

**MENDELOVA UNIVERZITA V BRNĚ
INSTITUT CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ**

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

BRNO 2017

INGRID TOVÁRKOVÁ

Mendelova univerzita v Brně
Institut celoživotního vzdělávání

Sociálně patologické jevy na SŠ - drogy
Závěrečná práce

Vedoucí práce:
Mgr. Dita Janderková, Ph.D.

Vypracovala:
Mgr. Ingrid Továrková

Brno 2017

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Mgr. Ingrid Továrková**

Studijní program: Studium v oblasti pedagogických věd

Obor: Učitelství odborných předmětů

Název tématu: **Sociálně patologické jevy na SŠ – drogy**

Rozsah práce: 35 stran

Zásady pro vypracování:

1. Seznámení s problematikou, vyhledávání odborných literárních zdrojů a pramenů.
2. Vytvoření metodiky práce (stanovení cíle, hypotéz, metod a technik vědecké práce).
3. Studium odborných literárních zdrojů a pramenů, zpracování teoretických východisek, příp. uskutečnění průzkumných šetření.
4. Zpracování textu závěrečné práce.
5. Provedení technických úprav závěrečné práce.

Seznam odborné literatury:

1. MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
2. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
3. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1.2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 640 s. ISBN 80-86734-05-6.
4. MIOVSKÝ, M. *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-0865-2.
5. CSEMY, L. – SADÍLEK, P. – CHOMYNOVÁ, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 172 s. ISBN 978-80-87041-94-9.

Datum zadání závěrečné práce: listopad 2016

Termín odevzdání závěrečné práce: prosinec 2016

L. S.


Mgr. Ingrid Továrková
Autorka práce


Mgr. Dita Janderková, Ph.D.
Vedoucí práce


doc. PhDr. Dana Linhartová, CSc.
Ředitelka vysokoškolského ústavu




doc. PhDr. Dana Linhartová, CSc.
Garantka studijního programu


Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci: Sociálně patologické jevy na SŠ - drogy vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a informace uvádím v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů a v souladu s platnou Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací.

Jsem si vědoma, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne: *2. 12. 2016*


.....
podpis

Poděkování.

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Ditě Janderkové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, trpělivost a cenné rady.

Veliké poděkování patří mému manželovi a dcerám, kteří mi vždy pomáhali a podporovali mě po celou dobu studií.

Abstrakt

Závěrečná práce se zabývá výskytem sociálně patologických jevů na SŠ se zaměřením na drogy a drogové závislosti. Teoretická část je koncipována jako literární rešerše, která shrnuje současný stav řešené problematiky. Metodami teoretické části je analýza, syntéza a komparace informací z odborných publikací a zdrojů. Jsou vymezeny základní pojmy a popsány druhy návykových látek, účinky a rizika při jejich užívání. Drogová problematika je charakterizována z hlediska výchovně vzdělávacího. Metodou empirické části je získání dat pomocí kvantitativní metody - dotazníkového šetření. Získaná data jsou analyzována a vyhodnocena základními statistickými postupy. Průzkumné šetření je realizováno u žáků navštěvujících střední školu, jejíž zřizovatelem je Jihomoravský kraj a střední školu soukromou. Závěry vyplývající z šetření jsou koncipovány ve formě doporučení pro pedagogickou praxi.

Klíčová slova: Drogy, drogová závislost, historie, prevence

Abstract

This work deals with the occurrence of socio-pathological phenomena at secondary schools, especially of drugs and drug addiction. The theoretical part is conceived as a literary bibliographic research summarizing an current situation of actual issues. Methods used in the theoretical part is an analysis, synthesis and a comparison of information from specialized publications and sources. In this final project the basic facts are defined and some kinds of addictive substances described as well as their effects and risks while using them. The topic of drugs is characterized from the point of view of education. The method of the empirical part is obtaining data by using quantitative method – interrogative survey. The obtained data are analysed and evaluated by basic statistical procedures. Interrogative survey is being realized on pupils attending a secondary school whose founder is South Moravian Region and a Private Secondary School. The conclusions following the research are drafted in a form of a recommendation for a pedagogical practice.

Keywords: Drugs, drug addiction, history, prevention

OBSAH

1. ÚVOD.....	9
2. CÍLE ZÁVĚREČNÉ PRÁCE	10
3. MATERIÁL A METODY ZPRACOVÁNÍ.....	11
4. SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY.....	12
4.1 Vymezení pojmů.....	12
4.2 Drogy a drogové závislosti.....	16
4.3 Přehled vybraných typů drog.....	20
4.3.1 Alkohol.....	21
4.3.2 Opioidy a opiáty.....	24
4.3.3 Stimulancia.....	26
4.3.4 Halucinogenní drogy.....	28
4.3.5 Konopné drogy.....	30
4.3.6 Analgetika, sedativa, trankvilizéry a léky vyvolávající závislost.....	33
4.3.7 Těkavé látky.....	34
4.3.8 Tabák a závislost na tabáku.....	35
4.3.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“.....	39
4.4 Drogová situace mezi žáky SŠ.....	40
4.5 Prevence a preventivní programy na SŠ.....	44
5. PRAKTICKÁ ČÁST A VÝSLEDKY PRÁCE.....	49
6. DISKUZE.....	71
7. DOPORUČENÍ PRO PEDAGOGICKOU PRAXI.....	75
8. ZÁVĚR.....	77
9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
10. SEZNAM GRAFŮ	83
11. SEZNAM PŘÍLOH	84
12. PŘÍLOHY.....	85

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Věk respondentů - škola A.....	49
Tab. 2: Věk respondentů - škola B.....	50
Tab. 3: Pohlaví respondentů – škola A.....	50
Tab. 4: Pohlaví respondentů – škola B.....	50
Tab. 5: Studium – škola A.....	51
Tab. 6: Studium – škola B.....	51
Tab. 7: Zkušenost s cigaretami (škola A)	52
Tab. 8: Zkušenost s cigaretami (škola B).....	52
Tab. 9: Cigarety; věk 1.užití (škola A).....	53
Tab. 10: Cigarety; věk 1.užití (škola B).....	53
Tab. 11: Frekvence – cigarety/30 dní (škola A)	54
Tab. 12: Frekvence – cigarety/30 dní (škola B).....	54
Tab. 13: Pití alkoholických nápojů (škola A).....	55
Tab. 14: Věk první zkušenosti s alkoholem (škola A).....	55
Tab. 15: Pití alkoholických nápojů (škola B).....	56
Tab. 16: Věk první zkušenosti s alkoholem (škola B)	56
Tab. 17: Pití alkoholických nápojů /30 dní (škola A)	56
Tab. 18: Pití alkoholických nápojů /30 dní (škola B).....	56
Tab. 19: Dostupnost alkoholu (škola A).....	58
Tab. 20: Dostupnost alkoholu (škola B).....	58
Tab. 21: Dostupnost cigaret (škola A)	58
Tab. 22: Dostupnost cigaret (škola B).....	58
Tab. 23: Užití sedativ (škola A)	59
Tab. 24: Užití sedativ (škola B).....	59
Tab. 25: Užívání marihuany (škola A)	60
Tab. 26: Užívání marihuany (škola B)	60
Tab. 27: Věk 1. zkušenosti s marihuanou (škola A)	60
Tab. 28: Věk 1. zkušenosti s marihuanou (škola B)	60
Tab. 29: Frekvence užívání marihuany (škola A).....	61
Tab. 30: Frekvence užívání marihuany (škola B)	61
Tab. 31: Dostupnost marihuany (škola A).....	61

Tab. 32: Dostupnost marihuany (škola B)	61
Tab. 33: Důvody užívání marihuany (škola A)	62
Tab. 34: Důvody užívání marihuany (škola B)	62
Tab. 35: Zkušenosti s ilegálními drogami (škola A).....	63
Tab. 36: Zkušenosti s ilegálními drogami (škola B).....	64
Tab. 37: Celoživotní frekvence/ ilegální drogy (škola A).....	65
Tab. 38: Celoživotní frekvence/ ilegální drogy (škola B).....	65
Tab. 39: Dostupnost/ ilegální drogy (škola A + škola B).....	66
Tab. 40: Důvody užívání ilegálních drog (škola A).....	66
Tab. 41: Důvody užívání ilegálních drog (škola B).....	67
Tab. 42: Názory žáků na škodlivost drog (škola A).....	69
Tab. 43: Názory žáků na škodlivost drog (škola B).....	70

1. ÚVOD

„*Droga není žádný démon. Démon je v člověku, který drogy nezvládne.*“ - Ivan Douda. (Sekot, 2010, s. 17). Výrok známého odborníka, psychologa a supervizora nadace Drop In, Ivana Doudy, dobře vystihuje podstatu nebezpečnosti a míru nepředvídatelnosti v užívání drog a myšlenku toho, jak velmi aktuální je problematika drog a drogových závislostí, zvláště mezi mládeží, neboť trend užívání drog se neustále zvyšuje. Mladí lidé hledající svou vlastní cestu přirozeně rádi experimentují, vyhledávají nové zkušenosti a zážitky. Jsou rizikovou skupinou, se kterou je potřeba aktivně pracovat. Cílem všech školských zařízení by měly být tedy takové preventivní metody, které jsou založeny na principu co nejlepší informovanosti, poučení a varování např. v souvislosti se zdravotními riziky. Ivan Douda konstatuje, že jde o téma rozdělující společnost hlavně mezi generacemi (Sekot, 2010). Pravidla a normy společnosti se odlišují v čase i v prostoru. To, co je dnes v našich poměrech a krajích nelegální, je v jiných zemích či bylo v jiných dobách zcela průchozí a naopak. Každý člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, jež subjektivně vnímá a reaguje svým vlastním odlišným způsobem. Lidé nejsou stejní, jako podle šablony. Někteří vnímají situace extrémně, citlivě, mají nízkou sebekontrolu - jsou tak stvořeni stát se závislými; tj. skupina jedinců, kteří propadnou čemukoliv (Sekot, 2010), (www.ceskatelevize.cz, 2008). Na druhou stranu jsou silné osobnosti, jež se dokážou kontrolovat, uvědomují si rizika a nebezpečí užívání návykových látek. Z tohoto vyplývá, že s každým člověkem musíme pracovat jinak, klást důraz na individuální přístup. Jak se k drogové kultuře současné generace tedy postavíme? Úkolem společnosti, zákonodárců, vzdělávacích institucí, pedagogů, rodičů, lektorů a vychovatelů je, připravit žáky na konfrontaci s různými lidmi, situacemi a nebezpečím, jež mohou nastat. Je potřeba počítat s tím, že dospívající prožívají období hledání, vytvářejí přátelské a partnerské vztahy. Mají potřebu si je idealizovat v období zamilovanosti. Prochází okamžiky zklamání, rozhodů, ztrát vztahů a jiných životních zkoušek, jako např. pocity neúspěšnosti, negativní vztahy s rodiči. Tyto situace mohou vést k hledání alternativního řešení. Drogy jsou zde pomocným prostředkem k překonání negativních pocitů, přinášejí slastný stav, kdy člověk nikoho nepotřebuje. Lákavý je též pocit sounáležitosti se skupinou; zasvěcenými - „my a ti druzí“ (Kalina a kol., 2003).

Žijeme v době prosperity a obrovského technického pokroku, naše generace již našťastí neprožila hrůzy válek. O to více bychom si měli považovat toho, že existujeme

právě v této době a děkovat za vše, co máme. A přesto lidem v tomto přepychu a pohodlí stále něco chybí. To, co naše společnost potřebuje, je více trvalých hodnot, jako například láska, humanita, vzájemná tolerance. Klademe si otázku: „*Proč tedy lidé berou drogy?*“ Chtějí ve svém životě zřejmě **něco změnit**... ale záhy se droga může stát velmi nebezpečným problémem osobním i společenským.

2. CÍLE ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Cílem mé závěrečné práce: **Sociálně patologické jevy na SŠ – drogy** je zjistit aktuální situaci týkající se drog a drogových závislostí u žáků středních škol. Vybrala jsem dvě různé SŠ ze stejného města. Jedná se o větší okresní město, které má zhruba 35 000 obyvatel. První škola je státní; její zřizovatel je Jihomoravský kraj. Druhá škola je soukromá.

Cílem teoretické části práce je prostudovat odbornou literaturu v rámci daného tématu a zpracovat problematiku drog a drogových závislostí v návaznosti na školní prostředí. Cíle teoretické práce jsou: vymezení základních pojmů, charakteristika sociálně patologických jevů, se zaměřením na návykové látky, druhy drog, jejich účinky a rizika užívání. Jsou popsány důvody užívání drog mezi žáky středních škol (motivace), možné vlivy na užívání drog, ze strany rodiny, školy, vrstevnických skupin a také společnosti. Dále je definován věk prvního užití, frekvence, subjektivně vnímaná dostupnost drog v okolí žáka, názory žáků ohledně škodlivosti užívání drog. Krátce je pojednáno o drogové situaci v ČR. V další části je charakterizována problematika prevence v oblasti drog. Jsou popsány možnosti prevence ve školním prostředí a preventivní programy.

Praktická část závěrečné práce je zaměřena na zjištění aktuálního stavu výskytu drog mezi žáky vybraných SŠ. Data pro průzkumné šetření jsou získána pomocí dotazníků. Hlavní cíle praktické části jsou: zjištění dosavadních zkušeností žáků s legálními drogami - cigaretami a alkoholem, věk prvního užití a frekvence jejich užívání. Dalším úkolem je, zjistit míru zkušeností žáků s nelegálními drogami, věk prvního užití a jak často žáci užívají ilegální drogy. Je zkoumána motivace a důvody užití a je zjišťováno, jak je snadné pro žáky drogy sehnat. Poslední otázka se týká názorů a postojů žáků ohledně škodlivosti užívání drog. Získaná data jsou srovnána s odbornými studiemi a statisticky vyhodnocena; následně závěrem diskutována.

3. MATERIÁL A METODY ZPRACOVÁNÍ

Závěrečná práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou charakterizovány základní pojmy týkající se sociálně patologických jevů, se zaměřením na drogy a drogové závislosti. Jsou všeobecně popsány možné související faktory ovlivňující vznik závislosti. Dále jsou vymezeny druhy návykových látek, historie, způsoby jejich aplikace, účinky a možná rizika spojená s užíváním. Následuje kapitola týkající se zkušeností žáků s drogami, je charakterizována motivace (důvody), proč žáci drogy užívají. Pozornost je zaměřena na frekvenci užívání, dostupnost drog a věk prvního užití.

V praktické části jsou získávána data kvantitativní metodou – *průzkumným šetřením* – dotazníkem. Při tvorbě dotazníku jsem vycházela z následujících zdrojů: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) a Bakalářská práce, Nehyba (2011).

„Dotazník je považován za metodu hromadného získávání údajů pomocí písemných otázek“ (Linhartová, 2006, s. 33).

Průzkum je proveden na dvou středních školách, jejich názvy nebudou zveřejněny. První dotazovaná škola je SOŠ a SOU, která je zaměřená na obory zemědělské, potravinářské, podnikatelské, ekonomické a na různá odvětví služeb. Pro potřeby průzkumného šetření je tato škola označena jako „**škola A**“. Je to škola státní, jejím zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Podle údajů z webových stránek školy ze září 2015 byl počet žáků 519.

Druhá škola je SOU a SOŠ soukromá, z téhož města. Škola nabízí celou řadu oborů, které jsou orientované na podnikání, obchod, služby, hotelnictví a turismus, cestovní ruch a sociální činnosti. Podle statistiky školy ze září 2014 ji navštěvovalo 798 žáků. Tato škola je označena „**škola B**“. Obě školy mají velmi dobré jméno i tradici a širokou nabídkou oborů uplatnitelných na trhu práce.

Při práci s dotazníky byl dodržen jednotný metodologický postup; tentýž dotazník pro všechny zúčastněné respondenty a stejný postup při sběru dat, aby byla zaručena srovnatelnost zjištěných informací. Souborem respondentů je vzorek 82 žáků 3. ročníků SŠ. Jedná se o žáky SOU, učebních oborů, kdy je studium zakončeno výučním listem i žáky SOŠ s maturitou. Na školu A jsem rozdala celkem 40 dotazníků, se 100% návratností. Na školu B připadlo 42 dotazníků, návratnost byla také 100%. Výsledky šetření budou v praktické části práce vyhodnoceny. Soubor dat ze stejné školy

bude představovat 100%. Dotazníkový formulář obsahuje 20 otázek a 10 podotázek (viz. Příloha č. 1). Bude tedy celkem 30 odpovědí. V úvodu jsou uvedeny informace k dotazníku a sdělení o anonymitě. První otázka se týká sociodemografických údajů žáka. Je rozdělena na 3 podotázky, týkající se věku, studia a pohlaví. Další otázky se pak již věnují pouze problematice drog. Většinou se odpovídalo zakřížkováním příslušné odpovědi nebo připsáním krátkého údaje (např. věk prvního užití drogy). Některé otázky rozčleňovaly respondenty na ty, kteří užili drogu, či na ty, co neužili drogu. Ti, co uvedenou drogu neužili, byli odkázáni na příslušnou další položku. Např. u otázky č. 16. slovy: „Pokud jste neužili žádnou návykovou látku v otázce č. 15, přejděte na položku č. 17.“ Některé otázky umožňovaly žákům zvolit více odpovědí., na tento druh otázek byli respondenti upozorněni slovy „lze označit i více možností“. V dotazníku jsou většinou otázky uzavřené. Otevřené položky jsou u otázek č. 9, 10, 14 a 19. Na závěr dotazníku bylo poděkování a byly uvedeny moje kontaktní údaje s emailovou adresou. Dotazníky byly předány žákům v hodinách občanské výchovy, podrobně vysvětleny a následně po vyplnění vybrány zpět. Tím se docílila jejich 100% návratnost.

