

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPOLEČENSKÝCH VĚD

Preventivní programy závislostí na středních školách
Preventive programs of addiction at the seconder school

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Tomáš Fantyš**

Vypracovala: **Aneta Filová**

České Budějovice 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 30. dubna 2012

Aneta Filová

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Fantyšovi za odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné podněty a doporučení. Dále děkuji Mgr. Janu Vaňkovi za odborné konzultace v problematice drog. V neposlední řadě děkuji všem účastníkům dotazníkového šetření.

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMU DROGA	9
1.1 Příklady definice drogy	9
1.2 Zneužívání drog bez návyku a s návykem	10
2 HISTORIE DROG.....	11
3 DRUHY A DĚLENÍ DROG Z HLEDISKA DOPADŮ NA ČLOVĚKA	13
3.1 Opioidy a opiáty	13
3.1.1 Heroin, braun, metadon	14
3.2 Stimulační drogy	15
3.2.1 Kokain, pervitin, extáze	15
3.3 Halucinogenní drogy	16
3.3.1 Psilocybin, LSD	17
3.4 Konopné drogy	17
3.4.1 Marihuana, hašiš	18
3.5 Těkavé látky	18
3.5.1 Toluén, éter, rajský plyn	18
4 ČESKÁ DROGOVÁ SCÉNA	19
4.1 Drogová situace obecně	19
4.2 Lidé a statistika nákladů	19
4.3 Institucionální vybavenost ČR v oblasti prevence a léčby.....	20
5 SYNDROM ZÁVISLOSTÍ	21
5.1 Definice závislosti	21
5.2 Vznik a rozvoj závislosti	23

6	SOCIÁLNÍ DEVIACE	24
6.1	Definice deviace	24
6.2	Sociologické definice deviace	25
6.2.1	Koncepce normativního přístupu	25
6.2.2	Koncepce relativistického pohledu	26
6.3	Vlastnosti osobnosti u devianta	26
6.4	Sociální důsledky uživatelů drog	27
7	PREVENCE	28
7.1	Definice prevence	28
7.2	Primární prevence	28
7.2.1	Nespecifická primární prevence	29
7.2.2	Specifická primární prevence	29
7.3	Co se v prevenci návykových látek u dětí osvědčilo	29
7.4	Typy programů drogové prevence	30
7.5	Co není primární protidrogovou prevencí	32
8	DŮLEŽITÝ ČINITEL - RODINA	32
8.1	Přehled prevence v rodině	33
9	DŮLEŽITÝ ČINITEL - ŠKOLA	33
9.1	Přehled prevence ve škole	34
9.2	Prostředí zdravé školy	35
10	PREVENCE U DĚTÍ V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH	35
10.1	Vliv kamarádů, bydliště, informovanosti	35
10.2	Větší rizikovost určitých zaměstnání	36
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	37
11	CÍLE PRÁCE	37
11.1	Určení hypotéz	37

11.2	Metodika práce.....	38
11.3	Analýza a interpretace dat.....	38
11.4	Hodnocení hypotéz.....	48
11.4.1	Hypotéza č. 1. Čím vyšší je forma vzdělání, tím nižší je míra výskytu užívání drog.	48
11.4.2	Hypotéza č. 2. Ve stavu rodinného soužití, kde jsou rodiče manžely, je nižší míra užívání drog.	51
11.4.3	Hypotéza č. 3. Čím vyšší je míra informovanosti o návykových látkách, tím nižší je počet opakovanosti užití drog.	52
11.4.4	Hypotéza č. 4. Čím je trávení volného času aktivnější, tím nižší je výskyt uživatelů drog.	54
11.5	Shrnutí výsledků výzkumu.....	55
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ.....	58
	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	60
	PŘÍLOHA – DOTAZNÍK.....	61

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku návykových látek a také její prevenci v oblasti školního vzdělávání. Cílem práce je na základě empirického šetření zjistit, v jaké míře a za jakých okolností se u studentů užívání návykových látek vyskytuje. V teoretické části bakalářské práce je zmapována drogová problematika a jsou rozebrány příčiny vzniku drogové závislosti. Praktická část bakalářské práce je založena na vlastním empirickém výzkumu, jehož předmětem je vzorek studentů středních škol.

Klíčová slova: návykové látky, droga, syndrom závislosti, prevence, škola a rodina

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on problems of addictive substances and prevention of these problems in the area of school education. The objective of this thesis is to find on empirical investigation basis, under what circumstances and how much does the use of addictive drugs occur in student's society. The theoretical part of bachelor thesis analyzes drug problems and discusses drug addiction reasons. The practical part of bachelor thesis is based on proper empirical investigation, where the high school students were asked.

Key words: addictive substances, drug, addiction syndrome, prevention, school and family

ÚVOD

Návykové látky – drogy, alkohol a tabák – jsou dětmi a mládeží zneužívány velmi často. Závislost na nich vzniká v mladistvém věku podstatně rychleji a následky, které přináší, mohou být několikanásobně horší než u dospělého jedince. V současnosti se velmi rychle snižuje věková hranice prvního užití drogy a neustále se zvyšuje počet jedinců, kteří návykovou látku buď zkusili, nebo jsou už na ní závislí.

Příčin užívání drog je celá řada a některé z nich jsou v bakalářské práci uvedené. Důležitou roli hraje vztah dítěte k rodině, ke kamarádům a také k sobě samému. Dítě by mělo mít dostatek sebedůvěry. Velkou roli hraje výchova v rodině i ve škole. Podstatný je celkový životní styl. To jsou některé z hlavních faktorů, které napomáhají předcházet tomu, aby dítě nedošlo k bodu, kdy „sáhne“ po droze.

U dětí a mládeže je důležité předcházet možné závislosti. Efektivní prevence by měla být zařazena do běžného života. Fungující rodina je základem úspěšné prevence. Vliv na rozvoj osobnosti má také škola, a to jak ze strany spolužáků, tak pedagogů. Pedagogové do školní výuky zapojují preventivní programy týkající se návykových látek a aplikují je v hodinách občanské výuky, popř. etické výchovy. Nepatří sem pouze jednosměrná snaha zabránit kontaktu s návykovou látkou, nýbrž se jedná o komplexní postup všech složek prevence (rodina, škola, kamarádi, volnočasové aktivity atd.). Úkolem je vychovávat děti a mládež k zdravému životnímu stylu, zapojit je do společnosti a celkově rozvíjet jejich osobnost.

Bakalářská práce je zaměřena zejména na nelegální návykové látky. Mapuje problematiku marihuany, která je pro mládež velmi oblíbená a brána jako relaxační droga.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je pojednáno o druzích drog, prevenci na školách, vlivu činitele školy a rodiny, možných deviacích zapříčiněných drogami a popisem základního pojmového aparátu této problematiky.

V praktické části je využito kvantitativní šetření s pomocí dotazníku. Díky odpovědím studentů je možné sledovat možné důvody toho, proč byla droga okušena a následně v praxi tomuto předcházet. Výsledky dotazníkového šetření částečně potvrzují teoretické předpoklady.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMU DROGA

1.1 Příklady definice drogy

Definici drog jinak pojmají lékaři, jinak sociologové. Byly vybrány dvě reprezentativní definice. První z nich je od autora Klana: „*Drogy jsou léčiva přinášející lidstvu nejen blahodárnou úlevu v nemocnici, ale nezřídka i záchranu před možnou smrtí. Některé z nich však mimo kladů provázejí i zákeřné účinky, které u člověka vyvolávají různě se projevující slastné stavy spojené s pocity blaženosti. Omamují, vyvolávají narkomanské návyky a jen těžko pouští oběti ze svých osidel.*“ (Janík a Dušek 1990: 12)

Jiný pohled drogy přichází od autora Bayera a zní: „*Co je to droga? Snad každý zná nějakou drogu, ale při pohledu na ampulku Morphinu si každý představuje něco jiného:*

- *lékař říká, že je to léčebný prostředek*
- *farmaceut říká, že je to farmaceutický preparát*
- *chemik říká, že je to soluce obsahující omamnou látku*
- *právník říká, že je to narkotikum*
- *zákon říká, že je to prostředek k jeho narušení*
- *abuzér říká, že je to kousek hostiny*
- *závislý jedinec říká, že je to životní jistota*
- *obchodník říká, že je to jen maličkost.*“ (Janík a Dušek 1990: 12)

Z výše uvedených definic je vidět, že existují různé pohledy na drogu. Přímě tyto dvě definice ukazují i časovou obměnu, jelikož první z nich byla vyřknuta asi o staletí dříve. Pro bližší definici drogy nestačí pouze tyto dvě uvedené. Droga musí splňovat řadu vlastností proto, abychom ji řadili mezi drogy. Drogou lze chápat každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky: 1. má tzv. „psychotropní účinek“, což znamená, že ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na psychiku, a tudíž mění vnitřní naladění a 2. může vyvolat tzv. „potenciální závislost.“ (Presl 1995: 9)

Látky jsou užívány či zneužívány ke změně duševního stavu, tzn. nálady, chování, prožívání stavu bdělosti či útlumu. Změny jsou způsobeny vlivem drog na centrální nervovou soustavu. Kvalita duševní činnosti je dána činností a výkonností centrální nervové soustavy. Aby látka přírodní či uměle vyrobená byla pro organismus významná, musí splňovat některé náležitosti.

- Musí mít psychotropní účinek čili rychle a silně působit na centrální nervstvo, zatímco efekt somatotropní je méně nápadný.
- Psychotropní neboli psychoaktivní látka je více či méně toxická, protože narušuje normální činnost nervových buněk.
- Musí být návyková nebo potenciálně návyková. Tento návyk vzniká opakovaným užíváním drogy o to rychleji, čím je droga účinnější. Na některé drogy se vytvoří návyk během týdnů, u jiných to trvá měsíce či léta. Návyk může být i po jediném „osudovém“ zneužití drogy.
- Musí být lehce dostupná a ne příliš drahá. Droga, která lze získat od osob z blízkého okolí – spolužáci nebo kamarádi. Finanční částka je velmi nízká, od desítek korun výše. (Riesel 1999: 7, 8)

1.2 Zneužívání drog bez návyku a s návykem

Kromě definice drogy je důležité definovat pojmy „zneužívání drog s návykem“ a „bez návyku“. Samotné zneužívání je definováno jako působení potěšení nebo vytvoření si stavu otravy drogou, při které dochází ke změně duševního stavu. Nepříznivě ovlivňuje duševní a tělesný stav a sociální vztahy. Jedná se o takové požívání, které nelze ospravedlnit lékařskými předpisy. (Riesel 1999: 9)

Při „zneužívání drog bez návyku“ chybí puzení k pravidelnému užívání či k užití nadměrnému, svoboda rozhodování není ještě podstatně omezena. (Riesel 1999: 9)

Při „zneužívání drogy s návykem“ převládá nutkání vzít si drogu a snižuje se svoboda volby vzít si pouze malou dávku drogy. Při návyku je nutno dávku drogy zvyšovat, protože stávající množství nezpůsobuje takovou změnu psychiky, pro kterou je droga zneužívána. Nervové buňky tolerují drogu, což znamená, že specifické receptory, do kterých droga vstupuje, se stávají méně citlivými. (Riesel 1999: 10)

Ve výzkumné části dotazníku budeme zjišťovat, zda studenti užívají návykové látky s návykem či bez návyku. Pokud dochází ke zneužívání bez návyku, jedná se o zneužívání rekreační, kdy osoba drogu opětovně nevyhledává, užívá ji pouze příležitostně na různých společenských akcích. Důležitou otázkou v dotazníku pro zjištění zneužívání je, jak dlouho od prvního užití osoba drogu bere a jak intenzivně.

Existují různé pohledy, na základě kterých se mohou drogy dělit. Jednak to mohou být drogy tolerované, které jsou společností přijaté a trpěné. Opakem drogy, které nejsou společností přijaté a navíc pustoší osobnost a mají zdravotní následky. Drogy, pod

jejichž vlivem se lidé dopouštějí závažných poruch chování (mají snížené zábrany). Drogy, které účelově mění myšlení a prožívání, dochází k poruše myšlení a vnímání. Drogy se mohou dělit na „drogy měkké“ s akceptovaným rizikem, nepůsobí fyzickou závislost, ale může se vyskytnout závislost psychická, což je závislost myslí. A „tvrdé drogy“ s neakceptovaným rizikem, zde je riziko vzniku fyzické závislosti vysoké. (Riesel 1999: 10)

Nadále bude v tomto textu termín droga užíván ve smyslu tzv. „měkkých“ a „tvrdých drog“ bez zařazení kategorie alkoholu a tabáku. Bude se tedy jednat o drogy, které nejsou společnostmi tolerovány.

2 HISTORIE DROG

Historie drog nám může pomoci proniknout do dané problematiky, vidět primitivní důvody užívání drog a navázat na dnešní potřebu lidí se drogami nechat manipulovat.

Je těžké zjistit, od kdy lidstvo zneužívá rozmanité drogy. Historie zneužívání drog je zřejmě stará jako lidstvo samo. Příslušníci různých náboženství věřili, že drogy jsou darem bohů. Příklady můžeme najít v indických mytologických textech, stejně jako v legendách amerických Indiánů. (Janík a Dušek 1990: 13)

Odedávna lidé věřili, že se dají připravit látky, které přinášejí zapomnění, způsobují nesmrtelnost, vracejí mládí, navozují lásku, případně zbavují člověka vlastní vůle a podrobují ho vůli druhého. (Janík a Dušek 1990: 13)

V období evropského středověku byly drogy spojovány s čarodějnictvím. Čarodějnické masti, které obsahovaly afrodisiaka a hypnotika byly připravovány z hašiše, konopných květů, vlčího máku. Zážitky po nanesení masti na tělo jsou popisovány následovně: „*Točí se vám hlava, země vám mizí pod nohama, vznášíte se stále výš.*“ (Janík a Dušek 1990: 13)

Svědectvím zkušenosti drogy jsou i četná umělecká díla evropské kulturní tradice. Inspiraci drogou můžeme nalézt v řadě obrazů, soch i hudebních děl středověkých i novověkých mistrů. (Janík a Dušek 1990: 14)

V Indii a arabském světě se po tisíce let kouřily listy konopí setého (*Cannabis sativa*). Sušené listy (marihuana), palice samičích květů nebo lepkavá konopná pryskyřice (hašiš) se dají nejen kouřit, ale i konzumovat v různých kuchyňských úpravách. Narkotické účinky z konopí znal již filosof a lékař Galenos. Před ním znali tyto účinky Asyřané a staří Germáni, Hunové vařili konopí ve víně pro zvýšení jeho účinku.

Užívání konopných drog bylo v západním světě skoro neznámé do druhé poloviny 20. století, ale během hnutí beatníků a hippies v 50. a 60. letech získávalo na popularitě. (Iversen 2006: 20)

Zázračná rostlina koka zaujala pozornost Evropanů v roce 1531. Při dobývání říše Inků si Španělé povšimli, jak dobře domorodci snášejí velké tělesné vypětí a hladovění. Listy koky neboli kokainovníku pravého (*Erythroxylum coca*) peruánští indiáni nekouřili, ale žvýkali. Sami Indiáni považovali koku za dar boží, který navracel sílu a zaháněl hlad. Pěstování koky bylo rozšířeno hlavně v Peru, Bolívii a přilehlých oblastech. V roce 1860 německý chemik Albert Niemann izoloval z kokových listů čistý kokain a tato nová droga rychle získala oblibu jako účinné lokální anestetikum při náročných operacích oka a při zubařských zákrocích. Tvrdilo se, že je účinný při terapii různých nervových potíží. (Janík a Dušek 1990: 22)

Opium, uschlá šťáva z máku setého (*Papaver somniferum*), je dalším příkladem starobylého léku, který sloužil i jako droga. Opium se v říši Sumerů nazývalo „rostlinou radosti“. (Kalina a kol. 2003: 159) Mák setý pochází z oblasti Malé Asie, tudíž se jeho pěstování rozšířilo zejména v oblasti Středozemního moře. (Janík a Dušek 1990: 17) Mák je znám asi čtyři tisíciletí, údaje o zneužívání opia jsou až z druhé poloviny prvního tisíciletí před našim letopočtem. Později se znalost opia rozšířila na Dálný Východ. Čína se dlouho bránila dovozu opia z Indie, ale po prohraných „opiových válkách“ v první polovině 19. století byla nucena dovoz povolit. Čínská vláda už dříve zakázala kouření opia, protože závislí uživatelé oslabovali národní hospodářství a stát. Teprve od roku 1909 jsou postupně formulovány požadavky na kontrolu nad opiem – – Hongkongská smlouva. (Iversen 2006: 20)

Opium obsahuje řadu alkaloidů, mezi ně patří především morfin. Je nazván podle boha spánku „Morphin“. Na jedné straně byl objeven významný lék pro odstranění nesnesitelných bolestí, na druhé straně byla prokázána silná jedovatost a nebezpečí návyku. (Janík a Dušek 1990: 17)

Roku 1875 byl objeven heroin. Zneužívání heroinu se rozšířilo po první světové válce. Postihlo zejména USA. Již v 70. letech se ve statistikách uvádělo, že 90 % všech toxikomanů v USA tvoří heroinisté. Pašování heroinu se stalo výnosným obchodem. Pašuje se z Blízkého východu přes Marseille, Mexiko do USA. (Janík a Dušek 1990: 17)

V minulém století vešly ve známost první čistě syntetické sloučeniny – amfetamin. Byl poprvé syntetizován chemikem Edeleanu. Britští fyziologové Dále a Barger si poprvé všimli podobných vlastností amfetaminu a adrenalinu. Byly zkoumány budivé účinky a byl terapeuticky využíván. Studenti Minesotské univerzity poprvé zneužili amfetamin ve snaze zlepšit studijní výsledky. Byl také zneužíván jako doping ve vrcholném sportu a ve válečných akcích¹. (Iversen 2006: 102)

Švýcarský chemik Albert Hofmann připravil poprvé dietylamid kyseliny d-lysergové v roce 1938. Objev LSD doprovázelo studium halucinogenů izolovaných z rostlin – mexického kaktusu a mexických „posvátných hub“. K čistým halucinogenům se ke konci 20. století připojila ještě syntetická rekreační droga extáze (MDMA), jejíž účinky jsou částečně stimulační a částečně i halucinogenní. (Iversen 2006: 21)

„A historie se stále opakuje. Sotva se podařilo zmírnit nebo potlačit jeden druh toxikomanie, již se vynoří další, často ještě zákeřnější a společensky nebezpečnější především proto, že si zpočátku neuvědomujeme hrozící nebezpečí a že na boj s toxikomanií nejsme dostatečně připraveni.“ (Janík a Dušek 1990: 30)

3 DRUHY A DĚLENÍ DROG Z HLEDISKA DOPADŮ NA ČLOVĚKA

Systematické dělení drog do skupin nám dává přehled o různých druzích drog. Pro prevenci je důležité mít povědomí o kategoriích drog a jejich účincích na člověka. O existenci různých drog by měli mít povědomí jak učitelé, tak i rodiče. V této kapitole je uveden nástin psychických a fyzických dopadů na člověka při užívání drog.

