UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Kristýna Rykrová

Rizikové chování studentů středních škol – závislostní chování v kontextu rodiny

Olomouc 2019

vedoucí práce: doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny a literaturu uvedenou v seznamu.

V Olomouci dne Podpis: ……

Touto cestou bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce doc. Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za odborné vedení při vypracování práce a rady, které mi byly poskytnuty v průběhu zpracování.

Obsah

Úvod 5

I TEORETICKÁ ČÁST 6

1 Rizikové a závislostní chování 6

1.1 Závislostní chování 6

1.2 Rizikové faktory vzniku závislosti 8

1.3 Druhy závislostí 9

1.4 Specifika působení návykové látky u mládeže 9

1.5 Fáze drogové závislosti 9

1.6 Rizikové chování 10

2 Definice a dělení drog 12

2.1 Dělení drog dle účinku na psychiku 12

2.2 Dělení drog dle míry rizika 12

2.3 Druhy a charakteristika návykových látek 13

3 Prevence 18

3.1 Typy prevence 18

3.1.1 Primární prevence 18

3.1.2 Sekundární prevence 20

3.1.3 Terciární prevence 20

3.2 Rodina a prevence 21

3.2.1 Funkce rodiny 21

3.2.2 Výchovné styly v rodině 22

3.2.3 Prevence v rodině 23

4 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 25

4.1 Vývoj výsledků 25

II PRAKTICKÁ ČÁST 27

5 Metodologická východiska výzkumného šetření 27

5.1 Cíle výzkumného šetření 27

5.2 Metodika výzkumného šetření 27
5.3. Interpretace výsledků výzkumného šetření 28
5.4 Diskuze 39
5.5 Shrnutí 41
Závěr 42
Seznam zkratek 43
Seznam tabulek a grafů 44
Seznam použité literatury 45
Seznam příloh 49

Úvod

Bakalářská práce se zabývá drogovou závislostí u studentů středních škol. Drogy a drogová závislost je v dnešním světě velký problém. S modernější dobou, modernější technikou, mobily, internetem se drogy stávají běžným produktem na trhu a jsou tak čím dál dostupnější široké veřejnosti. S tím nastává potíž, že se snadno dostanou do rukou nezletilým a ti drogu často rádi vyzkouší.

Psát práci na toto téma jsem se rozhodla proto, že s drogovou závislostí mám osobní zkušenost v blízké rodině. Bylo to velice náročné období nejen pro samotného drogově závislého, ale i pro nás, jako jeho rodinu a nejbližší. Prošli jsme si s ním společně dlouho cestu od začátku, přes léčbu až po návrat zpět do běžného života. Ve svém dětství to neměl vždy úplně snadné, jako malému dítěti se mu rozvedli rodiče a byl vychováván pouze svou matkou. Myslím si, že i tato situace ho mohla ovlivnit natolik, že svou cestu životem zvolil takovou, jakou zvolil. Chtěla bych se proto také ve výzkumném šetření mé bakalářské práce zaměřit na tento vliv rodiny na mladého jedince.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola popisuje syndrom závislosti a jeho projevy, faktory vzniku závislosti či druhy závislosti. Druhá kapitola se zabývá obecnými poznatky o drogách, jejich dělením a charakteristikou. Ve třetí kapitole jsou obsaženy informace ohledně prevence a možnostech prevence v rodině a čtvrtá kapitola popisuje studii ESPAD.

Praktická část je zaměřena na zjištění zkušeností studentů středních škol s návykovými látkami a vlivu rodinného prostředí. Cílem je zjistit, jak moc středoškolská mládež drogy užívá a zdali na to má vliv rodina a neúplné rodinné prostředí. Pro toto zjištění byla použita metoda dotazníku.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Rizikové a závislostní chování

1.1 Závislostní chování

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2018) definovala pojem syndrom závislosti (F1x.2) jako *„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“*

Abychom mohli definitivně diagnostikovat závislost, je zapotřebí projevení alespoň třech z následujících jevů během jednoho roku a to:

a) silná touha po dané látce

b) jedinec se nedokáže sám ovládat v ukončení užívání, či množství látky

c) jedinec látku užívá s cílem zmírnit příznaky předchozího užívání

d) pro dosažení stejného účinku musí užít většího množství dané látky

e) jedinec ztrácí své dosavadní zájmy a záliby

f) i přes projevení následků není schopen přestat a stále v užívání pokračuje (SANANIM, 2007).

V dalších řádcích výše zmíněné projevy podrobněji popíšeme.

- *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)* Světová zdravotnická organizace definovala jako „*touhu pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost“.* (Nešpor, 2000, s.16) Již roku 1955 Isbell navrhl rozlišování tělesného a psychického bažení, kde to tělesné vzniká při odeznívání účinku návykové látky a psychické se objevuje i po delší abstinenci.

- *Potíže v sebeovládání* úzce souvisí se silnou touhou. Ta vede ke zhoršení sebeovládání. Není to ale pravidlem, jsou i lidé, kteří trpí silnou touhou, ale ke zhoršení sebeovládání nedojde.
- *Somatický odvykací stav* pro jeho diagnózu musí být splněny alespoň tři kritéria. Každá návyková látka má pro odvykací stav svá specifická kritéria. Pro heroin je to například slzení, bolesti svalů, křeče v břiše, neklidný spánek, výtok z nosu, zrychlený tep, rozšířené zornice apod.
- *Růst tolerance*, jak už jsme zmiňovali výše, znamená růst dávek, většího množství návykové látky pro dosažení stejného účinku. Zatím není zcela známé, čím je to způsobeno. Jednou z možností je postupně nižší reaktivita CNS na danou látku, či tělo začne látku rychleji odbourávat. Po abstinenci tolerance na návykovou látku klesá, klesá například i důsledkem některých onemocněních.
- *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů* souvisí se změnou chování, kdy veškerý svůj čas věnují té dané návykové látce, stává se jejich zálibou číslo jedna a vše ostatní jde do pozadí. Lidé tak pak ztrácejí své partnery, přátelé a blízké, ale i zaměstnání.
- *Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*, o kterých ale musí být jedinec informován a pokud i poté nepřestane s užíváním, můžeme mluvit o závislosti (Nešpor, 2000, s. 16-25).

Americká psychiatrická asociace (DSM-V) považuje za závislého takového jedince, u kterého se projeví minimálně tři ze sedmi níže uvedených znaků, a to během jednoho roku.

a) Růst tolerance
b) Odvykací příznaky po vysazení látky
c) Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
d) Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
e) Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
f) Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení

g) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (Nešpor, 2000).

1.2 Rizikové faktory vzniku závislosti

Je mnoho okolností, které mohou zvyšovat riziko užívání drog a následně vznik závislosti. Rizikové faktory, které se týkají přímo dítěte mohou být vyskytující se duševní poruchy nebo poruchy chování u dítěte, dále například nízké sebevědomí, které může kompenzovat užíváním drogy s touhou zapadnout mezi určitou partu. S tím souvisí nízká schopnost jedince vzdorovat vlivu okolí, jedinec se nedokáže ovládat, může být často agresivní. K rizikovým faktorům patří i nižší inteligence jedince. Nechápe a nedokáže si uvědomit následky, které může droga způsobit. Nízké sebevědomí a neadekvátní hodnotící postoj sebe samotného patří též mezi jistá rizika. Dále můžeme zmínit jako rizikový faktor nízkou toleranci ke stresovým situacím (Nešpor, 2000).

Pak jsou tu faktory, které se týkají celé rodiny. V rodině nejsou například přesně nastavena pravidla a dítě si není jisté v tom co může a nemůže. Rodina nevěnuje dostatek pozornosti dítěti, nepečuje o něj tak, jak by měla. Nebo naopak nad dítětem mají přehnaný dohled, velmi přísnou výchovu a přehnané nároky na dítě. Výchova, ve které rodiče naopak na dítě nemají nároky žádné a podceňují ho můžeme též zařadit mezi faktory zvyšující riziko. Dále to jsou případy jako rozvod rodičů, úmrtí v rodině, nezaměstnanost rodičů, chudoba rodiny, časté stěhování, sexuální zneužívání dítěte rodiči, rodiče jsou sami závislí na návykových látkách (Kalina, 2003).

Ve škole se může jednat o selhávání, pocitu neúspěchu. Časté střídání školy, či záškoláctví. Jedinec neprojevuje zájem o školu, ve škole nemá přátele (Nešpor, 2000).

Velký vliv na jedince má vrstevnická skupina. Pokud jeho kamarádi mají problém s autoritami, nerespektují společenská pravidla, sami užívají alkohol či drogy, daného jedince ponižují, snaží se ho zesměšňovat může mít za následek postupný vznik závislosti (Nešpor, 2000).

Také přímo společnost má vliv na samotného jedince. V prostředí, ve kterém jedinec žije se vyskytuje zvýšená kriminalita, diskriminace, chudoba, nedostatečná zdravotní a sociální péče. Lehká dostupnost drog. Nedostatek možností, jak trávit svůj volný čas (Nešpor, Csémy, 1992).

1.3 Druhy závislostí

Závislost na drogách můžeme rozdělit na fyzickou a psychickou závislost. Dle Novotného je fyzická závislost *„stav organismu vzniklý zpravidla dlouhodobým a častým podáváním drogy. Je to vlastně stav chronické otravy organismu. Došlo k paradoxní situaci, kdy organismus zahrnul drogu do své látkové výměny a vlastně ji potřebuje a vyžaduje. Je-li přísun drogy zastaven, dostaví se abstinenční příznaky.“* (Novotný, 2004, s. 354) Zjednodušeně můžeme říct, že se fyzická závislost projevuje jako určitá tělesná nepohoda po vysazení drogy nebo snížení dávky (Nešpor, Csémy, 1992). Novotný (2004, s. 354) dále vymezuje psychickou závislost jako „*duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevuje se různým stupněm potřeby drogu aplikovat. Její vznik je vázán na určité prožitky. Je-li podávání drogy přerušeno, dostaví se psychické poruchy. Psychická závislost se projevuje různě vystupňovanou touhou drogu brát spojenou se snahou po kontinuitě. Závislý člověk již pak není schopen prožívat původní extázi, je vytržen, ztrácí svoji svobodu a jeho chování je podřízeno touze získat drogu“*

Ne všechny drogy způsobují obě závislosti. Některé drogy způsobují pouze závislost psychickou. Ta je často obtížněji překonatelná než závislost fyzická (Nešpor, Csémy, 1992).

1.4 Specifika působení návykové látky u mládeže

Existují rozdíly mezi vznikem závislosti u dětí a dospívajících a dospělých. První můžeme zmínit rychlost vzniku závislosti. U mládeže se závislost vytváří mnohem rychleji než u dospělých. Je tu také vyšší riziko otravy, vzhledem k tomu, že mladí jedinci rádi experimentují, mají s drogou málo zkušeností a proti dospělým menší toleranci. S tím souvisí také vyšší riziko nebezpečného a kriminálního jednání. Děti a mladiství závislí na návykových látkách mají větší problémy v různých oblastech života, jak v oblasti sociálních vztahů, tak problémů v rodině či ve škole. Psychosociální vývoj je u nich zpomalen. Se sklonem k riskování a experimentování se pojí užívání více druhů návykových látek najednou, nebo jejich časté střídání a s tím opět vyšší riziko otravy (Nešpor, 2000).

1.5 Fáze drogové závislosti

1. Experimentální

Tato fáze je počátek drogové závislosti. Člověk je v této fázi z drogy nadšen, vidí pouze pozitivní účinky. Má lepší a optimističtější pohled na věc, nic mu nedělá problém, s ničím nemá problém, vše se zdá být zvládnutelné. Proto často výroky, které tvrdí, jak jsou

drogy škodlivé považují za nesmysl. V této fázi nevidí žádný negativní dopady. Užívání drogy v této fázi lze snadno skrýt, nevytvořila se totiž ještě fyzická závislost (Plocová, 2018).

2. Sociální užívání

V této fázi se závislost již začíná projevovat. Vše se začíná otáčet kolem dané drogy. Hledá si nové přátelé mezi závislými na návykových látkách. Jedinec potřebuje vyšší dávku a brát drogu pravidelně. V této fázi má ale stále pocit, že má vše pod kontrolou. Přitom opak je pravdou. Jedinec začíná mít problémy ve škole, jak s docházkou, tak s hodnocením. Zhoršují se jeho kognitivní funkce, tím se zhoršuje výkon. V této fázi se začínají objevovat příznaky jako jsou nespavost, agresivita, nechutenství, deprese, stres, bolesti hlavy či celého těla (Plocová, 2018).

3. Každodenní užívání

Droga se stala součástí jedincova života. Celý jeho svět se točí pouze kolem drogy, kolem toho, kde ji sežene, jak ji sežene, kdy si vezme další dávku apod. V této fázi začíná mít i finanční problémy, proto často začíná krást. Nemá kde bydlet, rodina či přátelé ho v noha případech zavrhli a jedinec se ocitá na okraji společnosti. Nemá své chování pod kontrolou. I když se v této fázi ještě často snaží přestat, už toho ale není schopen. V této fázi se jedná již o fyzickou závislost (Plocová, 2018).

