

**UNIVERZITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2011 – 2013**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Šárka Glacová

**Alkoholizmus, nikotinizmus
a jiné toxikomanie u mládeže**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jan Toman

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Bc. Šárka Glacová

**Alcoholism, nicotinism,
and other toxikománie for youth**

Prague 2013

The diploma thesis work supervisor:

PhDr. Jan Toman

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V..... dne

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Janovi Tomanovi, za odborné vedení a podněty ke zpracování tématu práce.

Anotace

Práce je zaměřena na vliv sociálního prostředí na riziko vzniku závislosti na alkoholu, nikotinu a jiných návykových látkách u mládeže. Teoretická část je založena na analýze vybraných titulů z odborné literatury zabývajících se daným tématem. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření a případových studií porovnáván vztah k návykovým látkám u mládeže z různého rodinného a sociálního prostředí a dětského domova.

Klíčové pojmy

Abstinenční syndrom, alkoholismus, cannabinoidy, drogová závislost, drogy, halucinogenní drogy, mabching, mládež, návyk, nikotinismus, opiáty, opoidy, prevence, stimulanty, toxikománie, závislost

Annotation

This thesis is focused on the influence of social environment, on the risk of alcohol addiction, nicotine and other addictive substances among youth.

The theoretical part is based on the analysis of selected titles from specialist literature dealing with the given topic. In the practical part is compared the relationship to addictive substances among youth from different family environment, social environment and fosters'houses with the help of the questionnaire survey and case studies.

Keywords

Withdrawal syndrome, alcoholism, cannabinoidy, drug addiction, drugs, hallucinogenic drugs, addiction, youth, mabching, nikotinizmus, opiates, stimulants, prevention, opoidy, toxikománie, dependency

OBSAH

ÚVOD	9
-------------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1. TOXIKOMÁNIE -DROGOVÁ ZÁVISLOST	11
1.1. Droga.....	11
1.2. Definice drogové závislosti.....	11
1.3. Příznaky drogové závislosti.....	14
1.4. Fáze DZ.....	15
1.5. Léčba.....	17
1.6. Prevence.....	19
1.6.1. Typy prevence.....	19
1.6.2. Organizační systém prevence.....	20
1.6.3. Efektivní prevence.....	21
1.6.4. Cíle prevence a cílové skupiny.....	22
1.6.5. Role rodiny v rámci prevence.....	24
2. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY	27
2.1. Alkohol, alkoholismus.....	27
2.1.1. Historie a současnost.....	27
2.1.2. Účinky alkoholu.....	28
2.1.3. Zdravotní aspekty pití alkoholu.....	29
2.1.4. Závislost na alkoholu.....	30
2.1.5. Léčba závislosti na alkoholu.....	32
2.2. Tabák, nikotinismus.....	32
2.2.1. Historie a vývoj.....	32
2.2.2. Účinky tabákového kouře.....	33
2.2.3. Zdravotní aspekty kouření.....	34
2.2.4. Závislost na nikotinu, její vznik a léčba.....	35
2.3. Konopné drogy.....	37
2.4. Opioidy a opiáty.....	39
2.5. Stimulanty.....	41
2.6. Halucinogenní drogy.....	45
2.7. Inhalanty.....	47

3. MLÁDEŽ A VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ	49
3.1. Charakteristika mládeže.....	49
3.2. Domov, rodina a její význam.....	51
3.3. Dysfunkční rodina.....	54
3.4. Vliv vrstevnické skupiny	56
3.5. Specifika užívání návykových látek u mládeže	59
PRAKTICKÁ ČÁST	60
4. CÍLE	60
5. STANOVENÍ HYPOTÉZ	60
6. METODY VÝZKUMU, HARMONOGRAM POSTUPU	61
7. VÝZKUMNÁ SKUPINA RESPONDENTŮ A PRAKTICKÉ OVĚŘOVÁNÍ CÍLE VÝZKUMU	63
VÝSLEDKY VÝZKUMU	66
8. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	66
9. ZÁZNAMY ROZHOVORŮ, PŘÍPADOVÉ STUDIE	104
9.1. Dětský domov	104
9.2. Výchovný ústav	112
9.3. Rozhovory s pedagogy.....	118
9.3.1. Výchovná poradkyně na gymnáziu.....	118
9.3.2. Speciální pedagog ve výchovném ústavu	121
9.4. Rozhovory s rodiči.....	124
10. VYHODNOCENÍ VÝZKUMU POTVRZRNÍ ČI VYVRÁCENÍ HYPOTÉZ	128
ZÁVĚR	135
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	138
SEZNAM TABULEK	142
SEZNAM GRAFŮ	144
SEZNAM PŘÍLOH	146

ÚVOD

Drogová závislost u mládeže patří v posledních letech k velmi diskutovaným tématům a je jí věnována poměrně velká pozornost. Do pozadí poněkud ustupují problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu a nikotinová závislost. Vůči těmto dvěma naposledy zmiňovaným jevům se stala naše společnost poměrně tolerantní a to i v případě, že se týkají mladistvých.

Období dospívání je velmi citlivou etapou lidského života, v níž se promítají dávno vytvořené rodinné a citové vazby, rodičovská autorita prochází zatěžkávajícími zkouškami a snahy o rychlé osamostatnění se prolínají s touhou po bezpečí, porozumění a podpoře ze strany rodičů.

Diplomová práce si klade za cíl sledovat vliv sociálního prostředí na riziko vzniku závislosti na alkoholu, nikotinu a dalších návykových látkách. První kapitola teoretické části práce je zaměřena na vymezení základních pojmů týkajících se drogové závislosti, alkoholismu, nikotinismu a jiných toxikománií. Na základě pečlivého prostudování dostupné literatury zabývající se danou problematikou jsou přehledně a stručně popsány příznaky a jednotlivé fáze drogové závislosti, možnosti léčby a prevence.

V následující kapitole jsou popsány závislosti na jednotlivých návykových látkách, přičemž je velká pozornost věnována právě alkoholismu a nikotinismu, které jsou v poslední době často opomíjeny.

Třetí a poslední kapitola teoretické části práce se věnuje mládeži, jako cílové skupině, a vlivu sociálního prostředí na rozvoj osobnosti a případné nežádoucí chování ve vztahu k návykovým látkám. Pomocí odborné literatury je zde zmapována úloha rodiny a její význam při uspokojování základních potřeb dítěte a vytváření stabilního a podnětného výchovného prostředí. Pozornost je zaměřena i specifika užívání návykových látek u mladistvých a vliv vrstevnické skupiny, který kulminuje právě v období dospívání.

V praktické části diplomové práce jsou nejprve charakterizovány zvolené metody výzkumu, stanoveny hypotézy a definována cílová skupina respondentů. Cílovou skupinou výzkumu je dospívající mládež z různých sociálních vrstev a s odlišným rodinným i sociálním zázemím.

Praktická část si klade za cíl prozkoumat rodinné zázemí vybraných respondentů, jejich volnočasové aktivity, názory na drogovou prevenci, orientaci v drogové problematice, osobní zkušenosti s návykovými látkami a vliv vrstevnické skupiny. Současně se porovnávají rizika vzniku závislostí na návykových látkách u mládeže s úplných a funkčních rodin s dospívajícími z rodin neúplných, dysfunkčních a u mládeže z dětských domovů. Ve snaze zajistit co nejširší spektrum respondentů je výzkum prováděn na třech různých místech – na gymnáziu, v dětském domově a ve výchovném ústavu pro děti experimentující s návykovými látkami a drogově závislé. Výsledky jednotlivých výzkumných metod jsou následně prezentovány a v závěru vyhodnoceny.

TEORETICKÁ ČÁST

Práce je zaměřena na alkoholismus, nikotinismus a jiné toxikománie u mládeže. Proto úvodní kapitoly vycházejí ze základních pojmů a terminologií, které se vztahují ke zvolenému tématu.

1 TOXIKOMÁNIE – DROGOVÁ ZÁVISLOST

1.1 Droga

Droga ve svém původním významu představovala „*sušený rostlinný či živočišný materiál určený k léčebnému použití.*“¹

Tyto jednoduché léčivé látky organického nebo anorganického původu mohou být užívány samostatně nebo jako přísada. V současné době ustupuje tato původní definice do pozadí a droga je popisována obvykle jako látka chemická, která dokáže působit na lidský organismus, měnit náladu i chování. Některé drogy patří ke každodennímu životu, jsou legální a v malých dávkách člověku prospěšné. Avšak i ve skupině legálních drog lze najít alkohol a tabákové výrobky, které mají na lidský organismus a psychiku nedožrnné následky. Zneužívání drog – použití drogy z jiných než léčebných důvodů, pro které byla původně zamýšlena – je v současnosti celosvětovým problémem.²

1.2 Definice drogové závislosti

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jsou duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychotropních látek označeny jako položky F10 – F19.

¹ KOLEKTIV AUTORŮ, Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích A-L. 1. svazek. Praha: Ottovo nakladatelství s.r.o., 2003, s. 293

² GANERI A., Drogy. Od extáze k agonii. Praha: Amulet, 2001, s. 5-6

Do tohoto širokého spektra nemocí patří také **syndrom závislosti** (F12), který je charakterizován jako „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance.*“³ Do této skupiny se řadí právě toxikomanie a alkoholismus. Syndrom závislosti typicky zahrnuje silné nutkání užít drogu, její užívání i přes škodlivé následky a zvýšenou toleranci pro drogu. Projevuje se také v tom, že užívání drogy je prioritou před všemi ostatními aktivitami a závazky. V praxi se rozlišuje syndrom závislosti pro určitou psychoaktivní substanci (například alkohol, tabák), pro skupinu látek (například opiáty) nebo širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.⁴

Vágnerová zdůrazňuje, že závislost (návyk) představuje životní styl zaměřený na drogu, může se vytvořit na úrovni jak biologické, tak i psychické a projevuje se příznaky, které přetrvávají určitou dobu. Většinou se uvádí po dobu jednoho roku.⁵ K tomuto časovému vymezení se přiklání také Nešpor, který jako závislost označuje kombinaci alespoň tří typických příznaků po dobu 12 měsíců.⁶

V souvislosti s návykovými látkami se rozlišují dva typy závislosti:⁷

- **psychická** – se vyznačuje nepřekonatelnou touhou po droze a potřebou opakovaně ji užívat. Veškeré úsilí postiženého směřuje k získání další dávky, bez které má pocit úzkosti a podrážděnosti a cítí se špatně.
- **fyzická** (somatická) – jedná se o adaptaci biologických funkcí organismu na návykovou látku. Tělo si postupně na drogu zvyká a dochází ke vzniku tolerance. Uživatel musí zvedat dávky, aby docílil stejného efektu. Fyzická závislost se po vysazení drogy projevuje abstinčním syndromem, který se liší podle druhu návykové látky. Od pocitů neklidu a podrážděnosti může zahrnovat i silné křeče, bolesti zubů a kloubů, zimnici, návaly horka, zvracení, silné pocení

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná druhá verze k 1.1.2012. *ÚZIS ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2012-04-22]. Dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná druhá verze k 1.1.2012. *ÚZIS ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2012-04-22]. Dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 548

⁶ NEŠPOR, K. Zůstat střízlivý. Brno: Host, 2006, s. 37

⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 549

a průjem. Pojem „*abstinenční syndrom*“ je již zastaralý a v současnosti se nahrazuje pojmem „*odvykací syndrom*“.⁸

„Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxikační jednotce, psychická závislost je důvodem relativně dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů.“⁹

Novák předkládá rozdíl mezi termíny návyk a toxikománie (viz. tabulka č. 1), které byly pro svou nevyjasněnost nahrazeny v roce 1964 Světovou zdravotnickou organizací jednotným pojmem **drogová závislost**.¹⁰

Tabulka č. 1 Rozdíl mezi návykem a toxikománií

Návyk	Toxikománie
<ul style="list-style-type: none"> ○ V tomto stavu není nutková potřeba drogy, pouze se objevuje silná touha po ní. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Typická je neodolatelná touha po droze a snaha opatřit si ji všemi prostředky.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tendence zvyšovat dávku je malá nebo zcela chybí. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Objevuje se tendence zvyšovat dávky.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Závislost na droze je psychická, ne fyzická. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Závislost na droze je psychická, někdy i fyzická.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Chybí abstinenční syndrom. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Projevuje se abstinenční syndrom.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Škodlivost, je-li přítomna, je spíše individuální než společenská. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stav periodické či chronické intoxikace škodí jak jedinci, tak i společnosti.

Zdroj: NOVÁK, M. a kol. Praha: Avicem, 1980, s. 108

⁸ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 114

⁹ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 164

¹⁰ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 108

Vágnerová poukazuje na rozdíl mezi závislostí na alkoholu a závislostí na jiných psychotropních látkách, který spočívá především v odlišných sociálních důsledcích. Zatímco drogově závislí bývají mladí lidé, kteří většinou žijí ve své původní rodině a svým chováním a jednáním devastují rodiče a sourozence, alkoholici jsou naopak častěji lidé starší, jejichž jednáním trpí rodina, partner a děti.¹¹

Vedle silné touhy užít drogu, snížené kontroly tuto touhu potlačit a droze odolat patří k hlavním znakům závislosti také **snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny**. Vlastnost, kterou mají všechny návykové látky společnou je to, že jejich užití zvyšuje výdej dopaminu, který se za normálních okolností uvolňuje v mozku při přirozených příjemných aktivitách (z přirozených zdrojů odměny) jako je například příjem potravy, sportovní aktivity, sex a podobně. Drogy, zdroje umělé odměny, se od přirozených zdrojů liší především v těchto hlavních bodech:¹²

- Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší
- Odměna je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější
- Organismus nemá vytvořené dostatečné zpětněvazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny

Kalina rovněž upozorňuje na skutečnost, že odměňující vlastnosti drog, jejich schopnost zvyšovat výdej dopaminu, je prvním krokem k vytvoření závislosti, nikoliv však jediným. Opakovaný zvýšený výdej dopaminu způsobuje celou řadu komplikovaných adaptací, které vedou ke změně vlastností i funkcí v systému odměny s projevy chování označovanými jako závislost.¹³

1.3 Příznaky drogové závislosti

Mezi příznaky drogové závislosti patří:¹⁴

- **Silná potřeba**, touha (bažení, craving) získat a užívat tuto látku

¹¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 569

¹² KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 28-29

¹³ KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 29

¹⁴ NEŠPOR, K. Zůstat střízlivý. Brno: Host, 2006, s. 37

- **Neschopnost kontroly a sebeovládání** ve vztahu k jejímu užívání – závislý člověk užívá drogu ve větším množství nebo častěji než měl původně v úmyslu a než by si přál.
- **Zanedbávání zájmů, koníčků, rodiny** – jedinec se závislostí věnuje svůj volný čas obstarávání a konzumaci drogy a následně zotavování se z jejich účinků.
- **Abstinenční syndrom** - reakce na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci. Při tomto stavu pociťují lidé většinou některé z těchto příznaků: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, nevolnost, zvracení, halucinace, iluze, pocit slabosti, psychomotorický neklid, třes rukou, víček nebo jazyka, nespavost, zimnice atd.
- **Potřeba drogy navzdory nepříznivým následkům** – jedinec si uvědomuje, jak mu droga škodí a často se o tom mohl přesvědčit. Přesto ji i nadále konzumuje a není schopen přestat.
- **Růst tolerance (odolnosti)** – Tělo si postupem času zvyká a je nutné zvyšovat dávky drogy, aby se dosáhlo stejného účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. U některých silných drog je uživatel často nucen zvyšovat dávky už jenom kvůli tomu, aby se cítil normálně.

1.4 Fáze drogové závislosti

Toxikománie, drogová závislost, má svůj typický vývoj, který lze rozdělit do čtyř hlavních fází: ¹⁵

- **Fáze experimentování a občasného užívání** – důvody k experimentování s drogou mohou být různé, od překonání nudy, přes zvědavost, snahu o nezávislost až po touhu zařadit se mezi vrstevníky. Velkou roli zde hraje sociální model. Lidé užívající drogy mohou být pro dospívajícího atraktivní a zajímaví. „*Významným spouštěčem může být zátěžová situace.*“ ¹⁶ Člověk se snaží uniknout před nějakým problémem a jestliže nemá nikoho, s kým by svoje starosti řešil, droga mu určitý způsob úniku z reality nabízí. Bohužel však jenom v této první fázi. Na začátku vyvolává droga žádoucí pocit štěstí, pohody, zvedá

¹⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 562-563

¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 562-563

sebevědomí, potlačuje únavu. V této fázi lidé většinou konzumaci drogy tají nebo svému jednání přikládají nějaký hlubší smysl.

- **Fáze pravidelného užívání** – užívání drogy se stalo stereotypem. Uživatel již nepopírá, že drogu bere, ale přesvědčuje sebe i druhé, že to má pod kontrolou. „*Právě iluze kontroly je typická pro začínající závislost.*“¹⁷ Pro tuto fázi jsou typické změny v chování a zúžení zájmů. Rychlost vzniku závislosti je ovlivněna několika faktory, mezi něž patří především frekvence užívání, typ psychotropní látky a síla jednotlivých dávek.
- **Fáze návykového užívání** – v této fázi se už jedinec ani nesnaží svůj návyk skrývat, ale často ho se ho pokouší ospravedlnit. Jeho jednání, chování a způsob života se orientuje pouze na drogu, ztrácí přátele, ničí rodinná pouta a partnerské vztahy. Droga již nepovzbuzuje, nepřináší pocit štěstí a úlevu, ale člověk se už bez ní neobejde. V této fázi se již zcela oddá takovému způsobu života nebo se snaží přestat s užíváním, což se mu bez pomoci nedaří.
- **Fáze terminální** – Nadměrné užívání psychotropních látek poškozuje člověka fyzicky i psychicky. „*Dochází k úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb.*“¹⁸ Jeho smyslem života je pouze obstarávání dalších dávek drogy a to jakýmkoliv způsobem bez ohledu na to, zda je v rozporu se zákonem (podvody, krádeže, prostituce) či nikoliv. Touha po droze je tak silná, že veškeré sociální zábrany ustupují do pozadí.

Situace, do které směřuje narkomanův život, se nazývá debakl. Je pro ni typické, že s drogou je člověku špatně a bez ní ještě hůře.¹⁹

1.5 Léčba

„*Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejlepší možnou míru.*“²⁰ Světová zdravotnická organizace definuje tři základní cílové oblasti léčby závislostí: snížení závislosti, snížení nemocí a úmrtnosti způsobené nebo

¹⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 562-563

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 562-563

¹⁹ VONDRKA, J. Smrt jménem závislost. Praha: Portál, 2004, s. 29

²⁰ KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 293

spojené s užíváním drog a podporu tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení sociální integrace.²¹

Léčba závislosti na návykových látkách probíhá ve dvou fázích.²²

- **detoxikace** - je prvním stádiem léčby. Po vysazení drogy se objeví abstinenční příznaky, které jsou u různých typů návykových látek odlišné. U látek jako alkohol a heroin jsou abstinenční příznaky velmi kruté a bolestivé, že je nutno pomoci pacientovi léky, aby se daly zvládnout. Detoxikace nemá však sama o sobě velký efekt.
- **rehabilitace** – je podmíněna úspěšným zvládnutím detoxikační fáze a zahrnuje pobyt na rehabilitační jednotce. Délka pobytu je obvykle tři až dvanáct měsíců.

Vzhledem ke skutečnosti, že závislost většinou nemá pouze jednu příčinu, se používá při léčbě závislosti více postupů. Léčba by měla být pokud možno dlouhodobá a intenzivní. Obecně platí, že čím delší je léčba, tím jsou obvykle lepší výsledky. Od pacienta se vyžaduje, že bude využívat nabídek různých zařízení a aktivně spolupracovat (léčba ústavní, léčba ambulantní, skupinová terapie, svépomocné skupiny a podobně).

Přiřazení nejvhodnějšího typu léčby jednotlivým pacientům podle jejich aktuálních potřeb (zdravotních, psychologických, sociálních i právních) s ohledem na dostupné možnosti, se nazývá **matching**.²³ Léčba by měla být zároveň pružná, aby dokázala reagovat na měnící se potřeby pacienta. Součástí léčby by mělo být také vyšetření na infekční nemoci, včetně HIV a žloutenky, kterými narkomani často trpí.

Léčba závislosti je velmi náročná a závisí na mnoha faktorech, jako je druh návykové látky, síla motivace pacienta, ochota spolupracovat, podpora rodiny, sociální prostředí a podobně. Velmi účinný nástroj při léčbě závislosti představuje pro terapeuta zvládnutí techniky **posilování motivace**. Mezi nejdůležitější principy posilování motivace patří například vyjadřování empatie, vytvoření rozporu mezi cíli a chováním pacienta, vyhýbání se sporu nebo posilování důvěry. Významným motivačním činitelem

²¹ KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 293

²² GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 128-129

²³ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000, s. 59-60

je vliv rodiny a okolí. Pro zdárný průběh terapie je také velmi důležité, aby se pacient naučil dobrému **sebeuvědomění a vnímání vnějšího světa**. Pak může snadněji aplikovat účinné postupy na překonávání závislosti v praxi. V posledních letech se při léčbě závislosti často zdůrazňují tzv. **dovednosti potřebné pro život**. Patří sem jak dovednosti sociální, tak dovednosti zvládnání rizikových duševních stavů – autoregulace a sebeovlivnění. Dovednosti potřebné pro život a abstinence jsou ve vzájemné interakci.²⁴

Úspěšnost či neúspěšnost léčby závislostí lze předpokládat již z profilu klientů, kteří přicházejí do terapeutických komunit. Je vědecky dokázáno, že výsledky léčby ovlivňují následující faktory:²⁵

- **Věk, kdy vznikla závislost na drogu** – snadněji lze léčit závislosti, které vznikly v dospělosti, kdy droga nenarušila osobnostní zrání a období dospívání.
- **Délka drogové kariéry** – čím delší dobu závislost trvá, tím je léčba obtížnější a dosažení požadovaných výsledků méně nadějně.
- **Psychopatologické komplikace** – léčbu negativně ovlivňují deprese klientů, neurózy a poruchy osobnosti.
- **Kriminalita** – úspěšnost léčby úzce souvisí s případnou trestnou činností klienta
- **Motivace k léčbě** – často může být významně ovlivněna tlakem vnějších okolností.

Velmi podstatnou roli jak při vzniku závislostí, tak při jejich léčbě hraje rodina. *„Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému.“*²⁶

Existují různé formy léčby závislostí, které se liší svojí délkou a prostředím, ve kterém pacient léčbu podstupuje:²⁷

²⁴ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000, s. 62-68

²⁵ KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 294

²⁶ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000, 79

²⁷ NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, 1999, s. 47

- **Krátkodobá léčba** – může probíhat formou krizové pomoci nebo jednorázové porady s odborníkem. Pokud je poskytnuta včas, může být velmi účinná. Velmi důležitá a žádoucí je také přítomnost rodičů nebo alespoň jednoho z nich.
- **Ambulantní léčba** – její výhodou je především přirozené prostředí, ve které pacient zůstává, pokračuje ve studiu a dalších přirozených aktivitách. Není vhodná v případě narušení rodinných vztahů nebo silné fixaci na partu vrstevníků, která rovněž návykovými látkami experimentuje.
- **Ústavní léčba** – nabízí nepřetržitou odbornou péči a radikální změnu prostředí. Její nevýhodou je náročnost jak finanční, tak odborná, protože od odborných pracovníků vyžaduje nejen úsilí, dobrou vůli, ale i zkušenosti a kvalifikaci. Ústavní léčba může zahrnovat krátkodobé pobyty (například detoxikační), středně dlouhé pobyty trvající několik týdnů až měsíců nebo dlouhodobé pobyty v terapeutických komunitách, které mohou trvat rok i déle.

1.6 Prevence

Prevence užívání návykových látek jako jsou alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky je v České republice součástí primární prevence rizikových projevů chování u žáků v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Primární prevence označuje „*veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným s rizikovými projevy chování, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření.*“²⁸

1.6.1 Typy prevence

Podle fáze rizikového jevu se rozlišují tři základní typy prevence:²⁹

- **primární** - jejím hlavním úkolem je rizikovým jevům předcházet
- **sekundární** – snaží se zamezit pokračování a šíření rizikových jevů tam, kde se již objevily

²⁸ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012. Praha: MŠMT 2009. s. 8

²⁹ SANANIM. Typy prevence. *odrogach.cz* [online]. Praha: Sananim o.s., ©2003-2012 [cit. 2012-06-22]. Dostupný na WWW: http://www.odrogach.cz/skola/zaklady-prevence/typy-prevence.html?section_id=17

- **terciární** – snaží se zmírnit dopady již vzniklých a působících rizikových jevů

Primární prevenci lze rozdělit na **specifickou** a **nespecifickou**. „*Specifické primárně-preventivní programy se zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet vzniku a rozvoji rizikových projevů chování.*“³⁰ Tyto programy působí tedy selektivně a specificky na určitou formu rizikového chování a rovněž na určitou cílovou skupinu, která se jeví jako ohroženější a rizikovější než skupiny ostatní (například z hlediska věku nebo sociálního prostředí). K zajištění potřebné úrovně a kvality aktivit v rámci primární prevence slouží standardy primární prevence. **Specifická prevence** se může realizovat jako:³¹

- **všeobecná** – je zaměřena na cílovou skupinu například školní třídu, u které není rizikové chování zatím specifikováno nebo nejeví jeho známky
- **selektivní** – se zaměřuje na primární cílovou skupinu, část populace u které se snaží zamezit vzniku rizikového chování
- **indikovaná** – označovaná také jako „včasná intervence“, která reaguje na konkrétní rizikový jev, který se již objevil.

Nespecifická prevence jako nedílná součást primární prevence zahrnuje veškeré aktivity, jejichž obsahem jsou metody a přístupy vedoucí k harmonickému rozvoji osobnosti, podpora rozvoje nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Do této skupiny patří volnočasové aktivity, které jsou pro děti a mládež přínosné i v případě, že žádné rizikové projevy chování nehrozí.³²

1.6.2 Organizační systém prevence

Organizační systém prevence je rozdělen na dvě úrovně – vertikální a horizontální. Na **vertikální úrovni** spolupracuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) s příslušnými rezorty a nadrezortními orgány (viz příloha č. 1).

³⁰ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012. Praha: MŠMT 2009, s. 8-9

³¹ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012. Praha: MŠMT 2009, s. 8-9

³² tamtéž, s. 9

Zástupci těchto rezortů, krajů, akademické obce a nestátních neziskových organizací pak tvoří pracovní skupinu, která zajišťuje zdárný průběh spolupráce, koordinaci činností a sjednocení přístupů mezi jednotlivými zainteresovanými rezorty. Na **horizontální úrovni** vytvořilo MŠMT síť koordinátorů (viz příloha č. 2), která sahá přes krajské úřady, pedagogicko-psychologické poradny až do jednotlivých škol.

Kalina upozorňuje na to, že tento současný trend v České republice – směřovat primární prevenci výhradně do škol – by mohl vést k nerovnováze mezi rodinou a školou.³³

1.6.3 Efektivní prevence

Za tři hlavní pilíře primární prevence jsou považovány **informace, postoje a chování**. Informace o nebezpečí návykových látek nestačí pouze sdělovat. Informační brožury a šoty samy o sobě nevedou u mládeže ke změně či formování chování vůči drogám. Důležité je vytvořit postoje a názory, které vedou k žádoucímu chování. Vytváření postojů je věc dlouhodobá ovlivněná z různých zdrojů. U mládeže jsou nejdůležitější zdroje z výchovného prostředí, rodiny, blízkých, školy, zaměstnání a médií. Správné postoje vůči návykovým látkám připravují mladé lidi na to, jak mají reagovat v rizikových situacích.³⁴

„Cílem prevence je ovlivnit chování. Součástí programů by proto mělo být posílení schopnosti mladých lidí čelit tlaku k užívání návykových látek zvýšeným sebevědomím, nácvikem asertivity a schopností odmítat, zkvalitněním sociální komunikace a schopnosti obstat v kolektivu a řešit problémy sociálně přiměřeným způsobem.“³⁵

³³ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s.

³⁴ SANANIM. Tři pilíře prevence. *odrogach.cz* [online]. Praha: Sananim o.s., ©2003-2012 [cit. 2012-06-22]. Dostupný na WWW: http://www.odrogach.cz/skola/zaklady-prevence/tri-pilire-prevence.html?section_id=17

³⁵ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 280

Zásady efektivní primární prevence jsou definovány takto: ³⁶

- **Kombinace mnohočetných strategií** působících na určitou cílovou skupinu – preventivní programy by měly být vytvářeny komplexně a zahrnovat spolupráci různých institucí (škola, rodina, vrstevníci, média, komunita).
- **Systematičnost a dlouhodobé působení** – namísto jednorázových aktivit a kampaní, které obvykle nemají hlubší význam a odezvu, je lepší dlouhodobě a systematicky působit na jednotlivé věkové kategorie přiměřeně jejich věku.
- **Cílenost a adekvátnost informací** i forem působení s ohledem k cílové skupině – na základě věku, míry rizikovosti, sociokulturního zázemí, úrovně znalostí, etnické příslušnosti a podobně. Preventivní programy by měly být pro vybranou cílovou skupinu přijatelné.
- **Propojenost prevence zneužívání nelegálních i legálních drog** – při tvorbě preventivních programů proti zneužívání návykových látek by se nemělo zapomínat ani na legální drogy, jako alkohol a tabák, které působí největší škody a často předcházejí užívání tvrdých nelegálních drog. Ne vždy je však toto spojení vhodné, záleží na individuálních případech.
- **Včasný začátek preventivních aktivit** – ideální dobou pro začátek preventivních aktivit je již předškolní věk, kdy se již formuje osobní orientace, názory a postoje. Forma prevence musí být přizpůsobena jak věku, tak možnostem dítěte. Obecně platí, že čím dříve se začne, tím je prevence účinnější.
- **Pozitivní orientace primární prevence a demonstrace konkrétních alternativ** – součástí preventivních programů by měla být podpora zdravého životního stylu a nabídka pozitivních alternativ s ohledem na vybranou cílovou skupinu.

1.6.4 Cíle prevence a cílové skupiny

Cílem primární prevence je zabránit vzniku poruchy zdraví ve smyslu tělesném, dušním i sociálním. U návykových látek je primární prevence soustředěna na straně poptávky na drogovém trhu a jejím cílem je zabránit tomu, aby se potenciální

³⁶ tamtéž, s. 280-281

spotřebitelé stali spotřebiteli skutečnými. To znamená, aby drogy sami nevyhledávali a nekonzumovali. Vzhledem k mimořádně destruktivnímu vlivu drog na psychický vývoj, rozvoj osobnosti a sociální integrace u dětí a mládeže je specifickým cílem primární prevence alespoň posunout hranici kontaktu s drogou do vyššího věku. „*Cílem na hranici primární a sekundární prevence je snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází.*“³⁷

Dlouhodobým cílem MŠMT v oblasti primární prevence je vytvoření a zavedení bezpečného prostředí se stabilním, kvalifikovaným a legislativně podloženým systémem metodiků prevence.³⁸

Cílové skupiny primární prevence jsou z pohledu MŠMT:³⁹

- **děti a mládež** – Hlavním cílem primární prevence je vést děti a mládež k odpovědnosti za vlastní chování a způsob života přiměřeně k jejich věku.
- **pedagogičtí pracovníci** – „*Předpokladem naplňování cílů v oblasti prevence je pedagog vzdělaný, kvalifikovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka a je schopen vyučovat za aktivní účasti dětí.*“⁴⁰ Jedním z hlavních předpokladů úspěšné práce v preventivních programech je systémová a koordinovaná příprava pedagogů (realizátorů preventivních aktivit).
- **rodiče dětí a veřejnost** – Aktivní zapojení rodičů dětí a veřejnosti do prevence rizikových projevů chování je velmi žádané. Zakládá se především na dostatečné informovanosti a specificky zaměřených aktivitách pro tuto cílovou skupinu.

Kalina klade velký důraz na formativní věk a formativní prostředí jako hlavní těžiště primární prevence. Jedná se především o děti a mládež a jejich nejbližší okolí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty. Za nejdůležitější formativní prostředí pro primární prevenci považuje:⁴¹

³⁷ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 276

³⁸ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012. Praha: MŠMT 2009. s. 12

³⁹ tamtéž. s. 7

⁴⁰ tamtéž. s. 7

⁴¹ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 278

- **rodinu**
- **školní prostředí a výuku**
- **prostředí mimoškolní činnosti, rekreace a volného času**

1.6.5 Role rodiny v rámci prevence

Prevence na úrovni rodiny má počátky již v raném dětství. Vztahu k drogám se děti učí od svých rodičů a blízkých. Je důležité, aby léky nepovažovaly za zázračné přípravky, která nám pomohou kdykoliv, kdy cítíme sebemenší bolest. *„Naučte je, že prášky jsou tím posledním, a ne prvním řešením, a běžte jim příkladem v tom, že se v rodině budou využívat alternativní způsoby, jak se s bolestí vyrovnávat.“*⁴² V období dospívání mají děti za sebou celou řadu let pozorování chování svých rodičů, mimo jiné i pozorování jejich způsobů zacházení s léky, alkoholem a cigaretami.⁴³

Jako základ primární prevence v rodině je důležitý především zájem rodičů o danou problematiku a jejich snaha připravit se na toto téma například prostřednictvím internetu, odborné literatury, informačních materiálů, odborných přednášek a podobně.

Goodyer pokládá za důležité naučit děti žít bezpečně ve světě, který není dokonalý a bez drog. Daleko větší efekt než různé příkazy a nařízení ohledně drog má přístup minimalizace rizik, kdy si rodiče uvědomí, že jejich dospívající dítě je samostatně uvažující bytost schopná činit vlastní rozhodnutí a využije svého vlivu k tomu, aby dítě od nežádoucích rozhodnutí odradilo. Naučit dítě rozhodovat samo za sebe a hledat samostatně řešení problémů je dobré už od útlého věku. Rodič pak dítě vede, pomáhá mu vymýšlet strategie, diskutuje s ním o jeho nápadech a podporuje při prosazování jeho vlastních řešení.

*„Dospívající děti, které se naučily zvládat problémy samostatně a umí se svými rodiči otevřeně komunikovat, jsou do života vybaveni lépe než teenageři, kteří jsou buď příliš opečováváni, nebo poletují jen tak bez vedení.“*⁴⁴

⁴² GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 26

⁴³ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 26

⁴⁴ tamtéž, s. 30

Autorka zároveň zdůrazňuje několik pravidel pro rodiče či vychovatele dospívající mládeže, která mohou pomoci předejít problémům. Je dobré: ⁴⁵

- posilovat vztahy se svými dětmi – upevnit vzájemná pouta, vše co mohou dělat se svými dětmi společně plní svůj účel
- více času věnovat povídání a naslouchání
- zachovat rodinné rituály
- ocenit nápady svých dětí, stále jenom nekritizovat
- respektovat jejich soukromí
- chápat důležitost jejich kamarádů – poznat je a nejlépe i jejich rodiče
- důvěřovat svým dětem a podporovat je
- podporovat jejich zájmy
- ujistit je, že mohou kdykoliv přijít žádat o radu nebo o pomoc své rodiče a že je to správné
- naučit své děti šetrnosti a odpovědnosti k vlastnímu tělu a zdraví
- vymezit hranice – i v dospívání, období zmatků a bouří, potřebují stabilitu

Při posilování vzájemných vztahů a budování zdravého sebevědomí dětí a mladých lidí platí pro rodiče a vychovatele tzv. pravidlo tří „P“: ⁴⁶

- **Pozornost** – Rodiče by měly věnovat dětem pozornost, zajímat se o jejich aktivity, názory, pocity, komunikovat, klást otázky, ale i hladit, utěšovat, objímat a radovat se společně, pokud se mu něco podaří
- **Pozitivní hodnocení** – Při hodnocení svých dětí by měly rodiče své děti ujistit, že si umí také všimnout toho, co je v nich dobré. Proto by mělo vždy převážít hodnocení pozitivní.
- **Pravdivost** – V tomto případě se nejedná o absolutní upřímnost, která ve velmi citlivém období dospívání může působit i bolestivě, ale spíše o to, aby rodiče sami šly příkladem a skutečně žily podle názorů a hodnot, které hlásají svým dětem.

⁴⁵ tamtéž s. 44-53

⁴⁶ HAJNÝ, M. Pravidlo tří P. *odrogach.cz* [online]. Praha: Sananim o.s., ©2003-2012 [cit. 2012-06-22]. Dostupný na WWW: http://www.odrogach.cz/rodice/prevence-v-rodine/pravidlo-tri-p.html?section_id=25

2 NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Nejčastější rozdělení návykových látek je na **legální** a **nelegální**. K legálním drogám je společnost tolerantní, považuje je za přijatelné a dokonce je v některých případech dokázala zahrnout do své kultury. Skutečnost, že je droga legální a její konzument nepřekračuje žádné zákony, neznamená, že je bezpečnější než droga nelegální. Například alkohol způsobuje obrovské škody jednotlivcům, jejich rodinám i celé společnosti. Obecně tedy platí, že nelegální drogy nejsou vždy nebezpečnější než ty zákonem povolené.⁴⁷

Mezi legálními a nelegálními drogami lze pozorovat celou řadu podstatných rozdílů. Účinky legálních drog, včetně tabáku a alkoholu, jsou velmi dobře prostudovány. O jejich působení na lidský organismus, zdraví i psychiku bylo napsáno mnoho vědecky podložených studií. U nelegálních drog tomu tak není. Nikdy není jisté, jak přesně na člověka zapůsobí. U nelegálních drog se rovněž nedá kontrolovat kvalita. Narozdíl od alkoholu a tabákových výrobků je není možné koupit ve standardních dávkách a obsahují různé příměsi, které mohou být velmi nebezpečné.⁴⁸

„Prodává se totiž droga naředená čímkoliv - kyselinou, sklem anebo omítkou, a pokud dotyčný není schopen rozeznat čistotu a kvalitu drogy, v nejlepším případě skončí na jednotce intenzivní péče.“⁴⁹

U alkoholu a tabáku se velmi výrazně projevují skryté zájmy jak státu, který těží z dané u těchto výrobků, tak tabákových firem a lihovarnického průmyslu, který prostřednictvím politického vlivu chrání své zisky.⁵⁰

Dalším běžně používaným dělením drog je na **měkké** a **tvrdé**. Kritériem pro toto rozdělení je riziko závislosti a přísnost postihů za její užívání. Konopí, LSD a extáze se většinou řadí k měkkým drogám, naopak heroin a kokain k drogám tvrdým.⁵¹

Presl se přiklání k rozdělení podle míry rizika, s kterou jsou jednotlivé drogy spojeny. Jako jedno z hlavních rizik, které je přítomno u každé drogy, označuje ztrátu kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti.