Zpracování dotazníků je následně provedeno pomocí programu MS Office Excel 2007. Součástí této závěrečné práce jsou tabulky a grafy obsahující průzkumná data. Uvádím také ukázkou vyplněného dotazníku – viz. Příloha č. 2. Výsledky závěrečné práce jsou dotazovaným školám; jejich pověřeným osobám k dispozici.

4. SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY

4.1 Vymezení pojmů

Sociální patologie je souhrnným označením pro společensky nebezpečné, obecně nežádoucí, negativně sankciované, nenormální a nezdravé formy deviantního chování. Tento pojem zavedl Herbert Spencer, který zkoumal souvislosti mezi sociální a biologickou patologií. Sociální patologie se zaměřuje na studium příčin vzniku a existence těchto společensky škodlivých jevů, zjišťuje aktuální situaci a vypracovává preventivní postupy. *Sociologie deviantního chování* je sociologická disciplína, jejíž pozornost se soustřeďuje na výzkum a teorie společensky nežádoucího až trestného chování, odchylovajícího se od určitých sociálních norem. *Sociálně patologické jevy* jsou tedy jevy negativní, škodlivé, které přímo ohrožují společnost nebo konkrétního jedince

(Mühlpachr, 2002). Je důležité odlišovat pojmy sociální deviace a sociální patologie, neboť ne každá deviace je sociální patologií. V lidské společnosti existují všeobecně stanovené normy a zákony definované zákonodárnými orgány, vykládané soudní mocí, které musí občané daného státu dodržovat. Porušováním zákona dochází tedy ke spáchání trestného činu. Trestné činy jsou pouze jednou z forem deviantního chování, existuje široká škála nezákonných činností (Sekot, 2010). Pokud se tedy jedinec nepřizpůsobí kterékoli dané normě nebo souboru norem, hovoříme o *deviaci* - odchylce. Tyto odchylky či výkyvy nejsou jen v negativním smyslu ale i v pozitivním, příkladem je extrémně přehnané dodržování norem. Mühlpachr (2002), Sekot (2010) a Slomek (2006) definují *konformní chování* a shodují se, že konformní chování spočívá v respektování daných norem. Děje se tak z vlastního přesvědčení o správnosti nebo z obav možných sankcí a trestů souvisejících s jejich nedodržením uvádí **tři úrovně poruch chování** z hlediska stupně závažnosti, obsahu a forem. Jedná se o chování ***disociální, asociální a antisociální***.

Disociální chování je chování nespolečenské, nepřiměřené, avšak nenabývá sociální dimenze a dá se postupně měnit vhodnými výchovnými postupy za pomoci speciálního pedagoga či psychologa. Jedná se hlavně o menší odchylky v chování a nesoulad s běžnými společenskými pravidly, např. kázeňské přestupky proti školnímu řádu, vzdorovitost, neposlušnost, negativismus, odmítání kontaktu, některé lži. Buď jde o typické projevy určitých věkových období vývoje žáka, a nebo je průvodním fenoménem možné postižení jedince (neurózy, lehké mozkové dysfunkce,...).

Asociální chování je chování zcela v rozporu se společenskou morálkou, typická svou odlišností od normálu. Má trvalejší charakter a vzestupnou tendenci. Jedinec svým chováním škodí v důsledku sám sobě, chybí mu sociální cit nebo je pouze na velmi nízké úrovni. Asociálními projevy jsou např. útěky, toulky, záškoláctví, lži, krádeže, toxikománie, demonstrativní sebepoškozování, patologické hráčství atp.. Zde je již nutná komplexní péče odborníků – speciálně pedagogické poradenství, střediska výchovné péče; v nejzávažnějších případech jsou řešením také speciální výchovná zařízení, zdravotnické a terapeutické instituce.

Antisociální chování je protispolečenské chování, poškozující jedince i společnost. Jedná se o veškerou trestnou činnost, porušování zákonů a norem. Řadíme sem krádeže, loupeže, sexuální delikty, toxikománie, činnosti související s gamblerstvím, násilí, agresivita, terorismus, organizovaný zločin, vandalství, vraždy,

zabití. Jedinci bývají velmi nebezpeční, je nutná dlouhodobá reparace. Negativně se projeví také návrat do původního prostředí, jež má za důsledek recidivy tohoto chování. Náprava je prováděna ve školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a vězeňských institucích (Slomek, 2006).

Sociálně patologické jevy se člení na tyto kategorie - kriminalita, alkoholismus, drogová závislost, sebevražednost, sexuální deviace, prostituce, patologické hráčství (gambling), vandalismus.

Závislost

Mühlpachr (2002, s. 15) popisuje že „každý lidský zájem, ať je směřován kamkoliv, může vyústit v závislost“. „Nejdůležitější kritérium závislosti je neschopnost kontrolovat chování“. Autor charakterizuje závislostní chování jako fenomén současné postmoderní doby, životní styl dětí, mladistvých a mladých dospělých lidí. Svou roli má zde společnost a též orientace ekonomiky na svádění konzumenta. Člověk může být závislý v podstatě na čemkoliv, přes hrací automaty, počítače, nakupování, telefonování, pracovní činnosti, sexuální chování, sledování televize, hubnutí, přejídání, sekty a kulty až po klasické závislosti - drogy, alkohol, kávu, cigarety atd. Mühlpachr (2002) popisuje vznik závislosti z aspektu **biologické teorie** (např. genetické, enzymové teorie, dopamin endorfinové teorie,..), **sociologické teorie** (např. teorie distribuce spotřeby alkoholu, model systémové dynamiky,..), **psychologické teorie** (hlubinná psychologie, nebehaviorální psychologie,..), multifaktoriální podmínění vzniku závislosti. Za příčinu vzniku závislosti je považována i psychická deprivace, motivacemi závislostí jsou patologická komunikace, dysfunkční rodina a absence sociální identity, jako důsledek společenské frustrace Mühlpachr (2002, s. 34).

Příčiny alkoholismu a drogových závislostí definoval Kalina a kol. (2003) a uvádí, stejně jako ostatní autoři, že příčiny vzniku a rozvoje závislostí jsou velmi individuální. U někoho převažují spíše genetické a vrozené dispozice nebo sociokulturní vazby, ale nejčastěji se jedná o kombinaci mnoha nejrůznějších faktorů. Autoři zde detailně popisují bio-psycho-socio-spirituální model vývoje závislostí. Popisují vývoj vztahu jedince k drogám např. v sociálních kontextech, rituály (kulty, zasvěcování), děti vyrůstající v rodině závislých osob aj. Určitá část lidí hledá v drogách uspokojení, díky pocitu nedostatku duchovních hodnot a hledají vnitřní proces „poznat sama sebe“.

Kapitola je shrnuta slovy: „*Čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální*“ – (Kalina a kol, 2003, s. 94).

Klasifikace závislostí

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) mají závislosti svá přesná označení. Jednotlivé druhy jsou označeny kódy:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech a hypnotikách
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na stimulantcích, včetně pervitinu a kofeinu
- F16.2 Závislost na stimulantcích
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Mühlpachr (2002), Sekot (2010) a Slomek (2006) definují *konformní chování* a shodují se, že konformní chování spočívá v respektování daných norem. Děje se tak z vlastního přesvědčení o správnosti nebo z obav možných sankcí a trestů souvisejících s jejich nedodržením uvádí tři úrovně poruch chování z hlediska stupně závažnosti, obsahu a forem. Jedná se o chování disociální, asociální a antisociální. Vznik závislostí byl definován Kalinou a kol. (2003) a Mühlpachrem (2002). Autoři se shodují a vzájemně se doplňují, že vznik závislostí je *multifaktoriální záležitost*. Jak při prevenci, tak například i při léčbě, je důležitá vzájemná provázanost jednotlivých oblastí a metod; jejich přístupů. Z toho vyplývá, že tato provázanost se dá realizovat pouze prostřednictvím týmové práce se zastoupením profesionálů, založená na principu plurality a rovnocennosti. Mühlpachr (2002, s. 15) navíc souhrnně popisuje že „*každý lidský zájem, ať je směřován kamkoliv, může vyústit v závislost*“. „*Nejdůležitější kritérium závislosti je neschopnost kontrolovat chování*“. Autoři charakterizují

závislostní chování jako fenomén současné postmoderní doby, životní styl dětí, mladistvých a mladých dospělých lidí. Svou roli má zde společnost a též orientace ekonomiky na svádění konzumenta.

4.2 Drogy a drogové závislosti

Sochůrek (2001, s. 21) definuje **drogu** jako „*psychoaktivní látku, která má rychlý vliv na chování, vědomí a náladu člověka.*“ nebo jako „*každou látku, která je vpravena jakoukoliv cestou do lidského organismu, zasahuje především do jeho vyšší nervové činnosti a mění dočasné pocity prožívání, nálady a vyladění duševního stavu v nejrůznějších směrech od omámení, útlumu až po excitaci, podráždění.*“

Drogová závislost

Již od pradávky historie lidské civilizace se užívalo nejrůznějších drog. Nejstarší antropologické nálezy období paleolitu z odlišných částí světa poukazují na svědectví šamanských rituálů, mysticismu a zkušeností z oblasti medicíny v souvislosti s užíváním tzv. psychedelických drog. Lidé té doby se snažili pochopit zákonitosti světa, stvoření, porozumět stavům zrození a smrti, důvod proč tu vůbec jsou. Chtěli nahlédnout někam do neznáma změnami stavu vědomí, nebo aby si vyvolali halucinace, zlepšili schopnosti svého vnímání, stimulovali se, uvolnili, usnuli nebo naopak zabránili spánku. Objevovalo se nadměrné užívání těchto látek a závislost na nich. Avšak prudké šíření drog je spojováno s rozvojem industriální společnosti (Mühlpachr, 2002). V novodobé historii hovoříme již o globálním problému šíření a užívání drog. Takřka nikdo nezůstává stranou a problematika návykových látek ovlivňuje prakticky všechny státy světa. Drogová závislost je podle Sochůrka (2001, s. 22) charakterizována jako „*silná touha látku užívat a pokračovat v jejím užívání za každou cenu, tendence zvyšovat dávky, aby se dosáhlo účinku, který původně vyvolala dávka menší, existence psychické nebo fyzické závislosti včetně abstinčního syndromu*“.

Sochůrek (2009) zmiňuje čtyři základní faktory pro vznik drogových závislostí. Prvním faktorem je **typ, charakter a dostupnost drogy** - zejména se jedná o ekonomickou dostupnost. Druhým faktorem je **struktura osobnosti**. Dalším faktorem je **působení sociálního prostředí** – společenské a psychologické vlivy, např. party. Posledním faktorem je **podnět, spouštěcí či provokující faktor** (momentálně tíživá situace, stres, neschopnost vyřešit problém, zvědavost, snaha neodlišovat se od skupiny). Z hlediska

trvání abúzu či stupně závislosti popisuje Sochůrek (2001) tyto fáze: **fáze experimentu, fáze zneužívání (abúzu) drogy, fáze závislosti – fyzická a psychická**. Při fyzické závislosti si tělo na látku již zvyklo a zahrnulo ji do svého metabolismu. Při tomto typu organismus drogu nutně potřebuje. V případě, že ji nemá, dochází k abstinenci příznaku. Při psychické závislosti vzniká nutkání drogu brát, jde o duševní stav vzniklý podáváním drogy. Kachlík (2015) se navíc zabýval detailní analýzou chování s rysy závislosti a primární prevencí u prezenčních studentů Masarykovy univerzity.

Faktory pro vznik drogové závislosti shodně definovali Kalina a kol. (2003) a Sochůrek (2009). Vymezení pojmů podle Kaliny a kol. (2003) se liší navíc tím, že uvádí i souvislost mezi traumatem a závislostí; vliv závislosti v návaznosti na faktory oslabení v období adolescence a princip obranných mechanismů. V rodinných anamnézách závislých lidí bývá často zkušenost se smrtí, či ztrátou rodiče, obvykle otce. Také se objevují velmi často traumatizující prvky, např. sebevraždy, násilí, psychická onemocnění, rozvody rodičů či chronické partnerské konflikty. Kalina a kol. (2003, s. 130) „*Mnoho závislých je traumatizováno, buďto v dětství, nebo v pozdějším životě a zcela jistě v období života se závislostí.*“

Rizikové skupiny dle abúzu drog a motivace užívání drog

Podle Mühlpachra (2002) je považována za nejrizikovější skupinu lidí právě populace dětí a mladistvých. Primární roli zde sehrává *rodina* - přístup a výchova rodičů (extrémy jako např. příliš autoritativní výchova, dominantnost rodičů nebo naopak lhostejnost, nezáměr o dítě), demografické a sociální aspekty. Důležité je posuzovat celkový pohled na rodinu - funkci rodiny jako celku a vzájemné vztahy: rodiče – dítě, rodiče mezi sebou navzájem (jednotné výchovné působení nebo naopak). Mühlpachr (2002, s. 18) konstatuje, že „*dysfunkční rodina je vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog. Skupiny mládeže, kamarádi, vrstevníci, se kterými se biologicky, psychologicky a sociálně oslabený jedinec stýká, mají nesporný vliv na to, že adolescent experimentuje s návykovými látkami*“. Značně rizikové období je tedy období **adolescence**. V období adolescence, tj. období od 15 do 20 (22) let, se ukončuje většinou tělesný vývoj. Pro jedince je v tomto období velmi důležité kritérium psychologické (dosažení osobní autonomie), sociologické (role dospělého) a pedagogické (ukončení vzdělávání a získávání kvalifikace). (Macek, 1999, Erikson, 1968 in Kalina a kol., 2003, II. díl, s. 307). Adolescenti, ve věku 14 – 15 let, procházejí fázemi zkoušení

a experimentování, soupeří s rodiči. Získávají nové postoje, zvyšuje se u nich zodpovědnost a závazky vůči vrstevníkům. Mají pocit, že sami vědí, co je pro ně nejlepší. Tlak vrstevníků je velmi silný. V 16 – 17 letech života přichází fáze navazování přátelství. Obnovují se vazby s rodiči a jedinec si uvědomuje zodpovědnost za vlastní chování a jeho důsledky. Po 18. roce se začíná upevňovat vztah k sobě; autonomie, jedinečnost. (Josselsonová, 1980 in Kalina a kol, 2003, II. díl, s. 307).

Autoři shodně popisují adolescenci, jako vývojové období, kdy se vyjasňuje vztah k sobě sama a je charakteristické hledáním vlastní identity.

Jaké jsou motivace a důvody, proč žáci užívají drogy? Kalina a kol. (2003, II. díl, s. 275) uvádí jako motivy užívání drog různé provokující faktory; zvědavost, nuda, zlepšení výkonnosti, zlepšení nálady, řešení – odsunutí problémů, únik z bezvýchodné situace, snaha upozornit na sebe, obstát v partě.

Vliv rodiny, školy a vrstevnických skupin

Z výše uvedeného textu vyplývá, že období adolescence je velmi složité a každý jedinec se také formuje za rozdílných podmínek. *Rodinné faktory* a charakteristické mechanismy popisuje Kalina a kol. (2003, II. díl, s. 140) a (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009). Autoři se shodují a doplňují, že související rodinné faktory jsou např. vzdělání rodičů, struktura rodiny, trávení společného času, volnočasové aktivity a ekonomická situace rodiny (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009). Autoři uvádí jevy, které jsou primární a zásadní: nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte. Dalšími vážnými problémy bývají narušené nebo zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem a chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi. Co se týká extrémního narušení vztahů v rodině, uvádí autoři souvislost se sexuálním zneužíváním, popř. také incestem a závislostí na drogách. Podle výzkumu až 90 % závislých žen zažilo sexuální zneužití v rodině (Cuskey, 1979 in Kalina a kol., 2003, s. 141). Autoři definují tyto další faktory – skryté nebo nedostatečné excesivní vyjádření hněvu, zlosti, agrese a vzteku v rodině; jeden či více závislých členů rodiny. Uveden je také jev, kdy závislost je v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu a také faktor tzv. kodependence. Podle tohoto modelu se předpokládá, že členové rodiny se chovají tak, že drogovou závislost umožňují a usnadňují. *Vliv školního prostředí* a školy, kterou žák navštěvuje, je také velmi významným faktorem. Škola se má snažit vytvářet důvěrné a bezpečné prostředí, jak pro žáky, tak pro práci pedagogických pracovníků. Pedagog má za úkol, kromě výchovně vzdělávací činnosti, být pro žáka

také poradcem a do jisté míry i „kamarádem“. Zároveň by měl mít schopnosti a profesní dovednosti, jak včasné a vhodně identifikovat a diagnostikovat problém výskytu užívání drog a volit správné možnosti včasné intervence. Učitelé však někdy nemají patřičné kompetence a odborné znalosti, tak jak by bylo zapotřebí. Z toho vyplývá, že na učitele jsou kladeny mnohem větší nároky, než které mohou vykonávat (Kalina a kol., 2003). Na školách působí poradenští pracovníci, jako jsou např. metodik prevence a výchovný poradce. Někdy má škola i svého školního psychologa. Odbornou péči zajišťují sociální pracovníci, pedagogicko-psychologické poradny aj. Svou roli v této záležitosti hraje i druh a typ školy a úroveň studia (rozdíly v užívání drog na SOU, SOŠ, gymnáziích, konzervatořích). Nelze opomenout i celkové klima školy, dostupnost drog ve škole a v okolí školy. Žáci, učitelé a další zaměstnanci vytváří dobré jméno školy, to je pro budoucí zájemce o studium také důležitým kritériem. Je potřeba především i spolupráce s rodiči, kontrola chování žáka, klasifikace, rozvrhu a absence (Kalina a kol., 2003). Csémy, Chomynová a Sadílek (2009, s. 31) prokázali, že významným faktorem v souvislosti s užíváním drog mezi žáky, je školní docházka, „ulití ze školy“, záškoláctví, tzn. neomluvené absence. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009, s. 31) zjistili, že: „s rostoucím počtem neomluvených absencí roste rozsah kouření, pití alkoholu i užívání ilegálních drog“. Velmi dobrým nástrojem z pohledu rodičů, bývá školní webová aplikace *Bakaláři*. Vliv vrstevnických skupin na rizikové chování žáků může být, jak pozitivní, tak i negativní. Pozitivní vliv představují např. peer programy, zmiňované dále v kapitole 4.5. Vrstevnický vztah (peership) má v období adolescence nezastupitelnou funkci. Je nutné, vnímat odlišnosti vrstevnických vztahů, od partnerských vztahů. Ty jsou mnohem specifitější. Jedinec sdílí s vrstevníky pocity, názory. Vytváří si vzorce chování, hodnoty a zkouší si je bez větších závazků. Může testovat i sám sebe, což je dost důležité. Skupina mu poskytuje podporu v procesu emancipace od dospělých. Pokud má skupina (parta) přátel negativní vztah k drogám, pak je členství zde tou nejlepší prevencí. V opačném případě je to velmi pravděpodobná cesta k drogové závislosti (mejdany, večírky, párty) (Kalina a kol., 2003). Nesmí se také opomenout výrazný vliv společnosti, která člověka obklopuje. Do této kategorie řadíme např.: vztah celé společnosti k drogám, postoje, zákony, normy, dostupnost drog, výkonová a konzumní orientace, oslabení rodin, rozvodovost, investice, drogová politika. Neméně důležitá je informovanost společnosti a vliv médií na drogovou situaci u mladých lidí, např. sociální sítě, internet, noviny, časopisy, TV, filmy, hry aj. Proto je

pro adolescenty tak nesmírně důležité, aby se naučili, těmto vlivům a situacím ubránit (Kalina a kol., 2003, II. díl, s. 275).