4. Užívání k dosažení normálu

Droga jedinci v této fázi nic nepřináší, užívá ji pouze z důvodu zmírnění psychické i fyzické závislosti. Celé dny se točí pouze kolem drogy. Jedinec je v této fázi již vyčerpaný, a proto zde nastává problém i se získáváním návykové látky. Je pro zisk drogy schopen udělat cokoliv. Pokud drogu nedostane, objevují se abstinenční příznaky jako jsou zimnice, stres, deprese, agresivita, halucinace, vyčerpání. Tato fáze často končí smrtí či naprostým selháním organismu (Plocová, 2018).

1.6 Rizikové chování

Pojem rizikové chování nahradil dříve užívaný termín sociálně patologické jevy a Miovský ho definuje jako „*takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost.*“ (Nevoralová, 2011) Jiný pohled na rizikové chování má Jessor a vnímá ho jako *„…problematické, znepokojující, nebo jako nežádoucí vzhledem k normám konvenční společnosti, jejím institucím a autoritám. Toto chování je společenskými institucemi*

regulováno.“ (Bártík, Miovský, 2010, s.30) Rizikové chování a jeho důsledky lze vědecky zkoumat a ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (Nevoralová, 2011).

Současná školní prevence rozlišuje základních devět oblastí rizikového chování:

- Záškoláctví
- Šikana a extrémní projevy agrese
- Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- Rasismus a xenofobie
- Negativní působení sekt
- Sexuální rizikové chování
- Závislostní chování
- Poruchy příjmu potravy
- Okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN (Nevoralová, 2011).

2 Definice a dělení drog

V této kapitole se zaměříme na různé typy dělení nelegálních drog a poté si ty nejčastěji užívané naší cílovou skupinou podrobně popíšeme. Nejprve se zaměříme na to, co to droga vlastně je. Můžeme ji vymezit jako jakoukoliv přírodní, či syntetickou látku, která různým způsobem působí na naši psychiku a ovlivňuje naše prožívání, to znamená, že má tzv. psychotropní účinek a může vyvolat závislost (Presl, 1995).

2.1 Dělení drog dle účinku na psychiku

Na základě tohoto dělení zneužívané látky dělíme do třech kategorií podle hlavního účinku v běžných dávkách, tedy podle toho, z jakého důvodu je droga užívána (Kalina, 2015).

1. Tlumivé látky

Mezi nejvýznamnější zástupce této skupiny můžeme uvést heroin, morfin a některé léky. Tato skupina drog se užívá pro své navození zklidnění a určitého uvolnění. Způsobují zpomalení reakcí člověka, ospalost, někdy až spánek. Na tyto návykové látky vzniká fyzická závislost velmi rychle. Mezi nejčastější abstinenční příznaky se řadí bolesti svalů a kloubů, svědění pokožky, pocení, horečky, zpomalení dýchání a střevní problémy v podobě zácpy (Substituční léčba, 2018).

2. Stimulační látky

Tyto látky naopak způsobují povzbuzení celého organismu a zvýšení výkonu. U uživatelů mizí pocit únavy, nemají potřebu spát. Jsou neustále nabití energií. U této skupiny drog se rychle vytváří psychická závislost. Mezi nejznámější zástupce patří kofein, nikotin, pervitin a kokain (Substituční léčba, 2018).

3. Halucinogenní látky

Tyto látky způsobují výrazné změny ve vnímání svého okolí i sebe samotného, změny v prožívání a vědomí. Vyvolávají halucinace a změny nálad. Stavy mohou být doprovázeny depresemi nebo naopak velmi dobrou náladou, tzv. euforií. Jako příklad můžeme uvést LSD, konopné drogy a lysohlávky (Substituční léčba, 2018).

2.2 Dělení drog dle míry rizika

Dle tohoto dělení můžeme drogy rozdělit na měkké a tvrdé. U tzv. měkkých drog je riziko závislosti nižší a naopak u tzv. tvrdých je míra rizika vyšší (Kalina, 2015).

MÍRA RIZIKA	"TVRDOST"	ZÁSTUPCI
vysoká	tvrdé	Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD
vysoká až střední	tvrdé	Lysohlávky Kokain Pervitin
střední	tvrdé	Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein
relativně malá	měkké	Marihuana Hašiš Kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	Káva Čaj

Tabulka 1- Dělení drog dle míry rizika (Minařík, 2009)

2.3 Druhy a charakteristika návykových látek

1) Opioidy a opiáty

Tyto látky jsou vyráběné ze surového opia, které se získává nařízнutím nezralé makovice. Z té vyteče dožluta zbarvená tekutina, která se na vzduchu mění v beztvarou hmotu. To je surové opium. Má tlumivé účinky, proto se v minulosti užíval jako lék. Z opia se získává morfin a kodein, které jsou dále upravovány v ještě účinnější deriváty. Z morfinu se například vyrábí heroin (Presl, 1995).

U opiátů se setkáváme hlavně s intravenózní a intranazální aplikací. Časté je také kouření v cigaretách, nebo užití ústy či vložení pod jazyk u buprenorfinu (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Tyto látky tlumí bolest. Způsobují příjemné pocity, pocity tělesné a psychické pohody. Navozují pocit jistého zklidnění, uvolnění, útlumu až ospalosti. Snižují tělesnou teplotu a zužují zornice. Po požití těchto látek také dochází k bradykardii a hypotenzi. Typické je také svědění celého těla. Uživatel se poškrabuje, dokonce i při ztrátě vědomí (Minařík in Kalina, 2003).

U této skupiny látek dochází k psychické i tělesné závislosti. K rozvoji tělesné závislosti je třeba každodenní užívání po dobu několika měsíců. Zároveň rapidně stoupá tolerance. Dlouhodobí uživatelé snesou několikanásobek své první dávky (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). Při rozvinuté závislosti se jedinec bez drogy cítí špatně a ztrácí kontrolu sám

nad sebou. Ztrácí veškeré své dosavadní zájmy a celý den věnuje shánění své dávky. V této fázi se objevují krádeže či prostituce (Presl, 1995).

V odvykacím stádiu dochází k bolestem, zvýšení teploty, nespavosti, průjmu, tedy k opaku účinkům těchto látek. Symptomy se objevují hned první den po ukončení užívání a po týdnu velká část odezní (Minařík in Kalina, 2003).

2) Stimulační drogy

Stimulační drogy jsou užívány pro svůj účinek povzbuzení, zvýšení výkonosti, získání pocitu větší energie, ale i odbourání zábran a studu. Při delším užívání dochází k narušení psychiky. Uživatel najednou získává pocit nedůvěřivosti ke svému okolí. Má za to, že ho všichni sledují, mluví o něm a chystají proti němu spiknutí. K tomu se můžou přidružit sluchové či zrakové halucinace (Presl, 1995).

Tyto látky způsobují pouze psychickou závislost, pro kterou je typická touha po dané látce a jejím účinku. Je zde třeba zmínit, že psychická závislost je závažnější oproti závislosti fyzické. Vyžaduje dlouhodobou léčbu (Minařík in Kalina, 2003).

Odvykací stav trvá několik týdnů až měsíců. Nejprve se projevuje vysoká únava. Jedinci spí několik dnů. Fázi spánku prokládají příjmem vysokého množství potravy. Mají sklony k depresivním, někdy až sebevražedným myšlenkám. Obtíže postupně slábnou a přichází silná touha po droze. Mohou se objevit poruchy spánku a podrážděnost (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Mezi nejznámější stimulační drogy patří pervitin, kokain a crack. Můžeme sem zařadit i extázi. Extáze je tzv. taneční droga ve formě tablet. Hlavním účinkem je navození pocitu klidu, pohody, které předchází pocitu zmatenosti a jistého neklidu. Po užití se zvyšuje komunikativnost, empatie a pocit náklonnosti. Účinek je často doprovázen nevolností, napětím svalstva, hlavně žvýkacího. Dále nechutí k jídlu a snížením potřeby spánku. Nežádoucím účinkem je přehřátí organismu, které je způsobené hlavně na diskotékách, kdy má jedinec zvýšenou aktivitu, je v teplém prostředí, nedostatkem tekutin či opakovaném užití během večera. Dále může být doprovázeno bolestí hlavy a zvýšením srdeční aktivity a krevního tlaku (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003).

Kokain je bílý prášek, který se zpravidla užívá šňupáním. Způsobuje zrychlení reakcí a myšlení. Uživatelé jsou sebejistější, lépe navazují sociální kontakty. Po užití se též zvyšuje sexuální pud. Jedinci mají rozšířené zornice. Při delším užívání dochází k výraznému úbytku

váhy a celkovému zhoršení tělesného stavu, u žen a dívek může též dojít k vynechání menstruace. U dlouhodobých uživatelů můžeme zpozorovat rychlé střídání nálad. Jedinci se stávají bezohlední, sobečtí a agresivní (Göhlert, Kühn, 2001).

3) Halucinogeny

Miovský (in Kalina, 2003) uvádí základní dělení těchto látek do třech skupin:

1) přírodní látky z rostlin a hub – psilocybin, mezkalin atd.
2) přírodní látky živočišného původu – např. bufotenin (ropuší jed)
3) semisyntetické a syntetické – např. LSD

Mezi nejčastěji užívané halucinogeny patří LSD. V minulosti se s ním dělali pokusy v rámci psychoterapie k urychlení celého terapeutického procesu. Dnes se s ním nejčastěji setkáme ve formě tzv. tripů, což jsou čtverečky z papírů, v kterých je napuštěn roztok LSD. Užívají se rozpuštěním pod jazykem. Dále můžeme zmínit psilocybin. Jedná se o látku obsaženou v lysohlávkách. Její dostupnost je snadná z důvodu jejího snadného sběru a sušení (Miovský in Kalina, 2003).

Účinky obou látek jsou si podobné. První příznaky se objevují brzy, již po několika minutách až hodinách. Je to závislé nejen na množství a čistotě látky, ale i individuálně na samotném psychickém rozpoložení jedince či jeho citlivosti k dané látce (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). Miovský (in Kalina, 2003) dále uvádí typické účinky. U nižších dávek výskyt halucinací, citlivější vnímání barev a prostoru. Dále dobrá nálada, až pocit euforie. Vyšší dávka může způsobit úzkost, paniku, paranoidní stavy – tzv. bad trip. Zajímavými jevy jsou také depersonalizace či derealizace. Jedná se např. o pocit ztráty citlivosti v určité části těla, v krajním případě až pocit ztráty končetiny. Derealizaci můžeme chápat jako odcizení se od vlastního těla a pocitu neúčasti.

Halucinogenní látky nevyvolávají fyzickou, ani psychickou závislost. U osob s predispozicí může dojít k rozvoji depresivních stavů (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

4) Cannabionoidy

První zmínky o konopných drogách jsou dle badatelů datovány už do dob před Kristem. Původně se konopí vyskytovalo v oblastech Asie, dnes se pěstuje víceméně po celém světě. V České republice se pěstuje ve všech částech, nicméně nejlépe se mu daří v oblastech severní a jižní Moravy, kde obsahuje nejvyšší kvalitu psychoaktivních látek

(Miovský in Kalina, 2003). Nejvyšší obsah těchto látek najdeme v pryskyřici samičích květů, nejaktivnější psychotropní látkou je THC (tetrahydrocannabinol) (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Na trhu jsou zneužívány 3 základní formy drogy – marihuana, hašiš a hašišový olej. *„Marihuanou rozumíme květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, které jsou popřípadě smíchány s většími listy.“* (Gabrhelík, Miovský, Zábranský in Miovský, 2008, s.126) Barva se odvíjí dle kvality sušení na různé odstíny světle až tmavě zelené barvy. V evropských zemích marihuana obsahuje 2-8 % THC (Miovský in Kalina, 2003).

Dle Presla (1995) účinky marihuany závisí na aktuálním psychickém a fyzickém stavu uživatele a na jeho osobnosti. Mohou být tedy velmi rozdílné, bez efektu až po euforii. Obecně můžeme říci, že se nejprve dostaví pocit suchosti v ústech až kašel. Po odeznění přechází stav do klidu, pohody a uvolnění. Jedinci jsou vysmátí. Smích je vyvolán velmi snadno, i banálními podněty. Dochází ke změně vnímání barev, zvuku, času a povzbuzuje chuť k jídlu. Tento stav trvá zpravidla i několik hodin.

Marihuana se užívá nejčastěji kouřením, případně pojídáním. Při kouření se účinek dostavuje rychle, obvykle do 20 minut a odeznívá do 3 hodin. Naopak při požití se účinky dostavují pomalu, vrcholí po 1 až 5 hodinách (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Miovský (in Kalina, 2003) uvádí, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost a psychická závislost se objevuje u velmi malého procenta uživatelů. Nebývá ani u této skupiny drog typické postupné zvyšování tolerance. Při dlouhodobém a nadměrném užívání dochází ke zhoršení krátkodobé paměti a nižší schopnosti soustředit se. U osob s predispozicí se můžou rozvinout stavy deprese a úzkosti, které mohou vyústit až do panického stavu. Konopí též může být spouštěčem různého duševního onemocnění.

Pokud se jedinec necítí psychicky v pořádku, nemá dobrou náladu, necítí se v aktuálním prostředí dobře, není vhodné užívání marihuany, protože může tyto negativní pocity ještě více prohloubit. Marihuana s sebou nese podobná rizika jako kouření cigaret, ale až pětinásobně větší. Není vhodné ji kombinovat s jinými drogami, včetně alkoholu, zde se poté rizika opět násobí (SANANIM, 2007).