3.1 Opioidy a opiáty

Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti, proti kašli, protože tlumí kašlavý reflex. Tinktura opii je lékem při léčbě odvykacího stavu u novorozenců, jejichž matky jsou závislé na heroinu. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou

¹ Za 2. světové války především při dopování bojových letců, později diverzních skupin a personálu polních nemocnic, stejně tak během Korejské války v 50. letech (Kalina a kol. 2003: 159)

morfinu². Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opoidní receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému. (Kalina a kol. 2003: 159)

Dochází k tlumivému účinku v centrálním nervovém systému. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti. Dochází k útlumu dýchacího centra, k poklesu citlivosti na dráždivý účinek. Opioidy vyvolávají stažení zornice a centrálně snižují tělesnou teplotu. Dochází k rozšíření cév, zpomalení frekvence srdeční činnosti, pokles krevního tlaku. Může vyvolat těžkou zácpu. Svědění kůže, pro opioidy je typické poškrábání po celém těle a to i v bezvědomí. (Kalina a kol. 2003: 160)

Při intoxikaci je v popředí zklidnění a příjemná euforie. První příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, dýchání je povrchní, zúžení zornic přechází v konečném stádiu³ k rozšíření zornic, dochází ke zvýšení všech somatických reflexů. Klasickým projevem průběhu závislosti na opiátech je rychlý vzrůst tzv. tolerance⁴. (Kalina a kol. 2003: 160)

Nejvíce bývá postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí potenci, může být depresivní, součástí bývá nespavost, únava a podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu a může vést až k sebevraždě. (Kalina a kol. 2003: 161)

3.1.1 Heroin, braun, metadon

Heroin byl dříve používán jako lék proti závislosti na morfinu. Jinak také nazývaný jako diacetylmorfin. V Evropě je heroin distribuován převážně z Turecka a tzv. „balkánská drogová scéna“ vede i přes naši republiku. Největší distribuce nastala po roce 1989, nejprve se s drogou experimentovalo, posléze se v roce 1993 ve středisku DROP IN zaznamenal první, výraznější výskyt závislých na této droze. Heroin se v naprosté většině případů kouří a jen výjimečně se píchá do žíly. Je sníženo riziko infekce a vytvořena mylná představa sníženého rizika závislosti. Šance na vyléčení jsou podstatně vyšší, jelikož s heroinem začínají především dvacetiletí nebo pětadvacetiletí

² Morfin je nejdůležitější účinnou látkou opia a referenční látkou, ke které se vztahuje účinek ostatních opioidů (Kalina a kol. 2003: 160)

³ Stádium, které předchází úmrtí, příčinou je mělké dýchání a nedostatečné okysličení krve (Kalina a kol. 2003: 161).

⁴ Tolerance znamená, že při opakovaném užití látky organismus „přivyká“ na vysoké dávky a pro dosažení účinku potřebuje vysokou dávku drogy (Presl 1995).

uživatelé, kteří už mají vytvořený hodnotový systém a drogu užívají především jako rychle dosažitelnou relaxaci. (Presl 1995: 23).

Účinná směs derivátů kodeinu, je souhrnně označována jako „braun“. Tekutina nahnědlé nebo hnědé barvy, jedná se o alkaloidy získané z tzv. „surového opia“. Braun je specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahující kodein, výsledkem je tinktura, která se aplikuje nitrožilně. Má nižší potenciál pro závislost než heroin. V 2. polovině 90. let byl braun z drogové scény vytěsněn a vrací se pouze jako náhrada při kolísání heroinu na trhu. (Kalina a kol. 2003: 162)

Metadon patří mezi syntetické opioidy. Díky mimořádně pomalému nástupu účinku doprovázeného jen minimálním pocitem euforie má nižší potenciál závislosti než heroin. Aplikace je nejčastěji ústí. Metadon se vyrábí pouze legálně pro medicínské účely, prosakuje na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní droga. (Kalina a kol. 2003: 162)

3.2 Stimulační drogy

Jedná se o látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení – lepší vybavenost paměti. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly a energie. Snižuje chuť k jídlu. Na druhé straně vyvolávají úzkost, umocňují trému, může vést až k agresivitě. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný kocovině. Dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů, po delší „jízde“⁵ není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění. Uživatel má sníženou chuť k jídlu, což vede k rapidnímu hubnutí, někdy i o více jak 10 kg za měsíc. Návrat organismu do původní kondice je pak velmi zdoluhavý. (Kalina a kol. 2003: 164)

3.2.1 Kokain, pervitin, extáze

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Erythroxilon koka LAM. Medicínsky se využívá ve formě Cocainum chlorátům nebo hydrochloricum. Zneužívání kokainu postihuje především USA a Kanadu. Ve střední Evropě včetně ČR je kokain okrajovou drogou, vyskytuje se spíše ve finančně privilegovaných skupinách. Tradičním

⁵ Několikadenní opakované užití, typické pro začátek drogové kariéry uživatelů stimulancii (Kalina a kol. 2003: 164)

způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, v našich podmínkách nejčastěji šňupáním. Kokainista je veselý, družný, má halucinace příjemného obsahu, dostavuje se touha po pohybu a zvýšeném výkonu. Intoxikovaný je nápadný přebytkem energie, hovorností, často hyperaktivitou, poruchy chování, vymizení zábran. Závislost na kokainu je spíše psychická a proto je o to horší, dá se říct, že podle některých autorů je nejsilnější. Je zde velký záprah na kardiovaskulární systém, stoupá riziko mozkových a srdečních příhod. Dochází zcela běžně k poškození nosní sliznice až ke ztrátě čichu. (Kalina a kol. 2003: 164)

Pervitin nebo také metanfetamin, v slangu je nazýván jako „perník“, „péčko“, „piko“. Pervitin je připravován v domácích laboratořích, je širším zástupcem amfetaminových drog, a od nás je exportován na Západ. Na trhu se vyskytuje někdy pouze mezistupeň této drogy – nečistý pervitin. Riziko poškození organismu je zvyšováno tím, že je vpichován přímo do žíly. (Presl 1995: 15).

Psychotropní efekt je velmi výrazný, příjemný, a proto vysoce žádaný. Odstraňuje únavu, povzbuzuje, dává pocit zvýšené psychické a fyzické výkonnosti. Vyskytuje se zde ale velký rozdíl mezi realitou a vlastním sebehodnocením, které může mít tragické následky.

Extáze nebo-li MDMA. Chemická struktura je v některých publikacích uváděna různě. Na černém trhu se vyskytují tzv. „fake ecstasy“ jedná se o drogy, které jsou zrovna žádaný. MDMA tlumí agresivitu, dává schopnost vcítit se do druhého, k empatii. (Presl 1995: 17).

3.3 Halucinogenní drogy

Halucinogeny, toto slovo v překladu znamená látky vyvolávající halucinace. Halucinogeny zahrnují jednak přírodní látky například bufotenin, psilocybin, mezkalin, atd. Dále také látky synteticky připravené jako je LSD-25, DOM, atd. Tyto látky mohou vyvolat výrazné změny či poruchy vnímání, emocí, prožívání a následně chování. Také bývají postiženy oblasti myšlení, fantazie, pozornosti. Při dlouhodobém užívání může dojít k poruchám v oblasti morálních a etických hodnot. Tyto látky narušují organismus jako celek, nikoli jednotlivé části. Halucinogeny mohou u zdravého člověka vyvolat psychickou alteraci, podobnou psychóze. (Kalina a kol. 2003: 169 – 172)

3.3.1 Psilocybin, LSD

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látka obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*. Ty se běžně vyskytují na velké části území. Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby, většinou pouze klobouky. Dostupnost je velmi snadná díky jednoduchému sběru a sušení, zde se nejedná ani moc o prodej spíše o darování či výměnu. Množství aktivních látek nelze v houbě odhadnout, což s sebou nese velké riziko spojené s kontrolou intoxikace. (Kalina a kol. 2003: 169 – 170)

LSD neboli kyselina lysergová, jedná se o přípravek mimořádně zajímavých účinků na psychiku, vyvolávající stav podobný psychózám. Droga se dá poměrně snadno vyrobit v improvizovaných podmínkách. Centrální účinky na psychické funkce jsou euforie, deprese, bezradnost, výkyvy nálad, poruchy percepce, halucinace. Dochází k poruše myšlení, obvyklý je paranoidní výskyt bludů. Poruchy v oblasti vnímání času a prostorové orientace. Centrálními účinky na somatické funkce je ataxie⁶ a spastická obrna⁷. (Kalina a kol. 2003: 174 – 178)

3.4 Konopné drogy

Cannabis sativa, konopí seté je jednoletá, dvoudomá bylina. Jedná se o rostlinu, která pochází původně z Indie a byla pěstována pro její psychotropní účinky, je nejvíce rozšířená. Konopí je pěstováno pro průmyslové účely tradičně i u nás. Marihuana i hašiš obsahují stejně účinnou látku, jde jen o rozdílnou formu úpravy výsledného produktu. Zaslá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí se nazývá hašiš (*charas*), zatímco sušené a jinak upravené listy a květenství stejné rostliny jsou označovány za marihuanu (*ganja*, tráva). (Dupal 1996: 16 – 18)

Existují různé formy lišící se obsahem pryskyřice a množství účinné látky – THC (tetrahydrocannabinol). Neurobiologickým mechanismem účinku THC je jeho vazba na kanabinoidní receptory v mozku. Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti. Používá se při zvládnání obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění. Perspektivní se také jeví v neurologii

⁶ Ataxie se projevuje nekoordinovanými pohyby, dysmetrií, sníženou funkční schopností kompenzačního mechanismu (především hlavy a horních končetin) a zhoršenou rovnováhou reakce. (článek z Nadačního fondu Impuls 2011).

⁷ Spastická obrna je stav, kdy dochází ke zvýšenému svalovému napětí, tuhost jedné nebo více končetin, je omezen pohyb, jelikož končetiny nejsou schopny koordinovat pohyb. (článek YesAnswer 2011)

(roztroušená sklerosa, migréna či Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství a v očním lékařství. (Kalina a kol. 2003: 174 – 178)

3.4.1 Marihuana, hašiš

Domácí produkce marihuany se pohybuje mezi 2 – 8 % obsahu aktivních látek, zahraniční mezi 6 – 14 %. O určité „revoluci“ na černém trhu lze hovořit ve spojitosti rozvojem technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení. Šlechtěné odrůdy pak dosahují vysokého obsahu účinných látek až 20 %. (Kalina a kol. 2003: 170)

Obsah aktivních látek může být až okolo 40 %. Někdy se barevně liší podle původu, může být tmavě zelený až tmavě hnědý. (Kalina a kol. 2003)

3.5 Těkavé látky

Mezi ně patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Liší se od sebe chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Těkavé látky ovlivňují centrální nervovou soustavu, což se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. U nás se setkáme zejména s uživateli toluenu, ten funguje jako náhrada jiných drog.

Čichání této drogy se vyskytuje zejména u nejmladší věkové skupiny, v současné době zejména u romské populace. (Kalina a kol. 2003: 193)

3.5.1 Toluén, éter, rajský plyn

Toluén neboli methylbenzen je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Jde o aromatický uhlovodík, bezbarvou kapalinu, která se získává z ropy, lehkého oleje nebo kokosových plynů. Toluén se může inhalovat přímo z láhve, ale častějším způsobem je vdechování výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Při inhalaci se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání doprovázený živými, barevnými halucinacemi, dochází ke spánku, k poruchám vědomí. K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití. Při delším užívání dochází k poruchám emotivity a chování, k agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Často dochází k toxickému porušení jater a ledvin, k poleptání dýchacích cest. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost, někteří pacienti inhalují toluén téměř denně, nejsou schopni výkonu povolání a dochází k degradaci osobnosti. (Kalina a kol. 2003: 193)

Éter, rozpouštědlo olejů a tuků, dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný. (Kalina a kol. 2003: 193)

Rajský plyn – oxid dusný, smíšený s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. (Kalina a kol. 2003: 193)

4 ČESKÁ DROGOVÁ SCÉNA

4.1 Drogová situace obecně

Pro realizaci protidrogové politiky je nesmírně důležitý vědecký přístup stejně jako odpovídající znalost rozsahu užívání drog ve společnosti. V roce 2001 se podařilo vědecky zmapovat, popsat a analyzovat situaci v užívání nezákonných drog a realizovala se protidrogová opatření. Pro objektivní a komplexní zhodnocení dopadů, které bylo způsobeno zavedením trestnosti držení drog pro vlastní potřebu, bylo třeba popsat situaci v dílčích oblastech – 5 klíčovými indikátory:

- 1) průzkumy užívání nelegálních drog v obecné populaci
- 2) odhady počtu problémových uživatelů
- 3) zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog
- 4) úmrtí v souvislosti s užíváním drog
- 5) infekční nemoci se vztahem k užívání drog (Kalina a kol. 2003: 25)

České protidrogové politice se podařilo vyčíslit i společenské náklady na zneužívání nelegálních drog. V České republice se každoročně spotřebují nelegální drogy v hodnotě 15 miliard Kč, měřeno podle jejich ceny na černém trhu, skutečných peněz je vynaloženo podstatně méně, jelikož značné množství drog spotřebovávají sami výrobci. (Kalina a kol. 2003: 25)

4.2 Lidé a statistika nákladů

Statistika z roku 2001 uvádí, že v ČR alespoň jednou vyzkoušelo nelegální drogu cca 1 150 000, tj. 16 % obyvatel ve věku 15 – 64 let. Alespoň jednou za rok užije drogu asi 570 000 osob, jedná se především o marihuanu a hašiš. Do kategorie uživatelů „tvrdých drog“ spadá v ČR cca 15 000 osob užívajících dlouhodobě a injekčně heroin a asi 22 500 osob užívajících stejným způsobem pervitin (tj. cca 37 500 osob). 0,5% ze všech obyvatel ČR ve věku 15 – 64 let, což odpovídá situaci v zemích EU; v USA

a v Kanadě tvoří podíl uživatelů „tvrdých drog“ ve společnosti v průměru 2,1%. Služeb nízko prahových center využívalo 17 000 problémových uživatelů drog. Léčbu vyhledalo 4 233 osob; jejich průměrný věk byl 21,6 roku. Policie obdržela 804 oznámení o přestupku držení drog v malém množství. Policie stíhala za „drogové trestní činy“⁸ 1952 pachatelů, z toho 139 dětí a 221 mladistvých. Na předávkování a zneužívání těkavými látkami zemřelo v roce 2001 v ČR 84 osob. (Kalina a kol. 2003: 26)

Společenské náklady v souvislosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represí a hodnota ušlé produktivity) činí nejméně 2,8 miliardy Kč ročně. Ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo na specifickou primární pomoc 245 miliónů Kč. Na nespécifickou primární prevenci bylo ze státního rozpočtu vynaloženo téměř 792 miliónů Kč. (Kalina a kol. 2003: 26)

V České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany, zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15 – 25 let). Pravidelně marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15 – 19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46 %). Ve výzkumné části dotazníku jsme se dozvěděli, že alespoň jednu zkušenost s marihuanou má 47 %, toto číslo se téměř shoduje s celostátním propočtem. Opakovaně ji užila asi pětina respondentů.

Stoupá také počet osob užívajících MDMA (tzv. extázi). Snižuje se počet šestnáctiletých studentů a učňů, kteří mají jednu a více zkušeností s „tvrdými drogami“ – tedy s pervitinem a heroinem. (Kalina a kol. 2003: 28)

4.3 Institucionální vybavenost ČR v oblasti prevence a léčby

Cílem výzkumu, který probíhal pod názvem „Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR“ v roce 2000, bylo zjistit síť existujících programů, jimi poskytované služby, míru spolupráce a návaznosti mezi jednotlivými programy a zařízeními. Z 253 organizací, které se celostátního šetření účastnily, se 62 zabývá výhradně drogovou problematikou, u ostatních jsou programy zaměřeny na drogovou problematiku jen jednou z aktivit. Jako důležitou oblast své činnosti uvedlo prevenci 212 organizací. Jako další významný předmět zájmu následovaly: léčba a péče, sociální programy a volnočasové aktivity, školení odborníků atd. Primární prevence

⁸ Drogové trestné činy jsou trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů. (Zeman 2009)

nepatří v ČR mezi zanedbané součásti protidrogové prevence. Problémy jsou ovšem s nejednotným pohledem na primární prevenci užívání drog. Chybí základní kritéria pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytovaných služeb. Neefektivní komunikace mezi jednotlivými úrovněmi: tj. poskytovatelé finančních prostředků – poskytovatelé služeb – příjemci služeb primární prevence.