⁴⁷ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 44

⁴⁸ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 42

⁴⁹ VONDRKA, J. Smrt jménem závislost. Praha: Portál, 2004, s. 26

⁵⁰ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 44

⁵¹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 22-23

Na základě tohoto kritéria se dělí drogy na **skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a s rizikem nepřijatelným**. Drogy z první skupiny lze užívat v přijatelných intervalech a v přijatelném množství, aniž by došlo ke vzniku závislosti či jiným negativním důsledkům.⁵²

2.1 Alkohol, alkoholismus

2.1.1 Historie a současnost

Alkoholické nápoje většinou obsahují etylalkohol (etanol), který vzniká kvašením ovoce, zeleniny nebo obilí. Jeho účinky byly známy již v prehistorické době, kdy naši předci poznali, že kvašené ovoce dokáže změnit způsob vnímání a prožívání. Počátky výroby vína z vinné révy se datují kolem let 6000 – 4000 př. n. l. a pivo se začalo vyrábět přibližně o tisíc let později. Problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu jsou známy ze starověkého Egypta i Říma. V historii se objevují rovněž snahy omezit pití i distribuci alkoholu. Jedním z takových pokusů byla například prohibice v USA v letech 1919-1933, která sice pomohla snížit výskyt onemocnění jater následkem konzumace alkoholu, ale na straně druhé přispěla velmi výrazně k rozvoji organizovaného zločinu a nenašla podporu veřejnosti.⁵³

V současné době je ve většině zemí pití alkoholu dovoleno. Výjimkou jsou islámské země, které konzumaci alkoholu zakazují pod hrozbou tvrdých trestů. V některých zemích platí zákaz pití alkoholu na veřejnosti. Zákonem je rovněž obvykle stanoveno od kterého věku je možné prodávat alkohol mládeži, jaká je povolená hladina alkoholu v krvi pro řidiče nebo jaká je dostupnost alkoholu – například otevírací doba barů a restaurací, kde se alkohol podává.⁵⁴

V naší společnosti je spotřeba alkoholu běžným a tolerovaným jevem. Naprostá abstinence je ojedinělá a velká část populace konzumuje alkohol obvykle v přiměřeném množství při vhodných příležitostech. V posledních letech však spotřeba alkoholu v České republice neustále roste a statistiky dokládají, že problém se závislostí má u nás

⁵² PRESL, J. Drogová závislost. Praha: Maxdorf, 1995. 2. rozšířené vydání, s. 10

⁵³ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 60-61

⁵⁴ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 72-73

přibližně **550 tisíc lidí**, což je alarmující číslo. Nadměrná konzumace alkoholu se vyskytuje také ve velké míře u mládeže do 18 let.⁵⁵

Je vědecky dokázáno, že alkohol zastává často roli tzv. **průchozí drogy**. Vzestup spotřeby alkoholu stejně jako tabáku může být u mládeže varovnou známkou přechodu k jiným drogám. Obecně lze tedy říci, že při přechodu od legálních drog k ilegálním byl zaznamenán vzestup potřeby legálních drog.⁵⁶

2.1.2 Účinky alkoholu

Alkohol se velmi rychle vstřebává do krevního oběhu a působí během několika minut a jeho účinky přetrvávají až několik hodin. Účinek alkoholu závisí na mnoha faktorech, jako například koncentrace alkoholického nápoje, vypité množství, rychlost pití, tělesná hmotnost konzumenta, obsah žaludku a další.⁵⁷

Opilost je nejrozšířenější intoxikací návykovou látkou a pro lidský organismus může znamenat velmi vážný stav. Stupeň intoxikace ovlivňuje nejen hladina alkoholu v krvi, ale také míra tolerance. Kalina uvádí čtyři stádia intoxikace, kde hladiny alkoholu v krvi jsou přibližné a pouze orientační:⁵⁸

- **Euforické stádium** (0,5 – 1 promile) - V malých dávkách způsobuje alkohol euforii, zvyšuje sebevědomí a odstraňuje zábrany.
- **Hypnotické stádium** (1 – 2 promile) – Člověk ztrácí sebekontrolu, objevují se poruchy koordinace a rovnováhy, objevuje se podrážděnost, zpomalují reakce a zhoršují kognitivní funkce.
- **Narkotické stádium** (2 – 3 promile) – Objevuje se zmatenost, těžká porucha koordinace, poruchy dechového a oběhového centra, studená kůže, zpomalené dýchání a přechod do hlubokého spánku.

⁵⁵ GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., ALLENOVÁ, K., KISSINGEROVÁ, E. Cesta ke svobodě. Praha: Advent – Orion, 2011, s. 63

⁵⁶ NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, 1999, s. 11

⁵⁷ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 67

⁵⁸ KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 133

- **Asfyktické stádium** (3,5 – 5 promile) – V tomto stádiu dochází k hlubokému bezvědomí až kómatu, vyhasínání reflexů, selhání dýchání a oběhu s následkem smrti.

Alkohol se vzájemně ovlivňuje s celou řadou látek. Na jedné straně může zesilovat jejich účinek, například u látek s tlumivým účinkem na nervový systém, nebo naopak vede k rychlejšímu odbourávání některých léků. K interakcím s jinými návykovými látkami dochází buď náhodně, nebo záměrně se snahou zesílit účinek drog, což může vyústit ve smrtelné intoxikace. V porovnání s ostatními návykovými látkami lze vidět, že účinky alkoholu a komplikace jím způsobené patří k těm nejzávažnějším (viz příloha č. 3).⁵⁹

2.1.3 Zdravotní aspekty pití alkoholu

Z psychiatrického hlediska lze poruchy způsobené nadměrným užíváním alkoholu rozdělit do dvou hlavních skupin:⁶⁰

- Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém. Mohou být způsobené bezprostředně (intoxikace alkoholem) nebo jako následek chronického nadužívání alkoholu (například odvykací stav, psychotická porucha).
- Poruchy projevující se návykovým chováním v souvislosti s nadužíváním alkoholu. Tyto poruchy mohou vyústit v závislost.

Molekuly alkoholu jsou rozpustné v tuku i ve vodě, proto mohou snadno proniknout téměř do všech částí těla. Zdravotní rizika nadužívání alkoholu jsou alarmující. „*Alkohol napadá mnohé tělesné tkáně, zejména tukovou, dráždí výstelku trávicího traktu, zvyšuje riziko rakoviny jater a ústní dutiny, žaludečních vředů, zánětu*

⁵⁹ NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, 1999, s. 5-6

⁶⁰ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151

*slinivky břišní a gastritidy. Chronické užívání alkoholu může způsobit rozsáhlé poškození mozku.“*⁶¹

Někteří lékaři doporučují mírnou konzumaci červeného vína jako prevenci proti kardiovaskulárním onemocněním. Vědci však neobjevili žádné dostačující důkazy o schopnosti alkoholu chránit organismus proti srdečním nemocem.⁶²

2.1.4 Závislost na alkoholu

Vznik závislosti na alkoholu se obvykle popisuje pomocí **dispozičně – expozičního modelu**. „*Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti.*“⁶³

Vznik závislosti na alkoholu má určitý vývoj. Spouštěčem bývá aktuální stresová situace jedince, způsob jejího emočního i racionálního zpracování a uvědomění si rizika, které řešení problémů pomocí drogy představuje. Uspokojivé rodinné i profesní zázemí a fungující vztahy s lidmi v okolí fungují jako opora a snižují možnost negativní reakce.

Na samém počátku závislosti je **občasná konzumace**. Lidé pijí alkohol ve společnosti při slavnostních příležitostech, oslavách, večírcích. Hlavním důvodem bývá obvykle snaha o zlepšení nálady, potlačení stresu, napětí a dosažení uvolnění. Největším rizikem spojeným s první fází je zafixování zkušenosti, že alkohol přináší úlevu. Tento fakt se poté promítá ve stresových situacích, kdy dochází k nahromadění problémů a zároveň ke zvyšování dávek alkoholu. Postupem času nastává přechod do **varovné fáze**, kdy se pomocí alkoholu řeší již všechny stresové situace. Alkohol dodává takto člověku sebevědomí a pocit jistoty. Současně se objevuje zvýšená tolerance k alkoholu a tím i zvýšené množství a frekvence dávek. V této fázi je typické, že lidé pijí sami a tajně. Mohou trpět výpadky paměti (tzv. okénka) a začínají si

⁶¹ GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., ALLENOVÁ, K., KISSINGEROVÁ, E. Cesta ke svobodě. Praha: Advent – Orion, 2011, s. 62

⁶² tamtéž, s. 64

⁶³ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 152

uvědomovat potřebu alkoholu jako nepříjemné varování. Dávky i tolerance k alkoholu se nadále zvyšují a nastává fáze **kritická**. Člověk ztrácí kontrolu nad konzumací alkoholu, nedokáže přestat a alkohol potřebuje denně. Svou závislost si však nechce přiznat a je přesvědčen, že dokáže kdykoliv přestat. V této fázi se jako následek nepřiměřené konzumace alkoholu objevuje celá řada problémů v sociálním prostředí, především konflikty v rodině nebo na pracovišti. Pokud nedojde k léčení a abstinenci nastává období úpadku, **terminální fáze** závislosti. Funkce jater je obvykle poškozena a v důsledku toho dochází ke snížení tolerance k alkoholu. Jedinec se opije rychleji a v menších dávkách pije téměř nepřetržitě. Objevují se zde psychické i somatické problémy, zvyšuje se množství a roste závažnost konfliktů s lidmi v okolí. Ztrácí se schopnost sebeovládání, typický je egocentrismus, bezohlednost a podrážděnost. Okolí takto jednajícího člověka odsuzuje a odmítá. Alkoholik se tak postupně dostává do sociální izolace, často trpí stavy bezmoci, kdy si uvědomuje svoji závislost i neschopnost jí čelit. Tělesný i psychický úpadek nadále pokračuje.⁶⁴

Vedle rostoucí tolerance je dalším znakem rozvinuté závislosti na alkoholu výskyt odvykacích příznaků. **Odvykací stav** nastává během několika hodin až dní po přerušení konzumace alkoholu nebo snížení obvyklé dávky, s maximální intenzitou příznaků obvykle druhý den po vysazení. K typickým příznakům patří třes rukou nebo celého těla, těžká nevolnost, zvracení, silné pocení, závratě, úzkost, psychomotorický neklid, bolesti hlavy, přechodné halucinace, poruchy koordinace, poruchy spánku a jiné. Odvykací stav obvykle odeznívá během pěti dnů, některé jeho příznaky však mohou přetrvávat po dobu několika měsíců. V některých případech dochází ke komplikacím odvykacího stavu, které mohou vést až k deliriu tremens. Tento velmi závažný stav, často až fatální, se vyznačuje hlubokým třesem, záchvaty křečí, halucinacemi, pocením, tachykardií, hypoglykemií a dalšími příznaky.⁶⁵

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, 554-556

⁶⁵ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 153

2.1.5 Léčba závislosti na alkoholu

Základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu je **abstinence**. U závislosti na alkoholu není možnost dosáhnout kontrolovaného užívání. Typická ztráta schopnosti kontrolovaně pít alkohol je **nevratná**, čímž se závislost na alkoholu významně liší od některých jiných závislostí na návykových látkách, při kterých existuje možnost substituční léčby. Trvalá abstinence je u většiny pacientů nedosažitelná, což v žádném případě neznamená, že léčba nemůže být úspěšná. „*Kritériem úspešnosti není pouze trvalá abstinence, ale též maximální délka nepřerušené abstinence a celková doba abstinence, během které je pacient závislý na alkoholu stabilizován, bez potíží a schopen normálního života.*“⁶⁶

Jako náplň léčby závislosti na alkoholu, ať už probíhá jakoukoliv formou, se osvědčilo několik postupů. Ne všechna léčebná zařízení však nabízejí tyto doporučené metody. Nešpor uvádí vedle tělesného vyšetření a léčby tělesných i duševních obtíží také psychoterapii, léčebný klub (setkání lidí se stejným cílem – překonat problémy s alkoholem), relaxační techniky a jóga (pomáhají při stresu, zátěži a únavě), antabus (Lék, který reaguje na požití alkoholu typickou reakcí zahrnující bušení srdce, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, zrudnutí kůže a očí. Používá se pouze se souhlasem pacienta, pod lékařským dozorem a chrání před bezmyšlenkovitým pitím), látky mírnící bažení (craving), rodinná a manželská terapie, terapeutická komunita, sport, turistika, výlety.⁶⁷

2.2 Tabák, nikotinismus

2.2.1 Historie a vývoj

Tabák je rostlina, která se v současnosti pěstuje především v Asii, Americe a Africe. Největším pěstitelem tabáku je Čína. Surové tabákové listy se suší, krájí a následně balí do cigaret nebo doutníků. Mohou se také prodávat jako dýmkový, žvýkací

⁶⁶ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 153

⁶⁷ NEŠPOR, K. Zůstat střízlivý. Brno: Host, 2006. s. 84-85

nebo šňupací tabák. Historie tabáku je velmi dlouhá a sahá až k původním obyvatelům Ameriky, kteří kouřili tabákové listy jako lék nebo během náboženských obřadů. Do Evropy přivezl tabák Kryštof Kolumbus. Obyvatelé starého kontinentu přijali tabák nejprve s obavami, ale již během 16. století začala bát tato rostlina populární mezi dobrodruhy a diplomaty. Tabák se postupně stal zdrojem obrovských příjmů. Přesto, že v některých zemích hrozily kuřákům velmi těžké tresty, jiné země naopak obchod s tabákem podporovaly a bohatly na něm. V 17. století se stal tabák nejvýznamnějším pilířem obchodu britských kolonií v Americe a kouření se rozšířilo po celé Evropě.⁶⁸

Do českých zemí se dostal tabák patrně za vlády Rudolfa II. a za třicetileté války došlo k obrovskému zvýšení jeho spotřeby, především mezi bojujícími vojáky. Kouřily však i ženy a děti. Kouření se však rozmohlo i v kostelech při mších a obřadech, čemuž zabránila až papežská bula z roku 1642 vydaná Urbanem VIII., která zakazovala kouření v chrámech pod trestem exkomunikace. Proti tabáku se velmi razantně obrátili i turečtí sultáni, ruští carové i uherští vladaři. Postupně však vládnoucí vrstvy jednotlivých zemí pochopily, že na tabáku mohou velmi dobře zbohatnout, což vedlo ke skutečnosti, že tabák je dnes nejrozšířenější drogou, státem tolerovanou i podporovanou.⁶⁹

2.2.2 Účinky tabákového kouře

Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku. Jedná se v podstatě o směs plynů, nekondenzovaných par, tekutých i pevných částic. Při vstupu do úst kuřáka je to koncentrovaný aerosol, jehož hlavní součástí je nikotin a jemu příbuzné alkaloidy, dusík, kyslík, kysličník uhelnatý a uhlíčitý, vodík, metan, argon, vodní pára, těkavé látky, organické kyseliny a další. Jemně rozptýlené tekuté částice tabákového kouře, obsahující nejvíce karcinogenních látek a ostatních škodlivin, mají schopnost pronikat až do nejmenších průdušinek (bronchiol). Ochlazením tabákového kouře na nízké teploty vzniká tabákový dehet, jehož rakovinotvorné účinky byly prokázány již na počátku 20. století.⁷⁰

⁶⁸ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 218-220

⁶⁹ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 10-12

⁷⁰ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 14

Nikotin a další látky jsou vstřebávány plicemi velmi rychle, že kuřák téměř při každém vdechnutí pocítuje okamžitý účinek. Tabák je mírný stimulant, tlumí chuť k jídlu a vyvolává pocit povzbuzení a vzrušení. Při první zkušenosti může vyvolávat nevolnost, bolesti hlavy, podráždění sliznic nebo průjem.⁷¹

Nikotin působí na mozek tím, že mění funkce nervových přenašečů, především dopaminu, který souvisí s pocitem radosti a štěstí. „*Nikotin způsobí, že dopamin zaplaví místa komunikace na nervových konečcích, což má za následek, že přijímající neurony nejsou schopny takové množství dopaminu přijmout nebo na něj reagovat.*“⁷² Pokud je hladina dopaminu na běžné úrovni, nejsou neurony již schopny reagovat a běžné aktivity už nevyvolávají radost a příjemné pocity, dokud se nezvýší dávka nikotinu. Dopaminové okruhy v mozku se takto změni u kuřáků přibližně za šest až devět měsíců. Pokud člověk přestane kouřit, může trvat až deset let, než se tyto okruhy opět stabilizují a vrátí k normálu.⁷³

2.2.3 Zdravotní aspekty kouření

S vzestupem užívání tabáku se začaly především v medicínských kruzích objevovat první varování popisující negativní účinky tabáku na lidské zdraví. V roce 1859 přichází francouzský lékař M. Bouisson s první výzkumem podloženou studií, která dokládá souvislost mezi kouřením dýmky a vznikem rakoviny úst. Ve 20. století přicházejí další důkazy o spojitosti kouření a rakoviny plic a dalších závažných nemocí. Tabákový průmysl reagoval okamžitě tím, že zavedl na trh cigarety s filtrem, které slibovaly zdravější kouření. Ve skutečnosti však i nejlepší cigaretové filtry zachycují jen zlomek škodlivin z tabákového kouře.⁷⁴

Vedle nemocí dýchacího ústrojí (rakoviny plic a hrtanu, chronického zánětu průdušek, rozedmy plic) souvisí s kouřením onemocnění srdce a cév, trávicího ústrojí a vyměšovacího ústrojí. Kouření v období těhotenství má nepříznivý vliv na vývoj plodu, může způsobit malou porodní váhu novorozence nebo předčasný porod. Nikotin a další

⁷¹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 229

⁷² GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., ALLENOVÁ, K., KISSINGEROVÁ, E. Cesta ke svobodě. Praha: Advent – Orion, 2011, S. 68

⁷³ GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., ALLENOVÁ, K., KISSINGEROVÁ, E. Cesta ke svobodě. Praha: Advent – Orion, 2011, S. 68

⁷⁴ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 12, 14

škodlivé látky z tabáku přecházejí rovněž do mateřského mléka, čímž mohou dále poškozovat vývoj kojence.⁷⁵

Nezanedbatelná zdravotní rizika představuje také pasivní kouření, kdy nekuřáci nedobrovolně vdechují tabákový kouř vydechovaný kuřáky nebo unikající ze zapálených cigaret, doutníků či dýmek kouřících lidí v okolí. Unikající kouř je velmi silný, protože neprošel ani filtrem, ani plicemi kuřáka a může způsobovat onemocnění dýchacích cest, plic a alergické reakce.

2.2.4 Závislost na nikotinu, její vznik a léčba

Nejvýznamnějším aspektem kouření je možnost vzniku závislosti na nikotinu – nikotinismu. Ačkoliv psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální, neskutečně obrovská jsou rizika somatická. Kuřáci umírají většinou přibližně o deset let dříve než nekuřáci a na následky kouření zemře každý druhý z nich. Závislost na nikotinu lze určit již ze dvou základních otázek:⁷⁶

- *Kolik cigaret denně vykouříte?* Kuřák závislý na nikotinu vykouří obvykle 15 a více cigaret.
- *Jak brzy po probuzení si musíte zapálit první cigaretu?* Závislost se projevuje silnou potřebou zapálit si první cigaretu do 60 minut po probuzení.

Novák uvádí čtyři faktory vedoucí k závislosti na nikotinu:⁷⁷

- **farmakologické (droga)** – Nikotin se může zpočátku jevit jako ideální droga – zbavuje únavy, stresu, relaxuje, ovlivňuje náladu. Tyto pocity však netrvají dlouho a vzniká touha po další dávce nikotinu. Tolerance se vyvíjí velmi rychle. Abstinenční syndrom se projevuje poruchami trávení, zácpou nebo naopak průjmem, nadměrným pocením, závratěmi, bolestmi hlavy, zvýšenou nervozitou, podrážděností a nespavostí.

⁷⁵ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 23, 71

⁷⁶ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 206-207

⁷⁷ NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicem, 1980, s. 108-114

- **somatické a psychické (osobnost)** – Podle výzkumů bývají kuřáci cigaret obvykle citově nevyrovnaní lidé s problémy, které nedokáží sami uspokojivě řešit. Bývají náladoví, mají sníženou sebekontrolu a poměrně těžko zvládají stresové stavy.
- **environmentální (prostředí)** – Většina kuřáků si velmi dobře vybaví svoji první cigaretu, představuje pro ně totiž jakýsi vstup do jiné etapy života. Kouření se stává rituálem, často posiluje sebevědomí. První sociální prostředí – rodina, má významný vliv na budoucí vztah k tabáku i jiným návykovým látkám. Bylo vědecky prokázáno, že děti z kuřáckých rodin se stávají v pozdějším věku častěji kuřáky, než děti rodičů nekuřáků. V období dospívání je významnou autoritou vrstevnická skupina, v dospělosti mívá na začátek kouření vliv partner nebo pracovní kolektiv.
- **precipitující (podnět)** – Všeobecně platí, že věková hranice pravidelných kuřáků i experimentátorů se snižuje. Motivace ke kouření u mládeže je různá. Často je v pozadí potlačení některé z psychologických potřeb, touha po samostatnosti, nezávislosti. Mladí lidé se velmi lehce ztotožňují s nějakou autoritou a imitují její chování, čímž mají pocit, že mohou získat stejnou prestiž jako má imitovaná osoba. Úspěšné imitování kuřáckého chování je prostředkem k dosažení sebejistoty, potlačení méněcennosti a nedostatečnosti. Dalším silným motivem bývá snaha začlenit se do kolektivu, vrstevnické skupiny nebo party a být přitom kladně hodnocen ostatními. Mnoho lidí začíná kouřit také ze zvědavosti. Zde se projevuje přirozená touha po poznání a experimentování, která je u některých jedinců silnější než u jiných.

Léčba závislosti na nikotinu je proces velmi složitý, kdy se musí brát v úvahu nejen droga samotná a individuální osobnost kuřáka, ale i všechny faktory, které k jeho závislosti vedly. Důležité je, aby se sám rozhodl ke změně chování bez kouření. Doba, kdy se kuřák opět „učí nekouřit“, trvá řádově několik měsíců, nejčastěji se udává hranice třech měsíců. V tomto období dochází také nejčastěji k návratům ke kouření. V dnešní době existuje tzv. náhradní terapie nikotinem. Jedná se o lék proti

abstinenčním příznakům. Na trhu jsou dostupné například nikotinové žvýkačky nebo náplasti s nikotinem.⁷⁸

Velké tabákové koncerny držely celou řadu let v tajnosti skutečnost, jak vysoce je tabák návykový a škodlivý na lidské zdraví. V současné době jsou účinky tabáku i veškerá zdravotní rizika spojená s jeho konzumací známá široké veřejnosti, přesto jeho produkce neklesá. Právní předpisy jednotlivých států se v souvislosti s tabákem omezují maximálně na zákaz reklamy na tabákové výrobky, poučení o škodlivosti kouření na krabičkách cigaret nebo zákaz kouření na veřejných místech, kterému předchází obvykle zdlouhavá jednání a hlasování vlády.

„Na celém světě dojde každoročně vlivem kouření k přibližně 4,2 milionu předčasných úmrtí. Světová zdravotnická organizace udává, žádný jiný konzumní produkt není tak nebezpečný a nezabíjí tolik lidí.“⁷⁹

2.3 Konopné drogy

Konopné drogy byly v Evropě známé a užívané již v dávné historii. První pokusy o pěstování konopí se datují až do doby 10 tisíc let př. n. l. Původní jeho domovinou byla pravděpodobně centrální část Asie, odkud se rozšířilo téměř do celého světa. Účinné látky obsažené v konopných produktech byly identifikovány a popsány až v roce 1964. Tyto psychicky aktivní látky se označují jako cannabinoidy. Za psychicky neaktivnější látku obsaženou v konopí lze považovat 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol, zkráceně označovaný jako THC. Vedle psychotropního efektu má konopí celou řadu, především v medicíně, pozitivně využitelných vlastností.⁸⁰

Konopí má většinou pověst neškodné drogy. Velký rozmach v užívání konopí nastal v 60. letech 20. století ve spojitosti s hnutím hippies. Odhadnuté množství aktivní látky THC bylo v té době 1 – 3%. V současnosti existují daleko

⁷⁸ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 207

⁷⁹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 227

⁸⁰ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 174-175

silnější odrůdy, obsahující daleko větší procento THC. Konopí je velmi oblíbené především u mládeže, která ji většinou charakterizuje takto:

*„Díky své schopnosti uvést člověka do stavu uvolnění a lehké euforie může marijánka alespoň na chvíli zmírnit mnohdy zahlcující pocity zlosti, napětí a deprese, které tak často trápí dnešní dospívající děti. Je lehce k dostání, relativně levná a skutečnost, že je zakázaná, jí dodává záchvěv vzrušení a je skvělým prostředkem vzpoury.“*⁸¹

Obvykle jsou zneužívány dvě základní formy konopí:⁸²

- **marihuana** – označuje sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Obsah aktivní látky se obvykle u nešlechtěných rostlin pohybuje kolem 2-8% aktivní látky. V některých případech může obsahovat i 18% aktivní látky.
- **hašiš** – konopná pryskyřice obvykle obsahující části květenství a drobných nečistot. Obsah aktivní látky může být až 40%.

Obě formy konopí se většinou kouří podobně jako cigareta (joint) nebo pomocí vodní dýmky. Marihuana i hašiš se dají také jíst nebo přidat do pečiva či cukroví.

Účinky nastupují většinou několik minut od začátku kouření. U nižších dávek trvají přibližně hodinu, u vyšších dávek mohou trvat až tři hodiny. Po spolknutí mohou účinky trvat až dvanáct hodin, i déle. Konopí způsobuje mírnou euforii, ztrátu zábran, objevují se pocity zvýšeného vnímání a porozumění skrytým myšlenkám druhých, chuť mluvit a smát se, zvýšená chuť k jídlu, pocit uvolnění a klidu, zhoršení motorické koordinace a podobně. Po užití konopí obvykle zarudnou oči a mají skelná výraz.⁸³

Konopí se považuje za drogu, která nevyvolává somatickou závislost. Psychická závislost se dostavuje u 8-10% uživatelů. Dosud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. Nebyl zaznamenán ani vzestup tolerance, který by vedl k potřebě zvýšit dávky. Při dlouhodobém, častém a nadměrném užívání konopí však dochází ke zhoršení krátkodobé paměti a poruchám soustředění. Při špatném naladění u častých uživatelů konopí se mohou dostavit nepříjemné pocity směřující až k paranoidnímu

⁸¹ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 65

⁸² KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 175

⁸³ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 320-321

stavu. U některých jedinců dochází k mírné zmatenosti, dezorientaci, poruch myšlení či emocí. Může se objevit i sebepoškozování nebo agrese vůči okolí.⁸⁴

Zdravotní rizika při konzumaci konopí se týkají především dýchací soustavy. Marihuanový kouř obsahuje vysoké koncentrace karcinogenního dehtu a dalších jedů. Kouření marihuany oslabuje schopnost plic vzdorovat infekcím, protože THC může poškodit činnost imunitních buněk v plicích. Pravidelné a intenzivní užívání může rovněž snížit hladinu testosteronu a estrogenu v těle, což vede ke zmenšení počtu spermií a zkrácení menstruačního cyklu. THC může procházet placentou a také se dostává do mateřského mléka. Pravidelné užívání konopí v těhotenství zvyšuje riziko předčasného porodu či menší porodní váhy u novorozence.⁸⁵

O konopí se velmi často mluví jako o startovací nebo iniciační droze, která vede k přechodu k tvrdým drogám jako je kokain nebo heroin. Role konopí jako vstupní drogy k přechodu ke drogám tvrdým se však vědecky nepotvrdila. Toto spojení spíše souvisí se skutečností, že pod vlivem marihuany může snáze dojít k rozhodnutí vyzkoušet tvrdší drogu, nebo že se v prostředí, kde se marihuana konzumuje, častěji nachází i jiné, tvrdší drogy.⁸⁶

2.4 Opioidy a opiáty

Opioidy jsou látky tlumící bolest. Vyrábějí se buď z přírodní suroviny – opiového máku nebo ze syntetických surovin. Látky vyráběné z přírodního máku (opium, heroin, morfin) se nazývají **opiáty**. Analgetické účinky opia jsou známé již tisíce let. V dobách, kdy nebyly známy původci nemocí, bakterie a viry, sloužilo opium jako zázračný lék tlumící příznak nemoci – bolest. V 19. století byly objeveny ještě účinnější deriváty opia - morfin a heroin. V té samé době byla vynalezena injekční stříkačka, což přineslo převratný pokrok ve způsobu tišení bolesti u těžce nemocných pacientů a raněných, především v období válek. Jako první ze syntetických analgetik byl vyroben metadon. V sedmdesátých letech 20. století bylo vědecky dokázáno, že

⁸⁴ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 177

⁸⁵ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 321-325

⁸⁶ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 177

lidský organismus produkuje sám látky stejně působící jako tyto drogy. Jedná se o endorfiny. Vedle tlumení bolesti působí opioidy na nervový systém, navozují ospalost nebo spánek. Při prvním užití většinou vyvolávají nevolnost i zvracení. Největším problémem spojeným s jejich užíváním je závislost. Tolerance se vyvíjí velmi rychle a vzhledem k tomu, že tyto látky účinně tlumí bolest a zároveň duševní tíseň, dochází velmi snadno k závislosti jak fyzické, tak psychické. Účinek těchto drog na životně důležité orgány jako mozek, srdce, plíce a játra je v porovnání s alkoholem nebo tabákem daleko menšího rozsahu. Opioidy vyvolávají těžkou zácpu. Při dlouhodobém užívání nahrazují opiáty v těle přirozeně produkované endorfiny a po jejich vysazení trvá nějakou dobu, než se tělo opět přizpůsobí. Toto období je spojeno s velmi nepříjemnými pocity, časté je i silné pocení a křeče. V současné medicíně se využívá především morfin pro tlumení bolesti při vážných onemocněních. Heroin je zakázanou drogou na celém světě a spadá do nej přísnějších kategorií protidrogových zákonů. V některých zemích hrozí za jeho pašování dokonce trest smrti.⁸⁷

Podle statistik užívá opioidy asi 13,5 miliónu lidí na světě. Z toho asi 9,5 miliónů lidí užívá heroin. V České republice je to přibližně 10 tisíc uživatelů.⁸⁸

HEROIN – je jedním z nejúčinnějších analgetik na světě. Mléčná pryskyřice získaná z tobolek máku – opium, obsahuje morfin a kodein. Heroin se vyrábí z morfinu. Na trh byl uveden koncem 19. století jako prostředek na léčbu morfiíové závislosti. Později se však prokázalo, že je daleko návykovější než morfium. Čistý heroin je bílý jemný prášek. Na černém trhu je však dostání v různých barvách, od růžové až po černou. Zbarvení závisí na příměsi, která byla použita k jeho rozpuštění. Heroin se buď šňupá, kouří nebo aplikuje injekčně do žíly, svalu nebo podkožního tuku. Při kouření se droga dostane do mozku stejně rychle, jako při injekci.⁸⁹

Heroin účinkuje nejrychleji ze všech opiátů. U heroinu je velmi vysoké nebezpečí předávkování. Může se stát, že dávky koupené na černém trhu se od sebe značně liší a uživatel pak neodhadne, jak je silná. Tolerance na heroin také může postupně vymizet například při přestávce v užívání. Pak je nutné, při opětovném

⁸⁷ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 126-129

⁸⁸ FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o heroínu. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009, s. 9

⁸⁹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 136-141

užívání, snížit dávku úměrně úrovni tolerance uživatele. Nebezpečí hrozí také při kombinaci s jinými psychotropními látkami a alkoholem.⁹⁰

Heroin vyvolává velmi intenzivní pocit štěstí, blažený klid a netečnost. Potlačuje bolest jak fyzickou, tak duševní. Lidé se cítí uvolnění a oproštění od starostí okolního světa. Heroin je však návykový, psychicky i fyzicky. Velmi rychle se vytvoří tolerance a je nutné zvyšovat dávky už jenom proto, aby se člověk cítil normálně. S vývojem tolerance přechází uživatel většinou od šňupání a kouření k injekcím. Bez heroinu se dostávají velmi nepříjemné abstinenční příznaky jako je pocení, křeče, zimnice, kašel. První zkušenost většinou vyvolává nevolnost a zvracení. Velké riziko je spojeno s nitrožilním užíváním, kdy se do těla mohou dostat různé nečistoty a jedy přidané k heroinu nebo při nedostatečné hygieně hrozí nakažení žloutenkou nebo HIV. Dlouhodobé užívání heroinu je velmi sebezničující a mění celý životní styl uživatelů, jedná se o každodenní boj o přežití.⁹¹

METADON – je syntetické narkotické analgetikum s podobnou účinností jako morfin a působí stejně jako heroin. Byl vyvinut jako náhražka heroinu při detoxikaci. Metadon nevyvolává tak příjemný prožitek štěstí jako heroin tzv. rauš, jeho účinky trvají déle a proto je považován za vhodnou náhražku. Při dlouhodobém užívání metadon vede k závislosti, ale příznaky po vysazení jsou mírnější než u heroinu. Riziko předávkování je i v tomto případě celkem vysoké.⁹²

2.5 Stimulanty

Stimulanty nebo také stimulancia jsou drogy, které působí na centrální nervový systém budivým efektem, vyvolávají u uživatele pocit pohody, síly, energie a sebevědomí. Zároveň snižují chuť k jídlu a potlačují únavu. K hlavním drogám této skupiny patří amfetaminy, pervitin (metamfetamin), kokain a částečně i extáze, která vedle stimulačních účinků může mít i halucinogenní.⁹³

⁹⁰ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 125-127

⁹¹ GANERI A., Drogy. Od extáze k agonii. Praha: Amulet, 2001, s. 37

⁹² KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 115

⁹³ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 166

Účinek těchto drog se projevuje také zvýšeným psychomotorickým tempem, zrychleným myšlením, bdělostí a velkou schopností tvořit různé asociace. Na druhé straně také vyvolávají úzkost a umocňují trému. Po odeznění účinku aktivní látky se často dostavuje stav podobný „kocovině“, kde převládá celkové vyčerpání, únava, bolet kloubů a podobně. Delší opakované užívání může vést k několikadennímu spánku přerušovanému intenzivními pocity hladu. kdy uživatel konzumuje obrovské množství potravy. Dlouhodobé užívání vede ke vzniku závislosti. Stimulancia nevyvolávají závislost somatickou, ale psychickou, pro kterou je typická obrovská touha po droze a jejích účincích (bažení, craving). Užívání stimulancií má dopad na celý organismus a velmi zatěžuje kardiovaskulární systém. Po celou dobu je organismus připraven k nejvyššímu výkonu, což ve spojení se sníženou chutí k jídlu často vede k nadměrné ztrátě hmotnosti. Dlouhodobé užívání pervitinu, amfetaminu nebo kokainu může rovněž vést k toxické psychóze. Ta je v některých případech vyvolána i jednorázovou vysokou dávkou. Psychóza se rozvíjí pozvolna jako nadměrná vztahovačnost. Rozvinutá toxická psychóza u uživatelů stimulancií má charakteristické rysy, především se jedná o paranoidní domněnky, že uživateli chce někdo ublížit, změny nálady, zrakové, sluchové a taktilní (dotekové) halucinace. Příznaky se velmi podobají schizofrenii, což může být v některých případech matoucí. Rozvinutá toxická psychóza bývá většinou důvodem k hospitalizaci, kdy nastupuje antipsychotická léčba psychofarmaky.⁹⁴

Zatímco amfetaminy vznikly v laboratořích koncem dvacátých let dvacátého století, kokain, získávaný z rostliny koka rostoucí v horských oblastech Peru a Bolívie, má za sebou dlouhou historii. Více než tisíc let žvýkali jihoameričtí domorodci kokové listy, aby zahnali hlad a pocit únavy při namáhavé práci.⁹⁵

AMFETAMINY – jsou syntetické stimulační látky působící na lidský organismus podobně jako adrenalin (vybuzení a mobilizace energie). Dříve byly tyto látky ve volném prodeji jako prostředek na zvládnutí depresí, na potlačení chuti k jídlu při redukčních dietách, na potlačení únavy a spánku. Amfetaminy se většinou nabízejí ve formě šedého nebo růžového prášku, který se buď polyká, natahuje nosem nebo

⁹⁴ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 164-165

⁹⁵ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 166

rozpustí do injekce. Nelegálně vyráběný amfetamin obvykle silně zapáchá rybinou. I po malých dávkách může nastat tzv. amfetaminová psychóza, charakteristická zvraty nálady, neklidem, zmateností, podrážděným až agresivním jednáním. Injekční užívání amfetaminu se považuje za mimořádně nebezpečné. Vedle možného poškození žil, jater a svalů je zde i zvýšené riziko předávkování. Pro uživatele amfetaminu jsou často typické několikadenní tzv. tahy, kdy téměř nejedí a nespí. Počáteční příjemné pocity euforie přecházejí k paranoidním iluzím, halucinacím a nepříjemným pocitům jako zápach plynu nebo lezení hmyzu po kůži. Zdravotní rizika směřují na oběhový systém. Často dochází ke zvýšení krevního tlaku, nepravidelné srdeční činnosti a mrtvici. Tolerance se vyvíjí velmi rychle a i po malých dávkách se může rozvinout psychická závislost.⁹⁶

PERVITIN – je krystalický metanfetamin (derivát amfetaminu). Narozdíl od kokainu se jedná o látku syntetickou, vyrobenou člověkem. Na černém trhu je k dostání jako bílá látka ve formě prášků nebo krystalů hořké chuti, bez zápachu. Snadno se rozpouští ve vodě nebo v alkoholu. Užívá se šňupáním, kouřením nebo nitrožilně. Pervitin vytváří silné drogové opojení spojené s pocitem jistoty, hyperaktivity a zvýšené energie. Pervitin je vysoce návykový a někteří uživatelé popisují, že se stali závislími již od první dávky. V České republice je pervitin velmi rozšířenou drogou. Udává se, že 60% všech lidí, kteří vyhledají léčbu, jsou závislí na amfetaminech nebo pervitinu. Pervitin je vyráběn v různých tajných laboratořích z dostupných léků proti nachlazení a dalších nebezpečných chemických látek.⁹⁷