Hašiš je pryskyřice konopí, která obsahuje až 40 % psychoaktivních látek (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). Může se užívat v mnoha formách. Často se kouří spolu s tabákem v jointech, ale také se z nich pečou koláče či různé sušenky (Göhlert, Kühn, 2001).

Hašišový olej vzniká destilací konopných listů. Nejčastěji se užívá kouřením ze skleněné dýmky, nebo nakapáním na cigaretový papírek (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

5) Těkavé látky

Jedná se o různá rozpouštědla, ředidla, lepidla a plynné látky. S užitím se nejčastěji setkáváme u obyvatel ze sociálně slabšího prostředí. V dospívání často dochází s různými experimenty s těmito látkami, ale většina s tím končí prvním pokusem (Hampl in Kalina, 2003).

Způsob aplikace je u těchto látek inhalací, velmi výjimečně injekcí nebo požitím. Stav po požití se podobá opilosti. Nejprve pocit nabuzení, jistého vzrušení, doprovázený jak sluchovými, tak zrakovými halucinacemi, který je ale postupně vystřídán únavou a spánkem. Mezi nežádoucí účinky můžeme uvést poruchy dýchání, nevolnost, poruchu vědomí či poruchu srdeční aktivity (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

Nejrozšířenějším zástupcem je toluen. Dále se jedná o trichlorethylen, aceton, éter, benzin a rajský plyn. Toluen je volně prodejný. Účinek této látky se dostavuje rychle, během několika minut, ale také rychle odezní, a to během několika desítek minut (Hampl in Kalina, 2003). Při čichání se nedá snadno odměřit přesná dávka, což je důvod k častému předávkování. Při častějším užívání dochází k celkovému otupění, jedinec se stává afektivnější, labilnější. Postupně se izoluje od okolního prostředí (Presl, 1995).

Vyvolávají psychickou závislost, somatická závislost nebývá zjevná (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015). Tato skupina látek je veřejností podceňována. Je třeba poukázat na jejich nebezpečnost i při pouhém experimentování a věnovat jim pozornost stejnou jako ostatním drogám (Hampl in Kalina, 2003).

6) Léky

Skupina zneužívaných léků je velká. Mezi nejrozšířenější patří analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika. Analgetika jsou léky určené k tlumení bolesti, sedativa a hypnotika se užívají především k léčbě poruch spánku a anxiolytika jsou užívána k tlumení úzkosti a patologického strachu (Hampl in Kalina, 2003).

Společným účinkem těchto léků je celkové zklidnění organismu, následně až únava a ospalost. Dále dochází k poklesu svalového napětí, který může vést až k pádům, poruchám paměti, ztrátě motivace. Způsobují psychickou i somatickou závislost (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015).

3 Prevence

Prevence pochází z latinského slova *praeventus*, což znamená zákrok předem. Tedy v širším slova smyslu můžeme říci, že jde o předcházení určitým škodlivým vlivům (Petrusek, 1995). Miovský (2010, s.24) definuje prevenci rizikového chování jako *jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky.*

3.1 Typy prevence

3.1.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je šířit informace o škodlivých účincích návykových látek a celkově předcházet vzniku rozvoje závislosti (Vágnerová, 2004). „*Cílem nemůže být pouhá absence sociálně patologických jevů, cílem musí být prezence sociálně příznivého chování.“* (Matoušek, Kroftová, 1998, s. 261) Aby měla efekt, je zapotřebí, aby začala, co možná nejdříve a byla přiměřená věku. Dále je třeba aby byla dlouhodobá a komplexní, tedy abychom se zaměřovali například na spolupráci se školou, ale i s rodiči (Nešpor, 2000).

Ve společnosti by se měl brát největší zřetel právě na primární prevenci, jelikož by měla působit jako ochrana jedince a celé společnosti před negativními dopady a důsledky rizikového chování. Jedná se tedy zejména o práci s dětmi a mladistvými, která se bude věnovat vytvářením správných postojů, znalostí a kompetencí, které mu dodají schopnost žít ve společnosti, ve které se projevy rizikového chování běžně vyskytují. Tyto projevy jedinec bude schopen rozpoznat a nenechá se jimi ohrozit. Důležitou roli tedy ve funkci primární prevence hrají základní výchovní činitelé, rodina, škola a různá volnočasová zařízení (Čech in Miovský, 2015).

Aktivity se mohou zaměřovat na širokou veřejnost v rámci využití masmédií či různých preventivních přednášek na školách. Může se také dále zaměřovat na ohrožené jedince, tedy např. záškoláky, mladistvý delikventy, nebo děti rodičů závislých na návykových látkách. Můžeme tedy říct, že hlavními složkami primární prevence jsou:

1) *vytváření povědomí a informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním*
2) *podpora protidrogových postojů a norem*

3) *posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním 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* (Orlíková, 2009).

Literatura primární prevenci dělí na nespecifickou a specifickou. Specifickou dále dělí na všeobecnou, indikovanou a selektivní. Do nespecifické primární prevence patří aktivity, které pomáhají snižovat riziko vzniku rizikového chování prostřednictvím volnočasových aktivit, jako jsou různé zájmové, sportovní a kulturní kroužky a programy. Specifická primární prevence se zaměřuje na cílenou skupinu, u které je riziko, že by se v průběhu vývoje mohly projevovat rizikové způsoby chování. **Všeobecná primární prevence** spočívá především v předem připravených preventivních programech poskytovaných neziskovými organizacemi či Policií ČR pro cílovou skupinu z hlediska věku a míry ohrožení. Jedná se většinou o programy pro větší počet osob jako je třeba školní třída. **Selektivní primární prevence** je zaměřená na jedince, kteří jsou vystaveni většímu působení rizikových faktorů a následnému vzniku a rozvoje rizikového chování. Jedná se o jedince ohrožené psychosociálním prostředím, osoby s rizikem sociální exkluze, či jedinci s genetickými předpoklady pro riziko v chování. Do programů selektivní prevence patří zejména jedinci, u kterých je typický pozitivní vztah k návykovým látkám, negativní vztah ke škole či nízká úroveň sociálních kompetencí a individuální charakteristiky jedince, jako např. porucha chování, děti, jejichž rodiče užívají návykové látky, jsou vězněni, žijí v oblastech se zvýšenou kriminalitou či chudobou, děti zneužívané. Při této cílové skupině se klade větší důraz na vzdělání preventisty. **Indikovaná primární prevence** je zaměřená na jedince s vysokým rizikem, či jedince, u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování, proto se spíše snaží zabránit rozvoji závislosti, nikoliv zamezit prvnímu užití. Snahou je co nejdříve podchytit problém, správně vyhodnotit a co nejrychleji zahájit intervenci (Martanová in Kalina, 2015).

Existují speciální organizace, které poskytují školení pedagogičtím pracovníkům o tom, jak mají na děti správně preventivně působit, dále existují specializovaná centra pro rodiče. Na obecních úřadech působí protidrogoví koordinátoři, kteří se podílí na plánování protidrogové politiky, včetně primární prevence. Další z možností primární prevence jsou tzv. peer programy, kde jsou profesionálně vyškolení vrstevníci – „peeři“ – jedinci nejen podobného věku, ale i z podobného sociokulturního prostředí, kteří podporují správné

způsoby chování a snaží se šířit ve své skupině preventivní informace. Dále zde můžeme zmínit nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která dětem poskytují možnost trávení volného času jinak než touláním se po ulicích. Zároveň poskytují poradenské a preventivní činnosti. Jedinci jsou v těchto zařízeních pod odborným dohledem a panují zde přísná pravidla (Orlíková, 2009).

Primární prevenci ve školách zajišťuje školní metodik prevence, výchovný poradce, případně školní psycholog. Mimo školy pak prevenci zajišťují školská poradenská zařízení jako jsou pedagogicko-psychologické poradny, případně střediska výchovné péče (Čech in Miovský, 2015).

3.1.2 Sekundární prevence

Pokud selhávají strategie selektivní a indikované prevence je třeba nástupu prevence sekundární, jejímž cílem je vyhledávání lidí, kteří již návykovou látku užívají a zabránění vzniku a rozvoji závislosti (Nevoralová, 2011). Pro tyto účely existují různá kontaktní centra, která mohou tito uživatelé navštívit (Vágnerová, 2004). Sekundární prevence spočívá v zamezení kontaktu s prostředím, kde mu byl umožněn život závislý na návykových látkách, pomoc s nalezením nového smyslu života, vztahu k sobě samému, přijetí zodpovědnosti za svůj život a své činy, vytvoření si určitého náhledu, naučit se znovu pracovat se svými emocemi, umět je správně vyjádřit, upevnit si život abstinencí (Kudrle in Kalina, 2003).

3.1.3 Terciární prevence

Terciární prevence se zaměřuje na snižování negativních důsledků užívání návykových látek (Vágnerová, 2004). Snaží se předejít závažnému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození. Jedná se o resocializaci jedinců, kteří prošli léčbou a nadále abstinují a o intervenci u uživatelů návykových látek. Zde mluvíme o tzv. harm reduction (Kudrle in Kalina, 2003). Jedná se o různé programy a činnosti, které mají přispět k minimalizaci negativních dopadů užívání návykových látek a nemusí zároveň docházet ke snižování jejich spotřeby, tedy užívání drog. Z toho vyplývá, že se nezaměřuje pouze na zdraví jedince, ale i na ostatní rizika, jako jsou např. dluhy. Informuje ho o možnostech bydlení, sociálních dávkách apod. Termín harm reduction je nejčastěji spojován s programem na výměnu jehel se snahou zmírnit šíření infekčních onemocnění. Mezi hlavní principy patří neodsuzování uživatele návykových látek, ale zároveň ani podporování v jeho dalším užívání. Respektuje se klientovo rozhodnutí drogu užívat (Janíková, 2015).

Terciální prevence tedy poskytuje služby jako je právní poradenství, chráněné bydlení, dále služby umožňující předcházení přenosu vážných onemocnění, jako jsou již zmíněné programy na výměnu jehel a stříkaček, psychologickou pomoc, rodinné poradenství apod. (Kudrle in Kalina, 2003).

3.2 Rodina a prevence

3.2.1 Funkce rodiny

Sociologický slovník (Petrusek, 1996, s.940) vymezuje rodinu jako „*obecně původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a jejímiž hlavními funkcemi jsou reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.*“

Základní funkce rodiny jsou:

1) Biologicko-reprodukční funkce, která je důležitá nejen pro samotného jedince, tak pro celou společnost z důvodu jejího rozvoje. Do této funkce zasahuje stát pomocí různých sociálních opatření. Význam této funkce pro jedince spočívá v uspokojování jeho sexuálních potřeb a potřeb pokračování svého rodu.

2) Sociálně-ekonomická funkce, kde rodina působí jako spotřebitel, na kterém je závislý ekonomický trh. V rodině se dělá řada rozhodnutí o rozdělování financí, využití materiálních prostředků, výdajů apod.

3) Socializačně-výchovná funkce, rodina je primární sociální skupina, ve které probíhá socializace. Rodina působí na své členy, ovlivňuje je v různých sférách lidského života, pomáhá jim v osvojování dovedností, návyků a způsobů chování běžné v naší společnosti. Rodina je též vzorem pro osvojování sociálních rolí muže a ženy.

4) Citová funkce rodiny spočívá v pocitu sounáležitosti mezi určitou skupinu osob, ve které má jedinec možnost začít pocit toho, že je akceptován a uznáván. V rodině jedinec získává pocit bezpečí, vzájemného porozumění a psychologickou podporu. Tato funkce může být v mnoha případech narušována, jedná se například o rodiny, kde dochází k rozvodu či jiným konfliktním situacím, některý z členů je závislý na návykových látkách apod. Můžeme říct, že se jedná o jednu z nejdůležitějších funkcí rodiny, jelikož je nesnadné, možná až nemožné tuto funkci naplnit jinými sociálními institucemi (Kraus, Poláčková, 2001).

3.2.2 Výchovné styly v rodině

1) Zavrhující výchova

K tomuto postoji rodičů nejčastěji dochází v momentě, kdy bylo dítě nechtěné, nesplňuje daná očekávání rodičů a je pro ně jistým zklamáním. Je pak často vystaveno různým trestům a omezením, jak vědomě, tak nevědomě. Dítě je v takovéto výchově také často utlačováno. Jeho reakcí na to může být vzdor, protest či naopak rezignace a pasivita (Matějček, 1992).

2) Zanedbávající výchova

Zanedbávání může mít skrytou či zjevnou podobu a objevovat se na různých úrovních od lehkého zanedbávání jen některých potřeb až po hrubé a celkové zanedbávání. Tyto děti mohou být z rodin s nízkým sociokulturním postavením, ale není to automaticky pravidlem. Dalším rizikem jsou rodiny, kde sami rodiče porušují normy společnosti, a tudíž jsou pro dítě špatným výchovným vzorem. Tyto děti mají ve škole často výchovné a prospěchové problémy. Hlavní pomoc souvisí se zvýšením úrovně výchovy dítěte v rodině pomocí zvýšení životní úrovně rodiny, zlepšení životosprávy, léčby závislosti rodičů apod. Je často nutný zásah OSPODu, v krajním případě umístění dítěte do náhradní rodinné péče (Matějček, 1992).