Síť programů léčby a resocializace závislých v ČR odpovídá potřebám, nedostatečně zabezpečené se jeví služby pro nezletilé. (Kalina a kol. 2003: 28) V ČR se nenachází ani jedna léčebna speciálně pro nezletilé narkomany. Jediné detoxikační zřízení se nachází v Praze, potřeba by byla i v dalších velkých městech jako je Brno či Ostrava. Jsou velmi důležitá proto, aby se dětští narkomani ke své závislosti nevraceli. (Ceskatelevize.cz, 2010, online cit. 17. března 2012)

Problematiku nelegálních drog upravuje legislativa České republiky. Jedná se o zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Je normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekurzory. Tento zákon stanovuje pravidla výzkumu, výroby, zpracování, odběru, skladování a používání těchto látek. Dále jejich koupi a prodej, zprostředkování smluv o jejich převodech a zastupování při uzavírání takových smluv. Zacházení s takovými omamnými a psychotropními látkami je možné pouze na základě zvláštního povolení, které vydává Ministerstvo zdravotnictví. Každé nakládání s nimi bez takového povolení je neoprávněné.

Trestný čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187 trestního zákona – nejzávažnější z drogových trestních činů je nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů.

5 SYNDROM ZÁVISLOSTÍ

5.1 Definice závislosti

Definice závislosti se určuje podle poslední revize Mezinárodní klasifikace nemocí a je důležitou pro pochopení závislosti na drogách. Jde o dokument, který vydala Světová zdravotnická organizace a v němž jsou uvedeny typy nemocí. V současné době je používána desátá revize.

„Syndrom závislosti: je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem

větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“ (Nešpor 2000: 9 - 10)

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během dvanácti měsíců došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

1) Silná touha nebo cit puzení užívat látku (carving, bažení)

Definice bažení zní: touha pociťovat účinky psychoaktivních látek, s níž měla osoba dříve zkušenosti. Rozděluje se také psychické (objevuje se po delší abstinenci) a tělesné (vzniká po odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm) bažení. Některé projevy při psychickém bažení – oslabení paměti, zhoršuje se postřeh, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku. Bažení může ale také vést k větší opatrnosti a k tomu, že se závislý v budoucnu vyhýbá nebezpečným situacím nebo se na ně lépe připraví. (Nešpor 2000: 10)

2) Potíže se sebeovládáním při užívání látky

Souvisí s bažením, ovšem i lidé, kteří trpí silným bažením, mohou mít zachované sebeovládání. Bažení je spíše příznakem subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování.

3) Tělesný odvykací stav.

Užívání látky s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním, případně odvykací stav. Příbuzná látka se používá k mírnění odvykacího stavu. Pro tuto diagnózu odvykacího stavu musí být splněna kritéria: 1) nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání 2) příznaky musí být v souladu se známkami odvykacího syndromu 3) příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

Diagnostika kritérií pro odvykací syndrom, v případě opioidů, alespoň 3 příznaky z následujících: slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže nebo opakované pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu.

4) Pojem tolerance k účinku látky

Jedná se o navyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku jako dříve s dávkami nižšími. Při vzniku tolerance se uplatňují psychologické vlivy. Tolerance vůči heroinu může u závislého nečekaně klesnout v cizím a neznámém prostředí. V důsledku toho může nastat otrava i při dávce, kterou závislí za normálních okolností toleroval. K poklesu tolerance dochází i v souvislosti s některými onemocněními a při léčbě řadou léků.

5) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

Čas věnovaný užívání, získávání nebo zotavování se z účinku látky. Jedná se o zúžený aspekt chování nebo o stereotypní chování ve vztahu k návykové látce. Téměř všechny čas je věnován shánění, aplikaci a zotavení se po užití drogy. Po skončení léčby je potřeba tento čas vhodně zaplnit, a to nejen prací, ale i dalšími aktivitami.

6) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Pacient musí být o škodlivých následcích dostatečně informován. O znak závislosti se jedná v případě, že byl pacient náležitě informován o svém zdravotním stavu. (Nešpor 2000: 10 – 12)

Pokud se z těchto 6 znaků během jednoho roku minimálně 3 z nich objeví, je důvodem stanovit diagnózu pro člověka, který je závislý.

Syndrom závislosti může být jak pro jednotlivou látku např. tabák, tak i třídu látek např. opioidy. (Nešpor 2000: 10)

5.2 Vznik a rozvoj závislosti

Vznik závislosti na drogách bychom mohli vystihnout procesem komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti. Závislost na drogách nevzniká náhle, ve většině případů prochází několika fázemi. Rozvoj závislosti je mnohem kratší, než je tomu u alkoholu. Charakteristické fáze:

1. stádium (experimentální) – občasné užití přináší jedinci příjemné, dosud nepoznané prožitky, negativní účinky látky nejsou patrné. Droga mu pomáhá uniknout realitě, školu, práci a další problémy lze zvládnout ještě lépe než dříve. Pokud se podaří konzumenta v této fázi podchytit, bývá šance na zanechání užívání drogy vysoká. Většinou konzumenty odradí ti, kdo jsou v dalších fázích závislosti.
2. stádium (příležitostného užívání) – jedinec zjišťuje, že mu droga pomáhá v situaci osobní a sociální nouze či nudy. V této fázi ještě není závislý, je si

vědom nesprávnosti takového chování. Záleží mu na společenském okolí, profesní roli, na svých blízkých.

3. stádium (pravidelného užívání) – v této fázi bere dotyčný drogu čím dál častěji, stále popírá rizika spojená s jeho chováním. Začíná být lhostejný ke všemu, co se netýká drogy. Přestává mu záležet na okolí, ztrácí zaměstnání, rozpadá se mu rodina a kontakty s blízkými. Jeho blízké okolí je tvořeno lidmi, kteří také propadli droze.
4. stádium (návyk a závislost) – jiná motivace než směrem k droze neexistuje, sociální vazby pouze v partě narkomanů. Somatické, psychické a sociální změny jsou závažně a patrně na první pohled. Často dochází k poškození zdraví, k poškození CNS, vnitřních orgánů, sekundárně k snížení imunity, k hepatitidě, HIV. (Fischer a Škoda 2009: 104)

6 SOCIÁLNÍ DEVIACE

6.1 Definice deviace

Ve výzkumné části se nachází otázky týkající se sociálních deviací, které jsou spojené s užíváním drog. Pro zmapování problematiky je důležité uvést definici deviace. Jedná se o porušení nebo podstatnou odchylku od některé sociální normy chování nebo od skupiny norem; nerespektování požadavků, které na individuum nebo skupinu klade určitá norma nebo soubor norem. Pojem deviace sociální se začal všeobecně používat v americké a britské sociologii ve 40. letech 19. století, dříve se používalo specifitější nebo naopak neurčitějších termínů jako anomie, sociální patologie, sociální dezorganizace apod. Rozlišujeme deviaci pozitivní a negativní, aby se postihlo, že každá odchylka od normy je deviací. Z toho hlediska je deviací sociální jak chudoba, tak nadměrné bohatství, stejně tak porušování pravidel etikety jako jejich krajní dodržování. Žádná norma nebo skupina norem není dodržovaná přesně a všemi lidmi stejně, proto existuje nepsaný toleranční limit. Jednotlivé skupiny a kultury se liší rozsahem sociálního chování, které spadá do oblasti tolerančního limitu, např. tolerance vůči konzumu alkoholu silně kolísá. (Kapr 1991: 57)

Koncepce tzv. „objektivní deviace“ zdůrazňují rozhodující roli faktu porušení normy, obvykle požadují splnění dalších podmínek. K těmto podmínkám patří zejména: opakovatelnost (porušování normy v čase a v různých teritoriích), hromadnost

(porušování se musí objevovat ve větších skupinách populace), společenská závažnost (je konkrétnímu chování přisuzována v daném sociokulturním prostředí), podobnost nebo identitu příčin. (Fischer a Škoda 2009: 15) Definice závislosti na návykové látce se s definicí objektivní deviace propojuje. Závislý člověk bere drogu opakovaně, většinou se obklopuje lidmi, kteří se též potýkají s problémem závislosti na droze. Rozdílné chování závislého člověka je každou společností pojímáno jinak. Příčin vzniku závislosti je celá řada.

Studiem deviace sociální se zabývá řada vědních oborů, vždy ze svého specifického hlediska, např. právo, etika, estetika, ale i etnografie, kulturní a sociální antropologie aj. V rámci sociologie se ustanovila samostatná disciplína – sociologie deviantního chování. (Kapr 1991: 59)

6.2 Sociologické definice deviace

Lidé běžně považují za devianty tyto skupiny či jednotlivce: homosexuály, drogově závislé, alkoholiky, prostitutky, lesbické ženy, vrahy a další kriminální delikventy atd. Z následujícího řazení je vidět, že vnímání slova deviant je dobově variabilní. Řadí se sem i komunisty, beatníky, ateisty apolitické extrémisty. Tento výčet je potřeba vnímat v kontextu doby jeho vzniku. Dobře demonstruje nejen variabilitu sociálních deviací, ale i to, co je za sociální deviace považováno. Stěžejní rozdíl lze spatřovat ve výběru dvou různých základních pohledů na společnost odpovídajících dvěma rozdílným sociologickým paradigmatům 1. Koncepce založené na normativním přístupu (objektivistické paradigma). 2. Koncepce založené na relativistickém přístupu (interpretativní paradigma). (Munková 2001: 13).

6.2.1 Koncepce normativního přístupu

Normativní pohled na sociální deviaci je historický. V rámci tohoto přístupu se deviace vztahuje na chování, které porušuje sociální normy nebo na osoby, které vykazují takové chování. Tato definice zdůrazňuje důležitost identifikace těch, kdo porušují normy a snaží se vysvětlit, proč se tak chovají. Normativní přístup se k sociálním deviacím staví na základě pojmu sociální normy a vidí sociální konsensus jako základní fakt organizovaného sociálního života s řádnými a předpověditelnými vzory. Chování, které se od těchto vzorů vzdaluje, je pak definováno jako deviantní. (Munková 2001: 14)

Normativní pohled je pro náš výzkum vypovídající. Je založen na předpokladu lidské racionality a odpovědnosti jednotlivce vůči celku. Společenské normy jsou sociálně vytvořené a mohou být identifikovány na základě empirického výzkumu, který odpovídá na 2 základní otázky: kdo vykazuje deviantní chování a z jakého důvodu. Normativní koncept na základě odpovědi popisuje charakteristiku deviantů a analýzu příčin deviantního chování. (Munková 2001: 14)

6.2.2 Koncepce relativistického pohledu

Tato koncepce vychází z úvahy, že centrálním faktem sociálního života ve společnosti je diverzita. Zdůrazňuje různost vzorů chování lidí v moderních společnostech. Jedná se o potřebu postihnout neustálé vytváření a přepracování vzorů chování lidí v dynamických sociálních procesech. Relativistická koncepce popírá univerzální platnost vymezování deviací. Lidem přijde chování deviantní pouze z vlastního pohledu vnímání nebo je to odezva na reakci⁹ ostatních. Deviantní je tedy to, co je označováno ostatními za deviantní. (Munková 2001: 15)

6.3 Vlastnosti osobnosti u devianta

U toxikomanů se objevují rysy nejistoty, nedostatečnosti a závislosti, které vedou k poruchám v sociálních vztazích, ty postižený kompenzuje užíváním drog. Uvádí se, že tyto vlastnosti jsou jedinci blízké už v době, kdy jsou mu drogy ještě cizí, to však vede k dalšímu postižení osobnosti a to především v oblasti sebekontroly¹⁰, v morální a sociální složce. Rozvoj závislosti je podmíněn predisponujícími vlastnostmi osobnosti, dostupností drog, typem a způsobem užívání a rolí drogové subkultury. (Hrčka 2000: 20).

Sociologové upozorňují, že lidské chování je tvořeno primárně sociálními rolmi a nikoli rysy osobnosti. Chování v určité situaci je podmíněno především sociálními interakcemi a vztahy a rolí vykonávanou v dané situaci. Jedinec s určitými osobnostními vlastnostmi se může v různých situacích a sociálních rolích chovat

⁹ Relativistická koncepce může být nazývána také reaktivní koncepcí, sociální deviace není inherentní vlastností určitého chování, ale vlastnost přisuzovaná tomuto chování okolím. (Hrčka 2000: 27)

¹⁰ Nízká sebekontrola se vyznačuje impulzivitou, zaměřením na bezprostřední a snadno dosažitelné cíle, na okamžité vzrušení a uspokojení, omezenou verbální komunikaci, neschopností nebo neochotou zvažovat dlouhodobé následky chování. Vzniká v raném dětství v důsledku neefektivní výchovy a představuje stabilní rys osobnosti, který se v průběhu života nemění. (Hrčka 2000: 20)

odlišně. Je velmi obtížné určit vliv samotné deviace, kontaktů s ostatními devianty a vliv zásahů sociální kontroly na osobnost devianta. Nemůžeme si tudíž být jistí, zda byly rysy přítomny už před vznikem deviantního chování nebo vznikly až v jeho důsledku. Neexistují vlastnosti osobnosti, které spolehlivě odlišují devianty od nedevariantů. Určité psychologické vlastnosti mohou jedince vést k určitému typu deviantního chování, ale samy o sobě toto chování nezpůsobují. (Hrčka 2000: 20)

6.4 Sociální důsledky uživatelů drog

Významným sociálním problémem uživatelů drog jsou rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, nízký stupeň vzdělání a špatná bytová situace, která v některých případech může vést i k bezdomovectví. Tyto problémy jsou kumulovány zejména mezi uživateli drog z řad etnických menšin, přistěhovalců a mezi staršími uživateli drog.

Terénní pracovníci nejčastěji pomáhají drogově závislým řešit dluhy, bydlení a nezaměstnanost. Součástí jejich práce je pomoci drogově závislým s postupným obnovováním kontaktů s vnějším sociálním prostředím a zvyšováním míry a kvality jeho sociálního fungování. Se zvyšujícím se věkem uživatelů drog se snižuje motivace ke změně. Starší drogově závislí byli v minulosti již trestáni, čímž se jim snižuje šance na trhu práce.

Závislost na návykových látkách je zatěžující pro celou rodinu. Dochází k devastaci vzájemných vazeb a vztahů, k negativním změnám ve vzorcích chování. Závislý není schopen plnit rodinné role ani psychologické, sociální a materiální funkce.

Podstatným sociálním problémem je sociální izolace, neboť jedince je společností odmítán, kritizován a často opovrhován. V důsledku toho vyhledává podobně odmítaných drogových jedinců. Přijímá vzorce chování dané drogové subkultury, ztotožňuje se s její hierarchií hodnot, čímž se snižuje šance na změnu způsobu tohoto života. (Drogy-info.cz, 2011, [online], cit. 17. března 2012)

Do dotazníkového šetření byla vložena i otázka týkající se názoru studentů na dopady poškození člověka v souvislosti s užíváním drog. Jak člověk poškozuje vlastní zdraví, odpovědělo 84 % dotazovaných *zcela ano, spíše ano*. Na otázku zda zanedbává vztahy s rodinou a ztratí zájem o svoje koníčky, odpovědělo kladně více jak 60 % respondentů. Jestli se člověk stane snáze nezaměstnaným, *zcela ano, spíše ano* zaškrtili tři čtvrtiny respondentů. Celkový pohled studentů na dopady poškození vlastní osoby užíváním návykových látek je spíše negativní.

7 PREVENCE

7.1 Definice prevence

Celá problematika drog je významně spojená s termínem prevence. Prevenci si nejprve definujeme a pak vysvětlíme její specifické sféry. Prevence je určena k zamezení, snížení výskytu či šíření škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. Podle World Health Organization se rozlišuje: 1) primární prevence, tj. předcházení užití u osob, kteří nejsou dosud s drogou v kontaktu, 2) sekundární prevence, tj. předcházení vzniku a rozvoje závislostí u osob, které již drogu užívají, 3) terciární prevence, tj. předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Prevence tvoří jeden ze tří hlavních pilířů protidrogové politiky státu a spolu s léčbou a nízkoprahovými službami tvoří soubor opatření směřující k omezení poptávky. (Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011)

Naše dotazníkové šetření zajímá zejména primární prevence, které jsou věnovány hodiny občanské výchovy ve škole, či se jedná o prevenci ve specializovaných institucích. Sekundární prevence nastává v okamžiku, kdy mládež již drogu užila a protidrogová prevence se snaží potřebnými aktivitami, diskuzemi, preventivními programy zamezit a varovat před důsledky, které užívání drog mohou způsobit.

7.2 Primární prevence

Klade si za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň odložit první kontakt s drogou. Předcházet zvyšování užívání mezi rizikovou populací. Preventivní programy se mohou zaměřovat na celou populaci pomocí masových médií ve veřejném vzdělávání, ale i na určitou část populace – programy ve školách zaměřené na většinu studentů a žáků. Primární prevence se může zaměřit i na ohroženou populaci – děti ulice; mladí lidé, kteří opustili školu; děti uživatelů drog, atd. Obsahují tyto hlavní složky: 1) vytváření povědomí a informovanost o drogách o nepříznivých zdravotních a sociálních následcích, 2) podporu protidrogových postojů a norem, 3) posilování prosociálního chování v protikladu zneužívání drog, 4) posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů, 5) podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog. (Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011)

7.2.1 Nespecifická primární prevence

Jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, možnost rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoliv nemocí, forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času. Do nespecifické primární pomoci patří zájmové kroužky (při školách a školských zařízeních nebo lidových školách umění), sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Tyto programy by existovaly i bez problému drogové závislosti, je totiž smysluplné je rozvíjet a podporovat. (Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011)

7.2.2 Specifická primární prevence

Zaměřena na určitou formu nežádoucího chování, kterému se snaží předcházet nebo jej minimalizovat. Explicitně se zaměřuje na cílové skupiny, handicapované či vulnerabilní¹¹ cílové skupiny. Jasná profilace těchto programů – působit selektivně, specificky, je odděluje od nespecifických programů. Cílové skupiny jsou ohroženější, rizikovější. Utvářejí se v důsledku vzniku drogových závislostí, bez nich by neexistovali. Není třeba, aby jimi procházeli všechny děti. (Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011)

7.3 Co se v prevenci návykových látek u dětí osvědčilo

Projevovat zájem a získat důvěru je důležitým bodem mezi dítětem a rodičem. Zajímat se o školní i mimoškolní problémy, pomáhat je dítěti řešit, nikoli říkat jim: „Takové problémy bych chtěl mít.“ Problém je nutné vyslechnout celý, vnímat tón hlasu, gesta, výraz ve tváři. Odpovědět dítěti co nejlépe, ale i ho pohladit. Mít denně alespoň malou chvíli, kdy se věnujeme jenom jemu.