Charakteristikou drogových závislostí se zabývali Mühlpachr (2002), Sochůrek (2009) a Kalina a kol. (2003) Autoři zmiňují čtyři základní faktory pro vznik drogových závislostí, popsanych v této kapitole. Kalina a kol. (2003) definují navíc souvislost mezi traumatem a závislostí; vliv závislostí v návaznosti na faktory oslabení v období adolescence a princip obranných mechanismů. Rizikovostí sociálních skupin dle abúzu drog a motivací užívání drog se zabývali Mühlpachr (2002), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009). Podle Mühlpachra (2002) je považována za nejrizikovější skupinu lidí právě populace dětí a mladistvých. Co se týká motivace užívání drog mladými lidmi, tak Kalina a kol. (2003, II. díl, s. 275) doplňují, že jako motivy užívání drog jsou např. různé provokující faktory; zvědavost, nuda, zlepšení výkonnosti, zlepšení nálady, řešení – odsunutí problémů, únik z bezvýchodné situace, snaha upozornit na sebe, obstát v partě. Kalina a kol. (2003) a Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) se shodují a doplňují, že související rodinné faktory pro vznik závislosti jsou např. vzdělání rodičů, struktura rodiny, trávení společného času, volnočasové aktivity a ekonomická situace rodiny. Vliv vrstevnických skupin; školního prostředí a školy, kterou žák navštěvuje, je také velmi významným faktorem. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009, s. 31) navíc prokázali, že významným faktorem v souvislosti s užíváním drog mezi žáky, je školní docházka, „ulití ze školy“, záškoláctví, tzn. neomluvené absence.

4.3 Přehled vybraných typů drog

V závěrečné práci bude použito rozdělení návykových látek podle Kaliny a kol. (2003). Jednotlivé skupiny návykových látek jsou: *alkohol, opioidy a opiáty, stimulancia, halucinogenní drogy, konopné drogy, analgetika, sedativa, trankvilizéry, léky vyvolávající závislost a těkavé látky, tabák a závislost na tabáku, MDMA a jiné drogy „technoscény“*. Podrobněji budou rozepsány kapitoly o třech nejvíce užívaných drogách mezi žáky SŠ, a to: **o alkoholu, tabákových výrobcích a konopných drogách**. V kapitole 4.4 je pak uveden **souhrn užívání ostatních drog**, objevujících se mezi žáky SŠ spíše sporadicky.

4.3.1 Alkohol

Alkohol neboli etylalkohol je jednosytný etanol (líh) $C_2H_5 - OH$, po chemické stránce je kyslíkatým derivátem uhlovodíků, obsahující hydroxylovou skupinu (- OH). Vzniká kvašením cukerných roztoků (fermentací). Po požití alkoholu dochází v organismu k metabolické přeměně na acetaldehyd. Koncentrovanější roztoky etanolu se získávají destilací. Zvláště nebezpečné jsou nezákonné, např. domácí výroby destilátů, při nedokonalé chemické reakci může vznikat směs etylalkoholu s metanolem, který je silným nervovým jedem, jež může způsobit oslepnutí. Alkohol byl vyráběn a užíván už velmi záhy, se vznikem civilizace. Používalo se zkvašené zrní, ovocná šťáva a med. Náboženský motiv dosvědčují mnohé archeologické nálezy. Byl potřebný též pro lékařské účely. Záznamy o kvašených nápojích jsou ve starověkém Egyptě, v Číně (již 7000 př. n. l.) a v Indii 3000 – 2000 let př. n. l., kde byl známý nápoj pod názvem sura, jež se získával z rýže. V Babylónii kolem roku 2700 př. n. l. byl pěstován kult bohyně vína. V období starověkého Řecka a Říma, kromě vína (uctívání Dionýsa) dominuje též medovina a objevují se i negativní následky nadměrného pití. Z období středověku v českých zemích máme doklady o oblíbě piva a medoviny. Začínají se také běžně vyskytovat problémy s nadměrným alkoholismem – první „protialkoholní zákon“ z roku 1039 byl vyhlášen Břetislavem I., toto nařízení mělo výrazně prohibiční charakter (Kalina a kol., 2003), (Pravda o drogách, 2016). V 18. století, byla široce rozšířená výroba levných destilátů z obilí podporovaná i britským parlamentem. Definice pijáctví jako nemoci pochází z r. 1784 od amerického lékaře Benjamina Rushe. Vlastní termín *alkoholismus*, jako nadměrná konzumace alkoholu, byl poprvé používán v r. 1849 lékařem Magnussem Hussem. V roce 1951 byl prostřednictvím WHO oficiálně považován alkoholismus za zdravotní problém. Alkohol, stejně jako tabák, je průchozí drogou. Mühlpachr (2002, s. 18) definuje společnost jako proalkoholní, akceptující alkohol - *„Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provází člověka od narození až po smrt. Odmítnutí konzumace alkoholu vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Rituál tůkání na zdraví je symbolem dospělosti.“* Právě tyto „rituály“ mají vysokou nebezpečnost pro skupinu dětí a mladistvých, kteří napodobují rodiče nebo se nechávají stáhnout vrstevníky.

„V naší společnosti je alkohol nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé jej obvykle konzumují ve skupině. Činí tak často ritualizovaně, např. ve formě přípitků při oslavách. Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou

tradici a společnost je k jejich užívání poměrně tolerantní. Alkohol obvykle působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu, jindy mohou převládnout negativní prožitky, např. smutek a zažívací potíže. V malých dávkách působí alkohol stimulačně, odstraňuje zábrany. Ve větších dávkách má tlumivý účinek, opilý člověk usíná tam, kde právě je. Očekávání účinku alkoholu dané zkušenosti má značný vliv na jeho další konzumaci“ (Vágnerová 2008, s. 555).

Závislost na alkoholu se projevuje nutkavou touhou pít. Dalším příznakem je ztráta sebeovládání, kdy jedinec nezná míru a není schopen s pitím přestat. Tělesná závislost se vyznačuje přítomností abstinčních příznaků, jako jsou křeče, nadměrné pocení, třes a úzkost, tak přibližně 8 – 12 hodin po vypití poslední dávky alkoholu. Po 3 – 4 dnech může dojít u závislých lidí k deliriu tremens. Postižený se nekontrolovaně třese, trpí halucinacemi, je mimořádně rozrušený a ztrácí kontakt s realitou. Při závažných otravách alkoholem se rozlišují 3 fáze – excitační, narkotické a komatózní (Pravda o drogách, 2016).

Slangově bývá alkohol označován jako chlast, ožíračka, kalba, zlejt se, alkáč. Psychoaktivní účinky alkoholu závisí hlavně na množství, formě a způsobu užití. Projevy chování po požití ovlivňují faktory biologické, psychologické a sociální. Mezi krátkodobé somatické účinky řadíme např. nezřetelnou mluvu, ospalost, zvracení, průjem, žaludeční potíže, bolesti hlavy, problémy s dýcháním, poruchy vidění a sluchu, narušení schopnosti uvažování, sníženou schopnost vnímání a koordinace, bezvědomí, chudokrevnost, kóma, výpadky paměti - „okno“ (dotyčný si nevzpomíná na události, které se staly, zatímco byl pod vlivem). Dlouhodobá intoxikace většího množství alkoholu znamená pro jedince zvýšené riziko pracovních úrazů a snížení produktivity práce, problémy v rodině, rozvracení vztahů. Může dojít k neúmyslným zraněním, jako jsou autonehody, pády, popáleniny, či utonutí a úmyslným zraněním (střelná zranění, sexuální napadení, či násilí v domácnosti). Zdravotní rizika jsou značná; jedná se o vysoký krevní tlak, mrtvice, srdeční onemocnění, onemocnění jater, poškození nervů, sexuální potíže, trvalé poškození mozku, nedostatek vitamínu B1, který může vést až k poruchám vyznačujícím se amnézií, apatií a dezorientací, žaludeční vředy, gastritidy (záněty žaludku), podvýživa, onemocnění slinivky břišní, rakovina ústní dutiny a jícnu. (Pravda o drogách, 2016). Pro ženy, které pijí alkohol i během těhotenství, existuje vysoké nebezpečí fetálního alkoholového syndromu (FAS) ohrožující plod již během prenatálního vývoje. Novorozenec má pak stejný obsah alkoholu v krvi jako matka, je bezprostředně po porodu ohrožen na životě. Tyto děti přichází na svět s dosti nízkou

porodní hmotností, mentálními poruchami, několikanásobnými deformacemi obličeje, ústní dutiny, vadami vnitřních orgánů, hyperkinetickým syndromem (Mühlpachr, 2002).

ČR patří dlouhodobě v celosvětovém měřítku ke státům s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Pravidelná a nadměrná konzumace je uvedena u zhruba 25% dospělých mužů a 5% žen (Kalina a kol., 2003). Zkušenostmi a frekvencí pití alkoholu u žáků se detailně zabývá Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) (2015). Podle této studie pilo alkohol v životě 95,8 % dotázaných, přibližně 42,5 %, (48,2 % chlapců a 37,1 % dívek) a lze je považovat za pravidelné uživatele alkoholu (pili alkohol více než 20 krát v životě). Za posledních 30 dní pilo alkohol 68,4 % studentů, s frekvencí 6 krát nebo vícekrát (tj. minimálně 1 týdně nebo častěji) konzumovalo alkohol 14,8 % žáků (DROGY-INFO.CZ., 2016). Podobně znepokojivé závěry, z hlediska nadměrného užívání alkoholu u žáků SŠ a ZŠ, vyplývají i z výzkumu Skopala a Dolejše (2014), kde zhruba 92,0 % všech respondentů během svého života užilo minimálně 1 alkoholický nápoj. Autoři zde konstatují, že chlapci mají častější a větší celoživotní zkušenosti s alkoholem než dívky, až dvojnásobně – čili 40 a vícekrát. Skopal a Dolejš (2014, s. 60) konstatují, že: „*Za posledních 30 dní užilo alkoholické nápoje 56,5 % chlapců a dívek. Opět u chlapců můžeme sledovat větší míru pití alkoholu než u dívek. 43,5% ze všech respondentů v posledních 30 dnech nepilo alkohol vůbec.*“ Autoři zjišťovali navíc i faktory užívání alkoholu, z hlediska osobnostních rysů u žáků. Nejvyššího rozdílu, podle tohoto výzkumu, dosahovaly hodnoty vyhledávání vzrušení, impulzivita, na nižší hladině byl zjištěn faktor přecitlivělosti. Jankových a Turečková (2012) uvádějí ve své práci výsledky šetření ohledně pití alkoholických nápojů mezi žáky a ukázalo se, že 18 žáků (8,7 %) přiznalo, že alkoholické nápoje nepijí, 86 žáků (41,7 %) uvádí, že alkoholické nápoje pijí výjimečně a 102 žáků (49,5 %) uvádí, že alkoholické nápoje pijí pravidelně (z nichž 60,8 % přibližně jednou týdně; 14,7 % více než jednou týdně a 24,5 % méně než jednou týdně). Jankových a Turečková (2012, s. 10) rovněž upozorňují, že: „*Mezi respondenty bylo 9 žáků, kterým bylo 18 či více let, přičemž zastoupení v jednotlivých kategoriích byli téměř totožně jako žáci mladší 18 let (1 respondent uvádí, že alkohol nepije, 3 pijí příležitostně).* V souladu s výpovědí školní metodičky prevence tedy lze konstatovat, že zneužívání alkoholu nezletilými žáky dané školy je relativně běžné. Zneužívání alkoholu, byť se od 18 let věku uživatele jedná o tzv. legální drogu, lze v triu alkohol – marihuana – nikotin považovat za nejrizikovější návykovou látku“. Věk prvního užití alkoholu

zkoumala rovněž studie ESPAD a uvádí na webových stránkách DROGY-INFO.CZ. v periodiku Zaostřeno (2016, s. 5): „Průměrný věk 1. zkušenosti s alkoholem (zjišťováno je vypítí celé sklenice piva, vína, destilátů nebo alkopops, ne „ochutnání“ nebo vypítí jednoho loku alkoholu) zůstává dlouhodobě na stejné úrovni – do 9. roku věku (včetně) mělo dlouhodobě zkušenost s alkoholem více než 20 % studentů. První zkušenost s opilostí získávají studenti nejčastěji ve věku 15 let, stále je však v ČR vysoký podíl těch, kteří opilost zažili před svými 15. narozeninami (25,6 %)“.

Podle šetření Jankových a Turečkové (2012, s. 10) pouze 8,7 % žáků uvádí, že alkohol nepijí vůbec. 41,7 % dotázaných pije alkohol vyjimečně, 49,5 % pije alkohol pravidelně. Co se týká frekvence pití alkoholických nápojů, tak 60,8 % žáků pije jednou týdně, 14,7 % více než jednou týdně, 24,5 % méně než jednou týdně. Skopal a Dolejš (2014) navíc ve svém šetření zjistili, že 6,3 % respondentů užilo alkohol spolu s léky.

Stejně výstupy nadměrného užívání alkoholu u žáků byly zjištěny, jak v práci Skopala a Dolejš (2014), tak v průzkumném šetření Jankových a Turečkové (2012).

Velmi závažné jsou výsledky z hlediska subjektivně vnímané dostupnosti alkoholu. Žáci středních škol by neměli problém si obstarat alkoholické nápoje, zejména pivo a víno. Tyto nápoje jsou vnímány jako snadno dostupné i žákům ZŠ. Nižší dostupnost je hodnocena u alkopops (limonády s obsahem alkoholu) a u destilátů. Pivo považuje za snadno dostupné celkem 85,3% dotázaných, víno 76,4% žáků. U alkopops je hodnota nižší, 61,4% a destiláty jsou subjektivně nejméně dostupné – 55% dotázaných. Rozdíly jsou patrné i v rámci rozdělení ČR podle krajů (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009).

Autoři uvedených studií, Skopal a Dolejš (2014), Jankových a Turečková (2012), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) se shodují a potvrzují, že nadužívání alkoholu je trvalý a závažný rizikový problém mládeže, který rozhodně nesmí být podceňován, hlavně také v souvislosti s užíváním jiných návykových látek.

