

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Návyky středoškolské mládeže (alkohol, drogy, kouření,
gamblerství,...)**

Diplomová práce

Autor práce:

Bc. Monika Schneiderová

Datum odevzdání práce:

24. 5. 2010

Vedoucí práce:

MUDr. Dana Týmalová

Abstrakt

Ve své diplomové práci *Návyky středoškolské mládeže (alkohol, drogy, kouření, gamblerství,...)* jsem se zabývala užíváním návykových látek mezi mládeží 2. ročníku středních škol. Problematika návykových látek mezi mládeží je dnes aktuálním tématem. Podle statistik každoročně vzrůstá počet uživatelů legálních, ale i nelegálních látek. Znepokojující je skutečnost, že návykové látky, ať již se jedná o alkohol, nikotin či drogy nelegální, nacházejí své příznivce ve stále mladších věkových skupinách.

V teoretické části jsem se zabývala obdobím adolescence, charakteristickými znaky tohoto období a poruchami chování, které se mohou vyskytnout. Dále jsem se věnovala jednotlivým typům drog, jejich fyzickým a psychickým účinkům na organismus.

V empirické části bylo mým cílem zmapovat současnou situaci konzumace drog na vybraných středních školách ve městě Rokycany a Tábor. Výzkumu se zúčastnilo celkem 325 respondentů. Pomocí dotazníku jsem zjišťovala jejich rodinné zázemí, konzumaci alkoholu, spotřebu cigaret a zkušenost s jinými drogami jako marihuana, hašiš nebo extáze. Ze 3 stanovených hypotéz byly 2 vyvráceny a 1 hypotéza potvrzena. Veškeré výsledky jsou uvedeny ve formě tabulek i grafů.

V diskusi jsem srovnávala svůj výzkum s ostatními výzkumy zabývající se stejnou problematikou. Největším problémem shledávám v současné době u zvoleného souboru respondentů kouření cigaret. Výrazný vliv na spotřebu jednotlivých drog má podle mého zjištění vzdělání. Větší konzumace alkoholu, cigaret a ostatních drog byla zjištěna v řadách učňů, zatímco mezi gymnazisty byla spotřeba výrazně nižší.

Abstract

In my thesis “Habits of secondary school students” (alcohol, drugs, smoking, gambling...) I dealt with the use of addictive substances by students in the 2nd year of secondary schools. The use of addictive substances by young people has become a topical issue. According to statistical data, the number of users of both legal and illegal substances has been growing every year. It is disturbing that addictive substances, such as alcohol, nicotine or illegal drugs, have been used by ever younger consumers.

In the theoretical part I covered the period of adolescence, characteristic features of that period and behavior disorders that may occur. I also reviewed the individual types of drugs and their physical and mental effects on the organism.

In the empirical part of the thesis my objective was to map the current situation in drug abuse at selected secondary schools in the towns of Rokycany and Tábor. The researched group consisted of 325 respondents. I used a questionnaire to investigate their family backgrounds, alcohol consumption, cigarette consumption and experience with other drugs, e.g. marihuana, hashish or ecstasy. 2 of the 3 formulated hypotheses were refuted and 1 hypothesis was confirmed. All results are shown in form of tables and diagrams.

In the discussion I compared my results with other research papers dealing with the same topic. The biggest issue in the selected group of respondents was the smoking of cigarettes. According to my findings, education is a major factor in the consumption of the individual drugs. The consumption of alcohol, cigarettes and other drugs is higher among apprentices while the consumption among students of comprehensive secondary school is significantly lower.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Návyky středoškolské mládeže (alkohol, drogy, kouření, gamblerství,...) vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 24. 5. 2010

.....

Bc. Monika Schneiderová

Poděkování:

Velice ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce, paní MUDr. Daně Týmalové, za cenné rady a připomínky při vedení této diplomové práce.

Obsah:

Úvod	9
1. Současný stav	
1.1 Dospívání	10
1.1.1 Charakteristika období dospívání	10
1.1.2 Dělení adolescence	10
1.1.3 Syndrom rizikové chování	11
1.1.3.1 Rizikové faktory pro vznik rizikového chování dospívajících	11
1.1.3.1.1 Rizikové faktory na úrovni rodiny	11
1.1.3.1.2 Protektivní faktory na úrovni rodiny	12
1.1.3.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících	12
1.1.3.3 Problémové chování u adolescentů	12
1.1.3.3.1 Poruchy chování	13
1.1.3.3.2 Rizikové faktory	13
1.1.3.3.3 Klasifikace poruch chování	13
1.1.3.3.4 Léčba poruch chování	14
1.1.3.4 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek	14
1.1.3.4.1 Klasifikace nemocí	14
1.1.3.4.2 Léčba	15
1.1.4 Návykové látky mezi mládeží v ČR – trendy let 1997 – 2000	15
1.2 Alkohol	
1.2.1 Charakteristika alkoholu	17
1.2.1.1 Rozdělení osob podle konzumace alkoholu	18
1.2.1.2 Závislost na alkoholu	18
1.2.1.3 Akutní otrava alkoholem	19
1.2.1.4 Alkohol, děti, mládež a zákon	19
1.2.1.5 Vývojové fáze alkoholismu podle Jelínka	20
1.2.1.6 Diagnóza abúzu a závislosti	21
1.2.2 Fyzické následky nadměrného pití alkoholu	21

1.2.2.1	Poškození plodu alkoholem	22
1.2.2.2	Steatóza jater	22
1.2.2.3	Alkoholový chronický zánět jater	22
1.2.2.4	Alkoholová cirhóza	23
1.2.2.5	Systémová arteriální hypertenze	23
1.2.2.6	Alkoholická slepota	23
1.2.3	Psychické následky nadměrného pití alkoholu	24
1.2.3.1	Patologická intoxikace alkoholem	24
1.2.3.2	Delirium tremens	24
1.2.3.3	Alkoholická halucinóza	25
1.2.3.4	Alkoholická paranoidní psychóza	25
1.2.3.5	Korsakovova psychóza	25
1.2.4	Společenské následky alkoholismu	26
1.2.5	Léčba alkoholismu	26
1.2.5.1	Ambulantní péče	26
1.2.5.2	Lůžková péče	27
1.3	Drogy	
1.3.1	Dělení drog	28
1.3.2	Drogová závislost	29
1.3.2.1	Klasifikace drogových závislostí	30
1.3.3	Drogy a zákon	31
1.3.4	Opiáty	32
1.3.4.1	Heroin	33
1.3.5	Stimulační drogy	34
1.3.5.1	Kokain	34
1.3.5.2	Pervitin	35
1.3.5.3	Extáze	36
1.3.6	Kanabis a jeho deriváty	36
1.3.6.1	Marihuana	36
1.3.6.2	Hašiš	37

1.3.7	Halucinogeny	37
1.3.7.1	Meskalin	38
1.3.7.2	Psylocybin	38
1.3.7.3	Bufetenin	38
1.3.7.4	LSD	39
1.3.8	Těkavé látky	39
1.3.9	Systém péče o drogově závislé	40
1.4	Kouření u mladistvých	
1.4.1	Cigaretový kouř	42
1.4.2	Otravy nikotinem	43
1.4.3	Klasifikace kuřáků	43
1.4.4	Kouření dětí a mladistvých	43
1.4.5	Faktory vedoucí k závislosti, návyku	44
1.4.6	Následky kouření	45
1.4.7	Léčba kuřáctví	46
1.4.7.1	Náhradní léčba nikotinem	46
1.4.7.2	Ostatní způsoby léčby závislosti na cigaretách	47
2.Cíle práce a hypotézy		
2.1	Cíl výzkumu	48
2.2	Hypotézy	48
3.Methodika		
3.1	Charakteristika souboru	49
3.2	Způsob řešení problému	49
3.3	Realizace výzkumu	49
4.Výsledky		50
5.Diskuse		84
6.Závěr		90
7.Klíčová slova		91
8.Seznam použitých zdrojů		92
9.Přílohy		96

Úvod

Problematika návykových látek mezi mládeží je dnes aktuálním tématem. Podle statistik každoročně vzrůstá počet uživatelů legálních, ale i nelegálních látek. Znepokojující je skutečnost, že návykové látky, ať již se jedná o alkohol, nikotin či drogy nelegální, nacházejí své příznivce ve stále mladších věkových skupinách. Možná je na vině současná společnost, ve které se nelegální drogy staly poměrně snadno dostupnou komoditou a ty legální módním a často reklamovaným prostředkem, bez kterého si už sotva dovedeme představit zábavu. S tím samozřejmě souvisí i nárůst spotřeby těchto látek mezi mladou generací.

Důvodů, které mohou mladého člověka vést k vyzkoušení návykové látky, je celá řada. Může to být například vnímání drogy jako symbolu zralosti a dospělosti nebo snaha uniknout od nepříznivé reality, pokus zařadit se do party, protest proti svým rodičům a rebelie, anebo prostě pouhá lidská zvědavost.

V teoretické části se zabývám jednotlivými typy drog a jejich účinky na organismus. První část se zabývá obdobím adolescence, rizikovými oblastmi chování v tomto období a poruchami chování, čím mohou být způsobené a jaké poruchy chování existují. V další části popisují nejprve alkohol, jeho somatické i psychické účinky na organismus a léčbu závislých na alkoholu. Další část se věnuje nejprve drogám obecně a poté jednotlivým skupinám drog, jaké konkrétní drogy do skupiny patří a jaké účinky na organismus mají. V poslední části teoretické práce shrnuji kouření cigaret, jaké složky cigaretový kouř obsahuje a co může způsobovat, a jaká onemocnění se mohou v souvislosti s kouřením tabáku vyskytovat.

Cílem praktické části bylo zhodnotit současnou situaci konzumace drog u žáků na vybraných středních školách. K tomuto účelu jsem vyhotovila dotazník obsahující 26 otázek týkající se rodinného prostředí, konzumace alkoholu, spotřeby cigaret a ostatních drog. Výsledky dotazníkového šetření, které jsem prováděla na gymnáziu, střední škole a středním odborném učilišti v Rokycanech a Táboře, uvádím v tabulkách a grafech. Výzkumu se zúčastnilo celkem 325 respondentů ve věkovém rozmezí 16 – 17 let, z toho 195 dívek a 130 chlapců.

1. Současný stav

1.1 Dospívání

1.1.1 Charakteristika období dospívání

Období dospívání a mládí patří k nejkritičtějším a nejobtížnějším stádiím ve vývoji jedince. Častěji se vyskytují kázeňské přestupky, delikvence, duševní poruchy a sebevraždy. Jedná se o období přechodu z dětství do dospělosti. Od jedince se očekává biologická a společenská vyspělost spojená s dovršením všech schopností a dovedností, vědomostí a charakteru (1).

Na období dospívání značně závisí další vývoj jedince a utváření osobnosti. Mění se vztahy k rodičům, vrstevníkům i k sobě samému. Významným vývojovým úkolem dospívání je uvolnění dítěte z primární rodiny. To je ztížené například, pokud je dítě vychováváno pouze jedním rodičem. Rozvíjejí se hluboké vztahy s vrstevníky, se kterými se probírají emocionální problémy (7, 25).

1.1.2 Dělení adolescence

- časná adolescence

Za toto období se považuje věk od 11 do 13 let. Z biologických změn vystupují do popředí zejména změny spojené s pohlavním dospíváním, rozvoj prvotních a druhotných pohlavních znaků a značný výškový růst. Typickým rysem tohoto období je vyšší zájem o vrstevníky opačného pohlaví, který je posilován právě výskytem sekundárních pohlavních znaků.

- střední adolescence

Datuje se asi od 14 do 16 let, kdy se jedinec snaží výrazně odlišit od svého okolí. Odlišně se obléká a poslouchá specifickou hudbu, kterou na sebe upozorňuje. Je to období charakterizované hledáním vlastní identity. Významnou roli hraje i usilování o zbavení se závislosti na rodičích a jejich autoritě, osamostatnění, začlenění se více do skupiny svých vrstevníků (1, 14).

- pozdní adolescence

Období od 17 do 20 let a více. Tato fáze už nejvíce směřuje k dospělosti. Dospívající dokončují vzdělání, pokud se nejedná o vysokoškoláky, a připravují se na

novou etapu svého života – zaměstnání. Zvykají si na nové pracovní prostředí, jedinec se snaží začlenit, patřit do určité sociální skupiny. Podílí se a sdílí s druhými problémy i radosti. Často vstupují do manželství, čeká je první těhotenství a mateřství (14, 18).

1.1.3 Syndrom rizikového chování

Rizikové oblasti v období adolescence jsou:

- zneužívání návykových látek (nikotin, alkohol, drogy)
- negativní jevy v reprodukční oblasti (předčasný sex, střídání partnerů, pohlavní nemoci, nechtěná těhotenství)
- negativní jevy v psychosociální oblasti (poruchy chování, agresivita, úrazy, deprese, poruchy školního prospěchu)

Výskyt tohoto syndromu stoupl v posledních desetiletích zvláště v rozvinutých západních zemích. Současným trendem je výrazný nárůst zneužívání návykových látek do stále nižších věkových skupin a mezi dívky (30).

1.1.3.1 Rizikové faktory pro vznik rizikového chování dospívajících

- v předchozím dětství – problémové chování, zanedbávání a zneužívání dítěte, významná ztráta v rodině, chronicky nemocní rodiče
- v dospívání – těhotenství a rodičovství v dospívání, chronická nemoc, nízká sebedůvěra, chudoba
- ve společnosti – příslušnost k menšinám, rychlá urbanizace, velká neosobní sídliště apod. (30).

1.1.3.1.1 Rizikové faktory na úrovni rodiny

- neléčená a nezvládaná návyková choroba u rodičů
- neexistující jasná pravidla týkající se chování dětí
- nedostatek času na dítě, nedostatečný dohled
- malá očekávání od dítěte, podceňování dítěte
- vážná duševní choroba rodičů
- špatné fungování rodiny, výchova pouze jedním rodičem (21).

1.1.3.1.2 Protektivní faktory na úrovni rodiny

- přiměřená péče, dostatek času na dítě
- spolupráce rodičů na výchově dítěte
- pomoc rodičů nacházet dítěti dobré zájmy
- jasná pravidla a přiměřený dohled rodičů (21).

1.1.3.2 Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících

- návykové látky působí na děti a dospívající mnohem rychleji a také rychleji se vytváří na ně závislost (zpravidla stačí pár měsíců, naopak u dospělých to trvá roky až desítky let)
- vyšší riziko těžkých otrav, jelikož dospívající mají nižší toleranci, menší zkušenosti a často více riskují
- vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky
- zaostávání v psychosociální oblasti, kde příčinou je právě zneužívání nebo závislost na návykových látkách
- tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházení od jedné k druhé nebo užívání současně, což zvyšuje riziko otrav a jiných komplikací
- recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, prognózy jsou však příznivější z důvodu přirozeného procesu zrání (22).

1.1.3.3 Problémové chování u adolescentů

Období dospívání je komplikovaným životním obdobím, kdy se jedinec snaží vymanit z vlivu rodičů a snaží se začlenit do skupiny vrstevníků. Jedná se také o období experimentů, testování hranic a odmítání pravidel. Charakteristickým prvkem pro toto období je porucha chování, která je do určitého stupně normálním jevem daného období. O poruše chování mluvíme až při opakovaných a přetrvávajících problémech, kdy některé činnosti mohou být pro jedince i okolí nebezpečné, jsou extrémní a hrubě překračují vzory chování typické pro příslušnou věkovou skupinu (40, 48).

1.1.3.3.1 Poruchy chování

„Poruchy chování jako diagnóza jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým vzorcem chování, při němž jsou porušována buď základní práva jiných, nebo závažnější společenské normy nebo pravidla, přiměřená věku. Toto chování tedy hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk a danou sociální skupinu.“ Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování (40, 48).

Pro diagnózu jsou stěžejní i informace o chování jedince za posledních 6 měsíců. Zda se objevuje agrese k lidem (šikana, rvačky), destrukce majetku, nepoctivost a krádeže (vloupání do bytů, časté lhaní), a násilné porušování pravidel (útěk z domova). Porucha chování se vyskytuje s jinými poruchami jako deprese nebo abúzus návykových látek (40).

1.1.3.3.2 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, které mají vliv na poruchy chování u dospívajících jedinců, patří faktory sociální, kdy se zjišťuje výskyt kriminality, užívání návykových látek rodiči, konflikty mezi rodiči, nedostatečná péče, nevhodná parta apod. Další důležitou skupinou jsou faktory psychologické, kam patří jazyková bariéra, psychická traumata z minulosti nebo posttraumatická stresová porucha. Biologické faktory jako genetické nebo vyšší výskyt záchvatovitých onemocnění hrají svůj význam v chování pubescentů také, i když největší vliv je souhra všech tří skupin faktorů.

Protektivní faktory pro předcházení poruch chování jsou - zvláště dobrý vztah s rodiči, přátelské vztahy, pravidelná školní docházka, vyšší IQ, mimoškolní zájmy (40).

1.1.3.3.3 Klasifikace poruch chování

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí poruchy chování dle prostředí, závažnosti a socializace jedince na 4 skupiny:

- porucha opozičního vzdoru (vzdor, provokace, neposlušnost)

- porucha chování ve vztahu k rodině (porušování práv jiných, destrukce majetku, násilí)
- porucha chování nesocializovaná (jedinec nemá kamarády, špatně se zapojuje mezi své vrstevníky)
- porucha chování socializovaná (jedinec se začleňuje do skupiny, se kterou společně nebo samostatně páchá přestupky)(40).

1.1.3.3.4 Léčba

Pro léčbu těchto poruch nestačí jen psychofarmaka, ale komplexní přístup s důrazem kladeným na rodičovské vedení, rodinnou psychoterapii a nácvik sociálních dovedností (40).

1.1.3.4 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Adolescence je kritickým obdobím pro rozvoj abúzu na některé z látek. Experimentování, které je typickým rysem tohoto období, se ojediněle vyskytuje u většiny adolescentů. Ovšem problém nastává, pokud jsou tyto látky užívány pravidelně nebo ve větších množstvích. Problémem současné doby je, že se experimentování s těmito látkami posouvá do stále nižších věkových skupin. Užívání návykových látek mezi dětmi a dospívajícími je spojeno s některými specifickými riziky. Patří mezi ně: nižší dávky vyvolávají intoxikaci, vyšší riziko závažné otravy, rychlejší vznik závislosti, trvání poruchy i v dospělosti, riziko agrese, delikvence a suicidálního chování.

Na rozvoji návykových nemocí má podíl to, že mladí rádi zkusí nové věci, nějaké traumatické události, užívání návykových látek rodiči apod. Výskyt poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek se téměř vždy objevuje společně s jinou poruchou např. úzkostné poruchy, mentální bulimie, poruchy chování (48).

1.1.3.4.1 Klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí poruchy vyvolané užitím psychoaktivních látek (alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, jiná stimulantia,

halucinogeny, tabák, těkavé látky, kombinace látek a jiné psychotropní drogy) do 10 skupin.

Projevy těchto poruch závisí na typu látky, množství užívaného jedincem, na očekávaném efektu nebo přítomnosti jiné poruchy. U adolescentů se často objevuje letargie, hyperaktivita, akutní změny nálad dosahující až deprese, změny chování, problémy ve studiu, konflikty s rodiči apod. (48).

1.1.3.4.2 Léčba

Hlavní důraz v oblasti poruch chování užíváním psychoaktivních látek je kladen na prevenci. Jinak se využívá psychosociální intervence – rodinná psychoterapie, individuální psychoterapie zaměřená na řešení problémů současnosti apod. Farmakoterapie by se využívalo při léčbě odvykacích syndromů, intoxikací a toxických psychóz (48).

1.1.4 Návykové látky mezi mládeží v ČR - trendy let 1997 - 2000

Situace na středních školách:

Kouření:

- podíly nekuřáků se od roku 1997 nezměnily, stále se pohybují kolem 60 %, stejný je i počet kuřáků, kteří kouří denně více než 10 cigaret
- většina pravidelných kuřáků začíná mezi 14 – 15 lety
- nejvíce ohroženou skupinou jsou učni, vyskytuje se mezi nimi více než šestina pravidelných silných kuřáků

Alkohol jako (ne)legální droga:

- nejčastěji se pije pivo, následuje tvrdý alkohol, víno se pije méně a spíše svátečně
- alkohol patří zejména k učňovskému prostředí, kde nejvíce pijí pivo s panáky
- každý druhý mladý člověk, který se někdy opil, to stihl ještě před 14. rokem věku

Nelegální drogy

- jakoukoliv zkušenost s nelegální drogou přiznává v roce 1997 38 % dospívajících, v roce 2000 již 48 % jedinců
- konopné drogy již vyzkoušely dvě pětiny mladých lidí ve věku 14 – 19 let
- nejvíce jsou oblíbeny prášky s alkoholem, sedativa, LSD a přírodní halucinogeny, extáze
- nejprogresivněji se okruh uživatelů rozšiřuje mezi 14. – 17. rokem
- necelá 2 % někdy aplikovala vysoce rizikově – injekčně, z toho čtvrtina sdílela jehlu s ostatními (27).

1.2 Alkohol

1.2.1 Charakteristika alkoholu

Alkohol, přesný název ethylalkohol, chemicky ethanol, jehož sumární vzorec je C_2H_5OH je jednoduchá malá molekula vznikající kvašením cukrů. Ke kvašení se využívají jednak kultivované kvasinky nebo přírodní tzv. „divoké“ kvasinky. Během anaerobních podmínek vzniká ze sacharidů pyruvát a poté působením dvou reakcí ethanol a CO_2 (6).

Ethanol patří mezi látky nazývané hypnosedativa. Z hlediska kvantitativního lze alkohol zařadit mezi nejslabší psychotropní látku, jelikož značné účinky se objevují až v dávkách kolem 1g na 1 kg váhy, což je v porovnání s jinými drogami, např. LSD, milionkrát vyšší (13).

Z hlediska návykového můžeme alkohol řadit mezi středně tvrdé drogy, má mírnější účinky, závislost se vyvíjí pouze u určitého typu populace. Při denním užívání menších dávek je dokázán dokonce pozitivní účinek zejména na kardiovaskulární systém, jelikož snižuje nebezpečí vzniku arteriosklerózy díky zvýšení tvorby HDL cholesterolu. Na druhé straně při zneužívání patří tato látka mezi stejně nebezpečné jako jiné tvrdé drogy, a to hlavně díky cenové dostupnosti, menší kontrole zákonem než jiné drogy a akceptaci užívání alkoholu v naší republice (43).

Podle Světové zdravotnické organizace je užívání alkoholu jednou z hlavních příčin celosvětových onemocnění. Alkohol hraje významnou roli v mnoha onemocněních: vysoký krevní tlak, mrtvice, rakovina aj. (31).

V nervovém systému je ethanol příčinou narušení některých nervových subsystémů, které se projevují změnami duševními. Účinek je závislý na množství alkoholu přijímaného člověkem. Při hladině kolem 0,5 promile působí člověk klidně, kolem 2 promile už nastupuje klasická opilost se všemi tlumivými, budivými a jinými typickými účinky a při 3,5 promile má člověk poruchy vědomí a zvyšuje se riziko smrti způsobené selháním oběhu nebo z útlumu důležitých center v mozku (13).

Podle způsobu výroby se alkoholické nápoje rozdělují na 3 druhy:

- a) Pivo – obsahují 1,5 až 5 % alkoholu
- b) Víno – obsahují 7 až 18 % alkoholu
- c) Koncentráty – 22 % a více alkoholu (37).

1.2.1.1 Rozdělení osob podle konzumace alkoholu

Abstinenti – alkoholické nápoje vůbec nepožívají, neboť nemají potřebu alkohol užívat, mají odpor k jeho zdravotním následkům. Nejsou odolní vůči nepříznivým stavům po alkoholu tzv. kocovině.

Konzumenti – požívají jen malá množství alkoholických nápojů a to pouze při nějaké příležitosti a pro chuť, kterou daný alkohol přináší. Opilí bývají pouze výjimečně, poté je to přesvědčí v to, aby alkohol dlouho znovu nepožili.

Pijáci – jsou častějšími konzumenty alkoholu. Pijí proto, že si žádají účinky alkoholu – euforii. Jeho euforizující účinek je jim velmi příjemný, proto se někdy nevyhnou alkoholické intoxikaci (opilosti). Toto stádium velmi často přechází do alkoholismu, jelikož piják pije alkohol s vyšší frekvencí a zvyšuje svoji dávku, při které se dostává do slastného stavu.

Alkoholici – lidé závislí na alkoholu, pijí denně, někdy při nevhodných příležitostech a pijí vše, co jim přijde pod ruku. Nutné je neustálé doplňování hladiny alkoholu v krvi, při nedostatku přicházejí abstinenční příznaky. Navzdory společenským, hospodářským a zdravotním potížím však pijí dále (35, 47).

1.2.1.2 Závislost na alkoholu

„Syndrom závislosti na alkoholu nebo na jiných psychotropních drogách je specifický soubor biologických, psychických a sociálních jevů, které se u člověka vyvinou v příčinné souvislosti s opakovaným, častým a nadměrným požíváním některé psychoaktivní látky. Tato látka může mít účinek anxiolytický (jako právě nejfrekventovanější droga evropské civilizace - alkohol) nebo stimulační (jako například pervitin) nebo halucinogenní, v každém případě má však pro vznik závislosti jeden nezbytný účinek, a to účinek krátkodobě euforizující. Vzniklá závislost, ať už

převážně psychická nebo převážně fyzická, se vyznačuje silnou touhou opakovat euforizující působení a látku proto znovu získat, klesající volní kontrolou nad četostí užití látky i nad jejím množstvím a silným zaujetím pro zážitky intoxikací, které postupně vytlačuje jiné předchozí zájmy, záliby, aktivity a životní hodnoty“ (9).

1.2.1.3 Akutní otrava alkoholem

Alkohol patří mezi látky s dvoufázovým efektem. Nejprve jsou neuronové systémy labilizovány, po větších dávkách jsou tlumeny. Nejcitlivější jsou na alkohol mozková kůra a míšňí motorické nervy.