Umět s dětmi o alkoholu, tabáku a jiných návykových látkách mluvit. Být dobře informovaný, pokládat otázky ohledně tabáku, alkoholu i drog a vhodně argumentovat, proč je jejich užívání nebezpečné.

¹¹ Lékařské označení pro zranitelný (leccos.com: Lecykopedia, heslo vulnerabilní, [online], cit. 8. listopadu 2011)

Vyvážený životní styl a zdravé záliby. V prevenci problémů s návykovými látkami se správně zdůrazňuje nebezpečí nudy. Svá rizika s sebou však nese i opačný extrém, totiž když je dítě soustavně přetěžované a vyčerpané.

Užitečná rodinná pravidla. Ideální výchovný styl je vřelý a středně omezující. Nejlépe jsou na tom děti z rodin, kde dostávají lásku, zájem a pozornost, ale kde také existuje řád a předvídatelné prostředí. Nenechat se uchlácholit neurčitými sliby dítěte, nenechat se vydírat prohlášením typu „Když mi to nedovolíte, tak...“ Užití trestu by mělo bezprostředně následovat po překročení zákazu, pravidla by měla být určena předem ne až v situaci, kdy byla porušena.

Dobré hodnoty a vzory. Mnohé děti, které hodnoty rodičů v pubertě odmítaly, se k nim často v pozdějších letech v té či oné podobě vracejí. Vědět jaké hodnoty a vzory dítě přitahují a zajímat se o ně. Nejednat a neříkat nic, co by bylo v rozporu. Naučit dítě, že je možné se setkávat s jinými dospělými a dobře se bavit i bez alkoholu nebo jiných návykových látek.

Dobrá společnost a obrana před špatnou společností. Výsledky dobré výchovy v rodině mohou být ohroženy negativními vlivy mimo rodinu. Naštěstí to platí i naopak – příznivé okolnosti života mimo rodinu mohou do jisté míry vyvážit nedostatky výchovy v rodině. Pro obranu před špatnou společností je důležité umět odmítat.

Zdravé sebevědomé dítě si více váží sebe a svého zdraví, dokáže spíše odmítat a spíše dosahuje svých životních cílů. Brát v potaz názory a přání dítěte, klást cíle, které je schopné splnit. Ocenit spoluúčast dítěte, dávat přiměřenou zodpovědnost. Dítě ví, že ho mají rodiče rádi, i když se mu to či ono nepodaří.

Spolupráce při výchově mezi dospělými, kteří se o dítě starají, pronikavě zvyšuje naději na úspěch. Jedná se jak o členy blízké rodiny, tak učitele i různé psychologické a výchovné poradce. Snaha o hovory s jinými dospělými, porovnání a vytvoření si vlastního názoru. (Nešpor 2001: 14 – 28)

7.4 Typy programů drogové prevence

Projekt Evropská zdravá škola a drogy vychází z principu, že efektivní drogový preventivní program je intenzivní, průběžně prováděný a kombinuje věcné informace a osobní přístup. Nejefektivnější jsou dlouhodobější programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, osobní rozvoj a informace o drogách.

Existuje řada různých typů školních programů, kdy každý z nich má svoji charakteristiku a přístup. Ovšem všechny programy se v praxi zaměřují na ovlivnění nebo změnu procesů, které vedou k začátku užívání drog. Mediační proměnné podporují změny, které preventivní program vyvolává v souvislosti s chováním spojeným s užíváním drog. (Gallá a kol. 2002: 22)

Typy programů:

1. Informativní programy se zaměřují na předávání znalostí o důsledcích užívání drog a rozvíjí vědomí mladých lidí o užívání drog, jako o rizikovém chování. Obsahují informace o biologických, historických, chemických a právních souvislostech. Mluví o pozitivním a negativním účinku na zdraví, o sociálním prostředí a duševním dopadu. Využívá se řada aktivit, např.: přednášky, klasická forma vyučování, projekce filmů, diskuze a besedy.
2. Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti, jejíž cílem je zdokonalit schopnost studentů racionálně se rozhodovat ohledně užívání drog. Student se naučí strategii pro rozpoznání problému a nalézání řešení. Aktivity mohou být prezentovány ve formě přednášek, diskuzí, hraní rolí či úkolů. Vychází z předpokladu, že dovednost racionálního rozhodnutí snižuje riziko užívání drog.
3. Programy spojené se složením přísahy, podporují studenty v tom, aby slíbili nebo se zavázali, že nebudou užívat drogy, např. program nekuřáckých tříd. Tento slib bývá založen na morálních zásadách. Aktivity bývají řečnického charakteru, složení slibu má formu petice nebo smlouvy.
4. Programy zaměřené na uvědomování si hodnot, jejich cílem je, aby si mladí lidé uvědomovali hodnoty a následky jejich chování. Užívání drog je s dodržováním svých osobních hodnot neslučitelné. Aktivity, které pomohou rozpoznat existující hodnoty a preferovat hodnoty pozitivní, patří sem aktivity typu skupinové diskuze, využití tištěných materiálů s otázkami a cvičeními.
5. Programy zaměřené na zvládání stresu, učí studenty, jak se se stresem vypořádat a jak jej zvládat v obtížných situacích. Nalézání pozitivních alternativ k užívání drog při konfrontaci se stresovými situacemi. Aktivity zahrnují didaktické a diskusní strategie, důraz je kladen na techniky zvládání fyzického stresu.
6. Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení, cílem je rozvíjet pozitivní sebehodnocení a sebeúctu. Studenti se učí přijímat potíže a neúspěchy.

Podporují zvýšené oceňování vlastní vrozené i rozvíjené zdatnosti a jedinečnosti. Aktivity jsou zaměřené na diskuze a práci s cvičebnicemi.

7. Program zaměřen na nácvik sociálních dovedností. Vyučují obecným sociálním dovednostem, včetně komunikačních a mezilidských dovedností a schopnost řešit mezilidské konflikty. Uplatnění je širší než jen při odmítání nabídnuté drogy. Aktivity: nácvik asertivity a schopností komunikovat a řešit konflikty. (Gallá a kol. 2002: 22 – 25)

7.5 Co není primární protidrogovou prevencí

Jako protidrogová prevence bývají prezentovány i nejrůznější volnočasové aktivity, které protidrogovou prevencí nejsou. Účinnosti volnočasových aktivit ve smyslu prevence užívání drog lze jen stěží hodnotit, obecně je významně nižší než účinnost specifických programů a v mezinárodní terminologii nejsou volnočasové aktivity za prevenci užívání zařazovány. Důvodem nesprávného používání mohla být snaha provozovatelů těchto rekreačních činností o získání financí z veřejných či soukromých prostředků, určených specificky pro primární protidrogovou prevenci. Zamezilo tomu Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR, které zavedlo certifikaci preventivních programů. Metodické doporučení ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže bylo vydáno v roce 2010. (Drogy-info.cz, 2008, online cit. 28. listopadu 2011)

8 DŮLEŽITÝ ČINITEL - RODINA

Člověk se rodí do určitého prostředí, ve které vyrůstá. Běžně je to rodinné prostředí, v některých případech to mohou být i různá sociální zařízení. Jedinci, kteří jsou od narození vychováni v kolektivních zařízeních, trpí výraznější citovou deprivací než lidé, kteří od raného dětství vyrůstali v rodině a až poté delší dobu v dětských domovech. Podobně na tom mohou být i jedinci, kteří trvale žijí v rodině, která je buď v rozkladu, nebo se dítěti nevěnuje dostatečná péče. Při vzniku návyku se může uplatnit i porucha rodinného života. (Janík a Dušek 1990: 128)

Rodina utváří vztah mezi rodiči a dětmi. Dítě přebírá formy chování a hodnoty od rodičů, to v jaké míře je přebírá, závisí na konkrétních metodách rodičů, jejich pedagogické připravenosti a jejich citlivosti. (Níkl 2000: 32)

Existenci určitých nedostatků ve fungování rodiny může docházet k nesprávnému působení na děti. Rodina je dysfunkční ve smyslu nezájmu, lhostejnosti, nepečování o děti. Tyto děti tvoří velkou skupinu s nedostatky ve výchově. Další dysfunkcí je neúplnost a to ve smyslu, že se rodina nezaložila, to je problematika dětí žijících mimo manželství. Dále se rodina mohla rozpadnout, jinak řečeno rodiče se rozvedly. Rozvodovost má značný vliv na vývoj dětí. V neposlední řadě mohl jeden z rodičů zemřít. Problém vnitřně rozvrácené rodiny je podstatně větší než se obecně myslí a přiznává. Neobyčejně obtížné je určení negativních až hostilných vztahů k dítěti, a to tím spíše, že se vůbec neeviduje. Patří sem pohlavní zneužívání, novorozeňata zabita svými matkami či alkoholici – většinou otcové, kteří působí negativně na atmosféru v rodině. Kruté zacházení s dětmi, jejich trestání, týrání apod., je daleko častější, než se předpokládá. Tyto fakta vedou k nedostatkům ve výchově a případné následné protispolečenské činnosti. (Nikl 2000: 33–34)

8.1 Přehled prevence v rodině

Zevní okolnosti života – dospívající by měl mít vhodnou vrstevnickou společnost, povzbuzovat ho ke kvalitním zájmům a zálibám. Rozvoj schopností a nadání, neklást nerealistické nároky. Přiměřený dohled ze strany rodičů.

Emoční potřeby – vřelá a středně omezující výchova přiměřená věku. Stabilní předvídatelné rodinné prostředí. Přiměřené projevoování emocí.

Oblast poznávání – rodiče by měli být schopni o návykových nebezpečích informativně a poučeně mluvit. Všestranný rozvoj osobnosti.

Sociální a jiné dovednosti – základní sociální dovednosti (schopnost odmítnutí drogy, dovednosti rozhodování a předvídání následků svého jednání) schopnost se svěřit, základní dovednosti sebeuvědomování, relaxace, autoregulace. Znalost o tom, kde hledat pomoc pro různé problémy. (Nešpor 2001: 43)

9 DŮLEŽITÝ ČINITEL - ŠKOLA

Nejednou se setkáváme s případy vzniku drogové závislosti i mezi dětmi, které jsou školou povinné. Nemusí to znamenat, že příčinou je nesprávná výchova ve škole, ovšem škola na tom mívá také jistý podíl. Výchovou se dá člověk napravit, ale stejně dobře zkazít. Škola by měla umět děti natolik zaujmout, aby se stala hlavní náplní jejich života. Měla by dětem pomáhat i s víceúčelovým využitím volného času. Je známo

mnoho případů, kdy dítě po příchodu ze školy bývá bez dozoru, toulá se a lehce se pak může dostat do nevhodné společnosti. Vznik některých part ho může svádět k nesprávnému i nezákonnému jednání. (Janík a Dušek 1990: 128–129)

Škola jako výchovně vzdělávací instituce má výrazným způsobem ovlivňovat a formovat osobnost dítěte. Též má nemalou úlohu při řešení a odhalování užívání drog žáky a následného deviantního chování a jednání. Jen málokteré dítě se ve škole neprojeví svými sklony, často bývá právě škola hlavním místem pro páchání trestní činnosti. Učitel pak bývá postaven před úkol odhalit a následně řešit tyto nevhodné způsoby chování – drobnější přestupky v rámci třídy, eventuálně školy, závažnější problémy pak ve spolupráci s poradenskými a nápravnými zařízeními. (Střelec 2009: 120)

Úkolem školy by mělo být preventivní působení na žáky s důrazem na prevenci primární. Důležité je důsledné odstraňování negativních výchovných faktorů a vytváření optimálních podmínek pro zdravý psychický a morální vývoj dětí. Preventivní aktivity by se měly věnovat formování zdravého životního stylu, rozvíjení schopností žáků s drogou žít (myšleno ve společnosti), ale nepodlehnout jí. Zvláštní pozornost by se měla věnovat předcházení tzv. „měkkým drogám“, které jsou u dětí a mládeže nejrozšířenější a také nejnebezpečnější. Těžiště prevence není pouze ve škole, proto je nezbytná spolupráce s rodinami, vybranými zařízeními (zdravotnickými, volnočasovými, policií, apod.). Vhodné je využití pozitivního vlivu vybraných jedinců či vrstevnických skupin. (Střelec 2009: 122 – 123)

9.1 Přehled prevence ve škole

Škola používá účinné postupy jako peer programy, nácvik sociálních dovedností nebo pozitivní alternativy pro ohrožené. Prevence má interaktivní charakter, kdy žáci jsou aktivní. Škola spolupracuje i s rodiči a mimoškolními organizacemi.

Rozumná a přiměřená pravidla prosazovaná na školních akcích. Alkohol, tabák a jiné návykové látky či hazardní hry jsou ve škole a jejím okolí žákům téměř nedostupné. Učitelé jsou vnímáni jako pomáhající a pečující, pomáhají rozvoji žáků, dobře s nimi komunikují, spolupracují a dokážou rozpoznat jejich dobré možnosti.

Pro problémové a selhávající žáky škola hledá pozitivní alternativy i cesty, jak jim pomoci. Chrání i jejich sebevědomí. Škola vede k formování prosociálního chování,

pomoci druhým, k pozitivním hodnotám. Navazuje na kvalitní způsoby trávení volného času a mimoškolních aktivit. (Nešpor 2001: 48–49)

9.2 Prostředí zdravé školy

Pro většinu evropských států představuje zneužívání drog a závislosti na drogách problém v oblasti veřejného zdraví. Prevence bývá ve většině zemí zařazena do studijních plánů pro všechny dospívající ve věku 11 až 18 let. V některých zemích mají školy zákonnou povinnost provádět specifický program zaměřený na prevenci drog, jinde se ve vzdělávacích kurikulech uvádí, že je nutno věnovat pozornost všeobecné podpoře zdraví, a to včetně prevence drog. (Gallá a kol. 2002: 47)

Prostředí a vzdělávání obecně se považuje za efektivní platformu pro drogovou prevenci. Díky tomu mají školy výbornou pozici, a tak jim řada externích programů a organizací nabízí svůj vzdělávací program. Školám se nabízí spousta tematických projektů. Většina školních programů prevence drog není odborně vyhodnocována. Bez spolehlivých informací si školy těžko mohou vybrat ten správný program. Zároveň si musíme uvědomit, že řada programů nabízených školám je neefektivní a někdy mohou mít i nežádoucí účinky. Školy soupeří s omezenými dostupnými prostředky i nedostatkem času, a tak si musí být jisté tím, že preventivní program dosáhne toho, co slibuje. (Gallá a kol. 2002: 29)

10 PREVENCE U DĚTÍ V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH

10.1 Vliv kamarádů, bydliště, informovanosti

Měli bychom se zajímat, s jakými lidmi se naše dítě setkává i třeba si pohovořit s jejich rodiči. Trvat na tom, aby ti kdo berou drogy, do našeho bytu vůbec nechodili – mohlo by to ohrozit druhého sourozence a také by se mohlo z bytu ledacos ztratit. Důležité je opatření dobré vrstevnické skupiny, pokud tihne ke špatné, je nutné mu o tom říct a vyžadovat zpřetrhání těchto vztahů. (Nešpor 2001: 77)

Dítě, které žije ve velkoměstě má větší pravděpodobnost se snáze k drogám dostat. Dealeři se vyskytují právě ve velkoměstech. Rodiny žijící v panelovém domě, by měli být k této problematice obezřetní a dítě vhodně zaměstnat volnočasovými aktivitami. Není ale výjimkou, že se drogy vyskytují i na vesnici. Rodiče by měli být opatrní

a věnovat prevenci pozornost. Pro přerušeni styku s lidmi, kteří berou drogy, může být vhodné se přestěhovat na bezpečné místo. (Nešpor 2001: 77)

Sdělovací prostředky mohou škodit, ale i prospívat, hranice může být velmi tenká. Například škodí: návody, jak si vyrobit látku, kde ji získat; popisování senzačních prožitků pod vlivem drog; zabývání se drogových a alkoholových zážitků známých osobností; jednostranná kritika zákonů, policie, tzv. represe.

Prospívá: nabízení dobrých vrstevnických modelů, kteří žijí zdravě a rozumně; informace o tom, kde hledat pomoc pro různé problémy; pomoci lidem s tím, aby si problém u dětí více uvědomovali a byli více informovaní. (Nešpor 2001: 78)

10.2 Větší rizikovost určitých zaměstnání

Rodiče, ale i samo dítě by si mělo uvědomit při volbě povolání, jak bude vypadat prostředí, ve kterém bude pracovat a zda ho nebude nijak ohrožovat. Popisují se tzv. „riziková povolání“, kde riziko setkání se s drogou je značné. Na následujících povoláních je značné, co může být rizikem povolání a souviset s problematikou závislosti.

Rozdíly: barmanka

Rizikové činitele: snadná dostupnost drog, alkoholu, hazardních her na pracovišti, nedostatečná, nejasná pravidla zákazu těchto návykových látek na pracovišti, v práci hodně stresu, práce v noci, spolupracovníci nebo nadřízení častěji více nadměrně pijí, sociální tlak pít nebo i brát drogy.