4.3.2 Opioidy a opiáty

Skupina látek odvozených od opia, získává se ze zaslé šťávy nezralých makovic. Hlavní alkaloid opia je **morfin**. Z opiové šťávy jej izoloval v roce 1803 Sertürner. Zvolil pro něj název morfin podle řeckého boha spánku - Morpheia. Dalším alkaloidem opia je kodein - metylmorfin a thebain. Do skupiny opioidů patří heroin, metadon, buprenorfin (Lekari.porodnice.cz., 2016). Tyto látky mají silný analgetický

(protibolestivý) a euforizující účinek. Mechanismus spočívá ve vazbě látky na opioidní receptory v CNS (odrogach.cz, 2016). Surové *opium* se kouří pomocí dýmek nebo se balí do cigaret. Aplikuje se též orálně v surové formě, jako čaje a odvary. Velmi vysoká biologická využitelnost této drogy je při nitrožilní aplikaci, což je spojeno se zdravotními riziky, přenosem viru HIV, žloutenky atd. (edekontaminace.cz, 2016), (ucitelchemie.upol.cz, 2016). **Heroin** je slangově označován jako např. H, herák, kůň, hero, háčko, eič, herodes, král. Celosvětově je považován nejrozšířenější drogou této skupiny. Heroin se řadí mezi polosyntetické deriváty morfinu, byl vyroben již v roce 1874 v Německu (heroisch = „silný“). V r. 1898 byl na trhu uveden německou farmaceutickou společností Bayer jako lék na tuberkulózu. Byl považován za látku s nulovým rizikem vzniku závislosti a po dlouhou dobu se jím léčila závislost na morfinu. Heroin je většinou aplikován injekčně, což uživatele vystavuje dalším rizikům, hlavně nebezpečí nákazy AIDS nebo jinou infekční nemocí. Užívá se také šňupáním, kouřením či inhalací z aluminiové folie. Barva heroínu není stejná. Hnědá forma s příměsí strychninu má zásaditou reakci, je vhodnější ke šňupání a inhalacím. Bílý heroin – hydrochlorid se užívá převážně intravenózně. Má slabou octovou vůni, svým vzhledem velmi nápadně připomíná kokain nebo pervitin. Nesnadno se rozpouští, proto se při nitrožilní aplikaci přidává kyselina / krystalický vitamín C. Závislost vzniká pravidelně a velmi rychle, již po několika týdnech. Dochází k těžkému poškození osobnosti a sociálním poklesům, jako je kriminalita a prostituce. Somatickými projevy akutní intoxikace heroinem je nevolnost, hučení v uších, pocit tepla, svědění, sucho v ústech, dýchání je povrchní, změna v rozšíření zornic. Dochází k celkovému útlumu všech tělesných funkcí - dýchání, oběhová soustava – neprokrvení tkání, modráni kůže, rtů. Patrná je lenost, ztráta libida, potence, neklid, nedostatečná funkce vylučovací a trávicí soustavy. Velmi nebezpečná je u dlouhodobých uživatelů opiátů ztráta psychického mechanismu kontroly nad užíváním dávek. Pravidelní uživatelé již berou mnohonásobky smrtelné dávky pro prvouživatele. Snadno dochází k předávkování. Zde je důležitý fakt, že při abstinenci rychle klesá tolerance a dávka, která byla před odvyknutím běžná, se může stát nyní smrtelnou. (Kalina a kol., 2003), (prevcentrum.cz, 2016). **Braun** je tradiční český polosyntetický opioid, po chemické stránce směs derivátů kodeinu (methylnorfin). Jak už sám název vypovídá droga braun je tinktura hnědé barvy, aplikuje se nitrožilně. Po roce 1993 byl vytlačován v ČR heroinem. **Metadon** se řadí mezi syntetické opioidy, má chemicky jinou strukturu než morfin či heroin. Vyrábí se legálně, výhradně pro lékařské účely. V CNS působí na stejné

receptory a vyvolává i stejné účinky. Poločas vylučování je zhruba 25 hodin, účinkuje tudíž metabolicky mimořádně pomalu. Díky těmto specifickým vlastnostem se používá k substituční léčbě lidí závislých na opiátech. Aplikace je orálně, méně často injekčně. Dávkování látky pacientům je tedy bezpečnější, pouze 1 x denně (Kalina a kol., 2003).

Zkušenosti žáků SŠ s užíváním opiátů (včetně heroinu), stejně jako jiných ilegálních drog, byly předmětem šetření ESPAD. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo opiáty 2 % žáků, v posledním roce 1,2 % a v posledním měsíci 0,6 %. Více o užívání ilegálních drog je popsáno v kapitole 4.4.

4.3.3 Stimulancia

Do skupiny stimulancií patří *amfetamin*, *kokain*, *pervitin* (*metamfetamin*) a skupina *budivých aminů*, která má stovky zástupců. Může se sem též zařadit i extázi (MDMA), která má účinky jak stimulační, tak také halucinogenní (psychedelické). Extáze je tedy hraniční drogou této skupiny. Psychostimulancia jsou látky s budivým efektem na centrální nervový systém (CNS), zvyšují psychomotorické tempo, bdělost, urychlují myšlení, zkracují spánek a zahánějí únavu, snižují chuť k jídlu. Vyvolávají pocity euforie, energie, síly ale naopak i úzkost, umocnění trémy a agresivitu. Účinky trvají 6 - 8 hodin, někdy až 24 hodin. Po odeznění účinků se dostaví tzv. dojezd, což je celkové vyčerpání, únava, velmi dlouhý spánek, trvajících i několik dnů s krátkým intenzivním požíváním velkého množství jídla, aby se doplnila ztracená energie. Dlouhodobým účinkem užíváním stimulancií, ale někdy i po požití jednorázové vysoké dávky, dochází ke vzniku závislosti a může vést až k toxické psychóze, projevující se paranoidními rysy a paranoidně-halucinatorním syndromem, tzv. „stíha“. Zneužívání stimulancií znamenají pro tělo obrovskou zátěž, zejména pro kardiovaskulární systém, působí na sympatikus nervového systému, dochází tak ke zvýšení tlaku krve, někdy i bronchodilataci, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod (Kalina a kol., 2003). V následujícím textu jsou blíže specifikovány pouze dvě nejrozšířenější drogy této skupiny – *kokain* a *pervitin*.

Kokain je tropanový alkaloid přírodního původu, vyrábí se z jihoamerického keře, Koky pravé (*Erythroxylon koka*). Slangově se kokainu říká Pudr, Cukr, Kokeš, Sníh, Koks, Kokos, Bělouš, Koka, Bílý prášek, Sněhová vločka, Ledová kostka, Coke, Šňup, Lajna, Pasta. Chemicky byl kokain izolován r. 1859 a pro jeho anestetické účinky v medicíně byl používán Sigmundem Freudem. Kokain je rozšířen zejména v USA a Kanadě. V Evropě a ČR je okrajovou drogou, více se objevuje pouze ve

finančně privilegovanější společnosti. Mechanismus účinku je podobný jako u jiných stimulantů, vyvolává velmi silné psychické závislosti, hovoří se až o závislosti nejsilnější vůbec. Kokain je tedy svými riziky a dopady na člověka jednou z nejnebezpečnějších drog. Užívá se šňupáním, žvýkáním, injekčně (šleháním) a kouřením, požíváním, vetřením do dásní. Prášková či krystalická forma se označuje kokain, krystalická forma je nazývána crack. Crack je mnohem silnější a účinnější než kokain. Název je dovozen podle anglického slova „crack“ – tj. praskání, pukání. Tyto zvuky vznikají při jeho zahřívání. Užívá se kouřením a inhalacemi výparů. Slangově se označuje např. jako Bonbon, Kámen, Nugety, Volná báze, Glo, Kryptonit, Kokoska, Roxy, Surovina (Pravda o drogách, 2016). Somatickými projevy užívání kokainu jsou např. vzestup krevního tlaku, bušení srdce, rozšíření zornic, pocení, bledost, nevolnost, záškuby, křeče, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod, selhání dýchacího systému, chronické otravy, nekrózy v oblasti nosu, následkem šňupání. Objevují se poruchy chování, vymizení zábran, nepřiměřené sexuální chování, u žen se projeví nymfomanismem, u mužů roste sexuální apetit, ale klesá potencionální schopnost. Psychické dopady bývají velmi negativní a silné, provázené úzkostí, psychotickými epizodami, paranoidního charakteru – toxické psychózy, těžké deprese, sluchové halucinace, agresivita. S dalším užíváním se odolnost vůči droze zvyšuje, takže pro stejně silné opojení je nutno vzít její větší množství. Závislý je schopen čehokoliv, aby drogu získal, včetně vraždy. Nebezpečí těchto drog je obrovské. Deprese jsou někdy tak silné, že jedinec je dohnán až k sebevraždě (Kalina a kol., 2003), (Pravda o drogách, 2016).

Pervitin (metamfetamin) tzv. „klubová droga“ je syntetická látka, patřící mezi budivé aminy, je účinnější než amfetamin. Chemicky se jedná o pravotočivý fenylmethylaminopropan, bílý mikrokrytalický prášek bez zápachu, nahořklé chuti, snadno se rozpouští ve vodě nebo v alkoholu. Na černém trhu bývá zabarven do žluta, hněda, oranžova či fialova, díky možným příměsím z ilegálního domácího vaření. Výchozí látkou pro výrobu je efedrin, který bývá obsažen v běžně dostupných lécích proti nachlazení. Dalšími přísadami jsou látky na bázi louhu a červený fosfor. Občas se do pervitinu dávají také jiné nebezpečné látky – kyselina, čističe odpadů nebo nemrznoucí kapalina, s cílem zvýšení účinku této drogy. Slangově se této látce říká: P, Piko, Péčko, Pergo, Péro, Peří, Perník, Psaníčko, Peršing, Raketa, Lajna, Meth, Koks chudých, Var, Spíd, Krystal, Stěpy, Ice. V ČR je pervitin jednou z nejrozšířenějších nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost. Užívá se šňupáním, kouřením, nitrožilně či orálně. Pervitin je vysoce návykový a účinek velmi silný. Z hlediska léčení

jde o jednu z nejtěžších a nejvíce ničujících drogových závislostí vůbec (Pravda o drogách, 2016).

Je jmenována celá řada rizik, souvisejících s chronickou intoxikací organismu. Akutní a chronické účinky pervitinu jsou zejména pocity euforie, snížení únavy, nechutenství, zvýšení výkonnosti celého organismu, motorický neklid, rozšíření zornic, zvýšení krevního tlaku, zrychlení dechové frekvence, pocit sebejistoty, odstraňuje zábrany, urychluje tok myšlenek na úkor jejich kvality, úzkost, napětí, krvácení do plic a jiných orgánů, změny na mozku doprovázené demencí (zaznamenáno zhruba u 10% zemřelých) (Kalina a kol., 2003).

V České republice je pervitin příčinou více než poloviny z počtu všech léčení závislostí. Předávkování pervitinem se nemalou měrou podílejí na celkové drogové úmrtnosti (cca 35%), (Pravda o drogách, 2016).

Celoživotní prevalence pervitinu mezi žáky SŠ byla zjišťována v šetření Skopala a Dolejše (2014). Autoři zde uvádí zkušenost pouze jedné osoby z 836 dotázaných; tj. 0,1 %. Zkušenosti žáků SŠ s užíváním amfetaminů (pervitinu), stejně jako jiných ilegálních drog, byly předmětem šetření ESPAD. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo pervitin 3,5 % žáků, v posledním roce 2,1 % a v posledním měsíci 1,2 %. Problematika užívání nelegálních drog žáky je podrobněji popsána v kapitole 4.4.

4.3.4 Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy jsou považovány za jednu z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog, hlavně pro své vlastnosti a zvláštní účinky na psychiku. Prudkého rozvoje došlo v 50. a 60. letech 20. stol., v souvislosti s jejich medializací, propagací (např. harvardský psycholog Timothy Leary) a výzkumem (Pravda o drogách, 2016).

V textu Pravda o LSD (2016, s. 17) je popsán postoj tehdejší společnosti k problematice LSD: *„Zatímco alternativní kultura šedesátých let používala drogu LSD jako únik ze společenských problémů, západní špionážní služby a armády v ní viděly potenciální chemickou zbraň. V roce 1951 iniciovaly tyto organizace řadu experimentů. Američtí vědci si všimli, že LSD je „schopné ovlivnit velké skupiny lidí včetně armád, učinit je lhostejnými vůči jejich bezprostřednímu okolí a situacím, brání jim vytvářet plány či úsudky a dokonce zcela znemožňuje chápání, vytváří nekontrolovatelný zmatek a hrůzu.“* (Pravda o drogách, 2016).

ČR se řadila ke světovým špičkám z hlediska klinického výzkumu. Kalina a kol. (2003) uvádí jména odborníků: Stanislav Grof, Milan Hausner, Jiří Roubička. Díky masovému rozšíření těchto drog, zvláště mezi mládeží byl výzkum, včetně klinického, zastaven. Halucinogenní drogy zahrnují až několik stovek různých látek. Tyto látky se člení na tři hlavní kategorie. První skupinou jsou halucinogenní látky **přírodní, rostlinného původu a houby**. Mezi ně řadíme např. durman, rulík zlomocný, iboga, mezkalin (jed z kaktusu *Lophophora Williamsi*), psilocybin, muscarin (jed z muchomůrky červené). Užívání těchto drog je velmi nebezpečné, může vést k závažným otravám až smrti. Druhou skupinou jsou halucinogenní látky **přírodní, živočišného původu**, patří sem např. bufotenin, což je ropuší jed. Třetí skupinou jsou halucinogenní látky **semisyntetické a syntetické** (LSD a PCP - „andělský prach“) (Kalina a kol., 2003), (Pravda o drogách, 2016).

Psilocybin je droga obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*, běžně se vyskytujících v ČR. Dostupnost je velmi snadná, jednoduchý je sběr i sušení. Užívá se perorálně. Značné nebezpečí přináší dávkování, kdy nelze odhadnout množství aktivní látky. Zkušenosti s touto drogou má podle výzkumů 5 – 9 % středoškoláků v ČR (Kalina a kol., 2003).

LSD je svými účinky nejvíce halucinogenní droga. Chemicky se jedná o diethylamid kyseliny lysergové LSD-25. Účinná látka se musí vázat na jinou látku – matrici. Látka je obsažena v námelu, což je útvar rostoucí na obilovinách. LSD má vzhled krystalků (tmavomodré až zelené granulky) nebo malých tablet („mikráčů“). Existuje hojně ve formě tripů, kdy je LSD napuštěn na savý papír, rozdělen na malé čtverečky a potištěn různými piktogramy. LSD se užívá orálně, rozpouští se v ústech pod jazykem. Někdy je nabízen i jako kapalina, mírně nahořklá, bez barvy a zápachu. Slangové názvy pro drogu LSD jsou: Kyselina, Esid (Acid), Trip, Buddha, Mikráč, Papír, Papírek, Tripík, Čtverec, Superman, Štítek, Výlet, Okýnko, Smajlík, Zen. Účinky „LSD tripu“ trvají přibližně 12 hodin. Vyšší dávky, souběžně s pocity neschopnosti sebekontroly, mohou vést k nepříjemným zkušenostem, jež bývají nazývány jako „špatný trip“ - „bad trip“. Negativní somatické účinky akutní intoxikace (podobné i u ostatních halucinogenů) jsou rozšířené zornice, změna tělesné teploty, pocení nebo zimnice (husí kůže), nechut k jídlu, nespavost, sucho v ústech, třes, zvýšení tlaku krve a tepu, neschopnost ovládat pohyb, závratě, nevolnost, zvracení. Mezi psychické účinky a rizika řadíme pocity depersonalizace (odosobnění – intoxikovaný si myslí, že mu chybí např. končetina), ztráta empatie, derealizace (odcizení od vlastního těla – jedinec

sám sebe vnímá jako „diváka v kině“). Objevují se bludy a iluze, vizuální halucinace, uměle navozený pocit euforie nebo jistoty, deformace vnímání času a vlastní identity, zhoršený odhad hloubky, zhoršené vnímání času, velikosti a tvaru objektů, pohybů, barev, zvuků, hmatových vjemů a deformace vnímání tvaru a povahy vlastního těla, těžké děsivé myšlenky a pocity, neklid, agrese, těžká deprese nebo psychóza, strach ze ztráty kontroly, panické záchvaty, flashbacky - což je návrat do stejného stavu jako po požití drogy s jejím účinkem - často vzniká bez varování a dlouho po užití LSD (Pravda o drogách, 2016). U halucinogenů LSD a psilocybinu se nevyskytuje tzv. syndrom odnětí drogy, to znamená, že nevyvolávají závislost tak, jak je to u jiných drog. Nebyl také popsán případ předávkování LSD s následkem smrti, avšak vysoké dávky lysohlávek mohou uživatelům způsobit vážná a nevratná poškození jater a ledvin. Pro lidi s vrozeným srdečním onemocněním je velké riziko kardiovaskulárních komplikací. LSD také způsobuje genetické mutace plodu, zvláště v prvním trimestru těhotenství (Kalina a kol., 2003).

Skopal a Dolejš (2014) zjišťovali celoživotní prevalenci drog mezi žáky SŠ. Podle této studie uvádí zkušenost s LSD 1,4 % dotázaných. Také 2,6 % respondentů uvedlo zkušenost s halucinogenními houbami. Zkušenosti žáků SŠ s užíváním halucinogenů (včetně LSD) byly předmětem šetření ESPAD. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo opiáty 4,9 % žáků (je zajímavé, že z toho 5,4 % činili chlapci a 4,6 % dívky). Další aktuální data jsou popsána v kapitole 4.4.