3) Rozmazlující výchova

Rodiče, či jiní výchovní činitelé nekladou na dítě žádné nároky, usnadňují mu průchod životem tím, že mu odstraňují veškeré překážky, nemají na dítě žádné nároky, splní mu všechna přání a veškerý svůj čas podřizují jemu. Zároveň nechtějí, aby dítě dospělo a bylo nezávislé. Takto vychovávané dítě brzy ztrácí autoritu, špatně vychází s vrstevníky a je pro něj později obtížná adaptace na „svět dospělých“ (Matějček, 1992).

4) Výchova úzkostná a protektivní

V této výchově jsou děti omezovány strachem rodičů, že si jejich dítě ublíží. Tudíž mu zakazují činnosti a aktivity, které jim přijdou moc nebezpečné. Přehnaně je ochraňují. Některé děti na tuto výchovu mohou reagovat únikem do různých part s rizikovým způsobem života, hledáním velkého množství aktivit mimo dosah rodičů (Matějček, 1992).

5) Perfekcionistická výchova

Rodiče chtějí mít své dítě co nejdokonalejší. Mají nerealistické a přehnané nároky na své dítě. Často si kompenzují svůj neúspěch a nesplněné touhy na svém dítěti a snaží se o jejich dosáhnutí alespoň u něho (Matějček, 1992).

6) Protekční výchova

Rodiče opět chtějí, aby jejich dítě dosáhlo úspěchů a hodnot, které považují za důležité. Není pro ně ale podstatné, jakým způsobem těchto cílů dosáhnou. Ve všem svému dítěti pomáhají, dělají vše za něho a vyžadují i po ostatních, aby se tomuto podřídili. Pokud se jedná o jejich dítě stejná práva pro všechny jsou pro ně cizí (Matějček, 1992).

Nešpor (1992) mluví o přijímajícím, odmítajícím, omezujícím a o povolném rodiči. Za nejlepší považuje kombinaci přijímajícího a alespoň trochu omezujícího rodiče. Takovýto rodič je se svým dítětem spokojen, povzbuzuje ho, vnímá jeho potřeby, ale na druhou stranu mu stanovuje jasné hranice a pravidla a případné následky při jejich porušení.

3.2.3 Prevence v rodině

Je velmi pravděpodobné, že se dítě ve svém životě s drogou potká. Pro tyto případy by mělo být vybaveno jistými znalostmi. Není vhodné tvrdit, že drogy jsou jen špatné a mají pouze negativní účinky. Mělo by vědět, že droga dokáže přinést zajímavý a nevšední zážitek, ale že je za to následně zaplaceno. Samozřejmě to, že jsou drogy špatné, by mělo být to, co si odnese především (Substituční léčba, 2019).

Můžeme uvést některá hlavní doporučení, kterými je dobré se jako rodič řídit:

- Mít rád své dítě i v době, kdy se mu úplně nedaří a zažívá pocit neúspěchu, tuto lásku mu dávat najevo, v tomto období obzvlášť
- Své dítě respektovat takové, jaké je
- Naslouchat mu, zajímat se o to, co říká, jaké má názory
- Trávit společně volný čas
- Chválit své dítě i za drobnosti, které udělalo
- Dát mu možnost se co nejvíce samo rozhodovat a nést zodpovědnost za svá rozhodnutí
- Nedávat neustálé příkazy, zákazy a tresty, snažit se ho vést ke společné dohodě

- Dát mu svůj vlastní prostor a soukromí
- Nebýt příliš shovívavý
- Snažit se být sám dobrým příkladem (SANANIM, 2007).

Nešpor (2001) dále považuje za důležité zabezpečit vhodnou vrstevnickou skupinu, se kterou se dítě stýká. Podporovat ho v kvalitních zájmech, rozvoji jeho schopností a dovedností, ale zároveň na něj nemít přehnané nároky. Zajistit stabilní rodinné prostředí, ve kterém má možnost se projevovat. Nebát se s ním mluvit o tématech týkajících se návykových látek. Připravovat ho na budoucí samostatný život. Nacvičovat s ním sociální dovednosti, naučit ho předvídat následky svého chování.

4 Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

ESPAD je největší celoevropská studie, která se zaměřuje na zjištění rozsahu užívání návykových látek u mládeže (Zaostřeno, 2016). Realizuje se každé 4 roky již od roku 1995. Tato studie vznikla z důvodu málo srovnatelných údajů o užívání návykových látek mezi mladistvými v Evropě. Pro zjištění těchto údajů byla vypracována společná metodologie včetně dotazníku a bylo rozhodnuto o provedení průzkumu mezi studenty ve třídách (ESPAD, 2016).

Cílem této studie je získat a shromáždit údaje o užívání návykových látek u studentů ve věku 15-16 let v co možná nejvyšším počtu evropských zemí. Účast studentů v tomto výzkumu je dobrovolná a anonymní. Dále také sledují a následně porovnávají trendy ve vývoji situace mezi jednotlivými státy (ESPAD, 2016). Zjištěné výsledky slouží mimo jiné k hodnocení strategií protidrogové politiky a přípravu akčních plánů pro konkrétní opatření v oblasti prevence a léčby užívání návykových látek (Zaostřeno, 2016).

Účast jednotlivých států v projektu je dobrovolná a zodpovídají za ni vybraní odborníci dané země, tzv. národní koordinátoři projektu. Jsou zodpovědní nejen za dodržování pravidel, sběr dat, odevzdání výstupů, ale i za finanční zajištění z národních zdrojů dané země. Na mezinárodní úrovni je tato studie koordinována již od počátku Švédskou radou pro alkohol a jiné drogy. V posledních letech se na projektu také podílí Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. V České republice tento projekt zajišťuje Národní ústav duševního zdraví a Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Je financován z Úřadu vlády České republiky (Zaostřeno, 2016).

4.1 Vývoj výsledků

V roce 2015 proběhla poslední vlna studie ESPAD. V porovnání s předchozími roky dotazník obsahoval i otázky zaměřené na gambling a gaming či nové drogy (Drogy – info, 2015).

Mezi roky 1995 a 2003 došlo k výraznému nárůstu užívání nelegálních drog, především konopných látek. V roce 1995 uvedlo zkušenost s marihuanou 22 % respondentů a v roce 2003 už 44 % studentů. Od roku 2011 dochází k poklesu zkušeností s touto drogou. V roce 2015 tuto zkušenost uvedlo 38 % studentů. Mezi roky 2011 a 2015 došlo ke snížení užívání marihuany pouze u chlapců a tím došlo ke smazání rozdílu v užívání drog mezi pohlavím (Zaostřeno, 2016).

Dále můžeme zpozorovat, že dochází ke stále se snižujícím tendencím zkušeností i s jinými drogami. Od roku 1999 se stále snižuje užívání heroinu či jiných opiátů a pervitinu nebo jiných amfetaminů, od roku 2003 dochází k poklesu užívání extáze a halucinogenních hub. Pouze u kokainu dochází od roku 1995 stále k nepatrnému zvyšování zkušeností studentů s touto drogou (Zaostřeno, 2016).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodologická východiska výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce jsme se zaměřili na zkušenosti středoškolské mládeže s drogami. Pro toto zjištění jsme použili metodiku kvantitativního výzkumu. Pro sběr dat byl použit anonymní dotazník.

Dotazník patří mezi jednu z nejčastěji používaných metod zjišťování údajů. Jedná se o písemné kladení otázek a následného získání písemných odpovědí. Je vhodný především na získání údajů od velkého množství respondentů v poměrně krátkém čase. Dotazník musí mít jasně stanovený cíl a promyšlenou strukturu. Na začátek dotazníku se většinou dávají otázky kratší, lehčí a zajímavější z důvodu toho, abychom neodradili respondenta v dalším vyplňování. Ve středu dotazníku jsou otázky náročnější a na konci mohou být otázky důvěrnější nebo faktografické, které nejsou pro respondenta tak náročné, jelikož na konci vyplňování dotazovaný již může být unaven (Gavora, 2008).

5.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaké mají studenti středních škol zkušenosti s užíváním návykových látek. Jelikož jsou drogy v poslední době čím dál dostupnější, rozšiřuje se také okruh jejich uživatelů. Dále se zaměřujeme na zjištění, zda má u studentů vliv na užívání drog neúplnost rodiny.

5.2 Metodika výzkumného šetření

Ke sběru dat byla zvolena kvantitativní metoda v podobě anonymního dotazníku. Při tvorbě dotazníku jsme se inspirovali dotazníkem používaným v rámci studie ESPAD, který se zaměřuje na zjišťování pohledu a zkušeností studentů s tabákem, alkoholem a jinými drogami. (Klinika adiktologie, 2019) Z tohoto dotazníku byly vybrány pouze ty otázky, které se týkají užívání nelegálních návykových látek a otázky týkající se oblasti rodiny.

Dotazník obsahuje 15 uzavřených otázek a 2 polootevřené otázky, u kterých byla ponechána možnost pro vlastní odpověď. Respondenti mohli vybírat jednu z uvedených možností krom otázek číslo 16 a 17, u kterých byl počet odpovědí libovolný. U otázek týkajících se četnosti užívání návykových látek jsou podotázky, které se ptají na četnost užívání během svého celého života, během jednoho roku a během posledního měsíce. Úvodní otázky se zaměřují na zjištění základních informací o respondentovi jako jsou pohlaví, věk a

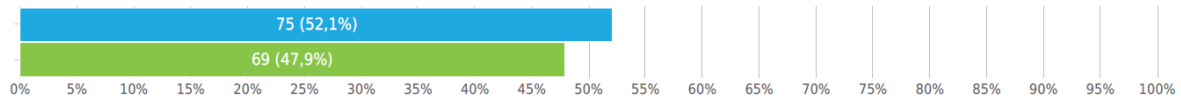
škola, na které studuje. Zbylé otázky se zabývají zkušeností respondentů s drogami a rodinných vztahů.

Dotazník byl rozeslán online celkem 200 studentům středních škol Královehradeckého kraje. Vrátilo se 144 dotazníků. Výsledky dotazníku jsou zpracovány do grafů a tabulek. Dotazník je součástí přílohy číslo 1.

5.3. Interpretace výsledků výzkumného šetření

Jak již bylo zmíněno dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 144 respondentů. Podíl pohlaví je téměř vyrovnaný, větší část ale tvoří muži, kteří zastupují 52,1 % všech dotazovaných.

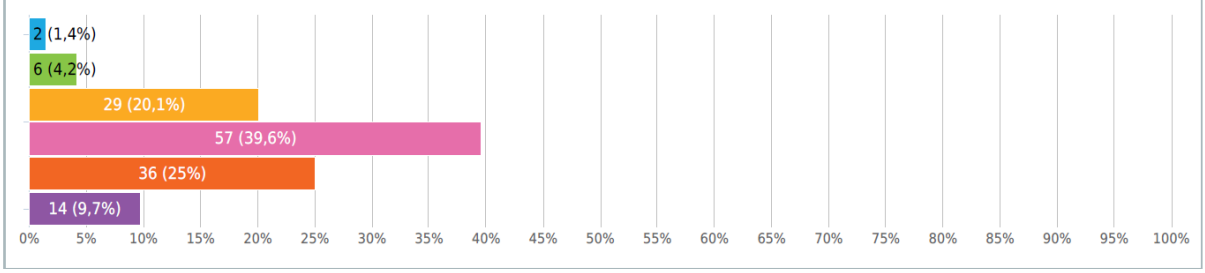
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Muž	75	52,1 %
Žena	69	47,9 %



Graf č. 1 - Pohlaví respondentů

Nejvíce respondentů máme ve věku 18 let, kteří tvoří 39,6 %. Další hojnou skupinou jsou respondenti ve věku 19 let, kteří zde zastupují 25 % a respondenti ve věku 17 let, kteří tvoří 20,1 % ze všech dotazovaných. Dále 14 dotazovaných uvedlo věk 20 let. Menší podíl zde tvoří respondenti ve věku 16 let, kterých je 4,2 % a pouze 2 odpovídající (1,4 %) uvedli věk 15 let.

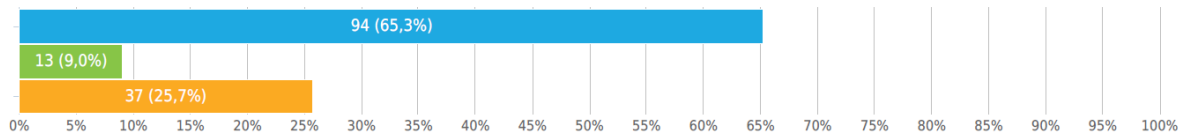
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
15	2	1,4 %
16	6	4,2 %
17	29	20,1 %
18	57	39,6 %
19	36	25 %
20	14	9,7 %



Graf č. 2 - Věk respondentů

Celkem 94 respondentů (63,3 %) jsme získali ze středních odborných škol. Zbylý počet navštěvuje gymnázium, přesně 25,7 % a pouze 13, tedy 9 % ze všech dotazovaných studuje na středních odborných učilištích.

