří šňupání nosem, míchání s tekutinou a následná injekční aplikace do žíly, případně může být inhalován, protože ve směsi s dalšími látkami hoří (Marádová, 2004). „Při aplikaci kokainu se zprvu objeví spíše nepříjemné pocity (srdeční slabost, třes rukou, mrazení), euforické stavy spojené s pocitem blaženosti se dostavují až po opakované aplikaci kokainu. Kokainista je dužnatý, má nepříjemné halucinace, vyhledává druhy, aby společně prožívali své halucinace, které si dovedou i vsugerovat. Společné halucinace provázené zvýšeným pohlavním drážděním vedou však často k sexuálními deviacím. Po několikrát opakovaném užívání se dostavují stavy neklidu, úzkosti, pocity pronásledování a stavy, kdy kokainista je přesvědčen, že má plné tělo parazitů a hmyzu. Dochází k postupnému chátrání organismu, objevují se časté křeče a tachykardie. Silně závislí uživatelé opakují svou dávku vždy po několika hodinách a postupně se dostávají do stavu deliria, psychozy nebo úplného psychického vyčerpání“ (Štablová a kol., 1997, s. 29).

Kokain má, stejně jako další drogy, negativní účinky na organismus, mezi které patří bolest hlavy, ztráta paměti a poruchy koncentrace. Při dlouhodobém užívání může dojít k halucinacím, křečím, neklidu a nespavosti. Kokain působí i na zrakové orgány, u kterých způsobí rozšíření zornic. Pokud se kokain šnupe, tak může dojít k zduření nosní sliznice, což se projevuje permanentně ucpaným nosem a krvácením z nosu. Užívání této drogy dále způsobuje nepravidelný srdeční tep, zvýšený krevní tlak, chronickou bronchitidu, ztrátu hlasu, poškození plic, dehydrataci, bolest žaludku, ztrátu chuti k jídlu. Užívání během těhotenství způsobí narození dítěte s fyzickými i psychickými projevy závislosti (Marádová, 2004). Výčet negativním a zdravím ohrožujících rizik spojených s užíváním kokainu můžeme ještě doplnit o smrtelnou otravu v důsledku srdečního selhání nebo otoku plic, toxickou psychózu projevující se pocitem úzkosti a pronásledování, poškození jater a větší náchylnost k nemocem (Nešpor, 1997). Marádová (2004, s. 25) se zabývá také vlivem kokainu na chování a uvádí, že „běžným projevem zneužívání kokainu jsou stavy úzkosti, prudké změny nálady, halucinace, paranoidní stavy a problémy s myšlením. Uživatel se často přestává kontrolovat a je agresivní. Ztrácí zájem o přátele a o všechno, co není spojeno s crackem nebo kokainem. Vážné deprese se mohou objevit, když účinek kokainu nebo cracku odeznívá a dostaví se abstinenční

příznaky. Tyto deprese mohou vést až k sebevraždě.“ Dle názoru Klenerová, Hynie (2002) způsobuje kokain významnou psychickou závislost díky svým silným psychostimulačním a euforickým účinkům. Touha po dalším užívání kokainu je velmi silná, proto se setkáváme s lidmi, kteří jej užívají opakovaně a pravidelně.

2.2.4 LSD

LSD (diethylamid kyseliny d - lysergové) je jedním z nejvýznamnějších představitelů polysyntetických drog (Klenerová, Hynie, 2002). Přípravuje se složitou cestou námellových¹¹ alkaloidů nebo totální syntézou. K objevení LSD došlo v průběhu studia námele, který byl využíván již v starověkém Řecku a starověké Číně. V Evropě se začalo využívat až v devatenáctém století v gynekologii, protože způsobuje kontrakce dělohy. Ale teprve ve čtyřicátých letech dvacátého století došlo k izolaci alkaloidů z námele, jejichž základ tvoří kyselina isolysergová. K prvnímu použití LSD došlo v padesátých letech, kdy byla tato látka testována v psychiatrické terapii. Následně však byla výroba i lékařská aplikace zastavena. V šedesátých letech proběhla módní vlna zneužívání LSD v USA spojena s populárními kapelami jako Beattles, Rolling Stones a především s hnutím Hippies. Od té doby se rozšířilo i do jiných částí světa a její obliba se střídavě mění (Štablová a kol., 1997). „LSD se u nás jeden čas používalo v rámci výcviku psychologů a psychiatrů. Předpokládalo se, že účinek halucinací jim lépe pomůže se vcítit do duševního stavu jejich pacientů. Následující pravdivý příběh mi vyprávěla psycholožka, která takovou „cvičnou“ intoxikaci prodělala. Bez zjevného důvodu se pokusila krátce po intoxikaci LSD o sebevraždu“ (Nešpor, Csémy, 1994, s. 67). Štablová a kol. (1997) informuje o způsobech užívání této drogy, když píše, že LSD se užívá ústy nebo injekčně. Štablová, Brejcha a kol. (2006) informují o tom, že od osmdesátých let se na trhu začaly objevovat papírové dávky LSD, tzv. tripy, které se vyrábí tak, že se předtištěný papír namáčí do roztoku LSD. Papírky mají velmi poutavé designy, které jsou zaměřeny na získání především mladých konzumentů.

Užívání LSD přináší mnoho negativních dopadů na zdraví konzumenta. Užívání této drogy je nebezpečné i v malých dávkách, kdy způsobuje poruchy paměti, pozornosti, abstraktního myšlení, bolesti hlavy a nespavost. Konzument je nebezpečný sobě i svému

¹¹ NÁMEL - sklerocium cizopasně houby *Claviceps purpurea* objevující se v žitě, ječmeni a pšenici (Štablová a kol., 1997).

okolí. Zneužívání také způsobuje rozmlžené vidění a rozšířené zornice, zvýšení krevního tlaku, narušení regulace tělesné teploty. Vysoké je riziko poškození plodu u těhotných žen (Marádová, 2004). O účincích LSD informuje také Klenerová, Hynie (2002), kteří píší, že LSD mění hlavně percepci a může dojít k synestézii, což znamená, že nějaký podnět je vnímán jiným smyslem, než je typické. Mohou nastat pravé halucinace, vnímání času je narušeno, nastává pocit opilosti, chování je pasivní, řeč afektovaná a vyumělkovaná. „Riziko zneužívání LSD spočívá též v tom, že uživatelé i po zastavení užívání této drogy mají neočekávané návraty pocitů jako při vzetí dávky (tzv. flashback). Další nebezpečím jsou teratogenní účinky LSD“ (Štablová, Brejcha a kol., 2006, s. 72).

2.2.5 Marihuana

Marihuana je droga, kterou můžeme charakterizovat jako sušené květy konopí (Doležal, 2010). Štablová a kol. (1997) upřesňuje, že marihuanu tvoří usušené samičí květy konopí, s různým podílem sušených listů a stonků. Konopí je rostlina, která je známa již více než 5 000 let. Jedná se o dvoudomou jednoletou rostlinu s rovnou lodyhou a listy skládající se z pěti až deseti čepelí s pilovitými okraji. Rostliny se dělí na samčí a samičí, kdy samičí rostlina je větší a produkuje více semen a pryskyřice. Květy konopí jsou drobné a barevné. Rostliny se rozmnožují semeny, která obsahují více než 30% tuku, proto se také využívají k výrobě oleje nebo jako krmivo pro ptáky. Stonky konopí jsou využívány pro výrobu pevných vláken, která najdou uplatnění v textilním průmyslu, ale také se používají na výrobu provazů, sítí a papíru (Štablová a kol., 1997). Engländer (2010) poukazuje na využití konopí v lékařství, kdy se léky z konopí využívají na zlepšení spánku, snižování úzkosti, tlumení bolestí a svalových křečí, potlačení zvracení, anorexie a deprese u poruch souvisejících s onemocněním AIDS, antiemetikum při chemoterapii, při léčbě roztroušené sklerózy.

Marihuana se vyskytuje ve dvou modalitách, tedy ve dvou typech. Jako první typ můžeme uvést **ganju**, která se v České republice kouřila již v šedesátých letech a jedná se o označení pro málo kvalitní a pod širým nebem pěstované konopí s obsahem THC kolem 3%. V dnešní době se v České republice objevuje ganja především na venkově. Dalším typem marihuany je **skunk**, šlechtěná marihuana s obsahem THC kolem 12%, která vznikla především v Holandsku v devadesátých letech minulého století. Může se jednat o typ in - door skunk (pěstovaný pod umělým světlem) a out - door skunk (pěstovaný pod širým nebem).

V České republice se in - door skunk objevuje v celé republice a out - door skunk se objevuje na jižní Moravě, v jiných částech republiky je k vidění pouze ojediněle (Doležal, 2010).

„Mechanismus působení THC je jednoduchý - zapadají do receptorů, které jsou určeny na tělu vlastní, tělem produkovanou látku anandamid (od sanskritského ananda, blažený), který způsobuje libé pocity. A tím docházíme k subjektivnímu vlivu marihuany, k působení na lidskou psychiku“ (Doležal, 2010, s. 18). Engeland (2010) se zabývá účinky marihuany na lidské zdraví, když uvádí, že marihuana způsobuje poruchy pozornosti a psychomotorických funkcí, zvýšené riziko psychotických symptomů, zvýšené riziko rakoviny ústní dutiny, hltanu a jícnu. Účinky marihuany se zabývá též Štablová a kol. (1997), která informuje o tom, že užívání marihuany je spojeno s pocity blaha, dochází ke zpomalenému vnímání času, změnám ve způsobu myšlení a vyjadřování. Větší dávky marihuany způsobí halucinace, rychlý tok emocí, zhoršení paměti, dezorientaci, netečnost k okolí a může také dojít k toxické psychóze.

2.2.6 Pervitin

Pervitin je droga, která se vyrábí z efedrinu, látky, která se k tomuto účelu izoluje z léčiv, které efedrin obsahují, nebo se získává nelegálně přímo od výrobce (Štablová a kol., 1997). Pervitin (metamfetamin) původně patřil mezi pokusné legální látky, které se používaly jako lék. Poté se používal jako stimulant a látka, která povzbuzuje výkonnost vojáků v průběhu druhé světové války. Ve čtyřicátých letech se pervitin stal zákonem povolenou látkou, která byla často předepisována jako lék. Od sedmdesátých let je výroba a také užívání této látky nelegální, přesto především od devadesátých let vzrostla její popularita. V dnešní době je pervitin nejrozšířenějším syntetickým stimulantem na světě (Štefunková, 2010).

V důsledku užívání této drogy dochází k mnoha zdravotním komplikacím, mezi které patří především smrtelná otrava v důsledku srdečního selhání nebo zápalu plic, větší náchylnost k nemocem, rozvoj toxické psychózy, která se projevuje úzkostí a pocity pronásledování, poškození srdce a jater. Nemalé je také riziko poškození plodu u těhotných žen, které pervitin užívají. Pod vlivem působení této drogy může být jedinec nebezpečný sobě nebo svému okolí (Nešpor, 1997). Kukačka (2009) uvádí, že po požití pervitinu je člověk hovorný a domnívá se, že je schopen zvládnout duševní práci. Závislost je v tomto případě spíše psychická.

Nešpor, Csémy (1994) přináší výčet varovných znaků užití pervitinu, mezi které patří například zrychlený tep, rozšířené zornice, podrážděnost, třes, nespavost, pocení, bolesti hlavy, poruchy vidění, vyrážka, halucinace apod.

2.2.7 Tabák

„Tabák - hlavní zabiják. Připadá vám to přehnané? **Jenom v České republice způsobí tabák denně více než 60 předčasných úmrtí**“ (Nešpor, Csémy, 2002, s. 8).