Dle klinických znaků lze alkoholovou intoxikaci dělit do několika stupňů:

- lehký stupeň: 0,5 – 1,5 ‰, snížené zábrany, mnohomluvnost, činorodost, snížení psychomotorické výkonnosti
- střední stupeň: 1,5 – 2,5 ‰, euforie, snížená sebekritika, ztráta zábran, orientace zachována
- těžký stupeň: přes 2,5 ‰, dezorientace, poruchy vědomí, podrážděnost, poruchy řeči, poruchy rovnováhy (36, 38).

1.2.1.4 Alkohol, děti, mládež a zákon:

Co říká trestní zákon o odpovědnosti rodičů nebo pěstounů ve vztahu alkoholu a mladistvých:

§ 204 - Podání alkoholu dítěti

Kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti alkohol, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

§ 287 - Šíření toxikomanie

(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu čtrnácti let (2).

1.2.1.5 Vývojové fáze alkoholismu podle Jelínka

I. stadium – počáteční

Člověk pocítí účinky alkoholu a zprvu žádá občasné opakování pocitů. Postupně dochází k narůstající frekvenci požívání alkoholických nápojů. V intoxikaci překonává jedinec situace, které byly pro něj neřešitelné nebo bolestné. V této fázi hladina alkoholu nepřesahuje 0,5 g/l. Nemalá skupina lidí u tohoto stadia zůstane celý život.

II. stadium – varovné

Stále vyšší hladina alkoholu v krvi je typickou známkou druhého stádia, kdy roste tolerance k pití. Člověk pije tajně a rychleji, aby dosáhl žádoucí hladiny. Reaguje neadekvátně při každé zmínce týkající se alkoholu, jelikož se za své pití začíná stydět.

I. a II. stádium se stále řadí do tzv. předchorobí, pokud se však už dostavují typická okénka, jedná se o začátek III. stádia, tedy vlastní nemoc.

III. stadium – rozhodné

Stále ještě roste tolerance k pití. Pacient snese vysoké dávky alkoholu, postupně se dostává do stavu, který je pro něj sice příjemný, ale pro okolí už vystupuje jako zřetelně opilý člověk. Typickými znaky je změna kontroly v pití, agresivní chování pijáka, první problémy v zaměstnání, v rodině, ztráta meziosobních vztahů, výrazná sebelítost, výčitky svědomí, sexuální problémy spojené se žárlivostí, ztráta zájmů apod. Alkoholik si vytváří tzv. racionalizační systém – sobě i svému okolí vysvětluje a omlouvá své pití, ukrývá je, vymlouvá se, proč drogu potřebuje. Mezi alkoholickými excesy má člověk výčitky svědomí, proto nastává období abstinence, které po odeznění výčitek vrací zpočátku opatrnou konzumaci v další exces a koloběh pijáctví se opakuje. Pokud nedojde k léčbě nebo abstinenci, excesy trvají i několik dní v týdnu, kdy se piják dostává již do IV. stadia.

IV. stadium – konečné

Charakteristické jsou nepříjemné stavy po vystřízlivění, které nutí pacienta léčit se další dávkou – tzv. ranními doušky, které končí několikadenním tahem, kdy člověk vůbec nevystřízliví. Snižuje se tolerance k pití, dochází k požívání technických prostředků (Alpa, Okena), objevují se příznaky somatických následků v oblasti jater, cév a nervového systému i následků psychických (33, 5).

1.2.1.6 Diagnóza abuzu a závislosti

Diagnóza závislosti na alkoholu není jednoduchá. Důležité je její pečlivé provedení a následná dlouhodobá léčba. Představuje pouhý začátek kontaktu s pacientem. Mezi základní body diagnózy patří zjištění množství spotřeby alkoholu pacientem a frekvence pití. Dále je to zjištění fáze závislosti a zmapování důsledků tělesných, duševních i společenských, které souvisí se závislostí na alkoholu.

Rozeznáváme 5 typů závislostí na alkoholu:

Typ alfa – člověk využívá alkohol pro ulehčení vnitřních konfliktů, občas jej využívá k získání euforie nebo jako prostředek sblížení s ostatními lidmi. Neobjevuje se zatím psychická ani somatická závislost jedince.

Typ beta - příležitostné pití na akcích, často si člověk přeje „zapadnout do kolektivu“, neodlišovat se od ostatních a nebýt sám.

Typ gama – závislost na alkoholu, kde ztráta kontroly nedosáhla ještě 100 %, ale člověk je již nespolehlivý, má poruchy chování, nemůže si být jistý, že nevinné požití menšího množství alkoholu nebude pokračovat až do intoxikace a následné delší abstinence. Psychická závislost rapidně stoupá, ale odvykací příznaky jsou zpravidla nevýrazné.

Typ delta – jedná se o chronickou konzumaci alkoholických nápojů, do popředí se dostává somatická závislost, zatímco psychická se vyvíjí později. U tohoto typu už hrozí větší tělesné i psychické poškození než u typu gama.

Typ epsilon – představuje kvartální pijáctví s několikedenním nebo i týdenním průběhem (37).

1.2.2 Fyzické následky nadměrného pití alkoholu

„Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé. Jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Již malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří velmi rychle. Proto bývá zvykem v civilizovaných společnostech děti a mladistvé před alkoholem chránit“(19).

Funkční a orgánové poškození v souvislosti s alkoholem závisí nejvíce na množství požitého alkoholu a době, jak dlouho ho piják užíval. Citlivost jednotlivých tkání a

orgánů je různorodá, proto není snadné určit hranici škodlivé dávky alkoholu na organismus.

1.2.2.1 Poškození plodu alkoholem

Alkohol nepříznivě ovlivňuje jak spermii tak vajíčko, k nejintenzivnějším následkům dochází v prvních týdnech a měsících nitroděložního života. Nejzávažnější je postižení CNS s poruchou intelektu. Dítě má opožděný duševní vývoj, nápadně menší hlavičku, špatnou koordinaci pohybů, svalovou hypotonii, v dětském věku může být nadměrně aktivní. Charakteristické jsou také obličejové rysy: oční štěrby jsou krátké, horní čelist je menší. Frekvence výskytu poškození plodu a rozsah jeho poškození je přímo závislý na stupni alkoholismu matky (13, 36).

1.2.2.2 Steatóza jater

Jedná se o ztukovatění jater, reverzibilní onemocnění, které probíhá většinou bez příznaků. Zvětšení jater je často jediným projevem steatózy. Diagnóza je možná pouze na základě histologického vyšetření vzorku jaterní tkáně. Ztukovatění se může objevit i u jiných nemocí jako diabetes mellitus, malnutrice, chronická hepatitida C, obezita, nebo po léčích, které mají na játra nepříznivý vliv. Jelikož se nejedná o zánět a jaterní buňka funguje bez poškození, nevyžaduje toto onemocnění léčbu. Upravení stavu však vyžaduje trvalou abstinenci alkoholu a správnou výživu s dostatečným příívodem vitamínů a biologicky hodnotných látek (13).

1.2.2.3 Alkoholový chronický zánět jater

Vyskytuje se u 10 – 20 % těžkých pijanů, kteří mají jaterní steatózu. Jedná se nejčastěji o jedince, kteří denně konzumují více než 80 g alkoholu. Stále je to onemocnění reverzibilní, nemusí vždy dojít k jaterní cirhóze, pokud člověk přestane alkohol užívat. Může probíhat bez příznaků, pokud se objeví, pak jsou nejčastější zažívací obtíže, zvracení, nechutenství, ztráta na váze i horečky. Diagnóza probíhá histologickým vyšetřením, kdy v játrech není zřejmé jen ztukovatění, ale i rozpad jaterních buněk. Tento proces se již nedá upravit do úplného uzdravení, ale jeho vývoj

lze zastavit nebo zpomalit. Podmínkou je však striktní abstinence a správná dietní opatření (13).

1.2.2.4 Alkoholová cirhóza

Toto onemocnění se vyskytuje u silných pijáků, jejichž spotřeba alkoholu převyšuje 80 g denně. Pokračováním zánětu bez léčby dochází k porušení normální struktury jaterního rámečku. Velmi často se objevují i druhotné pohlavní znaky jako atrofie varlat nebo růst prsních žláz u mužů, u žen naopak k druhotné ztrátě menstruace. Příčinou druhotných pohlavních znaků je porucha hormonální a nervové regulace hormonů hypofýzy, která způsobuje zvýšenou tvorbu ženských pohlavních hormonů. Prognóza alkoholové cirhózy je u pacientů velmi nízká. Uvádí se, že v případě léčby přežívá 5 let pouze 40 – 60 % pacientů. Alkoholová cirhóza může skončit i náhlým úmrtím pacienta. Příčinou je jaterní selhání, které může být vyprovokováno jinou přidruženou nemocí, infekcí, zvracením nebo průjmem (13).

1.2.2.5 Systémová arteriální hypertenze

Hypertenzí trpí v současné době velké procento osob starší 50 let. Alkoholem indukovaná hypertenze není závislá na obezitě, spotřebě kávy nebo cigaret. Je stejně škodlivá jako jiné formy hypertenze. Pacient má zvýšen jak systolický tak diastolický tlak. Pokud člověk abstínuje, dochází k úpravě stavu zpravidla i bez užívání léčiv (5, 23).

1.2.2.6 Alkoholická slepota

Objevuje se u alkoholiků, kteří kouří a málo jedí. Jednak jsou velice vyhublí, mají ochablé svalstvo, suchou kůži a trpí záněty ústních koutků. Hlavním příznakem je ztráta zrakové ostrosti a problém s rozlišováním červené a zelené barvy.

Jako původce onemocnění lze označit kombinaci hladovění s toxickým poškozením způsobené alkoholem a tabákem. Setkáváme se s touto slepotou i u diabetiků a osob trpících avitaminózou B₁ a B₁₂ (13).

1.2.3 Psychické následky alkoholismu

Alkoholické psychózy jsou důsledkem chronického abúzu alkoholu v psychické oblasti. Vyskytují se zvláště u osob závislých na alkoholu, následkem selhání adaptačních neurohumorálních systémů, mohou souviset i s poškozením důležitých orgánových struktur (38).

1.2.3.1 Patologická intoxikace alkoholem

Tato porucha se vyskytuje vzácně, zvláště u lidí s nízkou tolerancí alkoholu. Hladina alkoholu v krvi se totiž pohybuje mezi hladinami, které jsou nižší než ty, které by u ostatních lidí vedly k alkoholové intoxikaci. Mezi příznaky patří agresivita, násilné rysy. Tento stav trvá několik hodin a končí spánkem. Na patologickou intoxikaci si zpravidla postižený nepamatuje (38).

1.2.3.2 Delirium tremens

Patří mezi nejčastější alkoholickou psychózu. Projevuje se na vrcholu vývoje závislosti na alkoholu. V 18. století patřilo mezi onemocnění vzácné, postupně narůstal jeho výskyt úměrně v dobách, kdy se začaly konzumovat levné koncentráty a kdy rapidně narůstala města.

Postihuje převážně muže kolem 40 let a ty, kteří pijí více než 10 let. Lehké formy onemocnění se projevují nespavostí, třesem, pocením, časovou dezorientací, děsivými sny a nechutenstvím. Při lehké formě ustupují příznaky do 2 – 3 dnů. Těžká forma se projevuje zastřením vědomí, zmateností, dezorientací, smyslovými přeludy, zvláště vidinami malých zvířátek, brněním těla, často dochází před projevem deliria tremens k epileptickému záchvatu. Bývá doprovázeno velkou úzkostí, zrychlenou srdeční činností, neklidem, pocením, zvracením, poruchami zraku, dehydratací i vysokými teplotami. Objevuje se po 3 – 4 dnech nucené abstinence, po horečnatém onemocnění nebo úraze. Propuká hlavně v noci a trvá 4 – 8 dnů.

Pacienty je nutné léčit v nemocnici, nejlépe na jednotce intenzivní péče. Podávají se zklidňující léky, léky podporující srdeční činnost, antibiotika, vitamíny a minerály. Při

nepříznivém klinickém vývoji přechází delirium do Korsakovovy psychózy nebo demence (13, 37, 5).

1.2.3.3 Alkoholická halucinóza

Onemocnění se projevuje plíživě, je méně časté a mírnější než delirium tremens. Má formu akutní, která trvá 2 – 10 dnů, objevují se sluchové přeludy, provázené pocitem pronásledování. Někdy jedinec slyší hádající se hlasy, které ho obviňují nebo naopak hájí. Halucinóza často navazuje na noční děsy. Forma chronická se přirovnává k paranoidní psychóze blízké schizofrenii nebo demenci (13, 37, 5).

1.2.3.4 Alkoholická paranoidní psychóza

Onemocnění se může vyskytnout samo o sobě nebo po předchozím deliriu tremens nebo alkoholické halucinóze. Typická je porucha myšlení, objevují se bludy pronásledování, vztahovačnosti, nevěry a žárlivosti. Výskyt je častější u mužů. Může probíhat i schizofrenicky, kdy má pacient nejen poruchy myšlení, ale i poruchy vnímání projevující se jako sluchové nebo zrakové halucinace. Onemocnění alkoholickou psychózou je značně rezistentní na léčbu. Samotná farmakoterapie nebývá dostatečně účinná, dobré výsledky ukazuje až společně s psychoterapií (13, 37, 5).

1.2.3.5 Korsakovova psychóza

Navazuje často na delirium tremens. Pacienti trpí dezorientací místem, časem i situací. Výrazně se dostavují poruchy paměti, které pacienti nahrazují vzpomínkovými klamy, jelikož si na nedávnou minulost nemohou vzpomenout. Navíc těmto klamům naprosto věří. Vyskytuje se častěji u žen kolem 50. roku věku. Jedná se hlavně o dlouhodobý abúzus destilátů, méně často piva. Psychóza vyústuje v demenci a vyžaduje trvalou hospitalizaci v psychiatrických nebo sociálních zařízeních. Do popředí u alkoholových psychóz se dostává úzkost, depresivní nálady a myšlenky na sebevraždu. Často se také objevují pseudoneurastenické obtíže jako nechutenství, bolest hlavy, nespavost, pocení, vyčerpání, závratě apod. (23, 5).

1.2.4 Společenské následky alkoholismu

Abúzus alkoholu má negativní zdravotní důsledky, ale postihuje i po stránce společenské. Pokud se jedná o mladého člověka, zasahují jeho problémy do jeho života v rodině, výsledků ve škole, na pracovišti, kamarádských a partnerských vztahů.

Pijáctví a následný alkoholismus začíná často ve skupinách vrstevníků. V partě bývá pití alkoholu běžné a jedinec, aby se stal členem party, přestane chodit do školy, má problémy s policií, krade alkohol nebo peníze, dochází i k vykrádání bytů, aut, kapesním krádežím, ale i loupežným přepadením (47).

1.2.5 Léčba alkoholismu

1.2.5.1 Ambulantní péče

Ambulantní je označení pro široké spektrum služeb, které nejsou spojené s lůžkovým oddělením. Jedná se o poradny, soukromé praxe, ambulantní složky apod. Pacient navštěvuje zařízení v každou domluvenou dobu a poté se vrací do normálního zaběhnutého života. Pro psychologa je tato forma péče horší v tom, že neví, jak se pacient chová po příchodu domů a v běžném životě.

Ambulantní péče se preferuje hlavně pro osoby s lehčím stádiem závislosti. Pokud psycholog zjistí podle konzumace alkoholu, že se jedná o varovné stádium, je v tom případě možné pracovat na kontrolovaném pití. Důležité je, aby pacient nechápal rady psychologa jako nařízení, ale aby se jednalo o vlastní motivaci přestat pít. Ke konzultacím dochází pacienti v pravidelných intervalech, 8 – 10 konzultací je považováno za optimální, s prodlužujícími se latencemi mezi nimi. Optimální doba terapie by měla být 1 rok, jelikož v tomto čase jsou obsaženy všechny typické životní situace, se kterými se můžeme setkat.

V první fázi se zaměřujeme přímo na pacienta, na jeho osobnost, vnímání a prožívání. Poskytujeme porozumění, dotazování a racionální vysvětlení daných problémových situací.

Ve druhé fázi se psycholog snaží, aby pacient reagoval na situace jinými způsoby chování a díval se na problémy s nadhledem a jinak vnímanou a prožívanou skutečností.

Třetí fáze se zaměřuje na ověřování funkčnosti dosažených posunů. Klient by si po prodělání terapie měl více věřit, měl by být se sebou více spokojený, otevřený a vnímavý ke světu (33).

1.2.5.2 Lůžková péče

Oproti ambulantní péči nám lůžková péče, kdy je pacient na lůžkovém oddělení a denně pracuje s psychologem, poskytuje ucelený pohled na pacientovu životní situaci. Nejenže má psycholog možnost pozorovat pacienta celý den, ale dostává informace i od ostatních členů personálu. Nevýhodou je, že je pacient vytržen ze svého sociálního prostředí, nechodí do zaměstnání a může pouze plánovat, jaký bude návrat zpět. Na lůžkové oddělení se dostávají pacienti s těžkými odvykacími syndromy, psychotickými stavy, suicidální pacienti. Dále také pacienti vysoce rezistentní vůči léčbě, s neúspěchy v léčbě ambulantní nebo, kde je léčba nařízena soudem (33, 20).

1.3 Drogy

Ilegální, nezákonné a státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky.

Dle definice Jiřího Presla lze drogu chápat jako přírodní nebo syntetickou látku, která je charakterizována dvěma základními požadavky:

- má psychotropní účinek – ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na psychiku
- vyvolává závislost (29).

1.3.1 Dělení drog

Existuje mnoho dělení psychotropních látek, základním je dělení podle vzniku, podle typu působení a chemického složení a podle stupně společenské nebezpečnosti.

Dělení podle vzniku:

a) přírodní

- konopné produkty (marihuana, hašiš)
- opium
- koka
- psychoaktivní houby (lysohlávky, muchomůrky)
- psychoaktivní rostliny (kaktusy, durman, mandragora,...)

b) semisyntetické

- morfin, heroin
- LSD
- kokain

c) syntetické

- amfetaminy a jejich deriváty
- opioidy
- těkavé látky
- anxiolytika a sedativa

Dělení podle typu působení a chemického složení:

- a) tlumivé látky
 - anxiolytika a hypnotika
 - opiáty (morfin, heroin, metadon, buprenorfin)
- b) stimulancia
 - amfetaminy (pervitin)
 - kokain a crack
- c) halucinogeny
 - konopné produkty (marihuana, hašiš,)
 - LSD
 - psylocibyn
 - mescalín
 - těkavé látky (46).

Dalším kritériem pro dělení drog je riziko vzniku závislosti na nich. Drogy je z tohoto hlediska možné rozdělit do dvou skupin:

- **drogy měkké** (drogy s akceptovatelným rizikem): řadíme sem kávu, tabák, alkohol a produkty konopí
- **drogy tvrdé** (drogy s neakceptovatelným rizikem): patří k nim heroin, kokain, pervitin. Riziko vzniku závislosti u těchto drog je značně vysoké (41).

1.3.2 Drogová závislost:

„Je chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, mnohdy s tendencí zvyšovat dávky. Při nedostatku drogy může vzniknout abstinenční syndrom, který souvisí s psychickou či fyzickou závislostí. Drogová závislost je spojena s negativními důsledky pro postiženého jedince i pro společnost“ (41).

Diagnóza závislosti je určena, pokud dojde během posledního roku ke třem nebo více následujícím jevům:

- silná touha užívat drogu
- potíže se sebekontrolou užívání drogy

- užívání drogy s úmyslem zmírnit příznaky somatického odvykacího stavu
- vyšší dávky drogy
- zanedbávání jiných zájmů (41).

Dlouhodobým zneužíváním drogy vzniká závislost somatická nebo psychická nebo obě současně.

Psychická závislost – uživatel bere drogu pro navození příjemného psychického stavu nebo aby zabránil vzniku nepříjemných pocitů. Příjemným pocitem nemusí být pro mnoho uživatelů pocit euforie, blaženosti, slasti, ale naopak stavy opačné. Mnoho lidí uvedlo, že příjemným pocitem byl pro ně úzkostný stav na pokraji života a smrti.

Somatická závislost – organismus se adaptuje na požívanou látku. Látka se stane nezbytnou součástí metabolismu, bez látky dochází k abstinčním příznakům (11).

1.3.2.1 Klasifikace drogových závislostí

Dělení drogových závislostí se často mění, jelikož se objevují stále nové látky, které vytváří po delším užívání závislost, ale i to, že ve světě i u nás stále více převládá kombinované zneužívání několika různých látek, na které se vytváří různé typy zkřížených závislostí.

Alkohol – barbiturátový typ – nejčastější typ drogové závislosti, závislost na alkoholu, barbiturátech, nebarbiturátových hypnotikách a sedativech, analgetikách, antirevmatikách nebo látek s tlumivým účinkem (Diazepam, Nitrazepam)

Amfetaminový typ – řadíme sem drogy, které mají povzbuzující účinek. Tyto uměle vyrobené látky zvyšují sebevědomí, snižují ospalost i pocity hladu (Efedrin, Amfetamin, Pervitin).

Kanabisový typ – drogy získávané z indického konopí (marihuana, hašiš).

Kokainový typ – nejrozšířenější druh toxikomanie ve světě. Akutní intoxikace se projevuje rozšířenými zornicemi, pocením, zachraptělým hlasem. Nálady kolísají od pocitů euforie až k výbuchům hněvu. Zvyšuje se citlivost na světlo a zvuky, často se

objevují i sluchové a zrakové halucinace. Při chronické intoxikaci se objevují bolesti v krku, krvácení z nosu, zácpa, snížená hmotnost, zimomřivost, pocení apod.

Halucinogenní typ – řadí se sem látky jako LSD, meskalin, psilocybin. Akutní intoxikace se projevuje zčervenáním, zrychleným pulsem, třesem, zhoršenou sebekontrolou. Při chronické intoxikaci dochází ke zhoršení kontaktu s realitou, impulzivnímu jednání, vyššímu riziku epileptických záchvatů.

Opiátový typ – patří sem opium a jeho alkaloidy. Dalšími představiteli jsou heroin, morfin, methadon, buprenorfin, meperidin, fentanyl apod. Akutní intoxikace vede ke stavu tichého opojení, k apatii, ke zpomalení motorických reakcí, ke zhoršení pozornosti a úsudku, k otupělosti a nevolnosti. Při chronické intoxikaci dochází k typickému abstinenciálnímu syndromu s průjemem, horečkou, pocením, zimomřivostí, bolestmi svalů. U mužů dochází k oslabení sexuální potence, u žen k narušení menstruačního cyklu.

Tabákový typ – závislost na nikotinu obsaženém v cigaretách. Akutní intoxikace se projevuje bledostí, studeným potem, nevolností, zvracením. Chronická intoxikace vede k poklesu fyzické výkonnosti, bolestem žaludku, srdečním obtížím, snížení libida, k nespavosti a ke kašli. Typické jsou zažloutlé prsty a zápach z úst.

Kofeinový typ – zahrnuje nadužívání kofeinu v kávě nebo čaji (11, 17).

1.3.3 Drogy a zákon:

§ 284 - Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.

§ 285 - Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

(3) Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.

(4) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu (2).

1.3.4 Opiáty

Opium, jako produkt opiátových látek, je získáván z máku odrůdy *Papaver somniferum album*. Je to bílá šťáva, která na vzduchu tmavne a houstne. Přírodními deriváty opia jsou morfin a kodein, polysyntetickým je heroin. Opium obsahuje mnoho substancí, jež můžeme rozdělit do dvou skupin. Jednak látky, které mají minimální psychoaktivní účinky a mají vazodilatační účinky, do této skupiny patří např. papaverin. Druhá skupina je tvořena psychoaktivními látkami včetně morfinu a kodeinu.

Opiáty působí psychoaktivně, protože se váží na receptory endorfinů. Endorfiny potlačují přenos bolestivých impulsů v těle a vykonávají tak analgetickou funkci. Díky tomu, že se opiáty vážou na tyto receptory, je sekrece endorfinů omezena. Pokud je pak přísun opiátů snížen nebo zastaven, organismus se ocitá bez vnější opory utišujících látek, ale i vnitřní podpory, neboť přísun přírodně vytvářených endorfinů je omezen.

Následkem je abstinenční syndrom. Opioidy se v lékařství užívají jako léky proti bolesti nebo léky proti kašli, neboť tlumí kašlací reflex.

Při intoxikaci je jedinec zklidněný, plný euforie, ztrácí pocit bolesti jak tělesné tak duševní. Zpomaluje se frekvence srdeční činnosti, klesá krevní tlak, zpomaluje se dechová frekvence, snižuje se produkce moči, u žen dochází k vyššímu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech a tím k následné sterilitě. Stav klidné a mírné extáze trvá několik hodin. Na konci extáze kuřák usíná, po několika hodinách se probouzí s kocovinou, která je nepříjemná, neboť vrátila jedince do kruté reality. Často tak dochází k okamžité intoxikaci, aby se navrátil do příjemného bezproblémového stavu.

Příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, svědění, které se objevuje po celém těle, zornice jsou zúžené.

Při chronickém užívání se mění hlavně charakterové vlastnosti. Závislý je líný, ztrácí libido a potenci, trpí depresemi a halucinacemi, nespavostí, podrážděností (12, 24).

1.3.4.1 Heroin

Heroin je polysyntetický derivát, v těle se přeměňuje na morfin. V minulosti byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem závislosti. Toxicita heroinu je asi pětkrát vyšší než toxicita morfinu a až dvacetinásobně vyšší než opia. Vznik závislosti je u této drogy velice rychlý. Již po několika týdnech se jedinec vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a potřebuje stále vyšší dávky, jelikož roste tolerance. Heroin se dostává do organismu šňupáním, kouřením, inhalací a nitrožilně. Při podání heroinu nitrožilně dochází téměř k okamžitému nástupu asi patnáctiminutového stavu plného radosti, uvolnění a vřelé srdečnosti, které se mezi narkomany nazývá „flash – záblesk“. Mezi účinky heroinu patří: sedace, deprese dýchacího centra, pokles tělesné teploty, celkový útlum organismu, zpomalení psychického tempa, uvolnění, úleva od starostí, ospalost, zúžení zornic, strnulost, neschopnost pohybu, potlačené vnímání bolesti.