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Střední odborná škola	94	65,3 %
Střední odborné učiliště	13	9,0 %
Gymnázium	37	25,7 %



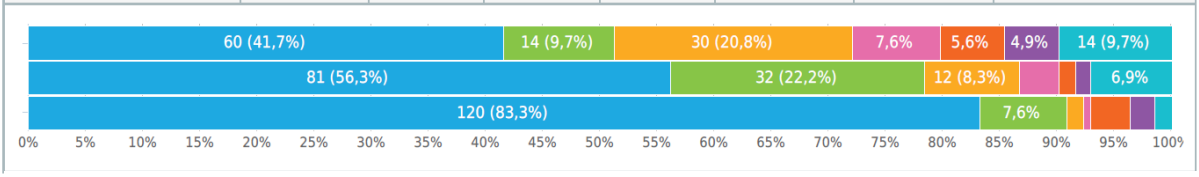
Graf č. 3 - Vzdělání respondentů

Při zjišťování kolikrát již užili marihuanu či hašiš během svého celého života 60 dotazovaných (41,7 %) uvedlo, že to ještě nikdy nezkusilo. 30 respondentů, konkrétně 20, 8 %, uvedlo, že drogu zkusilo celkově 3 až 5krát, 1 až 2krát marihuanu zkusilo 9,7 %. 11 dotazovaných (7,6 %) zkusilo marihuanu 6 až 9krát, 8 (5,6 %) respondentů užilo marihuanu 10 až 19krát, 7 respondentů ji za svůj život mělo 20 až 39krát a 14 (9,7 %) ze všech dotazovaných marihuanu již užilo 40 nebo vícekrát.

Během posledního roku marihuanu nemělo 81 respondentů. 1 až 2krát ji zkusilo 32 respondentů, tedy 22,2 % ze všech dotazovaných. 8,3 % si marihuano nebo hašiš vzalo během posledního roku 3 až 5krát, 6 až 9krát ji mělo 5 respondentů (3,5 %). 2 respondenti ji měli 10 až 19krát, 20 až 39krát ji měli také 2 a 10 respondentů (6,9 %) ji během celého roku mělo 40krát nebo vícekrát. Můžeme tedy předpokládat, že se jedná o pravidelné uživatele.

Za poslední měsíc většina, konkrétně 83,3 % respondentů marihuanu nebo hašiš vůbec nemělo. Z celkového počtu všech respondentů během posledního měsíce mělo marihuanu 1 až 2krát 11 dotazovaných, 3 až 5krát 2 respondenti, 6 až 9krát 1 dotazovaný. 5 respondentů (3,5 %) uvedlo, že během posledních 30 dnů mělo marihuanu 10 až 19krát, 2,1 % respondentů uvedlo, že marihuanu nebo hašiš mělo 20 až 39krát. Během posledního měsíce měli marihuanu nebo hašiš 40krát nebo vícekrát 2 respondenti.

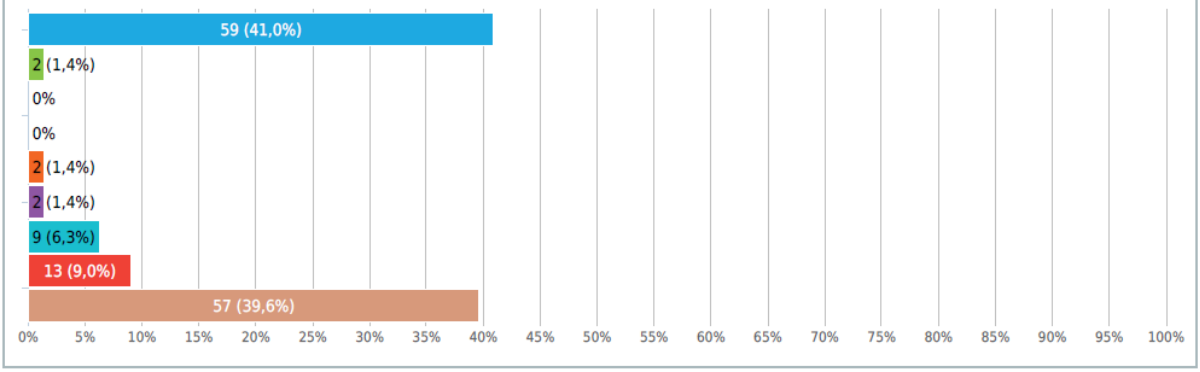
Odpověď	nikdy	1-2 krát	3-5 krát	6-9 krát	10-19 krát	20-39 krát	40 nebo vícekrát
Za celý život	60 (41,7 %)	14 (9,7 %)	30 (20,8 %)	11 (7,6 %)	8 (5,6 %)	7 (4,9 %)	14 (9,7 %)
Za posledních 12 měsíců	81 (56,3 %)	32 (22,2 %)	12 (8,3 %)	5 (3,5 %)	2 (1,4 %)	2 (1,4 %)	10 (6,9 %)
Za posledních 30 dnů	120 (83,3 %)	11 (7,6 %)	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	5 (3,5 %)	3 (2,1 %)	2 (1,4 %)



Graf č. 4 - Marihuana

Respondenti, kteří uvedli, že marihuanu nebo hašiš již zkusili, ji užili nejčastěji poprvé v 16 letech nebo později, celkem se jedná o 57 respondentů, tedy 39,6 %. První zkušenost s marihuanou v 15 letech uvedlo 9 % respondentů, ve 14 letech marihuanu zkusilo 9 respondentů (6,3 %), ve 13 letech 2 z dotazovaných. Z celkového počtu všech respondentů, 2 uvedli, že marihuanu poprvé zkusili ve 12 letech. Dva respondenti také uvedli, že mají první zkušenost s marihuanou v 9 letech. Dle grafu si můžeme všimnout, že v této otázce uvedlo, že marihuano nikdy nezkusilo 59 respondentů, což je o jednoho méně oproti otázce předchozí. Může se jednat o pouhý omyl, ale i o nepravdivé odpovídání respondenta.

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Nikdy	59	41,0 %
9 let nebo dříve	2	1,4 %
10 let	0	0 %
11 let	0	0 %
12 let	2	1,4 %
13 let	2	1,4 %
14 let	9	6,3 %
15 let	13	9,0 %
16 let nebo později	57	39,6 %



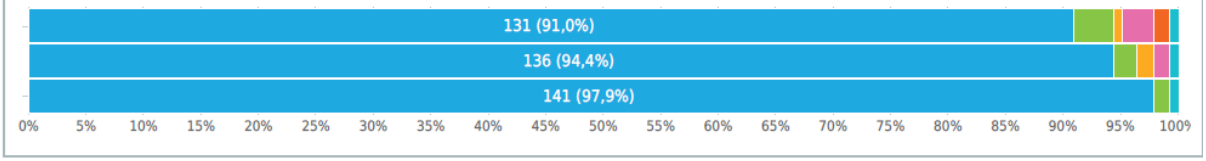
Graf č. 5 - První zkušenost s marihuanou

Ze všech dotazovaných 91 % nikdy neužilo extázi. Během svého života 3,5 % respondentů extázi zkusilo 1 až 2krát, 3 až 5krát ji zkusil 1 dotazovaný. 4 respondenti uvedli, že extázi zkusili celkem 6 až 9krát, 10 až 19krát 2 z dotazovaných. 40krát nebo vícekrát měl extázi 1 respondent.

Během posledního roku extázi užilo 8 respondentů (5,6 %). Dle grafu můžeme pozorovat, že 3 respondenti měli extázi během posledního roku 1 až 2krát, 2 respondenti uvedli, že ji měli 3 až 5krát a stejný počet respondentů 6 až 9krát. 1 z dotazovaných ji během posledního roku užíval 40krát nebo vícekrát.

Extázi během posledního měsíce užili 3 respondenti, 2 z nich ji mělo 1 až 2krát a opět 1 dotazovaný 40krát nebo vícekrát.

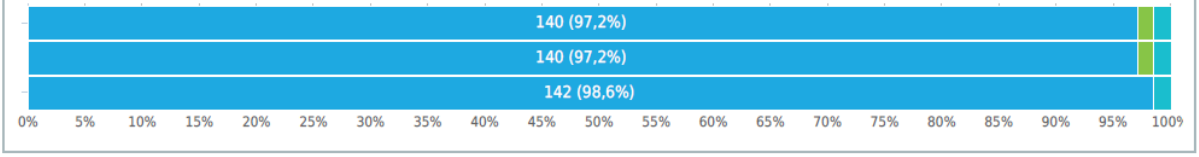
Odpověď	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x nebo vícekrát
Za celý život	131 (91,0 %)	5 (3,5 %)	1 (0,7 %)	4 (2,8 %)	2 (1,4 %)	0	1 (0,7 %)
Za posledních 12 měsíců	136 (94,4 %)	3 (2,1 %)	2 (1,4 %)	2 (1,4 %)	0	0	1 (0,7 %)
Za posledních 30 dní	141 (97,9 %)	2 (1,4 %)	0	0	0	0	1 (0,7 %)



Graf č. 6 - Extáze

Dále nás zajímala zkušenost s heroinem či jinými opiáty. Celkem 1,4 % respondentů opiáty zkusilo během svého života 1 až 2x, stejný počet respondentů heroin zkusilo 40x nebo vícekrát. Jednalo se o 2 ženy a 2 muže. Z grafu vyplývá, že tyto látky zkoušeli během posledních 12 měsíců. Během posledních 30 dnů heroin či jiné opiáty zkusilo 1,4 % respondentů.

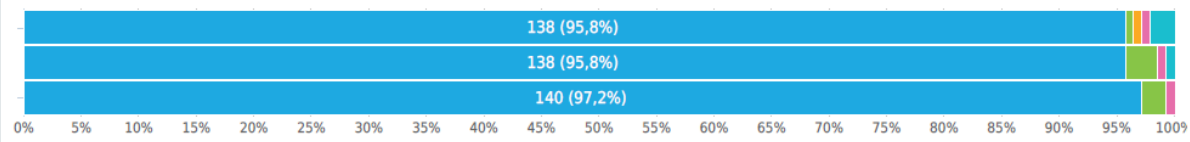
Odpověď	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x a vícekrát
Za celý život	140 (97,2 %)	2 (1,4 %)	0	0	0	0	2 (1,4 %)
Za posledních 12 měsíců	140 (97,2 %)	2 (1,4 %)	0	0	0	0	2 (1,4 %)
Za posledních 30 dnů	142 (98,6 %)	0	0	0	0	0	2 (1,4 %)



Graf č. 7 - Heroin a jiné opiáty

Zkušenost s pervitinem či jinými amfetaminy má 4,2 % respondentů. Půlka z nich pervitin během svého života užila 40krát nebo vícekrát. Během posledních 12 měsíců 2,8 % respondentů uvedlo, že pervitin či jiné amfetaminy užilo 1 až 2krát. 1 ze všech dotazovaných drogu za poslední rok užil 40krát nebo vícekrát. Za posledních 30 dnů pervitin užilo 2,8 % všech respondentů.

Odpověď	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x a vícekrát
Za celý život	138 (95,8 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	0	0	3 (2,1 %)
Za posledních 12 měsíců	138 (95,8 %)	4 (2,8 %)	0	1 (0,7 %)	0	0	1 (0,7 %)
Za posledních 30 dnů	140 (97,2 %)	3 (2,1 %)	0	1 (0,7 %)	0	0	0



Graf č. 8 - Pervitin a jiné amfetaminy

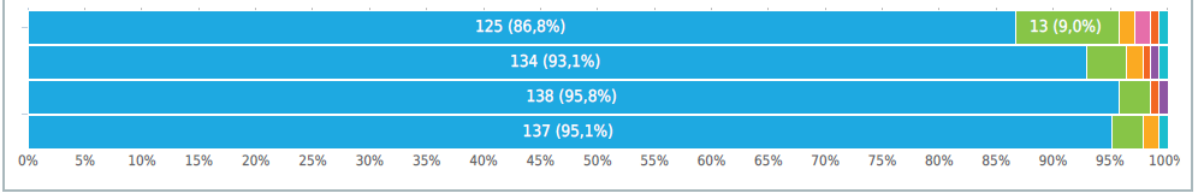
Dále jsme se zajímali o to, jaké mají zkušenosti s dalšími návykovými látkami. 13,2 % respondentů uvedlo, že již užili nějaké léky na uklidnění bez doporučení lékaře. Z toho 9 % dotázaných tyto léky užilo 1 až 2krát, 1,4 % respondentů 3 až 5krát, 6 až 9krát mělo léky na uklidnění 1,4 % respondentů, 10 až 19krát je užilo 0,7 % respondentů, stejně tak 40krát nebo vícekrát.

LSD nebo jiný halucinogen nikdy nemělo 93,1 % respondentů. 3,5 % respondentů tyto návykové látky zkusilo za svůj život 1 až 2krát. 1,4 % respondentů 3 až 5krát.

Zkušenost s kokainem má 4,2 % respondentů. Ve všech případech se jedná o muže. 2,8 % respondentů kokain zkusilo za svůj život 1 až 2krát. 0,7 % respondentů kokain užilo 10 až 19krát, stejný počet 20 až 39krát.

Lysohlávky zkusilo celkem 4,9 % respondentů. 2,8 % z nich je užilo za svůj život celkem 1 až 2krát. 3 až 5krát tuto drogu užilo 1,4 % respondentů, 0,7 % respondentů uvedlo, že halucinogenní houby za svůj život mělo 40krát nebo vícekrát.