Látkou, na kterou vzniká návyk, je nikotin, který můžeme charakterizovat jako toxický rostlinný alkaloid (Marádová, 2006). Marádová (2004) uvádí, že nikotin je látka obsažena v tabáku, který je součástí cigaret nebo doutníků, ale může být také prodáván jako tabák do dýmek, na žvýkání nebo na šňupání. Kouření je silný návyk, který se velice rychle vyvíjí. Již po dvou letech je návyk tak silný, že většina kouřících, kteří se rozhodli s kouřením přestat, nejsou schopni tuto závislost překonat (Kukačka, 2009). Tabákový kouř obsahuje tisíce chemických látek, z nichž zhruba sto způsobuje vznik rakoviny, patří tedy mezi rakovinotvorné látky. Nebezpečí kouření tkví v tom, že mozek si na pravidelný přísun nikotinu zvykne a vyžaduje další přísun nebo se dostaví abstinenční příznaky. Postupně se zvyšuje tolerance k dávce nikotinu. K vyvolání původního příjemného pocitu je potřeba postupně stále více nikotinu. Nakonec to dojde tak daleko, že kuřák vlastně nekouří proto, aby se cítil lépe, ale kouří proto, aby se přestal cítit špatně (Králiková, 2008). Cigaretový kouř představuje z 8% hmotná část a z 92% plynné části. Hmotná část obsahuje nespecifické i specifické iniciátory tumorů pro určitý orgán, promotory i ko - kancerogeny. Nespecifickými iniciátory jsou benz - a - pyren a 5 - methylchrysen. Specifickými iniciátory jsou polycyklické aromatické uhlovodíky. Promotory představují prchavé fenoly a ko - kancerogeny reprezentují katechol a naftaleny. Plynná část obsahuje nespecifické iniciátory a promotory tumorů a činitele toxické pro řasinky respiračního epitelu. Iniciátory jsou nitrosaminy, hydrazin, vinylchlorid. Promotorem je formaldehyd a ko - kancerogeny jsou naftaleny a katechol (Kukačka, 2009).

Největší nebezpečí tabáků vidí Marádová (2004) v tom, že kuřák kromě nikotinu, který je silně návykový, vdechuje současně mnoho jedovatých látek, které mohou zapříčinit vznik rakoviny. Rakovinotvorná dehet a další látky zůstávají při inhalaci v plicích, oproti tomu nikotin se dostává krví z plic do mozku, kde omezuje množství přichodící krve a tím i činnost mozku. Co se dýchací soustavy týče, tak u kuřáků se objevuje velké množství

chronických onemocnění (záněty průdušek, zápaly plic), rakovina plic, rtů, úst a krku. Nikotin zužuje cévy a zvyšuje krevní tlak, což může mít za následek onemocnění srdce včetně srdečního infarktu. Kouření tak zhoršuje imunitní systém, zvyšuje výskyt infekčních onemocnění, alergií a astmatických záchvatů. Dochází k předčasnému stárnutí pokožky, poklesu tělesné výkonnosti a onemocnění tepen dolních končetin. Názor Marádové (2004) můžeme doplnit pohledem Nešpora, Dvořáka (1998), podle kterých kouření způsobuje poruchy potence u mužů, riziko poškození plodu u těhotných žen a zhoršuje vředovou poruchu žaludku a dvanáctníku. Na pozitivní vliv nikotinu poukazují Strunecká, Patočka (2011, s. 58 – 59), když uvádí, že „nikdo zatím neumí odpovědět na otázku, proč mají lidé i zvířata v mozku receptory pro nikotin. Laboratorní pokusy prokázaly, že na nikotin odpovídají zejména ty oblasti mozku, jejichž funkce je spojována s učením a pamětí. Nikotin zlepšoval pozornost a pracovní paměť laboratorních potkanů. Potkani vykazovali po podání nikotinu lepší výsledky ve vodním bludišti než zvířata bez nikotinu. Také v lidském mozku byl nalezen vyšší počet vazebních míst pro nikotin v hypokampu - struktuře důležité pro paměť a učení. Psychické testy prokázaly, že nikotin může zvýšit pozornost a zlepšit proces ukládání informací i u lidí. Testy byly prováděny u skupin kuřáků a nekuřáků, kterým byl nikotin aplikován ve formě náplastí nebo podkožních injekcí. Nikotin prokazatelně zvyšoval pracovní paměť a pozornost, snižoval počet omylů, zkracoval reakční dobu, zvyšoval vizuální pozornost a dlouhodobé vizuální vnímání.“

Působení nikotinu na lidskou psychiku je závislé na výši dávky. Nízké dávky mají spíše mírně budivý efekt, oproti tomu vysoké dávky způsobují tlumivý účinek. Dalším specifikem je to, že zdravotní dopady se projevují až po delší době. Přesto můžeme nikotin přiřadit do kategorie průchozích drog, kdy kouření v brzkém věku zvyšuje riziko užívání jiných návykových látek ve věku pozdějším (Nešpor, Dvořák, 1998).

3 Závvislost na návykových látkách

„Závvislost je stav vznikající interakcí mezi organismem a drogou, který je charakterizován chováním člověka včetně jeho přítomného nutkání užívat drogu opakovaně, ustavičně. Jakákoliv závvislost je projevem hlubšího problému, např. útěku před problémy, neschopností vyrovnat se s vlivem party, bezradností nad vlastním životem, absence sebekoncepcce či klimatu trvalého podceňování a nedůvěry apod.“ (Vaníčková, 2003, s. 3). Dále Vaníčková (2003) dodává, že závvislost na drogách vzniká poměrně rychle a pozitivní pocity s užitím drogy převládají nad negativními dopady užívání dané drogy na organismus.

Podle názoru Nešpora, Csémy a Pernicové (1996) můžeme definitivně diagnostikovat závvislost až v případě, kdy jsou splněna tři z následujících kritérií: silná touha nebo pocit bažení; potíže v kontrole užívání látky; tělesný odvykací stav, jestliže je látka užívána za účelem zmenšit jeho příznaky nebo odstranit odvykací příznaky; průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky; postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky; zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku; pokračování v užívání i přes jasný důkaz o škodlivých následcích užívání dané látky.

Důvody vzniku problémů spojených se zneužíváním návykových látek včetně závvislosti na návykových látkách se zabývá Štablová a kol. (1997), která uvádí, že po roce 1989 došlo k mnoha společenským změnám, které vedly k nárůstu drogových problémů mimo jiné i u mládeže. Mezi nejvýznamnější změny patří:

- svoboda projevu, velká možnost cestování, trh pestré nabídky zboží, útočnost a podbízivost reklam, díky kterým mají mladí lidé pocit, že demokracie je život bez námahy a povinností a rozvíjí se nereálné představy o životě,
- orientace společnosti především na ekonomickou prosperitu. Vytváří se povědomí, že chytrý a úspěšný člověk je ten, kdo vydělává peníze, rozvíjí se soutěživost, která vyvolává psychické napětí, přetížení a vyčerpání a často se dochází k vyřadování výkonnostní kondice drogami,
- zvýšené pracovní zatížení vede k únavě a vyčerpání rodičů díky čemuž nastává omezení rodičovské péče. V rodinách ubývá možnost individuálních projevů emocí, což může vyvolat citovou deprivaci,

- prosazují se pouze ty události, které jsou tak silné, že je nelze nevnímat. Z toho vyplývá potřeba stále silnějších a šokujících zážitků, která se projevuje jako hledání něčeho nového, jiného a burcujícího,
- nastaly změny ve škole a v pojetí výchovně vzdělávacího procesu, kdy školy kladou důraz na efektivitu vzdělávacího procesu a výchovný proces je chápán především jako jisté doladování rodinné výchovy.

Faktory vzniku závislosti se zabývají Heller, Pecinová a kol. (1996), kteří mezi tyto faktory podílející se na vzniku závislosti řadí genetickou transmissi, biochemické zvláštnosti organismu, osobnostní strukturu postiženého, prostředí a tolerantní postoj společnosti, drogu a její dostupnost, podnět neboli startér.

3.1 Riziková mládež

Za skupinu, která je ohrožena zneužíváním návykových látek, jsou obecně považováni mladí lidé. Výrazem „ohrožené“ můžeme chápat takovou skutečnost, kdy je daná skupina vystavena sociální nerovnosti nebo určitému sociálnímu znevýhodnění, což může zapříčinit omezenou možnost individuální volby. Velmi důležitý je při definování skupinové vulnerability¹² fakt, že příslušnost ke konkrétní skupině ještě neznamená automaticky souvislost s užíváním drog nebo s problémy, které z užívání drog vyplývají (Šťastná, Šucha, 2010).

V šedesátých letech minulého století dochází v Evropě k nárůstu zneužívání návykových látek. Zprvu se konzumenty stali lidé ve zralém věku nebo lidé, kteří ve své profesi přicházeli do kontaktu s drogami. Od šedesátých let se však věková hranice konzumentů snížila a mezi konzumenty přibývá adolescentů a i pubescentů. Tuto mládež můžeme charakterizovat jako somatosexuálně vyspělou, ale emocionálně a sociálně nezralou. Přibývá dětí a mladistvých, kteří sahají po drogách s cílem experimentování, úniku, protestu a později s cílem uspokojení své závislosti. Je nutné mít na paměti, že jakékoliv zneužívání návykových látek mladistvými a dětmi může narušit jejich psychosociální a fyzický vývoj a vyvolat řadu problémů (Heller, Pecinová a kol., 1996).

¹² VULNERABILITA - zranitelnost nebo zvýšená citlivost, náchylnost (Hartl, Hartlová, 2000).

Podle názoru Nešpora, Csémy (1994) existují určité situace, které mohou být rizikové pro mládež ve spojitosti se zneužíváním návykových látek. Prvním rizikem je **porucha pozornosti s hyperaktivitou**, což je poměrně častý problém projevující se nadměrnou aktivitou, neposedností a roztěkaností. Nebezpečí spočívá v tom, že tito jedinci reagují mnohdy impulsivně bez rozmyslu. Další rizikovou situací je **sklon k násilí**, protože násilné jednání zvyšuje riziko horšího přizpůsobení se společnosti, kriminality a problémů spojených s drogami. **Děti zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami** patří také k rizikové skupině, jelikož si pomocí drog mohou nahrazovat citové vztahy, které postrádají. Dalším rizikem jsou **děti trpící strachem a úzkostí**. Tyto děti se dívají na drogy jako na možnost řešení svého strachu a úzkosti. Další riziko může představovat **špatný prospěch ve škole**, kdy děti mohou být kvůli špatnému prospěchu ve špatné pozici mezi vrstevníky a z toho důvodu jsou drogami více ohrožené. Předposlední situací, která zvyšuje riziko zneužívání návykových látek u mládeže je **nepřijetí do školy, učení nebo jejich nedokončení a s tím související nezaměstnanost mládeže**. Poslední uvedenou rizikovou situací je **přítomnost problémů s alkoholem a drogami u rodičů**, protože rodiče jsou bezesporu jakýmsi vzorem pro své děti a užívání návykových látek může velice ovlivnit postoj dětí k těmto návykovým látkám.

Faktory, které mají vliv na konzumaci návykových látek u mládeže a dětí, se zabývá Nešpor (2001), který zastává názor, že v této souvislosti existují rizikové a ochranné činitele a to na úrovni osobnosti dítěte a dědičnosti, rodiny, školy, vrstevníků, společnosti a prostředí. **Mezi rizikové činitele na úrovni osobnosti dítěte a dědičnosti** patří například problémy s návykovými látkami u předků, poškození mozku při porodu a chronická traumatizace. **Ochrannými činiteli** na této úrovni jsou nepřítomnost návykových látek u předků, dobré sebeovládání a tendence řešit problémy nenásilně, návykové látky vyvolávají spíše nepříjemné pocity. **Rizikovými činiteli v rodině** může být nedostatek času na dítě, malá péče, nedostatečný dohled, sexuální zneužití nebo týrání dítěte, rodiče ve výchově nespolupracují. **Jako příklad ochranných činitelů v rodině** můžeme uvést přiměřenou péči, pevné citové vazby, bezpečí v rodině, dobré vztahy mezi rodiči a pevná pravidla týkající se chování dítěte. **Na úrovni školy jsou rizikovými činiteli** především dostupnost drog v okolí školy, neprovádění prevence školou nebo využívání neúčinných forem prevence, nespolupráce školy s rodiči při prevenci problémů s návykovými látkami. **Ochrannými činiteli** jsou vnímaví učitelé, spolupráce s rodiči, nedostupnost návykových látek v okolí školy, dobrá návaznost na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolní aktivity. **Co se vrstevníků týče, tak**

rizikovými činiteli jsou vrstevníci, kteří pijí alkohol, užívají drogy a hrají hazardní hry, mají problémy s autoritami a rebelují, chovají se protispolečensky a k alkoholu a drogám se staví pozitivně. **Naopak mezi ochranné činitele** můžeme zařadit vrstevníky, kteří alkohol, drogy a hazardní hry odmítají, jsou schopni cítit a přijímat pozitivní hodnoty, mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života. **Společnost a prostředí také přináší rizikové a ochranné činitele. Jako příklad rizikových činitelů** můžeme uvést snadnou dostupnost návykových látek, nízkou cenu alkoholu, tabáku a návykových látek, aktivní nabízení návykových látek a hazardních her, převládající cynický postoj ke zdraví. **Ochrannými činiteli** jsou relativně malá mobilita obyvatel a stabilita vztahů, ve společnosti převládá pozitivní postoj ke zdraví, návykové látky jsou málo dostupné a velmi drahé, zájem soukromého sektoru o prevenci.