Dlouhodobé užívání heroinu může způsobovat snižování potřeby jídla a sexu, křeče, bolesti svalů, kloubů, u žen poruchy menstruace. Dalšími projevy mohou být malátnost,

apatie, poruchy spánku, úpadek fyzické kondice. Nedodržováním základních hygienických návyků se objevují různé bakteriální infekce jako virová hepatitida nebo AIDS, kdy nejčastější příčinou infekcí bývá nitrožilní podání drogy.

Při předávkování heroinem se jedinec dostává do kómatu, teplota těla klesá, zorničky jsou zúženy, dýchání je zpomalené a má nepravidelný tep. Zpomalením dechu může dojít až k anoxemii (nedostatek kyslíku v krvi) a následné smrti udušením.

Abstinenční syndrom se objevuje maximálně do 8 hodin po posledním užití heroinu. Závislý se třese, je úzkostný, silně se potí, zvrací, málo spí. Abstinenční příznaky narůstají a dosahují maxima v průběhu 48 hodin, pak postupně slábnou a mizí. (11, 12, 24).

1.3.5 Stimulační drogy

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém, zahánějí pocit hladu, únavy, potřeby spánku a navozují pocit svěžesti, zvýšené výkonnosti. Nejběžnější jsou kofein a nikotin. Dále sem z přírodních patří kokain a crack, ze syntetických amfetamin, efedrin, pervitin a extáze (34).

1.3.5.1 Kokain

Kokain je silná stimulační droga, vyskytuje se v přírodě a vyrábí se z listů keře koky. Rostlina pochází z horských oblastí jižní Ameriky, hlavně z území Peru, Bolívie a Kolumbie (34).

Kokain se v osmdesátých letech 19. století považoval za lék proti závislosti na morfinu. Později se zjistilo, že ovšem vzniká následná závislost na kokainu. Díky svým euforizujícím účinkům vyvolává psychickou závislost.

Chronická otrava kokainem se může projevit psychózou s halucinacemi tělovými i zrakovými, závislý bývá neklidný, úzkostný, má pocit, že ho někdo pronásleduje, trpí nespavostí, tělesně hubne a chátrá.

Při těžké otravě se objevují záškuby a křeče ve svalstvu, tělesná teplota stoupá, krevní oběh slábne. Otrávený kolabuje a umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra.

Kokain byl užíván už Indiány a to žvýkáním listů koky, ve světě je nejrozšířenějším způsobem šňupání a injekční užívání, které účinky urychluje a znásobuje.

Účinky kokainu závisí na množství a na frekvenci užívání. Při prvním požití kokainu nemusí být pocity jedince příjemné, naopak se může objevit pocit srdeční slabosti, třes rukou, bledost a zimnice. Teprve po opakovaném používání nastává pocit euforie, spokojenosti a blaženosti, zvýšené představitivosti, touha po zvýšeném výkonu, ustupuje potřeba spánku (41, 12, 24, 34).

Pokud užívá kokain budoucí maminka, zvyšuje se tím možnost porodních a neonatálních komplikací. Časté jsou spontánní potraty, odumření plodu a předčasné odloučení placenty (3).

1.3.5.2 Pervitin

Pervitin bývá často uváděn jako typická česká droga. Českým vynálezem ovšem v žádném případě není. Poprvé byla syntetizována v Japonsku v roce 1888, kde také byla využívána během 2. světové války pro sebevražedné piloty kamikadze jako doping při jejich posledním letu. Hlavním produktem pro výrobu pervitinu je stimulační látka efedrin, který získáme z léků nebo z chvojníku. Čistý pervitin má formu mikrokrytalického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu se často vyskytuje v barvě žluté nebo fialové, protože obsahuje zbytky používaných látek při domácí výrobě.

Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Při nitrožilním podání nastupuje účinek ihned, při šňupání dochází k prvním účinkům po 5 – 10 minutách.

Pervitin je psychomotorické stimulant, ovlivňuje jednak motoriku, ale i psychické funkce. Po užívání pervitinu dochází k euforii, nabuzení, snížení únavy, způsobuje nechutenství, uvolňuje zábrany, zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Významným rizikem po určité době užívání je vznik toxické psychózy. Jedinec má pocit, že se ostatní k němu chovají jinak, stává se nedůvěřivým a ostražitým. Toto jednání vede k iracionálnímu jednání, panickým útekům a sebeobraným útokům. Často bývá východiskem i sebevražda. Tento stav se podobá diagnostikované schizofrenii. (12, 24, 10).

1.3.5.3 Extáze

Extáze je semisyntetická droga, která se vyskytuje zvláště v podobě tablety s vyraženým symbolem. Setkat se můžeme i s gelovými kapslemi, bílým práškem nebo roztokem. Užívá se jediné ústy a působit začne asi po 30 minutách. Extáze patří mezi velmi rozšířenou drogu mezi mládeží, užívanou hlavně na diskotékách, kde pak vydrží tančit celý večer. Po odeznění účinku dochází k únavě či depresi. Někdy dojde k nástupu toxické psychózy, která může být riziková jak pro samotného uživatele, tak pro okolí. V literatuře se řadí i mezi halucinogeny, neboť se její účinky podobají směsi LSD a amfetaminu. V normálních dávkách ovšem dochází k halucinacím pouze zřídka (10, 34).

1.3.6 Kanabis a jeho deriváty

Základní surovinou pro získání látky kanabisového typu je konopě setá, jednoletá rostlina pocházející pravděpodobně ze střední Asie. O účincích kanabisových derivátů lidé věděli už ve starověké Indii nebo Africe. Hlavními distributory kanabisu jsou na černém trhu státy Blízkého a Středního Východu, jihovýchodní Asie nebo severní Afrika. Marihuana patří takřka k nejrozšířenější psychotropní droze na celém světě.

Kanabinoidy jsou nejen drogou hlavně pro mládež, ale zároveň slouží jako lék v některých případech. Využívá se pro potlačení nevolnosti nebo po chemoterapii k potlačení nepříjemných stavů. Příznivě dokonce působí u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Lidé si dokonce vyrábí domácí mastičky z konopí, které jsou účinné v mnoha bolestivých partiích těla (12, 24).

1.3.6.1 Marihuana

Marihuana se získává ze sušeného listí a kvetoucích výhonků *Cannabis sativa*, která obsahuje 426 chemikálií. Při kouření se tyto chemikálie promění ve 2000 nových chemikálií, z nichž více než 70 jsou cannabinoidy, které nebyly nalezeny v jiných rostlinách. Nejvýznamnějším je delta 9 – tetrahydrocannabinol (THC), který je hlavní příčinou pocitu podobnému opilosti. Síla marihuany je dána množstvím THC, které je

v ní obsaženo. Čím vyšší hladina THC, tím je marihuana silnější a škodlivější. THC je ukládáno do tukových tkání jater, plic, mozku, sleziny a reprodukčních orgánů (10).

Marihuana se kouří buď samostatně nebo ve směsi s tabákem v ručně stočených cigaretách nebo dýmkách, někdy se přidává do cukrovinek a pečiva.

Marihuana ovlivňuje myšlení, může způsobit agresi nebo úzkost. Při užití ve skupině lidí vyvolává pocity relaxace, dobré pohody, rozjařenosti. Při delším užívání snižuje schopnost učit se, zhoršuje paměť, oslabuje imunitní systém a znásobuje duševní problémy.

Kouření marihuany je mnohem škodlivější než kouření cigaret, jelikož obsahuje o polovinu více chemikálií, které způsobují častěji rakovinu než tabák a také se marihuana kouří odlišným způsobem. Snižuje schopnost plic bránit se proti infekcím a má škodlivější vliv na plicní stěny než tabák. V reprodukčním systému muže a ženy může způsobit po dlouhodobém užívání snížení plodnosti, může být toxické pro vyvíjející se embryo (10, 24).

1.3.6.2 Hašiš

Hašiš je hnědý nebo černý výtažek z rostliny *Cannabis sativa*. Aktivní látkou je stejně jako u marihuany THC. Hašiš se kouří společně s tabákem ve speciálních dýmkách, polyká se s jídlem nebo v nápojích. Koncentrace THC v hašiši je asi 5x větší než v marihuaně.

Hašiš vyvolává pocit naprostého uklidnění, je doprovázen sněním, dostavují se pestré a barevné změny. Narozdíl od marihuany vyvolává spíše pocit zamyšlení než smíchu. Po požití dochází k začervenání očního bělma, člověk je zklidněný, málomluvný (26).

1.3.7 Halucinogeny

Halucinogeny zahrnují rozsáhlou skupinu drog ze skupiny přírodních látek jako bufetenin, psilocybin a meskalin a jiné další látky synteticky připravené jako LSD, Extáze. U člověka mohou vyvolat výrazné změny či poruchy vnímání, emocí, prožívání a chování. Drogy navozují falešné představy a zrakové halucinace. Při dlouhodobém

zneužívání může dojít ke značným poruchám v oblasti morálních a etických hodnot a k nevratným patologickým změnám vnitřních orgánů, hlavně jater (16, 41).

1.3.7.1. Meskalin

Psychoaktivní složkou různých druhů kaktusů je meskalin. Meskalin se získává vylisováním dužnatých částí kaktusů ve formě rostlinného oleje. Bývá přidáván do nápojů. Při požití meskalinu se mnohdy dostavují nepříjemné stavy, které svědčí o hlubokém zásahu do vegetativního systému. Účinky na člověka se podobají účinkům LSD, avšak u meskalinu někteří lidé pociťují zvýšené nucení na močení, pocity horka a úzkost. Pozoruhodným jevem je, že lidé po užití meskalinu přiřazují věcem neživým vlastnosti a stavy živých organismů. Věci mají dokonce výraz obličeje, který se mění a dává věci ráz lidských atributů (16, 24).

1.3.7.2 Psilocybin

Psilocybin je látka obsažená v některých houbách rodu lysohlávek. Toxicita této látky je celkem nízká, chemicky je psilocybin podobný bufeteninu nebo LSD. Psilocybin se těší velké oblibě v ČR již 20 let. Problémem je odhad účinné dávky, neboť obsah psilocybinu se může v různých krajích lišit.

Po intoxikaci se nejdříve projeví somatické příznaky jako zarudnutí obličeje, bolesti hlavy, pocení, snížení srdeční činnosti. Menší počet hlaviček lysohlávky se projevuje euforií, smíchem, pohodou a hovorností. Vyšší dávky vedou ke zrakovým halucinacím, deformacím předmětů a zvuků. Někdy může u některých jedinců dojít k úzkosti, depresím, vztahovačnosti, zmatenosti. Celková délka intoxikace je 4 – 6 hodin (16, 24).

1.3.7.3 Bufetenin

Bufetenin je látka, která je součástí ropušního jedu, ale vyskytuje se i v semenech rostliny Cohoba na Haiti. Vyšší dávky způsobují halucinace, poruchy vnímání času a prostoru, depersonalizaci a neklid. Při velmi vysokých dávkách se objevují pocity rozechvění, přeludy purpurových a černých barev (16, 24).

1.3.7.4 LSD

Kyselina lysergová byla poprvé syntetizována v roce 1938. LSD patří mezi silné psychoaktivní preparáty. Velice malá dávka je schopna vyvolat halucinogenní efekt, který přetrvává až 8 hodin. Užívá se orálně ve formě tablet a tenkých čtverečků želatiny nebo je zředěno a absorbováno do absorpčních papírků. Tyto papírky jsou nejčastějším typem objevujícím se na diskotékách a v klubech mládeže.

- somatické projevy – závratě, nevolnost, bolest hlavy, únava, zčervenání, pocení, časté je slinění, slzení a rozšíření zornic, zvýšený krevní tlak, chvění, svalové napětí
- psychické projevy – euforie, nadnesenost, příjemná únava, zrakové přeludy, iluze, halucinace (barevné mozaiky, terče) (24).

1.3.8 Těkavé látky (inhalanty)

Inhalanty po vdechnutí pronikají do plic. Odtud se rychle dostávají do krevního oběhu a do různých tělesných orgánů, zvláště do centrální nervové soustavy. Dále bývají zasaženy játra, srdce, plíce a ledviny. Účinek po vdechnutí je okamžitý a může přetrvávat i několik hodin. Intenzita závisí na absorbovaném množství a typu látky. Význam mají i subjektivní předpoklady uživatele: věk, fyzická konstituce apod. Nejprve se objevuje vzrušení, obluzenost, nekontrolované chování, objevují se i závratě, poruchy vidění a rovnováhy, poruchy motorické koordinace. Rozjařenost a poruchy vnímání přechází postupně ve spánek. Inhalanty vyvolávají psychickou závislost, snadno se vyvíjí u dětí od 9 do 13 let. Většina těchto dětí pochází z tíživého rodinného prostředí a rozdělených manželství. Čichání těkavých látek je rizikové z hlediska předávkování, které způsobí reflexní zástavu dechu a krevního oběhu. V ČR dochází k velkému počtu úmrtí zvláště po užívání toluenu (24).

Toluen patří mezi teratogeny a způsobuje toluenovou embryopatii. Vyskytuje se mikrocefalie, krátké oční štěrby, anomálie uší, neobvyklé vlasové víry na hlavě (3).

1.3.9 Systém péče o drogově závislé

V České republice existuje mnoho zařízení, která poskytují služby určené závislým osobám. Patří mezi ně nízkoprahová centra, komunity, léčebny nebo detoxifikační jednotky.

Nízkoprahová centra

Zajišťují služby, které mají zabránit následkům plynoucích z užívání drog. To je opatřeno nízkoprahovými kontaktními centry, která zajišťují poradenství, edukaci, základní zdravotnické ošetření a vitamínový, potravinový a hygienický servis.

Ambulantní léčba

Pro tuto léčbu jsou vhodní klienti s lehčím stupněm závislosti, s malými somatickými a psychickými komplikacemi. Využívá se hlavně individuální terapie společně s farmakoterapií nebo skupinová terapie. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Důležitá je i práce s rodinou klienta, která přináší velký přínos v léčbě.

Intenzivní ambulantní léčba

Pro tuto formu se využívají zvláště denní stacionáře. Využívají se skupinové terapie spolu s terapií individuální, které jsou v rovnováze s aktivitami rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Nezbytný je léčebný režim, monitorování abstinence, rodinná terapie a sociální práce. Tato denní léčba je vhodná pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti.

Ústavní detoxifikace

V České republice se pod touto formou léčby skrývá několikadenní pobyt na uzavřené detoxifikační jednotce v nemocnici nebo na psychiatrické léčebně. Základním principem je, aby byl klient absolutně izolován od drogového prostředí a překonal

odvykací syndrom v motivující psychoterapeutické atmosféře. Ke zmírnění obtíží odvykacího syndromu se využívá farmakoterapie.

Substituční léčba

V současné době je hlavním principem této léčby nahrazení drogy farmakologicky definovaným preparátem, který je aplikován pod lékařskou kontrolou (44).

1.4 Kouření u mladistvých

Kuřáctví v současné době patří mezi závažné celosvětové problémy a to jednak u dospělých, ale i u dětí, u kterých se věková hranice prvního experimentu stále snižuje. Není dnes již nezvyklé, že kouří děti v 10 letech, ba i často dříve. Třetina dětí odchází ze základní školy již s trvalým návykem kouření. Na vině mohou být nejen rodiče dětí, vrstevníci, ale i prodejci, kteří nekontrolují věk dětí a bez problémů jim cigarety prodají (4, 26, 42).

1.4.1 Cigaretový kouř

Tabákový kouř vytváří tisíce chemických látek, mezi než patří dehet, oxid uhelnatý, nikotin, kyanid, arzenid, formaldehyd a další. Pouze jediná z nich, nikotin, je návyková, ostatních 60 – 100 látek má karcinogenní účinky.

Nikotin:

Chemicky je nikotin alkaloid žluté barvy, rozpustný ve vodě a lihu. Je absorbován sliznicemi a odbourává se po 3 až 4 dnech v játrech. Po vdechnutí trvá pouhých sedm vteřin než se dostane do mozku. To je důvod, proč má většina lidí při první cigaretě závratě. Účinkuje silně a prudce na srdce a cévy. Zrychluje činnost srdce, zvyšuje se krevní tlak a pak dochází k poruchám srdeční činnosti.

Dehet:

Dehet je jedna z nejvíce rakovinotvorných přísad v tabáku. Hnědá lepivá látka se hromadí v plicích a průdušnici a často vede k jejich ucpávání. Kuřáci proto často trpí chronickým zánětem dýchacích cest projevující se ranními záchvaty kašle. Dráždění dýchacích cest může vyvolat nejen zánět, ale přispívá i k vysokému procentu rakoviny, ta se vyskytuje u kuřáků mnohem častěji než u nekuřáků. Mimoto barví zuby, prsty a jazyk do žluta.

Oxid uhelnatý:

Oxid uhelnatý je plyn vznikající při hoření tabáku. Při kouření se dostává do krve a brání jejímu správnému koloběhu (4, 26, 42).

1.4.2 Otravy nikotinem

Prudká otrava nikotinem se projevuje hlavně bledostí, pocením, nevolností, závratěmi, bolestí hlavy nebo průjmem. Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismus. K té dochází již u navyklých kuřáků. Na nikotin vzniká ve tkáních tolerance, což umožňuje zvyšovat množství vykouřených cigaret a dodává tak tělu větší dávku nikotinu. Projevuje se nespavostí, labilitou nálad, chronickým zánětem dýchacích cest, nechutenstvím, zvracením, poruchami tepové frekvence, zvýšenou produkcí moči, sníženou ostrotí čichu a chuti nebo vznikem zánětů až vředů v oblasti žaludku (26, 32).

1.4.3 Klasifikace kuřáků:

Kuřáci se stejně jako osoby závislé na alkoholu, mohou dělit do několika skupin:

- příležitostný kuřák – kouří občas, aniž by měl potřebu
- návykový kuřák – člověk kouří ze zvyku, není vyvinuta psychická závislost, mohou tento návyk ukončit bez větší námahy
- kuřák s psychickou závislostí – tento typ kuřáka je spojen s požitkem z vůně cigarety, chutě. Důležitý je i kuřácký ceremoniál. Patří sem i lidé, kteří jsou motivováni uvolněním, uklidněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.
- kuřák s psychickou a fyzickou závislostí – do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně-vegetativní prožitky. Tělesná závislost se projevuje bušením srdce, návaly pocení, třesem a neklidem po vysazení (11, 42).

1.4.4 Kouření dětí a mladistvých

S kouřením se začíná obvykle v mladém věku kolem deseti let. Ve školách se kouření stává závažným problémem věkových skupin hlavně kolem jmenovaného 10. roku. V době, kdy děti opouštějí základní školu, čtvrtina kouří nepravidelně a každé druhé dítě kouřit zkusilo. Právě kouření a požívání alkoholu bývají pro mládež symbolem dospělosti. Na vznik kouření má velký vliv rodina, kamarádi v partách, ale často i masová komunikační média. Podle studií má na kouření dětí větší vliv kuřačka matka než kuřák otec.

Časem se návyk na kouření upevňuje a to z různých důvodů. Kuřáci uvádějí pocit uvolnění, povzbuzení, zvýšení psychické energie, pocit uspokojení z celého rituálu kouření, odstranění nepříjemných pocitů jako je psychické napětí, podrážděnost, nesoustředěnost aj. (11, 42).

1.4.5 Faktory vedoucí k závislosti, návyku

Z hlediska vzniku závislosti na nikotinu se uvádějí čtyři determinující faktory, které jsou ve vzájemné interakci:

Faktory farmakologické - droga:

Nikotin se zdá jako ideální droga. Působí jako stimulus - povzbuzuje, uklidňuje, upraví i stolici. Vyplavuje noradrenalin, čímž zlepšuje náladu kuřáka, pouze ale krátkodobě. To ovšem způsobuje, že se cigareta stává pro kuřáka nezbytnou nutností.

Faktory somatické a psychické - osobnost:

V jistém věku se o kouření pokouší téměř každý. Z výzkumů, které se problémem vztahu osobnosti a kouření zabývaly, se nepodařilo zjistit nějaký jedinečný typ osobnosti kuřáka.

Bylo ovšem zjištěno, že mezi nimi bývá více neurotiků a sledováním faktoru extroverze - introverze se došlo k závěru, že těžší kuřáci jsou častěji extroverty než kuřáci střední.

Faktory environmentální - prostředí:

První vykouřená cigareta znamená cosi jako vstup do jiné etapy života. Velká většina kuřáků si jasně vzpomíná, za jakých podmínek vykouřili svoji první cigaretu. Mladý kuřák má před sebou vidinu svého idolu, autority, která třímá v ruce cigaretu. Tímto vzorem bývají nejčastěji rodiče či starší sourozenci. S blížící se dospělostí se pochopitelně vliv rodiny oslabuje, začínají dominovat jiné vlivy a přichází období protestu proti celé generaci otců. Hlavní důvěru, jistotu, pocit bezpečí nacházejí dospívající ve svých vrstevnících - v partě. Kouří-li v partě všichni, těžko mezi nimi

vydrží nekuřák. Potřeba sociální sounáležitosti a splynutí s určitou skupinou, to je velice silným motivem, proč začít s kouřením.

Podnět (motivace):

Každý člověk je hnán motorem řady potřeb, které se snaží vědomě či nevědomě naplnit. Ty základní - fyziologické potřeby, jakými je třeba hlad, žízeň, potřeba tepla apod. se uspokojují celkem snadno. Po jejich naplnění ovšem nastupují potřeby vyšší - psychologické. K těm patří takové jako: láska, bezpečí, nezávislost, sounáležitost, seberealizace, svoboda, uznání, ale i poznávání či experimentování. Podíváme-li se na motivaci kouření u mládeže, najdeme často v pozadí potlačení některé z vyšších potřeb. Mladý člověk má touhu být dospělý a samostatný. Velice lehce se proto ztotožňuje s chováním nějaké autority, kterou imituje. Takovým vzorem bývá nejčastěji některý z rodičů, ale i učitel, herec či zpěvák. Cigareta se stává prostředkem dosažení jistoty. Je lékem na pocity nedostatečnosti, méněcennosti, tvoří důležitý komunikační kanál. Stejně silným podnětem je i kladné ohodnocení ze strany spoluvrstevníků, party, kolegů - většinou kuřáků. V podnětech kouření není ani zanedbatelná přirozená touha po poznávání, experimentování. Mnohé děti uvádějí, že začaly kouřit ze zvědavosti, pro uvolnění stresu nebo kvůli kamarádům (4).

1.4.6 Následky kouření

Rakovina plic

Jemná plicní tkáň je vlivem dehtu z cigaretového kouře a dráždivého horkého vzduchu poškozována a může způsobit rakovinu plic. Kouř z cigaret poškozují řasinky dýchacích cest, které čistí a chrání dýchací cesty. Statistiky uvádějí, že hlavní příčinou rakoviny plic u nás je kouření (4, 32).

Kardiovaskulární nemoci

Kouření je jednou z hlavních příčin onemocnění srdce. Cigaretový kouř poškozují věnčité tepny, krevní cesty, stěny tepen a vytváří tukový nános, jež ucpává cévy a

nepřivádí srdci dostatek krve. Srdce tím pádem nemůže dostatečně pracovat a člověk dostane infarkt myokardu, aniž by věděl jak (4).

Jsou-li postiženy periferní cévy např. na dolních končetinách, může docházet k poruchám vedoucí až k invaliditě nebo k amputaci dolních končetin (32).

Nemoci, které se dávají do příčinné souvislosti s rizikovým faktorem kouření, je ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, angína pectoris a jiné (4).

Pasivní kouření

Je dokázáno, že pasivní kouření u nekuřáků hraje významnou roli ve vzniku rakoviny. Kuřáci během svého rituálu neohrožují nejen své zdraví, ale i zdraví svého okolí. Vdechování kouře cizích osob může způsobovat i jiné problémy jako alergii, astma, bolesti hlavy nebo slzení očí (4).

Odvykací příznaky

Pokud se člověk rozhodne přestat kouřit, může cítit neustálý hlad, špatně spí, má podivné sny, stěží se soustředí, pociťuje závratě, trpí depresemi. Tyto příznaky mizí během několika týdnů (4).

1.4.7 Léčba kuřáctví

Na dlouhodobé užívání tabáku se vytváří psychická i somatická závislost. Psychická závislost nutí kuřáka dále kouřit, jinak se dostavuje nervozita a neklid. Somatická závislost se projevuje abstinencií příznaky jako bolesti hlavy, nespavost, nechutenství, snížená aktivita (11).

1.4.7.1 Náhradní léčba nikotinem

Jednou z metod odvykání pro kuřáky je užívání samotného nikotinu jako náhražky za tabák. Příkladem může být nikotinová žvýkačka. Ústa mají lehce zásadité prostředí a vstřebávání nikotinu napomáhá. Dalším způsobem jsou náplasti přilepené na pokožce. Obě tyto pomůcky dopraví do krevního oběhu podobné množství nikotinu, jakého by kuřák dosáhl po vykouření několika cigaret. Ze statistik vyplývá, že tyto formy

odvykání kouření z hlediska úspěšnosti, nejsou zas tak vynikající. Při nulové léčbě se po dvanácti měsících ke kouření vrátí zhruba 90 % kuřáků, v případě nikotinové léčby dojde k recidivě u 75 – 80 % kuřáků (11, 20).

1.4.7.2 Ostatní způsoby léčby závislosti na cigaretách

Akupunktura je jednou z dalších metod pomáhající přestat kouřit. Na ušním boltci je drobná jehla i několik dní. Akupunktura nezabrání kouřit, ale snižuje touhu po cigaretách (20).