Pervitin ovlivňuje motoriku, psychické funkce, snižuje únavu a vede k euforii. V těle uvolňuje zásoby energie, zvyšuje výkonnost a způsobuje nechutenství. Zároveň urychluje tok myšlenek, velmi často na úkor kvality. Uživatelé nemají potřebu spánku. Po odeznění účinku dochází k depresivní fázi spojené s pocitem vyčerpání a celkové skleslosti. Při předávkování se objevují křeče a zvýšení tělesné teploty. Dlouhodobé užívání vede k psychóze podobně jako u dalších amfetaminů. Zároveň se vytváří

⁹⁶ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 170-179

⁹⁷ FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o pervitinu. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám-řekni ano životu, 2009, s. 1-10

tolerance a pro dosažení žádoucích účinků je potřeba stále větší dávka drogy. Někteří uživatelé si vstříkují proto pervitin každé dvě až tři hodiny.⁹⁸

Při dlouhodobém užívání může způsobit pervitin trvalá poškození ledvin, jater, plic a mozku. Pokud je látka kouřena, tak poškozuje dýchací cesty, pokud se šnupe, tak dochází ke zničení tkání v dutině nosní. Nezanedbatelné je také poškození krevních cév, vysoký krevní tlak a podvýživa. Toxické přísady v pervitinu způsobují vážné poškození zubů, označované jako „pervitinová ústa“. Abstinenční příznaky se mohou projevit po třiceti až devadesáti dnech po užití poslední dávky. Nejprve se projevují jako snížená energie a neschopnost zažívat slast. Poté se dostaví touha po droze a často se objevují sebevražedné sklony. Abstinence na pervitinu je velmi nepříjemná a bolestivá, mnoho uživatelů se k droze opět vrátí.⁹⁹

KOKAIN – je silná stimulační droga vyrobená z listů keře koky. Kokain upravený ke kouření se nazývá **crack**. Kokain se vyskytuje ve formě bílého prášku, který se buď šňupá nosem, vpichuje nebo kouří. Kokain působí poměrně krátkou dobu, jeho účinky se vytrácí přibližně po čtyřiceti minutách. Po užití nastává pocit obrovské energie, pohotovosti, sebevědomí a společenské nálady. Stimulují se mozková centra a uživatel pociťuje nával euforie.¹⁰⁰

Vedle pervitinu je kokain látkou, která vytváří největší psychickou závislost ze všech známých drog. Kombinací s jinými návykovými látkami se ještě více zvyšují rizika užívání kokainu, především nepředvídatelný účinek na organismus. Počáteční intenzivní opojení je rychle vystřídáno intenzivní depresí, podrážděností a touhou po další dávce drogy. Kokain zvyšuje riziko infarktu, mrtvice a selhání dýchacího systému. Tolerance se vytváří poměrně rychle a k navození žádoucího účinku je nutné neustále zvyšovat dávky. Dlouhodobé užívání vede ke ztrátě chuti k jídlu, dostavují se psychotické poruchy, halucinace a nespavost. Lidé závislí na kokainu jsou schopni udělat cokoli, aby drogu opět dostali.¹⁰¹

⁹⁸ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 184-185

⁹⁹ FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o pervitinu. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám-řekni ano životu, 2009, s. 11, 13, 17

¹⁰⁰ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 115-116

¹⁰¹ FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o kokainu. Praha: Občanské sdružení Řekni ne drogám-řekni ano životu, 2009, s. 8-11

EXTÁZE – MDMA (methylenedioxyamfetamin) se stala symbolem tanečních party a často se označuje jako „*droga lásky*“. Jedná se o stimulační drogu vyvolávající změny nálad, odstraňuje zábrany a usnadňuje navázání kontaktu s ostatními lidmi. Extáze dokáže vybudit energii, navodit pocit blízkosti a euforie. Velmi oblíbenou se stala především u mládeže v devadesátých letech dvacátého století. Mezi její účinky patří změny nálady a pocit vnitřní pohody. Může však vyvolat i závratě, sucho v ústech, drkotání zubů, zimnici a bušení srdce. Při užívání extáze je velmi vysoké riziko přehřátí organismu a dehydratace. Oproti jiným drogám je extáze poměrně nová droga a nejsou zcela zmapovány všechny její účinky na lidský organismus a psychiku. Poté, co pocity blaženosti přejdou, nastává deprese a podrážděnost doprovázená nespavostí, sníženou schopností koncentrace a únavou.¹⁰²

Extáze se většinou vyskytuje ve formě tablet, kapslí nebo jako prášek z rozdrcené pilulky. Tablety extáze mají nejrůznější tvary a barvy a jsou označeny různými módními značkami. Rozdrcené tablety se dají rovněž šňupat, kouřit v jointu nebo vypít v nápoji. K účinkům drogy se vyvíjí tolerance a potřeba vyšších dávek k navození požadovaného efektu. Nevyskytuje se žádná tělesná závislost. Psychická závislost se ale objevuje. Při dlouhodobém užívání dochází také prokazatelně ke změnám v mozku a poškození některých nervových zakončení. Trvale se snižuje hladina serotoninu (tvůrce dobré nálady v mozku).¹⁰³

2.6 Halucinogenní drogy

Do skupiny halucinogenních drog patří celá řada chemických látek, které působí na mozek tím způsobem, že mění vnímání okolního světa. Většina z těchto drog se vyskytuje v rostlinách z lesů a pralesů. Jejich neobyčejné vlastnosti a účinky na lidskou psychiku jsou často spojovány s mystičností. Vidiny pod vlivem těchto silných drog mohou být nádherné i děsivé. Záleží na momentálním psychickém rozpoložení uživatele, prostředí i droze samotné. Halucinogenní drogy mírně působí

¹⁰² GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 87-92

¹⁰³ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 204-217

také na krevní tlak, činnost srdce, mohou vyvolat křeče nebo zvedání žaludku. Největší účinek je však na mozek.¹⁰⁴

LSD – je nejznámějším syntetickým halucinogenem. Tuto drogu objevil v roce 1938 Albert Hofman. Poprvé byla získána z námele houby paličkovice nachové. Na začátku 40. let byly provedeny další pokusy a popsáno, jak droga působí. LSD začala testovat i americká armáda. V 60. letech však došlo k zákazu těchto testů. To se již prostřednictvím fakultních nemocnic rozšířilo LSD na univerzitní půdu mezi studenty. Dokonce se věřilo, že je to jakýsi „*chemický klíč k otevření mysli novým skutečností, uvědomění si sama sebe a osvícení.*“¹⁰⁵

Zážitku, který je spojen s užíváním LSD se říká trip (cesta, výlet), protože je to vlastně cestování na jiné místo. LSD je většinou k dostání v podobě malých čtverečků papíru, které jsou napuštěné v roztoku LSD a alkoholu. Tyto malé čtverečky jsou velmi často potištěny různými znaky, symboly, firemními značkami i barevnými postavkami z komiksů či z filmů.¹⁰⁶

Druhou formou, ve které se LSD vyskytuje, jsou malé granulky, připomínající umělé hnojivo. Jak papírky, tak granulky se nechají postupně rozpustit v ústech. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové LSD-25. Zlatá éra této drogy byla v 50. a 60. letech, kdy se LSD využívalo v uměleckých a meditačních experimentech. Tehdy byl obsah aktivní látky v jednom tripu větší (přibližně 150-300 mikrogramů) než je tomu dnes (50-80 mikrogramů).¹⁰⁷

Aktivní látka začíná účinkovat do 30 minut po požití, vrcholí po dvou až šesti hodinách a mizí po osmi až dvanácti hodinách. LSD je velmi silná droga. Shapiro demonstruje její sílu ve skutečnosti, že množství LSD vážící jako jedna poštovní známka stačí na 2500 dávek. Uživatelé vidí různé zrakové efekty, jasné barvy, formované tvary, létající předměty a podobně. Emocionální reakce jsou různé, časté je však zvýšené sebeuvědomění a mystické stavy. Nepříjemné prožitky spojené s užitím LSD se nazývají „*špatný trip*“ a mohou úzkost, deprese, závrať a podobně. Mnoho

¹⁰⁴ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 169

¹⁰⁵ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 266-270

¹⁰⁶ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 109

¹⁰⁷ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 169-170

uživatelů také popisuje tzv. flashbacky (zpětné záběry), kdy dochází ke krátkodobému jasnému znovuprožití části tripu bez užití drogy. V některých případech se stává, že při opakovaném užívání LSD je psychika uživatele natolik ovlivněna, že se už nikdy plně nenavrátil k normálnímu vědomí. Na LSD závislost nevzniká, ale naopak velmi rychle vzniká tolerance. Za tři až čtyři dny, kdy se zvyšují dávky, dosáhne uživatel limitu, kdy droga již nepůsobí. Aby znovu získal citlivost na drogu, je třeba několikadenní přestávka.¹⁰⁸

HALUCINOGENNÍ HOUBY – Existuje kolem dvaceti druhů hub, které obsahují halucinogenní látku psilocin a psilocybin. Jednou z nejsilnějších hub je lysohlávka česká, běžně se vyskytující v našich podmínkách. Další oblíbenou houbou je muchomůrka červená. Houby se konzumují buď čerstvé, vaří se, slouží k přípravě čaje nebo se suší. Účinky houbiček se dostávají po sedmi minutách až jedné hodině po požití, podle množství a způsobu konzumace. Vrchol prožitku je zpravidla po třech hodinách po požití. Uživatel vidí nejrůznější barvy, tvary a věci, které nejsou skutečností. Největší riziko při konzumaci houbiček spočívá v chybě při určení druhu houby a náhodnému požití jedovatých hub namísto halucinogenních. V případě „špatného tripu“ může dojít k pocitům strachu a úzkosti a opakovaným flashbackům.¹⁰⁹

Podobně jako LSD, ani houbičky nejsou návykové. Nevyskytuje se u nich tzv. syndrom odnětí drogy. Vysoké dávky lysohlávek nebo muchomůrek červených však mohou způsobit vážné a nevratné poškození ledvin a jater.¹¹⁰

2.7 Inhalanty

„Zneužívání těkavých látek vdechováním je záměrné vdechování výparů různých komerčních výrobků s obsahem rozpouštědel s cílem ovlivnit psychiku.“¹¹¹

Kupovat nebo vlastnit rozpouštědla není zákonem zakázáno a navíc jsou tyto látky velmi snadno dostupné. Mezi takto zneužívané těkavé látky patří nejčastěji lepidla, toluen, benzín, průmyslové čisticí a odmašťovací prostředky, osvěžovače

¹⁰⁸ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 274-276

¹⁰⁹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 280-281

¹¹⁰ KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 171

¹¹¹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 100

vzduchu, čisticí prostředky pro domácnost, barvy a ředidla, náplně do zapalovačů, hasící směsi, spreje proti hmyzu a podobně.

Uživatelé vdechují výpary přímo z otevřených nádob nebo v případě rozpouštědel je vylévají na hadr nebo na části oděvu (manžety, límec). Časté je také čichání pod plastovou nebo papírovou taškou za účelem zvýšení účinku, což zvyšuje současně i riziko udušení. Vdechované výpary rozpouštědel se velmi rychle v plicích vstřebávají a dostávají se do mozku. Následně vyvolávají pocity dobré nálady, závratě, nevolnost, ospalost a halucinace. U těchto halucinací obvykle uživatelé vědí, že co vidí, není skutečnost. Podle svědectví „čičačů“ lze prý tyto halucinace ovlivnit nebo dokonce vyvolat společné skupinové halucinace.

Zdravotní rizika čichání jsou namířena především na dýchací systém, po větších dávkách se dýchání zpomaluje a může se zcela zastavit. Následuje bezvědomí a může dojít i k úmrtí. Riziko úmrtí je v těchto případech nepředvídatelné a často je spojeno s toxickými účinky těchto látek. Ve spojení s alkoholem či jinými drogami se toto riziko ještě zvyšuje. Jednou z nejčastěji takto zneužívaných látek je toluen, který vede k trvalému poškození ledvin, jater a srdce. Negativní změny byly zaznamenány také v činnosti mozku. Dlouhodobým užíváním trpí paměť a pozornost.¹¹²

K dlouhodobým účinkům patří také svalová slabost, neschopnost koordinace, deprese, snížená inteligence, ztráta sluchu a poškození kostní dřevě. Těkavé látky mohou vyvolávat psychickou i fyzickou závislost. Mezi abstinenci příznaky patří nevolnost, nadměrné pocení, bolesti hlavy, zimnice, podrážděnost a křeče. Vzhledem ke snadné dostupnosti těchto látek téměř ve všech domácnostech, je vdechování rozpouštědel nejvíce rozšířené u dětí a mládeže.¹¹³

¹¹² SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 100-107

¹¹³ FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o inhalantech. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009, s. 9-11

3 MLÁDEŽ A VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ

3.1 Charakteristika mládeže

Mládež je v současné době vnímána jako věková skupina nacházející se v přechodném období mezi dětstvím a dospělostí. Přesné věkové vymezení mládeže a její obecná definice neexistuje a hlediska pro možnou kvalifikaci jsou velmi ovlivněna vědními obory, které se výzkumem mládeže zabývají. Smolík jmenuje hned několik hledisek např. pedagogické, psychologické, sociologické, kriminologické a další. Zároveň zdůrazňuje, že ze sociálně-psychologického pohledu se mládež spojuje se dvěma významnými obdobími v životě člověka – pubescencí (dospíváním) a adolescencí (mládím). Přičemž pubescence je spojována s časovým obdobím od 11 do 15 let a adolescence od 15 do 20-22 let. Pro toto období je typické především postupné osamostatňování se, měnící se závislost na rodině, vytváření silných vrstevnických vztahů, intenzivní příprava na budoucí povolání, specifický způsob života, převaha zábavných aktivit a zvýšená citlivost.¹¹⁴

Dospívání je také obdobím, ve kterém stojí v popředí vyhledávání nových zážitků, riskování a vyznávání jiných hodnot, než učí rodiče či vychovatelé. Dospívající lidé se bouří, dávají najevo svoji vlastní identitu především odpoutáním se od rodičů. Zároveň se snaží co nejlépe zapadnout mezi své vrstevníky a dosáhnout toho, aby je akceptovali.¹¹⁵

Smolík rovněž upozorňuje na to, že charakteristika mládeže 21. století je ve značné míře ovlivněna tzv. kultem mládí. Ten má za následek skutečnost, že se mezi mládež počítají i osoby, které do této skupiny ještě nedávno vůbec nepatřily. Za konec tohoto období je považován věk 32 let. Ve skutečnosti se jedná o oddalování dospělosti. Stále více mladých lidí upřednostňuje nezávislost, volnost, svobodu, lákají je možnosti cestování, poznávání nových věcí, kultur a lidí.¹¹⁶

Goodyer si všímá způsobu, jakým je mládež prezentována v médiích. *„Dnešní dospívající lidé patří k té nejzatravanější generaci všech dob. Mladí byli a jsou sice často terčem kritiky svých rodičů a prarodičů, ale dnes se zdá, že když dojde na mladé*

¹¹⁴ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 20

¹¹⁵ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 14

¹¹⁶ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 19

lidi pod dvacet pět, mají média zájem podávat zprávy jen o těch špatných věcech, jako je braní drog a kriminalita mládeže. Takové zprávy jen stěží odrážejí skutečnost, a to proto, že většina mladých lidí nemá nic společného ani s jedním.“¹¹⁷

Současná mládež se poměrně výrazně liší od dospívajících lidí z let minulého století. Podle starší generace si mladí žijí daleko lépe než kdy jindy a životní úroveň dnešních teenagerů je nesrovnatelně vyšší než životní úroveň jejich praparodičů, kteří většinou prožili druhou světovou válku. Je také daleko lepší než životní úroveň jejich prarodičů, kteří převážnou část života prožili v totalitě a je dokonce vyšší než životní úroveň jejich rodičů, kteří zažily poměrně náročný přechod od totality k demokracii. Ačkoliv hlavní rysy mládí a dospívání zůstávají v průběhu staletí nezměněny, rozdíl je především v tlaku, který vytváří společnost nejen na mládež, ale také na rodiče. Ideálem dnešní společnosti jsou úspěšní, téměř dokonalí krásní lidé s úžasnou postavou, moderním značkovým oblečením a finančním zajištěním. Mládež je v tomto smyslu neustále ovlivňována prostřednictvím médií. Stále vzrůstají také nároky na vzdělání. Na druhé straně se mnoho rodičů potýká s nezaměstnaností a díky vládním škrtům a reformám životní úroveň mnoha rodin klesá. Nejistota a stres mají pak za následek rozpad rodinných vztahů.

V současné medicíně a psychiatrii se objevil nový fenomén označovaný jako **syndrom rizikového chování v dospívání**, který může velmi významně ovlivnit život jedince i jeho zdraví. Rizikové chování často představuje právě řešení nějakého osobního problému a těžkostí. Může být spojené se snahou zvýšit vlastní sebevědomí, sebedůvěru nebo se zařadit do skupiny vrstevníků, která rizikové chování toleruje či dokonce prosazuje. Projevy tohoto syndromu definují tři skupiny rizikového chování:

118

- nadměrné užívání návykových látek (nikotin, alkohol, marihuana a další)
- snižování věku zahájení sexuálních aktivit mládeže
- zvyšování agresivity, delikventního a kriminálního chování, sebepoškození a sebevražednost

¹¹⁷ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 15

¹¹⁸ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 48

Matoušek a Kroftová jmenují několik skupin mládeže, které mají ztížený přístup k dobrému společenskému uplatnění než ostatní: ¹¹⁹

- děti málo kvalifikovaných rodičů
- děti, o které rodiče málo dbají
- děti žijící na přelidněných perifériích velkoměst
- děti s nepravdělnou školní docházkou

Sociologové zároveň upozorňují na skutečnost, že v naší společnosti existují velmi výrazné hranice mezi jednotlivými společenskými vrstvami. Obvykle platí, že je dokáží překonat pouze velmi zdatní jedinci. Pro část dospívající mládeže jsou cíle středních a vyšších vrstev obyvatelstva téměř nedosažitelné. Matoušek a Kroftová také poukazují na historickou novinku v naší společnosti – vytvoření univerzálních cílů, které se objevily až s příchodem demokracie. „*Cíle bohatších skupin jsou dnes vnucovány mladým i dospělým lidem všech vrstev pomocí všudypřítomných médií a reklamy.*“ ¹²⁰

Cesta k dosažení těchto univerzálních cílů a hodnot je daleko snazší pro jedince, kteří se narodí do rodiny, která disponuje jak finančním tak sociálním kapitálem. Vedle kvalitního vzdělání je na cestě vzhůru na společenském žebříčku důležitý také vhodný okruh přátel a známých, způsob trávení volného času, struktura zájmů a podobně. Jedinci, kteří finančním ani sociálním kapitálem nedisponují, pak vyhledávají cesty náhradní, které zdánlivě vedou ke stejnému cíli. Společnost však v tomto případě představuje pouze okruh známých a společenský úspěch je redukován pouze na jeho symboly, jako například oblečení, motorky, auta, peníze. ¹²¹

3.2 Domov, rodina a její význam

Rodina hraje v životě člověka velmi důležitou roli. Je to první sociální skupina, se kterou se v životě setkává a která na něho působí.

¹¹⁹ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 87

¹²⁰ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 87

¹²¹ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 87

Velmi často můžeme slyšet, že přátele si každý vybírá sám, ale rodinu nikoliv. Rodina může představovat opravdové zázemí, klidný a bezpečný přístav, kde její členové nacházejí pomoc, útěchu, povzbuzení a uspokojení svých potřeb. Pokud však rodina své funkce neplní, může to především pro děti znamenat vážné ohrožení jejich psychického vývoje nebo jeho případnou deformaci různými negativními vlivy.¹²²

Právě toto pozitivní či negativní působení rodiny se velmi výrazně odráží na celkovém formování osobnosti i na vztazích k sobě samému a k ostatním lidem. V souvislosti s experimentováním či s užíváním psychotropních látek v období dospívání je funkce rodiny důležitá nejen v oblasti primární prevence, ale i jako pomoc v případě, že dítě problémy s drogou již má.

Matějček se několikrát zmiňuje o tom, že se lidské mládě rodí bezmocné a potřebuje od „svých lidí“ ochranu a péči. Daleko důležitější než pokrytí základních biologických potřeb je však pocit bezpečí a jistoty.

„Nikoliv tedy rozkoš a tlumení takových tělesných nepříjemností jako je hlad, ale pocit jistoty a tlumení takových duševních nepříjemností jako je úzkost jsou ve vší pravděpodobnosti těmi nejdůležitějšími činiteli citového vztahu dítěte k jeho prvotním vychovatelům.“¹²³

Rodina je jakýmsi zmenšeným modelem okolního světa, který umožňuje dítěti základní sociální zkušenost a kde si může ověřit reakce okolí na své chování. Funkční rodina poskytuje dítěti:¹²⁴

- **podněty různé kvality a kvantity** – Jedná se o podporu rozvoje poznávacích procesů a socializace. Velmi důležitou složkou dětské zkušenosti je také jeho hodnocení rodiči.
- **pocit jistoty a bezpečí** – Citové vztahy v rodině jsou významnou emoční zkušeností a slouží jako model pro další mezilidské vztahy. Emoční vztahy a akceptování dítěte v rodině hraje důležitou úlohu při rozvoji dětské identity, sebeúcty a sebedůvěry. Dostatečná sebejistota je pak nezbytným předpokladem tolerance k ostatním lidem.

¹²² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 589

¹²³ MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 2007, s. 15

¹²⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 590

- **podporu** – Rodina má vůči dítěti určitá očekávání. Velmi důležitý je způsob, jakým ho v jeho úsilí podporuje. Může mu buď věřit a podporovat ho nebo ho kritizovat a podceňovat, což vede k deformaci sebevědomí. "
- **model chování** – „*Rodiče působí jako modely, které lze napodobit, popřípadě se s nimi identifikovat,*“ ¹²⁵ Vzorce chování rodičů se pak promítají do způsobu chování dětí. Toto platí jak pro pozitivní, tak pro negativní chování.

Vedle fungující rodiny je velmi důležitý domov, jako místo, kde žijeme, kde se cítíme dobře, v bezpečí, kde jsou lidé, které milujeme a kteří milují nás.

„Dobrý domov je jednou z podmínek šťastného dětství. A šťastné dětství je jednou z podmínek pro dobré, zdravé utváření lidské osobnosti. A duševně zdraví, zdatní a dobře vyspělí lidé tvoří zdravou společnost.“ ¹²⁶

Matějček rovněž upozorňuje na to, že domov je místem, kde se vytváří vědomí naší společenské hodnoty a rovněž naše svědomí, které se stává našim životním průvodcem upozorňujícím na to, co je dobré a co je zlé. Domov vytvářejí dítěti především lidé a není podmínkou, že se jedná jenom o rodiče. K domovu patří stálost prostředí. Dítě si vytváří citové vztahy nejen k lidem, ale i k prostředí a k věcem, které ho obklopují. ¹²⁷

Rodina jako společenská instituce prochází v posledních letech celou řadou významných změn. V evropských státech klesá porodnost, lidé vstupují do manželství později než v minulosti a také stoupá počet rodin, kde o dítě pečuje pouze jeden z rodičů, ve většině případů matka. Nepřítomnost rodičovské postavy v rodině je klasifikována jako rizikový faktor pro vznik maladaptivního chování u dětí. ¹²⁸ K tomuto tvrzení se přiklání i Matějček, když potvrzuje prokázanou spojitost mezi neúplnou rodinou, z níž dítě pochází a toxikománií u mladistvých. Rovněž však upozorňuje na to, že více zločinců a mladistvých toxikomanů pochází z rodin úplných, ale vnitřně nešťastných, než z rodin rozvedených, kde panuje klid a vyrovnanost. Z toho vyplývá, že situace dítěte vyrůstajícího v neúplné rodině je zvláštní, náročná a určitým

¹²⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 590

¹²⁶ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986, s. 175

¹²⁷ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986, s. 176

¹²⁸ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 45

způsobem riziková, ale na druhé straně se tato rizika mohou být překonána a dítě může vyrůst v zdravě sebevědomého a psychicky vyrovnaného jedince.¹²⁹

Goodyer zdůrazňuje především potřebu dítěte být milováno a být součástí své rodiny, někam patřit. Naplnění těchto potřeb je důležitější než přítomnost obou rodičů ve výchově. „*U dětí, které se cítí součástí své rodiny, je méně pravděpodobné, že začnou kouřit, pít nebo kouřit marihuanu, že se dostanou do deprese anebo budou mít sebevražedné tendence. Pokud mají pocit, že je jejich rodič miluje, je úplně jedno, jestli doma žijí jen s jedním z nich nebo s oběma.*“¹³⁰

3.3 Dysfunkční rodina

Všichni členové rodiny na sebe vzájemně působí, ovlivňují se a modifikují své chování. Jejich chování je ovlivněno genetickými dispozicemi a zkušenostmi. Pro každou rodinu je typický určitý styl výchovy, který uplatňují rodiče vůči svým dětem a také reakce, kterými děti na tyto podněty reagují. Ne všichni mají dispozice ke zdárnému plnění rodičovské role. Je vědecky dokázáno, že existují určité vlastnosti rodičů, které zvyšují riziko špatného zacházení s dětmi. Jedná se především o nedostatky v sociální orientaci, osamělost a problémy v mezilidských vztazích, snížená nebo vůbec žádná schopnost empatie a porozumění k potřebám druhého člověka, problematické sebehodnocení, nespokojenost s rodičovskou rolí, nedostatečná sebekontrola a snížené sebeovládání. Rovněž špatná zkušenost z vlastního dětství působí jako jeden z rizikových faktorů. V takových případech se může rodina místo klidného a bezpečného přístavu stát zdrojem zátěže a příčinou vzniku psychických problémů.¹³¹

Pokud je rodinné prostředí chladné, s minimem rodičovského zájmu o děti, pak si dítě s největší pravděpodobností vytvoří nejisté vazby s rodiči a tím pádem i ke světu dospělých. Tato vazba může být buď vyhybavá (tam, kde se rodiče cítí nároky dětí

¹²⁹ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986, s. 34

¹³⁰ GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001, s. 45

¹³¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 592

přetížení) nebo dezorganizovaná (tam, kde je dítě odmítáno, tělesně trestáno, zneužíváno nebo přetěžováno odpovědnostmi dospělých).¹³²

Matějček upozorňuje na skutečnost, že duševní strádání z nedostatku citových a společenských podnětů (psychická deprivace) především v dětství vede k závažným problémům ve vývoji lidské psychiky. U dětí vyrůstajících v ústavech a dětských domovech lze jasně sledovat projevy postižení časným duševním strádáním. Některé z nich sníží své nároky na přívod podnětů, jsou apatické, pasivní a v duševním vývoji zaostávají. U jiných lze pozorovat naopak zvýšení nároků a snahu domoci se svého práva na lásku tím, že se stávají středem pozornosti, provokují, jsou agresivní k jiným dětem, které představují konkurenci v boji o přízeň dospělých. Všechny tyto příznaky pramení z hlubokého pocitu nejistoty a nesprávně vytvořeného vědomí vlastní hodnoty. Nejsou však typické pouze pro prostředí dětských domovů, ale vznikají i v rodinách, kde dítě není přijímáno s láskou, kde se praktikuje výchova chladná, bez citu a ohledů k individuálním potřebám dítěte.¹³³

„Lidé, kteří byly postiženi psychickou deprivací v dětství často vyrostou v osobnosti zvláště ochuzené v citové oblasti, takže nejsou schopni lásku ani dávat, ani přijímat. Platí to o lásce milenecké, manželské, ale také o lásce k dětem.“¹³⁴

Vágnerová poukazuje na to, že lidé vyrůstající v ústavní péči (dětském domově) představují specifickou skupinu citově deprivovaných jedinců. Jejich vlastní rodina nějakým způsobem selhala nebo nebyla schopna jim zajistit přiměřenou výchovu. Při ústavní výchově obvykle není kladen důraz na individualitu, což má za následek, že takto vychovávané děti nejsou zvyklí samostatně rozhodovat a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost. V dětském domově jsou součástí skupiny, kde panují určité strategie a vzorce chování, které v jiném prostředí zcela ztrácejí svůj účel a hodnotu. Po opuštění dětského domova pak trvá poměrně dlouhou dobu, než se plně adaptují na nové podmínky.¹³⁵

¹³² MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 43

¹³³ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986, s. 46

¹³⁴ MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 2007, s. 26

¹³⁵ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, s. 602

3.4 Vliv vrstevnické skupiny

V období adolescence výrazně sílí vliv vrstevnické skupiny, která se tímto stává nejvýznamnějším výchovným činitelem a předstihuje svým vlivem všechny ostatní skupiny, včetně rodiny. Smolík upozorňuje na to, že vrstevnické skupiny jsou charakteristické tím, že jsou „dobrovolné, bez přímé kontroly dospělých, především rodičů, jsou kontrolované vrstevníky a orientované většinou na volnočasové aktivity.“

136

Matoušek a Kroftová předkládají skutečnost, že děti a mládež tráví stále více času ve formálních skupinách v různých kolektivních zařízeních jako je škola, zájmové organizace a podobně nebo v neformálních skupinách v místě bydliště. Díky tomu se dostávají daleko dříve než v minulosti a zároveň na delší dobu do přímé interakce se svými vrstevníky. V závislosti na společnosti, společenské vrstvě, ze které dítě pochází, na instituci, kterou navštěvuje a na dalších faktorech zde můžeme pozorovat celou škálu principů od demokratické interakce až po tvrdé „zákony džungle“. ¹³⁷ Silné vrstevnické vztahy mohou být utvářeny jak v rámci volných skupin sdílejících společnou zábavu a volnočasové aktivity až po party, gangy a delikventní skupiny, které balancují na hranici zákona.

Vrstevnické skupiny hrají velmi významnou roli v procesu socializace mládeže. Mladý člověk se v pubertálním a později adolescenčním věku postupně odpoutává od rodiny, osvojuje si určitá pravidla chování, hodnot a postojů, která mu pomáhají adaptovat se do společnosti, ve které žije a ztotožnit se sociální rolí, kterou má zaujímat v jednotlivých obdobích života. Pro toto období je charakteristické nahrazení konkrétních příkazů a zákazů rodičů neosobními pravidly a hodnotami skupiny, na jejichž formulování se může mladý člověk sám podílet, vytvářet je, chránit a obhajovat. Absence rodičů a vychovatelů jako strážců norem dává mladistvým pocit svobody. Vrstevnické skupiny nabízejí také určitou možnost testovat toleranci dospělých. Typické je provokativní chování, které může sloužit jako indikátor toho, co je ještě akceptovatelné ve světě dospělých či nikoliv. ¹³⁸

¹³⁶ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21

¹³⁷ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 84

¹³⁸ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 21-22

Je vědecky podloženo, že pro mladé lidi, kteří disponují přiměřenou mírou podpory a zázemí ve své rodině, nezastává vrstevnická skupina tak důležitou úlohu jako pro rizikovou mládež z dysfunkčních rodin. I přesto mohou být nároky vrstevnické skupiny a snaha se do ní bez problémů zařadit a obstát mezi jejími členy velmi stresující i pro mládež z rodin plně funkčních. Každá vrstevnická skupina má své specifické požadavky, týkající se nejen úpravy zevnějšku, stylu oblékání, preferované hudby, zábavy, vyjadřování, ale také postojů k rodičům, ke vzdělání, k práci, drogám, sexu a podobně.

*„U dětí frustrovaných nízkou podporou rodiny je pravděpodobné, že potřeba kladného přijetí vrstevnickou skupinou bude ještě silnější než u dětí s dobrým rodinným zázemím.“*¹³⁹

Některé vrstevnické skupiny si vytvářejí své vlastní ideologie jevící se jako zcela nezávislé, které však mohou být impulzem k delikventnímu chování. Tyto ideologie odrážejí současné společenské vztahy a vyjadřují sociální postoje jednotlivých skupin mládeže. Sociologové na základě výzkumů dospívající mládeže odmítají existenci jednotné kultury mládeže a o skupinách mladých dospívajících lidí, kteří se svým životním stylem, specifickým způsobem chování, sklonem k určitým hodnotám, akceptováním či zavrhováním určitých norem odlišují od členů ostatních sociálních skupin, mluví jako o **subkulturách mládeže**.¹⁴⁰

Do období dospívání většinou spadá první experimentování s drogami. Souvisí to nejen se zvýšenou mírou poznávání okolního světa u dospívajících, ale i se snahou najít způsoby, jak vzdorovat rodičovské autoritě a zapadnout do skupiny vrstevníků. Většina rodičů dětí experimentujících s drogou se snaží najít příčinu v tom, že byly ke konzumaci donuceni partou, ze strachu, aby nezůstali mimo. Většinou je situace složitější v tom smyslu, že si dospívající lidé sami většinou vybírají takové přátele, se kterými chtějí trávit volný čas. Pokud si mladý člověk zvolí skupinu, která tráví čas užíváním drog, pak se i on sám s největší pravděpodobností s drogou setká, bude s ní experimentovat a případně se na ní stane závislý.¹⁴¹

¹³⁹ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 85-86

¹⁴⁰ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 35

¹⁴¹ SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005, s. 27.

Macek upozorňuje na to, že vrstevnické vztahy nemají hodnotu sami o sobě, ale jsou jakýmsi prostředkem k utváření a ujasňování vztahu k sobě samému. Velmi rychle se zde mění pozice spoluhráče a soupeře. Dospívající se cítí dobře, pokud jim jejich vrstevníci naslouchají, uznávají je a oceňují. Posiluje to jejich vlastní pozici a dodává pocit významnosti.¹⁴²

Průměrně fungující rodina se však nemusí období dospívání obávat. „*Ve většině rodin nepřináší příklon dítěte k vrstevníkům během dospívání rozchod s rodiči ani přetrhání vazeb k původní rodině.*“¹⁴³

K tomuto tvrzení se přiklání i Matějček, který poukazuje na to, že období dospívání není obvykle spojeno se ztrátou rodičovské autority, nýbrž se jedná o její proměnu a vývojový posun.

„*Mít autoritu neznámá uvést někoho v pouhou podřízenost, ale přitahovat ho mocí své osobnosti. Poskytnout mu pomoc a vedení tam, kde je třeba! Je to výzva k následování. Předpokládá tedy i určitou míru svobodného rozhodování na straně toho, kdo nějakou autoritu přijímá. Přijmout takové vedení znamená pak nejen podříditi se, ale také s důvěrou spoléhat, zbavit se nejistoty a získat pocit bezpečí.*“¹⁴⁴

Jde o jakousi prověrku vztahů a hodnot mezi rodiči a dětmi, kde se odděluje to pravé, hodnotné a trvalé od toho, co je zdánlivé, prchavé a povrchní. V tomto období si děti většinou nejvíce na svých rodičích a vychovatelích cení upřímnosti, která představuje soulad mezi cítěním, myšlením a jednáním. Velmi podstatné místo v žebříčku hodnot mládeže zaujímá také statečnost jako schopnost poprat se s osudem, překonat sám sebe, odolat lákadlům, být věrný svým přesvědčením a ideálům. V některých věcech jsou rodiče nezastupitelní a představují pro své děti určitý model chování a jednání. Týká se to především způsobu, jakým rodiče mluví o druhých lidech, jak si jich váží, jaký mají vztah k práci, jak se vyrovnávají s problémy, z čeho mají radost, jak se chovají k lidem, kteří potřebují pomoc a podobně. V jiných situacích je však naopak důležité nebránit dítěti v cestě za samostatností a nezávislostí. „*Výchovný*

¹⁴² MACEK, P. Adolescence. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 57

¹⁴³ MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998, s. 84

¹⁴⁴ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986, s. 306-309

úspěch není tedy v tom, že mladým lidem vnutíme své postoje a postupy, ale že jim umožníme, aby si sami získali určité zkušenosti.“¹⁴⁵

3.5 Specifika užívání návykových látek u mládeže

Je vědecky dokázáno, že návykové látky u dětí a dospívajících působí poněkud odlišně než u dospělých. Nešpor předkládá některá specifika užívání návykových látek u dětí a mládeže:¹⁴⁶

- Závislost na návykových látkách se vytváří daleko rychleji než u dospělých (řádově v měsících).
- S ohledem k nižší toleranci, menší zkušenosti a sklonu k riskování existuje u mladistvých vyšší riziko těžkých otrav.
- U dětí a dospívajících závislých na návykových látkách je patrné zaostávání v psychosociálním vývoji, což má za následek problémy v oblasti vzdělání, citového vyžívání, sebekontroly a sociálních dovedností.
- Dospívající mají také tendenci experimentovat s různými typy návykových látek, což zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací.
- Časté jsou také recidivy závislostí, i když dlouhodobé prognózy jsou ve spojení s procesem zrání celkem příznivé.

¹⁴⁵ MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicem, 1986, s. 305

¹⁴⁶ NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000, s. 54

PRAKTICKÁ ČÁST

Výzkum se zaměřuje na vliv sociálního prostředí s různým rodinným zázemím, které může vést ke vzniku užívání návykových látek u mládeže.

4. CÍLE

Hlavním cílem výzkumu je **sledování vlivu sociálního prostředí na riziko vzniku závislosti u mládeže**. Kombinace kvalitativního i kvantitativního výzkumu dává možnost zmapovat prvotní zkušenosti s návykovými látkami u dospívajících lidí vyrůstajících jak v rodinách, tak v ústavní péči v dětském domově a zároveň zjistit souvislost mezi rizikovým chováním ve vztahu k návykovým látkám a rodinným a sociálním prostředím. Za dílčí cíle praktické části práce lze považovat průzkum volnočasových aktivit vybrané skupiny mládeže, jejich informovanost o problematice drogové závislosti a jejich názor na primární prevenci užívání návykových látek.

5. STANOVENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza 1.:

Problematika alkoholismu, nikotinismu a jiných toxikománií se týká ve větší míře mladistvých z neúplných nebo dysfunkčních rodin.

Hypotéza 2:

Nejčastějším důvodem k prvnímu vyzkoušení drogy je snaha zapadnout do skupiny vrstevníků.

Hypotéza 3:

Lze předpokládat, že většina mladistvých ve věku od 16 do 19 let již nějakou drogu vyzkoušela.

Hypotéza 4:

Alkohol a tabák u mládeže jsou do značné míry tolerovány (společností, školou i rodiči).

Hypotéza 5:

Dospívající lidé nepřikládají programům drogové prevence velký význam.

6. METODY VÝZKUMU, HARMONOGRAM POSTUPU

Přípravná fáze

Praktická (výzkumná) část práce navazuje na teoretickou část, která slouží jako východisko k přípravě samotného výzkumu. V přípravné fázi byly prostudovány dostupné prameny zabývající se jak toxikománií, nikotinismem, tak cílovou skupinou výzkumu – mládeží a vlivem rodinného a sociálního prostředí na riziko experimentování a užívání návykových látek.