Ochranné činitele: žádné, které by přímo vyplývali z této profese.

Učitelka v mateřské škole

Rizikové činitele: poněkud větší míra stresu, větší zodpovědnost a nárazová práce.

Ochranné činitele: malá dostupnost alkoholu, drog a hazardních her. Zákaz těch látek na pracovišti. Práce je přiměřeně zatěžující, jednosměnný provoz. Sociální tlak se vyhýbá návykovým látkám, alkoholu, hazardním hrám a spolupracovníci tyto věci nevyužívají. (Nešpor 2001: 79)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

11 CÍLE PRÁCE

Hlavními cíly výzkumné části je zjistit, jaká je míra užívání drog včetně alkoholu a cigaret na středních školách a jaké vlivy mohou být příčinou užívání drog. Určeny jsou i dílčí cíle. Prvním dílčím cílem je zjistit, zda jsou studenti ve škole dostatečně informováni o drogách, druhým dílčím cílem je dozvědět se, zda probíhají na školách preventivní programy závislosti na drogách. Podstatné je odhalit to, do jaké míry ovlivňuje užívání drog rodina, bydliště a mimoškolní zájmy. Posledním dílčím cílem je zjistit, jaký mají studenti názor na legalizaci a držení drog.

11.1 Určení hypotéz

První hypotéza je určena na základě vzdělání, a to ve smyslu vzdělání s maturitou a bez maturity. V našem šetření jsou dotazováni pouze středoškoláci, ale obtížnost škol není stejná.

U gymnázia se předpokládá vyšší obtížnost, protože studium je zakončeno maturitou. U kadeřnic a mechaniků je studium ukončeno výučním listem. Proto je vhodné rozdělení na studenty gymnázia a studenty učilišť.

Hypotéza č. 1. Čím vyšší je forma vzdělání, tím nižší je míra výskytu užívání drog.

Ke kladnému hodnocení sebe sama přispívá ve velké míře rodina. Důležité je, zda je rodina v rovnovážném stavu. To jak po stránce soužití otce a matky, tak vztahu k dětem. Nevylučuje se, že v neúplné rodině mohou být lepší vztahy a porozumění než v úplné.

Hypotéza č. 2. Ve stavu rodinného soužití, kde jsou rodiče manželé, je nižší míra užívání drog.

Pro protidrogovou prevenci je podstatným aspektem informovanost. Ta může přicházet od rodiny, školy, kamarádů, odborníků, médií, atd. Má vliv na první kontakt s drogou, ale může zasáhnout i v případě, že už byla droga užívána.

Hypotéza č. 3. Čím vyšší je míra informovanosti o návykových látkách, tím nižší je počet opakovanosti užití drog.

Do nespécifické primární pomoci patří volnočasové aktivity. Volnočasové aktivity jsou důležité pro vyplnění volného času něčím, co člověka naplňuje jak fyzicky, tak duševně.

Můžeme tím předcházet kontaktu s lidmi, kteří patří do „party“, ve které jsou drogy vítanou záležitostí.

Hypotéza č. 4. Čím je trávení volného času aktivnější, tím nižší je výskyt uživatelů drog.

11.2 Metodika práce

V rámci výzkumné části, pro provedení výzkumu a sběru dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Využila metody kvantitativního šetření pro analýzu zkoumaného problému „Prevence závislostí návykových látek na středních školách“. V případě tohoto výzkumu bylo zapotřebí vytvořit dotazník, který byl určen pro studenty středních škol. Dotazníky byly vyplněny ve spolupráci s učiteli jednotlivých škol, kteří vyučují občanskou výchovu.

Tyto třídy autorka vybrala náhodně. Jednou školou je čtyřleté gymnázium v Třebíči, druhou je třída středního odborného učiliště technického zaměření, oboru mechanik elektronických zařízení a třetí třídou též studenti středního odborného učiliště, oboru kadeřnice. Dotazník vyplnilo celkem 75 studentů.

Většina otázek je uzavřených, některé polouzavřené pro přesné doplnění odpovědi. U některých otázek měli respondenti zvolit pouze jednu odpověď, u některých i více možností.

Dotazníkové šetření bylo prováděno v období od prosince do března 2012 v kraji Vysočina, konkrétně ve městě Třebíč.

Sebraná data byla zařazena do jednotné databáze a následně vyhodnocena pomocí základních statistických dat. Konečné výstupy v podobě grafů a tabulek celkové výsledky zpřehlední a vhodně doplní text.

11.3 Analýza a interpretace dat

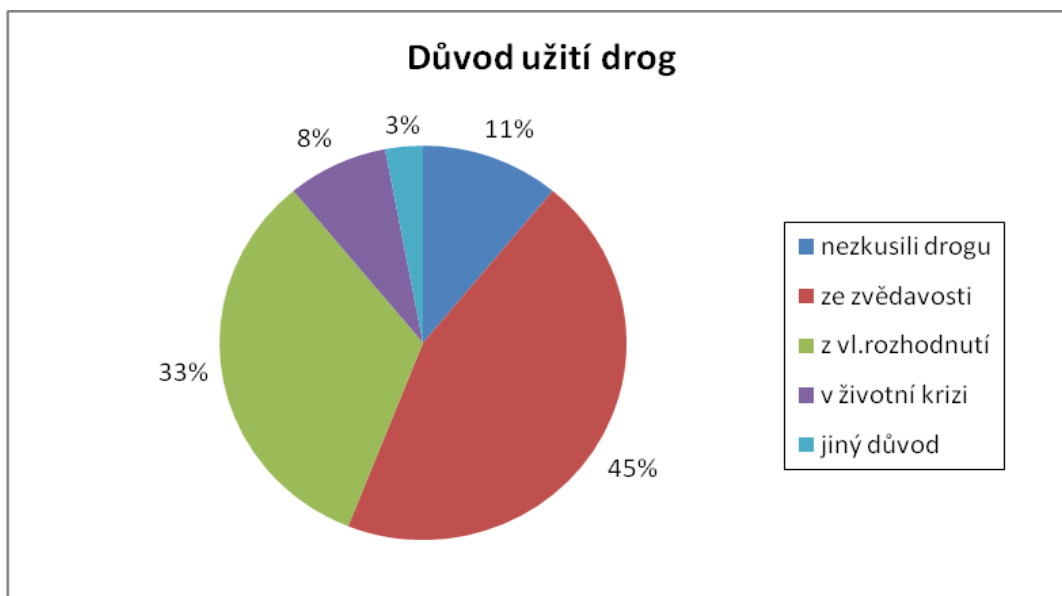
Výzkumu se zúčastnilo 75 respondentů – 30 dívek (40 %) a chlapců 45 (60 %), přičemž 17 % bylo ve věku 16 let, 67 % ve věku 17 let a 16 % ve věku 18 nebo více.

V první části dotazníku se nachází otázky týkající se zkušenosti s drogami, a to včetně alkoholu a cigaret. Drtivá většina (89 %) respondentů má zkušenost s drogami, pouze 8 respondentů (11 %) zkušenost nemá. Takto vysoké číslo je dáno vysokou tolerancí

společnosti k příležitostnému ochutnávání alkoholických nápojů ve věku, kdy mládeži nebylo ještě 18 let.

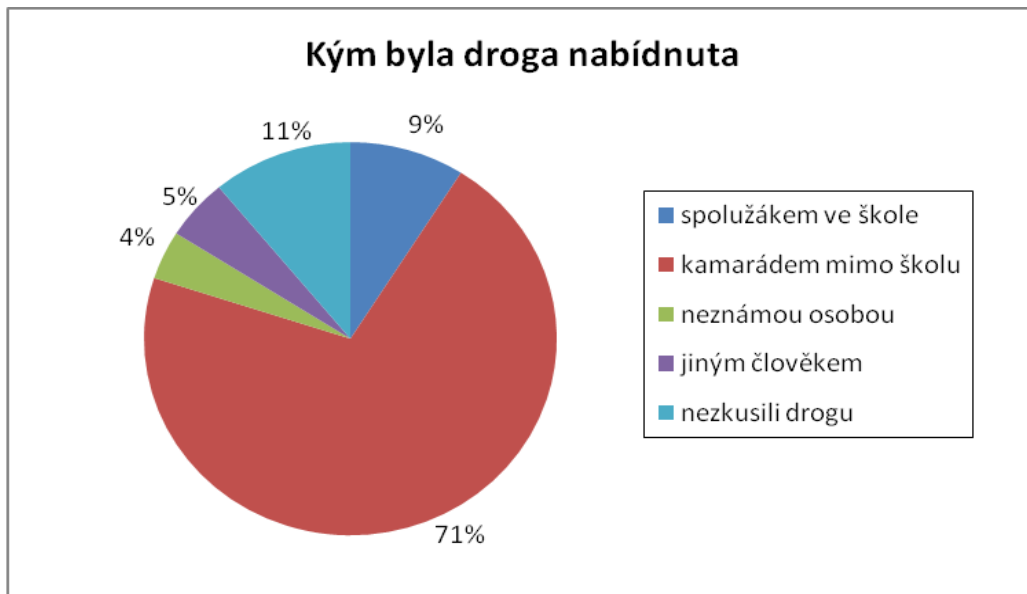
Na další otázku odpovídali pouze ti, kteří odpověděli, že mají zkušenost. Otázka, která zněla: „*Pokud jsi již zkusil(a) drogu včetně alkoholu a cigaret, proč k tomu došlo?*“ Otázka zkoumala motivaci požití drog včetně alkoholu a cigaret. Polovina dotazovaných odpověděla, že k tomu došlo *ze zvědavosti*, téměř třetina *jen tak* (ani ze zvědavosti, ani v krizi), 9 % v *životní krizi* a 3 % uvedla, že měla *jiný důvod* – příležitost narozenin, silvestr, atd. Důvod, proč se rozhodli užít drogu, deklaruje graf č. 1.

Graf 1



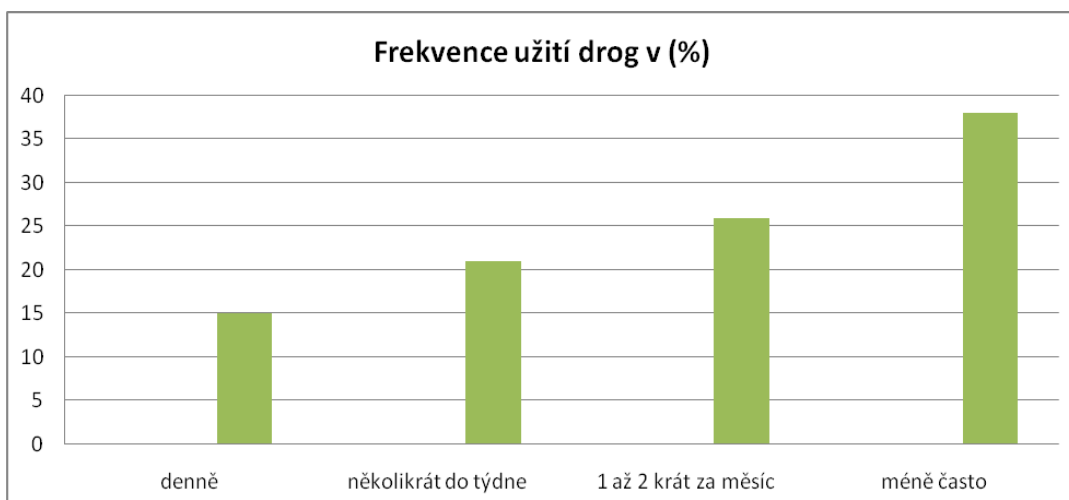
Následující otázka se zabývá osobou, která dotazovaným drogu nabídla. Dvě třetiny odpověděli, že jim *byla nabídnuta kamarádem(-dkou) jinde než ve škole (diskotéka, klub, koncert, atd.)*, 10 % drogu obdržela *od spolužáka(-čky) ve škole*, 5 % si drogu vzalo *od cizího člověka*, 6 % byla droga nabídnuta jiným způsobem (konkrétně uvedli rodiče, příbuzné nebo si ji vzali oni sami). Kým byla droga nabídnuta, zpodobňuje graf č. 2.

Graf 2



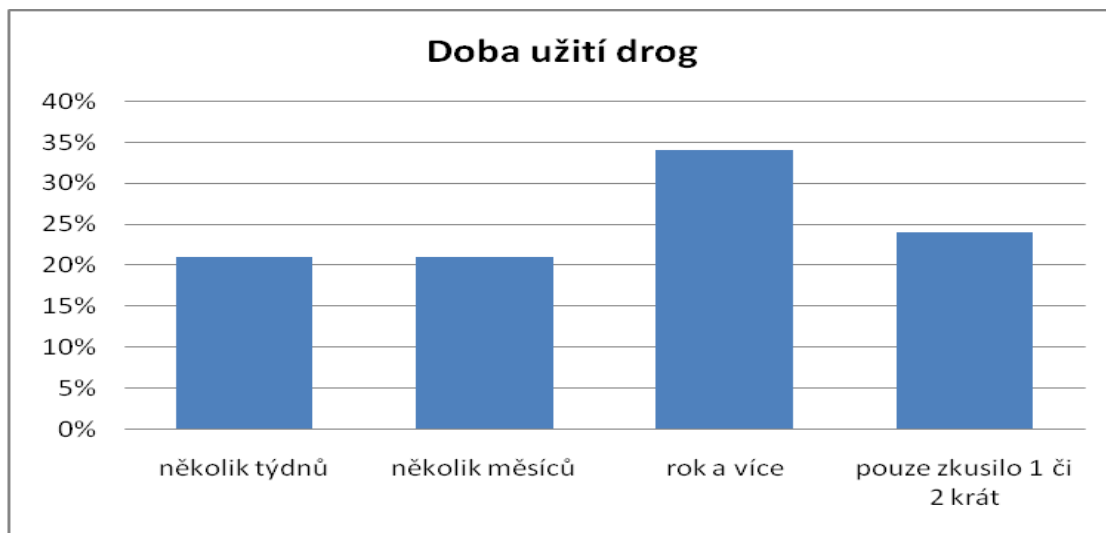
Následující otázka se zaměřuje na užívání drog bez alkoholu a cigaret. Tato otázka zněla: „Bral(a) jste nějakou drogu opakovaně?“ Ano odpovědělo 23 respondentů, což je asi jedna třetina a ne 44, které odpovídají dvěma třetinám. V souvislosti s touto otázkou byla položena podotázka *Jak často jsi ji bral(a)?* Na tuto otázku odpovědělo celkem 39 (58 %) respondentů z původních 67, kteří mají zkušenost s drogou. Šest (15 %) z nich bralo drogu *každý den*, 8 (21 %) ji bralo *několikrát do týdne*, 10 (26 %) *1 až 2 krát za měsíc* a *méně často* ji bralo 15 (38 %) respondentů. Frekvence užití drog deklaruje graf č. 3.

Graf 3



Druhá podotázka *Jak dlouho jsi ji bral(a) od prvního po poslední požití?* Z původního počtu 75, odpovědělo 38 dotazovaných na tuto otázku. 21 % užívalo drogu *několik týdnů*, stejný počet ji užívalo *několik měsíců*, jedna třetina ji brala *rok i více* a 24 % ji *pouze zkusilo 1 či 2 krát*. Dobu užití drog zpodobňuje graf č. 4.

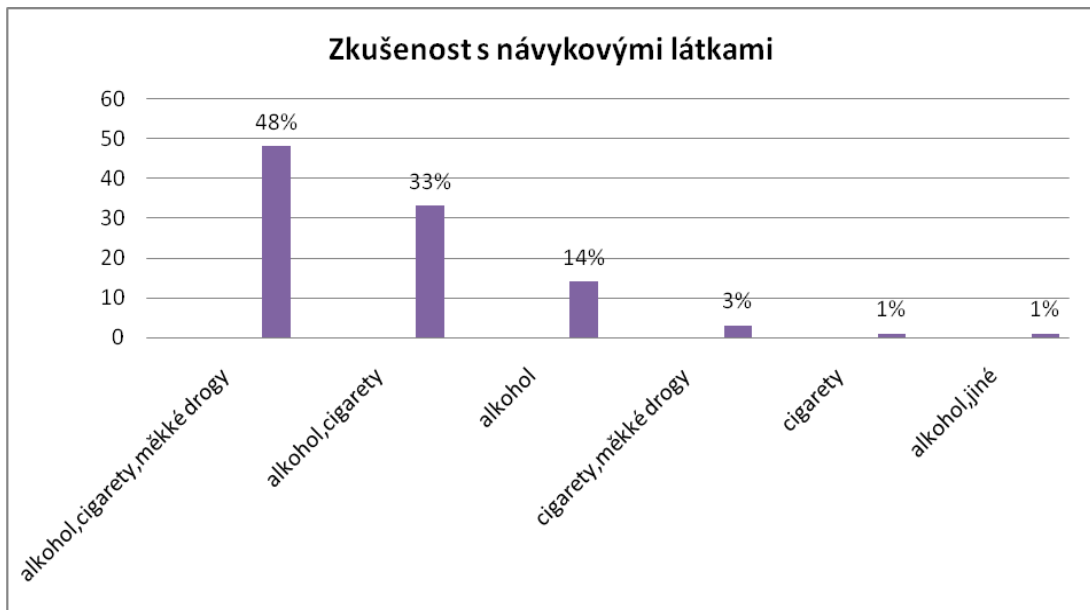
Graf 4



Respondentům byla v dotazníku dále položena otázka, u které mohli zaškrtnout více odpovědí, zněla *Označte, s jakou drogou máte zkušenosti?* Na tuto otázku samozřejmě odpovídají pouze ti, kteří mají zkušenost s drogami včetně alkoholu a cigaret, tudíž 67 dotazovaných. *Alkohol* z nich zkusilo 99 %, více než dvě třetiny zaznamenalo *cigarety*, 50 % označilo *měkké drogy* a dva respondenti uvedli do odpovědi *jiné šňupací tabák*.