3.2 Vývoj závislosti

Vývoj závislosti probíhá v několika etapách neboli stádiích. Vacínová (2003) informuje o následujících **pěti stádiích vývoje závislosti**. První stádium se nazývá **první kontakt**, kdy dítě získává první zkušenost s užitím drogy. K prvnímu kontaktu dochází především ve skupině a pro většinu dětí osobní zkušenost s drogou tímto končí. Druhé stádium se nazývá **experimentování** a dochází k němu v souvislosti s tím, že pro některé děti znamená první kontakt s drogou pozitivní prožitek, který způsobí ochotu vyzkoušet jinou drogu nebo opakovat zkušenost s konkrétní drogou. Děti experimentují s drogami za účelem sounáležitosti s určitou skupinou. Také mají často pocit, že občasné užití přináší báječné prožitky, negativní účinky nejsou patrné, droga vždy pomůže k úniku z reality, škola se zvládá lépe než dříve, před blízkými jde užívání drog lehce utajit a okolí vnímá pozitivní změnu. Třetím stádiem je **užívání**, které probíhá ve dvou fázích, první fáze se nazývá rekreační a druhá fáze je již pokročilé užívání drogy. Spouštěčem tohoto stadia nejčastěji bývá nějaký konflikt, pocit osobního selhání nebo emocionální trauma dítěte, které má opakované zkušenosti s drogou. Droga naplňuje pozitivní pocity dítěte a naplňuje to, čeho se mu od blízkého okolí nedostává. Jedná se o různě dlouhé období, které je dítětem vnímáno jako nejkrásnější období jeho života, protože najednou mají možnost také něco pozitivního prožívat a jelikož je droga obohacuje, tak se cítí příjemně a i svým okolím jsou vnímáni jako pohodoví, příjemní a úspěšní. Toto stádium však přináší nebezpečí v podobě lehkého zanedbání zájmu, droga se stává součástí sociálního života dítěte, dochází ke konfliktům v rodině a ke ztrátě přátel. Poté následuje stádium **závislosti**, které je charakteristické

naprostou ztrátou kontroly nad životem a od problémového užívání se liší jen dávkami drogy a schopností přiznat si pravdu. Závislosti propadnou zejména děti s nízkou sociální inteligencí nebo s emocionálním traumatem, které je hlubšího rázu. V tomto stádiu dochází ke ztrátě vlastní důstojnosti a chuti k životu, zničení vztahů s nejbližšími lidmi, člověk je pohlcen sebeklamem a není schopen vnímat realitu. Posledním stádiem je **odvykání**, které představuje velmi dlouhou etapu, jedná se o nekončící boj s drogou v průběhu celého života. Člověk, který se ocitne v tomto stádiu, potřebuje velkou sociální podporu.

Vývojem závislosti se zabývají také Heller, Pecinová a kol. (1996), podle kterých prochází závislý člověk pouze čtyřmi stádii závislosti. První stádium je **iniciální neboli počáteční**. V tomto stádiu se jedinec neliší od svého okolí nebo společenské normy, protože jen on sám může tušit, že užívá návykovou látku kvůli jejím účinkům, díky kterým se cítí lépe. Ve stavu intoxikace dokáže překonávat situace, které jsou pro něj nepříjemné, bolestné nebo neřešitelné. Jedinec užívá návykovou látku, protože neumí řešit svůj problém jiným způsobem. Následuje stádium **prodromální, varovné**, které můžeme charakterizovat rostoucí tolerancí k návykové látce, jedinec tedy potřebuje k navození příjemného pocit stále vyšší dávku. Třetím stádiem je **kruciální, rozhodné stádium**, kdy ještě více roste tolerance k návykové látce, jedinec snese poměrně vysoké dávky, aniž by projevoval známky intoxikace. V tomto období se začíná měnit osobnost jedince, projevují se jeho negativní stránky osobnosti, roste vztahovačnost a jedinec se snaží zamaskovat, že je na tom zle. Toto stádium končí tím, že jedinec je většinu dní v týdnu pod vlivem návykové látky, a nastupuje čtvrté **terminální, konečné stádium**. Toto čtvrté stádium je typické nepříjemným stavem, který nastává ve chvíli, kdy návyková látka přestane působit a jedinec léčí tento stav další dávkou drogy. Nastupuje stav, kdy to nejde bez drogy ani s drogou. Ve třetím a čtvrtém stádiu může dojít k chronickým chorobám, kdy se následky zneužívání stávají trvalými.

3.3 Léčba

Štablová a kol. (1997) se zabývá léčbou závislosti u dětí a dospívajících a uvádí, že existují faktory ovlivňující léčbu závislosti, mezi které patří v první řadě nedostatečná kapacita léčebných zařízení, která je doprovázená dlouhou čekací dobou. Mladiství musí tedy s léčbou prodlévat, což může zapříčinit prohloubení problému. Dalším faktorem je fakt, že specializovaná zařízení na léčbu závislosti nejsou prioritně diferencovaná pro děti a mladistvé. Účinnost ústavní péče je snižována nedostatkem zařízení zaměřených na

následnou sociální rekonvalescenci. Účinnost ústavní i ambulantní péče je ovlivněna spoluprací s rodiči a sociálním prostředím, do kterého se jedinec vrací. Důležitým faktorem je také privatizace zdravotnictví, což vede k úbytku možností realizace ambulantní péče.

Štablová, Brejcha a kol. (2006) zastávají názor, že v léčbě drogové závislosti se nejčastěji používá tzv. Minnesotský model skládající se ze čtyř následujících programů:

1. Poradenství - doporučuje se tehdy, pokud závislá osoba není ochotná nebo schopna systematicky pracovat na změně. Poradenství slouží k podchycení, diagnostice, motivování ke změně a zařazení do adekvátního odvykacího programu.
2. Detoxifikace - proces zbavování organismu škodlivých návykových látek. Program detoxifikace můžeme doplnit pohledem Nešpora, Csémy (1996), kteří uvádí, že jeho smyslem je zbavit organismus návykových látek a pomoci pacientovi překonat odvykací příznaky. Detoxifikace může probíhat bez použití léku nebo za farmakologické podpory. Detoxifikace má připravit pacienta na další léčbu a může být prováděna oddělením pro léčbu závislosti, detoxikačními jednotkami v nemocničním komplexu, detoxikačními jednotkami zařízení poskytující ambulantní služby nebo v somatologických odděleních. U lehčích forem závislosti může také probíhat v domácím prostředí.
3. Prevence relapsu - prevence opětovnému objevení se příznaků nemoci, které byly v klidovém stavu. Můžeme rozpoznat prodromální syndromy, které probíhají ve třech fázích. V první fázi dochází k narušení struktury, ve které se jedinec pohyboval. V druhé fázi jedinec pocítuje strach, úzkost paniku, nekontrolovatelné změny nálad a pocit samoty. Třetí fáze je charakteristická úplným kolapsem, kdy to jedinec vzdává a má suicidální myšlenky.
4. Začlenění rodiny - rodiče se nejprve snaží informace o stavu závislého potlačit a nechtějí uvěřit tomu, že se to stalo právě jim. Při individuální nebo skupinové práci s rodiči je pozornost zaměřena na stav blízkého a jeho situaci; na vztah k toxikomanovi a hledání chování rodiny, které by mu mohlo pomoci; doplnění ozdravných procesů vhodnými doplňujícími možnostmi a rodinnou terapií.

Ve farmakologické léčbě závislosti se velmi často využívá metadon, který je nejrozšířenějším typem léčby závislosti na opiátech. Méně rozšířeným typem léčby závislosti

je injekční podávání heroinu. Dále se využívá buprenorfin, což je smíšený agonista¹³ a antagonist¹⁴ opiodních receptorů. K urychlení léčby abstinčních příznaků a při prevenci relapsu se využívá naltrexon a naloxon, což jsou opiodní antagonisté, kteří mají dlouhodobý účinek, blokují vznik euforie a dalších účinků opiátových agonistů, zabraňují vzniku opětovné fyzické závislosti (Gossop, 2009).

Schulte a kol. (2010) se podrobněji zabývá psychosociální intervencí v léčbě drogové závislosti, která se používá v případech, kdy neexistuje efektivní farmakologická léčba (např. závislost na kokainu, amfetaminu) nebo se kombinuje s farmakologickou léčbou. Jako příklad psychosociálních intervencí můžeme uvést **kognitivně - behaviorální terapii**, která zahrnuje nácvik dovedností a praktická cvičení na zvládání bažení po droze, usiluje o modifikaci kognitivních funkcí, názorů a chování. **Motivační rozhovory** vycházejí z kognitivně - behaviorálních principů a zaměřují se na zvyšování motivace ke změně problémového chování. Často se využívají také jako krátkodobá intervence. **Contingency management** je založen na principu odměn, které jsou udělovány těm, kteří mají negativní vzorek na moč, za účelem posílení abstinčního chování. Jako další příklad psychosociální intervence můžeme uvést **Cue Exposure Therapy**, která je založena na principu teorie učení. Tato terapie probíhá tak, že jedinec je vystavován působení spouštěčů nebo podnětů spojených s užíváním drog a zaměřuje se na změnu odezvy na tyto spouštěče. Často se také využívá **psychodynamická terapie**, která má původ v psychodynamickém přístupu a řeší zejména otázky nevědomých konfliktů, vztahů a situací, které jsou problematické. Vztah mezi terapeutem a pacientem tvoří významný prvek tohoto přístupu. Jako poslední příklad psychosociální intervence uvedeme **terapeutické komunity**, které mají původ v USA, vycházejí z přístupu pobytové léčby a zaměřují se na abstinenci. Terapeutickými komunitami se blíže zabývají Kooyman, De Leon, Nevšímal (2004), kteří informují o tom, že první terapeutické komunity vznikaly po druhé světové válce a sloužily pro pacienty s psychiatrickými problémy. Terapeutické komunity vedou své klienty k tomu, aby se stali aktivními činiteli ve své vlastní terapii. Hlavním cílem je umožnit klientovi žít život bez užívání drog, rozšířit pozitivní životní styl, naučit klienta zvládat stres konstruktivním

¹³ AGONISTA - souhlasně působící činitel; používáno u chemických látek, léků a drog, které napodobují účinek některého neurotransmiteru tím, že napodobují stejná místa na receptoru, čímž odpovídají za stejnou signalizaci (Hartl, Hartlová, 2000).

¹⁴ ANTAGONISTA – opak agonisty; chemická látka blokující receptor některého nervového spouštěče (Hartl, Hartlová, 2000).

způsobem, naučit ho vytvářet uspokojivé vztahy s druhými lidmi a užívat si života. Ve většině terapeutických komunit existují tři základní pravidla: neužívat drogy, alkohol a jiné látky ovlivňující vědomí; nemít sex s dalšími členy komunity; neužívat násilí nebo výhrůžek.