Během přípravné fáze byly rovněž vybrány tři skupiny respondentů s odlišným sociálním a rodinným zázemím a s různými zkušenostmi s návykovými látkami. Podle počtu zúčastněných respondentů z každé skupiny byly zvoleny vhodné metody výzkumu, které pomohly zodpovědět otázky vedoucí k reálnému pohledu na danou problematiku a k objasnění zkoumaných souvislostí.

Na základě prostudované literatury a internetových pramenů byl sestaven dotazník, promyšleny a vytvořeny otázky pro jednotlivé individuální rozhovory s respondenty, které počítají s různými variantami odpovědí. Tyto otázky byly účelně promyšleny tak, aby se co nejefektivněji zjistilo dostatečné množství informací vedoucích k cílům výzkumu.

Realizační fáze

Hlavní část výzkumu vedoucího k potvrzení či vyvrácení hypotéz a naplnění výtčených cílů je tvořena **dotazníkovým šetřením**. Hlavním důvodem k výběru

dotazníkového šetření jako jedné ze zvolených metod výzkumu je skutečnost, že dotazník je pokládán za velice efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců při relativně malých nákladech, jak časových tak finančních. Výhodou této výzkumné metody je také anonymita respondentů.¹⁴⁷

Právě anonymita respondentů byla jednou z podmínek jejich účasti na výzkumu.

Druhá část vlastního šetření v terénu je založena na kvalitativním výzkumu, jehož snahou je odhalit představy zkoumaných jedinců o daném problému a okolním světě a najít významy, které přikládají svému jednání. **Případové studie** měly za úkol nasbírat co nejvíce podrobných informací týkajících se konkrétních respondentů a jejich zkušeností s návykovými látkami. Jako technika pro získávání informací byly zvoleny **nestandardizované (neformální) rozhovory**. Smolík definuje takový typ rozhovoru jako „*rozhovor založený na spontánním generování otázek v průběhu interakce*“ a upozorňuje na to, že „*nashromážděná data se liší rozhovor od rozhovoru a otázky lze volně kombinovat na základě odpovědi respondenta.*“¹⁴⁸

Přestože jednotlivé rozhovory proběhly většinou přirozeně a spontánně, směřovaly jednotlivé otázky k předem stanoveným cílům, byly předem pečlivě připraveny a kombinovány podle konkrétní situace. Důraz byl kladen na to, aby respondenti neměli pocit, že jsou podrobena nějaké formě výslechu, což by zcela zničilo jejich důvěru k celému výzkumu i ochotu rozhovor poskytnout.

Vyhodnocovací fáze

Výsledky dotazníkového šetření byly následně zpracovány a vyhodnoceny, s cílem vytvořit názorný přehled odpovědí z jednotlivých dotazovaných oblastí – rodinné zázemí, volný čas, zkušenost s tabákem a jinými návykovými látkami, prevence užívání návykových látek. Získané informace jsou vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů.

U případových studií byly nejprve vybrány stěžejní informace z rozhovorů a zpracovány ve formě charakteristik jednotlivých respondentů a jejich zkušeností

¹⁴⁷ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 54

¹⁴⁸ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 54

s alkoholem, tabákem a jinými návykovými látkami. Jednotlivé případy byly následně vzájemně porovnány a okomentovány.

Rozhovory s vychovatelem výchovného ústavu a učitelkou jsou předloženy ve formě otázek a odpovědí, vyhodnoceny a porovnány s výsledky dotazníkového šetření a případových studií.

7. VÝZKUMNÁ SKUPINA RESPONDENTŮ A PRAKTICKÉ OVĚŘOVÁNÍ CÍLE VÝZKUMU

Dotazníkové šetření bylo prováděno u studentů 1, 2. a 3. ročníků gymnázia, kde se předpokládá z hlediska drogové problematiky, alkoholismu a nikotinismu dostatečná informovanost a poměrně vysoká úroveň primární prevence. V této skupině většinou převládají mladí lidé s dobrým rodinným zázemím. Respondenti, kteří byly ochotni se šetření zúčastnit, vyplnili samostatně předem připravené otázky. Studenti byli seznámeni s tím, za jakým účelem je průzkum realizován a zároveň ujištění o anonymitě dotazníkového šetření, což v mnoha případech výrazně pomohlo překonat veškeré obavy z účasti na něm. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem **98** respondentů ve věku **16-19** let. Dotazník obsahoval 30 otázek a několik podotázek týkajících se především zkušeností studentů s alkoholem, cigaretami a jinými návykovými látkami. Rovněž bylo zjišťováno jejich rodinné zázemí, způsob trávení volného času a drogová prevence v rámci školy. V dotazníku byly použity jak polootevřené otázky dávající částečně možnost vlastního vyjádření a současně vyzývající respondenty k hlubšímu zamyšlení se nad jejím obsahem, tak otázky uzavřené, které připouštějí pouze jednu z odpovědí. Uzavřené otázky byly použity tam, kde hrozí riziko vyhýbavých odpovědí nebo zobecňování daného problému.

Případové studie jako metoda kvalitativního výzkumu měly být prováděny pomocí nestandardizovaných (neformálních) rozhovorů na základě předem dohodnutých setkání. První rozhovory měly být uskutečněny s dospívajícími lidmi, vychovávanými v dětském domově. Vzhledem k ochraně soukromí těchto dětí však nebylo povoleno osobní setkání.

Rozhovory nakonec byly uskutečněny se třemi dospívajícími dívkami ve věku 17, 17 a 18 let prostřednictvím psychologky působící ve vybraném zařízení. Podmínkou byl jejich souhlas s účastí na výzkumu a záruka naprosté anonymity. Vzhledem k vývoji situace bylo nutné použít metodu **standardizovaných rozhovorů**, kde byly otázky předem připraveny. Po uskutečnění těchto rozhovorů proběhlo konzultační setkání s psychologkou, která tlumočila odpovědi jednotlivých respondentů a současně pomohla objasnit některé souvislosti vztahující se k jejich původním rodinám a sociálnímu zázemí. Veškeré informace byly opět založeny na utajení identity jednotlivých dívek. Některé z nich jsou v ústavu již od malička, jiné se sem dostaly až v pozdějším věku. Jakmile dovrší 18 nebo 19 let, budou nuceni ústav opustit a začít žít zcela jiný život, odlišný od toho dosavadního. Tato změna čekala během jednoho či dvou let všechny zúčastněné z této skupiny respondentů. Podrobný výzkum jednotlivých případů měl pomoci blíže analyzovat životní zkušenosti, sociální vlivy a vlastní postoje jednotlivých respondentů v souvislostech s užíváním návykových látek. Přesto, že získané výsledky nelze zobecňovat, je možné porovnáním jednotlivých případů vyzorovat určité detaily, které objasňují složitosti zkoumaného problému a vztahy mezi nimi.

Další tři rozhovory proběhly ve výchovném ústavu pro děti experimentující s návykovými látkami a pro drogově závislé. Tentokrát mohla být použita původně naplánovaná **metoda nestandardizovaných rozhovorů**, která se v tomto případě jevila jako nejvhodnější a nejpřirozenější. Rozhovory byly uskutečněny během veřejné sportovní akce, které se chlapci pod vedením svých vychovatelů zúčastnili. Po dohodě s psychologem zařízení a vychovatelem byli osloveni tři chlapci a požádáni o rozhovor. Vybraní chlapci, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru, byli ve věku 16,17 a 17 let. Jeden z nich se z výchovného ústavu vrátí po skončení terapie do dětského domova a další dva chlapci do svých rodin. Ačkoliv byla všem zúčastněným rovněž přislíbena anonymity, bylo možné v některých případech pozorovat projevy nedůvěry a z toho plynoucí neochotu odpovídat na určitý typ otázek.

Při realizaci terénního výzkumu bylo nutné dodržovat určitá pravidla a zásady, které pomáhají ke zdárnému shromažďování potřebných dat. Zvláště při rozhovorech s narkomany je důležité přistupovat k jednotlivým respondentům bez předsudků. Ačkoliv Smolík připouští, že u kvalitativního výzkumu se od nezaujatosti výzkumníka

upouští a naopak se počítá s jeho předchozími zkušenostmi, názory, stanovisky i předsudky, které mohou porozumění i interpretaci ovlivnit.¹⁴⁹

Navázání kontaktu s jednotlivými respondenty proběhlo prostřednictvím jejich vychovatelů a učitelů, kteří byli většinou velmi vstřícní a ochotní. Informace od nich získané odrážely nejen jejich zkušenosti a dlouholetou praxi, ale napomohly i lépe formulovat jednotlivé otázky při rozhovorech s ohledem na citlivá místa jednotlivých respondentů. Ze společných neformálních rozhovorů s nimi vzešla myšlenka porovnat jejich vlastní pohled na danou problematiku s pohledem jejich žáků či svěřenců. První z těchto rozhovorů proběhl s vychovatelem výchovně léčebného oddělení výchovného ústavu pro děti experimentující s návykovými látkami a drogově závislé. Druhého rozhovoru se zúčastnila učitelka, která se zabývá již několik let drogovou prevencí na škole, kde se provádělo dotazníkové šetření. Cílem těchto rozhovorů bylo shromáždit informace o dané skutečnosti z pohledu druhé strany (vychovatelů, učitelů) a získat tím možnost porovnat je s informacemi získanými z průzkumů mládeže.

Poslední plánovanou skupinou respondentů byli rodiče dotazovaných dětí. V případě oslovených chlapců z výchovného ústavu a děvčat z dětského domova nebylo bohužel možné, z důvodu zachování soukromí, kontaktovat jejich rodiče a oslovit je s výzkumným rozhovorem. Rozhovory byly nakonec uskutečněny se zástupci rodičů dvou dospívajících dětí z gymnázia, na kterém bylo provedeno dotazníkové šetření.

¹⁴⁹ SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 52

8. VÝSLEDKY VÝZKUMU

VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření proběhlo se studenty gymnázia za přítomnosti jednoho z pedagogů v předem dohodnutém termínu a čase, na jaře roku 2012. Respondenti byli předem seznámeni se způsobem vyplňování jednotlivých otázek dotazníku, čímž se zdárně předešlo neúplným odpovědím či jiným nepřesnostem, které by mohly negativně ovlivnit výsledky šetření. Vzhledem k tomu, že pedagogové na vybrané škole studentům vykají, bylo i v dotazníku použito vykání.

Odpovědi byly následně tříděny podle podobnosti a souvislostí, kategorizovány a zpracovány v programu Microsoft Excel. Výsledky byly přehledně shrnuty do tabulek a grafů.

1. Rozdělení skupiny respondentů podle věku a pohlaví

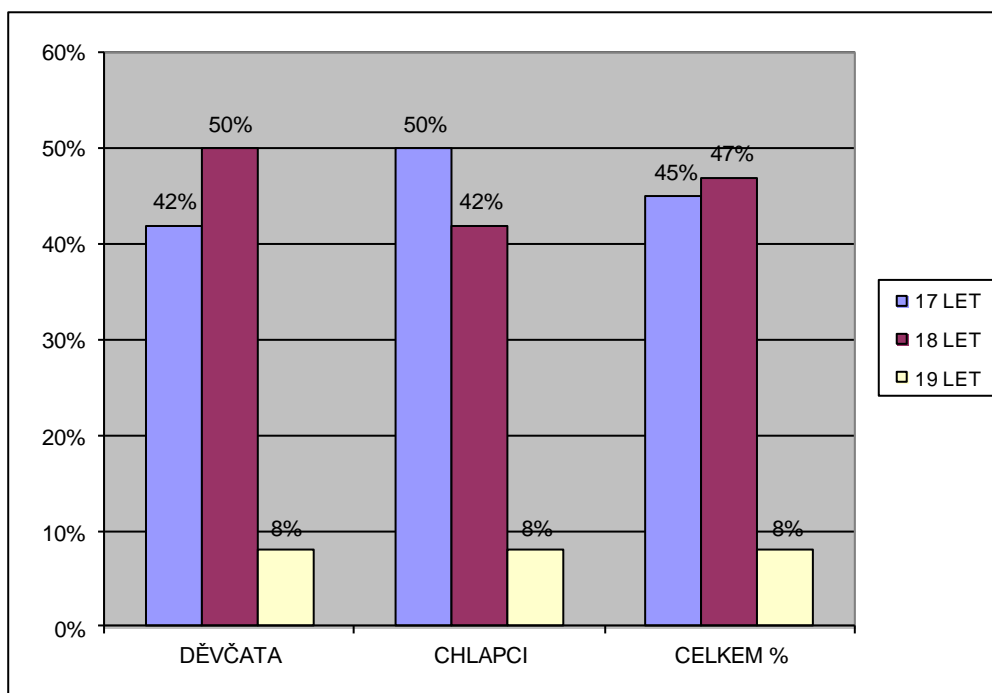
Otázka 1: Věk a pohlaví

Z celkového počtu **98** respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo **62 dívek**, což tvoří 63 % z celkového počtu všech dotázaných a **36 chlapců**, což tvoří přibližně 37 %. Věková hranice respondentů se pohybovala v rozmezí 16-19 let.

Tabulka č. 2 Rozdělení skupiny respondentů podle věku a pohlaví v číslech

VĚK/POHLAVÍ	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
17 LET	26	18	44
18 LET	31	15	46
19 LET	5	3	8

Graf 1: Věk a pohlaví respondentů v procentech



2. Rodinné zázemí respondentů

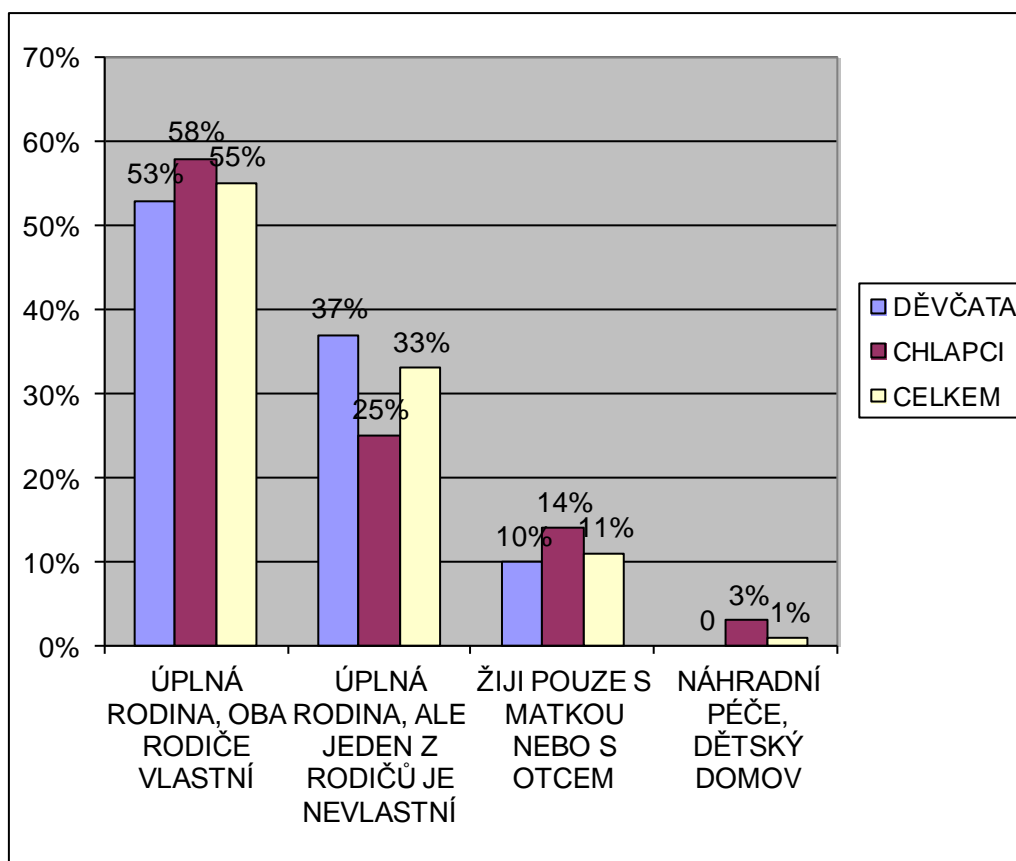
Otázka 2: Jaké je Vaše rodinné zázemí?

Většina dotázaných, celkem **88%**, žije v úplné rodině buď s oběma vlastními rodiči, nebo si po rozvodu jeden z rodičů našel nového životního partnera, se kterým žije ve společné domácnosti. **14%** všech dotázaných uvedlo, že žije pouze s matkou nebo pouze s otcem. V jednom případě byla uvedena náhradní péče, chlapce vychovává teta se strýcem.

Tabulka 3: Rodinné zázemí respondentů v číslech

RODINNÉ ZÁZEMÍ	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ÚPLNÁ RODINA, OBA RODIČE VLASTNÍ	33	21	54
JEDEN Z RODIČŮ JE NEVLASTNÍ	23	9	32
ŽIJÍ POUZE S MATKOU NEBO S OTCEM	6	5	11
NÁHRADNÍ PÉČE, DĚTSKÝ DOMOV	0	1	1

Graf 2: Rodinné zázemí respondentů v procentech



3. Rodinná atmosféra

Otázka 3: Jak hodnotíte Vaši rodinnou atmosféru?

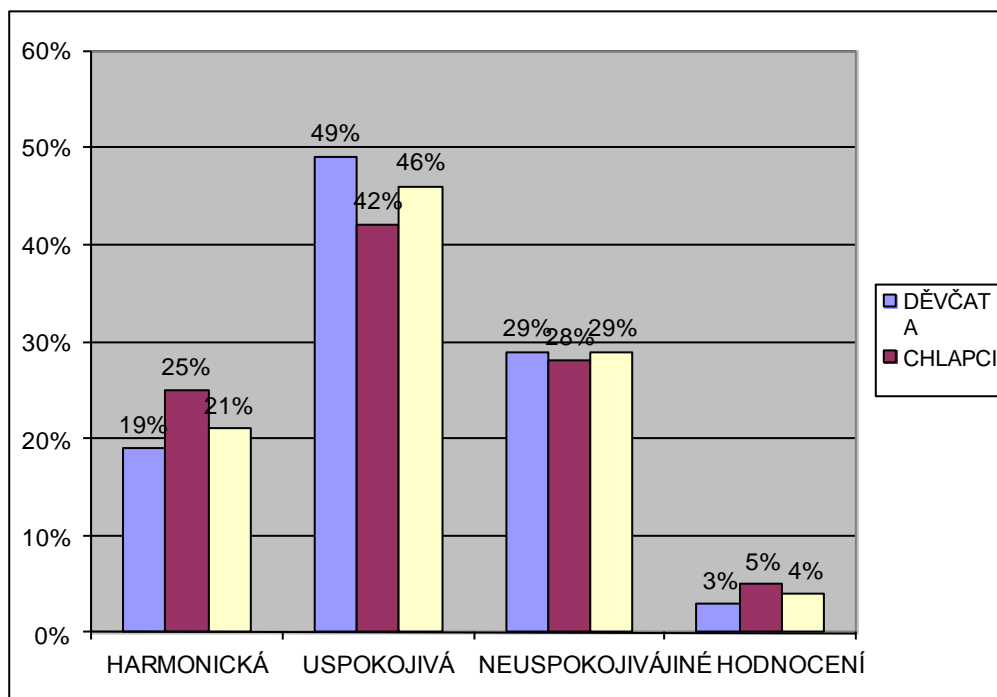
Naprostá většina dotázaných hodnotila rodinnou atmosféru jako harmonickou nebo uspokojivou, v obou kategoriích to bylo celkem **67%** respondentů. Jako neuspokojivou hodnotilo rodinnou atmosféru **29%** respondentů.

Tato otázka nabízela vedle daných možností odpovědi také prostor na vlastní vyjádření a hodnocení rodinné atmosféry vlastními slovy. Této možnosti využili pouze čtyři respondenti, dvě dívky a dva chlapci. Obě dívky hodnotily rodinnou atmosféru jako „*stresující a napjatou*“, jeden z chlapců ji popsal jako „*katastrofální*“ a druhý z chlapců jako „*nudnou*“.

Tabulka 4: Rodinná atmosféra v číslech

RODINNÁ ATMOSFÉRA	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
HARMONICKÁ	12	9	21
USPOKOJIVÁ	30	15	45
NEUSPOKOJIVÁ	18	10	28
JINÉ HODNOCENÍ	2	2	4

Graf 3: Rodinná atmosféra v procentech



4. Důvěrné osoby

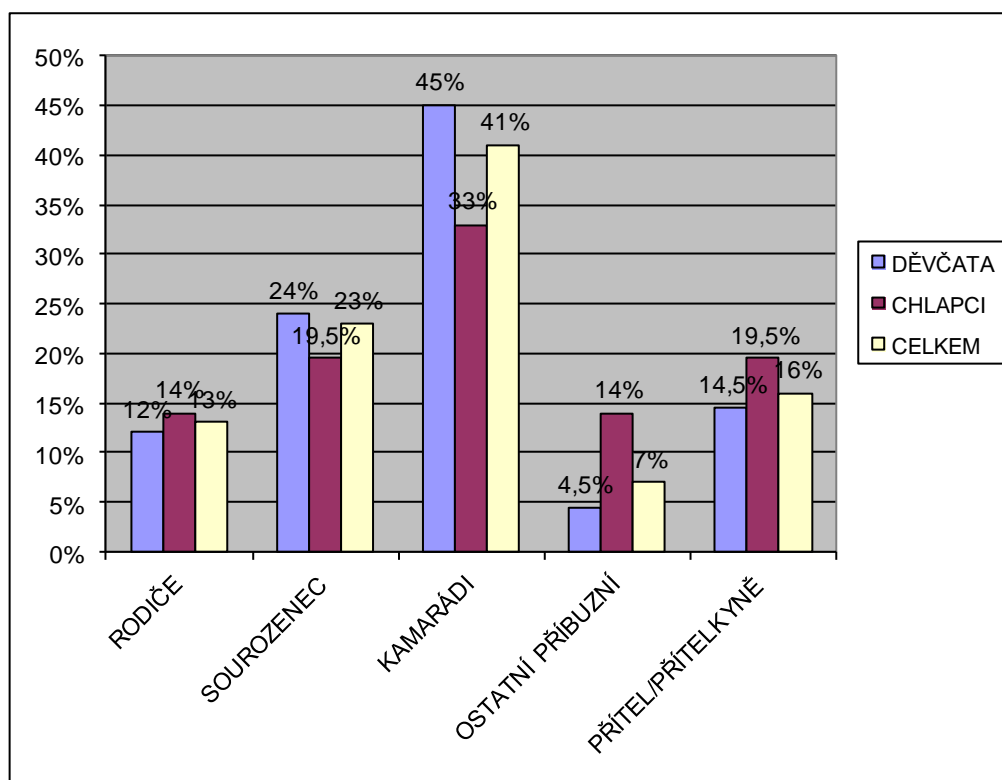
Otázka 4: Komu se nejčastěji svěřujete, s kým řešíte důležité věci a problémy?

Z výzkumu vyplynulo, že největší počet respondentů se obvykle svěřuje a radí se svými kamarády, které uvedlo celkem **41%** dotázaných. Celkem velké procento dotázaných uvedlo své sourozence, **23%**. Možnost uvést jinou osobu využilo celkem 16 respondentů a všichni uvedli svého přítele či přítelkyni, rozuměno člověka, se kterým je poji velmi důvěrný a většinou i intimní vztah. Pouze **13%** respondentů uvedlo své rodiče a **7%** respondentů ostatní příbuzné.

Tabulka 5: Důvěrné osoby v číslech

KOMU SE SVĚŘUJI	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
RODIČE	8	5	12
SOUROZENEK	15	7	22
KAMARÁDI	28	12	40
OSTATNÍ PŘÍBUZNÍ	2	5	7
PŘÍTEL/PŘÍTELKYNĚ	9	7	16

Graf 4: Důvěrné osoby v procentech



5. Volnočasové aktivity

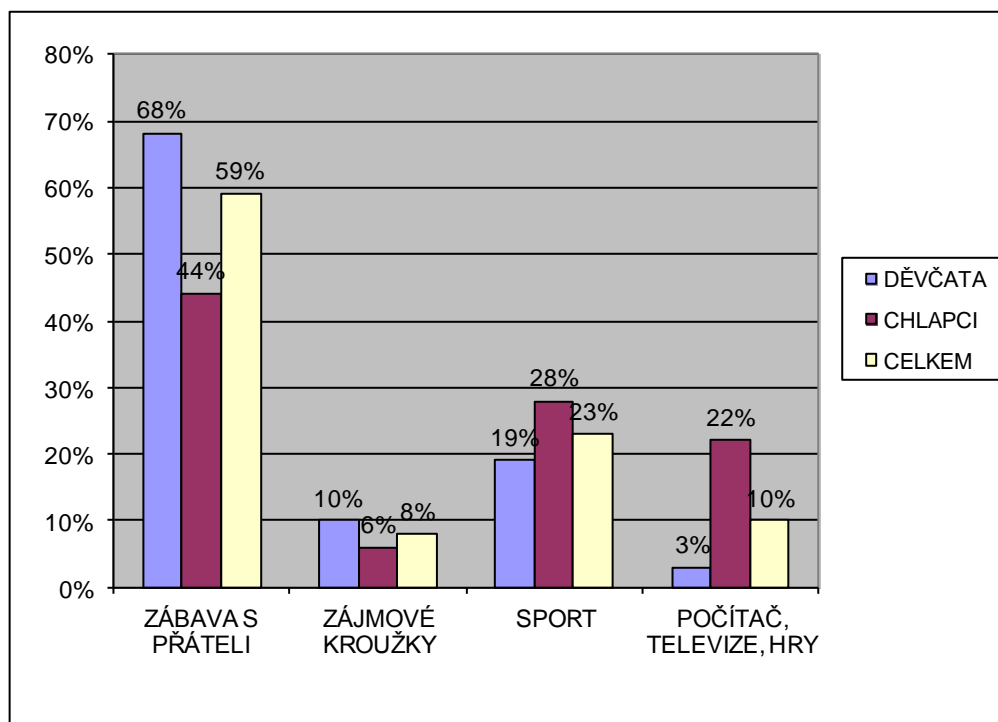
Otázka 5: Jakým způsobem trávíte nejčastěji volný čas?

Naprostá většina respondentů – **59%** uvedla, že volný čas tráví obvykle zábavou s přáteli. Sport a zájmové kroužky uvedlo celkem **30%** dotázaných. **10%** respondentů uvedlo, že volný čas tráví u počítače, televize nebo her.

Tabulka 6: Volnočasové aktivity v číslech

VOLNÝ ČAS	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ZÁBAVA S PŘÁTELI	42	16	58
ZÁJMOVÉ KROUŽKY	6	2	8
SPORT	12	10	22
POČÍTAČ, TELEVIZE, HRY	2	8	10

Graf 5: Volnočasové aktivity v procentech



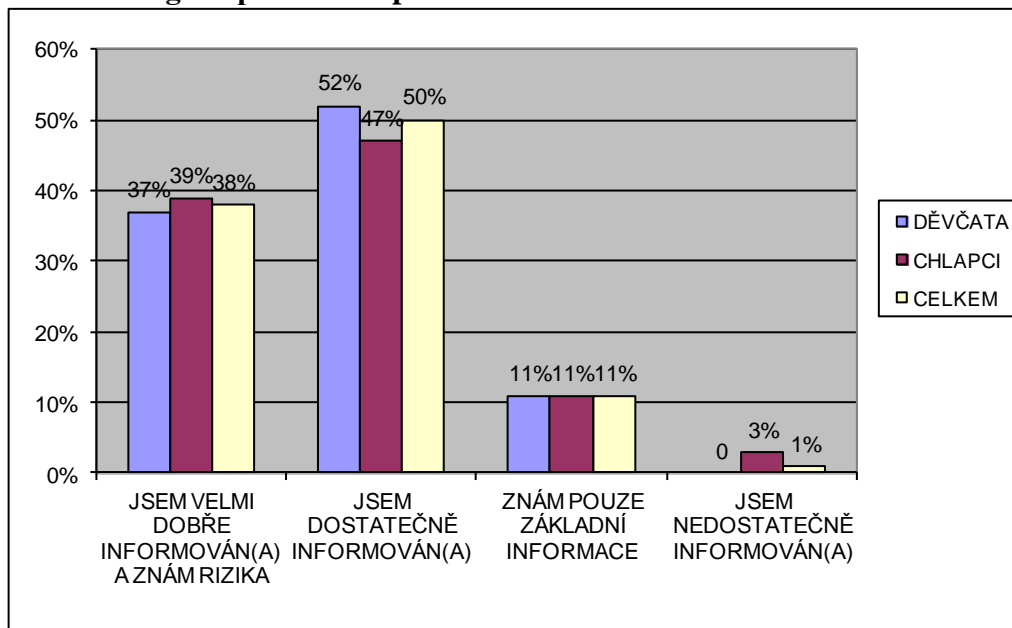
Otázka 6: Myslíte si, že jste dostatečně informován(a) o škodlivosti návykových látek a riziku spojeném s jejich užíváním?

Většina respondentů, celkem **88%**, uvedla, že je velmi dobře nebo dostatečně informována o škodlivosti návykových látek a riziku spojeném s jejich užíváním. Znalost pouze základních informací o drogách uvedlo v dotazníku **11%** respondentů a jeden chlapec uvedl, že není dostatečně informován o návykových látkách.

Tabulka 7: Drogová prevence v číslech

DROGOVÁ PREVENCE	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
JSEM VELMI DOBŘE INFORMOVÁN(A) A ZNÁM RIZIKA	23	14	37
JSEM DOSTATEČNĚ INFORMOVÁN(A)	32	17	49
ZNÁM POUZE ZÁKLADNÍ INFORMACE	7	4	11
JSEM NEDOSTATEČNĚ INFORMOVÁN(A)	0	1	1

Graf 6: Drogová prevence v procentech



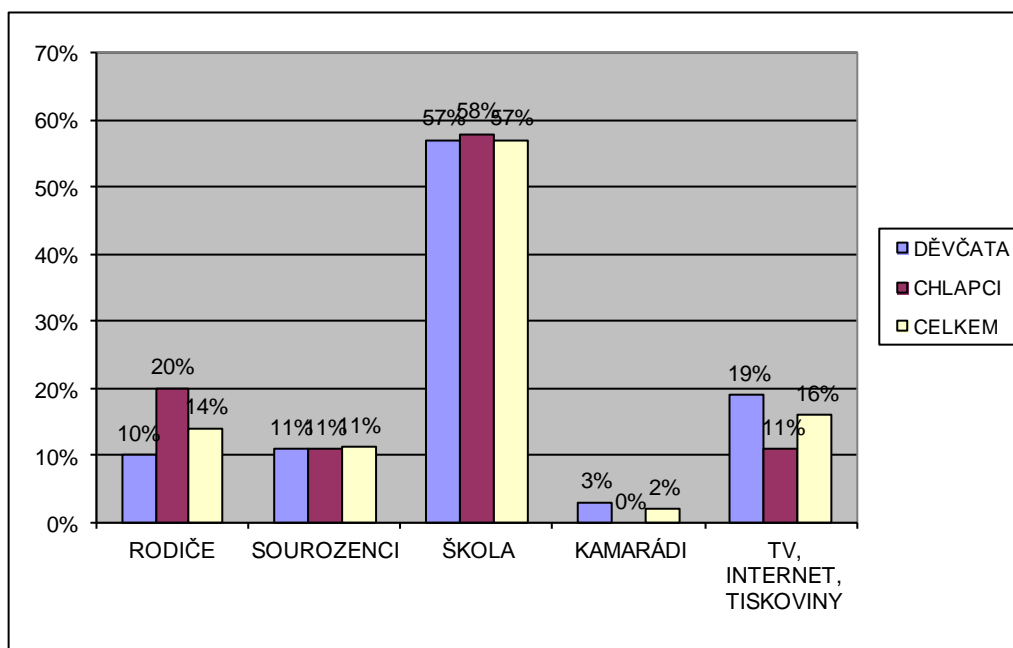
Otázka 7: Kde jste získal(a) základní informace o návykových látkách a o riziku spojeném s jejich užíváním?

Nejvíce respondentů, celkem **57%**, uvedlo, že základní informace o návykových látkách získalo ve škole. Zbytek dotázaných byl informován rodiči, sourozenci nebo si našel informace na internetu, v televizi a tiskovinách.

Tabulka 8: Zdroje informací o návykových látkách v číslech

ZDROJE INFORMACÍ O NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
RODIČE	6	7	13
SOUROZENCI	7	4	11
ŠKOLA	35	21	56
KAMARÁDI	2	0	2
TV, INTERNET, TISKOVINY	12	4	16

Graf 7: Zdroje informací o návykových látkách v procentech



8. Hodnocení preventivního programu školy

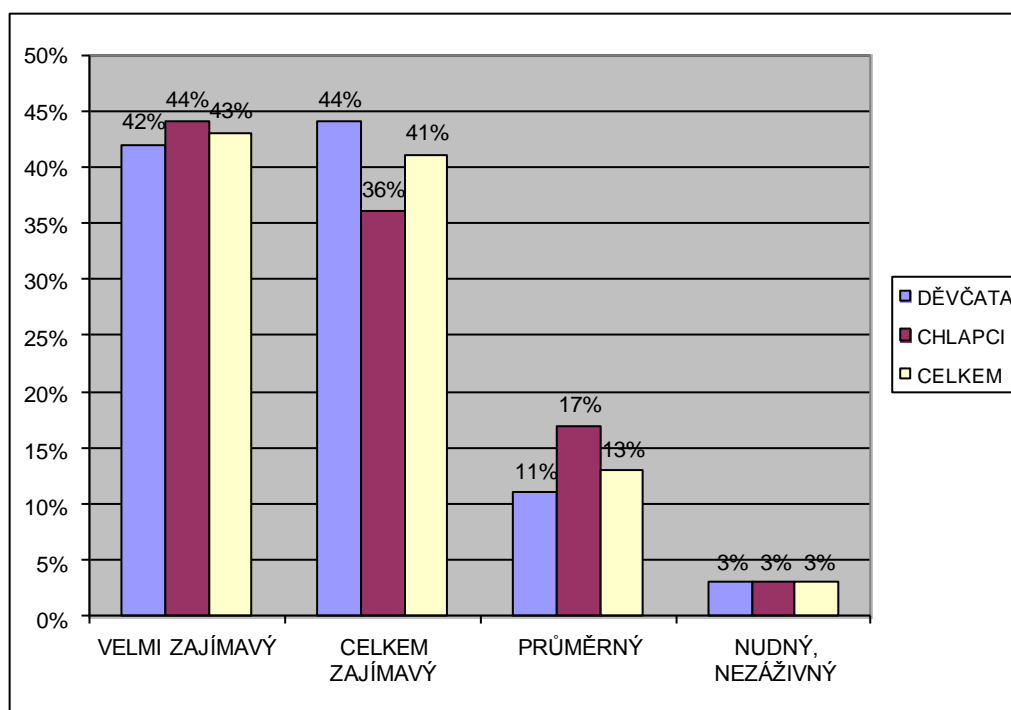
Otázka 8: Jak hodnotíte preventivní program na Vaší škole? Která forma drogové prevence Vás nejvíce oslovila?

Studenti vybraného gymnázia hodnotí většinou preventivní program školy jako velmi zajímavý nebo celkem zajímavý, celkem **84%**. Pouhých **13%** ho označilo jako průměrný a třem z dotázaných studentů připadá nudný a nezáživný.

Tabulka 9: Hodnocení preventivního programu školy v číslech

HODNOCENÍ PREVENTIVNÍHO PROGRAMU ŠKOLY	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
VELMI ZAJÍMAVÝ	26	16	42
CELKEM ZAJÍMAVÝ	27	13	40
PRŮMĚRNÝ	7	6	13
NUDNÝ, NEZÁŽIVNÝ	2	1	3

Graf 8: Hodnocení preventivního programu školy v procentech



Podotázka se týkala formy drogové prevence, která studenty nejvíce oslovila. Nejvíce dotazovaní odpovídali, že je nejvíce oslovili pravidelné

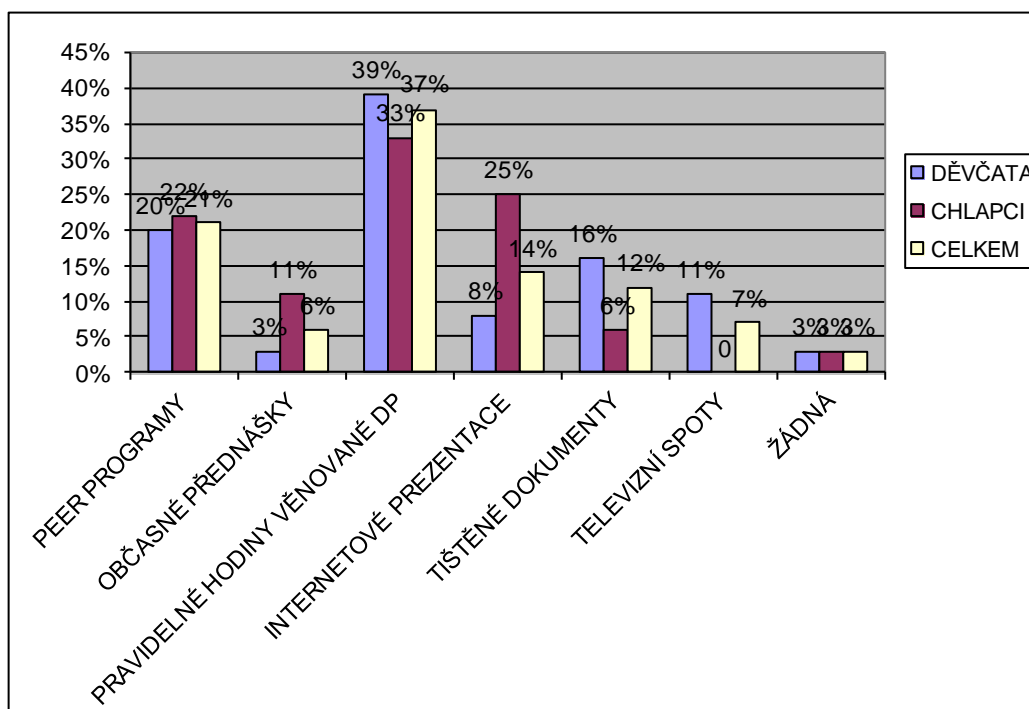
Podotázka se týkala formy drogové prevence, která studenty nejvíce oslovila. Nejvíce dotazovaní odpovídali, že je nejvíce oslovili pravidelné hodiny věnované drogové prevenci, celkem **36%** dotazovaných. Nezanedbatelnou oblibu mají také peer programy (**21%**) a internetové prezentace (**14%**).