Výchovné programy mají za cíl informovat a šířit znalosti kuřáků o kouření a jeho následcích. Snaží se v kuřákovi vytvořit motivaci pro zanechání kouření (11).

Existují specializovaná Centra léčby závislosti na tabáku, která působí ve fakultních nemocnicích Praha, Brno, Olomouc a Plzeň.

Dále se také často využívají poradny pro odvykání kouření nebo kuřáci mohou požádat o pomoc svého praktického lékaře.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl výzkumu

V diplomové práci jsem si stanovila tento cíl:

Zhodnotit současnou situaci konzumace drog u žáků na vybraných středních školách.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Konzumace drog je vyšší na SOU a OU než na gymnáziích.

Hypotéza č. 2: Špatné rodinné zázemí hraje významnou roli v častém užívání drog.

Hypotéza č. 3: Věková hranice 1. experimentu s drogou stále klesá.

3. Metodika

3.1 Charakteristika souboru

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na žáky 2. ročníku středních škol – konkrétně v rozmezí 16 – 17 let. Celkový počet respondentů je 325, počet dívek – 195, počet chlapců – 130.

3.2 Způsob řešení problému

K provedení výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkum formou dotazníků. Tato metoda je určena pro hromadné získávání dat, což je pro můj záměr rozhodující. Pro konstrukci dotazníku jsem použila otevřené i uzavřené otázky. Před začátkem dotazníkového šetření jsem provedla předvýzkum u několika žáků, pro zjištění, zda jsou všechny otázky srozumitelné.

3.3 Realizace výzkumu

Výzkum jsem realizovala v měsíci únoru na třech středních školách v Rokycanech a třech středních školách v Táboře. V každém městě jsem navštívila 1 gymnázium, 1 střední školu s maturitou, 1 střední odborné učiliště. Odborná učiliště již téměř neexistují, proto jsem je do výzkumu nezahrnovala. Ředitelé jednotlivých škol mi bez problémů vyhověli, za což jsem velice vděčná. Dotazníky jsem měla možnost rozdat ve třídách sama, což bylo prospěšné. Pokud se potřebovali zeptat na něco, co jim nebylo jasné, mohla jsem okamžitě odpovědět.

4. Výsledky

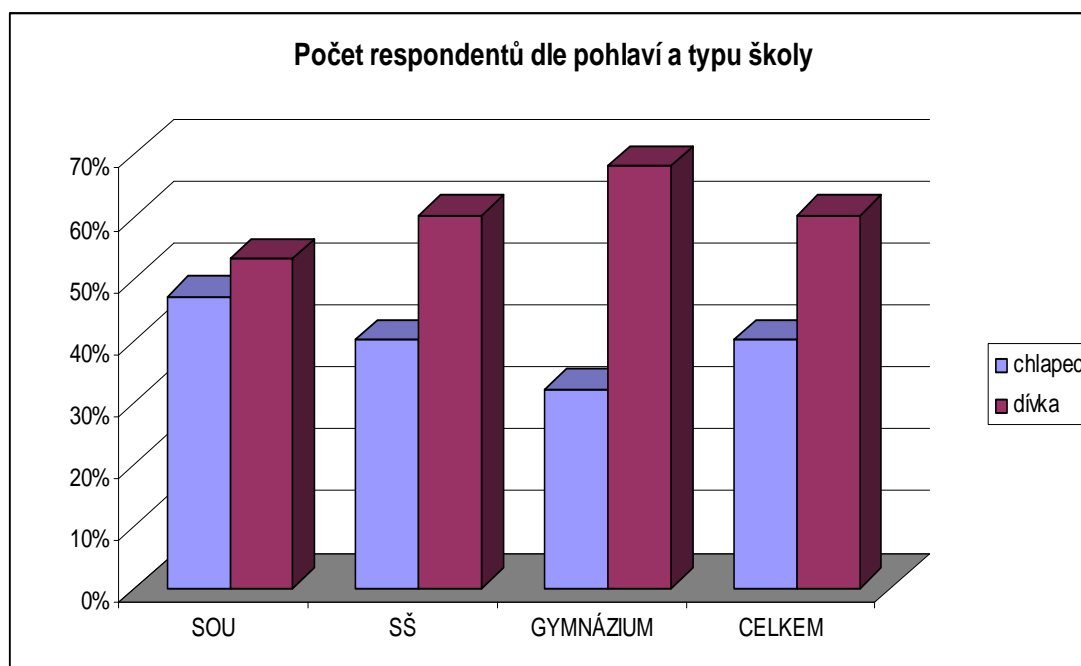
1. Počet respondentů podle pohlaví a typu školy

Tabulka č. 1:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>chlapec</i>	47% (57)	40% (38)	32% (35)	40% (130)
<i>dívka</i>	53% (65)	60% (56)	68% (74)	60% (195)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Celkový soubor tvořilo 325 respondentů, z toho 122 studujících na SOU, 94 dospívajících ze středních škol s maturitou a 109 gymnazistů. Dle pohlaví, více respondentů bylo z řad dívek a to 195, zatímco chlapců bylo 130.

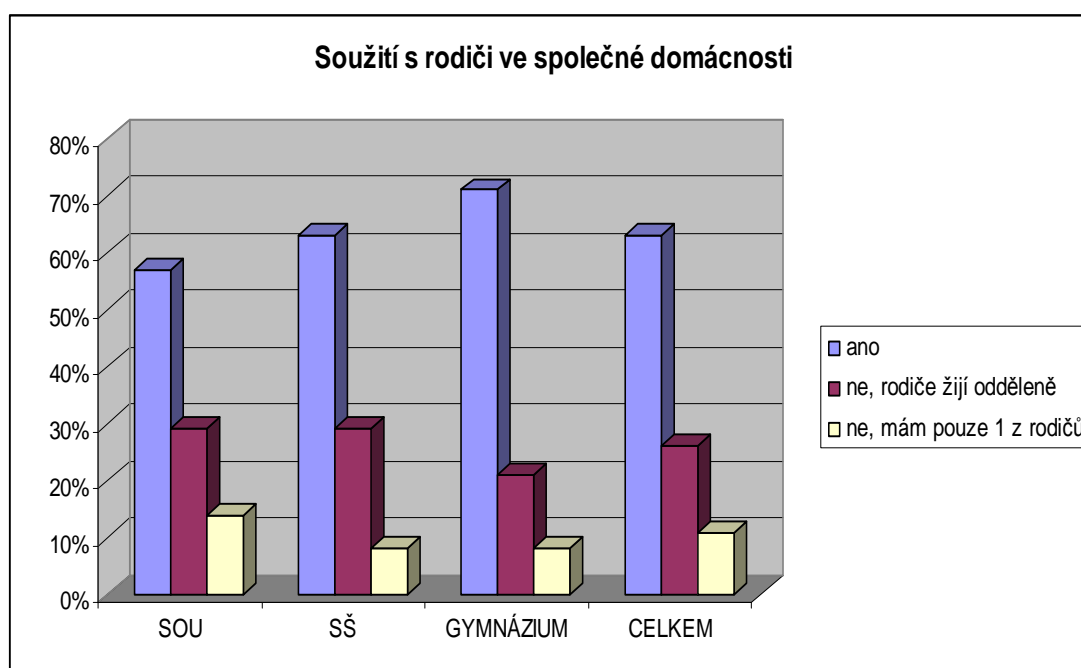
Otázka č.1: Bydlíš s oběma rodiči ve společné domácnosti?

Tabulka č. 2:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	57% (70)	63% (59)	71%(77)	63% (206)
<i>ne, rodiče žijí odděleně</i>	29% (35)	29% (27)	21% (23)	26% (85)
<i>ne, mám pouze 1 z rodičů</i>	14% (17)	8% (8)	8% (9)	11% (34)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Většina dospívajících žije s rodiči, celkem 63 % adolescentů. 26 % dětí má rodiče rozvedené a 11 % respondentů nemá jednoho z rodičů.

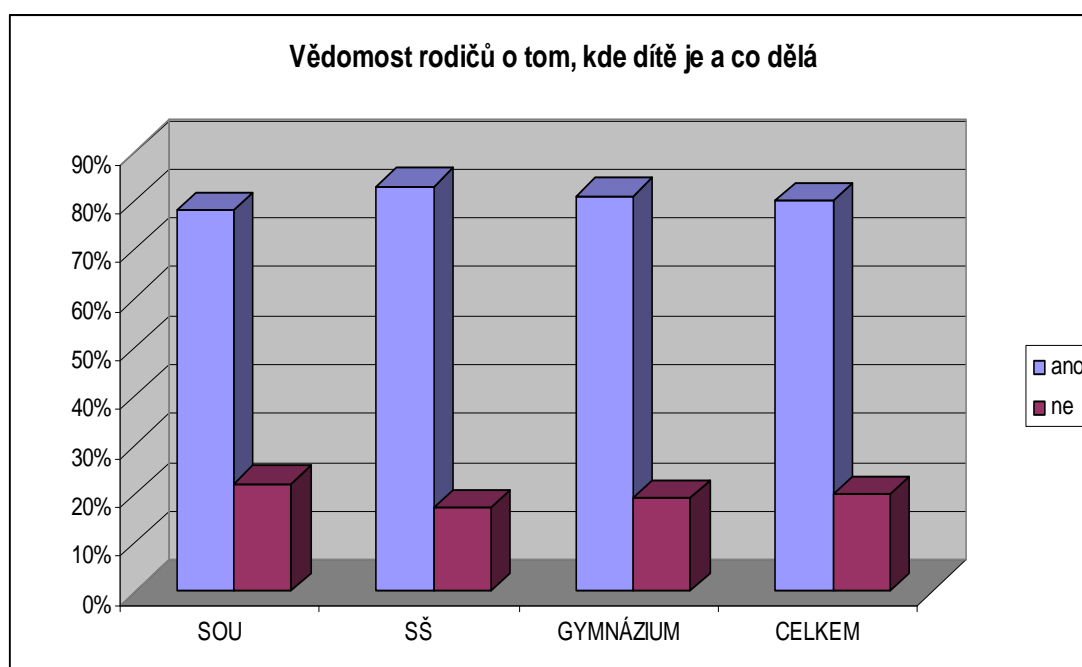
Otázka č. 2: Vědí rodiče, kde jsi a co děláš?

Tabulka č. 3:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	78% (95)	83% (78)	81% (88)	80% (261)
<i>ne</i>	22% (27)	17% (16)	19% (21)	20% (64)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z celkového souboru 325 respondentů jich 80 % žije v rodině, kde se rodiče zajímají o to, kde jejich dítě je a co dělá. U zbylých 20 % jedinců se rodiče nezajímají, kde dítě je.

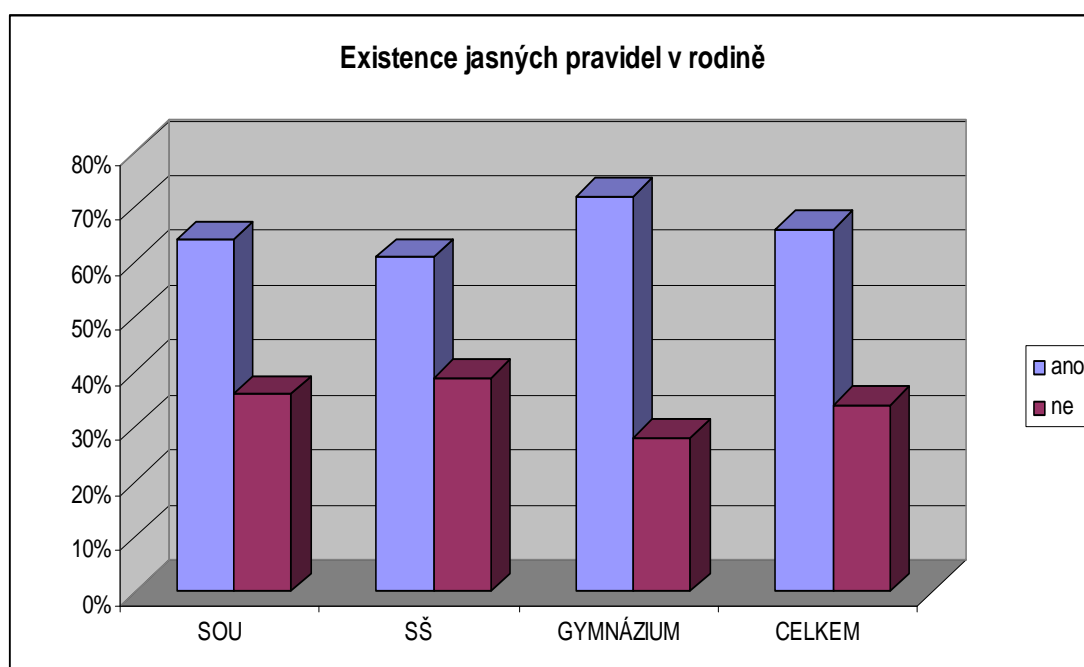
Otázka č. 3: Existují ve vaší rodině jasná pravidla, co smíš a nesmíš?

Tabulka č. 4:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	64% (78)	61% (57)	72% (79)	66% (214)
<i>ne</i>	36% (44)	39% (37)	28% (30)	34% (111)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Jasná pravidla v rodině má stanoveno celkem 66 % jedinců, ostatních 34 % jedinců žádná pravidla v rodině nemají.

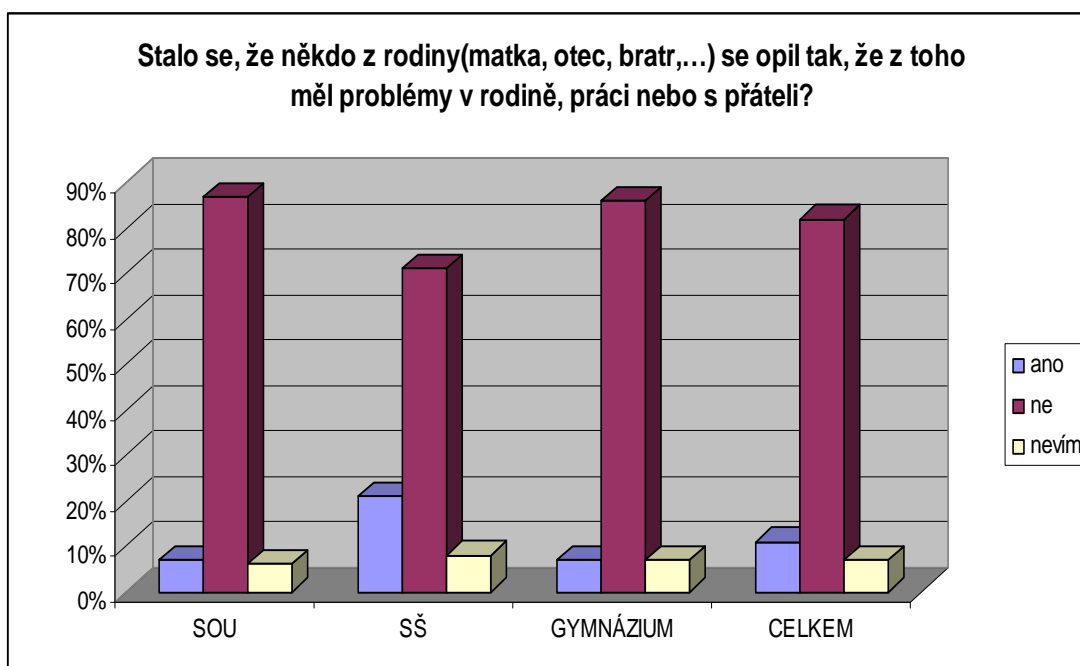
Otázka č. 4: Stalo se, že někdo z rodiny(matka, otec, bratr,...) se opil tak, že z toho měl problémy v rodině, práci nebo s přáteli?

Tabulka č. 5:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>ano</i>	7% (9)	21% (20)	7%(8)	11% (37)
<i>ne</i>	87% (106)	71% (67)	86% (94)	82% (267)
<i>nevím</i>	6% (7)	8% (8)	7% (7)	7% (22)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: *Většina dospívajících, celkem 82 % pochází z rodiny, kde nemají její členové problémy s alkoholem. 7 % jedinců neví, zda se někdy stalo, že by se člen rodiny opil a měl problémy v práci nebo s přáteli a 11 % dospívajících má ve své rodině člena, který problémy s alkoholem má.*

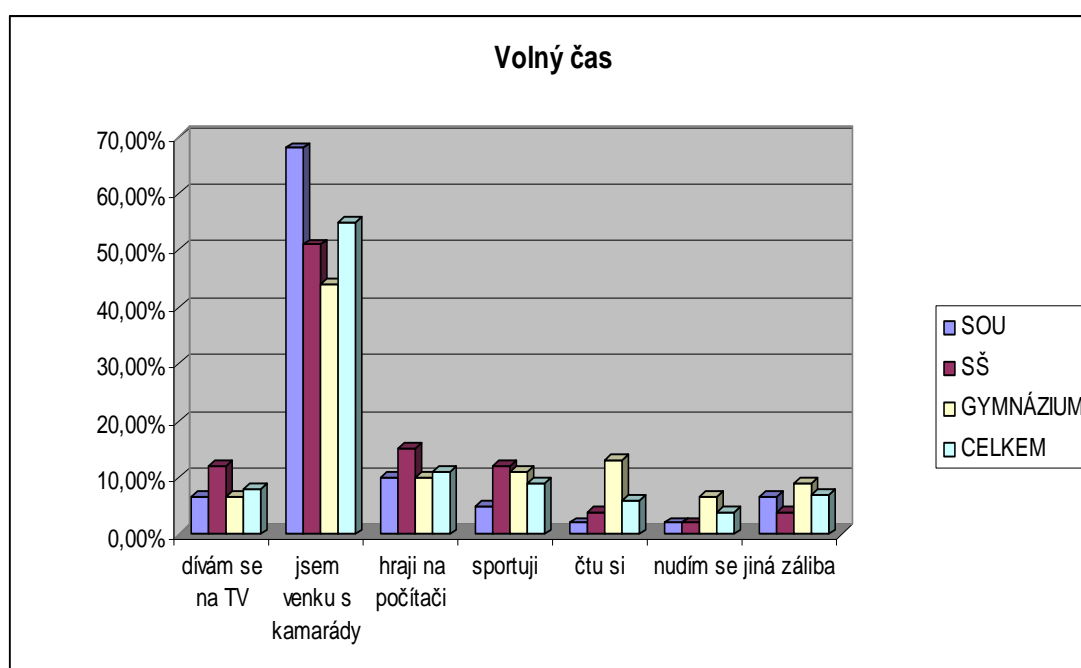
Otázka č. 5: Co děláš ve volném čase?

Tabulka č. 6:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>dívám se na TV</i>	6,5% (8)	12% (11)	6,5% (7)	8% (26)
<i>jsem venku s kamarády</i>	68% (83)	51% (48)	44% (48)	55% (179)
<i>hrají na počítači</i>	10% (12)	15% (14)	10% (11)	11% (37)
<i>sportuji</i>	5% (6)	12% (11)	11% (12)	9% (29)
<i>čtu si</i>	2% (2)	4% (4)	13% (14)	6% (20)
<i>nudím se</i>	2% (3)	2% (2)	6,5% (7)	4% (12)
<i>jiná záliba</i>	6,5% (8)	4% (4)	9% (10)	7% (22)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Čas venku s kamarády tráví více než polovina respondentů. Ostatní odpovědi nemají významný podíl.

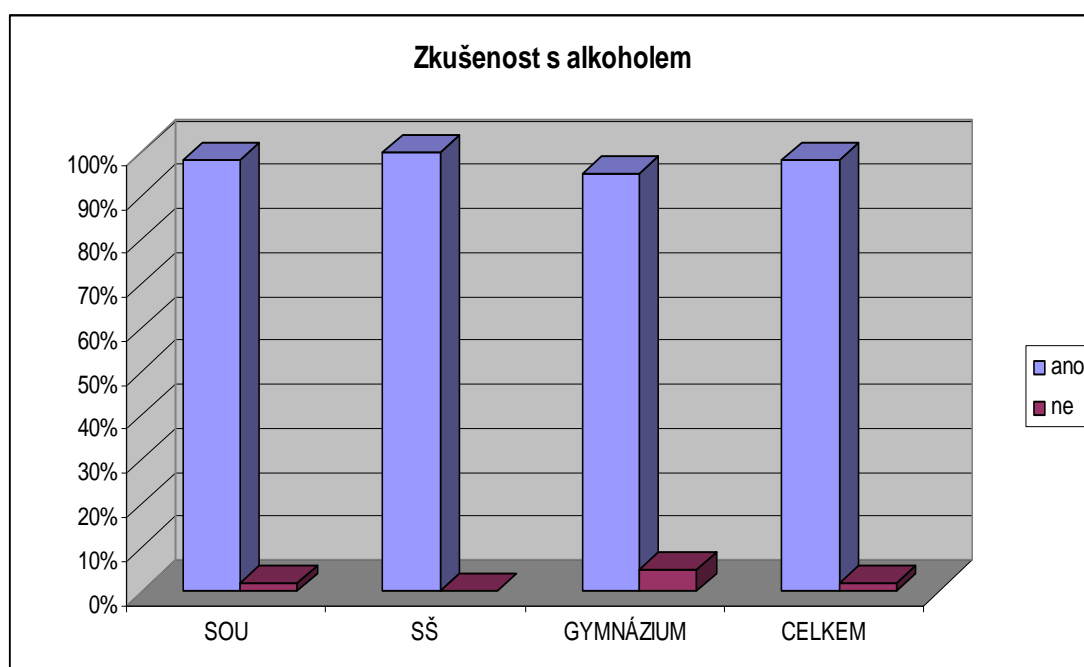
Otázka č. 6: Pil(a) jsi někdy alkohol?

Tabulka č. 7:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	98% (120)	100% (94)	96% (104)	98% (318)
<i>ne</i>	2% (2)	0%	4% (5)	2% (7)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Téměř celý soubor respondentů má nějakou zkušenost s alkoholem. Pouze 2 % adolescentů alkohol zatím nikdy nezkusilo.

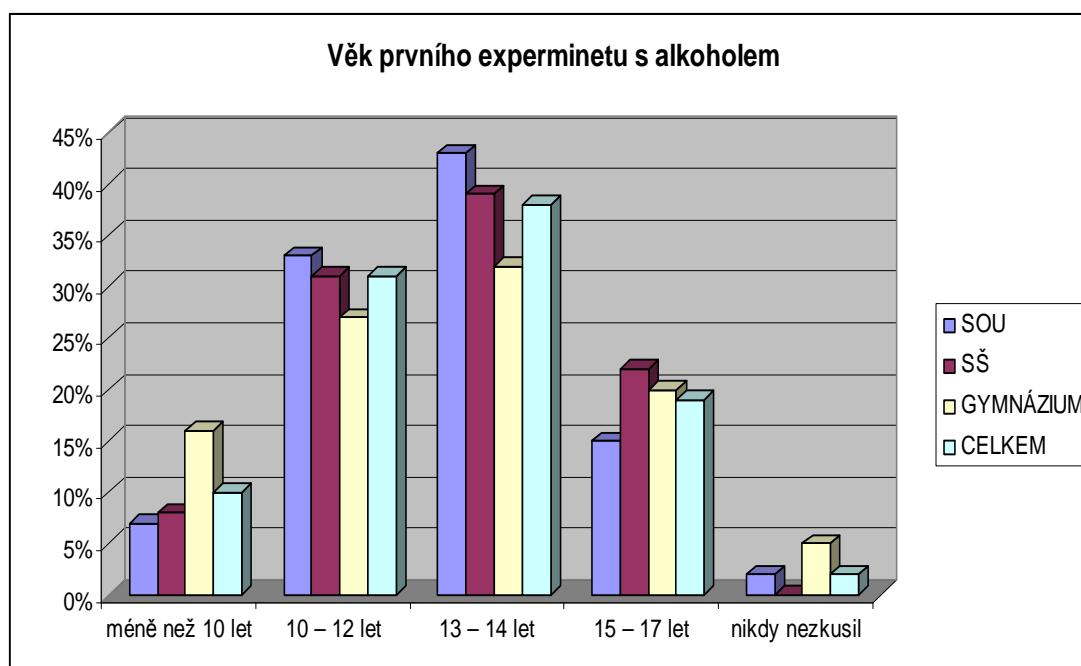
Otázka č. 7: Kdy jsi poprvé alkohol zkusil(a)?

Tabulka č. 8:

VĚK	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>méně než 10 let</i>	7% (8)	8% (7)	16% (17)	10% (32)
<i>10 – 12 let</i>	33% (41)	31% (29)	27% (30)	31% (100)
<i>13 – 14 let</i>	43% (53)	39% (37)	32% (35)	38% (125)
<i>15 – 17 let</i>	15% (18)	22% (21)	20% (22)	19% (61)
<i>nikdy nezkusil(a)</i>	2% (2)	0%	5% (5)	2% (7)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Věk prvního experimentu s alkoholem se nejvíce pohyboval mezi 13 – 14 lety. Další výraznou skupinou byl věk 10 – 12 let a poté 15 – 17 let. Ve věku 10 – 12 let poprvé zkusilo alkohol 10 % dětí.