4.3.5 Konopné drogy

Konopné drogy jsou marihuana a hašiš. Konopí je široce rozšířená rostlina, planá i šlechtěná. Pochází pravděpodobně z centrální části Asie. Byla to významná olejno - přadná rostlina, používala se i jako léčivá bylina a droga, na náboženské obřady a rituály. První záznamy o pěstování konopí člověkem jsou již v období okolo 10 tisíc let př. n. l. Doklad o cíleném pěstování je situován na nalezištích v Číně. Čínské písemné prameny z období 3. tisíciletí př. n. l. uvádí objev císaře Šen-Nunga ohledně léčivých vlastností konopí. Hospodářské a léčebné využití této byliny znali též hinduističtí předkové v Indii, Asyřané na Blízkém Východě, v Egyptě (3300 př. n. l.), Arábii i v Evropě (popisuje řecký filozof a historik Hérodotos z Halikarnassu, asi 420 př. n. l.). Nejdůležitějšími zástupci jsou: Konopí seté (*Cannabis sativa* L.), Konopí plané (*Cannabis sativa* ssp. *Spontanea*), Konopí kulturní (*Cannabis sativa* ssp. *Culta*),

Konopí indické (*Cannabis indica* L.) a Konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*). Účinnými látkami obsaženými v produktech konopí jsou cannabinoidy. Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další důležité vlastnosti, které znali už naši předkové, jak je popsáno výše. Moderní medicína a alternativní medicína někdy využívají např. analgetické vlastnosti konopí u léčby lidí s AIDS, pomoc osobám po chemoterapii, u Alzheimerovy choroby, gastritických obtíží, u roztroušené sklerózy, migrény, Parkinsonovy nemoci, léčby nitroočního tlaku u glaukomu, astmatu, alergií, atopického ekzému atd. V kombinaci s psychoterapií se pomáhá i lidem s ADHD, depresí, úzkostí nebo psychózami. Konopí má výrazný protizánětlivý, antibakteriální a antivirový efekt, působí antidiabeticky, osteostimulačně, vasorelaxačně a antispasmodicky (proti křečím). Hlavní psychoaktivní látky jsou Δ^9 – trans-tetrahydrokanabinol (THC) a 8-trans-tetrahydrokanabinol. Různé části rostliny mají i různé koncentrace THC, ovlivňujícím faktorem je i geografická poloha a odrůda pěstovaných rostlin. (Miovský a kol., 2008). Jako halucinogenní drogy jsou zneužívány dvě formy, jsou označovány – **marhuana a hašiš**. Slangové označení marihuany je: Brčko, Tráva, Rostlina, Špek, Maruška, Gras, Hulení, Zelí, Marijánka, Skunk, Mařena, Gandža, Prd, Skéro, Kouření, Superskunk, Konopí, Majoránka, Jointy, Kytka, Joint. **Marhuana** je sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny. **Hašiš** je konopná pryskyřice s malým obsahem květenství a nečistot (slangově: haš, šit, bahno), je zhruba 6 x silnější než marhuana. Hašiš bývá slisován do tyčinek, hranolků nebo koulí. Užívají se především kouřením, ve formě cigarety – joint nebo pomocí dýmek. Někdy jsou běžné cigarety rozebírány a tabák z nich nahrazen marihuanou – říká se jim „blunt“. Orálně tyto drogy se aplikují jako součást pokrmů nebo nápojů (Kalina a kol., 2003), (Pravda o drogách, 2016). Pravda o marihuaně (2016, s. 10): „*Kouř marihuany obsahuje o 50 až 70 % více karcinogenních látek než tabákový kouř. Jedna významná výzkumná studie tvrdila, že jediný joint marihuany může plíce poškodit až tak, jako pět běžných cigaret vykouřených v krátkém sledu za sebou*“ (Pravda o drogách, 2016). Účinky s krátkodobým efektem mohou být sucho v ústech, úzkost, deprese, panika, ospalost, nechutenství nebo hlad, překrvení spojivek, zrychlení tepu - riziko kardiovaskulárních příhod, pocity chladu, změna schopnosti reagovat na podněty, zvýšené riziko dopravní nehody (někdy intoxikovaní řídí automobil ještě v kombinaci s alkoholem), deformace smyslového vnímání a vnímání času, špatná pohybová koordinace, hmatové, zrakové, sluchové iluze, ponoření do vlastních pocitů a fantazií. Mezi dlouhodobé účinky intoxikace se řadí snížená imunita proti běžným nemocem,

poruchy růstu, zvýšení počtu abnormálně vyvinutých buněk v těle – histopatologické změny, pokles mužských pohlavních hormonů, chronická bronchitida, intenzivní poškození plicních tkání a mozku, snížení pohlavních schopností, poruchy kognitivních dovedností; pozornosti a paměti, horší studijní výsledky u dospívajících, nižší pracovní výkonnost, apatie, nevolnosti, ztráta motivace, změny osobnosti a nálad, neschopnost správného porozumění, leukémie, karcinomy dutiny ústní, hltanu a jícnu (Pravda o drogách, 2016), (Pešek, Mravčík, 2010). Nebyl zatím popsán případ předávkování marihuanou s následkem smrti. Psychická závislost je uvedena jen u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Tyto drogy nevyvolávají somatickou závislost, ani odvykací příznaky, jen vyjimečně se popisují stavy podrážděnosti, úzkosti, bolesti hlavy, nervozity a psychomotorického neklidu (Kalina a kol., 2003).

Drogou, která je v ČR mezi žáky vůbec nejrozšířenější, dle studií ESPAD, je marihuana (hašiš). Míra zkušenosti s konopnými látkami dosáhla výrazně vysoké hodnoty - 45,1 % mezi všemi dotázanými. Podobně vysoké prevalence nedosahuje žádná z dalších ilegálních drog (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009). Pravda o marihuaně (2016, s. 4): „*Marihuana je nejrozšířenější nelegální drogou na světě. Jen v USA je dle studie zpracované v roce 2007 14,4 milionu lidí, kteří během měsíce předcházejícího tomuto průzkumu kouřili marihuanu alespoň jednou*“ (Pravda o drogách, 2016). Zkušenosti s užíváním konopných látek u žáků uvádí Csémy, Chomynová a Sadílek (2009). Celoživotní frekvence užití konopných látek je na vysoké hodnotě, až 45,1 %. Za posledních 12 měsíců užilo marihuanu nebo hašiš 34,8 % respondentů. Četnost užívání je 1-2 x v roce (40 %) a více než 5 x v roce (42 %). Z hlediska frekvence užívání konopných látek za posledních 30 dní, uvedlo užití celkem 18,1 % respondentů. Bylo prokázáno, že frekvence užívání je vyšší u chlapců.

Skopal a Dolejš (2014, s. 60), obdobně jako ostatní uvedení autoři, shodně popisují, že jednou z nejčastěji užívaných ilegálních drog mezi žáky, je marihuana nebo hašiš. Zjistil, že 23,2 % respondentů má alespoň jednu zkušenost s marihuanou. Celoživotní prevalence ve srovnání pohlaví nejsou tak rozdílné. S narůstajícím věkem se zvyšuje prevalence užívání, největší rozdíl je popsán mezi 15 – 16letými žáky. Co se týká frekvence, uvádí autor, že 8 % dotázaných užilo během posledního měsíce marihuanu. Podle šetření Jankových a Turečkové (2012, s. 11) nemělo na zkoumané střední škole s konopnými drogami žádnou zkušenost 52,9 % dotázaných. Co se týká věku prvního užití konopných drog, tak 26,2 % žáků uvedlo, že vyzkoušelo marihuanu již před nástupem na SŠ. 20,9 % uvedlo, že vyzkoušeli marihuanu až během svých

studí na SŠ. Autoři zjišťovali také frekvenci užívání marihuany během posledních šesti měsíců. Zjistili, že 83 % žáků uvedlo, že marihuanu v současné době neužili. 17 % žáků užilo během posledních 6 měsíců, 3,4 % užívali marihuanu pravidelně, zhruba jednou týdně. 1,5 % užívali marihuanu častěji než jednou týdně. Důvody užívání konopných látek uvádí Csémy, Chomynová a Sadílek (2009). Jedná se nejčastěji o zvědavost (29,4 % respondentů), dále žáci užívali za účelem dostat se do nálady (9,9 % dotázaných), zapomenout na starosti (4 %), nestát mimo partu (více než 3 %) a z nudy (3 %). Věk prvního užití konopných látek se uvádí nejčastěji 15 let (40,6 %), věk 14 let (35,3 %) a do 13 let (20,3 %).

Autoři Skopal a Dolejš (2014), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009), Jankových a Turečková (2012), Miovský a kol. (2008) shodně popisují a doplňují se v rámci prevalence konopných drog. Skopal a Dolejš (2014) také výstižně uvádí, že užívání drog adolescenty vždy souvisí s faktorem vyhledávání vzrušení.

4.3.6 Analgetika, sedativa, trankvilizéry a léky vyvolávající závislost

Analgetika, sedativa, antidepresiva a trankvilizéry můžeme nazvat termínem „drogy na předpis“. Lidé je užívají opravdu ve velké míře, jak uvádí Kalina a kol. (2003), nejrozšířenější jsou analgetika a nesteroidní antiflogistika. Podle autora se v roce 2001 v ČR spotřebovalo 38,99 milionů balení analgetik. Proč se tyto drogy tak hojně užívají? Především proto, že pro jedince představují rychlé řešení zdravotních či jiných problémů. Lidé si mohou pomáhat i samoléčbou, ale neví, že právě bolest má svůj důležitý biologický význam - signalizace přítomnosti nemoci. Potlačování příznaků však může vést k dalšímu zhoršování stavu. Podobně jako u ostatních drog existuje celá řada negativních účinků, dlouhodobé užívání vede k závislostem a postupnému zvyšování dávek. Vysoké nebezpečí těchto drog je často společností opomíjené, ale může dojít i k předávkování s následkem smrti. Pravda o zneužívání léků na předpis (2016, s. 3): *„Mnoho náctiletých se domnívá, že léky na předpis jsou bezpečné, protože je předepisují lékaři. Užívání léčiv pro jiné než lékařské účely je však právě tak nebezpečné a návykové, jako užívání ilegálních pouličních drog“* (Pravda o drogách, 2016).

Všechny tyto látky se užívají perorálně nebo injekčně (intravenózně i intramuskulárně). *Analgetika* jsou látky, které snižují vnímání bolesti. Dělí se na dvě skupiny – první skupina jsou opioidní analgetika, patří sem např. morfin, kodein,

fentanyl atd. Druhou skupinou těchto látek jsou nesteroidní antiflogistika (NSA) – aspirin, acylpyrin, brufen, ibuprofen, indometacin, aj. Nesteroidní analgetika mohou způsobit těžké poškození ledvin. *Sedativa* jsou látky se zklidňujícím účinkem, řadí se sem např. barbituráty. *Hypnotika* bývají označovány jako „léky na spaní“, jsou lékaři velmi často předepisována, mnohdy neúčelně a zbytečně (např. Rohypnol). *Tankvilizéry* – *anxiolytika* jsou skupinou medikamentů ovlivňujících náladu. Podávají se např. pacientům s úzkostnými stavy, psychickým napětím, poruchami spánku, u epileptických záchvatů. Nejčastěji podávanými léčivy tohoto typu jsou benzodiazepinová anxiolytika. U této skupiny je největší riziko vzniku závislosti, projevuje se výrazný odvykací syndrom (Kalina a kol., 2003).

Celoživotní prevalence léků na uklidnění a sedativ bez doporučení lékaře mezi žáky byla zjišťována např. v šetření Skopala a Dolejše (2014). Autoři uvádí zkušenost cca 8 % dotázaných. Zkušenosti žáků SŠ s analgetiky a sedativy budou blíže popsány v rámci rozdílů podle pohlaví, v kapitole 4.4. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo sedativa 9,1 % žáků; anabolika 4,2 % žáků, ve větší míře užívali chlapci.

4.3.7 Těkavé látky

Mezi těkavé (nebo prchavé) látky a inhalační drogy patří zejména rozpouštědla, ředidla, lepidla, plynné látky (např. éter) a rajský plyn. Nejrozšířenější drogou této skupiny v ČR je toluen – methylbenzen ($C_6H_5-CH_3$) a trichloretylen ($ClHC=CCl_2$), méně časté inhalační drogy u nás jsou aceton, éter, benzin, rajský plyn (N_2O). Zvýšený výskyt zneužívání těkavých látek mezi žáky ZŠ a SŠ byl v českých zemích zaznamenán na konci 60. let, kdy žáci čichali čisticí prostředky značky Čikuli, obsahující trichloretylen. Jak uvádí Kalina a kol. (2003) dochází k opakovaným výskytům zneužívání těkavých látek žáky, na jednotlivých školách v ČR, mnohdy jsou tyto problémy podceňovány rodiči i učiteli. Kalina a kol. (2003, s. 194): „*Nejčastěji inhalují žáci vyšších ročníků ZŠ a žáci odborných učilišť. Příčinou je snadná dostupnost levných inhalovaných látek. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Jedná se v současné době o nejvíce nabízený toluen, který zhruba třetina žáků odmítne, 1/3 zkusí inhalování, ale končí prvním pokusem a zbylá třetina pak inhalaci opakuje. Někteří se pak stávají závislými. Maximum počtu uživatelů inhalačních drog bylo zpočátku ve věku 14 – 15 let, od roku 1997 je to skupina 20 – 29letých.*“

Toluen vyvolává silnou psychickou závislost. Somatická závislost nebývá patrná. Inhaluje se rovnou z láhve nebo vdechováním výparů (sniffing) za napuštěné tkaniny. Vznikají pocity euforie, halucinace, útlumu, spánku, poruchy vědomí; může dojít až k bezvědomí a komatu. Někteří uživatelé zesilují účinek přetáhnutím igelitového pytlíku přes hlavu, uvedený způsob přináší zvýšené riziko úmrtí. Tyto drogy bývají toxické a experimentování s těkavými látkami u žáků se nesmí podceňovat. Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná, dostupnost je prakticky neomezená a rizika jsou velmi vysoká, zvláště u mladistvých (Kalina a kol., 2003).

A jaké jsou zkušenosti žáků SŠ s těmito drogami? Z dotazníkového šetření Skopala a Dolejše (2014) vyplývá, že zkušenost s těkavými látkami mělo 3,6 % žáků zkoumané SŠ. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo těkavé látky 7 % žáků. Celoživotně, podle pohlaví, inhalovalo rozpouštědla 6,9 % chlapců a 7 % dívek.

4.3.8 Tabák a závislost na tabáku

Tabák řadíme k nejrozšířenějším legálním drogám vůbec. Základní návykovou látkou, z mnoha tisíců složek tabákového kouře, je nikotin. Nikotin je toxický alkaloid, rostlinného původu. Sumární vzorec nikotinu je $C_{10}H_{14}N_2$. Jedná se o tekutinu bez barvy a bez zápachu. Smrtná dávka pro člověka je kolem 80 mg, rychle však vzniká tolerance (Kalina a kol., 2003). Různí autoři se v těchto hodnotách liší, např. Drbohlavová (2013) uvádí jako smrtelnou dávku již 60 mg. Závislost na tabáku je nejprve psychosociální, po delším užívání vzniká i velmi silná fyzická závislost. Tabák je v současnosti rozšířen téměř po celém světě. Historie kouření tabáku sahá až do období předkolumbovské Ameriky. Byl užíván Indiány k náboženským rituálům a léčebným účelům. Evropany byl tabák objeven až roku 1492, při námořních výpravách Kryštofa Kolumba. První cigarety byly vyrobeny kolem roku 1830. Díky tomuto vynálezu se vytlačily ostatní způsoby užívání tabáku. Tabáková „epidemie“ tedy začala spolu s masivní výrobou cigaret na počátku 20. stol. (Kalina a kol., 2003). Tabák se užívá kouřením, šňupáním či žvýkáním. Používá se i jako součást náplní do tzv. elektronických cigaret.

Vývoj závislosti u kuřáků je velmi individuální. Typy kuřáků citoval Mühlpachr (2002), jako typ **příležitostného kuřáka, návykového kuřáka, kuřáka s psychickou závislostí a kuřáka s psychickou a fyzickou závislostí.** (Schmidt, 1982 in Mühlpachr,

2002, s. 22). Příležitostný kuřák kouří jen občas, nezpůsobí žádné komplikace, v případě, že cigarety nekouří. Návykový kuřák kouří ze zvyku a napodobení, není ještě vyvinuta psychická závislost, jedinec může ukončit kouření bez větších problémů. Kuřák s psychickou závislostí je „kuřák z požitku“, jeho motivy jsou uspokojení, uvolnění, uklidnění. Kouření je pro něj „obřad“, vychutnává si aroma a chuť cigaret. U kuřáka s psychickou a fyzickou závislostí se projevuje již problém s abstinenními příznaky. Je to např. neklid, třes, bušení srdce a návaly pocení při absenci kouření. Je zde již zcela patrná tělesná a emoční závislost na nikotinu (ODVYKANI-KOURENI.CZ, 2016).

Účinky a dopady užívání tabákových výrobků na lidský organismus jsou značné. Kouřením tabáku přechází do těla obrovské množství nebezpečných látek, z nichž některé jsou karcinogenní. Kouření vodní dýmky, doutníku i šňupání tabáku jsou stejně nebezpečné jako kouření cigaret. Přestože se u šňupání škodlivý kouř přímo neveddechuje, jsou tito uživatelé ohroženi výskytem zhoubných nádorů dutiny ústní a nosohltanu. Kouření cigaret negativně ovlivňuje vnitřní orgány a tkáně. Jsou to pak zejména tyto: srdce, plíce, žaludek, cévy, reprodukční orgány, kosti aj. Kouření může být příčinou poruch erekce u mužů a také snížení plodnosti u mužů i žen. U těhotných kuřáček je riziko poškození plodu, potraty nebo nízká porodní hmotnost u novorozence. U dlouhodobých uživatelů tabákových výrobků je vysoké riziko onemocnění rakovinou plic a kostí, riziko infarktu a mrtvice. Často trpí také chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), dále se vyskytují alergie, astma, komplikace při léčbě diabetu a vysokého krevního tlaku. Kuřáci mají celkově vyšší úmrtnost ve středním věku. V ČR denně na následky kouření umírá odhadem 63 lidí (Nešpor, Csémy, 1995). Navíc dlouhodobá intoxikace má vliv na vnější vzhled; negativní dopady na pokožku – vrásky, žluté prsty, zuby, typický kuřácký zápach. Je ovlivňována fyzická kondice jedince. (MEDICINA.CZ., 2016). Totéž potvrzují a shodně se doplňují Drbohlavová (2013) a Nešpor (1995).