Existuje celá řada institucí a odborníků, na které se mohou rodiče nebo mladiství obrátit v případě, že mají problém se zneužíváním návykových látek. Mezi instituce nabízející pomoc patří **K Centrum**, což je nízkoprahové zařízení nacházející se ve většině velkých měst. Základem je poskytování informací, motivační rozhovory, výměna stříkaček, poskytování základního zdravotnického servisu a testů. Na K Centrum se mohou rodiče obrátit například v případě, že potřebují informace o možnostech léčby; pokud dospívající bere drogy pravidelně a potřebuje měnit stříkačky; potřebuje informace o prevenci infekčních nemocí nebo testy na HIV. Další institucí pomoci je **Psychiatrická léčebna - oddělení pro léčbu závislostí**, kde probíhá tříměsíční program. Odborník tento způsob léčby doporučuje v případě, že byla vyčerpána možnost ambulantní léčby. **Terapeutická komunita** slouží většinou pro osoby starší 18 let a umožňuje pobyt na dobu 6 – 18 měsíců, který probíhá mimo město. V České republice fungují **Střediska mládeže**, které poskytují pobyt na dobu 2 – 4 měsíců a to pro mládež ve věku 14 – 20 let. Výhodou těchto středisek je spolupráce se školou a možnost individuálního studijního plánu. Poté následuje ambulantní docházka a úzká spolupráce s rodinou. Nejčastěji se tohoto pobytu účastní uživatelé heroinu a pervitinu. Další možností je **Ambulantní psychologická a psychiatrická ordinace**, která poskytuje psychoterapii a poradenství zaměřené na problémy s užíváním drog, které je možno zvládat ambulantně. Nejčastěji je určena pro počáteční fázi problému s drogami nebo v období doléčování. **Doléčovací centra** nabízí psychoterapii, poradenství, sociální práci a dočasně chráněné bydlení. **Linka důvěry** nabízí bezplatnou telefonickou konzultaci. Slouží jako možnost úlevy pro zoufalé rodiče a jako zdroj informací o možnostech léčby. Placenou službu poskytuje **Soukromá psychoterapeutická praxe**, která umožňuje ambulantní docházku na konzultace a slouží pro začínající problémy s užíváním drog (Hajný, 2001).

4 Prevence zneužívání návykových látek

„Slovo prevence vychází z latinského slova **praeventus - zákrok předem**“ (Štablová a kol., 1997, s. 172). Dále Štablová a kol. (1997) píše, že pojem prevence můžeme chápat v širším i užším slova smyslu. Z širšího pohledu chápeme prevenci jako předcházení negativního jevu a ochranu před tímto negativním jevem, zatímco z užšího pohledu se díváme na prevenci jako na prevenci jednotlivých negativních jevů jako například prevence závislosti nebo prevence kriminality.

Prevence se odlišuje podle různých věkových kategorií. **U dětí ve věku 1 – 3 roky** se za prevenci považuje především klidné a vřelé chování rodičů, kteří by měli dávat dítěti najevo, že je v pořádku, když se chce prosadit, ale že existují i určitá omezení. Co se prevence **u dětí ve věku 3 – 6 let** týče, tak je velice důležité začít vštěpovat dítěti hodnotu zdraví a že je důležité tuto hodnotu chránit a podporovat. Dítě musí vědět, že okolní svět v sobě skrývá mnoho nebezpečí a má se učit, jak se těmto nebezpečím bránit a že se nemůže pořád spoléhat jen na rodiče. Specifická je prevence **u dětí ve věku 7 – 12 let**, kdy informace poskytovány dětem v tomto věkovém rozmezí musí být velmi konkrétní a postupně je třeba tyto informace přeměňovat v pravidla a návyky a srozumitelnou cestou je vysvětlovat. Je také důležité pokračovat ve vštěpování hodnoty zdraví. Cílená prevence zaměřená proti škodám způsobených návykovými látkami by měla začít již v tomto věku. Prevence je nejúčinnější, pokud se s ní začne 2 – 3 roky před prvním kontaktem s návykovou látkou. Nejnáročnější je **věk 13 – 22 let**, což je nejohroženější skupina, proto je v tomto věku prevence velmi důležitá. Zneužívání návykových látek může vést v tomto věku k rychlému vzniku závislosti. V prevenci jsou nejužitečnější peer programy, do kterých jsou zapojeni vrstevníci (Nešpor, Csémy, 1994).

Nad cílem prevence se zamýšlí Nešpor, Csémy, Pernicová (1996), kteří vidí cíl prevence v předcházení škodám způsobených užíváním návykových látek. Cílem prevence ale podle nich není pouhé předání informací bez kontroly jejich použití. Aby byla prevence účinná, tak musí ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví. Preventivní strategie lze rozdělit do dvou skupin, kdy první skupinu tvoří snižování nabídky, tedy snaha o snížení dostupnosti návykových látek, a druhou skupinu tvoří snižování poptávky, tedy aby lidé návykové látky pokud možno nechtěli. Výše zmíněné strategie se navzájem posilují.

4.1 Primární prevence

Štablová, Brejcha a kol. (2006, s. 173) uvádí, že „v primární prevenci se snažíme, aby ti co to ještě neznají se tomu vyhnuli. Lze to dělat trojím způsobem:

- a) Ukazovat, kam to vlastně všechno vede. Tato informace je základní a nikdy nesmí být opomenuta. V zásadě právě tato informace je v prevenci nakonec nejefektivnější. Proč bychom se jinak něčeho, na první pohled tak skvělého, vzdávali?
- b) Ukazovat na jiné cesty a snažit se přesvědčit, že tyto cesty jsou zajímavější. Učit orientaci a uspokojivější adaptaci v těchto jiných krajinách. Navozovat např. zkušenosti, po kterých lze úspěšněji zvládat potencionálně obtížné životní situace, nebo libidinózní prožitky související s pojetím nás samotných.
- c) Učit strategii a taktiku, jak se pohybovat při styku s touhle infekcí a jak se udržet čistým. I za touto na první pohled technickou záležitostí jednoduchých nácviků chování se může skrývat imputování určitého, zdravějšího životního stylu.“

Primární prevence je prevence ve smyslu předcházení negativním jevům, založená na realizaci opatření, pomocí kterých se snažíme negativnímu jevu předcházet a pozitivně ovlivňovat jedince na které je tato prevence zaměřena. Aby byla prevence účinná, tak musíme dobře poznat daný negativní jev, což spočívá v jeho popsání, analyzování, charakteristice, zákonech vzniku, vývoje apod. Na základě zjištění těchto údajů mohou být následně stanoveny cíle a metody preventivního působení. Velice důležité je pochopit negativní jev v souvislostech s dalšími okolnostmi a tedy nepůsobit na něj izolovaně. Základem primární prevence je rodina, kde se utváří postoje a výchova. Kromě rodiny je také velice důležitou institucí škola, ve které si pedagogové uvědomují nebezpečí, které s sebou zneužívání návykových látek přináší. Existuje celá řada prostředků a možností, kterými může škola snížit výskyt zneužívání návykových látek nebo rizika, která vedou ke zneužívání návykových látek. Jako příklad těchto prostředků a možností můžeme uvést celkovou atmosféru školy, vztah učitele a žáka, pravidla vymezena ve školním řádu a jejich dodržování, nedostupnost návykových látek ve škole, individuální pomoc při řešení problémů žáků, výchova ke zdravému sebevědomí a sebedůvěře, spolupráce s rodiči apod. (Štablová a kol., 1997).

Marádová (2006) informuje o tom, že primární prevenci můžeme rozdělit na specifickou a nespecifickou. Specifickou primární prevencí rozumíme soubor aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s tou populací, u které se předpokládá negativní vývoj v případě

absence těchto aktivit a služeb. Právě této rizikové populaci pomáhá specifická primární prevence pomocí specifických preventivních programů, které jsou jasně profilovány na určitou formu rizikového chování, čímž se liší od nespecifických programů. Nespecifickou primární prevencí jsou aktivity, s jejichž pomocí dochází k rozvoji harmonické osobnosti, včetně rozvoje nadání, zájmů a sportovních aktivit.

Co se týče organizační struktury primární prevence v České republice, tak probíhá na horizontální a vertikální úrovni Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Na horizontální úrovni dochází k aktivní spolupráci s věcně příslušnými resorty (Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo obrany, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo vnitra) a neresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády, Republikový výbor prevence kriminality při Ministerstvu vnitra). V rámci horizontální úrovně byla vytvořena Pracovní skupina specifické primární protidrogové prevence a Pracovní skupina prevence kriminality a ostatních sociálně patologických jevů. Cílem těchto skupin je spolupráce, sjednocení a koordinace činností napříč resorty. Na vertikální úrovni je vytvořena síť koordinátorů, která je tvořena krajskými školskými koordinátory prevence, metodiky prevence a školními metodiky prevence (Marádová, 2006).

4.2 Sekundární prevence

„Sekundární prevencí je označováno předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání problémového užívání u osob, které jsou užíváním drogy zasaženy. Jedná se o včasnou intervenci, poradenství a léčení“ (Marádová, 2006, s. 23). Sekundární prevence je zaměřena na rizikové jedince nebo skupiny, u kterých se předpokládá, že se dostanou nebo už se dostali do situace, která může být charakterizovaná jako sociálně patologická. Nejdůležitějším bodem tohoto typu prevence je včasné vyhledání problému, poskytnutí informací, poradenství a sociální péče, k čemuž slouží především poradny, linky důvěry, sociální pracovníci a výchovní poradci ve školách (Štablová a kol., 1997). Do sekundární prevence také patří zahájení pravidelného kontaktu, což může vést k pozitivním výsledkům v pozdější době. Při této prevenci je možné využít terapeutické instituce (Presl, 1995).

4.3 Terciární prevence

Marádová (2006) se dále věnuje terciární prevenci, když uvádí, že terciární prevencí rozumíme postupy, které vedou k předcházení zdravotním a sociálním problémům spojených s užíváním návykových látek. K terciární prevenci můžeme zařadit zejména doléčování, rehabilitaci, podporu v abstinenci, prevenci rizik u neabstinujících uživatelů. Cílem této prevence je podle názoru Štablové a kol. (1997) zajistit a poskytnout včasnou potřebnou pomoc a péči. Také se zaměřuje na předcházení recidivy, minimalizaci škod a resocializaci. Obsahem terciární prevence jsou aktivity a opatření, které se zaměřují na jedince a skupiny, u kterých se objevilo sociálně patologické chování.

4.4 Vybrané preventivní přístupy a programy ve školách

Podle McGratha a kol. (2007) se ve školách v rámci protidrogové prevence uplatňuje několik intervencí, které vychází z různých teorií, modelů a přístupů. Jako příklad přístupu můžeme uvést **teorii sociálního vlivu**, která pracuje s předpokladem, že impulsem k užívání návykových látek jsou přímé nebo nepřímé sociální vlivy ze strany vrstevníků a médií. Cílem normativního vzdělávání je snaha uvést na pravou míru představu, že většina dospívajících a dospělých užívá drogy a trénovat dovednosti zaměřené a schopnost odolávat vlivům, rozpoznat situace, při kterých bude vyvíjen nátlak k užívání drog a schopnost zvládat takové situace a vyhýbat se jim. Jako další příklad můžeme uvést **přístup zaměřený na posilování a trénink obecných dovedností**, který se projevuje výukou všeobecných individuálních a sociálních dovedností. Tento přístup využívá metodu tréninku kognitivně - behaviorálních dovedností jako například nácvik chování nebo domácí přípravy.