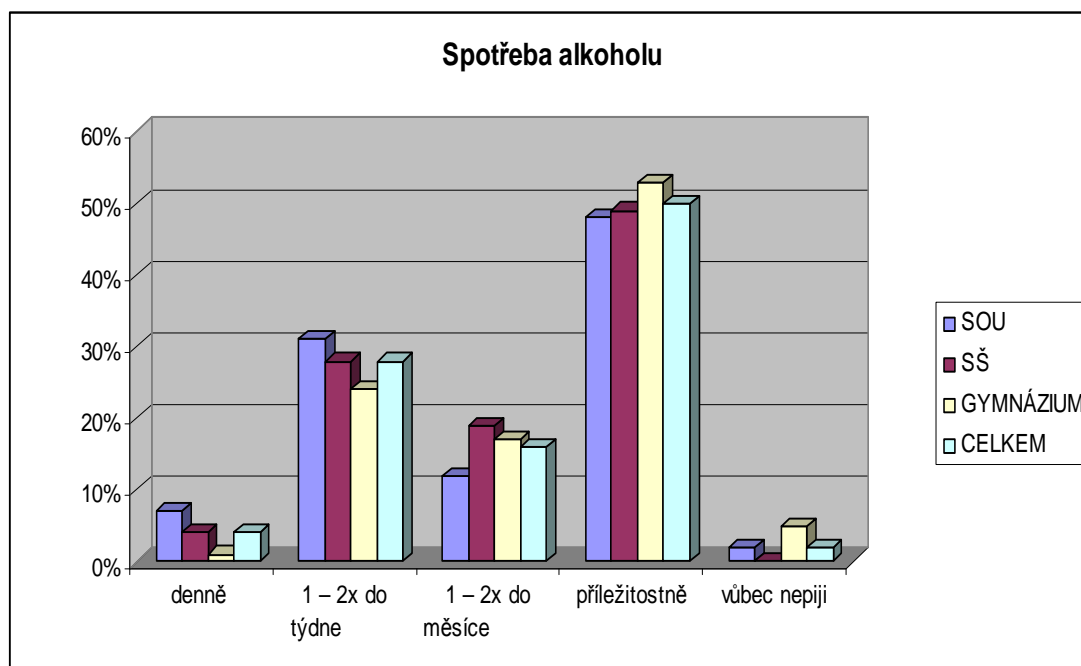
Otázka č. 8: Jak často alkohol konzumuješ?

Tabulka č. 9:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>denně</i>	7% (9)	4% (4)	1% (1)	4% (14)
<i>1 – 2x do týdne</i>	31% (38)	28% (26)	24% (26)	28% (90)
<i>1 – 2x do měsíce</i>	12% (15)	19% (18)	17% (19)	16% (52)
<i>příležitostně</i>	48% (58)	49% (46)	53% (58)	50% (162)
<i>vůbec nepiji</i>	2% (2)	0%	5% (5)	2% (7)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Konzumace alkoholu u mládeže převládá příležitostně, další poměrně velkou skupinu tvoří dospívající, kteří konzumují alkohol 1 – 2x týdně, což je varující. Třetí největší skupinu tvoří jedinci pijící alkohol 1 – 2x měsíčně.

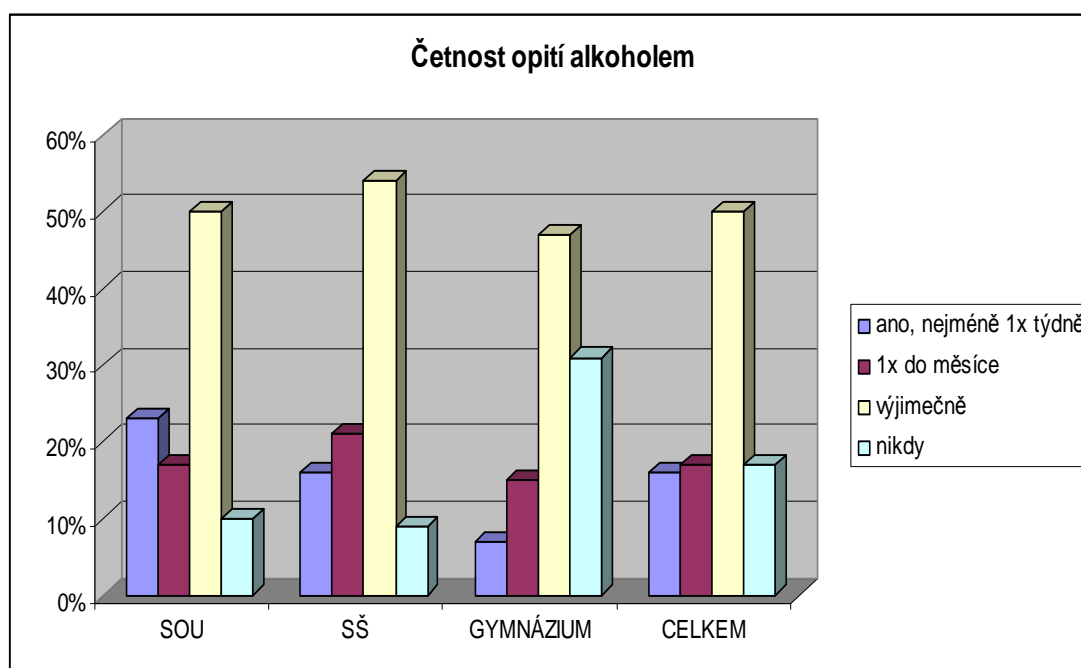
Otázka č. 9: Opijíš se často?

Tabulka č. 10:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano, nejméně 1x týdně</i>	23% (28)	16% (15)	7% (8)	16% (51)
<i>1x do měsíce</i>	17% (21)	21% (20)	15% (16)	17% (57)
<i>výjimečně</i>	50% (61)	54% (51)	47% (51)	50% (163)
<i>nikdy</i>	10% (12)	9% (8)	31% (34)	17% (54)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Co se týče opíjení alkoholem, většina adolescentů se opijí výjimečně nebo nikdy. 16 % jedinců se opijí nejméně 1x týdně, 17 % jedinců 1x do měsíce.

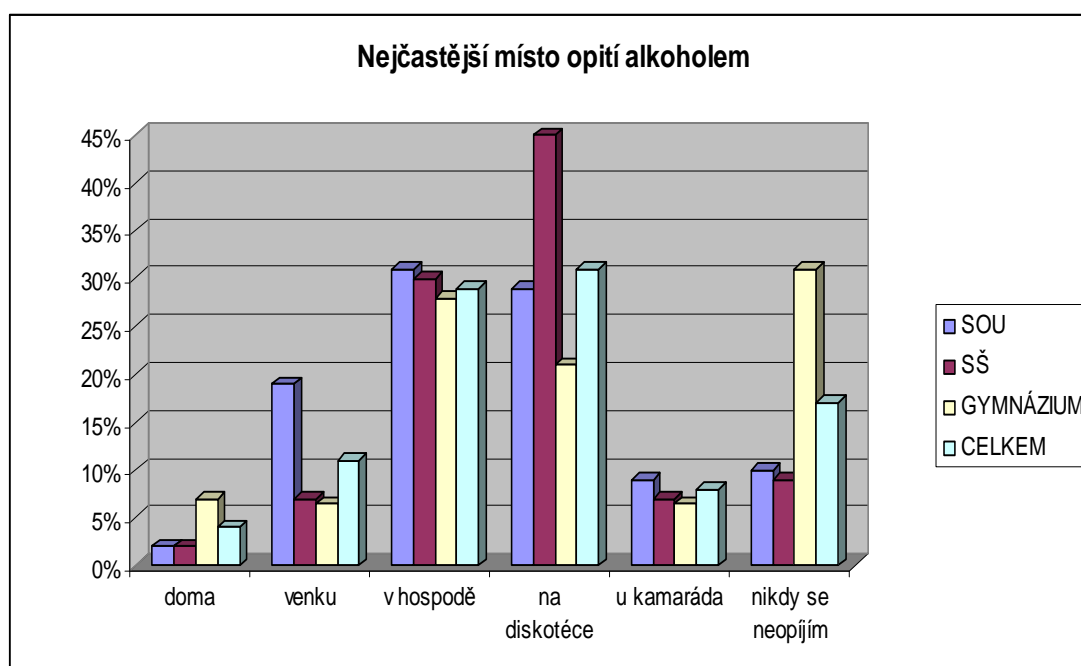
Otázka č. 10: Pokud ano, kde se nejčastěji opijíš?

Tabulka č. 11:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>doma</i>	2% (2)	2% (2)	7% (8)	4% (12)
<i>venku</i>	19% (23)	7% (7)	6,5% (7)	11% (37)
<i>v hospodě</i>	31% (38)	30% (28)	28% (30)	29% (96)
<i>na diskotéce</i>	29% (36)	45% (42)	21% (23)	31% (101)
<i>u kamaráda</i>	9% (11)	7% (7)	6,5% (7)	8% (25)
<i>nikdy se neopijím</i>	10% (12)	9% (8)	31% (34)	17% (54)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Nejčastěji pijí alkohol respondenti ve společenských zařízeních, jako je diskotéka nebo hospoda. 11 % jedinců pije alkohol venku, 8 % jedinců u kamarádů. Doma pije alkohol 4 % jedinců.

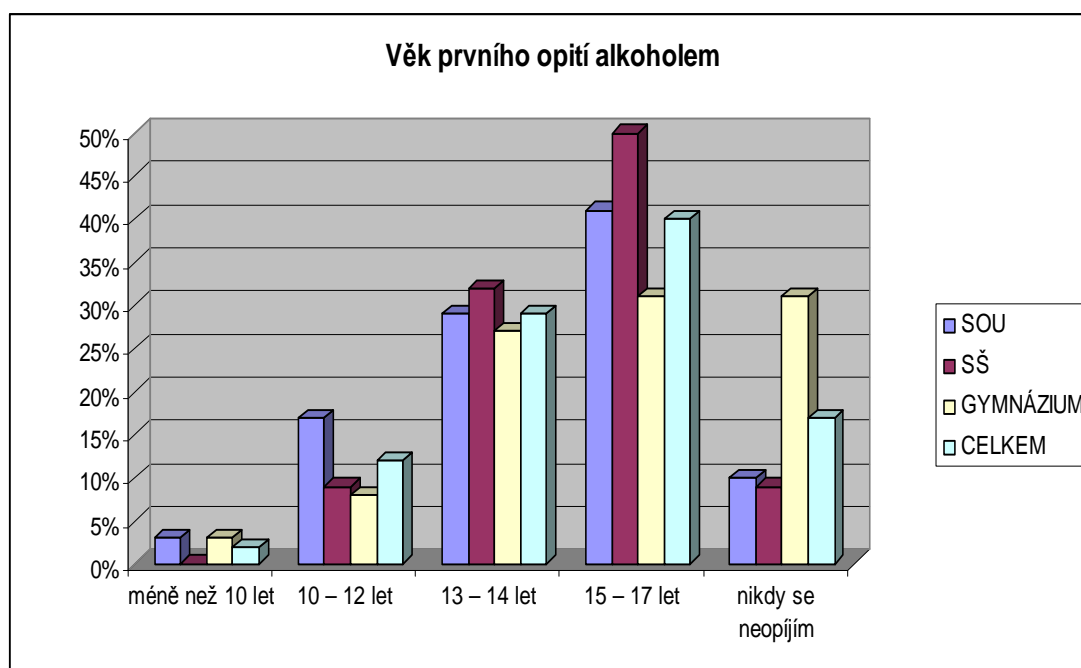
Otázka č. 11: V kolika letech ses poprvé opil(a)?

Tabulka č. 12:

VĚK	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
méně než 10 let	3% (4)	0%	3% (3)	2% (7)
10 – 12 let	17% (21)	9% (9)	8% (9)	12% (39)
13 – 14 let	29% (35)	32% (30)	27% (29)	29% (94)
15 – 17 let	41% (50)	50% (47)	31% (34)	40% (131)
nikdy se neopíjím	10% (12)	9% (8)	31% (34)	17% (54)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Největší skupinu prvního opití alkoholem tvoří věk 15 – 17 let. Na druhé místo patří věk 13 – 14 let, poté 10 – 12 let. V 10 letech a méně se opila 2 % respondentů.

Otázka č. 12: Zažil(a) jsi někdy po vypití alkoholu některé z těchto situací?

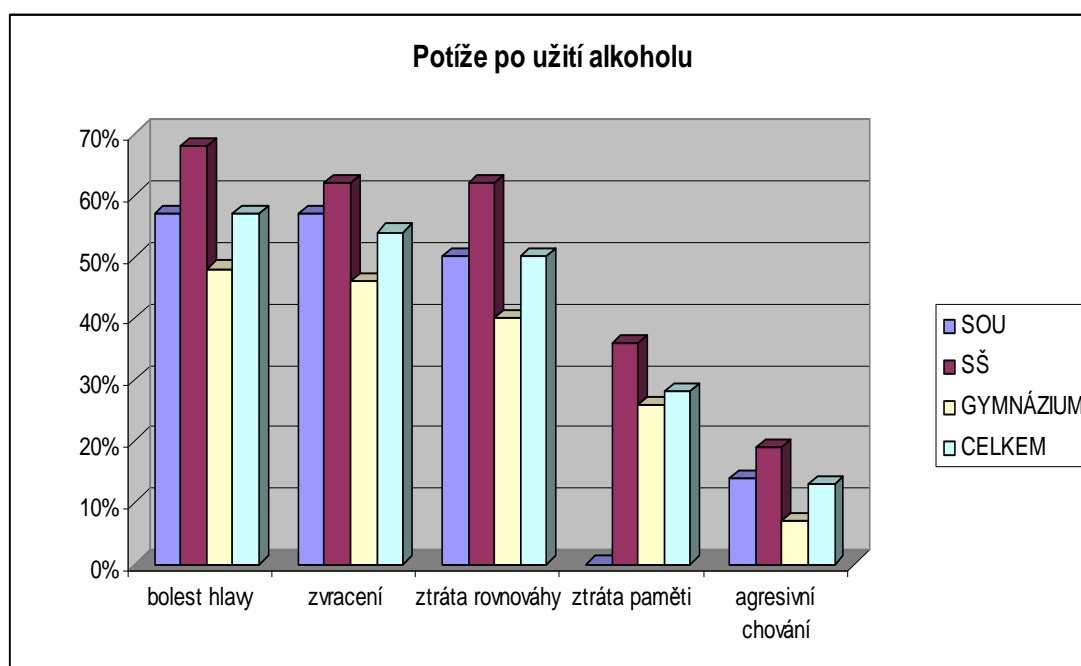
Tabulka č. 13:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>bolest hlavy</i>	57% (70)	68% (64)	48% (52)	57% (186)
<i>zvracení</i>	57% (69)	62% (58)	46% (50)	54% (177)
<i>ztráta rovnováhy</i>	50% (61)	62% (58)	40% (44)	50% (163)
<i>ztráta paměti</i>	23% (29)	36% (34)	26% (28)	28% (91)
<i>agresivní chování</i>	14% (17)	19% (18)	7% (8)	13% (43)

Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku mohli odpovídat respondenti libovolně, i několik odpovědí, proto jsem sečetla všechny odpovědi bez ohledu na počet respondentů.

Graf č. 13:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Po užití alkoholu mají dospívající problémy převážně s bolestí hlavy a zvracením, postupně se často objevuje i ztráta rovnováhy. Ztráta paměti se objevuje u 28 % jedinců, agresivní chování u 13 % jedinců.

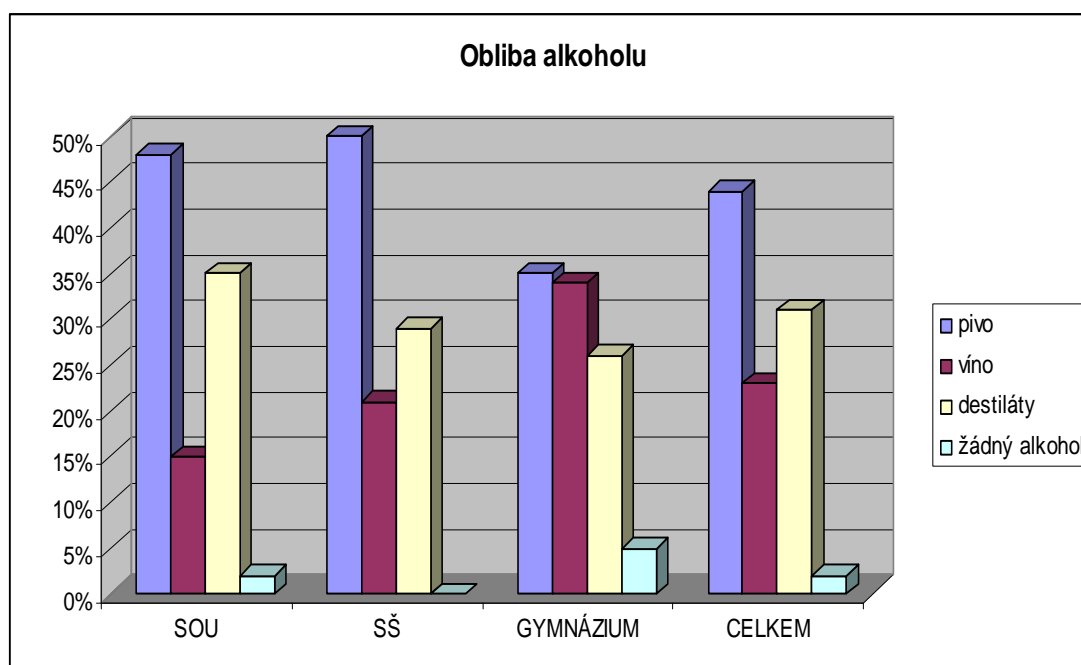
Otázka č. 13: Jaký alkohol nejčastěji piješ?

Tabulka č. 14:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>pivo</i>	48% (58)	50% (47)	35% (38)	44% (143)
<i>víno</i>	15% (19)	21% (20)	34% (37)	23% (76)
<i>destiláty</i>	35% (43)	29% (27)	26% (29)	31% (99)
<i>žádný alkohol</i>	2% (2)	0%	5% (5)	2% (7)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z grafu vyplývá, že nejvíce dospívajících konzumuje zejména pivo. Překvapující je, že druhou největší skupinu zaujmají destiláty, které pije 31 % jedinců, zatímco víno 23 % jedinců.

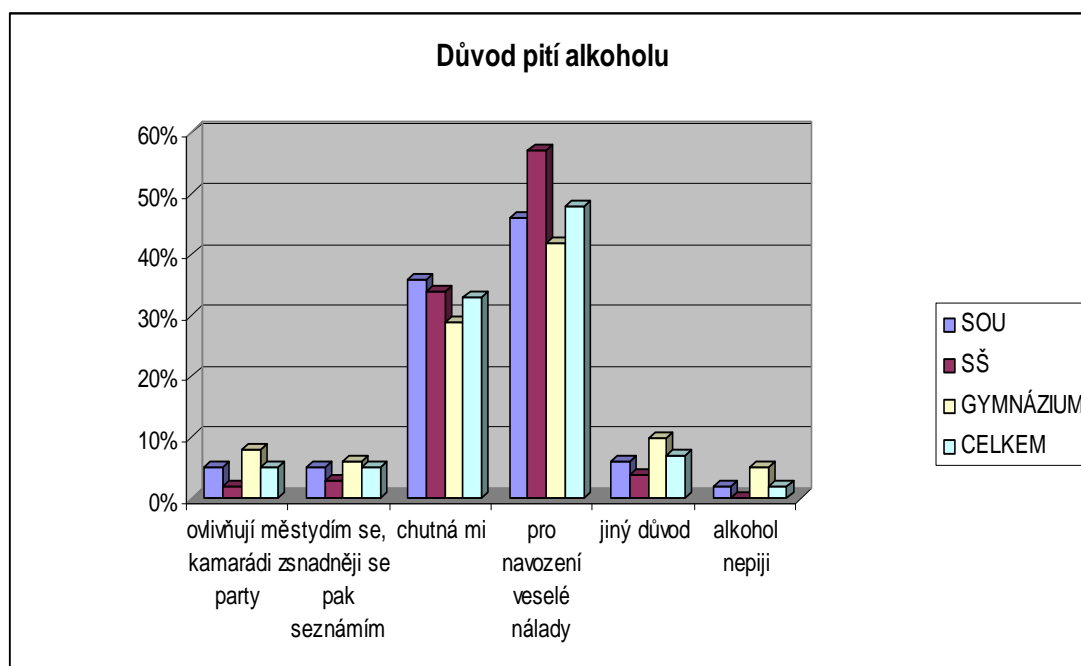
Otázka č. 14: Proč piješ alkohol?

Tabulka č. 15:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
ovlivňují mě kamarádi z party	5% (6)	2% (2)	8% (9)	5% (17)
stydím se, snadněji se pak seznámím	5% (6)	3% (3)	6% (6)	5% (15)
chutná mi	36% (44)	34% (32)	29% (32)	33% (108)
pro navození veselé nálady	46% (56)	57% (53)	42% (46)	48% (155)
jiný důvod	6% (8)	4% (4)	10% (11)	7% (23)
alkohol nepiji	2% (2)	0%	5% (5)	2% (7)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Nejvíce dospívajících pije alkohol, aby měli dobrou náladu nebo proto, že jim chutná. Ostatní odpovědi jsou zanedbatelné. Jako jiný důvod uváděli dospívající zvláště přípitek při oslavě nebo alkohol užívají pro uvolnění od stresu.

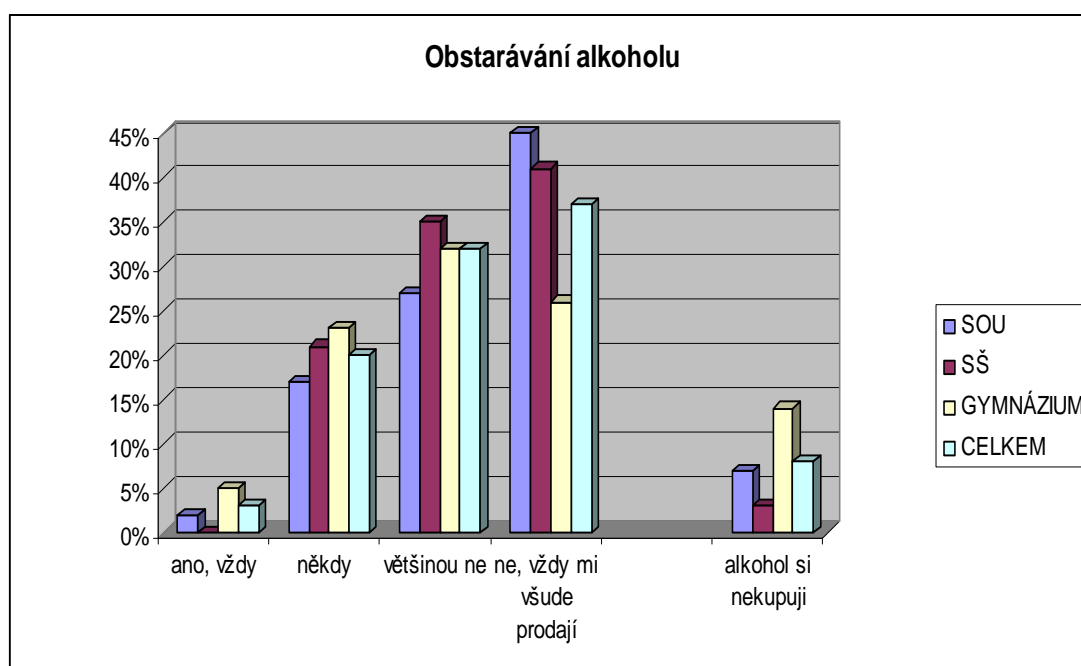
Otázka č. 15: Máš problémy s obstaráváním alkoholu?

Tabulka č. 16:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano, vždy</i>	2% (3)	0%	5% (6)	3% (9)
<i>někdy</i>	17% (21)	21% (20)	23% (25)	20% (66)
<i>většinou ne, pokud ano, koupí mi to starší kamarádi</i>	27% (34)	35% (33)	32% (35)	32% (102)
<i>ne, vždy mi všude prodají</i>	45% (55)	41% (38)	26% (28)	37% (121)
<i>alkohol si nekupuji</i>	7% (9)	3% (3)	14% (15)	8% (27)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: S obstaráváním alkoholu nemají jedinci většinou žádné problémy. 20 % jedinců někdy problémy s obstaráváním alkoholu mají, pouze u 3 % jedinců se stává, že jim alkohol nechtějí prodat.

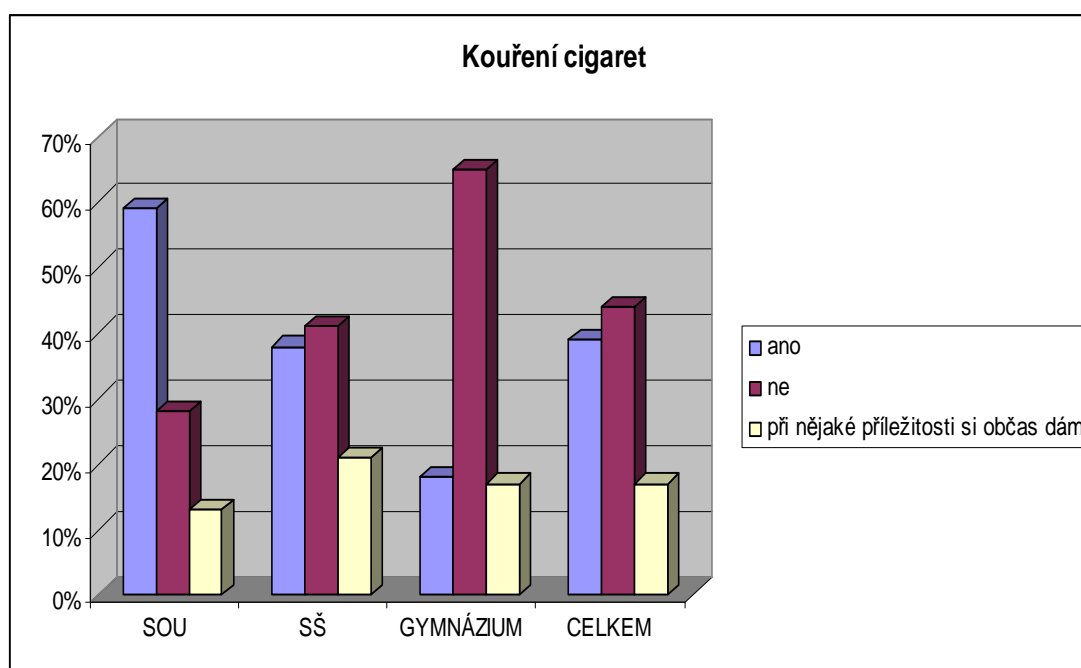
Otázka č. 16: Kouříš cigarety?