Další závažnou problematikou je otázka *pasivního kouření*, zejména u dětí a mladistvých. Dotčené osoby jsou nedobrovolně vystaveni cigaretovému kouři, jednak v uzavřeném prostoru, jednak v otevřeném prostoru. Kouř vdechovaný při pasivním kouření pochází hlavně z doutnajícího konce cigarety a také je vydechován kuřákem. Na pasivní kouření zemře v ČR ročně až 2 000 lidí (ODVYKANI-KOURENI.CZ, 2016), Nešpor (1995) dokonce uvádí mnohem vyšší statistiku v ČR a hovoří o více než 3000 lidech ročně, kteří umírají na následky pasivního kouření. Greplová (2013)

popisuje, že pasivní kouření má daleko větší zdravotní dopady na dětský organismus, než na dospělé. Situace v ČR není z tohoto pohledu příliš optimistická. Až 75 % českých dětí, ve věku 13 až 15 let uvádí, že bylo vystaveno pasivnímu kouření na veřejných místech (Sovinová a kol., 2008 in Greplová, 2013, s. 242). 43% dětí této věkové kategorie uvádí, že žije v domácnosti, kde se kouří. Zajímavé je, že 63 % dětí si je podle Greplové (2013) vědomo, že pasivní kouření jim škodí a více než 70 % dětí, ve věku 13 – 15 let je pro zákaz kouření na veřejných místech (SZÚ, 2012 in Greplová, 2013, s. 242). Pro děti představuje kouř z cigaret opravdu vysoké riziko. Někteří rodiče bývají k této otázce lhostejní nebo nevědomí. Dítě se tak stává obětí. Aniž by se většinou mohlo nějak bránit. Nejčastěji děti trpí psychosomatickými poruchami, dochází ke zhoršení chronických onemocnění, k urychlení civilizačních chorob, jako jsou nádory, srdečně-cévní onemocnění a k opoždění vývoje dítěte (ODVYKANI-KOURENI.CZ, 2016). Autoři se doplňují a shodně uvádějí, že kouření není jen záležitost kuřáka, ale i lidí, co s ním žijí. Pasivní kuřák, žijící ve společné domácnosti s aktivním kuřákem, dostává do svého těla dávku asi dvou cigaret denně (Presl, 2005 in Šafářová, 2011, s. 12). Alarmující je také informace, že polovina dětské populace (asi 700 milionů dětí) ve světě, je vystavena nedobrovolnému kouření a to především v domácím prostředí (Richter, 2008 in Šafářová, 2011, s. 12).

Tabakismus je velkým problémem, jak na základních, tak na středních školách. Tématem tabakismu, jako sociálně patologického jevu u středoškolské mládeže, se zabývala celá řada bakalářských a diplomových prací. Zjištěná fakta jsou alarmující. Podrobné průzkumy prací Šafářové (2011), Lážové (2009), Nacevové (2016), Hejtmánkové (2009) a Ošmerové (2010) potvrzují, že žáci začínají s kouřením již velmi záhy, na základních školách. Autoři se shodují, že žáky v kouření ovlivňují hlavně vrstevnické skupiny. Motivace mládeže ke kouření jsou: vypadat dospěleji, pro uklidnění a povzbuzení. Tématem postoje žáků ke kouření se zabývala i Greplová (2013, s. 244) a uvádí, že *„počet žáků ve věku 13–15 let, které spojují kouření se zvýšením atraktivity, představuje jen zhruba 10 %. Naopak alarmující je, že téměř třetina dětí je přesvědčena, že když kouří, tak mají více přátel. Rizika kouření jsou studenty značně podceňována, zejména pak rizika příležitostného kouření.“*

„Velkou motivací k čemukoliv, je pro každé dítě skupina vrstevníků. V době dospívání je vliv kamarádů či vrstevníků na dítě obrovský. Získat si kamarády, mít dobré postavení ve třídě, patřit do party, snaha se vyrovnat kamarádům, překonat je nebo upoutat jejich pozornost, je v určitém okamžiku psychického vývoje dítěte tou

nejdůležitější věci na světě. Kladné ohodnocení ze strany vrstevníků a party je velmi silnou potřebou téměř každého dítěte.“ (Novák, 1980 in Ošmerová, 2010, s. 18). „Za nejčastějších příčiny kouření dětí a mládeže je považována hlavně zvědavost, experimentování, nápodoba, touha po odlišnosti, revolta proti světu dospělých, konformita, snaha vyrovnat se ostatním, narušená schopnost navazovat sociální kontakty, snaha překonat pocity méněcennosti, partnerské problémy, nedostatek lásky, školní problémy, touha zvýšit psychický nebo fyzický výkon, stres, bolest, nemoc, nuda, očekávání inspirace či silného zážitku“ (Nováková, 2001 in Ošmerová, 2010, s. 17).

Skopal a Dolejš (2014, s. 59) definují prevalenci kouření tabáku: „V rámci celoživotní prevalence má zkušenost s tabákovými výrobky více než 62,0 % respondentů. Mezi 8. a 9. ročníkem lze sledovat zhruba 10,0 % nárůst týkající se zkušenosti s kouřením. Také s narůstajícím věkem respondentů strmě stoupá celoživotní prevalence kouření tabáku. Dále můžeme pozorovat vyšší celoživotní prevalenci kouření tabáku u dívek, především ve skupině respondentů, kteří během svého života vykouřili 10 a více cigaret (23,6 % chlapců a 28,7 % dívek). Celkově 13,0 % chlapců a dívek je pravidelnými kuřáky. V rámci skupiny kuřáků na denní průměr chlapci (kuřáci) vykouří více cigaret než dívky (kuřačky). 75,0 % respondentů za posledních 30 dnů neužilo tabákové výrobky vůbec; 11,5 % dotázaných kouřilo nepravidelně (méně než 5 cigaret denně). Je opět zaznamenán trend zvyšování měsíční (a denní) prevalence kouření cigaret s narůstajícím věkem. Z výsledků dále vyplývá, že 16,7 % šestnáctiletých denně vykouří alespoň 5 cigaret. To může znamenat např. kouření po cestě do školy (před zahájením výuky) a kouření po ukončení školní výuky v rámci vrstevnických skupin, se spolužáky“. Znepokojující statistiky a vysokou popularitu tabakismu u mládeže popisují a shodně potvrzují Greplová (2013), Kalina a kol. (2003) a Ošmerová (2010). Kalina a kol. (2003, s. 205) uvádí, že: „U nás kouří necelých 30% obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40 – 50 % mladých, a to zejména dívek.“

Podle šetření Jankových a Turečkové (2012, s. 11) 53,9 % nekouří cigarety ani neužívá jiné tabákové výrobky obsahující nikotin. 21,4 % respondentů užívá tabákové výrobky příležitostně, 24,8 % kouří cigarety denně.

Problematika věku první zkušenosti s kouřením byla empiricky srovnávána Evropskou školní studií o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Podrobné výsledky výzkumu jsou zveřejněny v periodiku Zaostřeno (DROGY-INFO.CZ., 2016). Bylo zjištěno, že první zkušenosti s kouřením cigaret mělo nejvíce žáků ve věku 13 - 14 let. Často byla však uváděna také zkušenost s cigaretami již ve věku 9 let nebo méně let.

DROGY-INFO.CZ (2016, s. 5): „12 % studentů v letech 2007 a 2011). V roce 2015 výrazně poklesl podíl studentů se zkušeností s cigaretou do 9. roku věku (na 6,5 %), čímž se zvýšil průměrný věk první zkušenosti s kouřením na 12,6 roku. Zvýšil se i průměrný věk začátku denního kouření, a to na 14,1 roku.“

Alarmující je také výsledek subjektivně vnímané dostupnosti cigaret u žáků. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) uvádějí, že cigarety si celkem snadno dokáže sehnat 89 - 91% všech dotázaných šestnáctiletých žáků SŠ. Záleží jednak na regionu, různé kraje se ve statistických hodnotách liší, jednak záleží také na typu školy. U žáků ZŠ se uvádí také velmi vysoká hodnota dostupnosti tabákových výrobků, až 82 % .

4.3.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“

MDMA neboli extáze je látka odvozená od amfetaminu, je to bílá krystalická látka se silně hořkou chutí. Představuje jednu z nejvíce populárních drog „taneční scény“ a prostředí nočních klubů. Užívá se orálně, nejčastěji ve formě tablet. Jako nejzávažnější somatické komplikace se udávají stavy hypertermie (přehřátí organismu), které mohou vést i k dalším negativním změnám v organismu, včetně smrti. Užívání MDMA, navíc ještě v kombinaci s jinými drogami, může být velmi toxické. V tabletách MDMA se mohou vyskytnout i nebezpečné látky jako např. parametoxamfetamin - PMA. Jak uvádí Kalina a kol. (2003) a Páleníček, Kubů a Mravčík (2004, s. 16), objevují se stále nové, velmi nebezpečné, syntetické drogy a řada z nich může být nabízena ilegálními výrobci nebo prodejci a vydávána v tabletové formě za extázi - „něco, co má podobné účinky“ (LSD, mezkalin). A právě v tom spočívá to vysoké riziko - uživatel neví, co vlastně užívá. MDMA může způsobit poškození jater, ledvin, kosterního svalstva, srážení krve v cévách, kardiovaskulární potíže a znamená vyšší riziko mozkového krvácení. Proč je tato droga tak oblíbená? Kalina a kol. (2003) uvádí, že akutní účinky extáze jsou podobné jako u stimulancií a halucinogenních drog. Vyvolávají příjemné stavy, pocity štěstí a blaha, provázené halucinacemi. Intoxikovaný intenzivně tančí až do úplného vyčerpání organismu. To má za následek tělesné poškození. Navíc uživatelé pokládají extázi za příjemnou a bezpečnou drogu, na níž nevniká závislost. Páleníček, Kubů a Mravčík (2004) hovoří o extázi jako o droze, která se, podle výzkumů realizovaných na mladých a dospělých respondentech, dobře hodí k uspokojení potřeby vzrušení současné generace. Zároveň lze konstatovat, že vazby mezi extází a „taneční scénou“ byly mnoha studii prokázány. Další velmi nebezpečné substance současně uvádějí Kalina a kol. (2003) a Páleníček, Kubů

a Mravčík (2004). Jsou to látky odvozené od fenyletylaminu (např. fenylcyklidin, PCP („andělský prach“), MBDB, PMA a PMMA, 4-MTA, 2-CB, 2C-I, DOM, DOB,..) a tryptaminu (DMT, AMT, DIPT,..). Autoři definují i ostatní syntetické drogy: ketamin, gamahydroxybutyrát (GHB) – tzv. „tekutá extáze“ a nitráty (butylnitrát, propylnitrát), tzv. „poppers“. Poppers jsou látky prodávané v sexshopech, jako tekutina s afrodisiakálními účinky (Páleníček, Kubů a Mravčík, 2004).

Páleníček, Kubů a Mravčík (2004, s. 16) definují motivy užívání nových syntetických drog mládeží: „*Druhým, bezpochyby neméně důležitým faktorem, je ochota mladých lidí vyhledávat nové psychedelické a obdobné zkušenosti a zážitky.*“

Extáze je tedy u mladých poměrně atraktivní drogou, což dokazují i evropské školní studie. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) uvádějí průměrnou celoživotní zkušenost u 4,1 % žáků. U chlapců tato hodnota činí 4,8 % a u dívek 4,3 %.

Každá droga má velmi specifické účinky a rizika. Je proto velmi důležité, aby byli pedagogové seznámeni s těmito informacemi o drogách, hlavně z důvodů školní prevence, hrubé diagnostiky a včasné intervence. Souhrnné informace o jednotlivých druzích drog, které byly popsány v této kapitole, charakterizovali Kalina a kol. (2003), Páleníček, Kubů a Mravčík, (2004), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) a Greplová (2013). Autoři definují důvody (motivы) užívání drog a shodují, že užívání drog adolescenty vždy souvisí s faktorem vyhledávání vzrušení.

4.4 Drogová situace mezi žáky SŠ

Zkušenosti žáků SŠ s užíváním drog, frekvence užívání a věk prvního užití drog

Drogová situace v rámci ČR a zkušenosti s užívání ilegálních drog je zkoumána v kompendiu Kubů, Škařupová, Csémy (2006, s. 46). Autoři zjistili, že celoživotní zkušenost s extází, i během posledního roku, je spíše ve věku mezi 20 – 29 roky. Naopak výrazně nižší prevalence je mezi 15 a 19 rokem. Celoživotní i roční prevalence užívání kokainu rostou s přibývajícím věkem, důvodem jsou finanční možnosti respondentů. V případě pervitinu je situace odlišná. Nejnižší prevalence jsou ve věku 30 let a více a také mezi 15 a 19 rokem, což může být peak první zkušenosti s touto drogou. Zajímavým poznatkem, dle této studie, je také fakt, že při posuzování respondentů z hlediska vzdělání bylo zjištěno, že lidé vyučení nebo se středním vzděláním bez maturity, pili alkohol v posledním měsíci výrazně méně než lidé

s vyšším vzděláním. Velmi málo užívali kokain lidé se základním vzděláním. Pervitin užívají naopak méně ti, kteří dosáhli vyššího vzdělání. Nejvyšší prevalenci mají absolventi učebních oborů a SŠ bez maturity.

Skopal a Dolejš (2014), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) shodně uvádí a doplňují se, že existují rozdíly v celoživotním užívání některých drog podle pohlaví. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) definují, že není pravda, že by bylo užívání drog vyšší u chlapců. Zkušenosti s drogami jsou u obou pohlaví poměrně vyrovnané. U kanabisových drog je tomu trochu jinak, rozdíl mezi chlapci a dívkami byl v roce 2003 více než 8 %, v roce 2007 poklesl na necelá 4 %. Výrazné vyšší rozdíly, podle pohlaví, lze sledovat u opiátů, sedativ a anabolik. Podle studie Skopala a Dolejše (2014) byla zjištěna zkušenost s anabolickými steroidy u 2,6 % dotázaných žáků zkoumané SŠ. Prevalence této látky bývá tedy přirozeně výrazně vyšší u chlapců (srovn. 6,6 % u chlapců, 2,2 % u dívek). U dívek zase více dominuje užívání opiátů a sedativ (srovn. sedativa – dívky 11,7%, chlapci 6,1 %; opiáty - 2,4 % dívky a 1,5 % chlapci). Souvisí to hlavně s individuálním vnímáním prahu bolesti a způsobu jejich zvládnání. Ženy a dívky sahají s větší ochotou a pohotovostí po lécích (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009).

Jedny z nejnovějších dat v oblasti drogové situace v rámci školního prostředí uvádějí Výzkumy evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. Projekt je realizován každé 4 roky, běží již od roku 1995. Podle této výzkumné zprávy (ESPAD, 2015) byla zhodnocena míra užívání různých drog v populaci následovně - DROGY-INFO.CZ (2016): *„Užívání nelegálních drog je vyšší mezi muži a mladými dospělými ve věku 15-34 let. Vyšší míru užívání vykazují některé podskupiny mladých dospělých v prostředí noční zábavy nebo z některých subkultur - oblíbenost různých legálních i nelegálních drog se přitom v různých subkulturách výrazně liší. Ve srovnání s r. 2013 došlo k posunu celoživotního i aktuálního užívání konopných látek do vyššího věku respondentů (nejvyšší míra byla ve věkové skupině 25-29 let, ale došlo k nárůstu rovněž ve skupinách 45-49 a 50-54 let). Současně však byl zaznamenán stejně jako v r. 2013 další nárůst míry prevalence užívání konopných látek ve věku 15-19 let. Užívání návykových látek mezi českými dospívajícími je velmi rozšířené. V r. 2014 uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech 22 % osob ve věku 14-15 let, 12 % kouřilo denně. Denní kouření uváděly častěji dívky, chlapci však byli silnějšími kuřáky. Pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech uvedlo 10 % chlapců a 6,5 % dívek ve věku 14-15 let. Míra zkušeností s konopnými látkami mezi 14-15letými žáky ZŠ je na úrovni 26-33 % a mezi*

16letými studenty SŠ 42-47 %. Studie v mladších věkových kategoriích (11-15 let) uvádějí zkušenosti s konopnými látkami na úrovni 9-11 %. K nárůstu rizikového chování dochází především mezi 12. a 13. rokem věku. Studenti víceletých gymnázií mají nižší míru prevalence než jejich vrstevníci ze základních škol. Pravidelné kouření (alespoň jednou týdně nebo častěji) v r. 2014 uvedla 2 % 11letých, 5 % 13letých a 16 % 15letých. Pravidelné pití alkoholu (alespoň jednou týdně) uvedl srovnatelný podíl žáků jako pravidelné kouření, opilost v posledních 30 dnech uvedlo téměř 20 % 15letých. Zkušenost s užitím konopných látek v životě mělo 24 % respondentů v 9. třídě (shodně chlapců i dívek), v posledních 30 dnech je užilo 9 % respondentů. Ve srovnání s předchozí vlnou studie realizovanou v r. 2010 byl zaznamenán pokles výskytu pravidelného kouření, pravidelné konzumace alkoholu i užití konopných látek. Existují však podskupiny dětí a mládeže ve zvýšeném riziku. Vysoce rizikovou kategorií dospívajících jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež - klienti NZDM jsou třikrát častěji pravidelnými denními kuřáky, pravidelnými konzumenty alkoholu a mají téměř dvakrát častější zkušenost s užitím konopných látek ve srovnání s běžnou školní populací stejného věku“.