Marádová (2006) informuje o tom, že preventivní výchovné působení musí být neoddělitelnou součástí výuky, přičemž školní preventivní programy by podle ní měly být zaměřeny na následující významné oblasti: podpora zdravého životního stylu (změřeno na převzetí odpovědnosti za své zdraví i zdraví ostatních), posilování komunikačních dovedností (schopnost řešit konflikty a vyrovnávat se s problémy), zvyšování sociálních kompetencí dospívajících; odstraňování nedostatku v psychické regulaci chování (zvyšovat schopnost efektivněji zvládat emoce a umět reagovat na stres), formovat postoje vztahující se ke společensky akceptovaným hodnotám (např. úcta k zákonu), vytváření pozitivního sociálního klimatu. Aby byly preventivní programy ve školách účinné, tak musí být soustavné, musí

volit specifickou strategii s ohledem na cílovou populaci, programy pro mladší děti mají obecnější charakter a postupně s přibývajícím věkem jsou specifičtější, programy zahrnují aktivní účast cílové populace a mají interaktivní charakter (Nešpor, 1999). Efektivitou preventivních programů se také zabývá Řehulka (2008, s. 8), když píše, že „primární prevence, pokud má být efektivní, smysluplná a imunizovat dítě ve vztahu k rizikovým společenským vlivům, by měla být **koncepční, ucelená, systematická a dlouhodobá**, dále **přirozená a co nejméně násilná** a v neposlední řadě **odborná**.“

Ve školách se často využívá při prevenci škod způsobených užíváním návykových látek u dětí a dospívajících **peer program**, což je program, který probíhá za aktivní účasti předem připravených vrstevníků (Nešpor, Csémy, 1996). Smyslem celého peer programu je to, že vliv vrstevníků je v období dospívání větší než vliv dospělého člověka (Řehulka, 2008). Přestože předem připravení vrstevníci jsou základním principem peer programu, anglické slovo peer nepředstavuje pouze vrstevníka, ale především představuje někoho, s kým se může cílová populace ztotožnit. Peer program lze realizovat třemi způsoby:

1. Ustanoví se organizace, jejíž členové budou působit na své vrstevníky.
2. Škola si vychová své vlastní peer vedoucí nebo může škola fungovat jako metodické středisko pro školení instruktorů pro další zařízení.
3. Vyškolí se malé týmy, které implementují program na své škole.

Výhodou peer programu je to, že není nijak náročný na vybavení, často postačí kus papíru, tužka nebo psací potřeby na výrobu plakátů apod. Na střední škole se peer program liší od programu na základní škole v tom, že středoškoláci mají lepší komunikační dovednosti a jejich účast je intenzivnější a kvalitnější; středoškoláci mají mnohdy vlastní zkušenost s návykovými látkami; středoškoláci chtějí o věcech více diskutovat (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

Řehulka (2008) představuje **Life skills training**, úspěšný program používaný v USA, jehož tvůrcem je G. J. Botvin. Tento program se zaměřuje především na rozvoj dovedností, které umožní dítěti účinně reagovat na různé životní situace a psychické stavy. Program umožní například rozvoj schopnosti uvolnit se, používat vhodnou relaxační metodu, schopnosti posilovat a chránit zdravé sebevědomí, schopnosti plánovat čas, schopnosti čelit sociálnímu nátlaku, schopnosti komunikace a sebeobrany. V roce 2002 tento program používalo přibližně 12% škol v USA.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumná část diplomové práce je věnována problematice zneužívání návykových látek u žáků 8. a 9. třídy základní školy ve zlínském kraji a u studentů 1. a 3. ročníku střední školy se zdravotnickým zaměřením taktéž ve zlínském kraji. Základní škola byla zvolena z toho důvodu, že jsme chtěli zjistit, jaký vztah mají studenti ve věku přibližně 14 – 15 let, tedy žáci 8. a 9. třídy ZŠ, ke zneužívání návykových látek. Konkrétní období jsme zvolili proto, že v tomto období probíhá puberta, kdy sociální vývoj je v období puberty ovlivněn snahou po nezávislosti, která se projevuje snahou samostatně se rozhodnout a projevit svůj názor. Dospívající mají velkou potřebu navazovat nové kontakty a hrát nové role v různých skupinách. Mezi vrstevníky je se projevuje uniformita a to jak v oblékání, tak i v názorech a chování (Šimíčková - Čížková, 2005). A právě tendence k uniformitě v názorech a chování může ovlivnit postoj pubescentů k návykovým látkám. Konkrétní základní škol byla zvolena na základě toho, že zde autorka vykonávala pedagogickou praxi a bylo jí řečeno, že se zde nachází nemalé množství studentů, kteří zneužívají různé návykové látky. Na střední škole probíhalo výzkumné šetření z toho důvodu, že žáci ukončili základní školu a nastupují na novou školu, poznávají tedy nové přátele a stávají se členy nové skupiny spolužáků, což může mít za následek to, že se snaží „zapadnout“ a tedy dělají věci, které jsou pro danou skupinu běžné, jako třeba zneužívání některých návykových látek. Dalším důvodem pro výběr střední školy bylo to, že studenti ve 3. ročníku dosahují 18 let, tedy jsou plnoletí a mohou si některé návykové látky již kupovat legálně. Střední škola se zdravotnickým zaměřením byla zvolena zcela úmyslně, protože se dá předpokládat, že budoucí zaměstnanci ve zdravotnictví mají nejvíce informací o nebezpečnosti zneužívání návykových látek a také, že jsou nejvíce informováni školou v rámci svého studia.

Hlavním cílem výzkumné části je snaha zjistit, jaký vztah mají dnešní studenti základní a střední školy k návykovým látkám.

Dílčím cílem výzkumné části je snaha zjistit, jaký postoj mají studenti základní a střední školy k cigaretám, alkoholu a dalším návykovým látkám. Dalším cílem byla snaha zjistit, zda by se studenti někomu se zneužíváním návykových látek svěřili, a pokud ano, tak komu by se svěřili a komu by se naopak nikdy nesvěřili. Také jsme se pokusili zjistit, zda škola studenty dostatečně informuje o problematice zneužívání návykových látek. Při výzkumu byly stanoveny 2 výzkumné otázky a 5 hypotéz, které budou dokazovány. Každá

výzkumná otázka a hypotéza byla zvolena tak, aby došlo k naplnění hlavního cíle výzkumné části diplomové práce.

Výzkumná otázka č. 1

Jaký vztah mají studenti ve vybraném souboru k cigaretám a alkoholu?

Výzkumná otázka č. 2

Pokud by se studenti ve vybraném souboru chtěli svěřit se zneužíváním návykových látek, tak komu by se svěřili a komu by se nikdy nesvěřili?

Hypotéza č. 1

H₀: Četnost kouřících žáků na SŠ je stejná jako četnost kouřících žáků na ZŠ.

H_A: Četnost kouřících žáků na SŠ je větší než četnost kouřících žáků na ZŠ.

Hypotéza č. 2

H₀: Frekvence užívání alkoholu je u mužů i žen stejně velká.

H_A: Frekvence užívání alkoholu je u žen větší než u mužů.

Hypotéza č. 3

H₀: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami¹⁵ je u žáků na ZŠ stejná jako u žáků na SŠ.

H_A: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ větší než u žáků na SŠ.

¹⁵ DALŠÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY - marihuana, hašiš, těkavé látky, extáze, LSD, trip, houbičky, pervitin, heroin, kokain.

Hypotéza č. 4

H0: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je stejná jako četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

HA: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je větší než četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

Hypotéza č. 5

H0: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je stejná, jako četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

HA: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je větší než četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

6 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo ve dnech 28. června a 31. června na základní škole a na střední škole se zdravotnickým zaměřením ve zlínském kraji. V průběhu výzkumného šetření bylo na základní škole přítomno 80 respondentů a na střední škole se zdravotnickým zaměřením bylo přítomno 76 respondentů. O vyplnění dotazníku na základní škole byli požádáni všichni přítomní žáci 8. a 9. tříd, avšak bylo vráceno pouze 77 vyplněných dotazníků, což představuje 96%. Na střední škole byli o vyplnění dotazníku také požádáni všichni přítomní studenti 1. a 3. ročníku, přičemž bylo vráceno pouze 75 dotazníků, což představuje 99%. Celková návratnost dotazníku v průběhu výzkumného šetření činí 97% (Graf 1).

Graf 1. Celková návratnost



Tab. 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví

	Celý soubor	8. třída	9. třída	1. ročník	3. ročník	ZŠ celkem	SŠ Celkem
Žena	110	27	20	28	35	47	63
Muž	42	13	17	6	6	30	12
Σ	152	40	37	34	41	77	75

Celkem se šetření zúčastnilo 152 respondentů, 110 žen a 42 mužů. Na základní škole se výzkumného šetření zúčastnilo 77 respondentů, 47 žen a 30 mužů. Počet zúčastněných respondentů na střední škole je 75, přičemž 63 žen a 12 mužů (Tab. 1).

Tab. 2. Rozdělení respondentů dle věku

Věk	Celý soubor	8. třída	9. třída	1. ročník	3. ročník	ZŠ celkem	SŠ celkem
13	1	1	0	0	0	1	0
14	41	39	2	0	0	41	0
15	39	0	35	4	0	35	4
16	21	0	0	21	0	0	21
17	12	0	0	8	4	0	12
18	31	0	0	1	30	0	31
19	7	0	0	0	7	0	7
Σ	152	40	37	34	41	77	75

Dále bylo výzkumným šetřením zjištěno, že nejběžnější věk respondentů v 8. třídě základní školy je 14 let, v 9. třídě základní školy převládal věk 15 let. V 1. ročníku střední školy převládal věk 16 let a ve 3. ročníku střední školy byl nejčastější věk respondentů 18 let (Tab. 2).

7 Výzkumná metoda a metoda zpracování dat

Pro získání údajů potřebných pro výzkumnou část byla použita metoda sběru dat pomocí dotazníku. Metoda dotazníku byla zvolena proto, že se jedná o poměrně rychlou metodu, kdy v krátkém časovém úseku získáme velké množství potřebných údajů. Důležitým faktorem při volbě vhodné metody byl fakt, že výzkumné šetření bylo anonymní, což dotazník umožňuje. Záruka anonymity byla pro studenty rozhodující při jejich rozhodnutí, zda se výzkumného šetření zúčastní či nikoliv.

Dále byla při analýze výzkumných dat použita metoda statistického zpracování Test dobré shody χ^2 - kvadrát.

7.1 Dotazník

Dotazník patří mezi velmi frekventované metody získávání dat. Jde o způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník můžeme charakterizovat jako soustavu otázek, které jsou předem připravené, formulované a seřazené a na které respondent odpovídá písemnou formou. Jako synonymum ke slovu dotazník bývá používán termín anketa. Otázky, které jsou v dotazníku použity, můžeme rozdělit na obsahové, pomocí kterých zjišťujeme potřebné údaje, a funkcionální, pomocí kterých optimalizujeme průběh dotazování. Odpovědi na otázky obsažené v dotazníku mohou být otevřené (nestrukturované), kdy nejsou respondentům navrženy žádné hotové odpovědi, uzavřené (strukturované), které se vyznačují tím, že se respondentům nabízí předem připravené odpovědi, nebo polouzavřené, které má možnost respondent vybrat tehdy, pokud mu ani jedna z nabízených odpovědí nevyhovuje. Uzavřené položky můžeme dále rozdělit na dichotomické nebo polytomické (Chráška, 2007).

Díky metodě sběru dat pomocí dotazníku jsme získali data, pomocí kterých zjišťujeme, jaký vztah mají dnešní studenti k návykovým látkám. Pro výzkumné šetření diplomové práce byl použit dotazník¹⁶ skládající se ze dvou částí. První část se vztahuje k základním údajům o respondentech a skládá se z 5 otázek. Druhá část se vztahuje ke zneužívání návykových látek a skládá se z 22 otázek, které jsou rozděleny do 5 kategorií: cigarety, alkohol, další návykové látky, pomoc, prevence ve škole. V dotazníku byly použity

¹⁶ Dotazník - viz příloha č. 2

obsahové otázky. Přestože je převážná část odpovědí uzavřená nebo polouzavřená, najdeme zde i malé množství otázek otevřených. Při sestavování dotazníku byly dodržovány požadavky podle Chráska (2007), a to:

- všechny otázky jsou jasné a srozumitelné,
- formulace otázek je jednoznačná,
- otázky zjišťují nezbytné údaje,
- dotazník není příliš rozsáhlý,
- pomocí úvodu jsou respondenti motivováni a je zvýšena jejich ochota spolupracovat,
- dotazník obsahuje jasné pokyny k vyplňování otázek.