Tabulka č. 17:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	59% (72)	38% (36)	18% (20)	39% (128)
<i>ne</i>	28% (34)	41% (38)	65% (71)	44% (143)
<i>při nějaké příležitosti si občas dám</i>	13% (16)	21% (20)	17% (18)	17% (54)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: V grafu je značný rozdíl v kouření cigaret mezi SOU a gymnáziem. Na SOU převládá kouření, a to u 59 % jedinců, zatímco na gymnáziu kouří pouze 18 % jedinců. Z celkového souboru 44 % jedinců nekouří, 39 % kouří a 17 % jedinců kouří pouze občas.

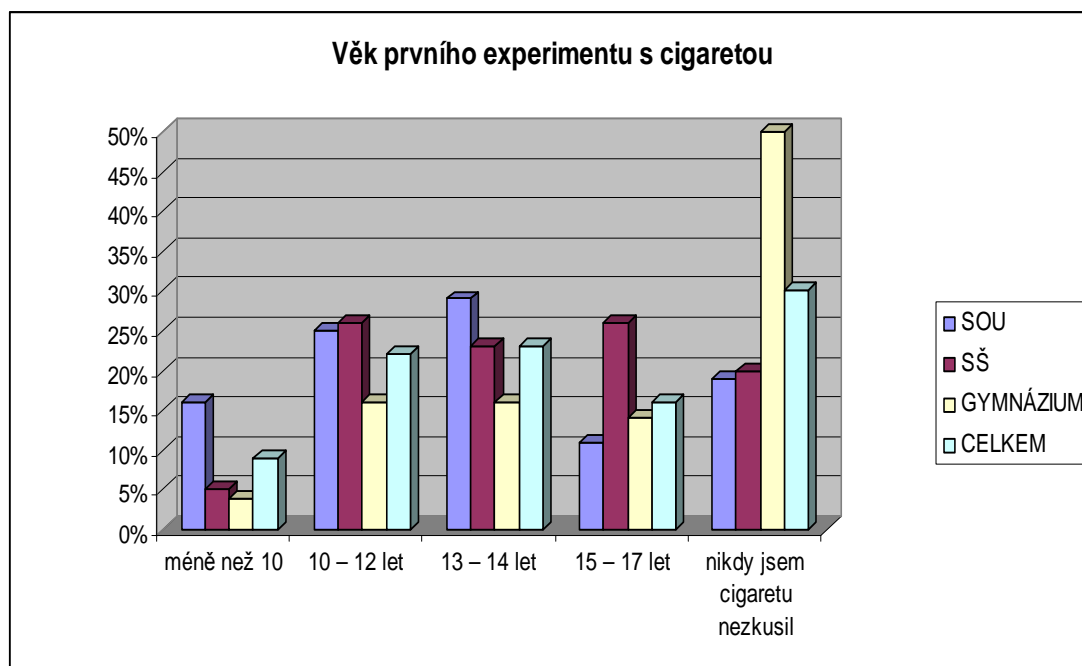
Otázka č. 17: Kdy sis zapálil(a) první cigaretu?

Tabulka č. 18:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>méně než 10</i>	16% (20)	5% (5)	4% (5)	9% (30)
<i>10 – 12 let</i>	25% (30)	26% (24)	16% (17)	22% (71)
<i>13 – 14 let</i>	29% (36)	23% (22)	16% (17)	23% (75)
<i>15 – 17 let</i>	11% (13)	26% (24)	14% (15)	16% (52)
<i>nikdy jsem cigaretu nezkusil</i>	19% (23)	20% (19)	50% (55)	30% (97)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: První cigaretu si ve věkových skupinách 10 – 12 let, 13 – 14 let a 15 – 17 let zapálilo téměř stejný počet respondentů. Znatelný je vysoký počet nekuřáků na gymnáziích, z celkového počtu 109 gymnazistů jich 55 cigaretu nezkusilo.

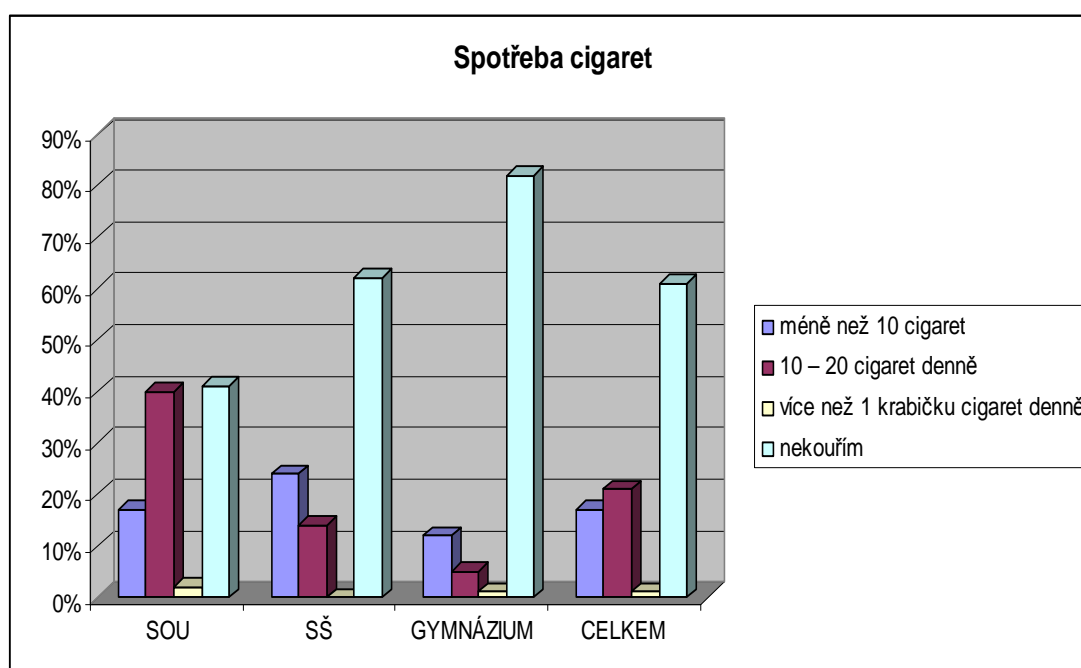
Otázka č. 18: Pokud kouříš pravidelně, kolik cigaret denně vykouříš?

Tabulka č. 19:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>méně než 10 cigaret</i>	17% (21)	24% (23)	12% (13)	17% (57)
<i>10 – 20 cigaret denně</i>	40% (48)	14% (13)	5% (6)	21% (67)
<i>více než 1 krabičku cigaret denně</i>	2% (3)	0%	1% (1)	1% (4)
<i>nekouřím</i>	41% (50)	62% (58)	82% (89)	61% (197)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z grafu je patrné, že nejvíce pravidelných kuřáků najdeme na SOU, a to zejména silných kuřáků, kterých je 42 %. Z celkového souboru 61 % jedinců nekouří vůbec, 17 % považujeme za slabé kuřáky, ostatních 22 % jsou silní kuřáci.

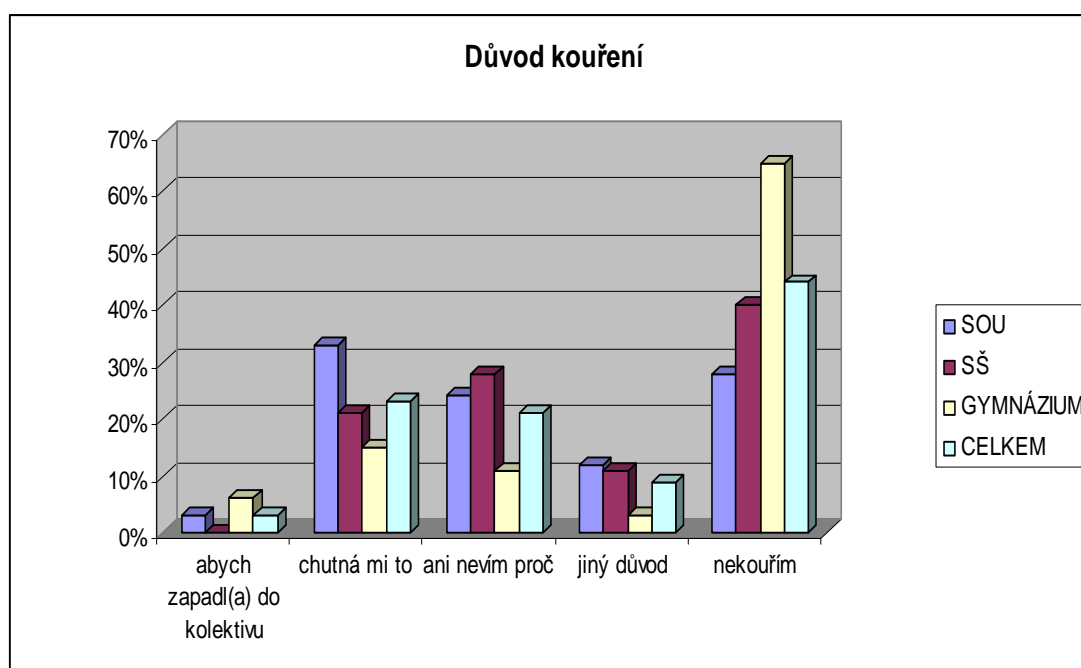
Otázka č. 19: Proč kouříš?

Tabulka č. 20:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>abych zapadl(a) do kolektivu</i>	3% (4)	0%	6% (6)	3% (10)
<i>chutná mi to</i>	33% (40)	21% (20)	15% (16)	23% (76)
<i>ani nevím proč</i>	24% (29)	28% (26)	11% (12)	21% (67)
<i>jiný důvod</i>	12% (15)	11% (10)	3% (4)	9% (29)
<i>nekouřím</i>	28% (34)	40% (38)	65% (71)	44% (143)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Celkem 23 % jedinců kouří, protože jim to chutná, dalších 21 % kouří jen tak, 3 % kouří, aby zapadli do kolektivu. Celkem 44 % nekouří vůbec. Jako jiný důvod respondenti uvedli, že kouří také pro uvolnění, odstranění stresu.

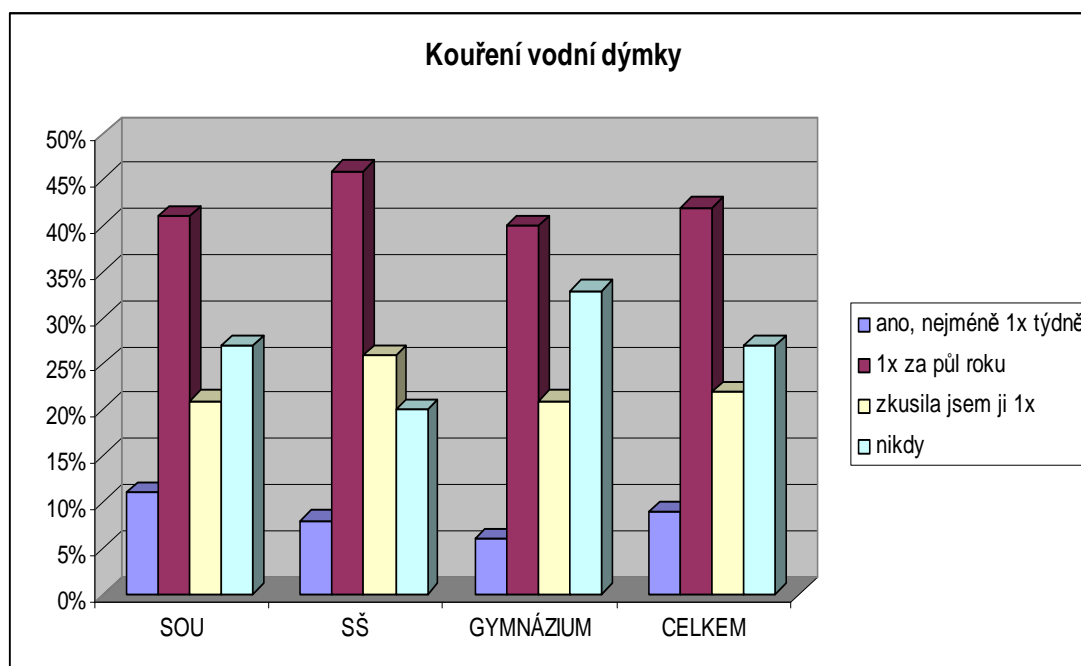
Otázka č. 20: Kouříš vodní dýmku?

Tabulka č. 21:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano, nejméně 1x týdně</i>	11% (14)	8% (8)	6% (6)	9% (28)
<i>1x za půl roku</i>	41% (50)	46% (43)	40% (44)	42% (137)
<i>zkusila jsem ji 1x</i>	21% (25)	26% (24)	21% (23)	22% (72)
<i>nikdy</i>	27% (33)	20% (19)	33% (36)	27% (88)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Největší skupinu a to 42 % tvoří jedinci kouřící vodní dýmku 1x za půl roku. Další největší skupinou jsou adolescenti, kteří vodní dýmku nekouří vůbec, a to 27 %, 22 % ji 1x zkusila a 9 % jedinců ji kouří nejméně 1x týdně.

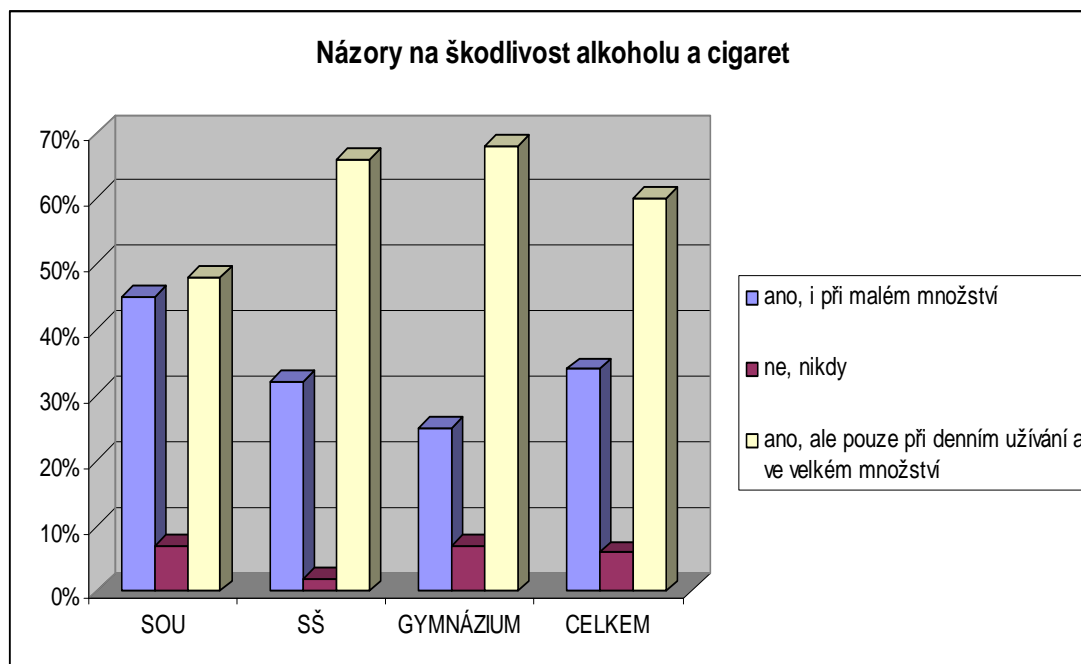
Otázka č. 21: Myslíš, že kouření a alkohol škodí našemu zdraví?

Tabulka č. 22:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>ano, i při malém množství</i>	45% (55)	32% (30)	25% (27)	34% (112)
<i>ne, nikdy</i>	7% (8)	2% (2)	7% (8)	6% (18)
<i>ano, ale pouze při denním užívání a ve velkém množství</i>	48% (59)	66% (62)	68% (74)	60% (195)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: *Většina studentů si myslí, že alkohol a kouření škodí pouze při denním užívání a ve velkém množství. Pouze 34 % odpovědělo, že alkohol a cigarety škodí i při malém množství a 6 % jedinců si myslí, že neškodí vůbec.*

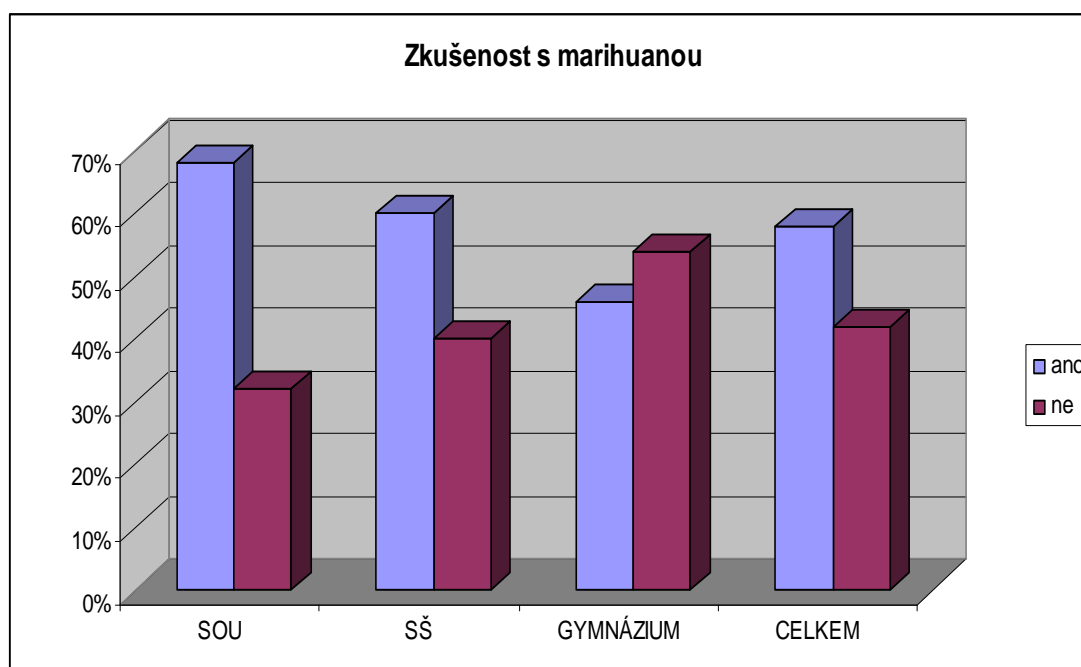
Otázka č. 22: Zkoušel(a) jsi někdy marihuanu?

Tabulka č. 23:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	68% (83)	60% (56)	46% (50)	58% (189)
<i>ne</i>	32% (39)	40% (38)	54% (59)	42% (136)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Marihuanu na středních školách zkusila více než polovina respondentů, a to 58 %. Zbýlých 42 % ji zatím nezkusilo.

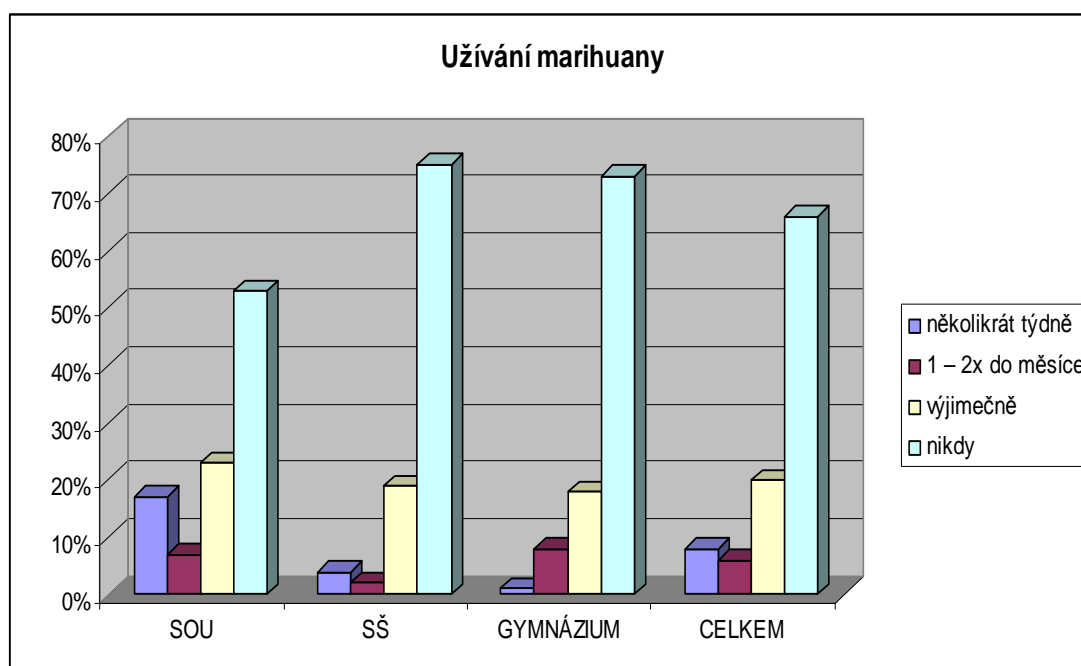
Otázka č. 23: Užíváš marihuanu pravidelně?

Tabulka č. 24:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
<i>několikrát týdně</i>	17% (20)	4% (4)	1% (1)	8% (25)
<i>1 – 2x do měsíce</i>	7% (9)	2% (2)	8% (9)	6% (20)
<i>výjimečně</i>	23% (28)	19% (18)	18% (20)	20% (66)
<i>ne</i>	53% (65)	75% (70)	73% (79)	66% (214)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Co se týče pravidelnosti užívání marihuany, většina respondentů ji neužívá pravidelně, výjimečně ji užívá 20 %, zbylých 14 % ji užívá v určitých intervalech.

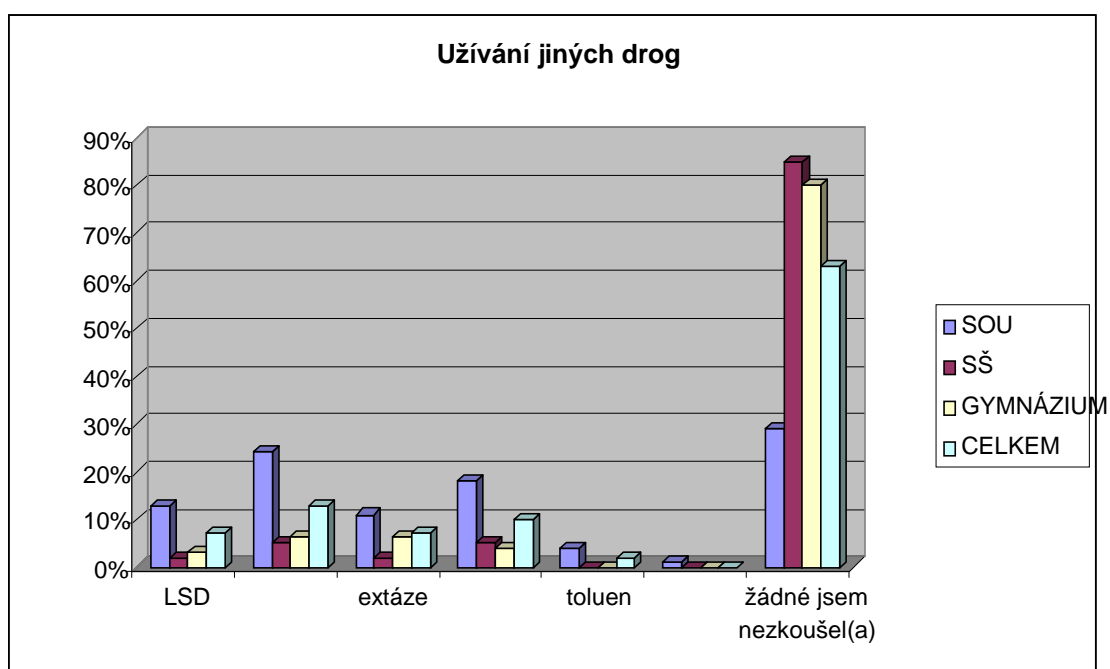
Otázka č. 24: Zkoušel(a) jsi i jiné drogy? Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 25:

	SOU	SŠ	GYMNÁZIUM	CELKEM
LSD	13% (16)	2% (2)	3% (3)	7% (21)
lysohlávky	24% (29)	5% (5)	6,5% (7)	13% (41)
extáze	11% (13)	2% (2)	6,5% (7)	7% (22)
hašiš	18% (22)	5% (5)	4% (4)	10% (31)
toluen	4% (5)	0%	0%	2% (5)
jiné	1% (1)	0%	0%	0% (1)
žádné jsem nezkoušel(a)	29% (36)	85% (80)	80% (88)	63% (204)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 25:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z oblasti užívání jiných drog než marihuany je opět velký rozdíl mezi SOU a gymnáziem. Větší zkušenost s jinými drogami mají právě jedinci ze SOU, a to hlavně v užívání lysohlávek (24%), hašiš (18%), LSD (13%), extáze (11%). Z celkového souboru se nejvíce vyzkoušely lysohlávky a hašiš.