Názory a postoje žáků ohledně škodlivosti užívání drog

Postoje žáků SOŠ k drogové problematice uvedl ve své bakalářské práci Zmeškal (2012). Vnímání rizik spojených s užíváním drog uvádí Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) a zjistili, že až 70% žáků považuje za téměř bezrizikové příležitostné kouření cigaret, bez rozdílu, zda se jedná o žáky SŠ či ZŠ. Denní kouření považuje za bezrizikové více než pětina respondentů. Denní pití alkoholu nepovažuje za škodlivé až polovina dotázaných žáků. Konzumace 1-2 sklenic alkoholu denně je pro 46,4 % žáků bezrizikové. Co se týká jednorázových experimentů s ilegálními drogami, tak větší rizika si uvědomují žáci ZŠ, oproti SŠ. Tedy, jednorázový experiment s konopnými látkami považují za bezrizikový 41 % žáků ZŠ a 48,4 % - 52% žáků SŠ. U jednorázového užití extáze jsou tyto hodnoty – 28 % ZŠ a 32 % SŠ. Mezi žáky odborných učilišť, stejně jako u žáků ZŠ, byl zjištěn také vyšší podíl těch, kteří nedokážou posoudit rizika spojená s užíváním drog, odpovídali „nevím“. Hodnota se udává až na 15% dotázaných, bez ohledu na to, zda se jedná o pravidelné, nebo příležitostné užívání extáze a pervitinu. Pravidelné užívání návykových látek je považováno většinou žáků za rizikové. Více než 80 % respondentů uvedlo střední nebo

velké riziko denní konzumace 4 a více sklenic alkoholu, pravidelné užívání konopných látek, extáze i pervitinu.

Subjektivně vnímaná dostupnost drog v okolí žáka

Subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu a cigaret je na velmi vysokých hodnotách, i když se jedná o látky, které nejsou dovolené prodávat lidem mladším osmnácti let. 89 % žáků považuje za snadné, nebo i velmi snadné sehnat cigarety, pivo si snadno obstará 85,3 % respondentů, víno 76,4 %. Co se týká ilegálních drog, tak konopné látky jsou snadno dostupné pro 65,6 % dotázaných šestnáctiletých žáků. Další ilegální drogy už nevykazují tak vysoké hodnoty, extázi uvádí 22,8 % dotázaných, sedativa 24,7 %, pervitin 9,5%, těkavé látky by snadno sehnalo 28,7 % dotázaných (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009).

Užíváním drog se ve svých studiích zabývali např. Skopal a Dolejš (2014), Csémy, Chomynová a Sadílek (2009). Autoři shodně uvádí a doplňují se, že existují rozdíly v celoživotním užívání některých drog podle pohlaví. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) definují, že není pravda, že by bylo užívání drog vyšší u chlapců. Zkušenosti s drogami jsou u obou pohlaví poměrně vyrovnané. Netýká se to ale všech typů drog. Neboť podle Skopala a Dolejše (2014) byla zjištěna zkušenost s anabolickými steroidy u 2,6 % dotázaných žáků zkoumané SŠ. U dívek zase více dominuje užívání opiátů a sedativ. Autoři zjistili, že to souvisí hlavně s individuálním vnímáním prahu bolesti a způsobu jejich zvládnání. Ženy a dívky sahají s větší ochotou a pohotovostí po lécích (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009).

4.5 Prevence a preventivní programy na SŠ

Prvním činitelem v oblasti drogové osvěty; prevence by měla být hlavně rodina. Sociální prevenci je možno dělit na *nespecifickou* (řeší celkové formování jedince, je určena především osobám, které nemají s problémem ještě žádné zkušenosti) a *specifickou* (preventivní aktivity, zaměřené přímo na daný problém např. prevence šikany, drogové závislosti aj.). „*Cílem prevence je předcházet škodám působeným návykovými látkami. Cílem prevence není předat maximum informací bez ohledu na to, jak budou použity*“. (Nešpor, Csémy, 1995, s. 30), Kalina a kol. (2003, II. díl, s. 275). Prevence se člení na tyto úrovně - primární, sekundární a terciární. Jedná se o postupy zaměřené na předcházení vzniku sociálně patologických jevů, poruch, zamezení jejího prohloubení a zamezení recidivy. Čili, jedná se o ochranu před potenciálním ohrožením. Pojmy byly vymezeny autory Nešporem, Csémy (1995, s. 30) a Kalinou a kol. (2003, II. díl, s. 275). Autoři se shodují, že cílem primární prevence je motivace žáků ke zdravému životnímu stylu a utvrzování správných návyků a postojů. Důležitá je podpora protektivních aktivit a omezování rizikových faktorů, nelze opomenout ani provokující faktory. Kalina a kol. (2003, II. díl, s. 275) definují, že: „*Užívání drog by nemělo být společensky akceptovatelnou formou chování mladých lidí*.“ Autoři uvádějí, že u mladých lidí současné generace se setkáváme s postojem, že užívání drog je „normální“ spíše než život bez drog. Tento postoj bývá potvrzován i působením médií, která zde sehrávají také velmi důležitou roli. Hlavní formy primární prevence představují preventivní programy. Můžeme sem zahrnout aktivity, jako jsou např. demonstrační a modelové hry, vysvětlování, představení různých rolí. Cílem sekundární prevence je včasné rozpoznání, identifikace přítomnosti vzniku a výskytu sociálně patologického jevu a jeho včasné podchycení. Důležité je navázat terapeutický vztah (např. respekt, pocity důvěry). Do sekundární prevence řadíme třeba metody pozorování, kazuistiku, anamnestický či diagnostický rozhovor, motivaci, posilování motivace aj. (Kalina a kol., 2003, s. 249). „*Sekundární prevence zahrnuje veškeré léčebné programy. Jejím úkolem je vyléčit závislost a minimalizovat újmy na zdraví způsobené toxickými účinky návykových látek. Při léčbě je zásadní komplexní postup zahrnující psychologický přístup, odborné poradenství a konzultace v oblasti sociálně patologických jevů, úpravu sociálního zázemí pacienta, individuální práce s klienty, eventuálně farmakoterapii apod. Na podporu lze využít i substitučních programů a anticravingových látek*“ (Šustková, 2011 in Šafářová, 2011, s. 25). Terciární prevence

se označuje jako „následná péče“ nebo „postpenitenciární péče“, Slomek (2006). Cílem je předcházet zhoršení stavu a eliminovat počet recidiv a následků sociálně patologických jevů, tedy „harm reduction“ neboli „snižování rizik“. Pracovat s klienty musí výhradně odborníci (resocializace, rehabilitace, doléčování). Cílem „harm reduction“ (HR) je stabilizace zdravotního a sociálního stavu uživatele drog, např. programy výměny jehel, stříkaček, distribuce kondomů, poradenská činnost a dostupnost náhradní drogy pod lékařským dohledem (Kalina a kol., 2003, s. 19).

System preventivních aktivit je na národní úrovni koordinován Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Na úrovni krajů působí krajsí školní koordinátoři prevence a na úrovni obcí jsou to metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden. Hlavním dokumentem je Národní strategie primární prevence rizikového chování na aktuální období 2013 - 2018. Nástrojem koordinace primární prevence na regionální úrovni jsou krajské plány prevence (DROGY-INFO.CZ, 2016).

„Strategie prevence sociálně patologických jevů je v souladu s Národním programem rozvoje vzdělávání, tzv. Bílou knihou, v oblasti, která se týká změny vnitřního klimatu školy, vztahů žáků a pedagogů a vytváření klíčových kompetencí pro osobní život i budoucí uplatnění mladých lidí“ (Tyšer, 2006, s. 14). Hlavními prostředky prevence na školách jsou „Minimální preventivní programy“, jež jsou souhrnným systémovým elementem v realizaci preventivních aktivit. Realizaci „Minimálního preventivního programu“ koordinuje školní metodik prevence (Tyšer, 2006). Formy prevence na školách jsou *jednorázové aktivity*, jako např. besedy, interaktivní programy a přednášky a *dlouhodobé programy*, např. peer programy (peer = vrstevník). Tyto programy spočívají v tom, že proškolení vrstevníci předávají žákům praktické dovednosti a poznatky. Efektivnost a účinnost peer programů byla zjištěna a prokázána ve všech měřených výsledcích různých studií, jež uvádí ve své monografii Kalina a kol. (2003, II.díl, s. 308). Tímto způsobem se dá ovlivnit rizikové chování adolescentů, žáci se *„učí nepodléhat tlaku vrstevníků, odmítat některé situace, zejména rizikové a prosadit si svou individualitu, umět říci ne a „být vždy svůj“* (Havelková, 1997 in Kalina a kol, 2003, II. díl, s. 308).

Autoři Slomek (2006, s. 4), (Nešpor, Csémy, 1995) a Kalina a kol. (2003, s. 17) se shodují a doplňují, že cílem prevence je tedy zamezit a předejít problémům, nežli je následně odstraňovat. Existuje celá řada strategií a přístupů, jejich cílem je snižování nabídky a poptávky po drogách a především snaha o snížení zájmu o užívání drog.

Preventivním nástrojem ve školách jsou tedy preventivní a edukační programy, které pomáhají předcházení užití drogy u populace mladých lidí, kteří se s drogou ještě nesetkali nebo odvracejí možné potenciální uživatele drog.

Legislativní úpravy související s drogovou problematikou v ČR uvedl Kalina a kol. (2003). Jsou to např. Trestní zákon (zák. č. 140/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), trestní řád (zák. č. 141/1961 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon o přestupcích (zák. č. 200/1990 Sb., ve znění pozdějších předpisů), zákon o návykových látkách (zák. č. 167/1998 Sb.), zák. č. 157/1998 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích, nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví, Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění protokolu z roku 1972 (vyhl. č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.), Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhl. č. 62/1989 Sb.), Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.), zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. DROGY-INFO.CZ (2016): „V květnu 2015 vláda schválila návrh zákona o ochraně zdraví před návykovými látkami, který má nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb. a který posiluje některá opatření ve vztahu k prevenci užívání návykových látek osobami mladšími 18 let.“

Podobně jako na jiných středních školách, tak i zde, na školách, kde bylo realizováno průzkumné šetření, působí školní metodik prevence sociálně patologických jevů a výchovný poradce. S těmito koordinátory jsem konzultovala programy školní prevence a plány školního metodika prevence. Tyto plány jsou pravidelně (1 x ročně) aktualizovány a inovovány. Metodik prevence tedy každoročně zpracovává vyhodnocení realizace ŠMP (školní metodik prevence - minimální preventivní program). Bohužel se jedná o interní dokumenty, kde jsou uvedená data o žácích a nesmí se poskytovat dále, neboť je to proti předpisům (viz. ochrana osobních údajů). Součástí konzultací bylo nahlédnutí do příslušné školní dokumentace a byly diskutovány metodické postupy v rámci zajištění bezpečnosti a ochrany žáků před sociálně patologickými jevy. Ve školním řádu jsou mj. zakotvena pravidla a doporučené postupy, např. při podezření (nebo přistižení žáka) na užití alkoholu, přistižení žáků při kouření v prostorách školy nebo v době školního vyučování, postup při užití omamných a psychotropních látek žákem. Uvedené dokumenty (viz. postupy) jsou veřejně dostupné i na webových stránkách školy (např.

školní program při šikanování, který vychází z metodického pokynu k řešení šikany dle MŠMT; postup při spolupráci školy a orgánem sociálně-právní ochrany dětí - „OSPOD“). Při podezření na intoxikaci žáka (alkoholem) drogami, může pedagogický pracovník provést orientační testy, za předchozího písemného souhlasu zákonného zástupce či zletilého žáka. O všech událostech se na školách sepisuje záznam (protokol). Metodik prevence a výchovný poradce, na zkoumaných školách, aktivně spolupracuje se speciálními poradenskými centry, pedagogicko-psychologickými poradnami, úřadem práce, policií ČR, městskou policií atp. Za nejčastější problémy jsou na zkoumaných školách považovány neomluvené absence, chování žáků – agresivita, ponižování, zesměšňování, neslušné vyjadřování, vztahy mezi žáky, narušování výuky, podvody, krádeže, vyhrožování, drzé chování k učiteli. Čas od času se objevují i problémy s šikanou (i kyberšikanou), kouřením cigaret, alkoholem a užitím dalších návykových látek. Tyto problémy jsou však pečlivě a důrazně řešeny. Nesmíme zde, na tomto místě, také opomenout aktivní komunikaci obou škol s rodiči či zákonnými zástupci. Na obou školách bývají každé čtvrtletí realizovány schůzky s rodiči. Porada pedagogických pracovníků bývá 1 x za 14 dní a pak také 4 x do roka bývají větší, klasifikační porady. V rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků se školní metodik pravidelně účastní školení a dalších vzdělávacích akcí. Podle výroční zprávy školy, se do prevence se zapojují kromě protidrogových koordinátorů, také učitelé všeobecně vzdělávacích a odborných předmětů. Témata prevence sociálně patologických jevů jsou začleněna do ročních tematických plánů a předmětů jako např. občanská výchova.

V souvislosti s prevencí sociálně patologických jevů na těchto školách, jsou v každé třídě na nástěnce vyvěšena důležitá telefonní čísla, jména školních poradců, aktuální letáky a informace, které mohou žáci potřebovat. Součástí programu je i preventivní působení na žáky v rámci třídnických hodin a ve výuce, prevence ve spolupráci s rodiči a prevence prostřednictvím informačních materiálů. Obě školy rovněž nabízí kvalitní nabídku trávení volného času, různé kroužky a aktivity s cílem smysluplného využití volného času žáků.

Co se týká realizovaných preventivních programů na zkoumaných školách, tak např. ve spolupráci s městskou policií a vazební věznicí byla v rámci protidrogové prevence na škole realizována např. beseda s odsouzenými lidmi v kontextu drogové závislosti, kde si žáci měli možnost vyslechnout skutečné životní příběhy lidí, kterým drogy zcela změnily život. Formou debaty se žáci dozvěděli, jakou trestnou činnost odsouzení díky drogám páchali a jak si nyní odpykávají trest. Podle slov metodika

prevence, měla u žáků tato beseda velký ohlas a výsledný efekt u žáků i rodičů byl velmi pozitivní. Podle výročních zpráv zkoumaných škol, byly z krátkodobých preventivních akcí realizovány nejrůznější odborné přednášky a besedy, návštěvy klubů, adaptační kurzy, exkurze, návštěvy služebny policie aj.. Žáci shlédli např. i několik tematicky zaměřených divadelních představení.

Autoři Slomek (2006, s. 4), (Nešpor, Csémy, 1995) a Kalina a kol. (2003, s. 17) se shodují a doplňují, že cílem prevence je tedy zamezit a předejít problémům, nežli je následně odstraňovat. Preventivním nástrojem ve školách jsou tedy preventivní a edukační programy, které pomáhají předcházení užití drogy u populace mladých lidí, kteří se s drogou ještě nesetkali nebo odvracejí možné potenciální uživatele drog.

5. PRAKTICKÁ ČÁST A VÝSLEDKY PRÁCE

Škola A: dotazníky byly vyplněny žáky těchto oborů – Kuchař - číšník, Opravář zemědělských strojů, Agropodnikání.

Škola B: dotazníky byly vyplněny žáky uvedených oborů – Hotelnictví, Sociální činnost, Automechanik, Kuchař - číšník.

Soubory průzkumných dat jsou posuzovány u každé školy zvlášť. Počet respondentů dle jednotlivých oborů neuvádím. Vzhledem k omezenému rozsahu této práce, nebyly zjišťovány rozdíly v užívání drog podle pohlaví a podle studovaných oborů.

Otázka 1.: *Sociodemografické údaje*

První otázka u respondentů zjišťovala základní sociodemografické údaje. Tato otázka je rozdělena na 3 dílčí podotázky - věk, pohlaví a studium žáků.

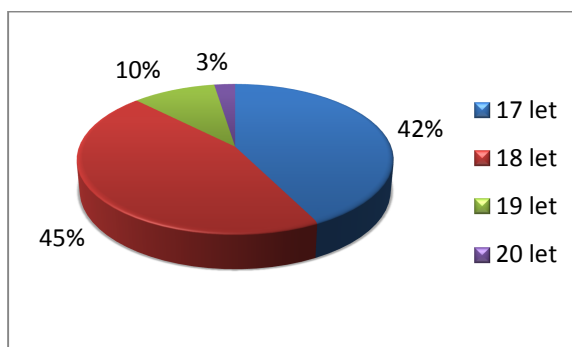
Věk respondentů

Jelikož se jednalo pouze o vzorek žáků třetích ročníků, byl věk žáků přibližně stejný. Nejvíce byli zastoupeni respondenti ve věku mezi 17 a 18 lety. Devatenáctiletých žáků bylo méně - 10 % (škola A) a 14 % (škola B). Nejméně pak bylo respondentů 20letých a 21letých. Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 1, Graf 1 – škola A; Tab. 2, Graf 2 - škola B).