Tabulka 10: Nejvíce oblíbená forma drogové prevence v číslech

Pozn.: DP = drogová prevence

OBLÍBENÁ FORMA PREVENCE	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
PEER PROGRAMY	12	8	20
OBČASNÉ PŘEDNÁŠKY	2	4	6
PRAVIDELNÉ HODINY VĚNOVANÉ DP	24	12	36
INTERNETOVÉ PREZENTACE	5	9	14
TIŠTĚNÉ DOKUMENTY	10	2	12
TELEVIZNÍ SPOTY	7	0	7
ŽÁDNÁ	2	1	3

Graf 9: Nejvíce oblíbená forma drogové prevence v procentech



9. Smysluplnost drogové prevence na školách

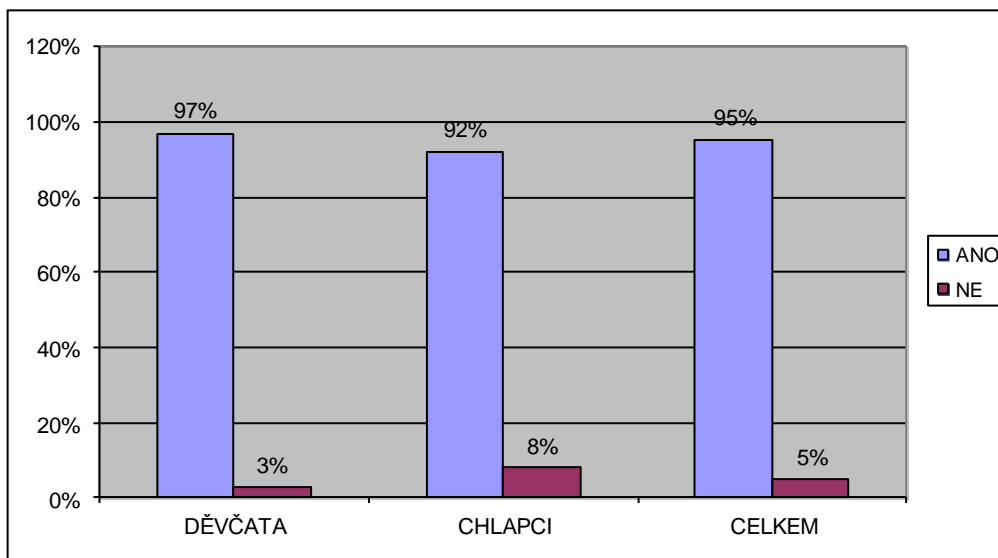
Otázka 9: Myslíte si, že drogová prevence na školách má smysl?

95% všech respondentů považuje drogovou prevenci na školách za smysluplnou. Pouze 5% všech dotázaných si naopak myslí, že smysluplná není.

Tabulka 11: Smysluplnost drogové prevence v číslech

SMYSLUPLNOST DROGOVÉ PREVENCE	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	60	33	93
NE	2	3	5

Graf 10: Smysluplnost drogové prevence v procentech



10. Nejdůležitější činitel drogové prevence

Otázka 10: Kdo nebo co je podle Vás nejdůležitějším činitelem v drogové prevenci? Pokud zvolíte odpověď *jiný činitel*, uveďte jaký.

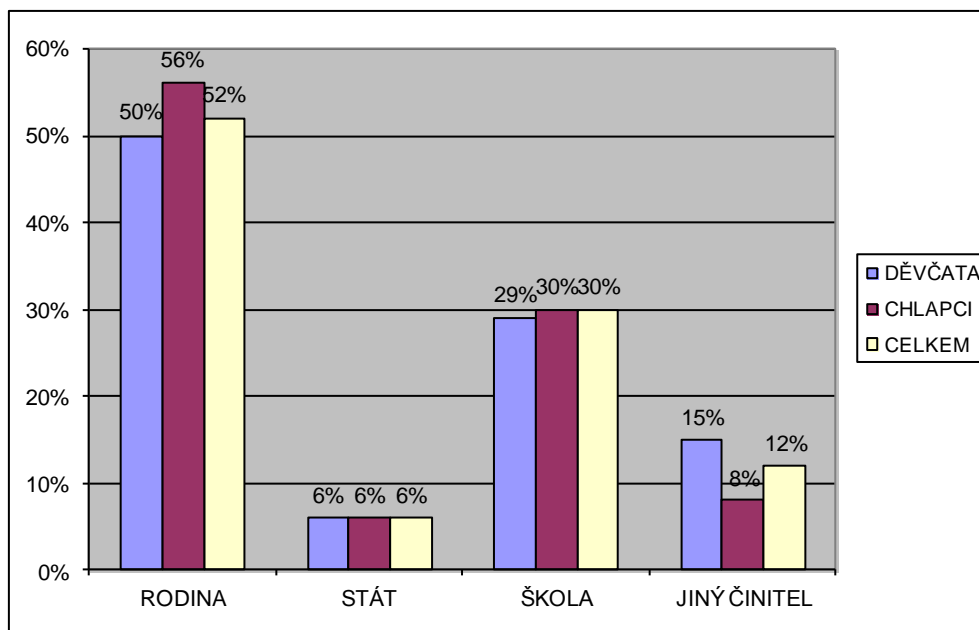
Více než polovina dotazovaných si myslí, že nejdůležitějším činitelem drogové prevence je rodina. Rodinu uvedlo ve svých odpovědích celkem **52%** respondentů. **30%** dotazovaných studentů považuje za nejdůležitějšího činitele školu. Stát si zvolilo pouhých **6%** respondentů.

Celkem **12** dotazovaných (**9 dívek a 3 chlapci**) si zvolilo odpověď *jiný činitel* a jako odpověď na podotázku uvedly dívky sociální prostředí, ve kterém žijeme, přátelé, šťastné dětství, víru a duchovní hodnoty. Chlapci uvedli odpověď prostředí a vlastní přesvědčení.

Tabulka 12: Nejdůležitější činitelé drogové prevence v číslech

NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ČINITELÉ DROGOVÉ PREVENCE	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
RODINA	31	20	51
STÁT	4	2	6
ŠKOLA	18	11	29
JINÝ ČINITEL	9	3	12

Graf 11: Nejdůležitější činitelé drogové prevence v procentech



11. Komunikace s rodiči o návykových látkách

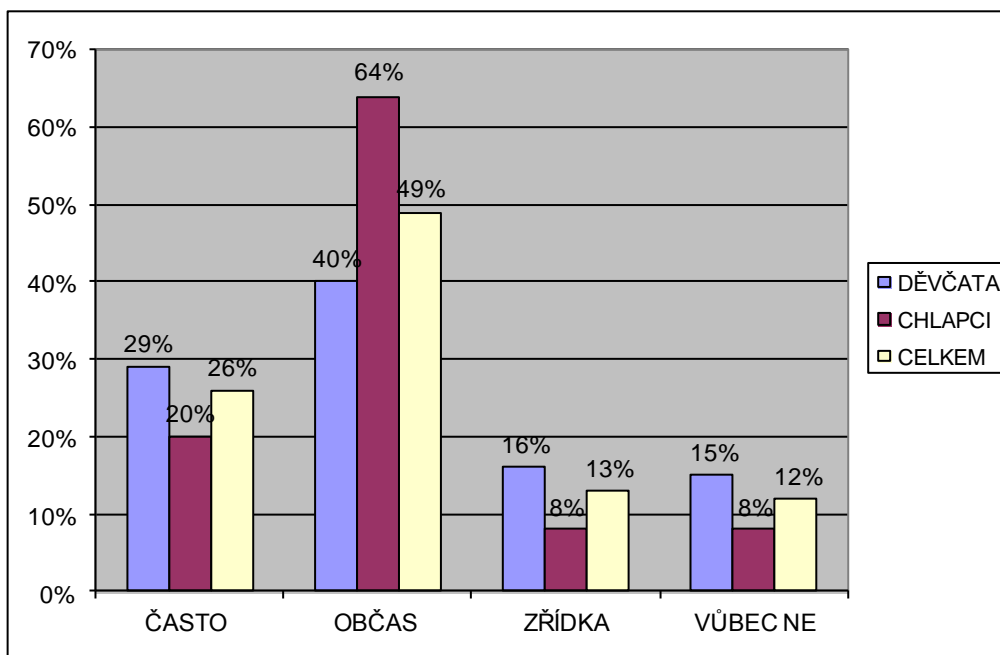
Otázka 11: Mluvíte doma s rodiči o nebezpečí a riziku spojeném s pitím alkoholu, kouřením a užíváním jiných návykových látek?

Z průzkumu vyplývá, že většina respondentů, celkem **75%**, mluví s rodiči o návykových látkách, někteří z nich uvedli často, jiní občas. **12%** dotázaných nemluví nikdy s rodiči o návykových látkách a **13%** uvedlo, že mluví pouze zřídka.

Tabulka 13: Komunikace s rodiči o návykových látkách v číslech

KOMUNIKACE S RODIČI O NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ČASTO	18	7	25
OBČAS	25	23	48
ZŘÍDKA	10	3	13
VŮBEC NE	9	3	12

Graf 12: Komunikace s rodiči o návykových látkách v procentech



12. Alkohol a tabák

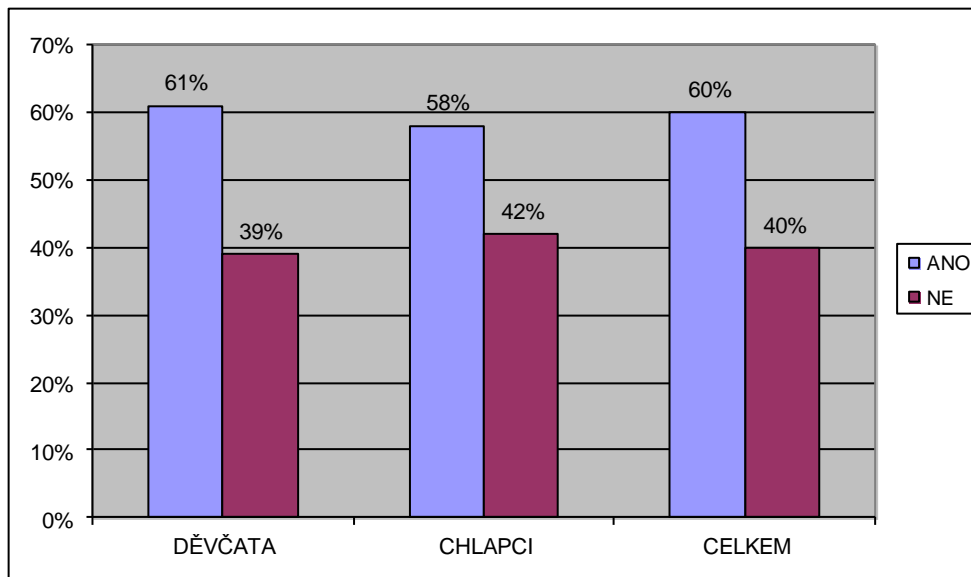
Otázka 12: Považujete alkohol a tabák za drogy?

60% respondentů označila alkohol a tabák jako drogy, zbylých **40%** dotázaných alkohol a tabák za drogy nepovažuje. Hodnoty se příliš neliší ani ve vztahu k pohlaví dotázaných. Obě skupiny odpovídaly téměř stejně.

Tabulka 14: Alkohol a tabák jsou drogy v číslech

ALKOHOL A TABÁK JSOU DROGY	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	38	21	55
NE	24	15	39

Graf 13: Alkohol a tabák jsou drogy v procentech



13. Osobní zkušenost s alkoholem

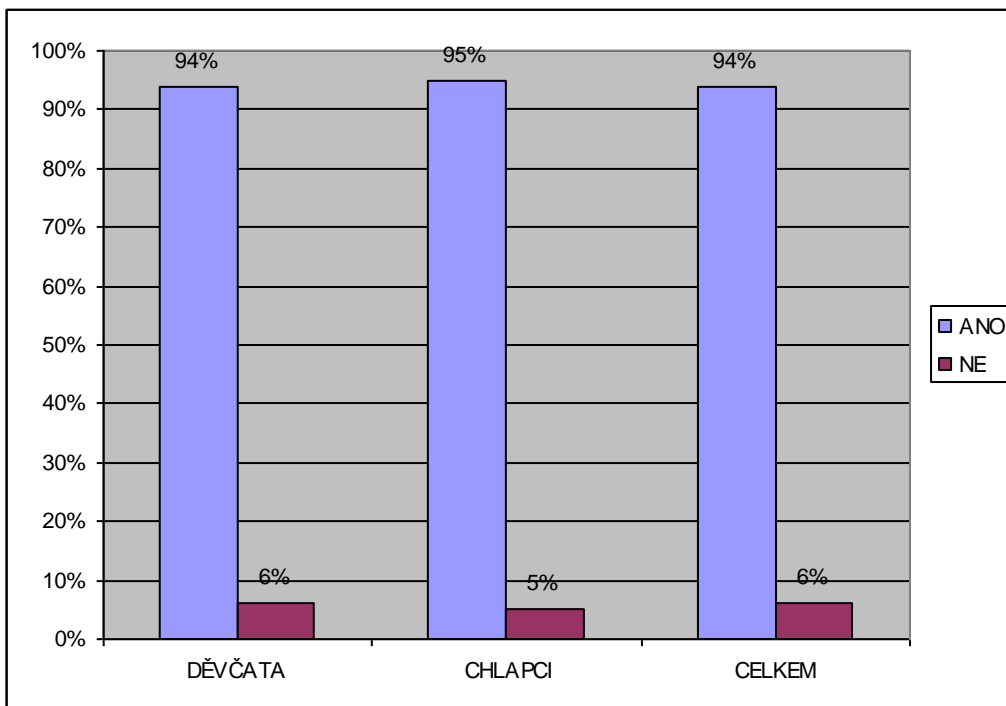
Otázka 13: Máte osobní zkušenost s alkoholem?

Naprostá většina dotazovaných, celkem **94%**, již osobní zkušenost s alkoholem ve svém věku měla. Pouze **6%** respondentů uvedlo, že nikdy neochutnalo alkohol.

Tabulka 15: Osobní zkušenost s alkoholem v číslech

OSOBNÍ ZKUŠENOST S ALKOHOLEM	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	58	34	92
NE	4	2	6

Graf 14: Osobní zkušenost s alkoholem v procentech



14. Četnost pití alkoholu

Otázka 14: Jak často pijete alkohol?

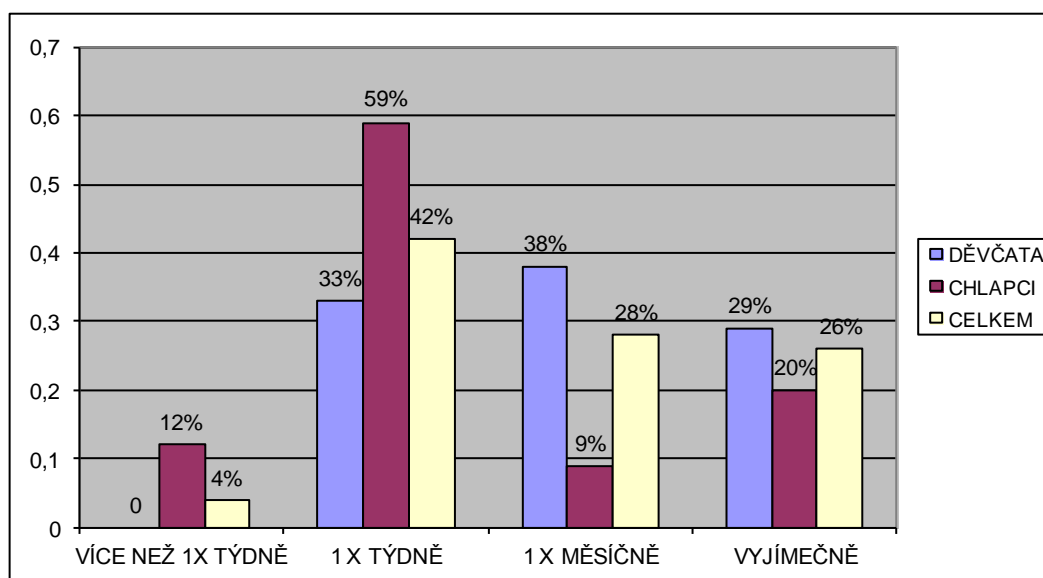
Otázka č. 14 je věnována pouze těm respondentům, kteří již zkušenost s alkoholem mají a v předešlé otázce odpovědělo ANO. Týká se tedy celkem **92** respondentů, z toho **58** dívek a **34** chlapců.

Dívky, které opakovaně konzumují alkohol pijí maximálně 1 x týdně a méně. **59%** chlapců uvedlo, že pijí alkohol 1 x týdně. **12%** chlapců uvedlo, že pijí alkohol častěji než 1 x týdně.

Tabulka 16: Četnost pití alkoholu v číslech

ČETNOST PITÍ ALKOHOLU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
VÍCE NEŽ 1 X TÝDNĚ	0	4	4
1 X TÝDNĚ	19	20	39
1 X MĚSÍČNĚ	22	3	25
VÝJÍMEČNĚ(OSLAVY, SILVESTR ATD.)	17	7	24

Graf 15: Četnost pití alkoholu v procentech



15. Důvod konzumace alkoholu

Otázka 15: Jaký je obvykle důvod Vaší konzumace alkoholu?

Otázka č. 15 je opět věnována pouze těm respondentům, kteří již zkušenost s alkoholem mají. Týká se tedy celkem **92** respondentů, z toho **58** dívek a **34** chlapců.

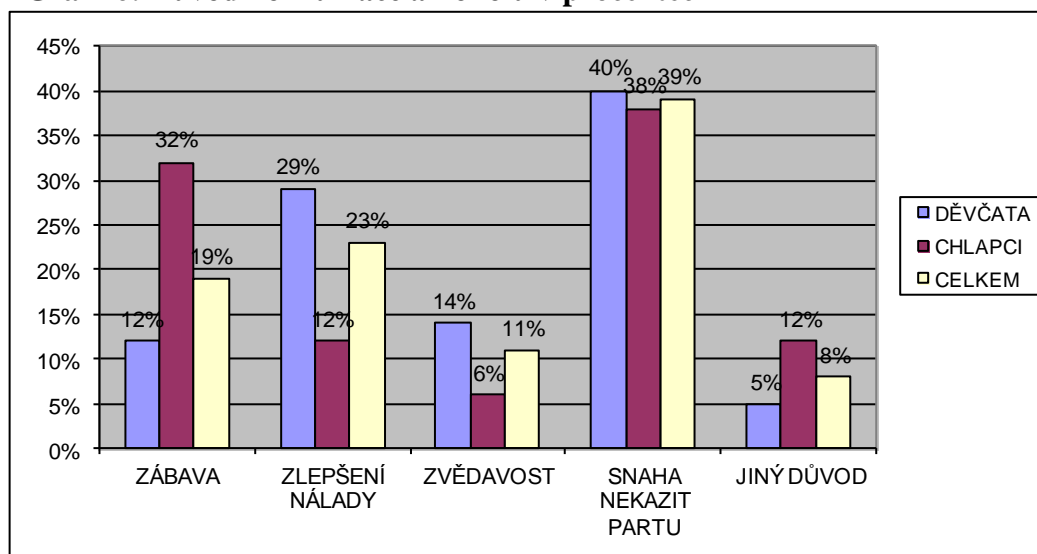
Nejvíce dotazovaných z obou kategorií, celkem **39%**, uvedlo jako hlavní důvod snahu nekazit partu. U dívek poté velmi výrazně převládá jako důvod zlepšení nálady a u chlapců konzumace alkoholu pro zábavu. Pití alkoholu ze zvědavosti uvedlo pouze **11%** dotázaných. Otázka byla částečně otevřená a poslední možnost nabízela vlastní

vyjádření a udání jiného důvodu. Celkem 7 dotazovaných tuto možnost využila a uvedlo vlastní důvody konzumace alkoholu. Dvě děvčata a jeden chlapec uvedli, že pijí na kuráž. Tři chlapi napsali, že pijí, protože jim alkohol chutná a jedna dívka pije většinou ze smutku.

Tabulka 17: Důvod konzumace alkoholu v číslech

DŮVOD KONZUMACE ALKOHOLU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ZÁBAVA	7	11	18
ZLEPŠENÍ NÁLADY	17	4	21
ZVĚDAVOST	8	2	10
SNAHA NEKAZIT PARTU	23	13	36
JINÝ DŮVOD	3	4	7

Graf 16: Důvod konzumace alkoholu v procentech



16. Tolerance rodičů k občasná konzumaci alkoholu u mládeže

Otázka 16: Tolerují Vaši rodiče Vaši občasnou konzumaci alkoholu?

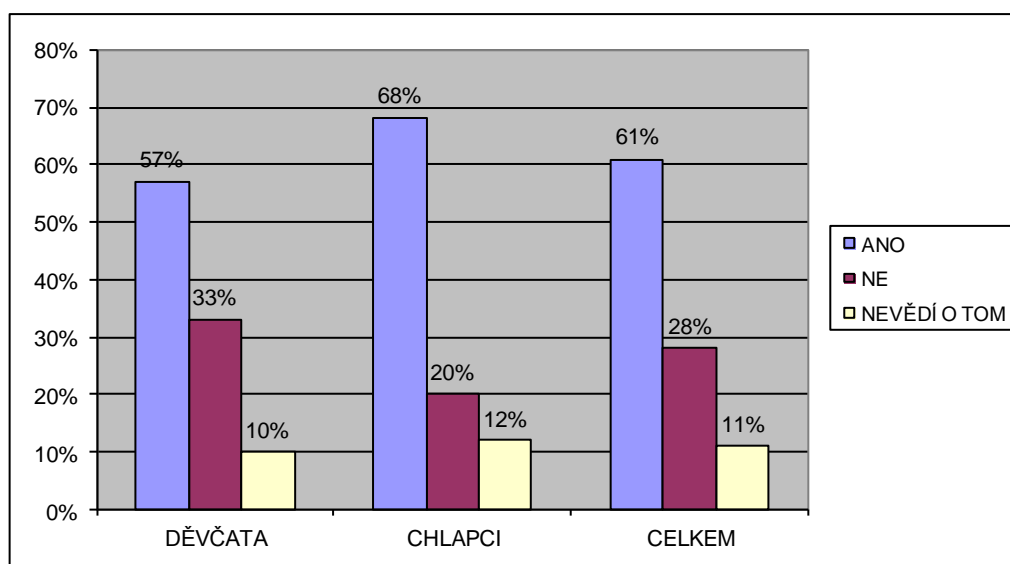
U více než poloviny respondentů, celkem **61%**, kteří mají již zkušenost s alkoholem, tolerují rodiče jejich občasnou konzumaci alkoholu. **28%** rodičů naopak

konzumaci alkoholu u svých mladistvých dětí netoleruje. **11%** dotazovaných raději před rodiči tají, že alkohol občas konzumují.

Tabulka 18: Tolerance rodičů k občasné konzumaci alkoholu u mládeže v číslech

TOLERANCE RODIČŮ	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	33	23	56
NE	19	7	26
NEVĚDÍ O TOM	6	4	10

Graf 17: Tolerance rodičů k občasné konzumaci alkoholu u mládeže v procentech



17. Osobní zkušenost s nikotinem

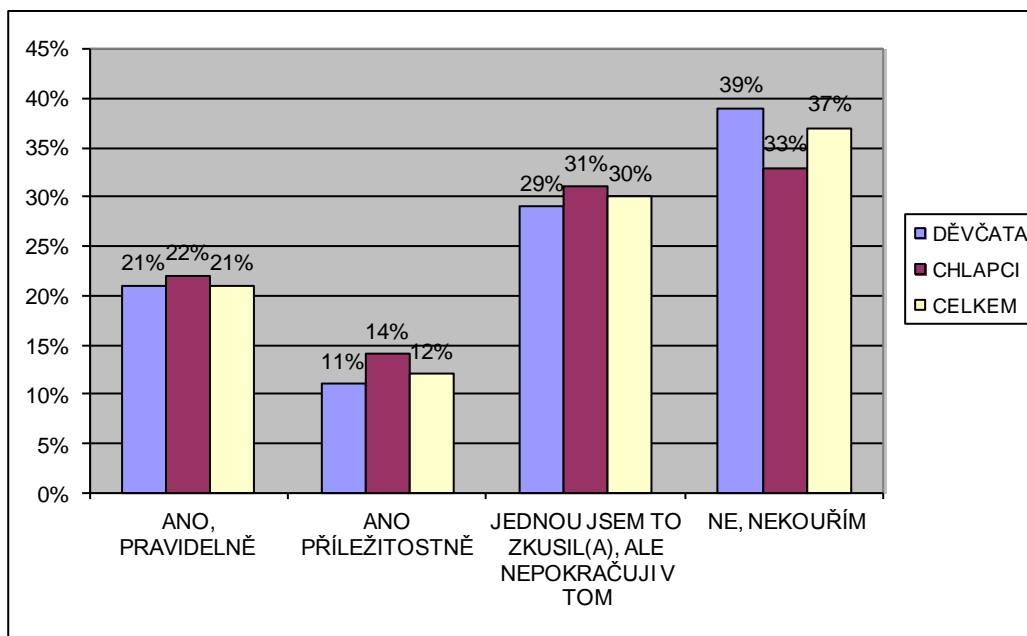
Otázka 17: Kouříte cigarety nebo ručně balený tabák?

67% všech dotázaných uvedlo, že nekouří nebo po první zkušenosti s tabákem již v kouření nepokračují. **21%** respondentů kouří pravidelně a **12%** příležitostně.

Tabulka 19: Osobní zkušenost s nikotinem v číslech

KOUŘENÍ CIGARET NEBO TABÁKU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO, PRAVIDELNĚ	13	8	21
ANO PŘÍLEŽITOSTNĚ	7	5	12
JEDNOU JSEM TO ZKUSIL(A), ALE NEPOKRAČUJI V TOM	18	11	29
NE, NEKOUŘÍM	24	12	36

Graf 18: Zkušenosti s nikotinem v procentech



18. Nikotin v rodině

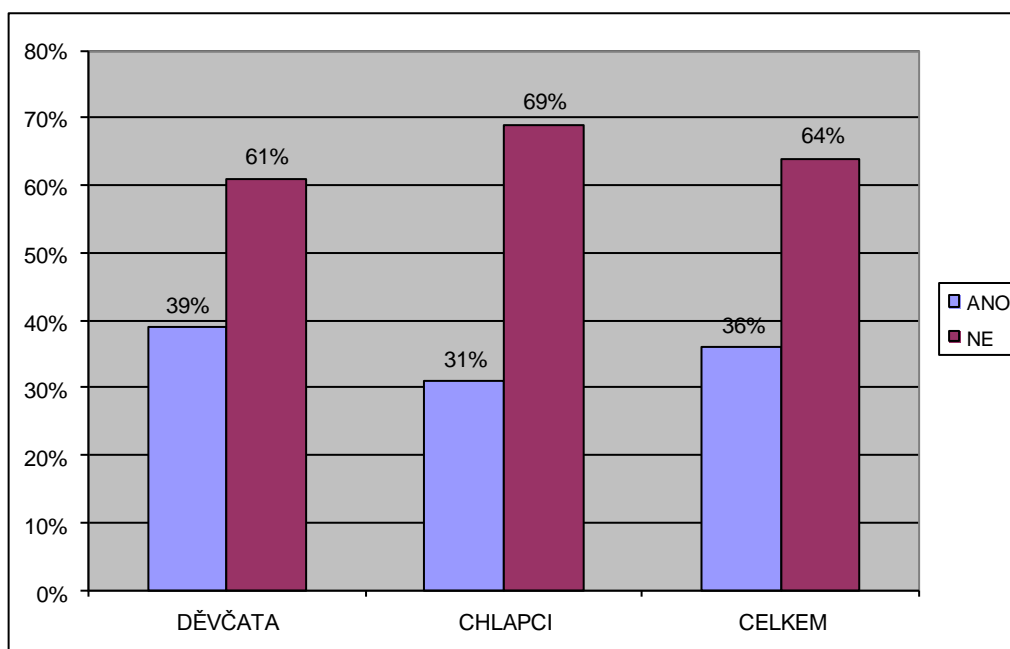
Otázka 18: Kouří pravidelně Vaši rodiče nebo ostatní blízcí příbuzní?

Na tuto otázku většina dotazovaných odpověděla záporně, celkem **64%**. U **36%** korespondentů někdo z rodičů nebo blízkých příbuzných pravidelně kouří.

Tabulka 20: Nikotin v rodině v číslech

NIKOTIN V RODINĚ	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	24	11	35
NE	28	25	63

Graf 19: Nikotin v rodině v procentech



19. Přátelé závislí na nikotinu

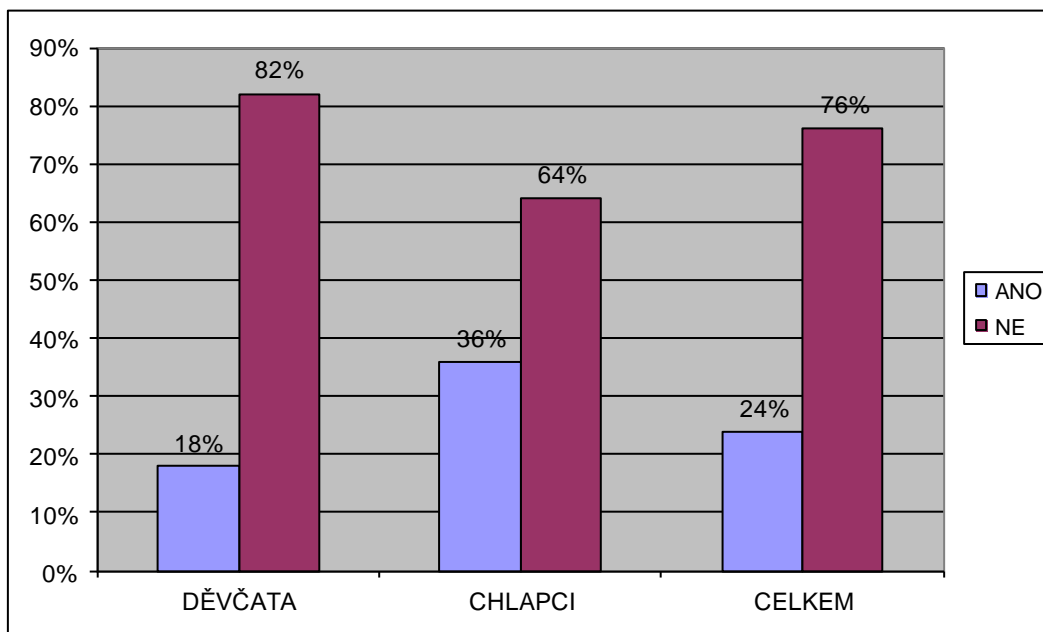
Otázka 19: Je někdo z Vašich přátel závislý na nikotinu?

76% dotazovaných uvedlo, že nikdo z jejich přátel není závislý na nikotinu. Zbýlých **24%** respondentů mají mezi svými přáteli závislé kuřáky.

Tabulka 21: Přátelé závislí na nikotinu v číslech

PŘÁTELÉ ZÁVISLÍ NA NIKOTINU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	11	13	24
NE	51	23	74

Graf 20: Přátelé závislí na nikotinu v procentech



20. Nabídka drog

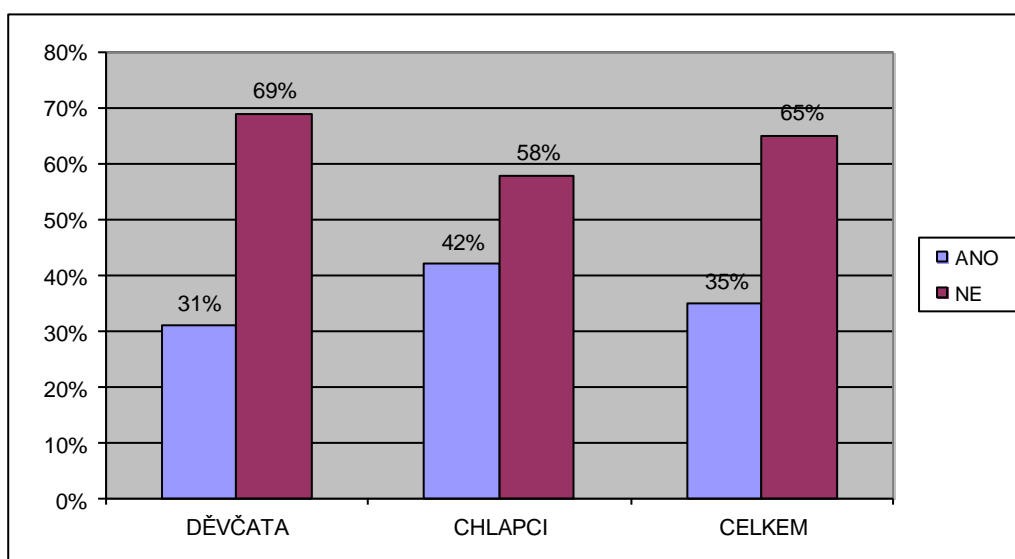
Otázka 20: Byla Vám někdy někým nabízena droga (kromě alkoholu a cigaret)?

65% respondentů uvedlo, že jim nikdy žádná droga nabízena nebyla. Poměrně překvapivě vysoký je počet dotazovaných, kterým droga nabízena byla, celkem **35%**.

Tabulka 22: Nabídka drog v číslech

NABÍDKA DROG	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	19	15	34
NE	43	21	64

Graf 21: Nabídka drog v procentech



21. Místo, kde byla droga nabízena

Otázka 21: Kde Vám byla droga nabízena?

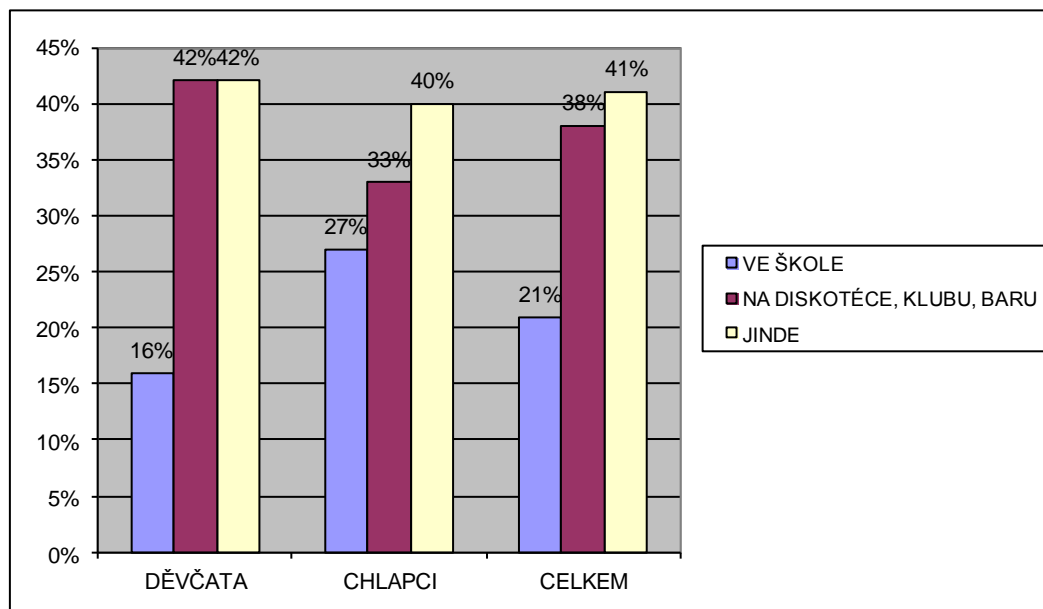
Otázka č. 21 byla určena pouze pro ty dotazované, kteří v předchozí otázce uvedli, že jim droga nabízena byla. Týká se tedy celkem **34** dotázaných, z toho **19** děvčat a **15** chlapců. Z průzkumu vyplývá, že jim byly drogy nabízeny na různých místech. **38%** z této skupiny respondentů uvedlo, že jim byla droga nabízena na diskotéce, v klubu nebo v baru a varující je i počet respondentů, kterým byla droga nabízena přímo ve škole, celkem **21%**.

41% respondentů uvedlo jiné místo, kde jim byla droga nabízena. Mezi těmito možnostmi se objevila místa jako kemp, park, festival, posilovna, nádraží a pět dotázaných uvedlo odpověď „u známých“.

Tabulka 23: Místo, kde byla droga nabízena v číslech

MÍSTO NABÍDKY DROG	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
VE ŠKOLE	3	4	7
NA DISKOTÉCE, KLUBU, BARU	8	5	13
JINDE	8	6	14

Graf 22: Místo, kde byla droga nabízena v procentech



22. Osoby, které drogu nabízely

Otázka 22: Kdo Vám drogy nabízel?

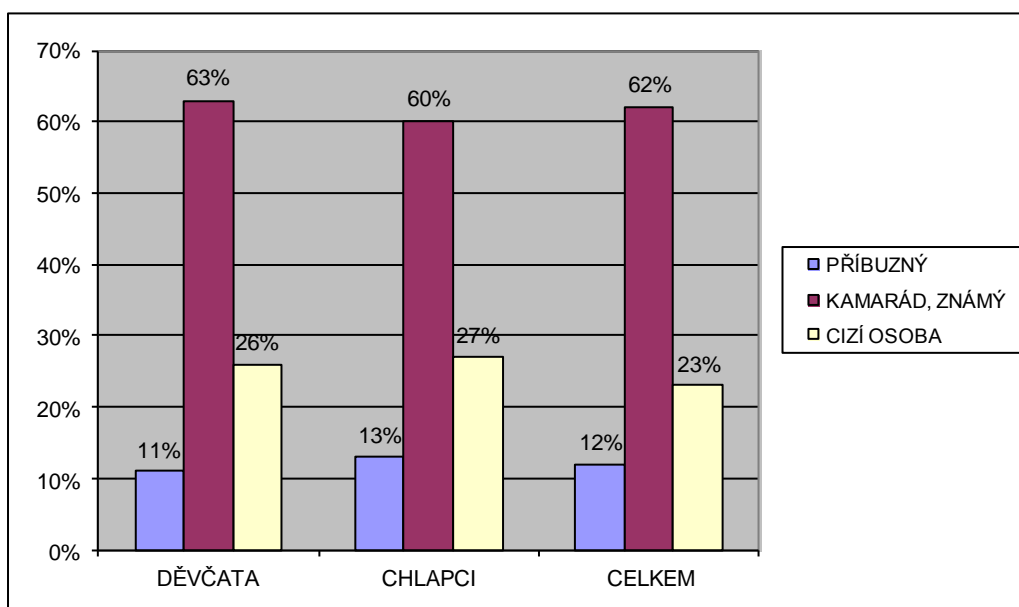
Tato otázka je rovněž určena respondentům, kteří uvedli, že jim nějaká droga již nabízena byla. Týká se **19** děvčat, **15** chlapců, celkem tedy **34** dotázaných.