Odpověď	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	40x a vícekrát
Léky na uklidnění, sedativa (bez doporučení lékaře)	125 (86,8 %)	13 (9,0 %)	2 (1,4 %)	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	0	1 (0,7 %)
LSD nebo jiný halucinogen	134 (93,1 %)	5 (3,5 %)	2 (1,4 %)	0	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)
Kokain	138 (95,8 %)	4 (2,8 %)	0	0	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	0
Halucinogenní houby (lysohlávky)	137 (95,1 %)	4 (2,8 %)	2 (1,4 %)	0	0	0	1 (0,7 %)



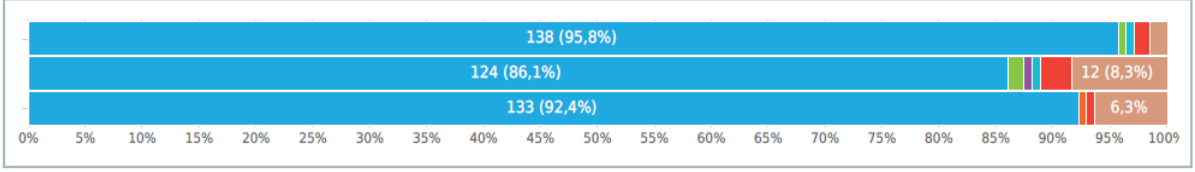
Graf č. 9 - Jiné drogy

Při zjišťování, v jakém věku poprvé zkusili pervitin jsme zjistili, že 1,4 % respondentů ho poprvé zkusilo v 15 letech, stejný počet respondentů pervitin zkusil v 16 letech či později. Ve 14 letech pervitin poprvé zkusilo 0,7 % respondentů, stejně tak v 9 letech či dříve.

Léky na uklidnění bez doporučení lékaře zkusilo 8,3 % respondentů v 16 letech či později. 2,8 % respondentů uvedlo svou první zkušenost s těmito léky v 15 letech, 1,4 % dotazovaných v 9 letech či dříve. Ve 13 nebo 14 letech léky na uklidnění poprvé zkusilo vždy po 0,7 % respondentů.

Většina respondentů (6,3 %) poprvé zkusila extázi v 16 letech či později. Ve 12 letech první zkušenost s extází uvedlo 0,7 % respondentů, stejně tak jako v 15 letech.

Odpověď	Nikdy	9 let či dříve	10 let	11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let a později
Zkusil/a pervitin, anfetaminy	138 (95,8 %)	1 (0,7 %)	0	0	0	0	1 (0,7 %)	2 (1,4 %)	2 (1,4 %)
Užíval/a léky na uklidnění	124 (86,1 %)	2 (1,4 %)	0	0	0	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	4 (2,8 %)	12 (8,3 %)
Zkusil/a extázi	133 (92,4 %)	0	0	0	1 (0,7 %)	0	0	1 (0,7 %)	9 (6,3 %)



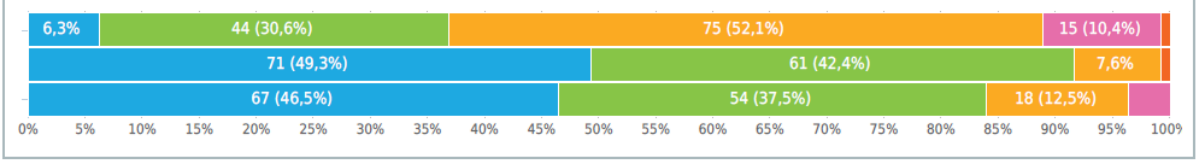
Graf č. 10 - První zkušenost s návykovými látkami

Zajímali jsme se také o to, kolik dle odhadu z jejich přátel kouří marihuanu nebo hašiš, bere léky na uklidnění nebo extázi. 52,1 % respondentů uvedlo, že několik jejich přátel kouří marihuanu, 30,6 % respondentů uvedlo, že marihuanu z jejich přátel kouří málokdo, u 10,4 % respondentů většina jejich přátel kouří marihuanu u 6,3 % respondentů nekouří žádný z jejich přátel a 0,7 % respondentů uvedlo, že všichni přátelé kouří marihuanu.

49,3 % respondentů si myslí, že z žádný jejich přátel nebere léky na uklidnění bez doporučení lékaře, 42,4 % dotázaných uvedlo, že léky na uklidnění z jejich přátel bere málokdo. Několik přátel bere léky na uklidnění u 7,6 % respondentů a 0,7 % respondentů si myslí, že všichni přátelé berou léky na uklidnění.

Žádní přátelé neberou extázi u 46,5 % respondentů, 37,5 % respondentů uvedlo, že málokdo z jejich přátel bere extázi, 12,5 % respondentů tvrdí, že několik jejich přátel bere extázi a 3,5 % respondentů uvádí, že většina z jejich přátel.

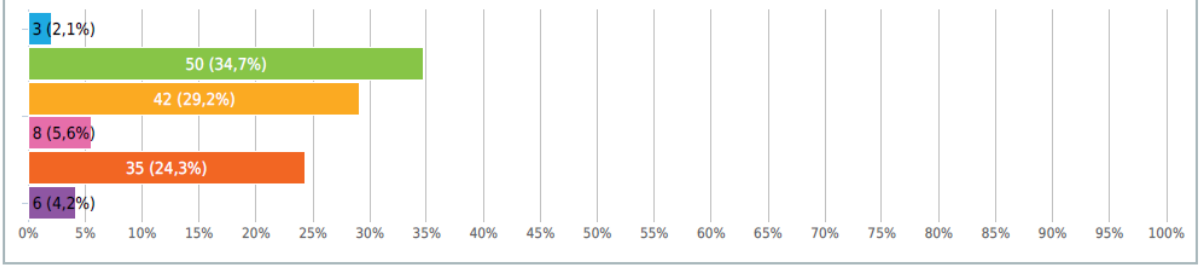
Odpověď	Nikdo	Málokdo	Několik	Většina	Všichni
Kouří marihuanu nebo hašiš	9 (6,3 %)	44 (30,6 %)	75 (52,1 %)	15 (10,4 %)	1 (0,7 %)
Bere léky na uklidnění (bez doporučení lékaře)	71 (49,3 %)	61 (42,4 %)	11 (7,6 %)	0	1 (0,7 %)
Bere extázi	67 (46,5 %)	54 (37,5 %)	18 (12,5 %)	5 (3,5 %)	0



Graf č. 11 - Přátelé

Dále jsme zjišťovali, jaké vzdělání má otec respondentů. Dle grafu můžeme vidět, že otec 34,7 % dotázaných je vyučen. 29,2 % respondentů má otce s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou. Ukončené vysokoškolské vzdělání má 24,3 % otců, 5,6 % otců má nedokončené vysokoškolské vzdělání. Základní vzdělání otce uvedlo 2,1 % respondentů a 4,2 % respondentů neví jaké má jejich otec vzdělání.

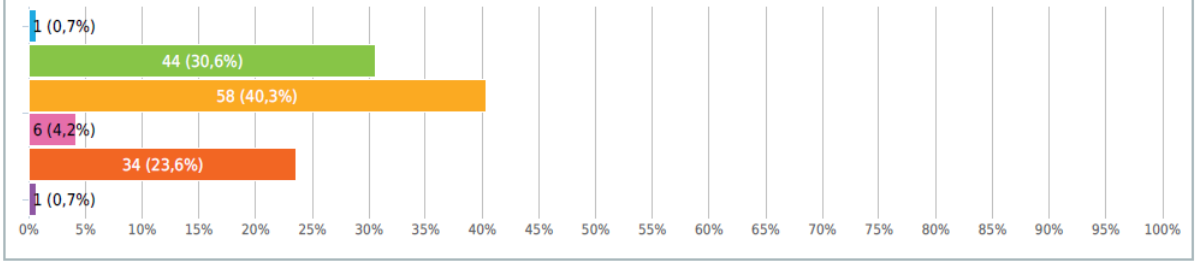
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Základní (nebo nedokončené základní)	3	2,1 %
Je vyučený	50	34,7 %
Ukončil střední školu s maturitou	42	29,2 %
Nedokončené vysokoškolské	8	5,6 %
Ukončené vysokoškolské	35	24,3 %
Nevím	6	4,2 %



Graf č. 12 - Vzdělání otce

Další otázka byla na vzdělání matky. 40,3 % respondentů uvedlo, že má jejich matka ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, matka 30,6 % respondentů je vyučena. Ukončené vysokoškolské vzdělání má matka 23,6 % respondentů, nedokončené vysokoškolské vzdělání má 4,2 %. Základní vzdělání matky uvedlo 0,7 % respondentů a stejný počet respondentů vzdělání své matky nezná.

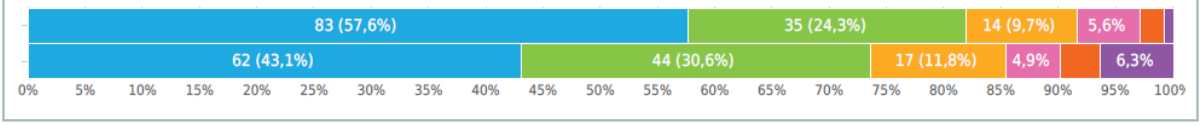
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Základní (nebo nedokončené základní)	1	0,7 %
Je vyučena	44	30,6 %
Ukončila střední školu s maturitou	58	40,3 %
Nedokončené vysokoškolské	6	4,2 %
Ukončené vysokoškolské	34	23,6 %
Nevím	1	0,7 %



Graf č. 13 - Vzdělání matky

Z následujícího grafu vyplývá, že většina respondentů je se svým vztahem k matce spokojena, 57,6 % respondentů uvedlo, že je velmi spokojeno, 24,3 % spokojeno. Neutrální vztah k matce má 9,7 % respondentů, spíše nespokojeno je 5,6 % respondentů, naprosto nespokojeno je 2,1 % respondentů a 0,7 % respondentů uvedlo, že matku nemá.

Odpověď	Velmi spokojen/a	Spokojen/a	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	Spíše nespokojen/a	Zcela nespokojen/a	Nemám takovou osobu
Matce	83 (57,6 %)	35 (24,3 %)	14 (9,7 %)	8 (5,6 %)	3 (2,1 %)	1 (0,7 %)
Otci	62 (43,1 %)	44 (30,6 %)	17 (11,8 %)	7 (4,9 %)	5 (3,5 %)	9 (6,3 %)



Graf č. 14 - Vztah k rodičům

Velmi spokojeno se svým vtahem k otci je 43,1 % respondentů, 30,6 % respondentů je spokojeno, neutrální vztah k otci má 11,8 % respondentů. Spíše nespokojeno se svým vztahem k otci je 4,9 % respondentů a zcela nespokojeno je 3,5 % dotázaných. 6,3 % respondentů uvedlo, že otce nemá.

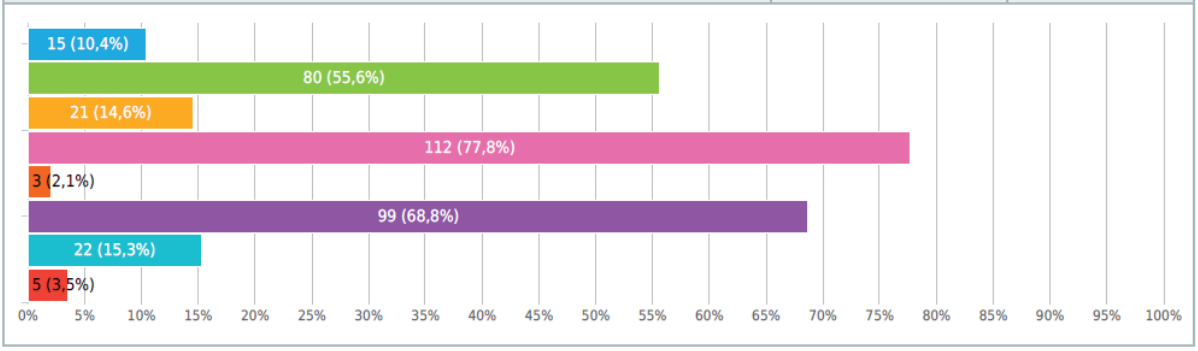
Zajímali jsme se také o to, s kým žijí ve společné domácnosti. Se svou matkou žije 77,8 % respondentů, se svým otcem žije 55,6 % respondentů. Společně s nevlastním otcem žije 14,6 % respondentů a s nevlastní matkou žije 2,1 % respondentů. Se sourozenci žije 68,8 % dotázaných. Ve společné domácnosti s prarodiči žije celkem 15,3 % dotázaných. 10,4 % respondentů uvedlo, že žije samo.

V domácnosti společně s oběma vlastními rodiči žije 52,1 % (75) respondentů. Z tohoto množství 42 (56 %) respondentů někdy užilo marihuanu, extázi a kokain zkusilo 4 % respondentů, heroin a lysohlávky 1,3 %, LSD 5,3 % a léky na uklidnění užilo 10,7 % respondentů. Naprostá většina respondentů žijících ve společné domácnosti s oběma vlastními rodiči uvedla, že je se svým vztahem k rodičům spokojená. Pouze 4 % respondentů není spokojena se svým vztahem k matce a 1,3 % respondentů není spokojena se vztahem k otci.