7.2 Metoda statistického zpracování

Při analýze výzkumných dat byla také použita metoda Test dobré shody chí - kvadrát. „U této kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v pedagogické realitě, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze" (Chráska, 2007, s. 71). Začátkem Testu dobré shody chí - kvadrát je vytvoření nulové a alternativní hypotézy, kdy nulová hypotéza předpokládá, že mezi sledovanými jevy není vztah a alternativní hypotéza naopak předpokládá, že mezi sledovanými jevy je vztah (Chráska, 2007). „O přijetí nebo odmítnutí nulových hypotéz rozhodneme na základě testování nulové hypotézy. K tomuto účelu se zpravidla vypočítává tzv. testové kritérium, což je určitá číselná charakteristika odvozená ze zjištěných dat. U Testu dobré shody chí- kvadrát je testovým kritériem hodnota

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

kde χ^2 je testové kritérium chí - kvadrát, P je tzv. pozorovaná četnost a O očekávaná četnost" (Chráska, 2007, s. 72).

8 Analýza výzkumných dat

V této kapitole jsou zodpovězeny výzkumné otázky a jsou zde ověřovány stanovené hypotézy pomocí statistické metody pro analýzu nominálních dat Test dobré shody chí - kvadrát.

8.1 Výzkumné otázky

Pro výzkumnou část diplomové práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které byly pomocí získaných dat metodou sběru dat pomocí dotazníku zodpovězeny.

8.1.1 Výzkumná otázka č. 1

Užívají studenti ve vybraném souboru alkohol a cigarety?

Tab. 3. Četnost odpovědí respondentů na otázku Kouříš cigarety?

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Nekouří, ani jsem to nikdy nezkoušel	40	11	7	1	8	5	2	5	1	27	13
Nekouřím, ale jednou jsem to zkusil	68	13	6	9	7	13	2	15	3	35	33
Kouřím	44	3	0	10	2	10	2	15	2	15	29
Σ	152	27	13	20	17	28	6	35	6	77	75

Tab. 4. Četnost odpovědí respondentů na otázku Pokud kouříš, jak často?

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Příležitostně	13	3	0	1	2	2	0	4	1	6	7
Pravidelně	9	0	0	3	0	2	0	4	0	3	6
Každodenně	22	0	0	6	1	6	1	7	1	7	15
Σ	44	3	0	10	3	10	1	15	2	16	28

Tab. 5. Četnost odpovědí respondentů na otázku Užíváš alkohol?

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Ne a ani jsem to nikdy nezkoušel	9	2	1	1	2	2	0	1	0	6	3
Ne, ale zkusil jsem to	79	20	12	10	9	15	2	10	1	51	28
Ano	64	5	0	9	6	11	4	24	5	20	44
Σ	152	27	13	20	17	28	6	35	7	77	75

Tab. 6. Četnost odpovědí respondentů na otázku Pokud užíváš alkohol, tak jak často?

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Příležitostně	54	4	0	7	5	9	3	23	3	16	38
Pravidelně (alespoň 1x týdně)	7	1	0	1	0	2	1	1	1	2	5
Každodenně	3	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1
Σ	64	5	0	9	6	11	4	24	5	20	44

Z celkového počtu 152 respondentů pouze 40 respondentů nemá zkušenost s cigaretami, jelikož je nikdy nevyzkoušeli, 68 respondentů nekouří, ale jednu cigaretu vyzkoušeli, přičemž větší počet (35) je ze základní školy. Jako znepokojující můžeme brát údaj, že 44 respondentů kouří a z tohoto počtu je 15 respondentů ze základní školy (Tab. 4). Z tabulky 5 vyplývá, že nejvíce kouřících respondentů kouří každodenně (22) a to jak na ZŠ (7), tak i na SŠ (15).

Tabulka 6 znázorňuje, že z celkového počtu 152 respondentů pouze 9 respondentů nikdy nepilo alkohol, 79 respondentů alkohol neužívá, ale jednou ho zkusili a 64 respondentů alkohol užívá, přičemž větší počet respondentů (44) navštěvuje střední školu. Tabulka 7 ukazuje, že z celkového počtu 64 respondentů užívajících alkohol jich 54 pije pouze příležitostně, 7 pravidelně a 3 každodenně.

8.1.2 Výzkumná otázka č. 2

Pokud by se studenti ve vybraném souboru chtěli svěřit se zneužíváním návykových látek, tak komu by se svěřili a komu by se nikdy nesvěřili?

Tab. 7. Četnost odpovědí na otázku Pokud bych měl problém s užíváním návykové látky, tak bych se svěřil: (lze vybrat více možností)

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Rodičům nebo dalším členům rodiny	72	9	5	10	8	16	0	20	4	32	40
Učiteli, třídnímu učiteli	5	0	2	2	0	0	0	1	0	4	1
Výchovnému poradci	13	4	2	1	0	2	1	3	0	7	6
Kamarádovi	94	20	5	16	7	19	4	19	4	48	46
Nikomu bych se nesvěřil	20	2	3	2	3	2	2	5	1	10	10
Jiné	7	1	2	2	1	1	0	0	0	6	1
Σ	211	36	19	33	19	40	7	48	9	107	104

Tab. 8. Četnost odpovědí na otázku Nikdy bych se s problémem s užíváním návykových látek nesvěřil: (lze vybrat více možností)

Možná odpověď	Soubor celkem	8. třída		9. třída		1. ročník		3. ročník		ZŠ celkem	SŠ celkem
		Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci		
Rodičům nebo dalším členům rodiny	37	8	3	3	2	6	5	9	1	16	21
Učiteli, třídnímu učiteli	93	24	6	12	10	16	4	16	5	52	41
Výchovnému poradci	45	6	3	10	3	7	2	11	3	22	23
Kamarádovi	7	0	0	1	2	1	0	3	0	3	4
Nikomu bych se nesvěřil	18	2	4	1	1	4	1	5	0	8	10
Jiné	3	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1
Σ	203	40	16	38	19	35	12	35	9	103	100

Tabulka 8 demonstruje, že nejčastější odpověď respondentů je, že by se se zneužíváním návykové látky svěřili kamarádovi (94 odpovědí), druhá nejčastější odpověď je, že by se svěřili rodičům (72 odpovědí). Nejmenší počet odpovědí získala možnost svěřit se učiteli, třídnímu učiteli (5 odpovědí), přičemž pouze 1 odpověď pochází od respondentů ze střední školy. Při zjišťování komu by se studenti nikdy nesvěřili, získala největší počet odpovědí možnost učitel, třídní učitel. Na druhém místě se umístil výchovný poradce (Tab. 9). Můžeme tedy usoudit, že studenti ve vybraném souboru nemají důvěru k pedagogům.

8.2 Hypotézy

Pro výzkumnou část diplomové práce bylo stanoveno 5 hypotéz. Nulové hypotézy jsou v této části dokazovány za pomoci Testu dobré shody χ^2 - kvadrát. Pokud není nulová hypotéza prokázána, musíme přijmout hypotézu alternativní.

8.2.1 Hypotéza č. 1

H₀: Četnost kouřících žáků na SŠ je stejná jako četnost kouřících žáků na ZŠ.

H_A: Četnost kouřících žáků na SŠ je větší než četnost kouřících žáků na ZŠ.

K ověření hypotézy byla použita metoda Test dobré shody χ^2 - kvadrát, kdy jsme vypočítali podle vzorce

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

hodnotu testového kritéria.

Tab. 9. Test dobré shody chí - kvadrát

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
SŠ	29	22	7	49	2,2
ZŠ	15	22	-7	49	2,2
	Σ 44	Σ 44			Σ 4,4

Pomocí údajů uvedených v tabulce 10 jsme vypočítali hodnotu testového kritéria chí -kvadrát, která je $x^2 = 4,4$. Pro tento případ byla zvolena hladina významnosti 0,05.

Počet skupin - N (2)

Stupeň volnosti - $Y(2-1=1)$

Kritická hodnota testového kritéria chí - kvadrát $x^2_{0,05}(1) = 3,841$

Z výpočtů, které jsou uvedeny výše, vyplývá, že vypočítaná hodnota testového kritéria chí - kvadrát je větší, než kritická hodnota testového kritéria chí - kvadrát, která je udána 3,841 (Chráská, 2007). Z tohoto důvodu nelze přijmout nulovou hypotézu, ale musíme přijmout hypotézu alternativní. Mezi pozorovanými jevy je tedy významný vztah a výsledky nemůžeme připsat na vrub náhodě. Četnost kouřících žáků na SŠ je větší než četnost kouřících žáků na ZŠ.

8.2.2 Hypotéza č. 2

H₀: Frekvence užívání alkoholu je u žen i mužů stejně velká.

H_A: Frekvence užívání alkoholu je u žen větší než u mužů.

Tab. 10. Test dobré shody χ^2 - kvadrát

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Ženy	49	32	17	289	9
Muži	15	32	-17	289	9
	$\Sigma 64$	$\Sigma 64$			$\Sigma 18$

Dle údajů uvedených v tabulce 11 a vzorce

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

jsme vypočítali hodnotu testového kritéria χ^2 - kvadrát, která je $\chi^2 = 18$. Zvolená hladina významnosti je opět 0,05.

Stupeň volnosti – $Y(2-1=1)$

Počet skupin - $N= 2$

Kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1)= 3,841$

Z výše uvedených výpočtů vyplývá, že vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát je větší než kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát, která je uvedena 3,841 (Chráška, 2007). Z tohoto důvodu musíme přijmout alternativní hypotézu. Výsledky tedy nelze připsat na vrub náhodě, mezi pozorovanými jevy je významný vztah. Frekvence užívání alkoholu je u žen větší než u mužů.

8.2.3 Hypotéza č. 3

H0: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ stejná jako u žáků na SŠ.

HA: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ větší než u žáků na SŠ.

Tab. 11. Test dobré shody χ^2 - kvadrát

	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	P - O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
ZŠ	40	39,5	0.5	0.25	0,006
SŠ	39	39,5	-0.5	0.25	0,006
	$\Sigma 79$	$\Sigma 79$			$\Sigma 0,012$

Hodnotu testového kritéria χ^2 - kvadrát jsme podle vzorce

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

vypočítali $\chi^2 = 0,012$.

Zvolená hladina významnosti 0,05

Počet skupin - N= 2

Stupeň volnosti - Y(2-1=1)

Kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Z výše vypočítaných údajů vyplývá, že vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 0,012$ je menší než kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ (Chráška, 2007). Proto přijímáme nulovou hypotézu a alternativní hypotézu odmítáme. Výsledky mohou být způsobené náhodou, mezi pozorovanými jevy není významný vztah. Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ stejná jako u žáků na SŠ.

8.2.4 Hypotéza č. 4

H0: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je stejná jako četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

HA: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je větší než četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

Tab. 12. Test dobré shody χ^2 - kvadrát

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Informuje	120	76	44	1936	25,5
Neinformuje	32	76	-44	1936	25,5
	$\Sigma 152$	$\Sigma 120$			$\Sigma 51$

Podle údajů uvedených v tabulce 14 jsme vypočítali hodnotu testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2 = 51$.

Zvolená hladina významnosti 0,05

Počet skupin - $N = 2$

Stupeň volnosti – $Y(2-1=1)$

Kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Z výpočtů vyplývá, že námi vypočítaná hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2 = 51$ je větší než kritická hodnota $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ (Chráška, 2007). Musíme tedy odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je větší než četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

8.2.6 Hypotéza č. 5

H0: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je stejná, jako četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

HA: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je větší než četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

Tab. 13. Test dobré shody χ^2 - kvadrát

	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P – O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Rodina	244	229	15	225	1
Učitel	214	229	-15	225	1
	Σ 458	Σ 458			Σ 2

Podle údajů z tabulky 15 jsme vypočítali $\chi^2 = 2$.