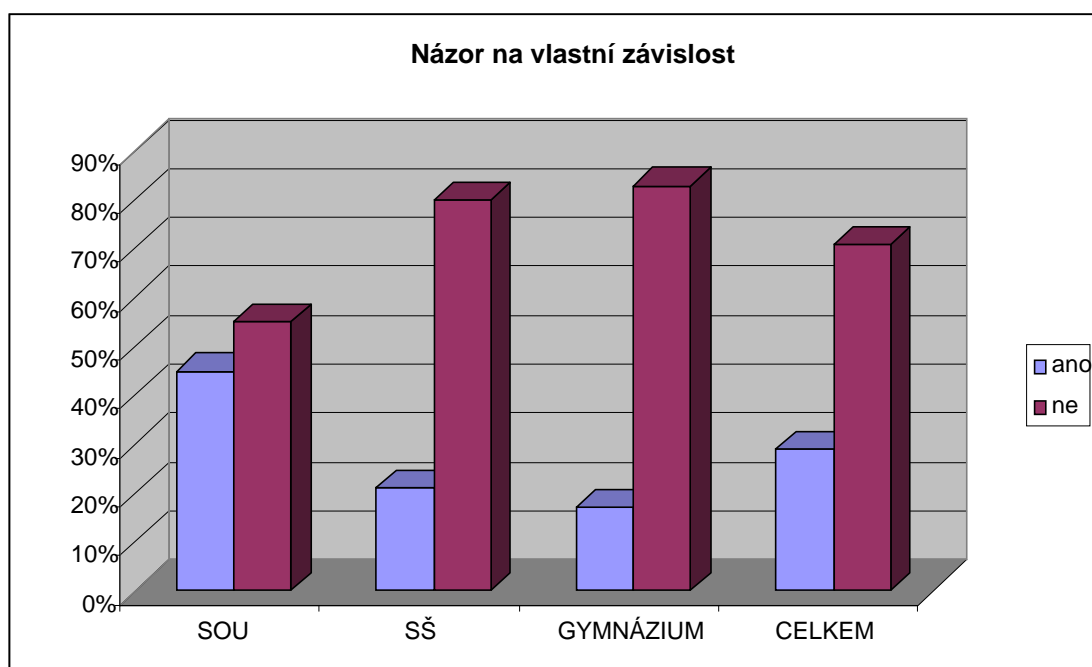
Otázka č. 25: Považuješ se za závislého na některých drogách?

Tabulka č. 26:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>ano</i>	45% (55)	21% (19)	17% (19)	29% (93)
<i>ne</i>	55% (67)	80% (75)	83% (90)	71% (232)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 26:



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: *Většina respondentů se nepovažuje za závislé jedince, a to celých 71 %. Zbýlých 29 % se za závislé považuje, tuto skupinu tvoří nejvíce jedinci ze SOU.*

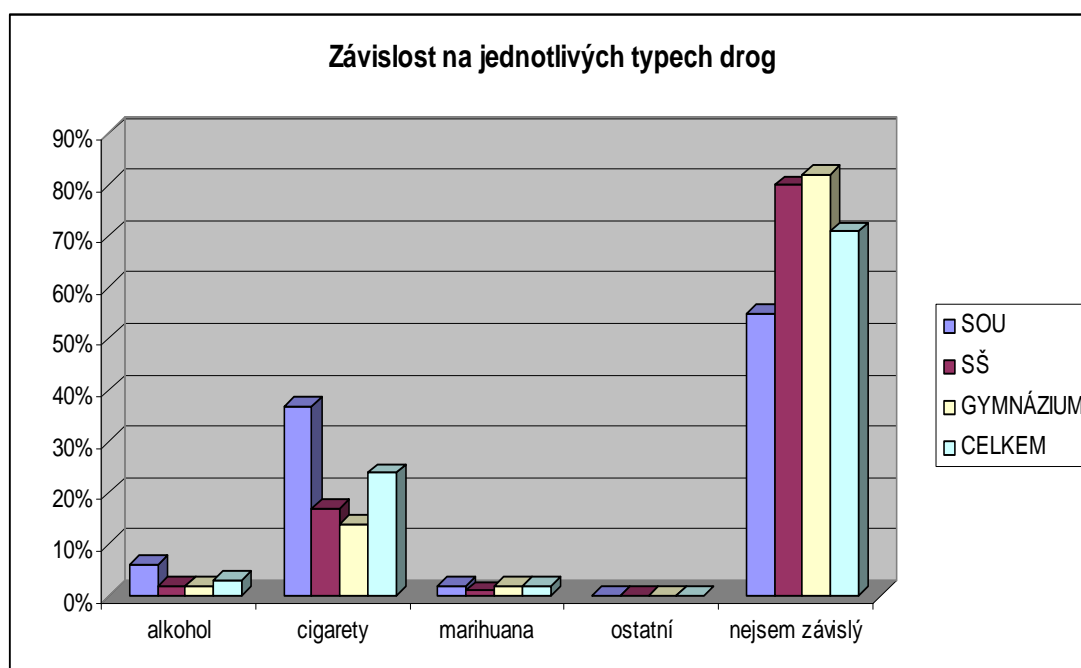
Otázka č. 26: Pokud jsi závislý, tak na kterých drogách?

Tabulka č. 27:

	<i>SOU</i>	<i>SŠ</i>	<i>GYMNÁZIUM</i>	<i>CELKEM</i>
<i>alkohol</i>	6% (7)	2% (2)	2% (2)	3% (11)
<i>cigarety</i>	37% (46)	17% (16)	14% (15)	24% (77)
<i>marihuana</i>	2% (2)	1% (1)	2% (2)	2% (5)
<i>ostatní</i>	0%	0%	0%	0%
<i>nejsem závislý</i>	55% (67)	80% (75)	82% (90)	71% (232)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 27:

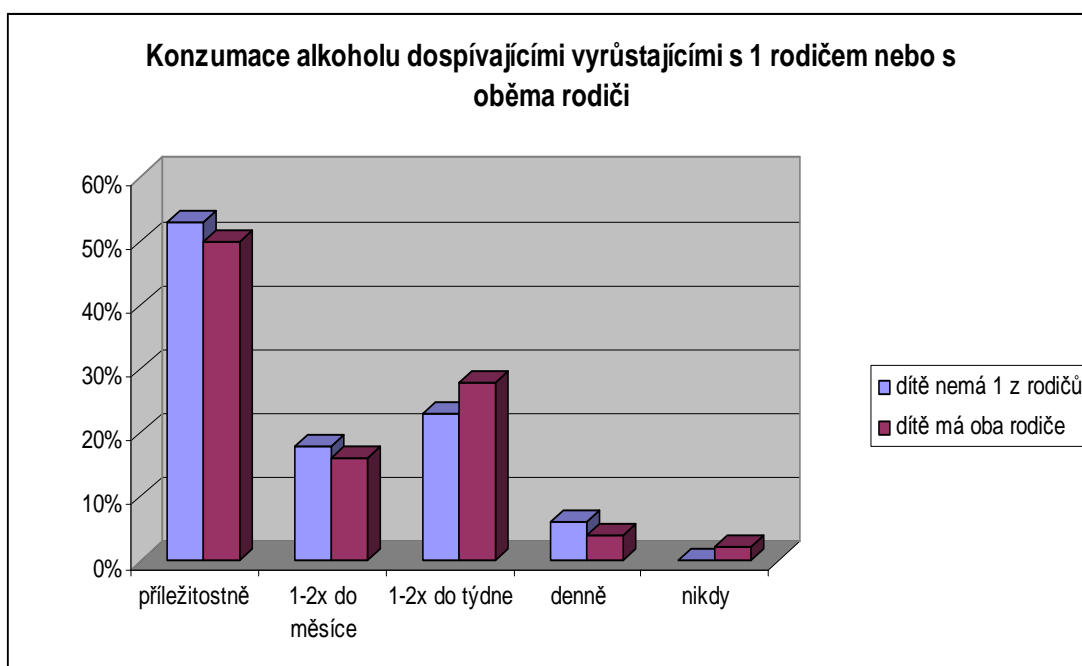


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Celkem 24 % jedinců se považuje za závislé na cigaretách, 3 % na alkoholu a 2 % na marihuaně.

Otázka č. 1 se zabývala soužitím dětí s rodiči. Dle Nešpora (2000) je výchova pouze jedním rodičem rizikovým faktorem pro vznik návykového chování či závislosti u dětí a dospívajících. Stejně důležitá ve výchově dítěte je role matky, ale i otce, který přináší určitou autoritu do rodiny. Z dotazovaných 325 respondentů jich 34 je vychováváno pouze jedním rodičem. Následující grafy č. 28, 29 a 30 popisují četnost konzumace jednotlivých drog u těchto dětí.

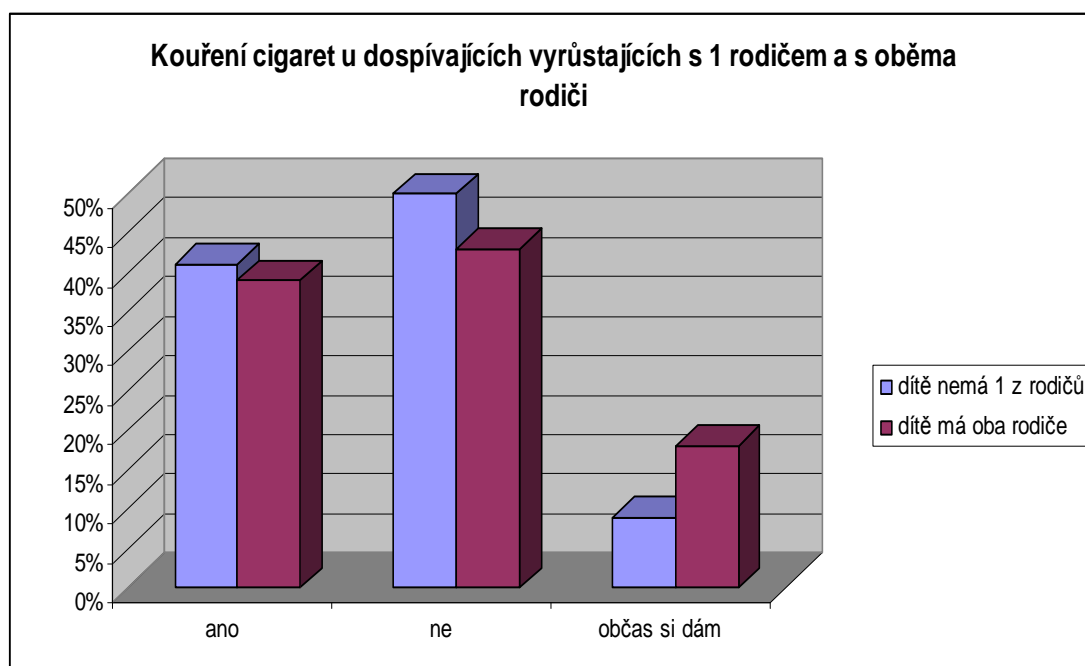
Graf č. 28: Konzumace alkoholu dospívajícími vyrůstajícími s 1 rodičem nebo s oběma rodiči



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Z grafu vyplývá, že souvislost mezi výchovou dospívajícího jedince pouze jedním rodičem nemá významnou roli v užívání alkoholu. Odpovědi na konzumaci alkoholu mezi těmito dvěma skupinami se téměř neliší.

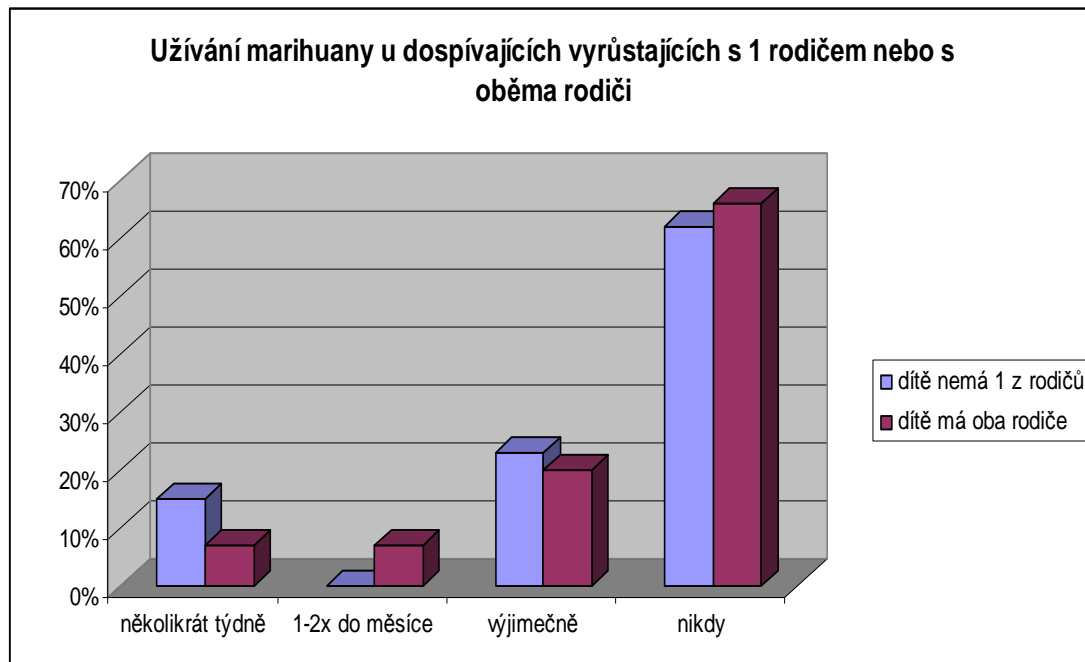
Graf č. 29: Kouření cigaret u dospívajících vyrůstajících s 1 rodičem a s oběma rodiči



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: U kouření cigaret je situace obdobná jako u spotřeby alkoholu. Jednotlivé odpovědi mezi respondenty se příliš neliší v obou skupinách.

Graf č. 30: Užívání marihuany u dospívajících vyrůstajících s 1 rodičem a s oběma rodiči

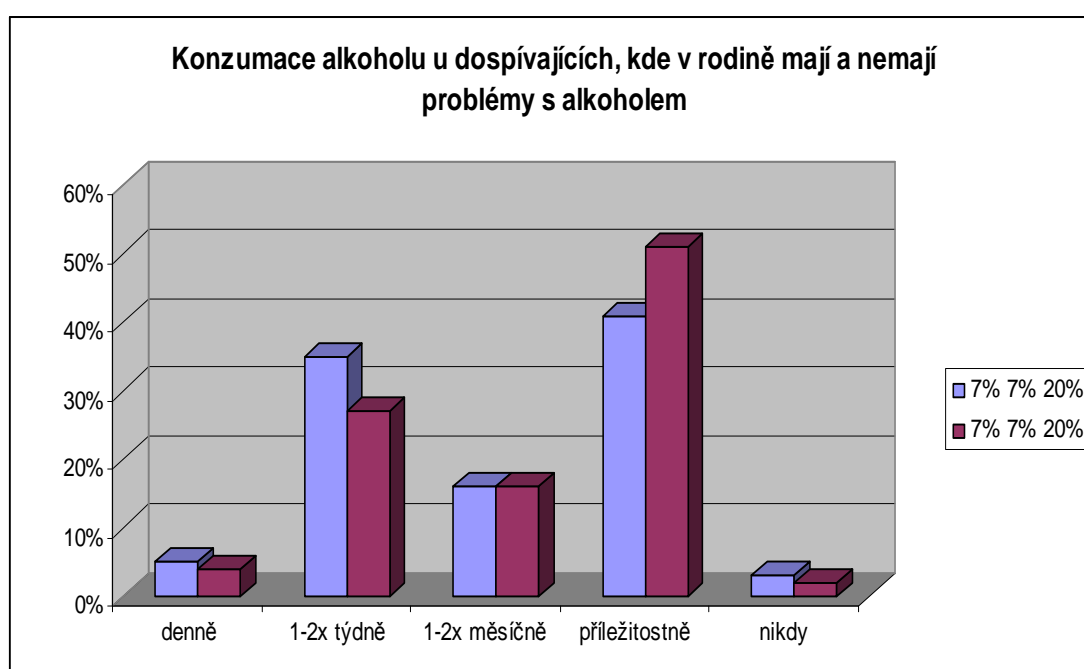


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: V užívání marihuany mezi jedinci s jedním nebo oběma rodiči není výrazný rozdíl. Obě skupiny mají téměř stejné rozložení ve všech odpovědích.

Dalším z rizikových faktorů na úrovni rodiny je závislost nebo užívání návykové látky jedním z členů rodiny. Touto problematikou se zabývala otázka č. 4. Ze všech respondentů jich 37 odpovědělo, že jejich člen rodiny má problémy s alkoholem. Následující graf č. 31 zobrazuje tuto skutečnost.

Graf č. 31: Konzumace alkoholu u dospívajících, kde v rodině mají a nemají problémy s alkoholem

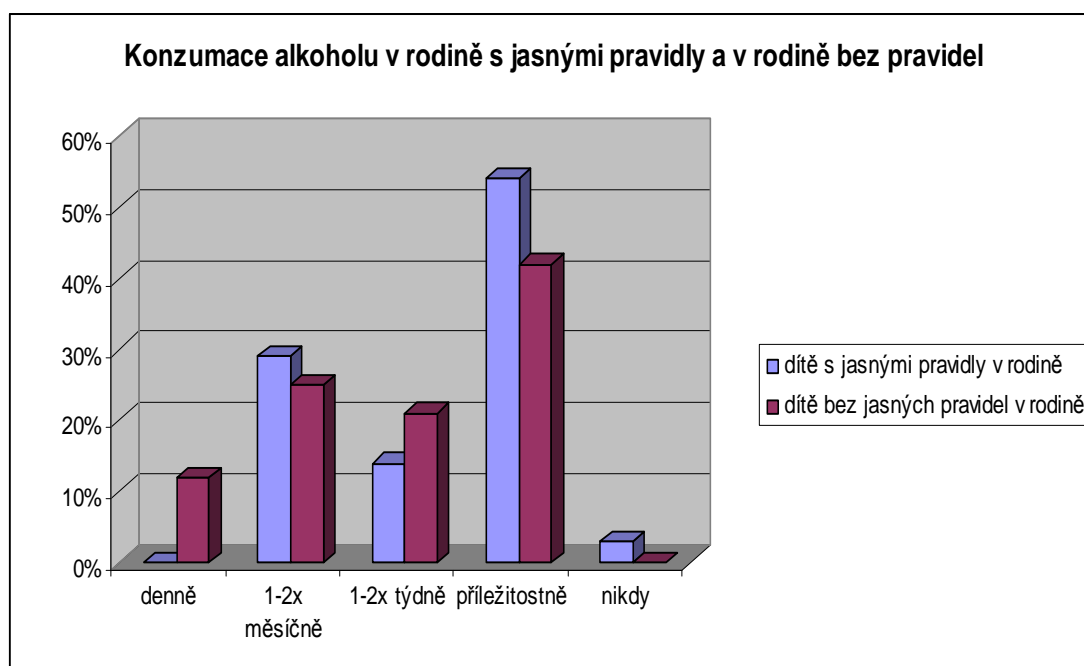


Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: V konzumaci alkoholu mezi jedinci, kde některý z členů rodiny má problémy s alkoholem a jedinci, kde tento problém nemají nebo o něm neví, není významný rozdíl. O něco vyšší jsou hodnoty v konzumaci alkoholu 1 – 2x týdně právě u skupiny mající problémy s alkoholem v rodině, ostatní odpovědi se výrazně neliší.

Vymezení základních pravidel v rodině patří mezi další důležitý faktor ovlivňující další způsob života dospívajícího jedince. Do dotazníku jsem zapojila otázku, zda existují jasná pravidla, co dítě smí a nesmí. 111 respondentů odpovědělo, že v rodině nemají jasná pravidla. Následující grafy č. 32, 33 a 34 znázorňují, jak tato skutečnost ovlivňuje jedince z hlediska konzumace alkoholu, cigaret a marihuany.

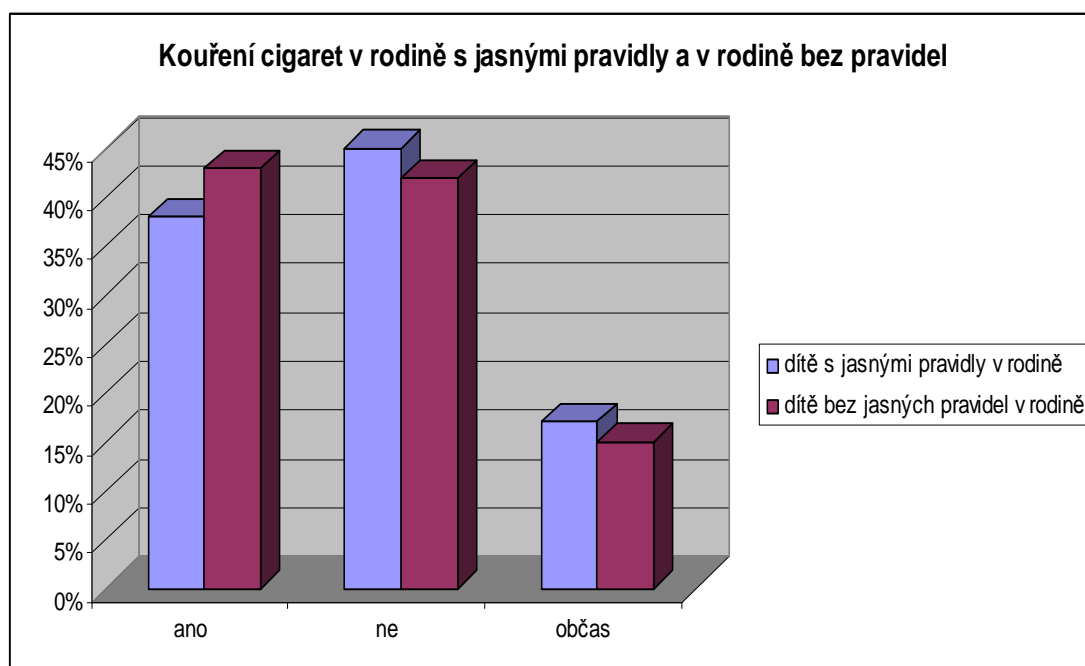
Graf č. 32: Konzumace alkoholu v rodině s jasnými pravidly a v rodině bez pravidel



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Konzumace alkoholu mezi jedinci, kde rodiče určují jasná pravidla a jedinci, kde nemají jasná pravidla, se příliš neliší. O několik procent je vyšší konzumace alkoholu 1 – 2x týdně u jedinců, kteří nemají jasná pravidla, a naopak nižší je konzumace alkoholu příležitostně v této skupině.

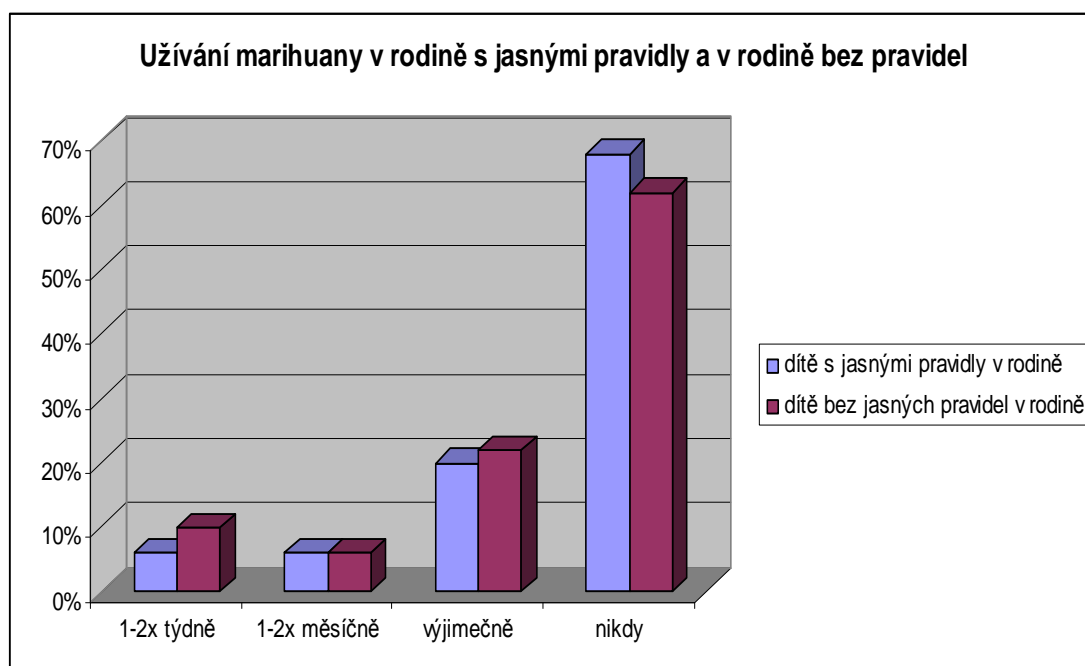
Graf č. 33: Kouření cigaret v rodině s jasnými pravidly a v rodině bez pravidel



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: Spotřeba cigaret ve skupině jedinců, kde nemají jasná pravidla, je téměř stejná jako ve skupině, kde jasná pravidla mají.

Graf č. 34: Užívání marihuany v rodině s jasnými pravidly a v rodině bez pravidel



Zdroj: vlastní výzkum

Komentář: V užívání marihuany je téměř stejná situace v obou skupinách. O několik málo procent je vyšší užívání marihuany 1 – 2x týdně u jedinců, kde nemají jasná pravidla v rodině.

5. Diskuse

Problematika návykových látek ve vztahu k mládeži je dnes velmi diskutovaným tématem. Podle nejnovějších výsledků studií se stále snižuje věk prvního experimentu s drogou. Zdá se, že alkohol, cigarety i ostatní drogy jsou zcela běžnou záležitostí a nezletilost jedinců je v tomto směru podle prodejců nejspíše až na posledním místě. Podle mého dotazníkového šetření téměř 70 % dospívajících uvedlo, že nemají žádné problémy s obstaráváním alkoholu. Přesto, že v každé hospodě nebo restauraci musí majitelé vyvěsit značku „Alkohol a cigarety do 18 let neprodejné“, většinou se tím nikdo neřídí. Nezletilí bez problémů popíjejí alkohol, kouří a mají možnost dostat se i k ostatním drogám. Zdá se, že konzumace alkoholických nápojů nebo kouření cigaret patří dnes již k období dospívání stejně jako např. mobilní telefon.

V této práci jsem se snažila zmapovat situaci v konzumaci drog na jednotlivých typech středních škol. Z dotazníkového šetření, které bylo provedeno během měsíce února na gymnáziu v Rokycanech a Táboře, střední škole a učilišti v Rokycanech a Táboře, vyplývají zajímavé skutečnosti. Celý soubor dospívajících tvořilo 325 respondentů, z toho 130 chlapců a 195 dívek.