S matkou a nevlastním otcem žije 14,6 % respondentů z toho 80,6 % užívá marihuanu, 14,3 % bere extázi, pervitin zkusilo 9,5 % respondentů a 4,8 % respondentů již někdy zkusilo heroin, kokain, LSD, lysohlávky či léky na uklidnění. Naprostá většina respondentů je se svým vztahem s matkou spokojená. 14,3 % respondentů uvedlo, že vlastního otce nemá a 23,8 % respondentů je se svým vztahem k vlastnímu otci nespokojená.

Pouze s matkou žije 11,1 % respondentů. Z toho 25 % již někdy zkusilo marihuanu, 18,8 % extázi. Léky na uklidnění bez doporučení lékaře si někdy vzalo 12,5 % respondentů a lysohlávky zkusilo 6,3 % respondentů. Se svým vztahem k matce je velmi spokojeno 75 % respondentů.

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Žiji sám/a	15	10,4 %
Otec	80	55,6 %
Nevlastní otec	21	14,6 %
Matka	112	77,8 %
Nevlastní matka	3	2,1 %
Sourozenci (vlastní i nevlastní)	99	68,8 %
Prarodiče	22	15,3 %
Jiní příbuzní	5	3,5 %



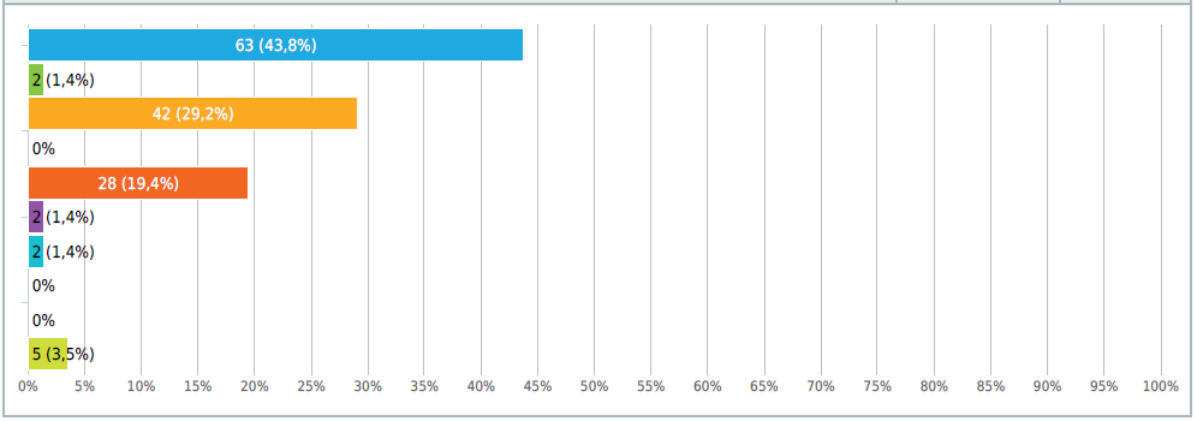
Graf č. 15 - Společná domácnost

Dále nás zajímalo, pokud někdy zkusili marihuanu nebo hašiš, jak tuto látku získali. Opět si můžeme všimnout, že respondentů, kteří v této otázce odpověděli, že tuto drogu nikdy neměli je 43,8 %, což je více než v otázce č. 4. kde tuto odpověď zaškrtlo 41,7 % respondentů. Můžeme se tedy domnívat, že někteří dotazovaní nám podali nepřesné informace.

Od kamaráda či kamarádky tuto drogu získalo 29,2 % respondentů, 19,4 % respondentů si marihuanu vzalo z důvodu, že se brala ve skupině přátel, 1,4 % dotázaných si drogu sehnalo od staršího sourozence. Někteří respondenti si drogu koupili, 1,4 % respondentů si drogu koupilo od svého kamaráda či kamarádky a dalších 1,4 % respondentů si drogu koupilo od cizího člověka.

Některým respondentům se žádná odpověď nehodila a volili možnost otevřené odpovědi, kde uváděli, že marihuanu či hašiš získali od svého partnera, přímo od dealera, či drogu získali na poznávacím zájezdě v Amsterdamu.

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Nikdy jsem neužil/a marihuanu nebo hašiš	63	43,8 %
Dostal/a jsem ji od staršího bratra nebo sestry	2	1,4 %
Dostal/a jsem ji od kamaráda/ky	42	29,2 %
Dostal/a jsem ji od cizího člověka	0	0 %
Brala se ve skupině přátel	28	19,4 %
Koupil/a jsem ji od kamaráda/ky	2	1,4 %
Koupil/a jsem ji od cizího člověka	2	1,4 %
Dostal/a jsem ji od jednoho z rodičů	0	0 %
Vzal/a jsem ji doma bez dovoleni rodičů	0	0 %
Nic z toho (popište prosim stručně, jak jste ji dostal/a)	5	3,5 %

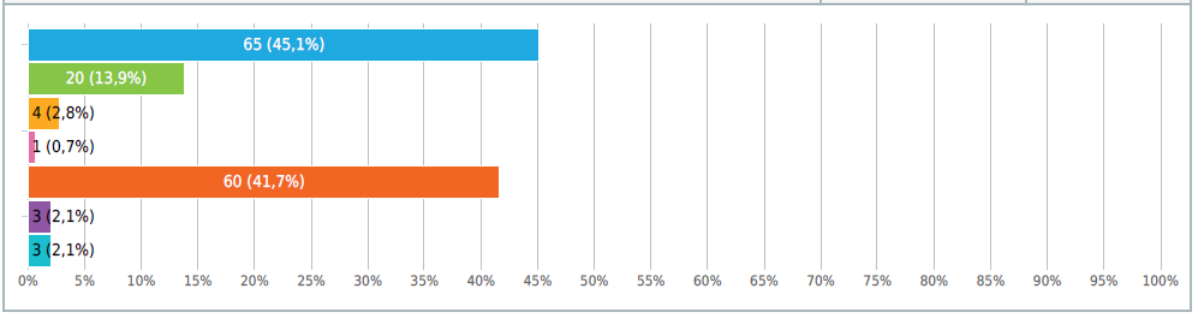


Graf č. 16 - Získání marihuany

Dle grafu můžeme vidět, že nám opět nesedí počet respondentů, kteří drogu nikdy neužili. Z těch dotázaných, kteří drogu zkusili, si ji většina (41,7 %) vzala převážně z důvodu, že byli zvědaví, co s nimi droga udělá, jaké budou míc pocity, jak se budou chovat apod. 13,9 % respondentů si drogu vzalo z důvodu, že se chtělo dostat do nálady, 2,8 % respondentů si drogu vzalo, protože nechtělo stát mimo partu. Zapomenutí na starosti byl důvod si vzít návykovou látku pro 2,1 % respondentů. Z důvodu nudy si drogu vzalo 0,7 % respondentů.

Možnost z jiných důvodů uvedlo 2,1 % dotázaných. Jednalo se u důvody jako je opilost či donucení.

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Nikdy jsem drogu neužíval/a	65	45,1 %
Chtěl/a jsem se dostat do nálady	20	13,9 %
Nechtěl/a jsem stát mimo partu	4	2,8 %
Neměl/a jsem co dělat	1	0,7 %
Byl/a jsem zvědavý/á	60	41,7 %
Chtěl/a jsem zapomenout na starosti	3	2,1 %
Bylo to z jiných důvodů, uveďte jakých	3	2,1 %



Graf č. 17 - Důvod užití

5.4 Diskuze

Jak jsme již výše zmiňovali problémem užívání návykových látek u mládeže se také zabývá Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Poslední výzkum probíhal v roce 2015. V této kapitole jeho výsledky porovnáme s výsledky našeho výzkumného šetření.

	ČR	Evropský průměr	Naše výsledky
Konopné látky	36,8 %	16,5 %	58,3 %
Extáze	2,7 %	2,2 %	9 %
Pervitin	1,4 %	1,3 %	4,2 %
Heroin	0,7 %	1 %	2,8 %
LSD a jiné halucinogeny	3,8 %	2 %	6,9 %
Kokain	1,4 %	2,2 %	4,2 %
Sedativa	15,7 %	6,3 %	13,2 %

Tabulka 2 - Porovnání výsledků

V rámci České republiky tato studie sesbírala celkem 6707 dotazníků. Zjistili, že zkušenost s konopnými látkami má 36,8 % respondentů. Extázi dle této studie zkusilo celkem 2,7 % respondentů, pervitin 1,4 %, heroin 0,7 %, LSD či jiné halucinogeny již někdy užilo 3,8 % dotázaných, kokain 1,4 % a léky na uklidnění bez doporučení lékaře užilo celkem 15,7 % respondentů (Zaostřeno, 2016).

V Evropě má zkušenost s konopnými látkami v průměru 16,5 % studentů. Dále dle této studie v evropském průměru extázi užilo 2,2 % studentů, pervitin 1,3 % studentů a heroin

1 % respondentů. LSD nebo jiné halucinogeny v Evropě užilo v průměru 2 % respondentů, kokain 2,2 % studentů a sedativa 6,3 % dotázaných studentů.

V našem výzkumném šetření bylo zjištěno, že zkušenost s marihuanou má celkem 58,3 % respondentů, extázi zkusilo celkem 9 % respondentů, pervitin 4,2 %, heroin 2,8 % respondentů. LSD či jiné halucinogeny za svůj život již někdy užilo celkem 6,9 % dotázaných, kokain 4,2 % respondentů a léky na uklidnění bez doporučení lékaře užilo 13,2 % dotázaných.

Porovnáním výsledků studie ESPAD a našeho výzkumného šetření zjistíme, že se výsledky rapidně liší. Přestože jsme získali mnohem menší počet respondentů, výsledky nám ukazují na výrazně vyšší počet studentů středních škol, kteří užívají návykové látky. V rámci České republiky nám vyšlo užívání extáze, pervitinu, kokainu až třikrát vyšší, u heroinu dokonce čtyřikrát. Konopné drogy v našem výzkumu užívá o přibližně 20 % respondentů více. Jediné sedativa a léky na uklidnění bez doporučení lékaře v našem výzkumu vyšly jako méně častější než ve výzkumu dle studie ESPAD. Dle tohoto srovnání můžeme zpozorovat, že čeští studenti v porovnání s Evropou vykazují nadprůměrný výskyt užívání konopných látek ve svém životě, zkušenosti s jinými drogami jsou v rámci Evropy srovnatelné.

Můžeme předpokládat, že tyto výsledky se liší zejména z důvodu vyššího věku respondentů, kde průměrný věk dotázaných v našem výzkumu je 18 let, což je zhruba o 2 roky více než ve studii ESPAD. Dále se můžeme domnívat, že přestože jsme výše zmiňovali, že dle studie ESPAD dochází v posledních letech ke snižování užívání návykových látek mezi mládeži, za 4 roky od realizace studie došlo k opět rostoucím tendencím zkoušení a opětovnému užívání návykových látek.

Na problematiku drog u mládeže se také zaměřila Alena Šťastná v roce 2012. Jejího výzkumu se zúčastnilo celkem 60 respondentů ve věku mezi 18 a 20 lety. Z toho zkušenost s návykovými látkami uvedlo 65 % dotázaných. Dle tohoto výzkumu opět nejčastěji experimentují s marihuanou. Tuto zkušenost uvedlo celkem 33,3 % respondentů a více jak polovina z nich drogu užila opakovaně (Šťastná, 2012). Dle mého výzkumu tuto zkušenost má téměř dvakrát tolik dotázaných. Tento výzkum si dále také kladl za cíl zjistit, zdali na experimentování s drogami má vliv neúplné rodinné prostředí. Stejně jako v našem výzkumném šetření se tato skutečnost nepotvrdila (Šťastná, 2012). Výsledky toho výzkumu částečně korespondují s výsledky mého výzkumného šetření.

5.5 Shrnutí

V současné době se stále více setkáváme s užíváním návykových látek u mládeže, proto byla bakalářská práce zaměřena na zkušenosti studentů středních škol Královehradeckého kraje s návykovými látkami. Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jak časté je užívání návykových látek u středoškolské mládeže a zdali na to má vliv neúplná rodina. Pro toto zjištění jsme použili dotazník, který nám vyplnili studenti středních škol.

Jak nám výzkumné šetření ukázalo, jsou zkušenosti s drogami u středoškoláků poměrně časté. To nám potvrzuje trend posledních let, kdy jsou drogy čím dál dostupnější společnosti a jedinci často podlehnou nátlaku vrstevníků či své vlastní zvědavosti a drogu vyzkouší. Mezi nejčastěji užívané patří konopné drogy. S těmito drogami má zkušenost více jak polovina dotázaných. Také naprostá většina z nich drogu nevyzkoušela pouze jednou či dvakrát, ale spíše drogu bere dlouhodobě a opakovaně. Nejedná se tedy o výjimečné užívání či pouhé experimentování. Dále mezi často užívané drogy středoškolskou mládeží patří extáze, také se v poslední době stává obvyklé užívání léků na uklidnění bez doporučení lékaře.