Zvolená hladina významnosti 0,05

Počet skupin - N= 2

Stupeň volnosti - Y(2-1=1)

Kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$

Z výše vypočítaných údajů vyplývá, že vypočítaná hodnota testového kritéria $\chi^2 = 0,012$ je menší než kritická hodnota testového kritéria χ^2 - kvadrát $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ (Chrásková, 2007). Proto přijímáme nulovou hypotézu a alternativní hypotézu odmítáme. Výsledky mohou být způsobené náhodou, mezi pozorovanými jevy není významný vztah. Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je stejná, jako četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

9 Diskuze

V této kapitole diplomové práce se pokusíme porovnat výsledky z vlastního výzkumu, který byl prováděn u respondentů studujících 8. a 9. třídu základní školy a 1. a 3. ročník střední školy ve zlínském kraji s výsledky odborných výzkumů. Pokusíme se zamyslet na výsledky porovnání a v závěru se kriticky podíváme na vlastní výzkum, především na zvolenou metodu získání dat.

9.1 Hypotéza č. 1

H₀: Četnost kouřících žáků na SŠ je stejná jako četnost kouřících žáků na ZŠ.

H_A: Četnost kouřících žáků na SŠ je větší než četnost kouřících žáků na ZŠ.

Při ověřování této hypotézy pomocí Testu dobré shody χ^2 - kvadrát jsme zjistili, že více kouří žáci střední školy než žáci základní školy. Výsledky jsme porovnali s výzkumem prováděným v roce 1996 – 2004 v Anglii¹⁷. Výzkumu se zúčastnilo v pro nás podstatných dvou věkových kategoriích 13 108 respondentů. První kategorii tvořili respondenti ve věku 12 – 15 let a druhá kategorie byla tvořena respondenty ve věku 16 – 18 let. V první kategorii přiznalo kouření 7,5% respondentů a ve druhé kategorii 37,4%. Můžeme tedy říci, že výzkum došel ke stejnému závěru, tedy že více kouří studenti středoškolského věku, případně starší.

Podle informací uvedených Trpišovskou, Vacínovou (2006) lze adolescenci chápat jako stádium vrcholného výskytu a významu vrstevnických vztahů. Proto si myslíme, že častější kouření středoškoláků by mohlo být zapříčiněno přechodem ze základní školy na střední školu a s tím související snahou začlenit se do nových vrstevnických skupin, které své členy velmi ovlivňují a to mnohdy negativně.

¹⁷ Assessing smoking status in children, adolescents and adults: cotinine cut-points revisited. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4b9996b0-70a0-41fb-9d27-44b7b0343d33%40sessionmgr113&hid=119>

9.2 Hypotéza č. 2

H0: Frekvence užívání alkoholu je u žen i mužů stejně velká.

HA: Frekvence užívání alkoholu je u žen větší než u mužů.

Výsledky vlastního výzkumu, při kterém jsme použili data získaná metodou sběru dat pomocí dotazníku a následně jsme je zpracovali pomocí statistické metody Test dobré shody χ^2 - kvadrát nám říkájí, že ženy ve vybraném souboru užívají alkohol častěji než muži. Tyto výsledky vlastního výzkumu jsme se pokusili porovnat s výsledky výzkumu, který provádělo Mezinárodní centrum pro kontrolu a prevenci chronických a nepřenosných nemocí ve spolupráci s Čínským centrem pro kontrolu a prevenci nemocí v Beingu a Shanghaiským centrem pro kontrolu a prevenci nemocí v Shanghai¹⁸. Výzkum probíhal od srpna do října v roce 2007 a zúčastnilo se jej 49 527 čínských obyvatel ve věku 15 – 69 let. V centru zájmu stála mimo jiné frekvence užívání alkoholu u žen a mužů, přičemž bylo za pomoci metody rozhovoru face - to - face zjištěno, že z celkového počtu 49 527 účastníků přiznalo užívání alkoholu 35,7% účastníků, kdy 56,6% tvořili muži a 15% ženy. Pokud se zaměříme na výsledky výzkumu u jedinců ve věku 15 – 17 let, tak zjistíme, že 14,1% uživatelů alkoholu je rovněž větší množství mužů (20,5%) než žen (6,6%). Zdá se tedy, že výsledky našeho výzkumu jsou opačné, co se frekvence užívání alkoholu podle pohlaví týče, než u čínského výzkumu.

Domníváme se, že rozdíly výsledků vlastního výzkumu a výzkumu v Číně mohou být zapříčiněny tím, že byla použita jiná metoda sběru dat. Námi použitá metoda sběru dat pomocí dotazníků je sice anonymní, ale byla použita u studentů na základní a střední škole, tedy především v období, kdy jim zákon neumožňuje užívání alkoholu, a z tohoto důvodu se můžeme domnívat, že studenti byli velice opatrní při vyplňování dotazníku nebo neodpovídali zcela pravdivě z obavy následků a nedůvěryhodnosti v anonymitu. Na druhou stranu musíme uznat, že v prospěch odborného výzkumu mluví fakt, že byl proveden odborníky a to na daleko větším množství respondentů, což mu zajisté dává větší důvěryhodnost a výpovědní hodnotu. Ale nesmíme opomenout, že odborný výzkum probíhal především na již dospělé

¹⁸ Drinking behaviour among men and women in China: the 2007 China Chronic Disease and Risk Factor Surveillance. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=da4e4223-df23-46aa-b007-d97b2208d13c%40sessionmgr114&hid=119>

populaci, nikoliv pouze na studentech základní a střední školy, jak tomu bylo u vlastního výzkumu. Možným důvodem rozdílných výsledků by také mohl být fakt, že časový rozdíl mezi čínským a vlastním výzkumem je 5 let, což se velice dlouhá doba vzhledem k tomu, že se společnost neustále mění. Tuto domněnku můžeme podložit názorem Nováka (2010), podle kterého bylo ještě před několika lety desetkrát více alkoholiků mužů než - li žen. V dnešní době je však převaha mužů pouze minimální a například v Kalifornii je poměr alkoholiků žen a mužů vyrovnaný, tedy 1 : 1. My se však domníváme, že ve skutečnosti je množství žen alkoholiček větší, jelikož ženy jsou schopny užívání alkoholu více skrývat, především z obavy, co by tomu řekli děti, manžel a hlavně společnost. Domníváme se také, že studentky na základní a střední škole se více sdružují do skupinek, potřebují velké množství sociálního kontaktu, snaží se zapadnout do kolektivu a mít pocit, že jsou již dospělé. Tento pocit dospělosti by mohl být uspokojen právě užíváním alkoholu.

9.3 Hypotéza č. 3

H0: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ stejná jako u žáků na SŠ.

HA: Četnost kladných odpovědí o zkušenostech s dalšími návykovými látkami je u žáků na ZŠ větší než u žáků na SŠ.

V našem případě jsme na základě ověřování výsledků z vlastního výzkumu museli přijmout nulovou hypotézu. Pokud se podíváme na výsledky výzkumu zveřejněného v publikaci Mládež a návykové látky – 2000, tak zjistíme, že ve věku 15 let má zkušenost s nelegálními návykovými látkami 31,5% dospívajících a s věkem toto procento narůstá, dokonce věku 19 let má zkušenost s nelegálními návykovými látkami už 60,5% dospívajících. Můžeme tedy říci, že tento výzkum ukazuje opačný výsledek než v našem výzkumu, tedy že více žáků, kteří mají zkušenost s nelegální návykovou látkou, pochází ze střední školy.

Domníváme se, že tyto rozdíly by mohly být způsobené zejména tím, že vlastní výzkum probíhal v roce 2012, kdežto srovnávací výzkum probíhal v roce 2000, což je rozdíl 12 let a mnohé se za tuto dobu mohlo změnit. Rozdíl by také mohl být podle našeho názoru zapříčiněn tím, že vlastní výzkum probíhal ve zlínském kraji, kdežto odborný výzkum zcela vynechal zlínský kraj, dokonce celou východní Moravu.

9.4 Hypotéza č. 4

H0: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je stejná jako četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

HA: Četnost žáků, kteří si myslí, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek, je větší než četnost žáků kteří si myslí, že je škola dostatečně neinformuje.

Z námi zjištěných údajů vyplývá, více žáků si myslím, že je škola dostatečně informuje o problematice návykových látek. Naopak Islamabadský výzkum¹⁹ prováděný na 100 středoškolských studentech mužského pohlaví uvádí, že pouze 21 studentů si myslím, že je škola dostatečně informuje a 60 studentů si naopak myslí, že nejsou dostatečně informováni.

Zdá se, že opačný výsledek by mohl být zapříčiněn tím, že odborný výzkum probíhal jen u mužské populace a pouze na střední škole, kdežto vlastní výzkum probíhal u mužů i žen a na základní i střední škole. Také se nám zdá, že základní škola ve vybraném souboru má velmi kvalitního metodika prevence a celý minimální preventivní program ve škole je propracovaný a škola věnuje čas nejrozličnějším preventivním programům, besedám, přednáškám apod., což by mohlo významně zvýšit informovanost žáků o problematice návykových látek a tím podklady pro ověření této hypotézy.

9.5 Hypotéza č. 5

H0: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je stejná, jako četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

¹⁹ An empirical study of prevalent ratio of drug addiction among the students at higher secondary level. . In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=cd4b4b8f-3713-4512-9263-c1f01b9a9975%40sessionmgr112&hid=119>

HA: Četnost odpovědí žáků, že jsou informováni o nebezpečnosti užívání návykových látek prostřednictvím rodiny, je větší než četnost odpovědí žáků, že jsou informováni prostřednictvím učitele ve škole.

Ve vlastním výzkumu jsme zjistili, že v dnešní době žáky více informuje o nebezpečnosti užívání návykových látek rodina než učitel ve škole. Domníváme se, že tato skutečnost je způsobena přechodem na Rámcově vzdělávací program, kdy se sice změnila Rodinná výchova na Výchovu ke zdraví a tím se změnil i obsah předmětu, avšak paradoxně se také snížila hodinová dotace určená právě pro tento předmět. Myslíme si, že z tohoto důvodu rodičům nezbyvá nic jiného, než informovat děti sami, když na tuto problematiku nezbyvá v předmětu příliš času. Stejnou problematikou se zabýval kanadský výzkum²⁰, při kterém bylo pomocí dotazníku zjištěno, že větší množství dotazovaných uvedlo, že jsou informováni školou (spolu s kostelem) než rodinou. Domníváme se však, že naše výsledky jsou aktuálnější a více vypovídající vzhledem k tomu, že kanadský výzkum probíhal v roce 1970 a v této době byly typické jiné vztahy v rodině než v dnešní době a děti neměly tak otevřený vztah se svými rodiči a o některých „nevhodných“ tématech se v rodině příliš nemluvilo. V dnešní době je vztah mezi rodiči a dětmi jiný a prochází mnoha změnami, od vertikálního vztahu charakteristického dominantním postavením rodiče k partnerskému, který umožňuje otevřeně komunikovat o problematických tématech (Plamínek, 2010).

V závěru můžeme vyjádřit domněnku, že námi zvolená metoda sběru dat pomocí dotazníku se zdá být dobře zvolená pro získání potřebných dat. Anonymita dle našeho názoru vzbuzuje u dospívajících důvěru, což jim umožní plně se otevřít a odpovídat pravdivě. V některých případech však anonymita způsobila přehánění a mnohdy vtipné odpovědi, které však nebyly použitelné. Možná by bylo vhodnější zjistit některé údaje raději rozhovorem, ale nejsme si jisti, zda by dospívající byli ochotni se tohoto rozhovoru zúčastnit z důvodu obavy ze ztráty anonymity. Výhodu také vidíme v tom, že jsme použili vlastní dotazník, který jsme si sami sestavili, což nám umožnilo získat potřebná data pro ověření předem stanovených výzkumných otázek a hypotézy. Domníváme se, že vhodný byl též krátký úvod, který byl

²⁰ Sources of information about drugs among hiát school students. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2edcd047-188b-4f4e-aaab-84d03f199016%40sessionmgr115&hid=119>

součástí dotazníku a objasnil žákům důvody sběru a způsob využití získaných dat. V závěru dotazníku samozřejmě nechybí poděkování za čas, ochotu a pomoc.