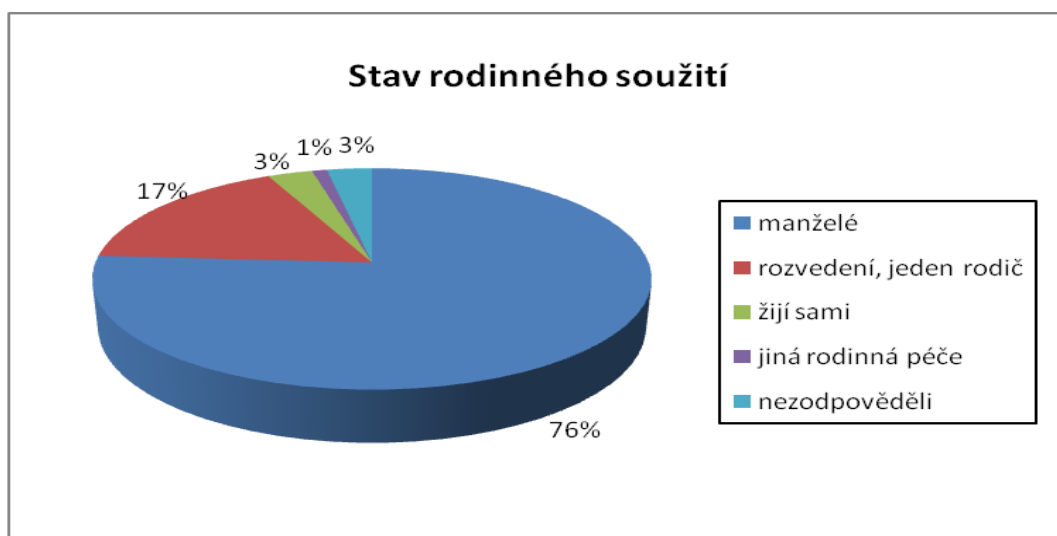
32 respondentů, což odpovídá téměř 50 %, zvolilo kombinaci alkoholu, cigaret a měkkých drog. Druhou nejobjemněji zodpovězenou kombinací je alkohol a cigarety, které odpovídá číslo 22 (30 %) respondentů, alkohol samotný vyzkoušelo 9 (12 %) dotazovaných, cigarety a měkké drogy zkusili dva (3%) studenti, jeden krát byly zaškrtnuty pouze cigarety a kombinace alkoholu a kategorie jiné (šňupací tabák) zaznamenal též jeden respondent. Následující graf č. 5. ilustruje vícečetné odpovědi zkušeností s návykovými látkami.

Graf 5



Další otázky jsou směřovány ke všem respondentům bez ohledu na to, jestli drogu zkusili či nikoli. Pro zjištění vlivu užívání drog je důležité v jaké rodině se respondent nachází. Z této otázky nemůžeme přímo zjistit, jaké vztahy či možná problémy v rodině panují, přesto tato jednoznačná odpověď může být jedním z vlivů, kvůli kterým respondent drogu zkusil nebo ji i užíval po delší dobu. Dvě třetiny studentů žijí v rodině, kde jsou rodiče manžely, jedna pětina žije v rodině, kde jsou rodiče rozvedení, žijí tak pouze s jedním z rodičů nebo s nastávajícím partnerem matky či otce, 3 % žijí sami, jeden respondent žije v dětském domově a dva respondenti otázku nezodpověděli. Tyto odpovědi jsou důležité pro hypotézu, se kterou budeme později pracovat. Jednotlivé soužití v rodině zpodobňuje graf č. 6.

Graf 6

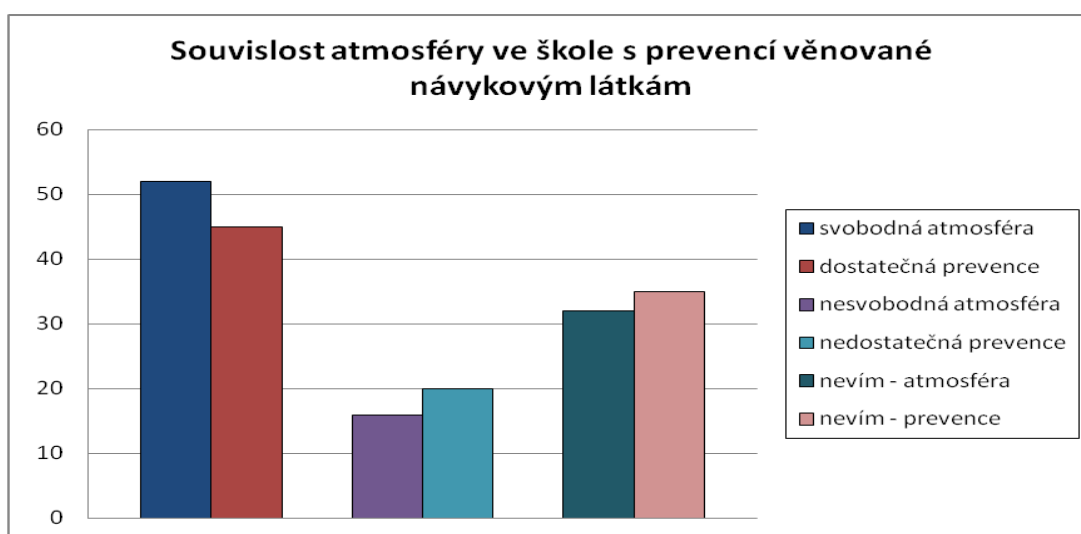


V dotazníku byl zjišťován pohled studentů na problematiku drog, jejich názory na prevenci a možnosti užití preventivních programů ve škole. Názor studentů na informovanost o drogách je podle velké většiny *akorátní*, jedna pětina si myslí, že je *zbytečně velká* či, že by se o drogách nemělo mluvit vůbec. Další otázkou studenti specifikovali to, kdo jim informovanost o drogách dovedl poskytnout v největší míře. Otázka byla položena následovně: „*O nebezpečí drog jsem se nejvíce dozvěděl/(a)?*“ Otázka byla zodpovězená na základě vícečetné možnosti. Z výsledků vyplývá, že nejvíce jsou studenti o návykových látkách informováni *ve výuce ve škole*, pak *odborníkem zabývajícím se prevencí*, stejné zastoupení má informovanost *televizí a rodiči*, nicméně vyskytuje se i odpověď, kdy se o drogách nejvíce dozvěděli *od sourozenců, z internetu či knížky*.

V dotazníku následuje prevence ve škole jako taková. Studenti se měli zamyslet nad tím, jestli je drogové prevenci v hodinách občanské výchovy věnována dostatečná pozornost. Téměř 50 % uvedlo, že *ano*, 20 % si myslí, že *ne* a 35 % se nedokázalo k této otázce vyjádřit, proto vybrali možnost *nevím*. Po zodpovězení výskytu míry drogové prevence ve škole je nezbytné položit otázku, zda je ve škole dostatečně svobodná atmosféra. Dostatečně svobodnou atmosférou jsou myšleny vztahy mezi studenty, a také mezi studenty a učitelem. Přátelský a důvěrný vztah je potřebný pro diskuzi o tématu drog, a to legálních i nelegálních. Svobodnou atmosféru ve škole má podle odpovědí více jak polovina dotazovaných, 16 % se k této problematice vyjadřuje

záporně a třetina neví, nedokáže se vyjádřit. V grafu č. 7 porovnáme svobodnou atmosféru ve třídě s protidrogovou prevencí, která je řazena do školní výuky. Z grafu je vidět, že tyto dva pojmy, svobodná atmosféra a dostatečná prevence, spolu opravdu souvisí. V žádném sloupci se nenachází úplný výkyv mezi atmosférou a prevencí. Dostatečnou protidrogovou prevencí doprovází svobodná atmosféra téměř v 50 % odpovědí. Důvodem nedostatečné prevence může být nesvobodná atmosféra, která nedává možnost o drogách otevřeně mluvit.

Graf 7

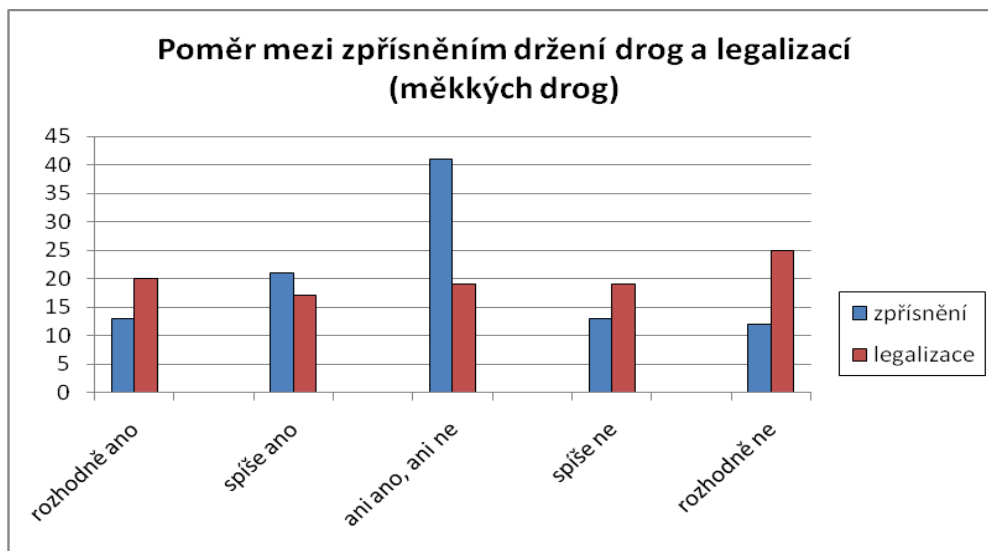


Z předešlé otázky týkající se informovanosti bylo zjištěno, že studenti bývají o drogách informováni prostřednictvím odborných přednášek, proto byli respondenti dotazováni na otázku, zda by uvítali přednášku o drogové prevenci a drogách od odborníka, který je na téma protidrogová prevence specializovaný. Následovala škála výpovědí. Přednášku by si rádi vyslechli dvě třetiny respondentů, necelá pětina respondentů nemá zájem o přednášku odborníka a též téměř pětina dotazovaných se nedokáže rozhodnout.

Z výše zmíněných souhlasných či nesouhlasných reakcí vyplývá, že respondenti mají v nadpoloviční většině (68 %) zájem o informace o návykových látkách z řad odborníků. Podotázka pro ty, kdo se rozhodli pro souhlasnou odpověď, zněla: „Od koho byste ji chtěli slyšet?“ 60 % by ji chtělo slyšet od *odborníka drogového centra*, 24 % od *lékaře či psychologa*, 12 % od *policisty* a v kategorii jiné 3 respondenti uvedli, že by ji chtěli slyšet *od drogově závislého* resp. toho, kdo měl zkušenost s drogami.

Další dvě otázky se týkaly názoru studentů na držení jakýchkoliv drog a legalizaci „měkkých drog“ (např. marihuany). Poměr těchto dvou otázek je jasně vidět v grafu č. 8. Z grafu vyplývá, že studenti by spíše chtěli zpřísnit držení jakýchkoliv drog než legalizovat „měkké drogy“.

Graf 8



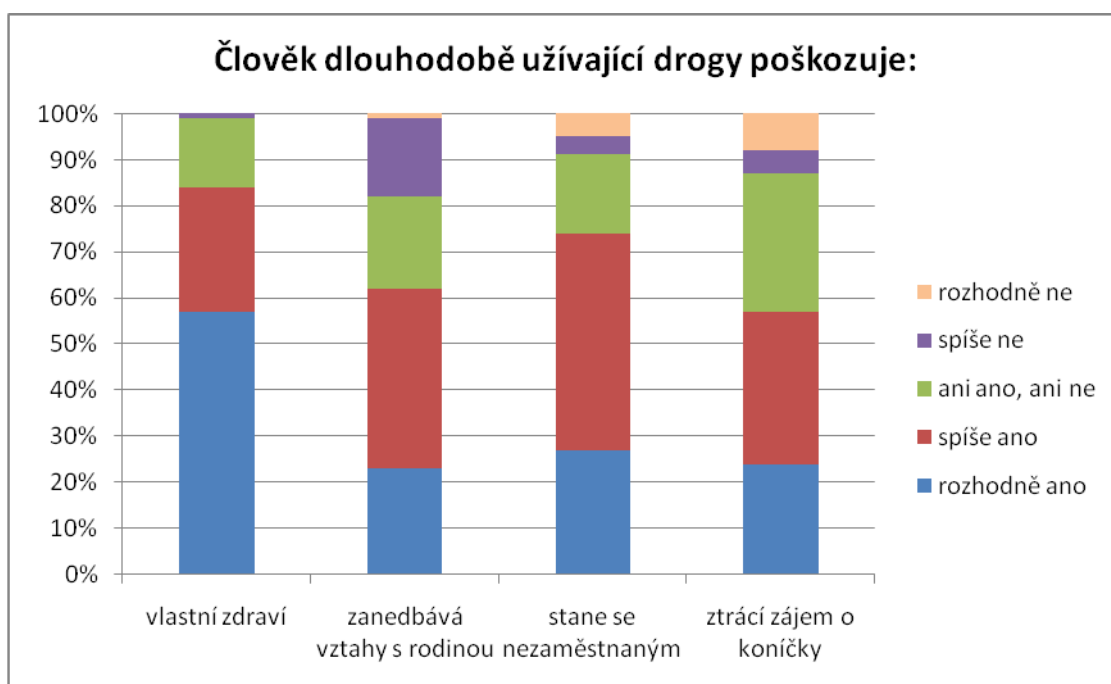
V souvislosti s užitím drog jsou v dotazníku zakomponovány otázky vypovídající o možných deviacích. První otázka je mířena na negativní dopady při užití drogy a druhá na možné pozitivní vidění světa a svého okolí. K deviantnímu chování dochází zejména po požití alkoholu. Studenti uvádí, že se dopustili deviantního chování v tom smyslu, že poničili majetek, něco ukradli či byly agresivní. Studenti se spíše přiklání k pozitivním reakcím po užití marihuany. Většina uvádí, že se uvolnila či snadněji komunikovala. Jejich pocity byly lepší, chovali se víc přátelsky než obvykle. Řada z nich vypovídá i o tom, že je požití látky nijak neovlivnilo, nedošlo k žádné změně stavu.

V teoretické části byly zkoumány sociálními důsledky uživatelů drog. V dotazníku byla tato skutečnost provázána s názory jednotlivých respondentů. Byly nastíněny čtyři důležité oblasti, ve kterých člověk dlouhodobě užívající drogy má tendenci selhávat. Je to oblast *vlastního zdraví*, kde 85 % převládá názor, že člověk, který užívá drogy, si ničí zdraví. Dvě třetiny si myslím, že *zanedbává vztahy se členy své rodiny*. Zajímavé je, že 14 respondentů se k této známce zanedbávání vztahů nepřiklání. V další otázce se studenti vyjadřují k tom, zda se člověk dlouhodobě užívající drogy *stane rychleji*

nezaměstnaným. Zde se také dvě třetiny přiklání k tomu, že rozhodně ano nebo spíše ano. V poslední oblasti, kde se zabýváme tím, zda člověk užívající drogy *ztrácí zájem o své koníčky*, je jedna třetina nerozhodná, ovšem téměř dvě třetiny se kloní k odpovědi, že ano.

Do grafického znázornění č. 9 jsme pro ilustraci uvedli celou škálu odpovědí pro jednotlivé otázky. Celková tendence studentů je příklon k negativním dopadům na osobu dlouhodobě užívající drogy.

Graf 9



Zahrnuty byly otázky směřující k dealerství drog. Otázka: „*Znáte někoho, kdo druhým zprostředkovává drogy,*“ poukazuje na to, že se drogy pohybují mezi mládeží nelegálně. Dvě třetiny znají někoho takového, zbytek nikoli.

V dotazníku se o měkkých drogách mluví ve smyslu marihuany, jinou drogu z této kategorie dotazovaní neuvádějí. Její pěstování v domácích podmínkách je častou záležitostí. Proto na otázku, zda oni sami zprostředkovali drogu, odpovídá 17 % ano.

V hodinách občanské výchovy se povětšinou řeší prevence promítáním filmu o drogově závislé dívce. Tento film by měl být provázán postojovým stanoviskem učitele, diskuzí na téma návykové látky a vše by mělo být zakončeno reflexí. Ve výzkumu se

neprokázalo, že by po zhlédnutí tohoto filmu byla zkušenost s drogou menší. Film pod názvem Katka vidělo více jak 50 % dotazovaných, z nich „měkké drogy“ vyzkoušelo 30 %. Důvodem, proč tato prevence má tendenci být nedostačující, může být to, že droga byla užita ještě před projekcí filmu, film nebyl dostatečně provázán s diskuzí na toto téma a dalšími aspekty, kterými je nutno prevenci provádět, film může působit nevěrohodně, atd.