Dalším cílem bylo zjistit vliv neúplné rodiny na mladistvého a jeho užívání návykových látek. Analýzou výsledků výzkumného šetření nebylo prokázáno, že neúplné rodinné prostředí a vztahy v rodině mají vliv na užívání drog u dítěte. Neukázal se znatelný rozdíl v užívání návykových látek mezi dítětem z úplné rodiny a dítětem z rodiny neúplné. Experimentování s návykovými látkami je tedy spíše záležitostí zvědavosti jedince a touha po dostání se do dobré nálady, jak již nám také výsledky šetření ukázaly.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá drogami a zkušenostmi studentů středních škol s těmito návykovými látkami. Cílem práce bylo zjistit, jak velké tyto zkušenosti studenti středních škol mají a zdali na užívání drog či experimentování s drogami má vliv nevhodné rodinné prostředí a neúplná rodina.

Práce je rozdělena na pět kapitol a na dvě části – část teoretickou a část praktickou. První kapitola se zabývá teoretickými poznatky o závislostním a rizikovém chování. Jednotlivé podkapitoly stručně popisují pojmy jako je závislostní a rizikové chování, dále obsahuje rizikové faktory vzniku závislosti či druhy a fáze závislosti. Druhá kapitola se zaměřuje na dělení drog a jejich základní charakteristiku. Ve třetí kapitole se zmiňujeme o prevenci. Jednotlivé podkapitoly jsou rozděleny na primární, sekundární a terciární prevenci. Čtvrtá kapitola je zaměřená na popis studie ESPAD.

Praktická část se zaměřuje na zjištění zkušeností a četnosti užívání návykových látek u studentů středních škol a hledání spojitostí mezi experimentováním s návykovými látkami a výchovou dítěte v neúplném rodinném prostředí. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníku. Dotazník vyplnilo celkem 144 studentů středních škol z Královehradeckého kraje. Výsledky jsme následně vyhodnotili prostřednictvím grafů a komentářů. Dle výše uvedených výsledků můžeme konstatovat, že zkoušení návykových látek u středoškolské mládeže je velice časté. Nejčastěji přicházejí do styku s marihuanou a většina dotázaných nezůstala u pouhého experimentu, ale drogu užívá celkem pravidelně. Co se týče vlivu rodinného prostředí, nezjistili jsme zásadní vliv na následné užívání drog. Výsledky ukázaly, že užívání drog u studentů z úplných rodin a studentů z neúplného rodinného prostředí je takřka vyrovnané.

Na základě zjištěných výsledků, můžeme říci, že by bylo vhodné studenty více informovat o rizicích spojených s užíváním návykových látek. Zařazovat do škol více besed a přednášek o drogách a rizikovém způsobu života. Zajistit osvětu pro rodiče dětí v rizikovém věku, informovat rodiče o tom, jak předcházet vzniku závislostního chování u dítěte, jak rozpoznat, že jejich dítě užívá návykové látky a v nejhorším případě informovat rodiče o možných způsobech řešení této situace.

Seznam zkratek

CAN	Child Abuse and Neglect
DSM – V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
OSPOD	Orgán sociálněprávní ochrany dětí
THC	Tetrahydrocannabinol
WHO	World Health Organization

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1- Dělení drog dle míry rizika (Minařík, 2009) 13
Tabulka 2 - Porovnání výsledků 39

Graf č. 1 - Pohlaví respondentů 28
Graf č. 2 - Věk respondentů 28
Graf č. 3 - Vzdělání respondentů 29
Graf č. 4 - Marihuana 30
Graf č. 5 - První zkušenost s marihuanou 30
Graf č. 6 - Extáze 31
Graf č. 7 - Heroin a jiné opiáty 31
Graf č. 8 - Pervitin a jiné amfetaminy 32
Graf č. 9 - Jiné drogy 33
Graf č. 10 - První zkušenost s návykovými látkami 33
Graf č. 11 - Přátelé 34
Graf č. 12 - Vzdělání otce 35
Graf č. 13 - Vzdělání matky 35
Graf č. 14 - Vztah k rodičům 36
Graf č. 15 - Společná domácnost 37
Graf č. 16 - Získání marihuany 38
Graf č. 17 - Důvod užití 39

Seznam použité literatury

BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal, ed. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie*. Praha: Sdružení SCAN, c2010. ISBN 978-80-87258-47-7,

ČECH, Tomáš. Prevence. In: MIOVSKÝ, Michal, Tereza ADÁMKOVÁ, Miroslav BARTÁK, et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-7422-393-8.

Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2015. *Drogy - info* [online]. 2015 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-espad-2015/

F10-F19 PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (F10–F19). *ÚZIS ČR* [online]. WHO, 2018 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html

GABRHELÍK, Roman, Tomáš ZÁBRANSKÝ a Michal, MIOVSKÝ. Užívání a uživatelé konopných drog. In: MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9

HAMPL, Karel. Léky vyvolávající závislost. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

HAMPL, Karel. Těkavé látky. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2

KUDRLE, Stanislav. Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

MARTANOVÁ PAVLAS, Veronika. Selektivní a indikovaná primární prevence. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. Psychologická literatura. ISBN 80-04-25236-2

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-226-2

MINAŘÍK, Jakub a Tomáš PÁLENÍČEK. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

MINAŘÍK, Jakub a Vladimír KMOCH. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8

MINAŘÍK, Jakub. Drogová poradna. *Drogová poradna* [online]. c2009 [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html

MINAŘÍK, Jakub. Opioidy a opiáty. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

MINAŘÍK, Jakub. Stimulancia. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

MIOVSKÝ, Michal. Halucinogenní drogy. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

MIOVSKÝ, Michal. Konopné drogy. In: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, 1992

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-x.

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-515-6

NEVORALOVÁ, Monika. Prevence. *Klinika adiktologie* [online]. Praha, 2011 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence

NEVORALOVÁ, Monika. Vymezení rizikového chování. *Klinika adiktologie* [online]. Klinika adiktologie, 2011, 10.08.2011 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3074/Vymezeni-rizikoveho-chovani

NOVOTNÝ, Oto. *Kriminologie*. 2., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2004. ISBN 80-7357-026-2, s.354

ORLÍKOVÁ, Bára. Primární prevence. *Sananim - Drogová poradna* [online]. Praha, c2009 [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html

PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5

PLOCOVÁ, Monika. Drogy a drogová závislost. *Monika Plocová* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: http://monikaplocova.cz/drogy-a-drogova-zavislost

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-X

Prevence závislosti. *Substituční léčba* [online]. 2019 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/prevence-drogove-zavislosti

Purpose & Methodology. *ESPAD* [online]. 2016 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: http://www.espad.org/purpose-methodology

Substituční léčba. *Substituční léčba* [online]. [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: http://www.substitucni-lecba.cz/pusobeni-na-psychiku

ŠŤASTNÁ, Alena. *Závislost na drogách u středoškolské mládeže*. Liberec, 2012. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Vedoucí práce Mgr. Zdeněk Kovařík.

ŠŤASTNÁ, Lenka. Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programů. *Klinika adiktologie* [online]. Praha, 2010 [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1771/Dotaznik-pouzivany-v-ramci-studie-ESPAD

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

Zaostřeno [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016, (5) [cit. 2019-03-23]. ISSN 2336-8241. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32196/734/zaostreno_2016-05_v03.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka Univerzity Palackého v Olomouci oboru Speciální pedagogika - intervence. Ve své bakalářské práci se zaměřuji na zkušenosti studentů středních škol s návykovými látkami, a proto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je určen pouze pro studenty středních škol.

Všechny údaje, které poskytnete, zůstanou anonymní a poslouží pouze pro výzkumné účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Vaše odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jste:

a) Muž

b) Žena

2. Kolik je Vám let?

a) 15

b) 16

c) 17

d) 18

e) 19

f) 20

3. Na jaké škole studujete?

a) střední odborná škola

b) střední odborné učiliště

c) gymnázium

4. Kolikrát jste užil/a (pokud vůbec) marihuanu nebo hašiš?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Za celý život							
Za posledních 12 měsíců							
Za posledních 30 dnů							

5. V jakém věku (pokud vůbec) jste POPRVÉ užil/a marihuanu nebo hašiš?

a) Nikdy

b) 9 let nebo dříve

c) 10 let

d) 11 let

e) 12 let

f) 13 let

g) 14 let

h) 15 let

ch) 16 let nebo později

6. Kolikrát jste užil/a (pokud vůbec) extázi?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Za celý život							
Za posledních 12 měsíců							

Za posledních 30 dnů							

7. Kolikrát jste užil/a (pokud vůbec) heroin nebo nějaké jiné opiáty (kodein, braun atp.)?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Za celý život							
Za posledních 12 měsíců							
Za posledních 30 dnů							

8. Kolikrát jste užil/a (pokud vůbec) pervitin nebo nějaké jiné amfetaminy?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Za celý život							
Za posledních 12 měsíců							
Za posledních 30 dnů							

9.Kolikrát za svůj život (pokud vůbec) jste užil/a některou z následujících drog?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Léky na uklidnění, sedativa (bez doporučení lékaře)							
LSD nebo jiný halucinogen							
Kokain							
Halucinogenní houby (lysohlávky)							

10. V jakém věku (pokud vůbec) jste POPRVÉ udělal/a nebo zkusil/a následující věci?

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdy	1-2 krát	3–5 krát	6–9 krát	10-19 krát	20–39 krát	40 nebo vícekrát
Zkusil/a pervitin, amfetaminy							
Užíval/a léky na uklidnění							
Zkusil/a extázi							

11. Podle Vašeho odhadu, kolik z Vašich přátel...

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Nikdo	Málokdo	Několik	Většina	Všichni
Kouří marihuanu nebo hašiš					
Bere léky na uklidnění (bez doporučení lékaře)					
Bere extázi					

12. Jaké vzdělání má Váš otec?

a) Základní (nebo nedokončené základní)

b) Je vyučený

c) Ukončil střední školu s maturitou

d) Nedokončené vysokoškolské

e) Ukončené vysokoškolské

f) Nevím

13. Jaké vzdělání má Vaše matka?

a) Základní (nebo nedokončené základní)

b) Je vyučena

c) Ukončila střední školu s maturitou

d) Nedokončené vysokoškolské

e) Ukončené vysokoškolské

f) Nevím

14. Jak jste spokojen/a s Vaším vztahem k .....

Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Velmi spokojen/a	Spokojen/a	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	Spíše nespokojen/a	Zcela nespokojen/a	Nemám takovou osobu
Matce						
Otci						

15. Kdo z následujících lidí s Vámi žije v téže domácnosti?

a) Žiji sám/a

b) Otec

c) Nevlastní otec

d) Matka

e) Nevlastní matka

f) Sourozenci (vlastní i nevlastní)

g) Prarodiče

h) Jiní příbuzní

16. Pokud jste někdy v životě užil/a marihuanu nebo hašiš, jak jste tuto látku získal/a?

a) Nikdy jsem neužil/a marihuanu nebo hašiš

b) Dostal/a jsem ji od staršího bratra nebo sestry

c) Dostal/a jsem ji od kamaráda/ky

d) Dostal/a jsem ji od cizího člověka

e) Brala se ve skupině přátel

f) Koupil/a jsem ji od kamaráda/ky

g) Koupil/a jsem ji od cizího člověka

h) Dostal/a jsem ji od jednoho z rodičů

ch) Vzal/a jsem ji doma bez dovoleni rodičů

i) Nic z toho (popište prosím stručně, jak jste ji dostal/a) .....

17. Z jakého důvodu jste drogu zkusil/a?

(Z uvedených možností označte tu nebo ty, které Vás k tomu vedly.)

a) Nikdy jsem drogu neužíval/a

b) Chtěl/a jsem se dostat do nálady

c) Nechtěl/a jsem stát mimo partu

d) Neměl/a jsem co dělat

e) Byl/a jsem zvědavy/a

f) Chtěl/a jsem zapomenout na starosti

g) Bylo to z jiných důvodů, uveďte jakých: .....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kristýna Rykrová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Rizikové chování studentů středních škol – závislostní chování v kontextu rodiny
Název v angličtině:	Risk behaviour of students of secondary school – addictional behaviour in the context of the family
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou užívání návykových látek u studentů středních škol. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část obsahuje obecné informace o rizikovém a závislostním chování, faktorech vzniku závislosti, druzích a fázích drogové závislosti. Dále se zaměřuje na dělení drog a jejich charakteristiku. Třetí kapitola se zabývá rodinou a možností prevence v rodině. Čtvrtá kapitola popisuje studii ESPAD, se kterou v praktické části porovnáváme výsledky. Praktická část obsahuje vyhodnocení dotazníkového šetření, zaměřeného především na četnost užívání návykových látek u středoškolské mládeže.
Klíčová slova:	Rizikové chování, drogová závislost, drogy, prevence, rodina, mládež
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis is focused on use of the addictive substaces by the secondary school students. This thesis is devided into the theoretical and the practical part. The theoretical part consists of the general information about the

	risk and addictitive behaviours, the faktors of the origin of addiction, types and phases of the drug addiction. This part deals with sorting and characteristics of drugs. The third part is focused on the family and the prevention options in the family. The fourth part describes the ESPAD study and we compare its results in the practical part. The practical part introduces results of the survey, which was focused primarly on the frequency of the use of the addictive substances by the secondary school students.
Klíčová slova v angličtině:	Risk behaviour, drug addiction, drugs, prevention, family, youth
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník
Rozsah práce:	49 stran
Jazyk práce:	Český