Respondenti, kterým byla droga někým nabízena, uvedli, že osoba, která jim drogu nabízena byla nejčastěji z řad kamarádů nebo známých lidí. Tuto variantu zvolilo celkem **62%** dotazovaných. Mezi odpověďmi se objevila také varianta „*příbuzný*“ což znamená, že čtyřem dotazovaným byla droga nabízena někým z jejich vlastní rodiny. **26%** respondentů uvedlo, že jim drogu nabízela cizí osoba.

Tabulka 24: Osoby nabízející drogu v číslech

OSOBA NABÍZEJÍCÍ DROGU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
PŘÍBUZNÝ	2	2	4
KAMARÁD, ZNÁMÝ	12	9	21
CIZÍ OSOBA	5	4	9

Graf 23: Osoby nabízející drogu v procentech



23. Osobní zkušenost s drogou

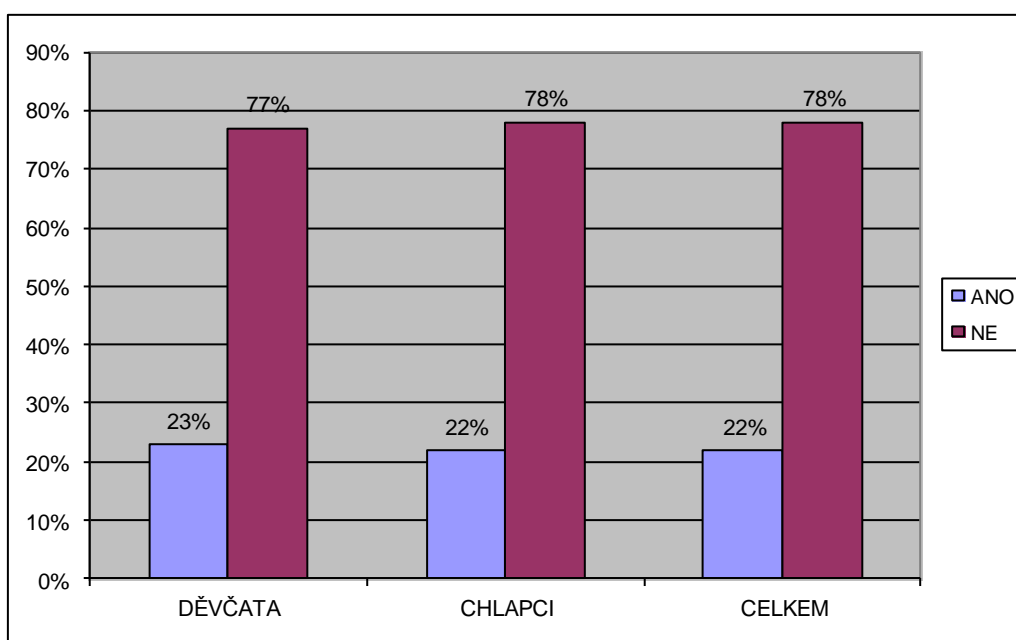
**Otázka 23: Máte osobní zkušenost s nějakou drogou (kromě cigaret a alkoholu)?
Jestliže ano, s jakou?**

Osobní zkušenost s drogou (kromě alkoholu a cigaret) potvrdilo **22%** všech dotázaných. **78%** dotázaných osobní zkušenost s drogou nemá. Nejčastěji uvedenou drogou byla marihuana (16 x), dále extáze (3 x), pervitin (2 x) a hašiš (1 x).

Tabulka 25: Osobní zkušenost s drogou v číslech

OSOBNÍ ZKUŠENOST S DROGOU	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	14	8	22
NE	48	28	76

Graf 24: Osobní zkušenost s drogou v procentech



24. Odmítnutí drogy

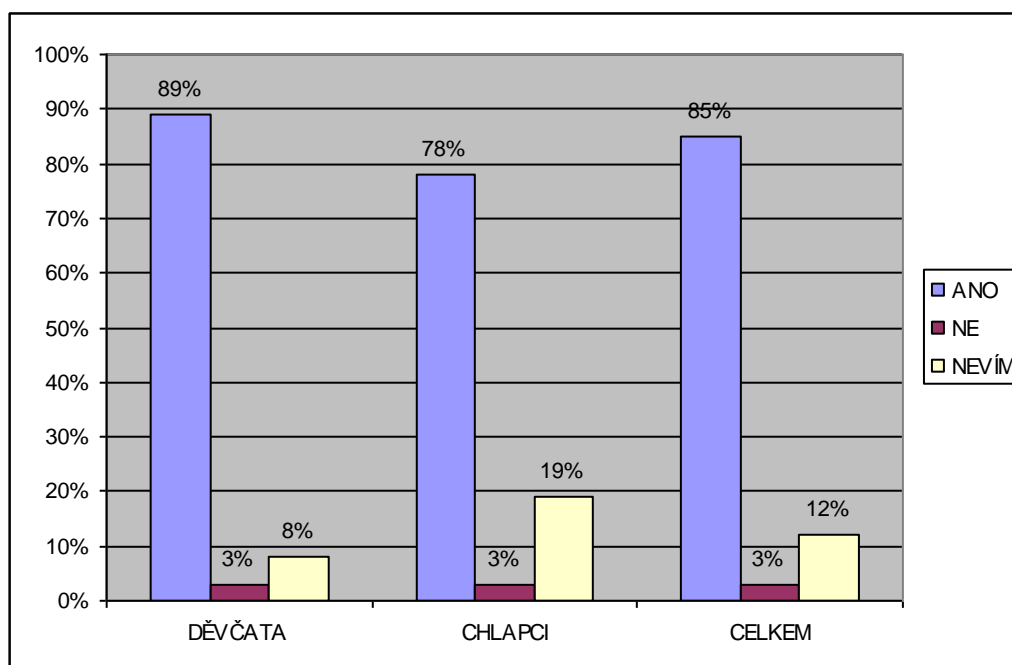
Otázka 24: Myslíte si, že dokážete bez problémů odmítnout nabízenou drogu?

85% respondentů uvádí, že dokáží bez problémů odmítnout nabízenou drogu. Děvčata si jsou v tomto případě o něco jistější než chlapci. 12% dotazovaných zvolilo odpověď „nevím“ a pouhé 3% by nabízenou drogu nedokázalo odmítnout.

Tabulka 26: Odmítnutí drogy v číslech

ODMÍTNUTÍ DROGY	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	55	28	83
NE	2	1	3
NEVÍM	5	7	12

Graf 25: Odmítnutí drogy v procentech



25. Přátelé užívající drogy

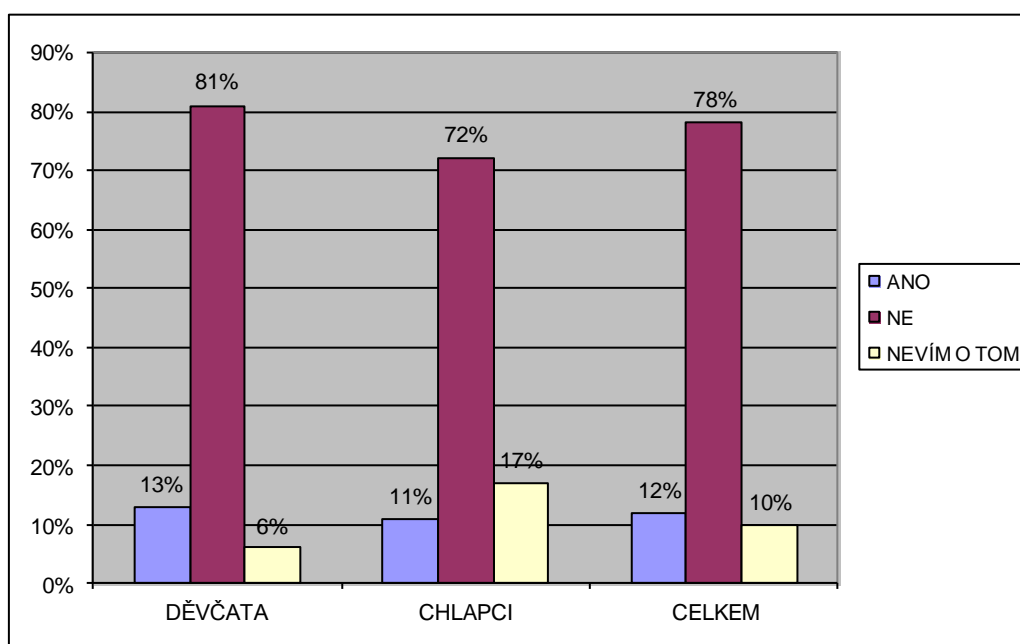
Otázka 25: Máte mezi svými přáteli někoho, kdo opakovaně užívá nějaké drogy (kromě alkoholu a cigaret)?

78% respondentů uvádí, že mezi svými přáteli nemají nikoho, kdo by opakovaně užíval drogy (kromě alkoholu a cigaret). 12% dotazovaných uvedlo, že přátele opakovaně užívající drogy mají. Zbytek respondentů neví o tom, že by někdo z jejich přátel drogy opakovaně užíval.

Tabulka 27: Přátelé užívající drogy v číslech

PŘÁTELE UŽÍVAJÍCÍ DROGY	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	8	4	12
NE	50	26	76
NEVÍM O TOM	4	6	10

Graf 26: Přátelé užívající drogy v procentech



26. Příbuzní závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách (kromě tabáku)

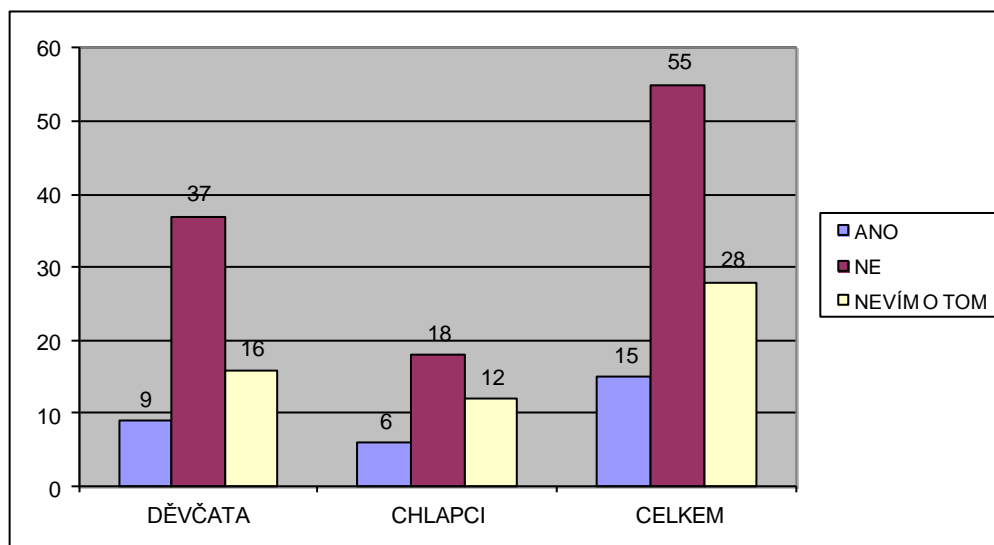
Otázka 26: Máte ve své rodině někoho závislého na alkoholu nebo na jiných návykových látkách (kromě tabáku)?

55% dotázaných uvedlo, že nemají v rodině nikoho závislého na alkoholu nebo jiných návykových látkách (kromě tabáku). 28% respondentů zvolilo odpověď „nevím o tom“ a 15% dotázaných uvedlo, že závislého člověka na alkoholu nebo jiných návykových látkách v rodině má

Tabulka 28: Příbuzní závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách v číslech

PŘÍBUZNÍ ZÁVISLÍ NA ALKOHOLU NEBO JINÝCH DROGÁCH	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	9	6	15
NE	37	18	55
NEVÍM O TOM	16	12	28

Graf 27: Příbuzní závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách v procentech



27. Největší riziko užívání návykových látek

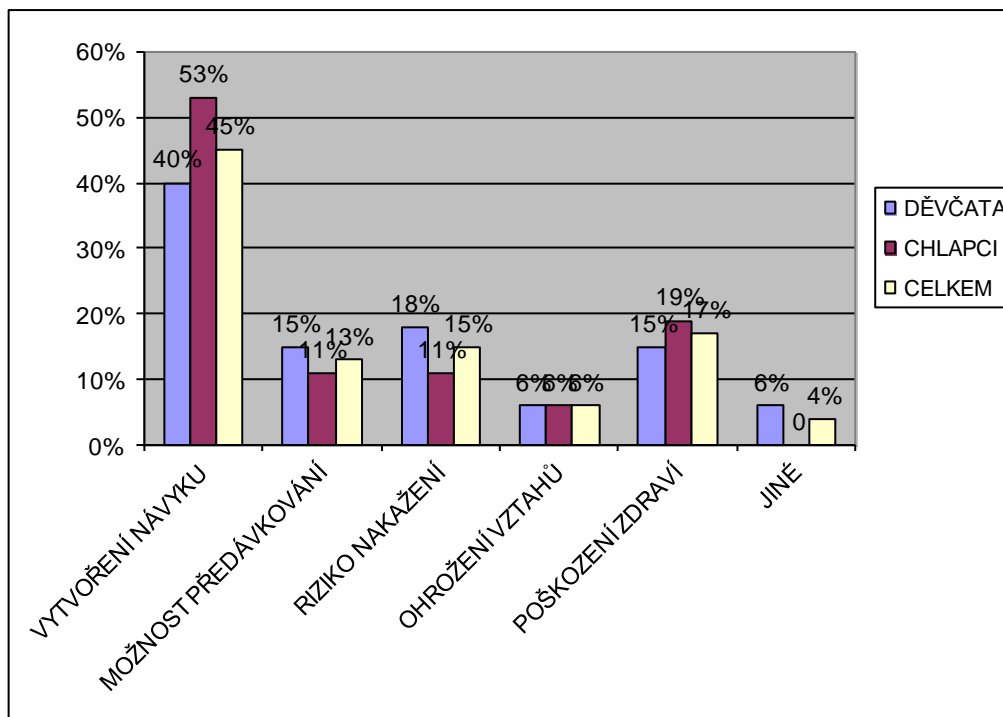
Otázka 27: Co považujete za největší riziko spojené s užíváním návykových látek?

45% dotazovaných považuje za největší riziko spojené s užíváním návykových látek vznik závislosti. Následuje riziko poškození zdraví - 17%, riziko nakažení žloutenkou a HIV – 15%, riziko předávkování – 13% a nakonec negativní dopad na partnerské a rodinné vztahy – 6%. Čtyři děvčata uvedla jinou možnost. Ve třech případech to bylo *riziko celkového zničení vlastního života* a v jednom případě *riziko ztráty budoucnosti* s tím, že závislý člověk žije jenom pro drogu.

Tabulka 29: Největší riziko užívání návykových látek v číslech

RIZIKO UŽÍVÁNÍ DROG	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
VYTVOŘENÍ NÁVYKU	25	18	44
MOŽNOST PŘEDÁVKOVÁNÍ	9	4	13
RIZIKO NAKAŽENÍ ŽLOUTENKOU A HIV	11	4	15
NEGATIVNÍ DOPAD NA PARTNERSKÉ A RODINNÉ VZTAHY	4	2	6
POŠKOZENÍ ZDRAVÍ	9	7	16
JINÉ	4	0	4

Graf 28: Největší riziko užívání návykových látek v procentech



28. Legalizace marihuany v České republice

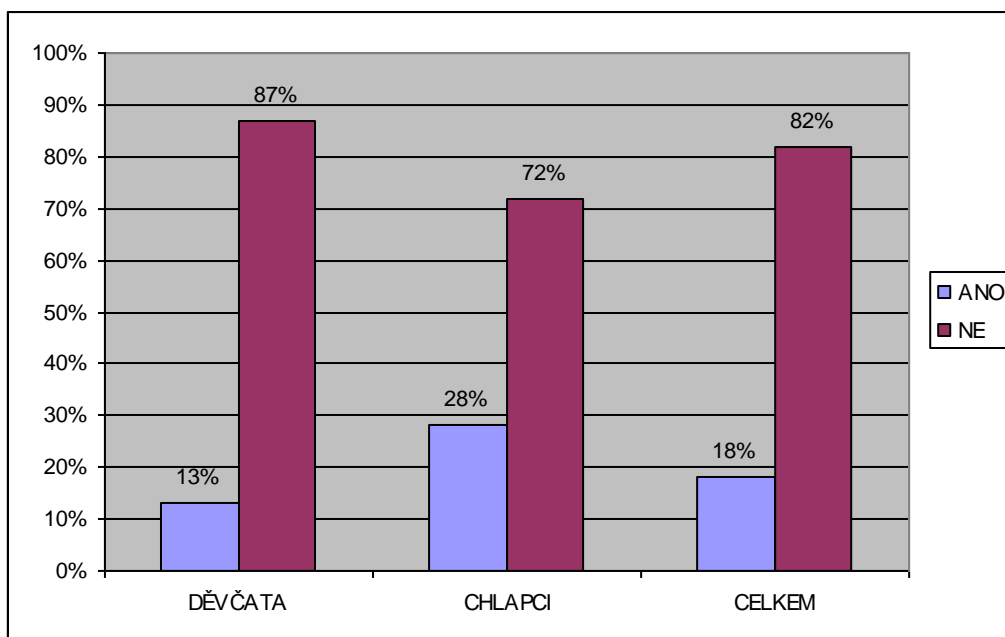
Otázka 28: Jste pro legalizaci marihuany v České republice?

Většina dotázaných, celkem **82%**, uvedla, že nejsou pro legalizaci marihuany v České republice. **18%** respondentů legalizaci marihuany podporuje.

Tabulka 30: Legalizace marihuany v České republice v číslech

LEGALIZACE MARIHUANY	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	8	10	18
NE	54	26	80

Graf 29: Legalizace marihuany v České republice v procentech



29. Přístup současné mládeže k návykovým látkám

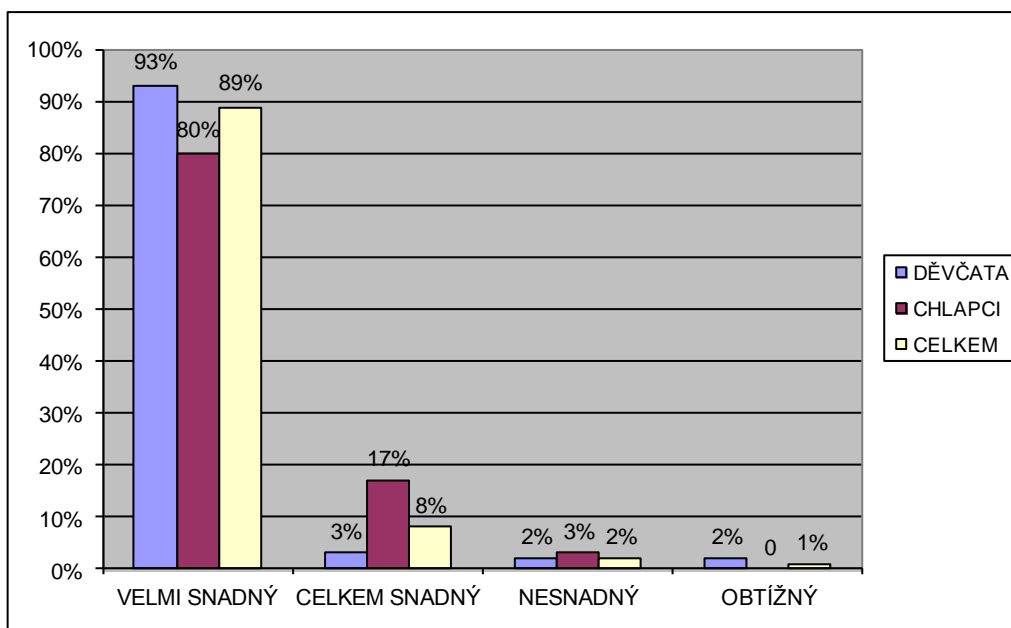
Otázka 29: Jak obecně hodnotíte přístup současné mládeže v ČR k návykovým látkám?

89% dotazovaných se domnívá, že současná mládež v ČR má velmi snadný přístup k návykovým látkám. **8%** respondentů uvedlo *celkem snadný* přístup. Odpověď *nesnadný* a *obtížný* přístup zvolilo pouze zanedbatelná **3%** dotazovaných.

Tabulka 31: Přístup mládeže k návykovým látkám v číslech

PŘÍSTUP K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
VELMI SNADNÝ	58	29	87
CELKEM SNADNÝ	2	6	8
NESNADNÝ	1	1	2
OBTÍŽNÝ	1	0	1

Graf 30: Přístup mládeže k návykovým látkám v procentech



Otázka 30: Domníváte se, že má smysl provozovat výchovné ústavy, léčebná zařízení a centra pro drogově závislé? Pokud ano, uveďte proč. Pokud ne, snažte se rovněž zdůvodnit svoji odpověď.

Naprostá většina dotazovaných – **81%** uvedla, že provozování výchovných ústavů, léčebných zařízení a center pro drogově závislé má smysl. **19%** respondentů si myslí pravý opak.

Otevřená podotázka č. 30 nabízela prostor pro vyjádření vlastního názoru na smysl výchovných ústavů, léčebných zařízení a center pro drogově závislé. Některé odpovědi se opakovaly nebo svým smyslem velmi podobaly. Shodné odpovědi jsou v následujícím přehledu uvedeny pouze jednou.

Zdůvodnění kladných odpovědí u dívek – Kladně odpovědělo celkem 51 dívek.

- *Narkomani jsou taky lidé a potřebují pomoc. Kdyby nebyly léčebny pro drogově závislé, to bychom pak už ani nemuseli pomáhat kuřákům s rakovinou plic nebo alkoholikům s cirhózou jater a podobně.*
- *Narkomani jsou nemocní lidé, kteří potřebují pomoc.*
- *Drogově závislí lidé si sami nepomůžou, potřebují odborný dohled.*
- *Pro lidi, co se chtějí zbavit závislosti je to asi jediná šance, kterou mají.*
- *V centrech dostanou sterilní jehly, radu, jídlo a podobně. Lepší taková pomoc než vůbec žádná.*
- *I kdyby se podařilo vyléčit jenom jednoho člověka závislého na drogách, tak je to úspěch a určitě to má smysl.*
- *Určitě mají smysl. Snaží se je zbavit závislosti, ale také ukazují těm lidem, jak žít normální život bez drog, když tu léčebnu opustí. Najednou vidí, že jsou daleko lepší věci než jenom uměle vyvolaná zábava a pocit štěstí. To jim pak může pomoci, aby se k drogám nevrátili.*
- *Myslím, že mají smysl, ale mohou pomoci jenom tehdy, pokud to ti lidé opravdu sami chtějí. Z donucení to nejde.*
- *V léčebně mohou drogově závislí najít odbornou pomoc a taky se tam setkají s lidmi se stejným problémem. To může být někdy výhoda, že se navzájem podporují nebo taky nevýhoda, když se jeden k drogám vrátí a stáhne pak s sebou i toho druhého. Ale léčba jako taková určitě smysl má.*
- *Léčebna určitě smysl má, hlavně pro lidi, kteří vidí, že už takhle dál žít nemohou a rozhodli se to změnit.*
- *Má smysl, protože narkomanům pomáhá najít v sobě sílu drogu překonat a pak silnou vůli se k ní nevrátit.*
- *Jsou tam odborníci, kteří mají zkušenosti. Dokáží poradit a taky třeba zmírnit bolest při odvykání.*
- *Snaží se je tam od drog odpoutat a najít si jiný smysl života.*
- *Protože drogově závislí si sami pomoc nedokážou.*
- *Mohou jim pomoci se vrátit do normálního života.*
- *Mají smysl pro ty, co se rozhodli s drogou přestat.*

- *Je to pro drogově závislé jediná naděje. Nikdo jiný asi není schopný jim pomoc.*
- *Protože společnost je bere jako feťáky, ale v ústavu se k nim chovají normálně a chtějí jim pomoc.*
- *Protože se z toho sami nikdy dostat nemůžou. Nemají tu vůli, droga vždycky zvítězí. Potřebují pomoc od druhých.*
- *Pro některé lidi to smysl má, pro některý ne. Ale i tak alespoň na nějaký čas žijí bez drogy.*
- *Léčebny pomáhají lidem, co s tím chtějí přestat a žít zase normálně. Centra jsou spíš pro feťáky z ulice, mění se tam jehly, aby se nenakazili žloutenkou nebo AIDS. Smysl to asi má, ale vyléčit jim to nepomůže.*
- *Protože vidí, že se někdo snaží jim pomoc, že nejsou úplně odepsaní a sami.*
- *Pomáhají těm, co pomoc potřebují.*
- *Dokážou jim místo drog nabídnout i jiné léky, aby neměli bolesti při odvykání.*
- *Protože tam pracují odborníci, doktoři, co mají zkušenosti a vědí, jak drogy působí a jak je překonat.*

Zdůvodnění kladných odpovědí u chlapců

- *Každá pomoc má smysl.*
- *Drogově závislí se sami nevyléčí. V léčebnách jsou odborníci, lékaři i psychologové, kteří tomu rozumí a mají zkušenosti.*
- *Mohou jim zachránit život.*
- *Dávají narkomanům naději a pocit, že se mají kam obrátit, když už neví kudy kam.*
- *Mají smysl, pro ty lidi, co se chtějí změnit.*
- *Je to jediná šance na záchranu.*
- *Jednou jsem četl, že si narkoman musí sáhnout až na dno, aby se šel dobrovolně léčit. Kdyby léčebny nebyly, tak by měl jen jednu cestu a tou je smrt.*
- *Protože nabízejí odbornou pomoc. Narkoman je tam pod lékařským dohledem.*
- *Dávají šanci na lepší budoucnost, pro lidi se závislostí.*
- *Mohou pomoci velkému počtu lidí závislých na drogách. "*
- *Léčebny zbavují závislosti a centra pak mohou poskytnout následnou péči, aby se ten člověk opět nevrátil k drogám.*

Zdůvodnění záporných odpovědí u děvčat

- *Sami začali brát drogy, tak ať si sami pomůžou.*
- *Po léčbě se jich stejně většina vrátí k drogám.*
- *Myslím si, že drogová závislost stejně nejde úplně vyléčit.*
- *Stát by měl spíš podporovat zdravý způsob života a ne ještě podporovat narkomany a dávat jim jehly zadarmo.*
- *Stojí to hodně peněz a efekt je nulový.*
- *Myslím si, že po léčbě znovu sklouznou k drogám.*
- *Když se pak vrátí do svého domácího prostředí a ke stejným kamarádům, tak to všechno začne znovu.*

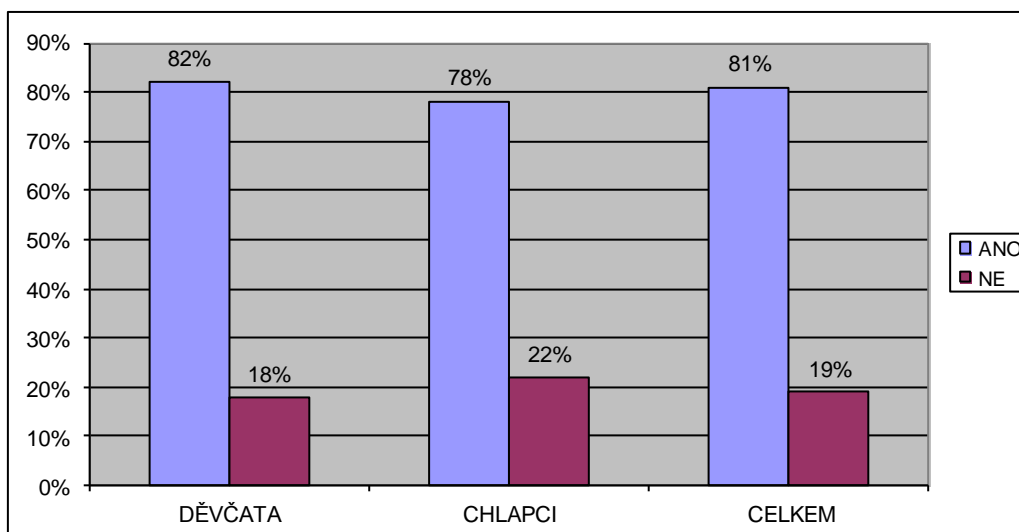
Zdůvodnění záporných odpovědí u chlapců

- *Proč by měli ostatní doplácet na ty, co si sami dobrovolně ničí zdraví?*
- *Protože léčba je nákladná a úspěch není nikdy zaručený.*
- *Myslím, že hodně narkomanů využívá protidrogová centra. Chodí se tam najíst, pro nové jehly, v zimě ohřát a stejně s tím nechtějí přestat.*
- *Náklady na provoz jsou neúměrně větší než počet úspěšně vyléčených.*
- *Lepší by bylo investovat do primární prevence a posílit protidrogové jednotky u policie, aby se k nám drogy vůbec nemohly dovážet nebo se zamezilo jejich pěstování a výrobě u nás.*
- *Za hloupost narkomanů tak platí všichni normální lidi v tomhle státě.*
- *Jestli s tím chtějí přestat, nepotřebují léčbu, ale pevnou vůli.*
- *Je to drahé pro stát. Měli by si léčbu určitě hradit sami. Když mají na drogy, tak mají i na léčbu.*

Tabulka 32: Smysl léčebných zařízení a protidrogových center v číslech

SMYSL LÉČEBNÝCH ZAŘÍZENÍ A CENTER	DĚVČATA	CHLAPCI	CELKEM
ANO	51	28	79
NE	11	8	19

Graf 31: Smysl léčebných zařízení a protidrogových center v procentech



9. ZÁZNAMY ROZHOVORŮ, PŘÍPADOVÉ STUDIE

9.1. Dětský domov

Vybraný dětský domov je školským výchovným zařízením, které zajišťuje výchovnou, vzdělávací a sociální péči dětem a mladistvým, kteří ze závažných důvodů nemohou být vychováváni ve vlastní rodině, nemohou být osvojeni ani jim nemůže být nabídnuta jiná forma náhradní rodinné péče. Je určen pro děti a mládež od 3 do 18, případně do 19 let. Po skončení ústavní výchovy může tento dětský domov poskytovat zaopatření i zletilým nezaopatřeným mladým lidem, kteří se připravují na budoucí povolání, až do věku 26 let. Děti jsou zde rozděleny do menších skupinek po šesti až osmi dětech, přičemž se klade důraz na sourozenecké vazby a individuální potřeby každého dítěte.

Většina dětí z tohoto dětského domova byla odebrána rodičům ze sociálních důvodů. Obvykle to jsou nevyhovující životní podmínky, bydlení, ale i závislosti rodičů na návykových látkách nebo jejich nástup do výkonu trestu.

Na základě rozhovoru s psycholožkou ústavu, informací získaných z poskytnutých dokumentů a rozhovorů s třemi vybranými dívkami byly vytvořeny tři stručné případové studie. Rozhovory proběhly prostřednictvím psycholožky ústavu, s příslibem absolutní anonymity a se souhlasem všech třech dívek s účastí na rozhovorech pro výzkumné účely. Zároveň zde byla snaha vyhnout se v rozhovorech citlivým tématům, která pro některé z dotazovaných dívek představuje rodina a rodinné vztahy. Informace o rodinné anamnéze byly proto dodatečně poskytnuty při rozhovoru s psycholožkou.

KAROLÍNA (17 let)

Do dětského domova se dostala v září 2010, ve věku 15 let.

Rodinná anamnéza

Otec neznámý, matka 36 let, drogově závislá, několikrát prodělala léčbu závislostí, v současné době nezvěstná. Karolína byla ve věku 6 let svěřena do péče prarodičů. Ve věku 10 let přišla Karolína o svého dědu a zůstala pouze s babičkou. V období začínající puberty se její vztah k babičce zkomplikoval, Karolína se k ní

začala chovat velmi negativně, vinila ji za rozpad rodiny, za matčinu neúspěšnou léčbu, za své neúspěchy ve škole a podobně. Situace se zhoršila, Karolína chodila za školu, několikrát měla problémy s alkoholem, začala kouřit a následně experimentovat s marihuanou. Několikrát utekla z domova a toulala se s partou starších kamarádů. Babička se vše snažila řešit s psychologem a výchovným poradcem na základní škole. Situace se částečně zlepšila, ale zanedlouho byla babička kvůli špatnému zdravotnímu stavu a následným komplikacím hospitalizována a poté přestěhována do domova pro seniory s pečovatelskou službou.

V současné době není schopná se o Karolínu postarat, jelikož sama potřebuje každodenní péči a pomoc. Proto byla dívka umístěna do dětského domova.

Psychologický stav a průběh pobytu

Karolína je velmi emočně nestálá, se sklonem a častým afektům a hysterií. Intelektové schopnosti jsou hodnoceny jako průměrné. Svým založením je spíše extrovert se snahou o dominantní postavení v kolektivu, přičemž naráží na obdobné snahy některých dalších dívek. Ve vztahu k autoritám bývá drzá a provokuje svým chováním. V důležitých rozhodnutích nebo názorech je daleko více ovlivnitelná vrstevníky než dospělými. Projevují se u ní také velmi časté výkyvy nálad. Snadno vzplane pro nějakou věc, ale její nadšení opět brzy vyhasíná. V současné době navštěvuje odborné učiliště, obor kosmetička, který si sama vybrala. Zatím se učí s průměrným prospěchem.

Karolína přišla do dětského domova jako kuřačka. V kouření pokračuje i nadále, průměrně kolem 10 - 15 cigaret denně. Veškeré další testy na přítomnost návykových látek byly v současné době negativní.

Matka neprojevila o dceru žádný zájem již několik let. V současné době je nezvěstná, pravděpodobně žije v nějaké komunitě drogově závislých. Karolínu nejistota o matčině životě velmi trápí, ale snaží se to nedat najevo a předstírá, že je nad věcí. S babičkou je neustále v kontaktu a chodí ji občas navštěvovat. Jejich vztah se výrazně zlepšil, Karolína si zřejmě uvědomila, že je to poslední člen rodiny, kterého má.

Zprostředkovaný rozhovor

Kdy jsi poprvé vyzkoušela alkohol nebo cigarety?

Cigarety asi v deseti a pivo možná o rok déle.

Jaký to byl pocit?

S cigaretou si připadám jakoby starší, dospělá. Taky kámoši vás začnou brát hned vážně a ne jako nějaký děčko. No a alkohol to bylo spíš jenom tak z nudy, pro lepší náladu. Když všichni pijí, tak přeci nebudu jen tak sedět a koukat!

S jakými dalšími drogami jsi měla osobní zkušenost?

Já žádné drogy ani nebrala, kromě trávy, ale to se snad ani jako droga nepočítá, ne? Tu kouří každý.

Kdo ti marihuanu nabízel nebo kde jsi je sháněla?

Tak různě. Kluci z party nebo na různých akcích s kamarády. Někdy se dá najít třeba na nějakém tajném místě v parku nebo u lesa. Někdo to tam zaseje a prostě to samo roste a pak už jenom chodíte sklízet, když chcete jointa.

Kouříš ještě teď?

Kouřím cigarety, ale snažím se to trochu omezit, spíš kvůli penězům. Jinak trávu už ne. Chci dodělat školu, tak nemůžu být úplně vpatlaná! Navíc tady je to přísný, testy a tak. Abychom nic nebrali.

Jaké máš záliby?

Poslouchám ráda hudbu, zajímám se o módu.

Jaké máš plány do budoucna?

Chci dodělat školu, docela mě to baví a chtěla bych to dělat. I když nevím, jestli najdu práci hned po škole. Ještě rok tady a pak se uvidí. Půjdu nejspíš do domova na půli cesty. Odešla tam i jedna moje kamarádka. Ale ze všeho nejvíc bych chtěla do budoucna vlastní byt a dobrou práci.

ZUZKA (17 let)

Do vybraného dětského domova přišla ve věku pět a půl let poté, co rok a půl pobývala v dětském domově pro děti od 1 do 6 let.

Když bylo Zuzce 13 let, napsala o důvodech svého pobytu v dětském domově do časopisu, který společně s ostatními dětmi z domova čtvrtletně vydávají pro své potěšení a pro radost.

„Myslím, že každé dítě nemá to štěstí vyrůstat u normálních rodičů, kteří mu dají vše, co jejich děti potřebují. Ani já jsem neměla to štěstí, abych vyrůstala u rodičů, kteří by se o mě a mé brášky dobře starali a dali nám vše, co potřebujeme.“

Popisuje svůj původní domov a rodinu, jak ji zná ze svých vzpomínek.

„Do dětského domova jsem se dostala, protože moji rodiče často pili a pak neměli peníze ani čas na nás. Pili čím dál tím víc a když byli opilí, musel nás hlídat strejda, teta nebo jedna hodná paní, která mě a mé dva brášky litovala, co to máme za rodiče. Rodiče neplatili elektřinu ani nájem a jednoho dne přijel nějaký pán a elektřinu nám ustříhl. Každý večer jsme pak svítili svíčkami. Rodiče pořád chodili do hospody a nás hlídal starší bráška.“

Zamýšlí se zde nad svými rodiči a popisuje problémy spojené s alkoholem, které vyvrcholily v rozpadu celé rodiny.

„Myslím si, že našim rodičům byl přednější alkohol než my, jejich děti, i když to teď nepřiznají. Je to smutné, ale popravdě řečeno nevím, jak bychom dopadli, kdyby nás paní ze sociálky nezachránila.“

Svůj život v dětském domově hodnotí pozitivně.