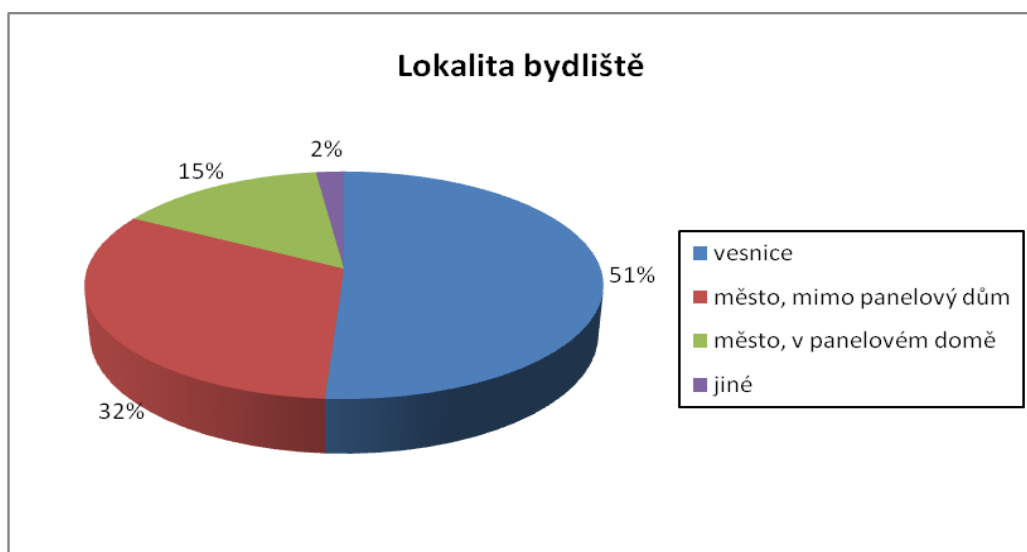
Na užívání drog mohou mít vliv jak bydliště, tak množství volného času. Tuto problematiku řešíme v teoretické části. Jedním z předpokladů je, že dítě, které nemá dostatečně využitý volný čas a bydlí ve městě v panelovém domě, kde nemá možnost žít v přírodě, častěji sklouzne k užívání drog.

Otázka: „*Jakou činností se ve svém volném čase zabýváš,*“ zkoumáme volný čas mládeže. Dvě třetiny se ve volném čase baví *sportem*, devět (12 %) dotazovaných *hraje na hudební nástroj*, osm (11 %) respondentů se zdokonaluje ve *výtvarné činnosti* a sedm (9 %) zaznamenalo kategorii *jiné* a tu přiblížilo jako užívání internetu, procházky s kamarády, zdokonalování se v cizích jazycích, četba knih, péče o zvířata či airsoft.

Bydliště jsme rozdělili nejprve na vesnici či město a pak přiblížili tomu, zda se jedná o rodinný domek, bytový dům, řádkový dům či panelové sídliště. Pro lepší přehlednost údajů je uvedeno *bydlení na vesnici celkově*, *život ve městě mimo panelový dům* a *život v panelovém domě*. Na vesnici žije 50 % studentů, ve městě mimo panelový dům 32 % a v panelovém domě 11 %. 2 respondenti uvedli místem bydliště dětský domov. Většina našich respondentů (83 %) bydlí v přijatelnějším prostředí – na vesnici či ve městě v rodinném domku – zde je předpoklad lepší možnosti využití volného času. V dotazníkovém šetření se přímý vztah mezi lokalitou bydliště a mírou užívání drog neprokázal. Město Třebíč, kde šetření probíhalo, není velkoměstem s typickými panelovými sídlišti, jedná se o menší okresní město s 25 000 obyvateli. Tendence užívání drog na vesnici a ve městě je v tomto případě stejná.

Místo bydliště zpodobňuje graf č 10.

Graf 10



11.4 Hodnocení hypotéz

11.4.1 **Hypotéza č. 1.** Čím vyšší je forma vzdělání, tím nižší je míra výskytu užívání drog.

Hypotéza č. 1. se v rámci výzkumu nejeví jako jednoznačně potvrzená. Tato hypotéza byla ověřena pomocí proměnných *typ školy* a *zkušenost s drogou* včetně alkoholu a cigaret. Důvodem, proč se hypotéza nepotvrdila, může být fakt, že se nejedná pouze o drogy jako takové, ale i o alkohol a cigarety. Ve výzkumu jsou zahrnuty 3 typy škol:

- kadeřnice
- mechanik elektronických zařízení
- gymnázium

Třída kadeřnic se skládá z 27 studentek, z nich má 24 (89 %) zkušenost s drogami, tři studentky nikoli. Třídou technického zaměření navštěvuje 19 chlapců a 15 (79 %) z nich má zkušenost s drogou. Na gymnáziu dotazník vyplnilo 29 studentů a z nich pouze jeden nemá zkušenost s drogou. Gymnázium pro nás představuje vyšší formu vzdělání s maturitou, kadeřnice a mechanici jsou středním odborným učilištěm s výučním listem (bez maturity). Z výzkumu nám nevyplývá jednoznačné menší užití drogy studenty vyšší formy vzdělání.

Míru zkušenosti drog vzhledem k typu školy dokládá tabulka č. 1.

Tabulka 1: Míra zkušenosti drog vzhledem k typu školy.

	zkušenost s drogou (včetně alkoholu a cigaret)	
	ano	Ne
kadeřnice	33 %	4 %
gymnázium	37 %	1 %
technická	20 %	5 %
Total	90 %	10 %

Znatelněji se hypotéza č. 1. jeví vzhledem k opakovatelnosti užívání drog (bez alkoholu a cigaret). Kadeřnice opakovali užití drogy v 37 % případů (do procentuálního výpočtu zahrnujeme i ty, co drogu včetně alkoholu a cigaret nikdy nevyzkoušeli). U chlapců technického zaměření se jedná o 42 % opakovaného užití. Gymnázium se oproti dvěma předcházejícím jeví jako protipól, kde k opakovanému užití došlo v 17 % případů, a jednalo se o jednorázovou zkušenost. Opakovanost vzhledem k typu školy je uvedena v tabulce č. 2.

Tabulka 2: Opakovanost vzhledem k typu školy.

	bez zkušenosti s drogou	opakovanost užívání drogy	
		ano	ne
kadeřnice	3 (4 %)	10 (13 %)	14 (19 %)
technická	4 (5 %)	8 (11 %)	7 (9 %)
gymnázium	1 (1 %)	5 (7 %)	23 (31 %)
Total	8 (10 %)	23 (31 %)	44 (59 %)

Pro větší přehlednost byly sečteny dva typy středních odborných učilišť, kadeřnice a mechaniky dohromady. Gymnázium jsme nechali samostatně. Dle procent můžeme avizovat větší míru opakovanosti u studentů nižší formy vzdělání. Tuto skutečnost dokládáme tabulkou č. 3.

Tabulka 3: Opakovanost u studentů nižší formy vzdělání.

	opakovanost užívání			
	bez zkušenosti	ano	ne	
gymnázium	3 %	17 %	80 %	29 (100 %)
Učni	15 %	39 %	46 %	46 (100 %)
Total				75 (100 %)

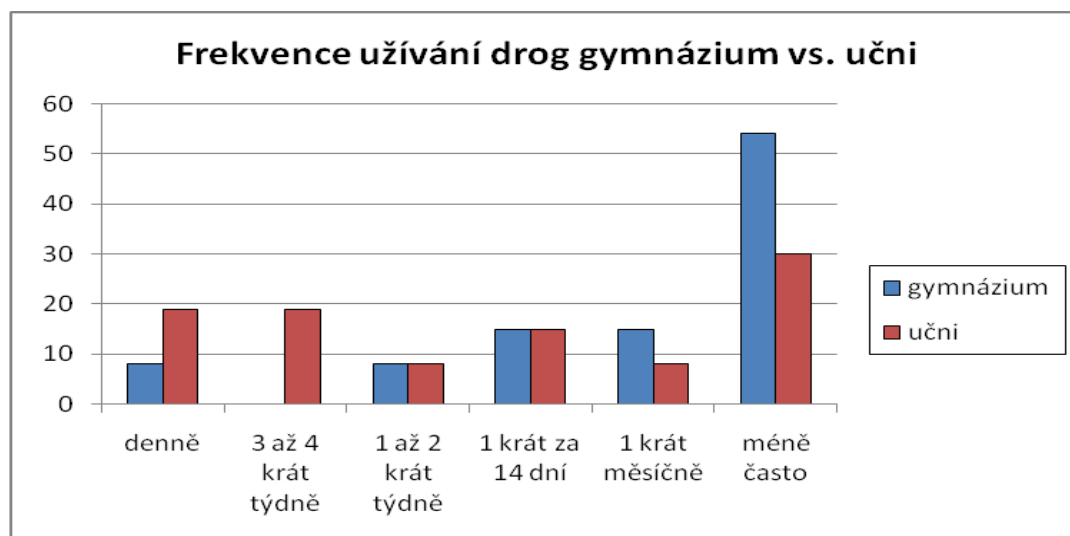
Frekvence užívání drogy (bez alkoholu a cigaret) jsme rozdělili do následujících kategorií:

- denně (i vícekrát denně)
- 3 – 4 krát denně
- 1 – 2 krát denně
- 1 krát za 14 dní
- 1 krát měsíčně
- méně často

Trend frekvence užívání drogy denně a vícekrát v týdnu je vyšší u nižší formy vzdělání – učňů. V kategorii *méně často* se procentuálně staví výše gymnázium. Tato informace má velmi omezenou obecnou platnost, jelikož vzorek 29 studentů gymnázia nemusí být určující, ani dostačující. Nicméně to můžeme brát jako zajímavou ukázkou toho, že studenti gymnázia s drogou experimentovali ve většině případů pouze jednou.

Frekvenci užívání drog mezi učni a studenty gymnázia ilustruje graf č. 11.

Graf 11



11.4.2 **Hypotéza č. 2.** Ve stavu rodinného soužití, kde jsou rodiče manžely, je nižší míra užívání drog.

Vhodnějším stavem je manželské soužití, kde se předpokládá ucelenost rodiny. V rodině by měla působit důvěra a s tím spjatá informovanost a prevence, kterou rodiče směřují k dítěti. Rodiče by měli poukazovat na možné dopady při užívání drog opakovaně a dlouhodobě. Celkově se zabývat postoji svých potomků na tuto problematiku. Stav soužití jsme si kategorizovali:

- rodiče, kteří jsou manželé
- jsou rozvedeni, žijí s jedním z rodičů, žijí v rodině s nevlastním rodičem
- žijí sám
- žijí v jiné rodinné péči

V rodině, kde jsou rodiče manželé, žije 57 (78 %) respondentů, 16 (22 %) z nich žije v jiném stavu rodinného soužití.

V rámci našeho šetření se potvrdilo, že existuje jistý vztah mezi rodinným stavem a mírou užívání drog, ve smyslu opakovanosti užití. Pouze 18 % respondentů z rodiny žijící v manželském stavu opakovalo užití drogy. Oproti tomu 70 % studentů žijících v neucelené rodině (ve smyslu toho, že nejsou rodiče manžely) drogy opakovaně zkusilo.

Vypovídající je pohled studentů na legalizaci drog jednotlivých kategorií, rozdělených na základě stavu rodiny. Více jak polovina těch, co nežijí v rodině, kde jsou rodiče manžely, se kladně vyjádřila k legalizaci drog, z manželských rodin se takto vyjádřilo 30 % studentů. U otázky zpřísnění držení jakýchkoliv drog nejsou rozdíly v odpovědích mezi studenty žijící v odlišném stavu rodinného soužití tak markantní. V zásadě by se dalo říct, že jsou téměř stejné. Je zde vyšší procento těch, kteří nejsou schopni se k otázce jednoznačně vyjádřit. Možnost odpovědi ani ano, ani ne zaujímá v obou kategoriích více jak 40 %.

Zpřísnění jakýchkoliv drog a možnou legalizaci měkkých drog zpodobňuje graf č. 12.

Tabulka 4: Zpřísnění jakýchkoliv drog a možnou legalizaci měkkých drog v (%).

	zpřísnění držení drog / legalizace měkkých drog				
	rozhodně ano	spíše ano	ani ano, ani ne	spíše ne	rozhodně ne
manželé	12 / 18	23 / 12	42 / 25	16 / 19	7 / 26
jiné rodinné soužití	19 / 19	19 / 39	44 / 0	7 / 19	13 / 25

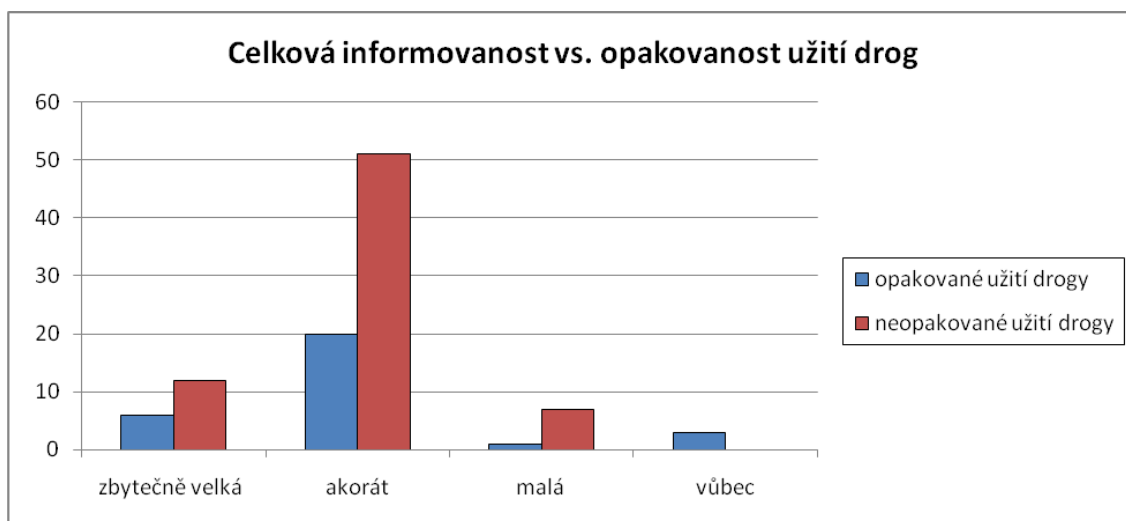
11.4.3 **Hypotéza č. 3.** Čím vyšší je míra informovanosti o návykových látkách, tím nižší je počet opakovanosti užití drog.

Míru informovanosti není možné přesně změřit. Proměnnou míry informovanosti je nám spíše názor na celkovou informovanost poskytovanou studenty jak médií, školou, rodinou, tak odborníky specializovaných na prevenci užívání návykových látek.

Názory studentů na otázku týkající se celkové informovanosti byly zobrazeny na škále:

- zbytečně velká
- tak akorát
- malá
- mám za to, že by se o nich nemělo mluvit vůbec

Zbytečně velká je pro 19 % z celkového počtu respondentů, z nich si drogu opakovaně vzalo 36 % a nevzalo 65 %. Informovanost *tak akorát* zodpovědělo 71 %, z těchto více jak dvou třetin můžeme usuzovat dostatečnou informovanost o drogách, pravděpodobně ve všech informačních sférách. Z nich si opakovaně drogu vzala jedna třetina. U zbývajících dvou třetin byla informovanost na tolik silná, že si drogu opakovaně nevzali. Tuto informaci, vzhledem k výše stanovené hypotéze, bereme jako pozitivní ve smyslu toho, že čím vyšší je míra informovanosti, tím nižší je míra opakovanosti užití drog. Pouze u 3 % dotazovaných by se o drogách nemělo mluvit vůbec. Pak je ovšem paradoxem, že tyto 3 % brali drogu opakovaně, čímž potvrzují nízkou míru informovanosti. Vztah mezi celkovou informovaností a opakovaností užití drog ilustruje graf č. 12.

Graf 12

Svobodná atmosféra ve škole může napomáhat vhodné informovanosti. Pro studenty je důležitá důvěra mezi sebou, ale i ve vztahu k učiteli, která napomáhá otevřeně o problému drog hovořit. Učitel by měl umět vhodně načasovat diskuzi na téma návykové látky, a to jak legální, tak i nelegální.

Polovina studentů se přiklání k variantě dostatečně svobodné atmosféry. Pro 16 % studentů je atmosféra nesvobodná, nevhodná pro diskuzi o návykových látkách. 32 % nedokázalo situaci posoudit. Více jak 40 % nezopakovalo užití drogy a současně si myslí, že ve škole je svobodná atmosféra. Vhodné prostředí, se kterým je spjata svobodná atmosféra, se jeví jako pozitivní aspekt primární prevence ve školních programech. Vztah mezi dostatečně svobodnou atmosférou a opakovaností užití drogy ilustruje tabulka č. 5.

Tabulka 5: Vztah mezi dostatečně svobodnou atmosférou a opakovaností užití drogy.

	opakovanost užívání		
	ano	ne	
nesvobodná atmosféra	6 (8 %)	6 (8 %)	12 (16 %)
svobodná atmosféra	8 (11 %)	31 (41 %)	39 (52 %)
nedokáže posoudit	9 (12 %)	15 (20 %)	24 (32 %)
Total			75 (100 %)

11.4.4 **Hypotéza č. 4.** Čím je trávení volného času aktivnější, tím nižší je výskyt uživatelů drog.

Pro vyvrácení či potvrzení této hypotézy bychom museli ohledně trávení volného času položit více otázek a zjistit, do jaké míry je čas využívám k volnočasovým aktivitám.

Vhodným vyplněním volného času předcházíme sklonům dítěte k navázání vztahů s pochybnými „partami“, které experimentují s drogami. Dvě třetiny tráví volný čas sportem a z nich drogu opakovaně nezkusilo téměř 80 % respondentů. 9 (13 %) respondentů tráví volný čas hrou na hudební nástroj a dvě třetiny drogu opakovaně neužilo. 8 (11 %) respondentů se zabývá výtvarnou činností a rukodělnými výrobky. Z nich 60 % drogu opětovně nevyzkoušelo.

Sport se jeví jako nejpopulárnější a je možné, že vede k zdravému životnímu stylu, proto vysoké procento dotazovaných užití drogy nezopakovalo.

Vztah mezi danou aktivitou a opakovaností užití drogy reflektuje tabulka č. 6.