První otázky se týkaly rodinného zázemí. Podle Nešpora (2000) je vliv rodinného zázemí na konzumaci drog významný, proto jsem se chtěla přesvědčit, zda je tomu tak i u mého souboru. Stanovila jsem si tedy hypotézu č. 2: ***Špatné rodinné zázemí hraje významnou roli v častém užívání drog.*** Pro potvrzení své hypotézy jsem zvolila otázky týkající se společného bydlení s rodiči, dále vymezených pravidel v rodině a otázku, zda někdo v rodině má problémy s alkoholem. Grafy č. 28 – 30 znázorňují, jaká je četnost konzumace alkoholu, cigaret a marihuany u adolescentů žijících s jedním rodičem nebo s oběma rodiči. Z grafů usuzuji, že rozdíly v četnosti konzumace mezi těmito skupinami jsou téměř nulové. Proto vyvozuji závěr, že vyrůstání s 1 či s oběma rodiči neovlivňuje konzumaci drog u dospívajících. Další graf č. 31 znázorňuje, zda dospívající z rodiny, kde někdo z členů má problémy s alkoholem, sám více konzumuje alkohol. Výsledky se také příliš nelišily, pouze četnost konzumace alkoholu 1 – 2x týdně byla v dotazníku označena vyšším počtem respondentů z rodin, kde některý její člen má problémy s alkoholem.

V grafech č. 32 – 34 je uvedeno, zda jsou rozdíly v konzumaci alkoholu, cigaret a marihuany u dospívajících, kde rodiče jasně vymezili pravidla co jedinec smí a nesmí a naopak v rodině, kde tato pravidla schází. Situace v těchto rodinách je také téměř stejná. Po shrnutí těchto 3 aspektů a zjištění četnosti konzumace u jednotlivců z dotazníkového šetření, zjišťuji, že **má 2. hypotéza se nepotvrdila**. Podle těchto údajů se tvrzení o vlivu rodinného zázemí nepotvrdilo. Tím ovšem nechci naznačit, že by tyto faktory neměly svou roli. Sama si myslím, že od výchovy rodičů se odvíjí další vývoj dítěte a s tím související následné rizikové chování.

Z celkového souboru 325 respondentů odpovědělo 7 dospívajících, že alkohol ještě nikdy nezkusili. Podle mého názoru je chvályhodné, že se ještě takoví dospívající najdou, ale myslím si, že zkusit alkohol není nic špatného, pokud to nepřeroste v závislost nebo častou konzumaci, která pak ovlivňuje jak rodinné prostředí, tak školní hodnocení a chování daného člověka. Věk prvního experimentu s alkoholem se pohyboval nejčastěji mezi 13. - 14. rokem, na druhém místě bylo rozmezí 10 - 12 let. Ovšem překvapující pro mě byly výsledky průzkumu, jak často dospívající alkohol konzumují. Polovina respondentů konzumuje alkohol příležitostně, na druhou stranu 28 % dospívajících tvořilo skupinu konzumující alkohol 1 – 2x do týdne, což není příliš pozitivní. Co se týče opíjení alkoholem, většina adolescentů se opíjí zřídka nebo 1x měsíčně, a to nejčastěji na diskotéce nebo v hospodě. Z toho vyplývá, že nezletilost této skupiny mládeže není žádným problémem pro nákup alkoholu v těchto typech zařízení. Těžko říct, zda jsou nedostatečné kontroly ze strany státu, nebo se prodejům stále více vyplatí zaplatit pokutu a pak dále prodávat mladistvým. Spotřeba alkoholu je mezi SOU a gymnáziem rozdílná. Celkově je četnost konzumace alkoholu u gymnazistů nižší než u dospívajících ze SOU. Stejně je tomu i u četnosti opíjení alkoholem: nikdy se neopíjí 31 % gymnazistů, na SOU je to pouze 10 %.

U mého sledovaného souboru se věk prvního opití alkoholem nejvíce pohyboval mezi 15 - 17 lety (40 %). Dle Polaneckého (2001) trendy mezi mládeží v souvislosti s alkoholem se mezi roky 1997 – 2000 příliš nelišily. Nejvíce dětí se poprvé opilo mezi 13. - 15. rokem života. Z uvedeného vyplývá, že určitý posun 1. věkového experimentu do vyšších ročníků je zřejmý, ale stále velkou skupinu tvoří dospívající, kteří se poprvé

opili mezi 13. – 14. rokem a to téměř 30 %. 17 % mladých lidí se nikdy neopíjí. Ve srovnání s trendy let předchozích se tento stav stále zhoršuje. Dle Polaneckého se v roce 2000 necelá jedna třetina studentů neopíjela, v roce 2003 to byla méně než čtvrtina a dnes v roce 2010 je to pouhých 17 %. Při kladení otázky týkající se stavů po opilosti jsem byla zvědavá, jak budou respondenti odpovídat. Nejvíce mají problémy s bolestí hlavy a zvracením, často také ztrácí rovnováhu. Proč tedy dospívající často tolik konzumují alkohol, když mají takové problémy? To bylo náplní otázky č. 14. Tak, jak jsem očekávala, většina dospívajících pije, aby měla dobrou náladu. Ovšem překvapilo mne, že 33 % jedinců pije, protože jim alkohol chutná. Nečekala jsem takové procento odpovědí na tuto otázku, neboť jsem si myslela, že většina lidí chce pocítovat dobrou náladu z požití alkoholu nebo se chce snadno seznámit a k tomu alkohol velice pomáhá. Odstraňuje veškeré zábrany, které člověk má.

Z nápojů v popularitě mezi mládeží již tradičně vede pivo. Pivo je nejrozšířenějším nápojem, který se pije s největší frekvencí. Celkem 44 % dotazovaných pije pivo. Víno pije 23 % dotazovaných, ovšem na destilátech si pochutnává až 31 % mladých lidí. Dle Polaneckého (2000) byla situace v oblasti oblíbenosti alkoholu v roce 2000 stejná.

Kouření je dalším negativním jevem, který významně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Všechny tabákové výrobky mohou být smrtící a návykové a jejich užívání přináší zbytečné riziko nemoci, oslabení a smrti. Podle výběrového šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR v roce 2006 (45) kouřilo denně 26, 8 % populace ve věku 18 – 64 let, necelých 9 % kouřilo příležitostně. Nikdy v té době nekouřilo téměř 33 % mužů a 53 % žen. V roce 2008, kdy byl proveden výzkum veřejného mínění na téma Občané o kouření (39), byla situace následující: 29 % Čechů jsou kuřáci, 46 % nikdy nekouřilo a zbylých 25 % kouřit přestalo. Z výzkumu veřejného mínění se zdá, že lidé si postupně začínají uvědomovat zdravotní rizika kouření a snaží se přestat. A jak je tomu u mládeže?

Dle mého šetření pravidelně kouří 39 % dospívajících, z toho 22 % respondentů lze považovat za silné kuřáky (vykouří 10 – 20 cigaret denně, někteří i více než 20 cigaret denně) a 17 % za slabé kuřáky. Podle studie HBSC (The Health Behaviour in School Aged Children) je zřetelný nárůst počtu kuřáků: v roce 1994 bylo ve věkové skupině 15

– 16 let 8,8 % jedinců, v roce 1998 ve stejné věkové skupině 13,3 % jedinců, z mého výzkumu je to již celých 39 % jedinců (8).

Bohužel se téměř zdvojnásobil počet silných kuřáků. Z výzkumu v roce 1994 jich bylo 4,6 %, v roce 2000 už 8,8 %. Z mého výzkumu v roce 2010 je již 22 % silných kuřáků, dalších 44 % respondentů nekouří vůbec, z toho 30 % cigaretu nikdy nezkusilo, 17 % kouří pouze příležitostně.

Významný rozdíl v kouření byl patrný mezi gymnáziem a středním odborným učilištěm. Je zřejmé, že vliv vzdělání je významný již v tomto věku. 59 % mládeže z odborného učiliště pravidelně kouří, zatímco na gymnáziu kouří pouze 18 %. Stejně rozdílná je i spotřeba cigaret mezi jednotlivými typy škol. Více silných kuřáků nalezneme v odborných učilištích, a to 42 %, ovšem na gymnáziu je to pouze 6 %. Z výzkumu Občané o kouření z roku 2008 (39) je situace podobná: nejvíce kouří lidé se základním vzděláním (37 %) nebo vyučení (35 %). Z vysokoškoláků kouří pouze 14 % a častěji než z jiných vzdělanostních skupin uváděli, že nikdy nekouřili (59 %).

Jak už jsem zmínila výše, v mém výzkumu 30 % respondentů cigaretu nikdy nezkusilo. První cigaretu okusilo nejvíce 13 – 14 letých jedinců a to 23 %. O pouhé 1 % méně jedinců tvoří skupina 10 – 12 letých, 16 % tvoří 15 – 17 letí jedinci. Počátkem 90. let byly provedeny studie v USA, podle kterých průměrný věk začátku kouření byl 14, 5 roku. V souboru pražských středoškoláků zařazených do mezinárodní studie ESPAD začínali kouřit hoši v 11,9 letech a dívky téměř ve 13 letech. Dle výzkumu MUDr. Hrubé z Ústavu preventivního lékařství LF MU v Brně z roku 2003 byl průměrný věk 1. experimentu s cigaretou mezi 11. – 13. rokem, což je přibližně stejné jako u mého souboru (8).

Podle výše uvedených poznatků se **má 3. hypotéza: Věková hranice 1. experimentu s drogou stále klesá, nepotvrdila.** Výsledky se z mého výzkumu a let předešlých příliš neliší. Adolescenti se nejčastěji poprvé opijí mezi 13. a 15. rokem, tak, jak tomu bylo i v letech minulých. Co se týče kouření, dospívající nejvíce začínají kouřit mezi 10. – 14. rokem života. V minulých letech byla situace podobná, věk kuřáků – adolescentů se lišil podle daného průzkumu, ale v daném rozmezí se pohybovaly studie stejně. V kouření byl zaznamenán hlavně větší nárůst silných kuřáků.

Jako příčinu kouření uváděli respondenti nejčastěji, že jim cigareta chutná, někteří ani nevěděli, proč vlastně kouří, často také uváděli, že jim cigareta pomáhá od stresu. Pouze 3 % jedinců kouří, aby zapadli do kolektivu. Tento výsledek jsem neočekávala, neboť jsem si myslela, že většina dospívajících začíná kouřit právě z toho důvodu, aby byli v partě oblíbení a aby nevypadali jako „slušáci“.

Vzhledem k tomu, že se stále více na školách objevuje kouření vodní dýmky, zařadila jsem do dotazníku i otázku na toto téma. Koncentrace rakovinotvorných a návykových látek v tabáku, který se využívá ve vodních dýmkách, je větší než v tabáku cigaret, proto zvyšující se výskyt kouření vodní dýmky mezi mládeží je značně znepokojující. U mého souboru ji 42 % jedinců 1x za půl roku kouří, téměř polovina dotazovaných ji nikdy nezkusila, nebo pouze jednou vyzkoušela, a 9 % jedinců ji kouří nejméně 1x týdně.

V grafech č. 23, 24 jsem se snažila zobrazit situaci v konzumaci marihuany na středních školách. Celkem 42 % marihuanu nikdy nezkusilo, 58 % jedinců marihuanu již zkusilo, z toho 14 % ji užívá pravidelně, 20 % jedinců kouří marihuanu výjimečně a 66 % ji nekouří vůbec. Kouření marihuany je stejně jako u cigaret rozdílné v závislosti na vzdělání. 68 % dospívajících ze SOU zkusilo marihuanu, na gymnáziích je to 46 %. Co se týče pravidelnosti, spotřeba stoupá s nižším vzděláním: 24 % ze SOU ji užívá pravidelně, na gymnáziu 9 %. Naopak marihuanu nikdy neužívá 73 % gymnazistů, vyučených je to o 20 % méně. Dle Polaneckého z výzkumu Mládež a drogy 2000, konopné drogy nikdy v životě nezkusilo téměř 60 % respondentů, příležitostných konzumentů bylo 15 %, pravidelných uživatelů 13 %. Srovnáním mého výzkumu s tímto výzkumem z roku 2000 se trend užívání marihuany mírně zvýšil.

Co se týče ostatních drog, zkušenost mělo 13 % respondentů s lysohlávkami, 10 % s hašišem a 7 % s LSD a extází. Celkem 63 % žádné jiné drogy kromě marihuany nezkoušelo. I zde je vidět, že učni mají více zkušeností s ostatními drogami, než gymnazisté. Oproti gymnáziu, kde zkusilo LSD 3 % jedinců, na SOU je jich 13 %. Lysohlávky zkusilo 24 % učňů, na gymnáziu pouze 6,5 % studentů. Hašiš zkusilo 18 % učňů a 4 % gymnazistů. Celkem 80 % gymnazistů jiné drogy nezkusilo, zatímco u učňů je to pouze 29 %.

Podle výše uvedených výsledků **mohu svoji 1. hypotézu: *Konzumace drog je vyšší na SOU než na gymnáziích* potvrdit**. Podstatně více jedinců ze SOU kouří, pijí alkohol a užívají marihuanu a jiné drogy než studenti gymnázií (Tabulky a grafy č. 9, 10, 17, 19, 23, 24, 25).

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat současnou situaci v oblasti drog na vybraných středních školách mezi žáky 2. ročníku. Cíl práce byl naplněn. Z celkem 3 hypotéz byla 1 hypotéza potvrzena, 2 hypotézy vyvráceny.

Výzkum byl proveden v měsíci únoru, a to v západočeském a jihočeském regionu, přesněji ve městě Rokycany a Tábor na vybraných středních školách.

Zkušenost s alkoholem mají téměř všichni respondenti, polovina z nich ho užívá jen výjimečně, jedna čtvrtina 1 – 2x týdně. Více než polovina respondentů se téměř neopíjí, jako nejoblíbenější nápoj vystupuje do popředí pivo. Studující mívají problémy po užití alkoholu zvláště s bolestí hlavy nebo zvracením.

Kouření je nežádoucí forma sociálního chování a je třeba se zaměřit na taková preventivní opatření, která zasáhnou sociální prostředí dětí a mládeže, kde bude považováno kouření za nenormální, neatraktivní a závislé. Zvláště významné je omezení reklamy a snížení dostupnosti cigaret zvyšováním jejich cen a omezením prodejních míst. V celkovém souboru jsou dvě pětiny kuřáků, významnou část tvoří silní kuřáci zvláště z řad učňů.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že významný je rozdíl v konzumaci drog na středních odborných učilištích a na gymnáziích. Zdá se, že vliv vzdělání je patrný již v tomto věku. Zvláště velký je rozdíl v kouření cigaret, učňové také mají větší zkušenost s drogami, jednak s marihuanou, ale i s hašišem, lysohlávkami nebo extází.

Závislost na drogách přiznává více než čtvrtina adolescentů, jedná se zvláště o cigarety.

Z celkového náhledu usuzuji, že kouření je v současné době největším problémem u dospívajících. Přesto, že stále nejsou zletilí, nemají problémy s obstaráváním cigaret a alkoholu, což považuji v našem státě asi za největší problém. Legislativní opatření se snaží řešit otázku kouření cigaret stále, ale podle mého názoru nedostatečně. Významnou roli má jistě i rodina. Dítě, které pochází z rodiny, kde otec nebo matka kouří nebo pije alkohol, těžko to může považovat za „nenormální“ a mít snahu chovat se jinak. Rodiče by se nad touto problematikou měli zamyslet a uvědomit si, že jejich chování výrazně ovlivní budoucí život jejich potomků.

7. Klíčová slova

Návykové látky

Mládež

Alkohol

Cigarety

Poruchy chování

8. Seznam použitých zdrojů

1. ČÁP J. MAREŠ J. *Psychologie pro učitele*. 2. vydání, Praha: Portál. 2007. 655 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
2. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník. In *Sbírka zákonů*. 2009. 11. 354-464 s.
3. DROBNÁ H. VELEMÍNSKÝ M. *Problematika drogových závislostí matek a novorozencov*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JCU. 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8.
4. GANERI A. *Drogy-od extáze k agonii*. 1. vydání. Praha: Amulet. 2001. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.
5. HELLER J. PECINOVSKÁ O. A KOL. *Závislost známá neznámá*. 1. vydání. Praha: Grada. 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
6. HERMANN J. *Alkohol a játra*. 1. vydání. Praha: Grada. 2006. 166 s. ISBN 80-247-1048-X.
7. HORT V. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1.vydání. Praha: Portál. 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
8. HRUBÁ D. Začátky kouření českých adolescentů. *Hygienu: časopis pro ochranu a podporu zdraví* . 2003. 1. 29-41 s. ISSN 1210-7840.
9. CHODURA V. *Seznam přednášek Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v akademickém roce 1999/2000*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 1999. 81 s.
10. ILLES T. *Děti a drogy*. 2. vydání. Praha: ISV. 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1.
11. JANÍK A. DUŠEK K. *Drogy a společnost*. 1. vydání. Praha: Avicenum. 1990. 344 s. ISBN 80-201-0087-3.
12. KALINA K. A KOL. *Drogy a drogové závislost*. 1. vydání. Úřad vlády ČR. 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
13. KVAPILÍK J. SVOBODOVÁ A. A KOL. *Člověk a alkohol*. 1. vydání. Praha: Avicenum. 1985. 240 s.
14. MACEK P. *Adolescence*. 2. vydání. Praha: Portál. 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

15. MEČÍŘ J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholických drog u mládeže*. 1. vydání. Praha: Avicenum. 1990. 160 s.
16. MIOVSKÝ M. *LSD a jiné halucinogeny*. Brno: Albert. 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.
17. MLČÁK Z. *Základy psychopatologie*. Ostravská univerzita: 2003. 70 s. ISBN 80-7042-263-7.
18. NEKONEČNÝ M. *Lexikon psychologie*. 1. vydání. Praha: Vodnář. 1995. 397 s. ISBN 80-85255-74-X.
19. NEŠPOR K., CSÉMY L. *Alkohol, drogy a Vaše děti*. 2. vydání. Praha: Sportpropag. 1994. 159 s.
20. NEŠPOR K., CSÉMY L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum. 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
21. NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vydání. Praha: Portál. 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
22. NEŠPOR K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. vydání. Praha: Portál. 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
23. NOVOTNÁ J. A KOL. *Drogové závislosti včetně alkoholu*. 1. vydání. Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků Brno. 1989. 143 s. ISBN 80-7013-005-9.
24. NOŽINA M. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha: KLP. 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.
25. PAVLAS I. VAŠUTOVÁ M. *Vývojová psychologie I*. Pedagogická fakulta. Ostrava 1999. ISBN 80-7042-153-3.
26. POKORNÝ V. A KOL. *Patologické závislosti*. 2. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. 2002. 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
27. POLANECKÝ V. A KOL. *Mládež a návykové látky v České republice - trendy let 1994-1997-2001*. 1. vydání. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy - centrální pracoviště protidrogové epidemiologie. 2001. 91 s. ISBN 80-238-8200-7.

28. POLANECKÝ V. A KOL. *Mládež a návykové látky v České republice – 2000*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy - centrální pracoviště protidrogové epidemiologie. 2001.
29. PRESL J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* 2.vydání. Praha : Maxdorf. 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
30. PROVAZNÍK K. A KOL. *Manuál prevence v lékařské praxi - díl VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vydání. Praha: SZÚ. 1998. 144 s. ISBN 80-7071-108-6.
31. PYNE H.H., CLAESON M., CORREIA M. *Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Latin America and the Caribbean*. 1st print. Washington : World Bank. 2002. 44 s. ISBN 0-8213-5125-7.
32. RIESEL P. *Lesk a bída drog*. 1. vydání. Olomouc: Votobia. 1999. 82 s. ISBN 80-7198-348-9.
33. ŘEHAN V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách-psychologický přístup*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 1994. 77 s. ISBN 80-7067-359-1.
34. SHAPIRO H. *Drogy–obrazový průvodce*. 1.české vydání. Praha: Svojtka & Co.s.r.o. 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
35. SKÁLA J. *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. 1. vydání. Praha: SZdN. 1957. 230 s.
36. SKÁLA J. *Alkohol a jiné psychotropní drogy: abusus a závislost*. Praha: Avicenum 1986. 90 s.
37. SKÁLA J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vydání. Praha: Avicenum 1987. 206 s.
38. SMOLÍK P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.
39. ŠKODOVÁ M. *Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2008. [cit. 2010-04-26]. Občané o kouření. Dostupné z: <<http://www.cvvm.cas.cz>>.
40. THEINER P. *Poruchy chování u dětí a dospívajících*. Psychiatrie pro praxi. [online]. 2007. roč. 2. [cit. 2009-11-29]. Dostupné z : <<http://www.psychiatriepropraxi.cz>>.

41. VALÍČEK P. A KOL. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vydání. Benešov: Start. 2000. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.
42. VIŠŇOVSKÝ P. BEČKOVÁ I. *Bludný kruh toxikomanií*. 1. vydání. Hradec Králové: Ekonomická a informační agentura. 1998. ISBN 80-85490-76-5.
43. VIŠŇOVSKÝ P. BEČKOVÁ I. *Farmakologie drogových závislostí*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 1999. ISBN 80-7184-864-6.
44. VURM V. A KOL. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Manus. 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
45. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog = Sample survey of the health status and live style of the population in the Czech Republic focused on drug abuse*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2006. 76 s. ISBN 80-7280-636-X.
46. ZÁBRANSKÝ T. *Drogová epidemiologie*. 1. vydání. Olomouc. 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
47. ZÁŠKODNÁ H. *Psychosociální problémy adolescentů*. 1. vydání. JČU České Budějovice. 1998. 93 s. ISBN 80-7040-306-3.
48. ŽÁČKOVÁ M. THEINER P. *Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek*. *Neurologie pro praxi* [online]. 2008. roč. 6. [cit. 2009-11-10]. Dostupné z : <<http://www.neurologiepropraxi.cz>>.

9. Přílohy

Příloha č. 1:

Dotazník návyků středoškoláků v oblasti alkoholu, cigaret a drog

Dobrý den,

jsem studentkou Jihočeské univerzity a momentálně pracuji na své diplomové práci zabývající se problematikou návyků v oblasti alkoholu, cigaret a drog mezi žáky středních škol. Cílem výzkumu je zmapovat současnou situaci konzumace těchto drog na středních školách. Byla bych velmi ráda, kdyby ses podílel(a) na výzkumu k této problematice, a to vyplněním tohoto ANONYMNÍHO dotazníku.

Děkuji za vyplnění, Monika Schneiderová

(správnou odpověď zakroužkuj)

Pohlaví: muž žena
Typ školy: Gymnázium SOU SŠ

1. Bydlíš s oběma rodiči ve společné domácnosti?

A) ano b) ne, rodiče žijí odděleně C) ne, mám pouze jednoho z rodičů

2. Vědí rodiče, kde jsi a co děláš?

A) ano B) ne

3. Existují ve vaší rodině jasná pravidla, co smíš a nesmíš?

A) ano B) ne

4. Stává se, že někdo z rodiny (matka, otec, bratr,..) se opije tak, že z toho má problémy v rodině, práci nebo s přáteli?

A) ano B) ne C) nevím

5. Co děláš nejčastěji ve volném čase?

A) dívám se na televizi B) jsem venku s kamarády C) hraji na počítači D) sportuji

E) čtu si F) nudím se G) něco jiného, co?.....

6. Pil(a) jsi někdy alkohol?

A) ano B) ne

7. Kdy jsi poprvé alkohol zkusil(a)?(uved' věk)

.....

8. Jak často alkohol konzumuješ?

A) denně B) 1-2x do týdne C) 1-2x do měsíce D) příležitostně E) nikdy

9. Opíjíš se často?

A) ano, nejméně 1x týdně B) 1x do měsíce C) výjimečně D) nikdy

10. Pokud ano, kde se nejčastěji opíjíš?

A) doma B) venku C) v hospodě D) na diskotéce E) u kamaráda

11. V kolika letech ses poprvé opil(a)?

.....

12. Zažil(a) jsi někdy po vypití alkoholu některé z těchto situací?(můžeš vybrat i více odpovědí)

A) bolest hlavy B) zvracení C) ztráta rovnováhy D) ztráta paměti E) agresivní chování

13. Jaký alkohol nejčastěji piješ?

A) pivo B) víno C) destiláty (vodka, whiskey, rum)

14. Proč piješ alkohol?

A) ovlivňují mě kamarádi z party B) stydím se, snadněji se pak seznámím

C) chutná mi D) pro navození veselé nálady

E) jiný, jaký?.....

15. Kouříš cigarety?

A) ano B) ne C) při nějaké příležitosti si občas dám

16. Kdy sis zapálil(a) první cigaretu?(uved' věk)

.....

17. Pokud kouříš pravidelně, kolik cigaret denně vykouříš?

A) méně než 10 B) 10-20 cigaret denně C) více než 1 krabičku cigaret denně

18. Proč kouříš?

A) abych zapadl(a) do kolektivu B) chutná mi to C) ani nevím proč

D) jiný, jaký?.....

19. Kouříš někdy vodní dýmku?

A) ano, nejméně 1x týdně B) 1x za půl roku C) zkusil(a) jsem ji 1x D) nikdy

20. Máš problémy s obstaráváním alkoholu?

A) ano, vždy B) někdy C) většinou ne, pokud ano, koupí mi to starší kamarádi

D) ne, vždy mi všude prodají

21. Myslíš, že kouření a alkohol škodí našemu zdraví?

A) ano, i při malém množství B) ne, nikdy

C) ano, ale pouze při denním užívání a ve velkém množství

22. Zkoušel(a) jsi někdy marihuanu?

A) ano B) ne

23. Užíváš ji pravidelně?

A) několikrát týdně B) 1-2x do měsíce C) výjimečně D) nikdy

24. Zkoušel(a) jsi i jiné drogy? Pokud ano, jaké?

A) LSD B) lysohlávky C) extáze D) hašiš E) toluen

F) jiné, jaké?.....

25. Považuješ se za závislého na některých drogách? (alkohol, cigarety, drogy)

A) ano B) ne

26. Pokud ano, na kterých z nich?

A) alkohol B) cigarety C) marihuana D) ostatní, jaké?.....