„...hrozně to utíká a ani mi nepřijde, že tu jsem vlastně tak dlouho. Mám se tu dobře, daleko lépe, než kdybych vyrůstala u svých biologických rodičů....Když jsem byla malá, tak jsem tu „paní sociálku“ neměla v oblibě, protože nás sebrala rodičům a já nechápala proč. Ale teď už jsem vděčná. Za tu lásku, zázemí a výchovu, kterou dostáváme v dětském domově od tet a strejdů, kteří nás mají rádi a chtějí nám nahradit to, co nedokázali naši rodiče.“

Rodinná anamnéza

Zuzka byla rodičům odebrána krátce po svých 4. narozeninách a společně se svým mladším bratrem, v té době třinácti měsíčním, a osmiletým bratrem Martinem umístěna v dětském domově. Hlavním důvodem byla alkoholová závislost matky (nyní 43 let) i otce (nyní 48 let) a jejich neschopnost postarat se o své tři děti a uspokojit jejich základní potřeby. Matka nastoupila poté dlouhodobější léčbu závislosti na alkoholu. Otec se podrobil kratší ambulantní léčbě. Zanedlouho si našel novou životní partnerku a po rozvodu se svojí první ženou si založil novou rodinu. S dcerou zůstává v kontaktu, občas ji navštěvuje, ale větší zájem o ni neprojevuje. Matka slibovala, že si vezme co nejdříve dceru i syny zpět domů. Po ukončení léčby dceru navštěvovala, brala si ji na víkendy, Vánoce a podobně. Starší bratr Martin byl se souhlasem rodičů svěřen do pěstounské péče. Díky matčiným relapsům a neschopnosti zajistit vhodné prostředí pro výchovu dětí zůstala Zuzka i její bratr Daniel i nadále v dětském domově. Zuzka poté přešla do dětského domova pro starší děti, zatímco její bratr zůstal v původním zařízení. Daniel musel podstoupit těžkou operaci srdeční vady a rodiče se ho následně zcela zřekli.

V současné době je Zuzka v kontaktu se starším bratrem. Otec ani matka neprojeví již delší dobu žádný zájem se s dcerou setkat, s otcem je v občasném telefonickém kontaktu.

Psychologický stav a průběh pobytu

Zuzka je spíše extrovertní typ, velmi samostatná, společenská, snadno navazuje kontakty a získává nové kamarády. Konflikty nevyhledává, ale pokud je nějakým způsobem „ohrožena“, tak se dokáže pohotově bránit. V kolektivu je převážně vůdčí typ, poměrně ctižádostivá a manuálně šikovná. Ve své rodině byla často nucena postarat se nejen o sebe, ale i o mladšího bratra, což se projevuje stále i ve vztahu k mladším dětem v domově, kterým ráda pomáhá a hraje si s nimi. Ve vztahu k autoritám obvykle problémy nemá. Intelektové schopnosti jsou hodnoceny jako mírně nadprůměrné. V současné době navštěvuje studijní obor s maturitou se zaměřením na hotelnictví. Od 10 let se učí německý jazyk, na střední škole začala ještě s angličtinou. Přejít do tohoto dětského domova byl pro ni komplikovaný kvůli odloučení od sourozenců. Neustále se zajímala především o malého Daniela a poté, co se naučila psát, mu

pravidelně posílala dopisy a fotky. Byla přesvědčená, že se opět sejdou a budou vyrůstat společně. Daniel byl však svěřen do péče adoptivním rodičům. I přes dlouhé odloučení je však Zuzka na bratry stále citově vázána a považuje je za své nejbližší.

Vzhledem ke škole, kterou navštěvuje, se Zuzka rozhodla zůstat v dětském domově ještě o rok déle. Od 11 let chodí do tanečního kroužku.

Zprostředkovaný rozhovor

Kdy jsi poprvé vyzkoušela alkohol nebo cigarety?

Alkohol asi na konci základní školy, když jsme měli rozlučkový večírek. Kouřit jsem taky zkusila, ale nechci v tom pokračovat, už jenom kvůli tanečnímu kroužku. Můj taneční partner to nemá rád, vadí mu kouření.

Jaký to byl pocit pít alkohol?

Bylo to spíš ze zvědavosti a taky abychom si nějak zapamatovali ten moment, že základka končí a my vstupujeme do úplně nové etapy života.

S jakými dalšími drogami jsi měla osobní zkušenost?

I u nás ve škole se dá sehnat tráva, ale mě to moc neláká.

Byla tvoje zkušenost s alkoholem opakovaná?

Ochutnala jsem třeba to pivo s limonádou, ale nechci pít jenom kvůli tomu, abych nekazila partu. Víím, co to dokáže s člověkem udělat. Když si vzpomenu na mámu a na tátu, tak vlastně nechci pít vůbec.....Všechny vzpomínky jsou nějak spojené s alkoholem – máma s tátou v hospodě, brácha se o nás stará, nemáme jídlo, máma vyvádí....Nechci být taková.

Jaké máš záliby?

Hodně času věnuji tancování, baví mě to. Taky se teď snažím víc učit němčinu, v létě pojedu na jazykový kurz do Německa, na dva týdny. Už se moc těším. Taky píšeme společně s ostatními takový časopis na webové stránky domova.

Jaké máš plány do budoucna?

Chtěla bych využít té možnosti zůstat tady ještě o rok déle do 19 let. Mám docela hodně učení a pak mě čeká maturita. No a pak budu pracovat, možná trochu cestovat a u všeho budou moji bráškové...Mám spoustu plánů, asi jako každý v mém věku.

JANA (16 let)

Jana přišla do dětského domova v listopadu 2003, ve věku 7 let.

Rodinná anamnéza

Rodina žila původně na vesnici. Když bylo Janě pět let, narodila se jí mladší sestra Veronika. V době, kdy byla Janina matka na rodičovské dovolené s mladší dcerou, otec přišel o práci a začal mít problémy s alkoholem a gamblerstvím. Rodina se ocitla ve finanční tísní, byla nucena prodat dům, ve kterém doposud bydlela a přestěhovala se do malého zahradního domku v zahrádkářské kolonii.

Děti vyrůstaly v nevyhovujících podmínkách, byly rodičům následně dočasně odebrány a umístěny v dětském domově. Po zlepšení rodinné situace Janina matka znovu otěhotněla a obě dívky i nadále zůstaly v dětském domově. Po narození syna již rodiče neprojevovali zájem o navrácení dívek zpět do rodiny. Občas je navštěvují, v posledních letech se návštěvy omezují pouze na narozeniny a Vánoce.

Psychologický stav a průběh pobytu

Jana je spíše introvert, nevýrazná, mírná. Nové kontakty navazuje poměrně obtížně, v domově je velmi citově vázaná na svoji mladší sestru. V kolektivu je celkem oblíbená, konflikty nevyhledává, a pokud nějaké nastanou, raději ustoupí. Sebevědomí má spíše nízké, k lepším výkonům potřebuje neustále povzbuzovat a motivovat. Problémy s autoritami nemá. Jana je hudebně nadaná, od osmi let navštěvuje lidovou školu umění, hraje na flétnu a kytaru. Ve škole průměrná, ale velmi pečlivá. Manuálně velmi šikovná a kreativní. Nyní navštěvuje odborné učiliště, obor květinářské a aranžérské práce.

Zprostředkovaný rozhovor

Kdy jsi poprvé vyzkoušela alkohol nebo cigarety?

Cigarety jsem nikdy nezkoušela, ani mě to moc neláká. Co se týká alkoholu, tak jsem na jedné oslavě u kamarádky ze školy pila sekt, to bylo letos.

Jaký to byl pocit pít alkohol?

Bylo to docela dobré. Připadali jsme si už jako dospělí, i když v tom asi moc alkoholu nebylo. Trochu se mi zatočila hlava a to bylo všechno.

Byla tvoje zkušenost s alkoholem opakovaná?

Kamarádky měli ve škole nějakou limonádu a daly mi pak napít. Teprve potom jsem zjistila, že v tom byl i alkohol. Trochu jsme se pak všemu kolem smály.

S jakými dalšími drogami jsi měla osobní zkušenost?

S žádnými. Moc na takové věci nejsem.

Jaké máš záliby?

Docela dost času věnuji hudbě, hraji na kytaru a na flétnu. Dostala jsem nabídku hrát v takovém seskupení muzikantů tady z města. Zatím tam hraji jenom při různých příležitostech, vánočních koncertech a podobně. Taky strašně ráda plavu.

Jaké máš plány do budoucna?

Teď bych ráda dodělala školu a pak našla práci, co mě bude bavit. V dětském domově chci zůstat až do devatenácti let, abych mohla být s mojí sestrou.

9.2. Výchovný ústav

Ve snaze zachovat autentičnost jednotlivých rozhovorů byly v odpovědích ponechány i specifické vyjadřovací prvky jednotlivých respondentů včetně slangových výrazů.

ROMAN (17 let)

Ve výchovném ústavu je poprvé, kvůli závislosti na pervitinu. Ze třech dotazovaných chlapců byl Roman nejkomunikativnější a také celkem ochotný odpovídat na kladené otázky.

Jak to vůbec celé začalo, drogy a závislost?

Když mně bylo třináct, tak si táta našel nějakou ženskou přes internet a s mámou se rozvedli. Já jsem zůstal s mámou. Neměla najednou skoro vůbec čas, musela tátu vyplatit z bytu a všechny trable mu dávala za vinu. Na konci základky jsem chodil hodně s klukama ven, do parku, na staďák a tak. Pili jsme krabičák, co někdo splášil a kouřili. Po základce jsem odešel na učňák a na intr v jiným městě. Máma byla proti tomu, už mě viděla na stavebce, ale já tam nechtěl. Tak jsme se hádali a doma to bylo na nic. Ve škole byla docela dobrá parta, hulili jsme trávu a taky chodili za školu. Máma z toho šilela, že kašlu na učení a tak, ale já jsem chtěl pořád udělat něco, co se nesmí, nějaký adrenalin, něco bombovýho. No a pak jednou přišel jeden kámoš s perníkem (pervitinem) a tak jsem to taky zkusil.

Takže tím hlavním důvodem bylo zapadnout do party?

No tak nechtěl jsem bejt mimo, ale byla to taky zvědavost. Prostě mě zajímalo, jaký to je a jestli ostatní jenom nekecaj.

Jaké to bylo?

Bylo to něco úplně jinýho, než jsem kdy zažil. Opravdu bomba. Připadal jsem si šťastnej, za vodou, všechno ostatní mi mohlo být ukradený.

Jak dlouho jsi užíval pervitin?

Bylo to necelý rok. Nejdřív jsem jenom šňupal a byl jsem přesvědčený, že to mám pod kontrolou. Jenže pak byly prázdniny no a to byl mazec. Perník mi najednou došel a já sháněl něco, co by ho alespoň trochu připomínalo. Byl jsem připravený dát cokoli za dávku.

Uvažoval jsi sám o nějaké léčbě?

Jednou. Měl jsem holku. Když zjistila, že beru perník, tak mi řekla, že se mnou rozejde, jestli nepřestanu... Jako že to stejně nemá smysl, že stejně nemám žádnou budoucnost. Přesvědčovala mě, abych se šel léčit. Dokonce mi našla nějaký kontakty do kontaktního centra. No ale já nepřestal. Když jsme se rozešli, tak mě to dost mrzelo. Kámoš se nabídl, že mi to píchne. Nejdřív jsem moc nechtěl, ale pak jsem si to nechal píchnout.

Kdy to zjistili rodiče?

Máma se jednou vrátila domů dřív a našla mě úplně sjetýho. To už jsem si i píchal sám, není to zas tak těžký. Už předtím měla trochu podezření, kvůli penězům a tak, ale vždycky jsem to nějak obhájil. No a teď to už nešlo.

Jak rodiče reagovali?

Máma byla nejdříve hysterická, ale nemělo to smysl. Tak čekala, až se z toho vyspím a pak jsme si promluvili. Pak mě začala kontrolovat a myslela si, že když budu doma, tak to bude dobrý. Ale já jsem utekl i v noci, abych si zase někde šlehnul. Máma pak pochopila, že to nikam nevede a řekla to i tátovi. Překvapilo mě, že hned přijel, že měl starost. Nic mi nevyčítal, byl v pohodě, ale bylo vidět, že ho to strašně mrzí. Myslel jsem, že už mu jsme s mámou ukradený, ale on si udělal čas, všude jezdil s námi a nehádali se. Bylo mi to najednou strašně líto, že jim tak ubližuji.

Jak hodnotíš svoji léčbu?

No za začátku to bylo maso...detox a to všechno kolem. První dny byly příšerný. Měl jsem strašný hlad, ale bylo mi tak zle, že jsem nemohl vůbec nic sníst. Koukal jsem z pokoje na západ slunce a pořád si říkal, tak další den za mnou a myslel jsem, že se

z toho zblázním. Pak už mně ani nic nebolelo, ale myslel jsem jenom nato, jak si zase šlehnu a jak to bude krásný. Byla to hrozná depka a přemýšlel jsem i o tom, že by snad bylo lepší umřít. Taky jsem chtěl utéct, ale nakonec jsem to neudělal.

Jak dlouho jsi v ústavu?

Teď tu jsem už pátý měsíc a zatím to vypadá dobře, že bych už brzy mohl domů na zkoušku.

Podporují tě rodiče v léčbě?

Píšeme si a voláme. I s tátou. Máme si toho hodně co říct, ale mně se někdy ani mluvit nechce, prostě najednou nevím, jak začít. Někdy mi fakt stačí, že vím, že se táta o mě zajímá, chápete jak to myslím....Dokonce mi píše i Žaneta (moje bývalá holka), prý mluvila s mámou.... Tak se snad potkáme až budu doma.

Jakou máš představu o své budoucnosti?

Mám trochu strach, co bude, až se vrátím domů a ještě tak trochu tady řešíme. Nejspíš se už nevrátím do školy a půjdu na jinou, u nás ve městě. Jako abych nebyl zase zpátky v tom stejném prostředí a s těmi stejnými lidmi. Táta si plánuje, že se budeme vidět víc. Možná zase začnu hrát basket, jako předtím. Ještě nevím.

ONDŘEJ (16 let)

Přes svůj nízký věk má Ondra již bohaté zkušenosti s alkoholem. V ústavu je poprvé a právě dokončil adaptační fázi programu. Podle slov pedagoga se nemohl smířit s tím, že byl umístěn do výchovného ústavu a zpočátku nechtěl vůbec spolupracovat. Jeho matka se snažila neustále omlouvat jeho úniky k alkoholu, až už bylo téměř pozdě. Ondrův postoj k rozhovoru byl poněkud nedůvěřivý.

Kdy jsi poprvé ochutnal alkohol?

Já už ani nevím. Možná tak v sedmé třídě. Vzal jsem doma tajně flašku, když jsme jeli se školou na výlet.

Jaké to bylo?

Už si asi nevzpomenou, jenom vím, že jsme se strašně smáli a nemohli to zastavit.

Přišlo se na to?

Jo, byl z toho průser. Ale máma byla v pohodě, postavila se za mě, že jako učitelé na nás kašlou a měli na nás dávat víc pozor.

A co táta? Ten s tím taky souhlasil?

Nevím, nebydlí s námi.

Zkusil jsi i jiné drogy kromě alkoholu?

Asi jako všichni – trávu, ale jinak nic.

Kde jsi sháněl alkohol?

Občas doma, když byla máma pryč, tak jsem něco vzal. No a pak mám starší kámoše, kterým všude normálně nalijí nebo prodají flašku. Někde se ani neptají kolik nám je.

Jak tvá matka zjistila, že máš problémy s alkoholem?

No, začala mít asi tušení, když volali ze školy kvůli absenci. Chodil jsem hodně za školu. No a pak ta otrava alkoholem to dorazila.

Otrava alkoholem?

Kamarád měl narozky a byli jsme u nich na chalupě lyžovat a pak jsme to slavili. Někdo dostal nápad, že jako budeme závodit, kdo dá víc vodky. Víím, že jsem už něco vypil předtím a pak si už vzpomínám jenom na nemocnici a mámu.

Jak hodnotíš svoji léčbu?

První dny byly strašný. Měl jsem abst'ák a nemohl jsem si nic vzít. Byl jsem naštvanej na mámu, že mě tady nechala. Myslel jsem si, že je to můj konec. Teď už je to lepší, první část programu mám za sebou.

Podporuje tě tvá matka v léčbě?

Jo, jasně.

Jakou máš představu o své budoucnosti?

Já spíš teď myslím na věci, co se dějí teď. Tady je život úplně jiný než venku. Doma jsou prostě jiná pravidla nebo třeba vůbec nejsou. Ve škole budu muset asi nejspíš opakovat ročník.

ŠTEFAN (17 let)

V resocializačním programu výchovného ústavu je již podruhé, kvůli porušení abstinence během terapeutické dovolenky ve svém domácím prostředí. Kvůli neschopnosti rodičů vytvořit vhodné výchovné prostředí a zabezpečit základní potřeby svého dítěte, půjde po ukončení pěti měsíců programu Štefan do dětského domova. Štefanovi rodiče byli v minulosti trestáni za neoprávněné přechovávání drog a výrobu pervitinu. Štefan proto pobýval od malička přechodně v dětském domově. Oba rodiče se sice podrobili léčbě závislosti na pervitinu, ale prostředí, ve kterém žijí, nepodporuje trvalou abstinenci a není vhodné pro výchovu dítěte.¹⁵⁰

Štefan nechtěl mluvit o svých rodičích, jeho odpovědi byly často velmi strohé a střídaly se s dlouhými odmlkami, jakoby neustále myslel na něco jiného nebo nevnímal, o čem se bavíme.

V kolika letech jsi poprvé vyzkoušel nějakou drogu?

Asi ve třinácti.

Jaká droga to byla?

Bral jsem vždycky jenom piko (pervitin), nic jiného.

¹⁵⁰ Veškeré informace o jeho domácím prostředí pocházejí od vychovatele ústavu s tím, že bude zachována naprostá anonymita a informace takto získané budou použity pouze pro výzkumné účely této práce.

Jak dlouho jsi bral pervitin?

Poprvé mi bylo strašně zle, tak jsem ani nechtěl další. Ale brácha mě přesvědčil, že to byla špatná dávka a tak jsem to po nějaké době zkusil znovu a bylo to super. Je to jak nové baterky, spousta energie, dobrá nálada....Bral jsem to asi dva roky.

Za jak dlouho se vytvořil návyk?

Znám lidi, co to berou třeba šest let a nikdo nic nepoznal. Záleží na tom, jak často si šlehnou. Já jsem měl další dávku nejdřív asi tak za půl roku a nic mi nebylo. Jenom jsem to chtěl zase zažít. Pak se to zkracovalo. Nejdřív jsem to jenom šňupal, ale jehlou je to daleko silnější, lepší. Nakonec jsem si píchal skoro každý den, už ani ne kvůli pohodě, ale spíš aby mi nebylo blbě.

Kde jsi sháněl pervitin?

To není problém, když máte známý vaříče. Stačí sehnat materiál a nebo prodávat dál a přitom si něco odsypat a doplnit něčím jiným.

Co škola, rodiče? Nikdo nic nepoznal?

Já jsem do školy nechodil a doma v tom jedou všichni.

Rodiče taky berou pervitin?

Nechci se o tom bavit.

Promiň, nechtěla jsem se nějak dotknout tvé rodiny a soukromí. Co si myslíš o terapii, má pro tebe pobyt v ústavu nějaký smysl?

Já nevím, no smysl to asi má. Jsem teď zase na nějakou dobu čistej.

To znamená, že se k tomu hodláš vrátit?

No nevím, jestli to vydržím nikdy už nic nebrat.

Jaké má představy o své budoucnosti?

Po skončení programu mám jít do děcáku. Tam budu stejně maximálně rok a pak uvidím.

9.3. Rozhovory s pedagogy

9.3.1. Výchovná poradkyně na gymnáziu

Alžběta K. (36 let) pracuje jako výchovná poradkyně a metodička prevence sociálně patologických jevů na gymnáziu. Její náplň práce tvoří především vytvoření a aktualizace preventivního programu školy, přičemž spolupracuje s kolegy, třídními učiteli, vedením školy, studenty, jejich rodiči a pedagogicko-psychologickou poradnou. Cílem primární prevence školy je podle jejích slov omezit nežádoucí chování studentů a vytvořit příznivé školní klima podporující zdravý životní styl a osobnostní rozvoj každého studenta.

Jak dlouho se zabýváte primární prevencí a jaká je potřebná kvalifikace k tomu, aby se pedagog mohl stát výchovným poradcem a metodikem prevence?

Výchovným poradenstvím se zabývám přibližně dvanáct let. Tato práce mě nejen naplňuje vnitřně, ale je zajímavá také tím, že přináší neustále něco nového. Jednak žáci jsou různí a rozdílný je i jejich přístup k problémům a následně i k jejich řešení. Liší se také názorově současní studenti a studenti například před deseti lety. Z tohoto důvodu je nutné se neustále vzdělávat a doplňovat si znalosti v oblasti primární prevence a zároveň moderní programy přizpůsobovat potřebám současných studentů. Původně jsem studovala speciální pedagogiku a následně pracovala ve výchovném ústavu pro mládež. Poté jsem absolvovala dálkové studium k výkonu specializovaných činností, konkrétně prevence sociálně - patologických jevů. Na gymnáziu působím sedm let.

Jak vypadá drogová prevence na Vaší škole?

Snažíme se, aby se drogová prevence v rámci primární prevence neminimalizovala pouze na několik přednášek či vyučovacích hodin. Z tohoto důvodu naše škola podporuje co nejvíce aktivit, především takových, kde se mohou studenti sami zapojit. Jsou to například různé diskusní skupiny na konkrétní témata, s kterými jsou žáci předem seznámeni a sami si hledají z dostupných zdrojů různé informace, aby mohli do diskuse vstoupit již s nějakou představou o dané problematice. Tím jsou

nuceni se zamýšlet nad otázkou, vytvořit se vlastní názor, stát si za ním a umět ho obhájit před ostatními.

Jaký má tento přístup ohlas mezi studenty?

V prvním ročníku je to vždy trochu těžší, než si zvyknou. Nechce se jim přemýšlet do hloubky a hledat souvislosti. Někdy si s nadsázkou stěžují, že „myšlení bolí“ a prevenci si představovali jako odpočinkovou hodinu. Ale s radostí pozorují, že tento způsob aktivního zapojení je zároveň baví a postupem času si zvykají, upevňují se vztahy mezi studenty navzájem a mají i důvěru ke mně. Myslím, že je to hlavně tím, že cítí, že se o jejich problémy upřímně zajímám a jsem je ochotna vyslechnout i nabídnout řešení.

Jaké jsou další aktivity v rámci preventivních programů?

Kromě diskusních skupin jsou zde různé besedy, přednášky, peer programy i zážitkové aktivity, do kterých se mohou zapojit i rodiče. Spolupráci s rodiči považují za velmi důležitou. Společně s ostatními kolegy a vedením školy monitorujeme problémové chování studentů a ihned se ho snažíme řešit. Prevence pro mě znamená dlouhodobé působení na studenty, na utváření jejich názorů, postojů a rozvoj zdravého sebevědomí. Nejsem fanďa jednorázových akcí, které sice mohou zaujmout, ale nadšení brzy opět vyhasíná a celkový výsledek je nulový.

Na jakém základě fungují peer programy?

Jedná se vlastně o vrstevnické programy, kde se sami studenti mohou aktivně zapojit do primární prevence. Zájemci jsou pak pozváni na výběrovou schůzku, kde se zjišťují základní informace o jejich životním stylu, komunikačních dovednostech a podobně. Podmínkou je, že neužívají žádné nelegální drogy a provozují zdravý životní styl, bez alkoholu, cigaret, sportují, mají různé záliby a koníčky. Vybraná skupina studentů pak jezdí na školení nebo krátkodobé (většinou víkendové) pobyty, kde získávají základní informace o drogové prevenci, učí se pracovat se skupinou, rozvíjí si komunikační dovednosti, upevňují se v názorech na drogy a v postojích vůči vlastnímu zdraví a životnímu stylu a zároveň si sami budují zdravé sebevědomí a osobnostně se rozvíjejí. Vyškolení peer aktivisté (peerové) pak působí mezi svými vrstevníky,

ovlivňují je nenásilnou formou svými postoji a chováním a motivují k životu bez drog. Obecně totiž platí, že v období dospívání mají názory vrstevníků pro mladého člověka větší význam, než názory dospělých (rodičů nebo pedagogů) a této skutečnosti se zde právě využívá.

Na gymnáziu jsou většinou studenti s lepším prospěchem, s vizí dalšího studia na vysoké škole, víceméně „bezproblémové děti“. S jakými problémy se zde v souvislosti s návykovými látkami setkáváte?

Většinou se stává, že rodiče našich studentů je vidí právě tak, jak jste uvedla. Jako „bezproblémové děti“ a z toho také vycházejí ve své výchově a péči o ně. Přechod na gymnázium, změna prostředí, noví spolužáci a náročné učivo znamená často velkou změnu a může být velmi náročné se s ní vypořádat. Proto je důležitá spolupráce s rodiči. Podpora rodiny v tomto období hraje významnou roli. Studenti stojí jakoby už jednou nohou v dospělosti, ale na to, aby udělali ten krok, potřebují ještě hodně času, nějaké zkušenosti, podporu svých blízkých a vědomí, že jim na nich záleží. U starších studentů je zase problém nepřiměřeně vysokých nároků, které na ně rodiče kladou a rozcházející se představy o budoucnosti. Neshody s rodiči jsou asi největším problémem, který někteří studenti řeší pomocí návykových látek. Většinou je to alkohol a marihuana.

Jaké jsou další důvody, které vedou Vaše studenty k experimentu s nějakou drogou?

Vedle problémů s rodiči a narušených rodinných vztahů například rozvodem rodičů a podobně se setkávám také, jako s jedním z důvodů k experimentování s drogami, se snahou zapadnout do party a zvýšit si sebevědomí před spolužáky či kamarády. Dalším důvodem jsou různé stresové situace, jako například rozchod s přítelem či přítelkyní nebo neschopnost či nezdary navázat vztah s opačným pohlavím.

Můžete říci, že jsou dospívající chlapci problémovější z hlediska návykových látek než děvčata?

Na začátku mé kariéry tomu tak možná bylo, ale v posledních letech pozoruji velký vzestup například konzumace alkoholu u dívek a taky roste počet kuřáček mezi našimi studentkami. Kluci zase více experimentují a zkoušejí nové věci.

Jakým způsobem se snažíte mladé lidi odradit od alkoholu, kouření a jiných drog?

Naše škola je samozřejmě nekuřácká a snažíme se na studenty apelovat spíše ve smyslu změny jejich životního stylu. Podporujeme sportovní aktivity, kulturní vyžití a aktivní zapojení do chodu školy, jako je například studentský parlament.

9.3.2. Speciální pedagog ve výchovném ústavu

Pavel P. (31 let) pracuje již sedm let jako speciální pedagog ve výchovně léčebném oddělení pro děti ohrožené závislostmi a drogově závislé. Vedle závislosti na psychotropních látkách se zde léčí alkoholová závislost a gamblerství. Oddělení je určeno pro chlapce od 15 do 18 let, ve výjimečných případech do 19 let.

Kdo rozhoduje o umístění dospívajících dětí do Vašeho ústavu?

O ústavní výchově nebo předběžném opatření rozhoduje soud. O umístění chlapců do resocializačního programu rozhoduje diagnostický ústav pro mládež.

Kdy a kde se většinou Vaši svěřenci poprvé setkávají s návykovými látkami?

Nejvíce případů je kolem 12 -13 let. Drogy jsou jim nabízeny na všech možných místech, v rodině, škole, mezi kamarády.

S kterými drogami chlapci nejčastěji experimentují?

Z legálních drog je to alkohol a nikotin, z ilegálních drog experimentují nejčastěji s marihuanou, pervitinem a taky inhalanty.

Jaké jsou nejčastější důvody k užívání nebo k experimentování s drogou u Vašich svěřenců?

Existenciální tíseň.

Mohl byste to blíže definovat?

Obvykle to je rozpor mezi smyslem existence a realitou, se kterou se musí každý z nich vypořádat. Každý z nás se během života musíme s určitým stupněm existenciální tísně vyrovnat a většinou to dokážeme například s podporou svých blízkých nebo přátel bez nějaké „berličky“ v podobě návykových látek. Někteří však takovou podporu nemají a existenciální tíseň je v určitém okamžiku tak velká, že sáhnou po droze jako prostředku k okamžité úlevě, i když jenom přechodné a rychle pomíjivé. V období dospívání mají některé problémy na člověka větší dopad než například v dospělosti. Často je to následek působení různých negativních vlivů a událostí. U našich klientů se setkávám s pocity strachu, samoty, mají narušenou představu o vlastní hodnotě, slabé sebevědomí. Život pro ně není radostí, ale utrpením a bolestí, které se snaží nějak zbavit. Jsou zkrátka v situaci, kterou v ten daný moment nedokáží přijatelně řešit.

Myslíte si, na základě Vašich zkušeností, že problém s drogami se týká ve větší míře dětí z dysfunkčních rodin a dětských domovů než dětí s dobrým rodinným zázemím?

Dobře fungující rodina je určitě prvním předpokladem k tomu, aby z dítěte vyrostl samostatně uvažující jedinec, rozvinutá osobnost se zdravým sebevědomím, která dokáže i ve stresových situacích najít řešení bez drogových experimentů. Ale znám i případy, kdy děti z neúplné rodiny alkoholiků či drogově závislých dokázaly v životě téměř nemožné a dosáhly vysokého sociálního postavení, především díky tomu, že měly jasný cíl – neskončit jako jejich rodiče. Co se týká našich klientů, tak rodinné prostředí je obvykle narušené a rodina neplní svou základní funkci.

Jak probíhá terapie ve Vašem zařízení?

Náš program je rozdělen do třech fází. V první fázi se chlapci adaptují na nové prostředí, osvojují si také pravidla našeho ústavu, týkající se nejen vzájemného chování mezi chlapci, ale také chování k pedagogům a ostatnímu personálu. Druhá fáze je stabilizační, kdy už znají pravidla a podmínky úspěšné terapie a snaží se je plnit. Tyto první dvě fáze trvají pět měsíců a pokud proběhnou bez problémů, což je individuální,

následuje třetí fáze, kterou je terapeutická dovolenka. Chlapci se vrací do svého prostředí, které předtím selhalo. Tím může být vlastní rodina, dětský domov nebo náhradní péče. V tomto období jsou plánovaně i neplánovaně testováni. V případě selhání začínají program v našem zařízení od začátku.

Co je náplní resocializačního programu?

Pomocí různých aktivit se chlapcům snažíme nejen ukázat život bez drog, ale také je naučit zvládat konkrétní situace, které mohou vést k opětovnému užití drogy. Učí se také základním sociálním dovednostem, které se často v jejich původním prostředí nenaučili. Při terapii využíváme zážitkovou pedagogiku, sportovní aktivity, arteterapii, muzikoterapii a další metody.

Předpokladem úspěšné terapie je motivace. Jak Vy motivujete své klienty?

Máme různé motivační prvky v rámci terapie. Jedním z takových jednodušších, ale účinných prvků je rozdělení podle barvy triček. Nováčci v programu nosí maskovaná trička, která jsou neutrální. Při úspěšné adaptaci a plnění podmínek terapie (zvládnutí chování, abstinence) mohou nosit tričko bílé barvy, které jim zároveň umožňuje využívat některých výhod v rámci programu. Ti, kteří nějakým způsobem poruší řád ústavu nebo selhali v drogové abstinenci na terapeutické dovolence, nosí tričko černé. Klademe důraz na vyzdvižení pozitivního chování a naopak zcela odmítáme nevhodné chování. Dvakrát denně dochází k hodnocení aktuálního chování chlapců, které probíhá veřejně v rámci celé skupiny. Tak mají možnost se nad svým chováním zamyslet. Výsledky dlouhodobějšího chování se rozebírají společně s psychologem individuálně na terapeutickém sezení.

Vrací se k Vám chlapci v některých případech zpět?

Ano, vrací.

Co stojí většinou za selháním po návratu do jejich rodinného prostředí?

Obvykle je to návrat ke starým zvyklostem a způsobu života, jak v rámci rodiny, tak ve skupině vrstevníků.

Co Vám osobně přináší tato práce?

Některé zkušenosti a zážitky jsou opravdu velmi citově silné a z vlastní zkušenosti musím říct, že si stále častěji uvědomuji, jaká je to obrovská zodpovědnost stát se rodičem. Sám ještě vlastní rodinu nemám, ale potvrzuje se, že rodinné zázemí, pocit bezpečí a podpora rodičů se asi nedají ničím nahradit. Pokud je dítě nemá, těžko se s tím později vyrovnává. My se tyto dopady snažíme alespoň trochu zmírnit a jsem rád, když se to podaří.

9.4. Rozhovory s rodiči

Kateřina Š. (42 let), matka devatenáctiletého studenta gymnázia.

Jaký je Váš názor na drogovou prevenci na zdejším gymnáziu?

Myslím, že drogové problematice se zde věnuje dostatečná pozornost. Líbí se mi, že je to nenásilnou formou a s využitím moderních metod jako internetu a interaktivních přednášek. Děti tady mohou získat informace o drogách a jejich působení, které jim my rodiče někdy ani nejsme schopni poskytnout. Je dobré, že se mohou sami aktivně zapojit do jednotlivých programů. Má to daleko větší efekt než jen pasivně sedět a poslouchat.

Mluvíte s Vaším synem o nebezpečí a riziku spojeném s kouřením, alkoholem a dalšími návykovými látkami?

Ano, určitě. Chránit dítě před tímto nebezpečím je, podle mého názoru, úkol všech rodičů. My se doma snažíme nejen mluvit otevřeně o drogách, ale taky jsme již od malička směřovali našeho syna ke zdravým aktivitám, hlavně ke sportu. Myslím, že náš vztah je založený na vzájemné důvěře a pokud se někdy s drogou setká, tak jsme schopni o tom normálně mluvit a nějakým způsobem to řešit.

Jak tráví Váš syn volný čas?

Moc volného času nemá. Hraje závodně floorball a baví ho i ostatní sporty jako fotbal, cyklistika a lezení po skalách. Většinou tráví volný čas s kamarády z floorballu a nebo se svojí přítelkyní. Chodí na různé akce, do kina, na koncerty a podobně.

Má Váš syn zkušenosti s kouřením a alkoholem?

Co se týká kouření, tak to možná zkusil, jako ostatní v jeho věku, ale rozhodně v tom nepokračuje. Alkohol pije spíš příležitostně, na různých oslavách a nebo když vyhrají kluci nějaký zápas, tak to jdou oslavit. Ale pravidlem to není. To spojení úspěchu ve sportu a alkoholu se mi moc nelíbí a už jsme o tom spolu mluvili. Je určitě dobré to oslavit a nekazit partu, ale všeho s mírou. Bohužel kluci pak vidí, jak to chodí například s naší reprezentací, fotbalovou nebo hokejovou, když vyhrají a snaží se to nějak svým způsobem kopírovat. Synovi v tomhle věřím a zatím nemám důvod k opaku.

Má Váš syn zkušenost s jinými drogami než je alkohol a nikotin?

Je to asi tak trochu ironie osudu, že se s drogami setkal právě při sportu, který jsme považovali s manželem za perfektní prostředek prevence. V posilovně, kam začal nedávno chodit, mu nabízeli nějaké léky pro větší výkonnost a nárůst svalové hmoty. Přestože jsou některá anabolika legální, tak v jeho věku mohou mít spoustu negativních následků. Naštěstí to odmítl a mluvili jsme o tom doma. Myslím, že z vlastní zkušenosti ví, že úspěchy může mít ve sportu i bez nějakých léků. Teď se klukům docela daří a baví je to. To, že jim ostatní fandí a povzbuzují je, je pro ně dost velkou motivací. Taky obdiv fanynek dělá divy.

Co byste radila ostatním rodičům dospívající děti ohledně drogové problematiky?

Rozhodně je dobré začít už v době, kdy jsou děti malé. Jednak budovat vztahy s nimi a rozvíjet vzájemnou důvěru a pak je také vést ke zdravému způsobu života. Pokud mají nějaké záliby, koníčky a zdravé aktivity, obvykle nepotřebují další podporu v podobě drog. Když se dítě setká s drogou, pak rozhodně napanikařit, ale otevřeně to s ním řešit a promluvit si o tom. Myslím, že je také dobré se dětem věnovat i ve věku,

kdy si už připadají téměř dospělí. Snažím se vědět, kde a s kým tráví svůj volný čas, znát jeho kamarády a zároveň respektovat jeho soukromí, vlastní rozhodnutí a názory. Někdy to není tak úplně jednoduché. To se pak musím utěšovat tím, že dospívání je jen takové „přechodné období“, které jednou skončí a my se těm dnešním problémům pak se synem společně zasmějeme.

Bedřich M. (45 let), otec sedmnáctileté studentky gymnázia.

Jaký je Váš názor na drogovou prevenci na zdejší gymnáziu?

Od dob, kdy jsem navštěvoval zdejší gymnázium jako student, se v této oblasti mnoho změnilo. Dříve byla většinou drogová problematika něco jako tabu a teď se z dětmi otevřeně mluví o všem, co je s drogami spojené. Děti mají daleko větší přehled, znají následky a nebezpečí užívání drog, ale stejně jako my v jejich věku, jsou i zvědavé a chtějí si všechno vyzkoušet na vlastní kůži.

Mluvíte s Vaší dcerou o nebezpečí a riziku spojeném s kouřením, alkoholem a dalšími návykovými látkami?

Toto téma bylo u nás doma vždycky otevřené a přirozeně jsme o něm mluvili, s postupem času, jak děti dorůstaly. Nikdy jsme jim nic nezakazovali a nezakazujeme ani nyní. Myslím si, že zákazy nic neřeší. To, jak drogy působí, většinou dobře vědí, ale nakonec je to rozhodnutí stejně na nich.

Jak tráví Vaše dcera volný čas?

Většinou s přáteli. Má různé aktivity, věnuje se hraní na flétnu, což zabírá poměrně hodně času a pak podnikají různé společné akce, jako je sjíždění řeky, v zimě snowboard, koncerty, festivaly a podobně.

Má Vaše dcera zkušenosti s kouřením a alkoholem?

Cigarety nekouří. Myslím, že to určitě zkoušela, ale už kvůli tomu hraní na flétnu v tom nepokračuje. Nebyla by schopná to potom udýchat. Alkohol pije tak

celkem přiměřeně. Někdy si dá pivko nebo víno s kamarády. Zatím se nestalo, že by se vrátila domů nějak výrazně opilá.

Má Vaše dcera zkušenost s jinými drogami než je alkohol a nikotin?

Někdy si dají s kamarády trávu. Nemám s tím problém, ale chci, aby mi to řekla. Kdybychom jí to zakázali, tak by asi k nám ztratila důvěru. Já osobně jsem v jejím věku zkoušel všechno možné a bylo by to ode mě nefér, kdybych jí trávu zakazoval. Spíš se snažím, aby věděla, čeho se má vyvarovat a na co si dát pozor. Takhle máme věci pod kontrolou a můžeme jí věřit, že neudělá nějakou hloupost.

Tou hloupostí máte na mysli, že nebude zkoušet tvrdší drogy?