Tabulka 6: Volnočasová aktivita ve vztahu k užití drogy.

	opakovanost užití		
	Ano	ne	
Sport	10 (22 %)	36 (78 %)	46 (65 %)
Hudba	3 (33 %)	6 (66 %)	9 (13 %)
výtvarná činnost	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	8 (12 %)
Jiné	4 (57 %)	3 (43 %)	7 (10 %)
Total			70 (100 %)

11.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Celková zkušenost s drogou včetně alkoholu a cigaret je vysoká, resp. 89 % respondentů. Vzhledem k věku respondentů se takto vysoké číslo dalo předpokládat. Tolerance společnosti k užívání alkoholu a cigaret je velká i pro kategorii 15 – 18 let. U drog jako takových už tomu tak není. Z dotazníkového šetření vyplývá, že studenti mají zkušenosti s „měkkými drogami“ konkrétně marihuanou. Marihuanu celkově užilo 47 % dotazovaných, 35 % užití opakovalo, 12 % uvádí, že drogu užili pouze 1 či 2krát. Celková informovanost je podle studentů akorátní, nejčteněji je zaznamenána informovanost pocházející z výuky ve škole. Svobodná atmosféra je nutná pro kontroverzní téma drog a jeho diskuzi. Atmosféra není všude brána pozitivně. Školy by na tomto aspektu měly pracovat a utvrzovat studenty v tom, že mají zájem je vyslechnout či jim pomoci.

Vzhledem k tomu, že dotazovaný vzorek respondentů navštěvuje střední školu, tak protidrogová prevence není tak intenzivní jako na základní škole, kde primární prevence bývá součástí školního vzdělávání. V některých případech se jedná spíše o reflexi toho, jak zapůsobily preventivní programy závislostí návykových látek na základních školách. Potažmo se dá říci, že právě základní školy jsou stavebním kamenem primární prevence.

Školy by měly spolupracovat v oblasti prevence s odbornými pracovníky specializující se na téma protidrogové prevence, z dotazníku totiž vyplývá jasný zájem studentů o odborné přednášky, které by vhodně doplňovaly výuku zaměřenou na prevenci.

Názory studentů na zpřísnění držení jakýchkoliv drog a legalizaci „měkkých drog“ jsou různorodé. Spíše se přiklání k zpřísnění držení drog než legalizaci.

K účinkům, které vyvolala droga – marihuana – se vyjadřují kladně. Uvádí, že po jejím užití byli přátelštější, měli lepší náladu, uvolnili se, atd. Několikrát zaznamenávají odpověď, kdy nedošlo ke změně stavu, nic se nestalo.

Jejich pohled na dlouhodobé uživatele drog je spíše záporný. Souhlasí s tím, že dlouhodobý uživatel selhává v různých sférách lidského života (zdraví, rodina, práce, koníčky, atd.)

Vzdělání na gymnáziu pokládáme vzhledem k učňovským oborům za vyšší neboť ukončeno maturitou. V dotazníkovém šetření se ukazuje, že má vliv na užití drogy. Z řad gymnazistů drogu opakovaně užilo podstatně méně studentů než z řad mechaniků.

V tomto případě se mohl přičinit vliv pohlaví. Třída mechaniků je tvořena pouze chlapci, na gymnáziu jsou dívky (2/3) i chlapci (1/3).

Prokazatelný je vliv rodinného soužití na užívání drog. Ze statistického šetření je zřejmé, že respondenti žijící v rodině, kde rodiče nejsou manžely, je opakovanost užití drog podstatně vyšší než v rodině, kde jsou manžely. Dalším aspektem, který ovlivňuje užívání drog je informovanost o návykových látkách. Výsledky potvrzují, že při dostatečné informovanosti nedocházelo k opakovanosti užití drogy.

ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se snažila vysvětlit jak základní pojmy týkající se návykových látek, tak popsat oblast primární prevence. Tato problematika je velmi široká a kapacita bakalářské práce velmi omezená, tudíž se jedná spíše o jakýsi náhled. Za důležité aspekty považuji školu a rodinu jako základní činitele ovlivňující postoje dětí a mládeže.

Úvodní část jsem věnovala osvětlení pojmu droga, kde se ukázalo, že existuje spousta definic od různých autorů, kteří se zabývají problematikou zneužívání drog. Důležitý pojem je drogová závislost a její vznik, který se dělí na různé fáze. Abychom se mohli zaměřit na primární prevenci, je třeba znát druhy a dělení drog, kterým je věnovaná jedna kapitola a též znát příčiny vzniku drogové prevence.

Kapitola primární prevence je zaměřena na typy programů drogové prevence, které napomáhají dlouhodobému rozvoji sociálních dovedností, osobnímu rozvoji a snaží se informovat o drogách. Kapitola o rodině se věnuje zejména vztahu mezi rodiči a dětmi. Budování důvěry, tvorba a dodržování pravidel by měli vést k rovnováze v rodině. Podkapitolou je přehled prevence v rodině, který vypovídá o tom, co by nemělo být zanedbáno. Rodiče by neměli klást nepřiměřené nároky, výchova by měla být vřelá a omezující dle věku, měla by vést k možnosti svěřit se, atd.

Kapitola sociální deviace nás seznámí s teorií deviace, s vlastnostmi, které jsou deviantovi vlastní a sociálními důsledky, ke kterým člověk užívající drogy může směřovat.

Praktická část bakalářské práce měla za úkol zjistit, jaké mají zkušenosti s drogami studenti středních škol ve věku 16 – 18 let. Při vyhodnocení dat byly nalezeny odpovědi na předpoklady, které jsme si stanovili před zahájením výzkumného šetření. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření na třech středních školách. Příčiny v opakovanosti užívání drog nejsou jednoznačné. Vliv na ně bezpochyby má informovanost o návykových látkách, stav rodinného soužití, lokalita bydliště, využívání volného času, atd.

Pro efektivní primární prevenci je důležitá spolupráce mezi jednotlivými institucemi a je účinná pouze tehdy, pokud se provádí komplexně.

Tato bakalářská práce by měla poskytnout náhled do problematiky výskytu drog na středních školách a souhrnně vypovídat o návykových látkách jako takových.

SEZNAM LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

- Dupal 1996; Dupal, L.: *Knihy o marihuaně*. Maťa, Praha, 1996.
- Fischer a Škoda 2009; Fischer, S. a Škoda, J.: *Sociální patologie*. Grada, Praha, 2009.
- Gallá a kol. 2005; Gallá, M. a kol.: *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Úřad vlády ČR, Praha, 2005.
- Hrčka 2001; Hrčka, M.: *Sociální deviace*. Sociologické nakladatelství, Praha, 2001.
- Illes 2002; Illes, T.: *Děti a drogy*. IVS nakladatelství, Praha, 2002.
- Iversen 2006; Iversen, L.: *Léky a drogy*. Dokořán, Praha, 2006.
- Janík a Dušek 1990; Janík, A. a Dušek, K.: *Drogy a společnost*. AVICENUM, Praha, 1990.
- Kalina a kol. 2003; Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády ČR, Praha, 2003.
- Kapr a kol. 1991; Kapr, J. a kol.: *Sociální deviace, sociologie nemoci medicíny*. Sociologické nakladatelství, Praha, 1991.
- Lejčková a kol. 2004; Lejčková, P., Mravčík, V. a Radimecký, J.: *Srovnání užívání drog a jeho dopadů*. Úřad vlády ČR, Praha, 2004.
- Miovský 1996; Miovský, M.: *LSD a jiné halucinogeny*. Nakladatelství Albert Sdružení Podané ruce, Brno, 1996.
- Munková 2001; Munková, G.: *Sociální deviace*. Nakladatelství Karolinum, Praha, 2001.
- Nešpor 2001; Nešpor, K.: *Vaše děti a návykové látky*. Portál, Praha, 2001.
- Nešpor 2003; Nešpor, K.: *Návykové chování a závislost*. Portál, Praha, 2003.
- Nikl 2000; Nikl, J.: *Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže se zaměřením na jejich prevenci*. Policejní akademie ČR, Praha, 2000.
- Presl 1995; Presl, J.: *Drogová závislost*. MAXDORF, Praha, 1995.
- Ridder 2002; Ridder, M.: *Heroin*. Argo, Praha, 2002.
- Riesel 1999; Riesel, P.: *Lesk a bída drog*. Votobia, Olomouc, 1999.
- Střelec 2004; Střelec, S.: *Studie z teorie a metodiky výchovy I*. Katedra pedagogiky Pedagogické fakulty MU, Brno, 2004.

- Zeman 2009; Zeman, P.: *Drogové trestní činy podle trestního zákoníku v kontextu formálního pojetí trestního činu*. Masaryk University, Brno, 2009.

Online zdroje

- Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn
- Drogy-info.cz, čl. Pospíšil, 2003, [online], cit. 8. listopadu 2011. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/co_vsechno_neni_primarni_proti_drogova_prevence
- Drogy-info.cz, 2011, [online], cit. 17. března 2012. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecích_drog_v_cr_v_r_2010
- Ceskatelevize.cz, 2010, [online], cit. 17. března 2012. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/105212-cesko-nema-lecebny-pro-mlade-narkomany/>
- Drogovaporadca.cz, čl. Minařík, [online], cit. 14. března 2012. Dostupné z : <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>
- Lekarske.slovniky.cz, heslo primordiální prevence, [online], cit. 28. listopadu 2011. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/prevence-primordialni>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1: Důvod užití drog

Graf 2: Kým byla droga nabídnuta

Graf 3: Frekvence užití drog v (%)

Graf 4: Doba užití drog

Graf 5: Zkušenost s návykovými látkami

Graf 6: Stav rodinného soužití

Graf 7: Souvislost atmosféry ve škole s prevencí věnované návykovým látkám

Graf 8: Poměr mezi zpřísněním držení drog a legalizací měkkých drog

Graf 9: Člověk dlouhodobě užívající drogy poškozuje

Graf 10: Lokalita bydliště

Graf 11: Frekvence užívání drog gymnázium vs. učni

Graf 12: Celková informovanost vs. opakovanost užití drog

Tabulka 1: Míra zkušenosti drog vzhledem k typu školy.

Tabulka 2: Opakovanost vzhledem k typu školy.

Tabulka 3: Opakovanost u studentů nižší formy vzdělání.

Tabulka 4: Zpřísnění jakýchkoliv drog a možnou legalizaci měkkých drog v (%).

Tabulka 5: Vztah mezi dostatečně svobodnou atmosférou a opakovaností užití drogy.

Tabulka 6: Volnočasová aktivita ve vztahu k užití drogy.

PŘÍLOHA – DOTAZNÍK

- Tento dotazník je součástí bakalářské práce k tématu „Prevence závislostí návykových látek na středních školách“ a je zaměřen na vaše zkušenosti a názory na různorodé otázky a témata související s návykovými látkami, prevencí v této oblasti atp.
- Nespěchejte prosím a dotazník řádně vyplňte.
- Dotazník je anonymní, nepište své jméno. Prosím o upřímné vyplnění otázek.
- Zvolenou odpověď označte **x**. Pokud chcete svoji původní odpověď změnit, novou odpověď **označte x** a zakroužkujte. V místě kde jste žádáni o upřesnění doplňte psaný text.

1 Jsi chlapec nebo dívka?

- 1 chlapec
- 2 dívka

2 Kolik je ti let?

- 1 16
- 2 17
- 3 18 nebo více

3 Jakou navštěvuješ školu (napiš název)?

- 1 gymnázium
- 2 střední odborná škola
- 3 střední odborné učiliště

4 Máš zkušenosti s drogami (včetně alkoholu a cigaret)?

- 1 ano
- 2 ne

Jestliže jste odpověděli na tuto otázku „ne“, přejděte k otázce číslo 8.

5 Pokud jsi již zkusil(a) drogu (kromě alkoholu a cigaret), proč k tomu došlo?

- 1 ze zvědavosti
- 2 z vlastního rozhodnutí
- 3 v životní krizi nebo nesnázích
- 4 jiný důvod

6 Kdo ti drogu nabídl?

- 1 byla mi nabídnuta spolužákem(-kyní) (ve škole)
- 2 byla mi nabídnuta kamarádem(-dkou) jinde než ve škole (např. na diskotéce, v klubu, na rockovém koncertu, atd.)
- 3 byla mi nabídnuta člověkem, kterého osobně neznám
- 4 jinak – jak?

7 Bral(a) jste nějakou drogu (kromě alkoholu a cigaret) opakovaně?

- 1 ano
- 2 ne

Jak často jsi ji bral/(a)?

- 1 denně (i vícekrát denně)
- 2 3- 4 krát týdně
- 3 1- 2 krát týdně
- 4 1 krát za 14 dní
- 5 1 krát měsíčně
- 6 méně často

Jak dlouho jsi ji bral/(a) od prvního po poslední požití?

- 1 několik dnů
- 2 týden
- 3 měsíc
- 4 několik měsíců
- 5 rok
- 6 více než rok
- 7 jen jsem ji zkusil(a) 1 či 2krát

8 Označte, s jakou drogou máte zkušenosti? (možnost více odpovědí)

- 1 cigarety
- 2 alkohol
- 3 „měkké drogy“
- 4 „tvrdé drogy“
- 5 jiné – jaké?
- 6 nemám zkušenosti s žádnou drogou

9 Žijete v rodině, kde rodiče:

- 1 jsou manželé
- 2 rozvedli se, žijí pouze s jedním rodičem
- 3 žijí v rodině s nevlastním otce či matkou
- 4 žijí sám
- 5 v jiné než rodinné péči, uveďte v jaké.....

10 Celková informovanost o drogách (včetně alkoholu a cigaret) je:

- 1 zbytečně velká
- 2 tak akorát
- 3 malá
- 4 mám za to, že by se o nich nemělo mluvit vůbec

11 O nebezpečí drog jsem se nejvíce dozvěděl/a:

- 1 od rodičů
- 2 z výuky ve škole
- 3 od spolužáků
- 4 od sourozenců
- 5 z televize
- 6 z přednášky odborníka
- 7 jiné:

12 Myslíte si, že je ve vaší škole dostatečně svobodná atmosféra (mezi studenty a učitelem), aby se dalo diskutovat o tématu drog (legálních a nelegálních)?

- 1 ne
- 2 ano
- 3 nevím

13 Myslíte si, že je na vaší škole věnovaná dostatečná pozornost drogové prevenci?

- 1 ano
- 2 ne
- 3 nevím

14 V jaké míře se téma drogová prevence v hodinách vyskytuje:

- 1 vůbec
- 2 málo
- 3 tak akorát
- 4 zbytečně moc

15 Uvítali byste přednášku o drogové prevenci a o drogách od odborníka, který je specializovaný na téma protidrogová prevence?

- 1 rozhodně ano
- 2 spíše ano
- 3 ani ano ani ne
- 4 spíše ne
- 5 rozhodně ne

Pokud jste odpověděli rozhodně ano nebo spíše ano, od koho byste ji chtěli slyšet?

- 1 od policisty
- 2 od lékaře
- 3 od pracovníka drogového centra
- 4 od psychologa
- 5 od jiného odborníka, uveďte jakého

16 Měli jste v rámci výuky na vaší střední škole přednášku nějakého odborníka na drogy a drogovou problematiku?

- 1 ano
- 2 ne

Pokud ANO, jaké bylo jeho povolání

17 Myslíš si, že by se mělo zpřísnit držení jakýchkoliv drog?

- 1 rozhodně ano
- 2 spíše ano
- 3 ani ano, ani ne
- 4 spíše ne
- 5 rozhodně ne
- 6 nevím, nedokážu posoudit

18 Měli by se tzv. „měkké drogy“ (např.: marihuana) legalizovat?

- 1 rozhodně ano
- 2 spíše ano
- 3 ani ano, ani ne
- 4 spíše ne
- 5 rozhodně ne
- 6 nevím, nedokážu posoudit

19 Odpovídá ten, co má zkušenost drogami. Pod vlivem drogy (doplňte název drogy) jsem (možnost více odpovědí):

- 1 poškodil, zničil majetek
- 2 něco ukradl
- 3 byl agresivní
- 4 ublížil jsem sobě
- 5 ublížil jsem druhým
- 6 jiné

20 Odpovídá ten, co má zkušenost s drogami. Pod vlivem drogy(doplňte název drogy) jsem (možnost více odpovědí):

- 1 se uvolnil
- 2 snadněji jsem komunikoval s ostatními
- 3 dlouho jsem vydržel při nějaké činnosti
- 4 jsem byl apatický, rezignovaný
- 5 jiné

21 Člověk dlouhodobě užívající drogy poškozuje (ohodnoťte 1- 5):

- vlastní zdraví

- 1 rozhodně ano 2 spíše ano 3 ani ano, ani ne 4 spíše ne 5 rozhodně ne

- zanedbává vztahy se členy své rodiny

- 1 rozhodně ano 2 spíše ano 3 ani ano, ani ne 4 spíše ne 5 rozhodně ne

- snadněji se stane nezaměstnaným

- 1 rozhodně ano 2 spíše ano 3 ani ano, ani ne 4 spíše ne 5 rozhodně ne

- ztrácí zájem o své koníčky

- 1 rozhodně ano 2 spíše ano 3 ani ano, ani ne 4 spíše ne 5 rozhodně ne

22 Znáš někoho, kdo druhým zprostředkovává drogy

- 1 ano
- 2 ne

23 Zprostředkoval/(a) jsem druhým někdy drogy?

- 1 ano
- 2 ne

24 Viděl/(a) jsi film s názvem Katka?

- 1 ano
- 2 ne

25 Jakou zájmovou činností se ve svém volném čase zabýváš? (možnost více odpovědí)

- 1 sportem, tancem
- 2 hrou na hudební nástroj
- 3 výtvarnou činností
- 4 rukodělnými výrobky
- 5 jiné

26 Kde bydlíš?

- 1 na vesnici v rodinném domku
- 2 na vesnici v bytovém domě
- 3 ve městě v rodinném domku
- 4 ve městě v řadovém domku
- 5 ve městě v bytovém domě
- 6 ve městě na sídlišti
- 7 jiné

Děkuji za zodpovězení dotazníku!