Výzkumné šetření bychom příště uskutečnili dříve než na konci školního roku, protože na konci června je již výuka volnější nebo takřka žádná, žáci mají v hodině „volnou zábavu“, takže vyplňování dotazníku pro ně není dostatečnou motivací, ale spíše je ruší v jejich práci. Kdyby však proběhlo výzkumné šetření například již v květnu, kdy výuka probíhá normálně, tak se domníváme, že změna činnosti by byla dostatečnou motivací. Také bychom příště dotazníky rozdávali a vysvětlovali výhradně sami, jelikož na jedné škole je rozdávala paní učitelka a zdá se, že žákům dostatečně nevysvětlila zadání a způsob vyplňování.

Závěr

V teoretické části diplomové práce se autorka věnuje rozdělení vývojových období z pohledu vybraných autorů. Především se však autorka zaměřuje na období dospívání, které rozděluje do 3 podobdobí: prebuperta, puberta, adolescence. Najdeme zde časové vymezení tohoto období, podrobný tělesný, psychomotorický, citový a sociální vývoj, který je typický pro jednotlivá podobdobí. Další úsek teoretické části je věnován problematice drog, nalezneme zde klasifikaci drog z pohledu vybraných autorů a jsou zde podrobněji popsány jednotlivé drogy, přičemž je kladen důraz na původ a vliv těchto látek na lidský organismus. Dále autorka přináší informace o závislosti, především o jejím vývoji a možnostech léčby. V neposlední řadě se autorka věnuje primární, sekundární a terciární závislosti a preventivním přístupům a programům na školách.

Výzkumná část diplomové práce je věnována analýze dat získaných metodou sběru dat pomocí dotazníku, který byl proveden na základní a střední škole se zdravotnickým zaměřením ve zlínském kraji. Cílem analýzy těchto dat byla snaha zjistit, jaký vztah mají dnešní studenti základních a středních škol k návykovým látkám. Dílčím cílem výzkumné části byla snaha zjistit, jaký postoj mají studenti základní a střední školy k cigaretám, alkoholu a dalším návykovým látkám. Dalším cílem byla snaha zjistit, zda by se studenti někomu se zneužíváním návykových látek svěřili, a pokud ano, tak komu by se svěřili a komu by se naopak nikdy nesvěřili. Také jsme zjišťovali, zda škola studenty dostatečně informuje o problematice zneužívání návykových látek. K ověření stanovených hypotéz byl použit Test dobré shody χ^2 - kvadrát.

Závěrem můžeme říci, že všechny cíle práce byly splněny.

Seznam použité literatury

Knižní publikace:

1. BUDINSKÝ, Václav. *Ať žije alkohol*. Wimperk: Lucie, 2007. 131 s. ISBN 978-80-903639-8-4.
2. DOLEŽAL, Jiří. *Marihuana: užitečné rady*. Praha: Levné knihy, 2010. 78 s. ISBN 978-80-7309-894-0.
3. ENGELANDER, Marnie. *Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 92 s. ISBN 978-80-7440-041-4.
4. FLEŠKOVÁ, Marta, Vladislav KAČÁNI, Jarmila KAČÁNIOVÁ a Marta VALIHOROVÁ. *Základy učitel'skej psychológie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1999. 222 s. ISBN 80-08-02830-0.
5. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
6. HAJNÝ, Martin a NEVŠÍMAL. *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky: rizika zvyšující užívání drog: léčba: problémové situace*. Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.
7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 773 s. ISBN 80-7178-303-X.
8. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. 162 s. ISBN 80-7169-277-8.
9. HELUS, Zdeněk. *Osobnost a její vývoj*. 2. přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. 103 s. ISBN 978-80-7290-396-2.
10. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.

12. KLENEROVÁ, Věra a Sixtus HYNIE. *Závislost na návykových látkách*. Praha: MŠMT ČR, 2002. 267 s. ISBN 80-239-09
13. KLINDOVÁ, Ľuboslava a Eva RYBÁROVÁ. *Psychológia II: vývinová psychológia pre 2. ročník stredných pedagogických škôl*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1985. 163 s.
14. KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie duševního vývoje*. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2008. 127 s. ISBN 978-80-7375-185-2.
15. KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: vznik a vývoj*. Praha: Magdaléna, 2004. 239 s. ISBN 80-7106-876-4.
16. KUKAČKA, Vladislav. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita: Zemědělská fakulta, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
17. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
18. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie pro učitele*. Praha: Karolinum, 2008. 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7.
19. MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.
20. MARÁDOVÁ, Eva. *Informační příručka k problematice zneužívání návykových látek*. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2004. 51 s. ISBN 80-7311-052-9.
21. MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
22. MUSIL, Jiří. *Vývojová psychologie I*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. 70 s. ISBN 80-7318-361-7.
23. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *"Průchozí" drogy: co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha: Fortuna, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1.
24. NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6.

25. NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-7262-002-9.
26. NEŠPOR, Karel, Václav DVOŘÁK. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. Vyd. 1. Praha: Armex, 1998, 98 s. ISBN 80-902-2839-9.
27. NEŠPOR, Karel. *Jak poznat účinky drog a jaká mají rizika*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. 16 s. ISBN 80-7071-079-9.
28. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách: příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag. 156 s. 1996.
29. NEŠPOR, Karel a Vladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozš. Praha: Sportpropag: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, 1994. 159 s.
30. NOVÁK, Tomáš. *Manželství jako trvalý stres*. Praha: Grada, 2010. 165 s. ISBN 978-80-247-2799-8.
31. NOVOTNÁ, Lenka, Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 82 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
32. POLANECKÝ, Vladimír. *Mládež a návykové látky v České republice - 2000: III. dotazníková studie*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2001. 102 s. ISBN 80-238-7875-1.
33. PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství úspěchu*. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-3658-7.
34. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
35. RIEGEROVÁ, Jarmila, Miroslava PŘIDALOVÁ a Marie ULBRICHOVÁ. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu: příručka funkční antropologie*. 3. vyd. Olomouc: Hanex, 2006. 262 s. ISBN 80-85783-52-5.
36. RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9.

37. ŘEHULKA, Evžen. *Prevence závislostí ve škole*. Brno: MSD, 2008. 105 s. ISBN 978-80-7392-077-7.
38. SCHULTE, Bernd. *Přehled účinností intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 140 s. ISBN 978-80-7440-042-1.
39. SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 69 s. ISBN 978-80-7435-115-0.
40. STRUNECKÁ, Anna, Jiří PATOČKA. *Doba jedová*. Praha: Triton, 2011, 295 s. ISBN 978-80-7387-469-8.
41. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 2. dotisk. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 175 s. ISBN 80-80-244-0629-2.
42. ŠTABLOVÁ, Renata a Břetislav BREJCHA. *Návykové látky a současnost*. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2.
43. ŠTABLOVÁ, Renata a kol. *Drogy, kriminalita a prevence*. Praha: Policejní akademie České republiky, 1997. 205 s. ISBN 80-75981-64-5.
44. ŠTEFUNKOVÁ, Michaela. *Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext*. Praha: Centrum adiktologie, psychiatrická klinika 1. LK UK a VFN v Praze: Sdružení SCAN, 2010. 40 s. ISBN 978-80-86620-24-4.
45. ŠŤASTNÁ, Lenka a Matúš ŠUCHA. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, Univerzita Karlova v Praze: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010. 48 s. ISBN 978-80-254-6807-4.
46. TRPIŠOVSKÁ, Dobromila a Marie VACÍNOVÁ. *Ontogenetická psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 108 s. ISBN 80-7044-792-3.
47. VANÍČKOVÁ, Eva. *Vývoj závislostí*. Praha: Česká společnost na ochranu dětí, 2003. 7 s. ISBN 80-239-1556-8.
48. VAŠUTOVÁ, Maria. *Základy biodromální psychologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2010. 374 s. ISBN 978-80-7368-934-6.
49. VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton, 2006. 222 s. ISBN 80-7254-829-8.

50. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
51. WEDLICHOVÁ, Iva a Vladislava HEŘMANOVÁ. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2008. 143 s. ISBN 978-80-7414-044-0.
52. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

Elektronické zdroje:

1. An empirical study of prevalent ratio of drug addiction among the students at higher secondary level. . In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=cd4b4b8f-3713-4512-9263-c1f01b9a9975%40sessionmgr112&hid=119>
2. Assessing smoking status in children, adolescents and adults: cotinine cut-points revisited. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4b9996b0-70a0-41fb-9d27-44b7b0343d33%40sessionmgr113&hid=119>
3. Depression in childhood and Adolescence. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=8ee3d45d-13fa-42de-b70f-52abd30d11cd%40sessionmgr15&hid=19>
4. Drinking behaviour among men and women in China: the 2007 China Chronic Disease and Risk Factor Surveillance. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=da4e4223-df23-46aa-b007-d97b2208d13c%40sessionmgr114&hid=119>
5. Ilegální drogy. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY, Úřad vlády České republiky. *Informační portál o legálních a ilegálních drogách* [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-12-19]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy

6. Legální drogy. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Informační portál o legálních a ilegálních drogách* [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-12-19]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy

7. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-12-19]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

8. Sources of information about drugs among hiát school students. In: *Elektronické informační zdroje UP* [online]. 2008 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2edcd047-188b-4f4e-aaab-84d03f199016%40sessionmgr115&hid=119>

Seznam použitých zkratek

apod. - a podobně

kol. - kolektiv

např. - například

tj. - to je

tzv. - takzvaný

Seznam tabulek

Tab. 1.	Rozdělení respondentů podle pohlaví	58
Tab. 2.	Rozdělení respondentů dle věku	58
Tab. 3.	Četnost odpovědí respondentů na otázky Kouříš cigarety?	61
Tab. 4.	Četnost odpovědí respondentů na otázku Pokud kouříš, jak často?	62
Tab. 5.	Četnost odpovědí respondentů na otázku Užíváš alkohol?	62
Tab. 6.	Četnost odpovědí respondentů na otázku Pokud užíváš alkohol, tak jak často?	63
Tab. 7.	Četnost odpovědí na otázku Pokud bych měl problém s užíváním návykové látky, tak bych se svěřil: (lze vybrat více možností)	64
Tab. 8.	Četnost odpovědí na otázku Nikdy bych se s problémem s užíváním návykových látek nesvěřil: (lze vybrat více možností)	64
Tab. 9.	Test dobré shody χ^2 - kvadrát	66
Tab. 10.	Test dobré shody χ^2 - kvadrát	67
Tab. 11.	Test dobré shody χ^2 - kvadrát	68
Tab. 12.	Test dobré shody χ^2 - kvadrát	69
Tab. 13.	Test dobré shody χ^2 - kvadrát	70

Seznam grafů

Graf 1. Celková návratnost.....	57
---------------------------------	----

Seznam příloh

Příloha č. 1. Informovaný souhlas

Příloha č. 2. Dotazník

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Veronika Gattermayerová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Problematika zneužívání návykových látek u žáků na 2. stupni ZŠ a u studentů SŠ
Název v angličtině:	The issue of substance abuse among pupils at the 2nd primary school and secondary school students
Anotace práce:	Hlavním cílem diplomové práce je snaha zjistit, jaký vztah mají dnešní studenti základní a střední školy k návykovým látkám. Dalším cílem je poskytnout ucelené informace o období dospívání, o změnách, které jsou typické právě pro toto období, dále poukázat na problematiku drog, závislosti, léčby a prevenci zneužívání návykových látek.
Klíčová slova:	Období dospívání, prepuberta, puberta, adolescence, tělesný vývoj, psychomotorický vývoj, citový vývoj, sociální vývoj, drogy, závislost, prevence, léčba, dotazník
Anotace v angličtině:	The main aim of this thesis is to find out the relationship to addictive substances of today's students of elementary and secondary schools. Another objective is to provide comprehensive information on the period of adolescence, the changes that are typical for this period. Further highlight the problems of drug addiction, treatment, and prevention of substance abuse.
Klíčová slova v angličtině:	Adolescence, prepuberty, puberty, adolescence, physical development, psychomotor development, emotional development, social development, drugs, addiction, prevention, treatment, questionnaire

Přílohy vázané v práci:	Informovaný souhlas, dotazník
Rozsah práce:	87
Jazyk práce:	Český jazyk