Přesně tak. Někteří z jejích kamarádů už tu pomyslnou hranici překročili a bohužel jeden z nich se předávkoval a stálo ho to život. Pro ostatní to bylo, myslím, dostatečné varování a zkušenost, která se nezapomíná.

Co byste radil ostatním rodičům dospívající děti ohledně drogové problematiky?

Hlavně žádné příkazy a zákazy. Pokud dítěti něco zakážete, pak se to většinou obrátí úplně jiným směrem, než jste původně chtěli. Je dobré umožnit dětem získat co nejvíce informací o drogách, otevřeně a upřímně s nimi o tomto problému mluvit a zároveň mít jako rodiče dostatek informací, abychom mohli bez problémů argumentovat, radit a vysvětlovat.

10. VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

POTVRZENÍ ČI VYVRÁCENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza 1.:

Problematika alkoholismu, nikotinismu a jiných toxikománií se týká ve větší míře mladistvých z neúplných nebo dysfunkčních rodin.

Hypotéza byla **potvrzena**. Rozhovory s chlapci z výchovného ústavu ukazují, že všichni žijí v prostředí dysfunkčních rodin, kde jeden z rodičů zcela chybí nebo se více věnuje své nové rodině. Jeden z dotazovaných chlapců je navíc již od útlého dětství velmi ovlivňován nevhodným prostředím, které vytvářejí jeho rodiče narkomani. Speciální pedagog z výchovného ústavu tyto skutečnosti potvrzuje a na základě svých dlouholetých zkušeností poukazuje na významný vliv rodiny na rozvoj závislostí u mládeže.

Z dotazníkového šetření na gymnáziu vyplývá, že 88% dotázaných žije v úplné rodině buď s oběma vlastními rodiči nebo je jeden z nich nevlastní. 67% respondentů uvedlo, že rodinná atmosféra je harmonická nebo uspokojivá. Z těchto čísel by se dalo usuzovat, že se jedná převážně o dobře fungující rodiny, kde problémy s alkoholem, nikotinem a jinými návykovými látkami budou minimální. Skutečnost je však trochu jiná. Osobní zkušenost s alkoholem potvrdilo 94% dotázaných, což je číslo velmi vysoké, i když v žádném případě nemusí znamenat, že tito respondenti mají s alkoholem problém. Většina z nich skutečně pije pouze příležitostně při oslavách a podobně. Závažnější je ale skutečnost, že u 68% respondentů, kteří již mají zkušenost s alkoholem, je tato zkušenost opakovaná. 33% všech respondentů kouří pravidelně nebo příležitostně a 22% dotazovaných má již zkušenost s nějakou drogou, kromě alkoholu a cigaret. Jde v tomto případě o výjimku, která potvrzuje pravidlo a nebo se za experimentováním s návykovými látkami u studentů z navenek funkčních rodin skrývají na první pohled skryté důvody? Výchovná poradkyně působící na této škole poukazuje na velmi často přehnané nároky rodičů na své děti a na skutečnost, že se někteří rodiče svým dětem málo věnují. Především v období dospívání to má na dítě velmi velký dopad. V současné době se objevuje tendence považovat dospívající již za dospělé. Někteří rodiče se tímto způsobem zbavují části své zodpovědnosti a adolescent na druhé

straně překračuje bez problémů dříve vytýčené hranice, bohužel i ty, které mu doposud vytvářely pocit bezpečí a ochrany v rodinném kruhu.

Průzkum také ukázal, že většina dotazovaných se daleko častěji svěřuje svým kamarádům než rodičům, což může být nejen přirozeným prvkem v chování adolescentů, ale i důkazem toho, že necítí ze strany rodičů podporu a porozumění.

15% dotazovaných uvedlo, že má v rodině člověka závislého na alkoholu nebo jiných návykových látkách, kromě nikotinu. Nikotin byl v otázce č. 23 ze skupiny návykových látek vyřazen z toho důvodu, že obvykle nezpůsobuje rozvrat rodiny a nenarušuje výrazně její funkci (pokud pomineme nemoci způsobené nikotinem, následky dlouhodobého kouření a podobně).

Případové studie dívek z dětského domova naopak ukazují, že i dětský domov může vytvořit podnětné a bezpečné prostředí pro harmonický vývoj dítěte. Z hlediska volnočasových aktivit, společenského a sportovního vyžití jsou na tom často děti s dětských domovů v současné době daleko lépe, než děti z průměrných českých rodin. Záleží však na individuálních případech a lidech, kteří v daném domově pracují. Ve vybraném dětském domově bylo vidět, že se vychovatelé a vychovatelky dětem skutečně věnují a vytvářejí jim pocit bezpečí a opravdového náhradního domova. Z případových studií vyplývá že čím dříve se dítě dostane do podnětného, bezpečného a láskyplného prostředí z rodiny, která svoji funkci neplnila a neposkytovala dítěti pocit bezpečí a zázemí, tím lépe.

Osudy všech třech dívek se od sebe značně liší. Hypotézu č. 1 však potvrzuje pouze první z případových studií z dětského domova. U dalších dvou případů došlo díky včasné změně prostředí, správnému výchovnému působení a uspokojení potřeb obou dětí k překonání stresujících zážitků z původní rodiny a jejich negativního vlivu na zdárný rozvoj osobnosti. První z dotazovaných dívek (Karolína) přišla do dětského domova poměrně pozdě, již v období dospívání, ve věku 15 let. V dětství byla pravděpodobně výrazně ovlivněna soužitím s matkou – narkomankou. Následně byla svěřena do péče prarodičů, což se v podobných případech stává poměrně často. Za daných okolností se toto řešení jeví jako nejpříjemnější pro dítě. Prarodiče tak na sebe berou velmi náročný úkol. Nejistota a obavy z toho, zda zvládnou výchovu svěřeného vnuka či vnučky, jsou většinou potlačeny přesvědčením, že výchova dítěte ve vlastní rodině je pro něho nejlepší.

V období dospívání dítěte dosahují prarodiče již pokročilého věku a vedle velkého emočního zatížení se objevují pocity únavy a bezradnosti. V případě Karolíny babička navíc ovdověla a na výchovu vnučky zůstala sama. Její psychický stav nebyl podpořen ani neúspěšnou léčbou dceřiny závislosti a naděje, že si dcera vezme vnučku zpět do své péče, se postupem času zcela vytratila. Je očividné, že Karolína se na svoji matku zlobí, ale vzhledem k tomu, že s ní nežije, vybíjí si svoji zlost na babičce, kterou má naopak stále nablízku. Snaží se protestovat nevhodným chováním, toulá se a experimentuje s drogami jako její matka. Důvodem může být také zvědavost, co vlastně drogy nabízejí a jak silné zážitky mohou způsobit, že její vlastní matka jim dala přednost před svým dítětem. Karolínina babička situaci nezvládá a obrací se na pomoc psychologa a výchovného poradce na škole. Tento krok udělala poměrně včas, což vedlo ke zlepšení situace. Často se stává, že prarodiče pečující o svá vnoučata mají ve svém věku nějaké zdravotní problémy. V tomto případě vedly tyto problémy k tomu, že babička již není schopná se o vnučku postarat. Podle psycholožky je prognóza nadějná, i když Karolína je poměrně problémový typ. V domově se snaží dívku podpořit v její snaze zdárně dokončit školu, obor, který si sama zvolila na základě svých zájmů.

Druhá z dívek (Zuzka) vyrůstala v dětském domově od čtyř let a od šesti let pobývá ve stejném zařízení. Za tuto dobu si zde vytvořila zázemí, kde se cítí bezpečně a podle jejích vlastních slov dobře. Ve vztahu k alkoholu zde navíc hraje velmi podstatnou roli skutečnost, že oba její rodiče jsou alkoholici. Dívka si ze svého dětství velmi dobře pamatuje zásadní momenty spojené s alkoholovou závislostí rodičů, které negativně působily na její psychiku. Pocity strachu, nezájmu, nejistoty. Sama přiznává, že tehdy nevěděla, proč je rodičům odebrána a souvislosti pochopila mnohem později. Je očividné, že její rozhodnutí raději ani nezačínat s návykovými látkami, je utvrzeno její vlastní zkušeností a vědomím o následcích nadměrné konzumace alkoholu ve vlastní rodině.

Třetí dívka (Jana) vyrůstala až do sedmi let u svých biologických rodičů, zpočátku se dá předpokládat, že v poměrně příjemné rodinné atmosféře, která byla narušená alkoholovou závislostí a gamblerstvím otce. Následky těchto závislostí působí v Janině životě podobně jako u Zuzky, i když Jana je mnohem uzavřenější a daleko výrazněji odmítá jakékoliv návykové látky. Podobně jako Zuzka se věnuje svým zálibám, což je v tomto případě především hudba. Opět se zde projevuje závislost rodiče

a její dopady na rozpad rodiny jako hlavní důvod k naprostému odmítnutí alkoholu a drog.

Hypotéza 2:

Nejčastějším důvodem k prvnímu vyzkoušení drogy je snaha zapadnout do skupiny vrstevníků.

Hypotéza byla **částečně potvrzena**. V dotazníkovém šetření udávají respondenti jako nejčastější důvod ke konzumaci návykových látek „*snahu nekazit partu*“, celkem v 39%. Podobně se vyjadřovali i někteří dotazovaní v rámci případových studií: „*Když všichni pijí, tak přeci nebudu jen tak sedět a koukat!*“ (Karolína).

Skutečnost, že vrstevnická skupina hraje u mladistvých velkou roli byla během dotazníkového šetření několikrát potvrzena. Jako nejčastější volnočasovou aktivitu uváděli dotazovaní „*zábavu s přáteli*“, přátelé tvoří také nejčastěji skupinu jejich důvěrníků a je trochu ironií osudu, že přátelé jsou někdy zároveň ti, kteří jim poprvé nabídnou nějakou drogu. V průzkumu se zjišťovalo také to, zda se mezi přáteli jednotlivých respondentů vyskytují lidé, kteří opakovaně užívají návykové látky. Tuto skutečnost potvrdilo pouze 12% dotazovaných.

Velký počet respondentů však udává důvody jako zlepšení nálady, únik do lepšího světa, zábava a podobně. I zkušenosti odborníků potvrzují, že drogy jsou v mnoha případech únikem z reality a snahou rychle a celkem snadno se zbavit problémů, které mladé lidi trápí a sami je nejsou schopni řešit. Speciální pedagog z výchovného ústavu uvádí jako hlavní důvod k sáhnutí po droze právě existenciální tíseň. V takových případech není skupina vrstevníků rozhodujícím faktorem pro experimentování s drogou.

Hypotéza 3:

Lze předpokládat, že většina mladistvých ve věku od 16 do 19 let již nějakou drogu vyzkoušela.

Hypotéza byla **potvrzena**. Z dotazníkového šetření vyplývá, že cigarety kouří pravidelně, příležitostně nebo je již alespoň jednou vyzkoušelo celkem 63%

mladistvých od 16 do 19 let. Osobní zkušenost s alkoholem uvedlo dokonce 94% dotázaných. Zajímavostí je to, že celých 40% respondentů alkohol a nikotin za drogy nepovažují.

Zkušenost s drogami (kromě tabáku a alkoholu) potvrdilo 22 % dotázaných, přičemž 85% respondentů si je zcela jistá, že nabízené drogy dokážou bez problémů odmítnout.

U případových studií byla věková hranice první zkušenosti s alkoholem, nikotinem nebo jinými drogami v některých případech velmi nízká. Respondenti uváděli možnosti od 10 do 16 let. Tuto zkušenost potvrdil i speciální pedagog z výchovného ústavu.

Hypotéza 4:

Alkohol a tabák u mládeže jsou do značné míry tolerovány (společností, školou i rodiči).

Hypotéza byla **částečně potvrzena**. Z průzkumu vyplývá, že většina dotázaných, celkem 75%, mluví s rodiči poměrně často o nebezpečí a riziku spojeném s pitím alkoholu a užíváním návykových látek. 61% respondentů však uvedlo, že rodiče jejich občasnou konzumaci alkoholu tolerují.

21% respondentů v dotazníkovém šetření potvrdilo, že pravidelně kouří. Vzhledem k tomu, že závislost na nikotinu má určité znaky, které je možné poměrně snadno vyzpozorovat, lze předpokládat, že rodiče o závislosti svých dětí na nikotinu vědí a ve většině případů ji nijak razantně neřeší. Pokud by šlo o jiné drogy, jistě by se snažili mít celou situaci pod kontrolou a najít řešení okamžitě.

Na základě dotazů ohledně první zkušenosti s alkoholem nebo nikotinem lze potvrdit, že většina mladistvých nemá problém zakoupit nebo obstarat alkohol nebo cigarety. Konzumace alkoholu u mládeže nejen na veřejných místech, ale i na různých akcích jako jsou festivaly či koncerty je toho důkazem. Z rozhovoru s jedním z dotazovaných rodičů vyplývá, že do jisté míry toleruje své dospívající dceři občasnou konzumaci marihuany s tím, že se mu s tímto počínáním svěřuje. Podle jeho slov má takto situaci pod kontrolou a zároveň není narušena vzájemná důvěra mezi dcerou a rodiči. S tímto přístupem by pravděpodobně celá řada rodičů nesouhlasila a podle

průzkumu se většinou snaží o to, aby jejich děti či svěřenci měly již od dětství nějaké záliby, koníčky, věnovaly se sportu, hudbě a podobným smysluplným aktivitám.

Škola, podle vyjádření výchovné poradkyně, pití alkoholu, kouření a užívání jiných návykových látek netoleruje.

Hypotéza 5:

Dospívající lidé nepřikládají programům drogové prevence velký význam.

Hypotéza byla **vyvrácena**. Dotazníkové šetření potvrdilo, že mladí lidé považují drogovou prevenci na školách za smysluplnou, celkem tak odpovědělo 95% dotázaných. Většina z nich rovněž označila preventivní program své školy jako zajímavý. 88% dotázaných má podle průzkumu velmi dobré nebo dostatečné informace o návykových látkách a riziku spojeném s jejich užíváním. 56% respondentů dále uvedlo, že většinu informací o návykových látkách získalo právě ve škole. Nezanedbatelný je také vliv internetu, televize a tiskovin. Částečně jsou také informováni od svých rodičů. Z průzkumu však vyplývá, že rodinu považují za nejvýznamnějšího činitele v drogové prevenci a školu na místě druhém.

Průzkum ukázal, že se studenti sami zamýšlejí nad dopadem návykových látek a znají velmi dobře rizika jejich užívání. V otázce č. 24, která se zabývá riziky spojenými s užíváním návykových látek, si nikdo nezvolil variantu „žádné riziko“ a to i přesto, že 22% dotazovaných drogu osobně vyzkoušelo. Ve skutečnosti to znamená, že je k tomu vedla nějaká silná potřeba, která zastínila i veškeré obavy ze známých rizik. Naprostá většina respondentů je však přesvědčena, že dokáží nabízenou drogu bez problémů odmítnout. Otázkou tedy zůstává, do jaké míry mládež získané informace v rámci primární prevence ovlivní a jak se staví k faktům o návykových látkách.

Podle průzkumu je přístup současné mládeže k návykovým látkám velmi snadný a poměrně velké procento dotazovaných se setkává s návykovými látkami, především alkoholem a nikotinem, ve své vlastní rodině nebo mezi svými přáteli. Někteří z dotazovaných dokonce uvedli, že znali člověka, který na následky užívání návykových látek zemřel. Toto tvrzení potvrdil i jeden z dotazovaných rodičů, když uvedl, že jeden z přátel jeho dcery zemřel na předávkování.

Zajímavostí je, že dotazovaní studenti většinou odmítají možnost legalizace marihuany v České republice. Celých 82% z nich bylo proti legalizaci.

Poslední otázka dotazníku byla věnovaná smyslu výchovných ústavů, léčebných zařízení a center pro drogově závislé. Přesto, že většina dotazovaných uvedla, že taková zařízení smysl určitě mají a dokázala svoji odpověď zdůvodnit, našli se i jedinci, kteří uvedli odpověď zápornou a mezi nejčastějšími argumenty zdůvodnění byl nákladný provoz těchto zařízení a skutečnost, že stát takto věnuje nezanedbatelné prostředky lidem, kteří si vlastně sami dobrovolně své zdraví poškozují a neváží si vlastního života. Tento názor je samozřejmě velmi diskutabilní, jednak z hlediska financování léčebných zařízení, které neleží ve skutečnosti pouze na bedrech státu, ale i z hlediska přístupu k narkomanům jako k nemocným lidem, kteří potřebují odbornou pomoc k tomu, aby svoji závislost překonali.

ZÁVĚR

Mládež zaujímá ve společnosti významné postavení a ačkoliv se této skutečnosti často nepřikládá velký význam, je s ní úzce spojena budoucnost národa. V posledních desetiletích můžeme pozorovat různé sílicí vlivy na mládež, které se negativně podepisují jak na životním stylu současných dospívajících, tak na utváření citových vztahů k sobě samému i k ostatním. Pokud se blíže zaměříme na signály, které dostávají mladí lidé ze svého okolí a médií, můžeme pozorovat naprostý propad základních lidských hodnot. Ať se obrátíme kamkoliv, setkáváme se s návykovými látkami. Ve světě módy vládnu anorektické modelky propagující tzv. heroinovou módu, která je založená právě na vychrtlých postavách, zapadlých očích s výrazným tmavým podbarvením, typických pro uživatele heroinu. Ve světě sportu se neustále přetřásají dopingové aféry, kvůli kterým se například ze světoznámé cyklistické soutěže Tour de France stala nevěrohodná komedie. V hudebním světě se zase často setkáváme s agresivními muzikanty, kteří pod vlivem drog útočí proti svým vlastním fanouškům, a jsou jim schopni způsobit i smrtelná zranění. Politici se zase vzájemně perou, osočují, kradou nebo řídí pod vlivem alkoholu. Televize zásobuje naši společnost aférami přihlouplých reality show, kde se skupina mladých lidí s vidinou peněžní výhry dokáže zcela ponížit před celým národem a v reklamních přestávkách se propagují nové alkoholické výrobky, určené především mladým lidem, kteří se chtějí bavit. Na jedné straně stojí celá řada těchto negativních vlivů a na straně druhé se objevují snahy zamezit dopad těchto vlivů na mládež pomocí primární prevence.

Již teoretická část práce odkryla celou řadu zajímavých poznatků o tom, jak silný vliv má prostředí dobře fungující rodiny na zdravý vývoj jedince a jeho pozdější schopnost odolávat negativním vlivům z okolí a vyrovnávat se s problémy, které život přináší. Vytvoření pevných emocionálních vazeb k rodičům má velký význam právě v období dospívání, kdy dochází k zatěžkávacím zkouškám rodinných vztahů. V případě, že nemají pevné základy vytvářené od útlého dětství, založené na vzájemné lásce, porozumění a respektu, mohou se rázem zbořit jako domeček z karet. V období dospívání totiž dochází k jakémusi „zhodnocení vkladů“ a tím se nemyslí aktuální stav spořicího účtu, ale veškeré snahy a úsilí rodičů, které vložili do svých dětí. Odborníci se shodují na tom, že pro dítě je důležitý především pocit bezpečí a vědomí,

že mají místo, které většinou označujeme jako domov. Místo, které je spojené s lidmi, kteří ho mají rádi, dokáží se o něho postarat a uspokojit jeho potřeby. V ideálním případě jsou to biologičtí rodiče, kteří vytvářejí tento bezpečný přístav, ale výzkumy dokazují, že to mohou být i rodiče adoptivní, pěstouni nebo tety a strejdivé v dětských domovech. V případě náhradní péče hraje důležitou úlohu lidský faktor, individuální přístup, úsilí a odhodlání náhradních vychovatelů.

Velmi rizikovou skupinu tvoří děti pocházející z rodin alkoholiků nebo narkomanů. Absence odpovídajícího výchovného prostředí má nedozírný dopad na jejich psychický vývoj, žijí v chaosu, strachu a postrádají pocit bezpečí. Některé závislosti na návykových látkách se mohou rozvíjet celou řadu let a po celou tu dobu jsou děti alkoholiků a narkomanů nuceni tiše přihlížet a trpět. Skutečné potřeby rodiny se odsouvají na vedlejší kolej a do popředí se dostávají pouze problémy spojené se závislostí. V mnoha případech je potom odebrání dítěte vlastním rodičům to nejlepší řešení.

Z jednotlivých zjištění vyplývá skutečnost, že i navenek dobře působící rodina nemusí být uvnitř opravdu funkční a uspokojovat potřeby svých členů. Pokud se problémy neřeší a rodinní příslušníci navzájem nekomunikují, problémy mohou kulminovat a v citlivých obdobích, jako je právě dospívání, vyústit v katastrofu.

Možným návrhem řešení dané situace by bylo vhodným způsobem v rámci primární prevence podporovat rodiny ve zdravém způsobu života. Dobře fungující prevence by neměla rodiče poučovat a dětem zakazovat, ale ukázat vhodné možnosti využití volného času, zdravého životního stylu, nastínit, jak předcházet konfliktním situacím, jakým způsobem je řešit, kde hledat odbornou pomoc a podobně. Spolupráce školy a rodiny nabízí celou řadu možností v oblasti prevence. Je důležité, aby rodiče považovali školu za partnera, spojence, za místo, kde jejich děti tráví velkou část dne.

Mládež, jako sociální skupina, je také velmi specifická kvůli svému vztahu k vrstevníkům. Ve skutečnosti se jedná o to, že na pár let ztrácí rodina svůj rozhodující vliv a dospívající člověk se více přibližuje skupině svých vrstevníků, kde se může společně podílet na rozhodnutích, vytváření pravidel a postojů. Z provedeného výzkumu vyplývá, že naprostá většina dotazovaných tráví volný čas se svými kamarády, kteří na ně mají silný vliv.

Mladí lidé svým kamarádům obvykle důvěřují. Průzkum v rámci této diplomové práce ukázal, že dospívající jsou poměrně dobře informováni o návykových látkách, jejich působení na lidské zdraví i psychiku a o rizicích spojených s jejich užíváním. Přesto byli ochotni někteří z nich tato rizika podstoupit kvůli snaze nekazit partu. Obavy ze zavržení od svých vrstevníků byly silnější než obavy z následků užití drogy. Znovu se potvrdila skutečnost, že okolnosti, za kterých dochází u mladých lidí k rozhodnutí experimentovat s drogou jsou někdy nepředvídatelné a především nepochopitelné.

Tato práce nemá za úkol hledat nová řešení drogové problematiky u mládeže, nicméně výsledky výzkumu zde uvedené přináší některé zajímavé poznatky o životě současných dospívajících lidí z různých sociálních vrstev a s různými zkušenostmi s návykovými látkami.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o alkoholu. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009. 24 s.

FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o kokainu. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009. 24 s.

FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o pervitinu. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009. 24 s.

FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o heroinu. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009. 24 s.

FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD. Pravda o inhalantech. Praha: Občanské sdružení *Řekni ne drogám-řekni ano životu*, 2009. 24 s.

GANERI A., Drogy. Od extáze k agonii. Praha: Amulet, 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8

GRIFFINOVÁ, V., MUSSON, P., ALLENOVÁ, K., KISSINGEROVÁ, E. Cesta ke svobodě. Praha: Advent – Orion, 2011. 182 s. ISBN 978-80-7172-916-7

GOODYER, P. Drogy a teenager. Praha: Nakladatelství Slovanský dům, 2001. 162 s. ISBN 80-86421-44-9

HAJNÝ, M. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0

KOLEKTIV AUTORŮ, Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích A-L. 1. svazek. Praha: Ottovo nakladatelství s.r.o., 2003. 736 s. ISBN 80-7181-938

KVAPILÍK, J., SVOBODOVÁ, A. a kol. Člověk a alkohol. Praha: Avicium, 1985. 237 s.

MACEK, P. Adolescence. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7

MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 2007. 108 s. ISBN 978-80-7367-272-0

MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicium, 1986. 335 s.

MATOUŠEK, O. Dospívání chlapců v Čechách a na Moravě. Praha: Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-121-5

MATOUŠEK, O. KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 1998. 336 s. ISBN 80-8178-226-2

MEČÍŘ, J. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Praha: Avicium, 1990. 160 s.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti rezortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012. Praha: MŠMT 2009. 17 s.

NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X

NEŠPOR, K. Zůstat střízlivý. Brno: Host, 2006. 237 s. ISBN 80-7294-206-9

NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznat a jak je zvládat. 5. revidované vydání. Praha: Sportpropag, 2003. 83 s.

NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami. Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, 1999, 23 s.

NOVÁK, M. a kol. O kouření. Praha: Avicium, 1980. 163 s.

PRESL, J. Drogová závislost. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X

SHAPIRO, H. Drogy. Obrazový průvodce. Praha: Svojtka & Co., 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0

SKÁLA, J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicium, 1987, 205s.

SMOLÍK, J. Subkultury mládeže. Uvedení do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2907-7

UCHYTIL, P. Už nekouřím. Brno: Petr Uchatil, 2001. 77 s. ISBN 80-238-6788-1

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 80-7367-414-9

VENCOVSKÝ E., DOBIÁŠ, J. Psychiatrie. Praha. Avicenum, 1976. 390 s.

VONDRKA, J. Smrt jménem závislost. Praha: Portál, 2004. 192 s. ISBN 80-7178-884-8

Internetové zdroje

HAJNÝ, M. Pravidlo tří P. *odrogach.cz* [online]. Praha: Sananim o.s., ©2003-2012 [cit. 2012-06-22]. Dostupný na WWW: http://www.odrogach.cz/rodice/prevence-v-rodine/pravidlo-tri-p.html?section_id=25

SANANIM. Typy prevence. *odrogach.cz* [online]. Praha: Sananim o.s., ©2003-2012 [cit. 2012-06-22]. Dostupný na WWW: http://www.odrogach.cz/skola/zaklady-prevence/typy-prevence.html?section_id=17

WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná druhá verze k 1.1.2012. *ÚZIS ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2012-04-22]. Dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Rozdíl mezi návykem a toxikománií.....	13
Tab. 2: Rozdělení skupiny respondentů podle věku a pohlaví v číslech	66
Tab. 3: Rodinné zázemí respondentů v číslech	68
Tab. 4: Rodinná atmosféra v číslech	69
Tab. 5: Důvěrné osoby v číslech	71
Tab. 6: Volnočasové aktivity v číslech	72
Tab. 7: Drogová prevence v číslech	73
Tab. 8: Zdroje informací o návykových látkách v číslech	74
Tab. 9: Hodnocení preventivního programu školy v číslech	75
Tab.10: Nejvíce oblíbená forma drogové prevence v číslech	76
Tab.11: Smysluplnost drogové prevence v číslech	77
Tab.12: Nejdůležitější činitelé drogové prevence v číslech	78
Tab.13: Komunikace s rodiči o návykových látkách	79
Tab.14: Alkohol a tabák jsou drogy v číslech	80
Tab.15: Osobní zkušenost s alkoholem v číslech	81
Tab.16: Četnost pití alkoholu v číslech	83
Tab.17: Důvod konzumace alkoholu v číslech	84
Tab.18: Tolerance rodičů k občasné konzumaci alkoholu u mládeže.....	85
Tab.19: Osobní zkušenost s nikotinem v číslech	86
Tab.20: Nikotin v rodině v číslech	87
Tab.21: Přátelé závislí na nikotinu v číslech	88
Tab.22: Nabídka drog v číslech	89
Tab.23: Místo, kde byla droga nabízena v číslech	90
Tab.24: Osoby nabízející drogu v číslech	91
Tab.25: Osobní zkušenost s drogou v číslech	92

Tab.26: Odmítnutí drogy v číslech	93
Tab.27: Přátelé užívající drogy v číslech	94
Tab.28: Příbuzní závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách.....	95
Tab.29: Největší riziko užívání návykových látek v číslech	96
Tab.30: Legalizace marihuany v České republice v číslech	97
Tab.31: Přístup mládeže k návykovým látkám v číslech	98
Tab.32: Smysl léčebných zařízení a protidrogových center v číslech	103

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1: Věk a pohlaví respondentů v procentech	67
GRAF 2: Rodinné zázemí respondentů v procentech	68
GRAF 3: Rodinná atmosféra v procentech	70
GRAF 4: Důvěrné osoby v procentech	71
GRAF 5: Volnočasové aktivity v procentech	72
GRAF 6: Drogová prevence v procentech	73
GRAF 7: Zdroje informací o návykových látkách v procentech	74
GRAF 8: Hodnocení preventivního programu školy v procentech	75
GRAF 9: Nejvíce oblíbená forma drogové prevence v procentech	76
GRAF 10: Smysluplnost drogové prevence v procentech	77
GRAF 11: Nejdůležitější činitelé drogové prevence v procentech	79
GRAF 12: Komunikace s rodiči o návykových látkách v procentech	80
GRAF 13: Alkohol a tabák jsou drogy v procentech	81
GRAF 14: Osobní zkušenost s alkoholem v procentech	82
GRAF 15: Četnost pití alkoholu v procentech	83
GRAF 16: Důvod konzumace alkoholu v procentech	84
GRAF 17: Tolerance rodičů k občasné konzumaci alkoholu u mládeže	85
GRAF 18: Zkušenosti s nikotinem v procentech	86
GRAF 19: Nikotin v rodině v procentech	87
GRAF 20: Přátelé závislí na nikotinu v procentech	88
GRAF 21: Nabídka drog v procentech	89
GRAF 22: Místo, kde byla droga nabízena v procentech	90
GRAF 23: Osoby nabízející drogu v procentech	91
GRAF 24: Osobní zkušenost s drogou v procentech	92
GRAF 25: Odmítnutí drogy v procentech	93

GRAF 26: Přátelé užívající drogy v procentech	94
GRAF 27: Příbuzní závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách	95
GRAF 28: Největší riziko užívání návykových látek v procentech	97
GRAF 29: Legalizace marihuany v České republice v procentech	98
GRAF 30: Přístup mládeže k návykovým látkám	99
GRAF 31: Smysl léčebných zařízení a protidrogových center v procentech.....	103

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK	I
PŘÍLOHA B – Organizační systém primární prevence v České republice na horizontální úrovni.....	VI
PŘÍLOHA C – Organizační systém primární prevence v České republice na vertikální úrovni	VII
PŘÍLOHA D – Pozorování některých příznaků a komplikací skupin návykových látek	VIII

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK

1. Věk : 17 let 18 let 19 let
Pohlaví: děvče chlapec

2. Jaké je Vaše rodinné zázemí?
 - úplná rodina, oba rodiče vlastní
 - jeden z rodičů je nevlastní
 - žijí pouze s matkou nebo otcem
 - náhradní péče, dětský domov

3. Jak hodnotíte Vaši rodinnou atmosféru?
 - harmonická
 - uspokojivá
 - neuspokojivá
 - jiné hodnocení

4. Komu se nejčastěji svěřujete, s kým řešíte důležité věci a problémy?
 - rodiči
 - sourozenci
 - kamarádi
 - ostatní příbuzní
 - přítel/přítelkyně

5. Jakým způsobem trávíte nejčastěji volný čas?
 - zábava s přáteli
 - zájmové kroužky
 - sport
 - počítač, televize, hry

6. Myslíte si, že jste dostatečně informován(a) o škodlivosti návykových látek a riziku spojeném s jejich užíváním?
 - jsem velmi dobře informován(a) a znám rizika
 - jsem dostatečně informován(a)
 - znám pouze základní informace
 - jsem nedostatečně informován(a)

7. Kde jste získal(a) základní informace o návykových látkách a o riziku spojeném s jejich užívání?
- rodiče
 - sourozenci
 - škola
 - kamarádi
 - TV, internet, tiskoviny

8. Jak hodnotíte preventivní program ve Vaší škole?
- velmi zajímavý
 - celkem zajímavý
 - průměrný
 - nudný
 - nezáživný

Která forma drogové prevence Vás nejvíce oslovila?

- Peer programy
- občasně přednášky
- pravidelné hodiny věnované DP
- internetové prezentace
- tištěné dokumenty
- televizní spoty
- žádná

9. Myslíte si, že drogová prevence na školách má smysl?
- ano
 - ne

10. Kdo, nebo co je podle Vás nejdůležitějším činitelem v drogové prevenci? Pokud zvolíte jiný činitel, uveďte jaký.
- rodina
 - stát
 - škola
 - jiný činitel

11. Mluvíte doma s rodiči o nebezpečí a riziku spojeném s pitím alkoholu, kouřením a užíváním jiných návykových látek?
- často
 - občas
 - zřídka
 - vůbec ne

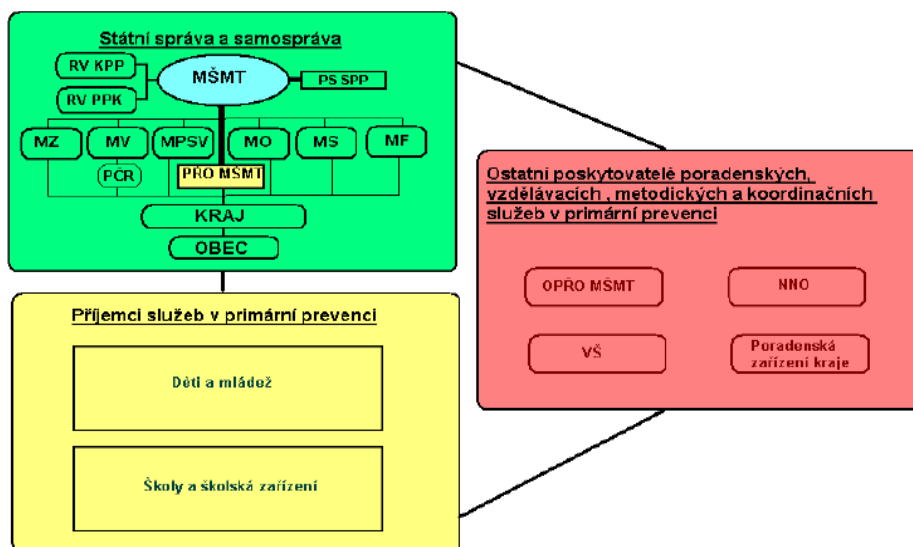
12. Považujete alkohol a tabák za drogy?
- ano
 - ne
13. Máte osobní zkušenost s alkoholem?
- ano
 - ne
14. Jak často pijete alkohol?
- více než 1 x týdně
 - 1 x týdně
 - 1 x měsíčně
 - výjimečně (oslavy, Silvestr, apod.)
15. Jaký je obvykle důvod Vaší konzumace alkoholu?
- zábava
 - zlepšení nálady
 - zvědavost
 - snahu nakazit partu
16. Tolerují Vaši rodiče občasnou konzumaci alkoholu?
- ano
 - ne
 - neví o tom
17. Kouříte cigarety nebo ručně balený tabák?
- ano pravidelně
 - ano příležitostně
 - jednou jsem to zkusil(a), ale nepokračuji v tom
 - ne, nekouřím
18. Kouří pravidelně Vaši rodiče nebo ostatní blízcí příbuzní?
- ano
 - ne
19. Je někdo z Vašich přátel závislý na nikotinu?
- ano
 - ne

20. Byla Vám někdy nabízena droga (kromě alkoholu a cigaret)?
- ano
 - ne
21. Kde Vám byla droga nabízena?
- ve škole
 - na diskotéce, klubu, baru
 - jinde
22. Kdo Vám drogy nabízel?
- příbuzný
 - kamarád, známý
 - cizí osoba
23. Máte osobní zkušenost s nějakou drogou (kromě cigaret a alkoholu)?
Jestliže ano, s jakou?
- ano
 - ne
24. Myslíte si, že dokážete bez problémů odmítnout nabízenou drogu?
- ano
 - ne
 - nevím
25. Máte mezi svými přáteli někoho, kdo opakovaně užívá nějaké drogy?
(kromě alkoholu a cigaret)
- ano
 - ne
 - nevím o tom
26. Máte ve své rodině někoho závislého na alkoholu nebo na jiných
návykových látkách (kromě tabáku)?
- ano
 - ne
 - nevím o tom

27. Co považujete za největší riziko spojené s užíváním návykových látek?
- vytvoření návyku
 - možnost předávkování
 - riziko nakažení žloutenkou a HIV
 - negativní dopad na partnerské a rodinné vztahy
 - poškození zdraví
 - jiné
28. Jste pro legalizaci marihuany v České republice?
- ano
 - ne
29. Jak obecně hodnotíte přístup současné mládeže v ČR k návykovým látkám?
- velmi snadný
 - celkem snadný
 - nesehnadný
 - obtížný
30. Domníváte se, že má smysl provozovat výchovné ústavy, léčebná zařízení a centra pro drogově závislé?
Pokud ano, uveďte proč.
Pokud ne, snažte se rovněž zdůraznit svoji odpověď.
- ano
 - ne

PŘÍLOHA B

Organizační systém primární prevence v České republice na horizontální úrovni (Zdroj – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy)



Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
OPŘO	Ostatní přímo řízené organizace MŠMT*

PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
MO	Ministerstvo obrany
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF	Ministerstvo financí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
VŠ	Vysoká škola

*

IPPP – Institut pedagogické psychologického poradenství
 VÚP – Výzkumný ústav pedagogický
 NÚOV – Národní ústav odborného vzdělávání
 ÚIV – Ústav pro informace ve vzdělávání
 AV – Antidopingový výbor

PŘÍLOHA C

Organizační systém primární prevence v České republice na vertikální úrovni (Zdroj – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy)



PŘÍLOHA D

Porovnání některých příznaků a komplikací skupin návykových látek

(Zdroj - NEŠPOR, K., CZÉMY, L. Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami)

	Alkohol	Opiáty	Konopí	Tlumivé léky	Budivé látky	Halucino-geny
Tělesný odvykací stav	Často ano	Většinou ano	Slabý či žádný	Většinou ano	Většinou ne	Ne
Život ohrožující odvykací stav	Někdy ano	Většinou ne	Ne	Někdy ano	Ne	Ne
Nebezpečné jednání v intoxikaci	Často	Ne	Většinou ne	Ne	Často	Někdy ano
Rizika pro tělesné zdraví	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Psychotické stavy	Ano	Ne	Ano	Ne*)	Často	Často
Těžké otravy	Ano	Ano	Při požití ústy	Ano	Ano	Dle látky
Úrazy a dopravní nehody	Často	Spíše ne	Relativně často	Někdy	Někdy	Někdy

*) Psychotické stavy mohou ovšem vzniknout při těžkých odvykacích stavech po tlumivých lécích.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Šárka Glacová

Obor: Speciální pedagogika – učitelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Alkoholismus, nikotinismus
a jiné toxikomanie u mládeže

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 129

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 34

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PhDr. Jan Toman