Respondenti A		
Věk	Abs.	%
17 let	17	42
18 let	18	45
19 let	4	10
20 let	1	3
Celkem:	40	100%

Tab. 1: Věk respondentů - škola A

Zdroj: vlastní výsledky



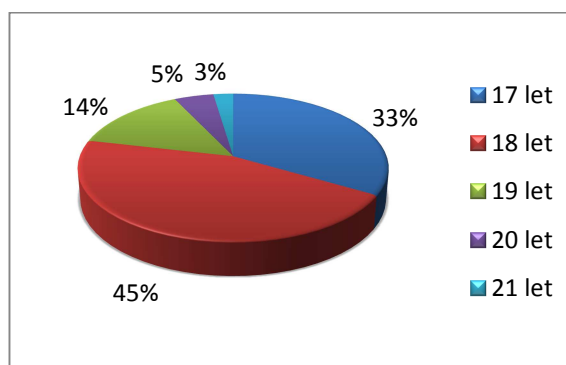
Graf 1: Věk respondentů - škola A

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Věk	Abs.	%
17 let	14	33
18 let	19	45
19 let	6	14
20 let	2	5
21 let	1	3
Celkem:	42	100%

Tab. 2: Věk respondentů - škola B

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 2: Věk respondentů - škola B

Zdroj: vlastní výsledky

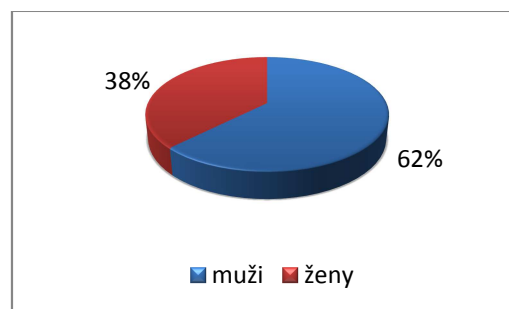
Pohlaví respondentů

Respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření na škole A, byli častěji muži (62 %). Na škole B byly zastoupeny nejvíce ženy (60 %). Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 3, Graf 3 – škola A; Tab. 4, Graf 4 - škola B).

Respondenti A		
Pohlaví	Abs.	%
muži	25	62
ženy	15	38
Celkem:	40	100%

Tab. 3: Pohlaví respondentů – škola A

Zdroj: vlastní výsledky



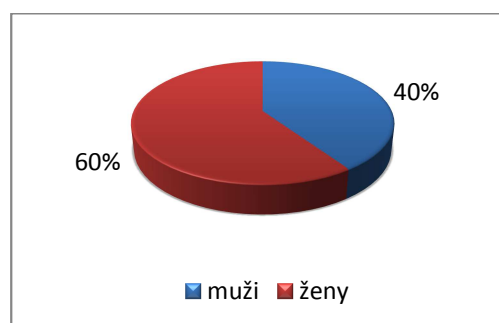
Graf 3: Pohlaví respondentů – škola A

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Pohlaví	Abs.	%
muži	17	40
ženy	25	60
Celkem:	42	100%

Tab. 4: Pohlaví respondentů – škola B

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 4: Pohlaví respondentů – škola B

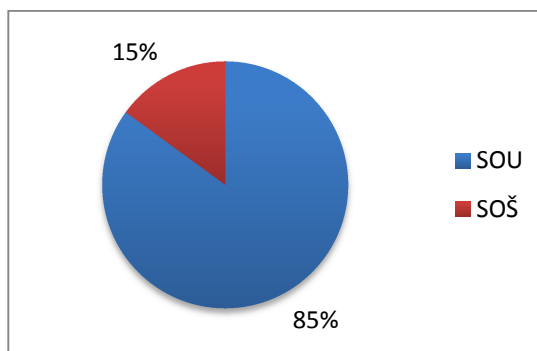
Zdroj: vlastní výsledky

Studium respondentů

Na škole A se zúčastnili tohoto dotazníkového šetření převážně žáci učebních oborů bez maturity. Tento podíl činil 85 %. Zbývajících 15 % představovali žáci maturitních oborů. Na škole B odpovídalo 62 % žáků s obory zakončenými maturitou. Méně pak bylo zastoupeno respondentů, kteří studují učební obory bez maturity (38 %). Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 5, Graf 5 – škola A; Tab. 6, Graf 6 - škola B).

Respondenti A		
Studium	Abs.	%
SOU	34	85
SOŠ	6	15
Celkem:	40	100%

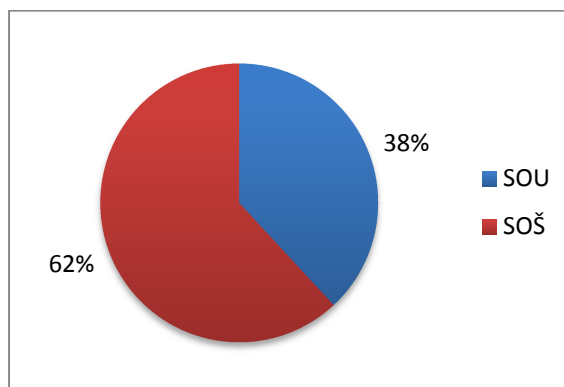
Tab. 5: Studium – škola A
Zdroj: vlastní výsledky



Graf 5: Studium – škola A
Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Studium	Abs.	%
SOU	16	38
SOŠ	26	62
Celkem:	42	100%

Tab. 6: Studium – škola B
Zdroj: vlastní výsledky



Graf 6: Studium – škola B
Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 2.: Kolikrát v životě jste kouřil/a cigarety?

Ve druhé otázce byla zjišťována celoživotní zkušenost žáků s cigaretami. U obou škol jsou poměrně shodné výsledky. Žáci, kteří udávají, že nikdy nekouřili, je 25 % na škole A a 24 % na škole B. Naopak vysoký podíl (40 – 41 %) představují žáci, kteří kouřili 11 – 40x a více. Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 7, Graf 7 – škola A; Tab. 8, Graf 8 - škola B).

Respondenti A		
Celoživotní zkušenost s cigaretami		
	Abs.	%
Nikdy	10	25
1 - 2x	6	15
3 - 10x	8	20
11 - 40x a více	16	40
Celkem	40	100

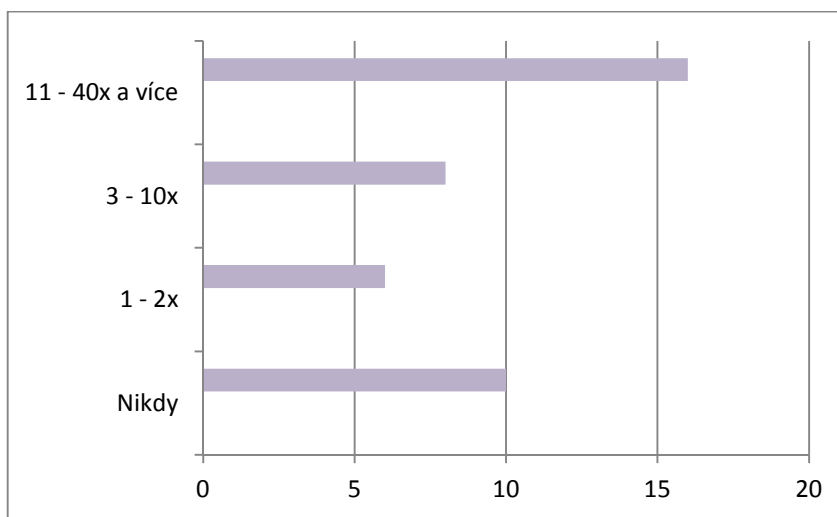
Tab. 7: Zkušenost s cigaretami (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Celoživotní zkušenost s cigaretami		
	Abs.	%
Nikdy	10	24
1 - 2x	9	21
3 - 10x	6	14
11 - 40x a více	17	41
Celkem	42	100

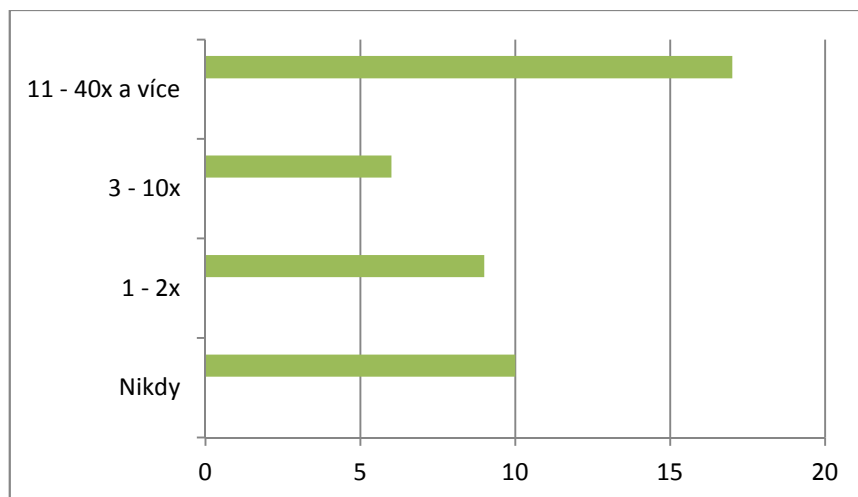
Tab. 8: Zkušenost s cigaretami (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 7: Zkušenost s cigaretami (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 8: Zkušenost s cigaretami (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 3.: V jakém věku jste poprvé kouřil/a cigaretu?

V této otázce respondenti volili jednu možnost, kdy uváděli věk prvního užití cigaret. Jeden žák ze souboru respondentů A na tuto otázku neodpověděl, čili 39 respondentů zde bude představovat 100% hodnotu. Jeden žák také uváděl v otázce č. 2, že nikdy nekouřil. A pak si protiřečí v otázce č. 3, kdy uvádí věk zkušenosti s cigaretou. Z odpovědí žáků obou škol je zřejmé, že nejčastěji zkusili poprvé kouřit cigarety ve 14 – 16 letech života (38 % a 29 %), kdy odcházejí ze ZŠ. Poměrně vysoké hodnoty (21 % a 14 %) vykazuje i věková hranice 10 – 13 let, což není moc optimistické. Celkem 8 žáků, z 82 respondentů; obou škol, užilo cigaret v 9 letech a dříve. Z toho vyplývá, že žáky je potřeba ještě více vést a motivovat k nekuřáctví už na základních školách. Právě zde by měly působit ve vysoké míře preventivní programy. Naopak odsouvání první zkušenosti s tabákovými výrobky na pozdější věk je zřejmé u 24 % žáků, ze souboru respondentů B. Detailní výsledky ukazují tabulky (Tab. 9 – škola A, Tab. 10 – škola B).

Respondenti A		
Věk prvního užití cigaret		
	Abs.	%
Nikdy	9	23
9 let a dříve	3	8
10 - 13 let	8	21
14 - 16 let	15	38
16 let a později	4	10
Celkem	39	100

Tab. 9: Cigarety; věk 1. užití (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Věk prvního užití cigaret		
	Abs.	%
Nikdy	9	21
9 let a dříve	5	12
10 - 13 let	6	14
14 - 16 let	12	29
16 let a později	10	24
Celkem	42	100

Tab. 10: Cigarety; věk 1. užití (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 4.: Jak často a kolik cigaret jste kouřil/a během posledních 30 dní?

Další otázka se týkala frekvence užívání cigaret za posledních 30 dní. Žáků, co během této doby vůbec nekouřili, je na škole A 57 % a na škole B nekouřilo za posledních 30 dní 60 %. U žáků kuřáků, byla nejčastěji uvedena odpověď 6 – 10 cigaret denně (15 % a 19 %). Kouření o více než 20 cigaretách denně přiznali 2 respondenti. Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 11 – škola A, Tab. 12 – škola B, Graf 9 – škola A, Graf 10 – škola B).

Respondenti A		
Cigarety - frekvence/posledních 30 dní		
	Abs.	%
Vůbec jsem nekouřil/a	23	57
Méně než 2 cigarety za týden	4	10
1 - 5 cigaret denně	4	10
6 -10 cigaret denně	6	15
11-20 cigaret denně	2	5
Více než 20 cigaret denně	1	3
Celkem	40	100

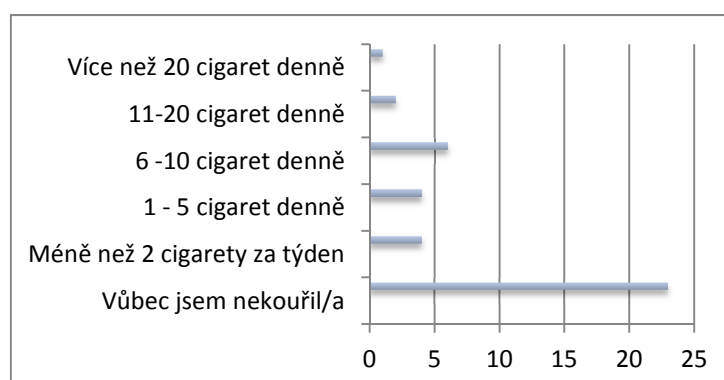
Tab. 11: Frekvence – cigarety/30 dní (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Cigarety - frekvence/posledních 30 dní		
	Abs.	%
Vůbec jsem nekouřil/a	25	60
Méně než 2 cigarety za týden	3	7
1 - 5 cigaret denně	4	10
6 -10 cigaret denně	8	19
11-20 cigaret denně	1	2
Více než 20 cigaret denně	1	2
Celkem	42	100

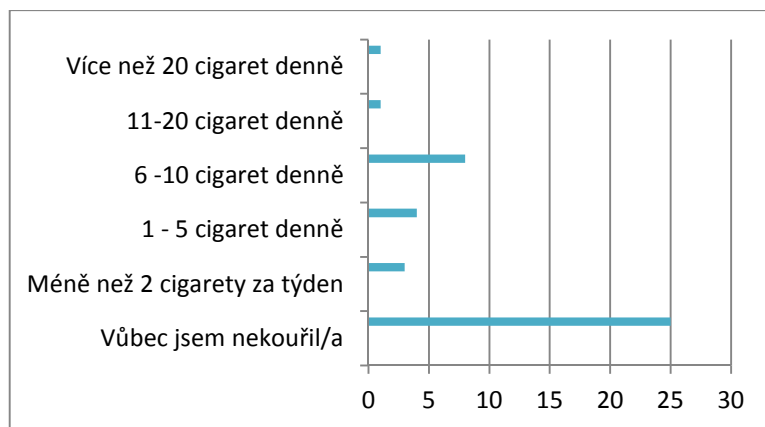
Tab. 12: Frekvence – cigarety/30 dní (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 9: Frekvence kouření cigaret během 30 dní (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 10: Frekvence kouření cigaret během 30 dní (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 5.: Pijete alkoholické nápoje? Pokud ano, uveďte věk prvního užití.

Pátá otázka je rozřazovací a zjišťovala u žáků pití alkoholických nápojů. Součástí této otázky je jedna podotázka a týkala se věku první zkušenosti s alkoholem. Mezi respondenty je o mnoho více žáků, kteří pijí alkohol, než těch, kteří nepijí. Celkem 85 % dotazovaných na škole A uvádí, že alkohol pije. Na škole B je tato hodnota o něco málo nižší, činí 79 %. Co se týká věku první zkušenosti s alkoholem, tak na obou školách žáci nejčastěji uvedli věk 15 let (53 % - škola A, 41 % - škola B). Tato alarmující čísla by měla být zamyšlením, jak pro samotné žáky, tak pro rodiče i pedagogy. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 13, Tab. 14 – škola A, Tab. 15, Tab. 16 – škola B).

Respondenti A		
Pití alkoholických nápojů		
	Abs.	%
Ano	34	85
Ne	6	15
Celkem	40	100

Tab. 13: Pití alkoholických nápojů (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti A		
Věk první zkušenosti s alkoholem		
	Abs.	%
13 let	2	6
14 let	5	16
15 let	17	53
16 let	3	9,5
17 let	3	9,5
18 let	2	6
Celkem	32	100

Tab. 14: Věk první zkušenosti s alkoholem (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Pití alkoholických nápojů		
	Abs.	%
Ano	33	79
Ne	9	21
Celkem	42	100

Tab. 15: Pití alkoholických nápojů (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Věk první zkušenosti s alkoholem		
	Abs.	%
8 let	1	3
10 let	2	6
11 let	2	6
13 let	1	3
14 let	3	10
15 let	13	41
16 let	7	22
17 let	2	6
18 let	1	3
Celkem	32	100

Tab. 16: Věk první zkušenosti s alkoholem (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 6.: Pokud pijete alkohol, označte frekvenci pití během posledních 30 dní.

Šestá otázka se dotazovala pouze žáků, kteří uvedli v otázce č. 5, že pijí alkohol. Byla zjišťována frekvence pití alkoholu během posledních 30 dní. Výsledky jsou u obou škol podobné. Nejčastěji pili žáci alkohol v posledním měsíci 1 – 5 x (79 % žáků – škola A, 76 % žáků – škola B). Naopak, vyskytují se zde také žáci, které už můžeme nazvat mladistvými alkoholiky. Každý týden denně pilo celkem 6 žáků z 82 dotázaných. Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 17 – škola A, Tab. 18 – škola B, Graf 11 – škola A, Graf 12 – škola B).

Respondenti A		
Pití alkoholu během posledních 30 dní		
	Abs.	%
1-5x	27	79
6-10x	4	12
více jak 10x	1	3
každý týden denně	2	6
Celkem	34	100

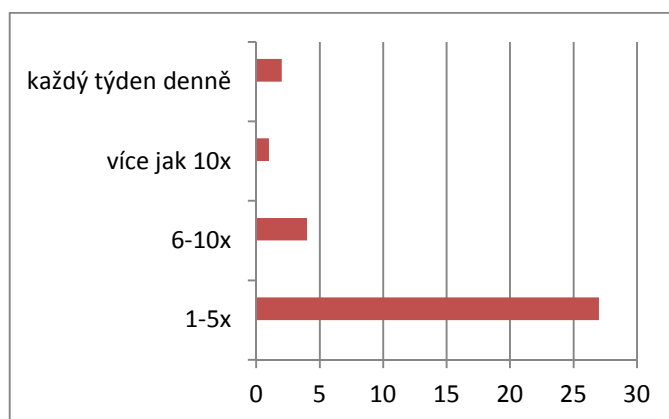
Tab. 17: Pití alkoholických nápojů /30 dní (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Pití alkoholu během posledních 30 dní		
	Abs.	%
1-5x	26	76
6-10x	3	9
více jak 10x	1	3
každý týden denně	4	12
Celkem	34	100

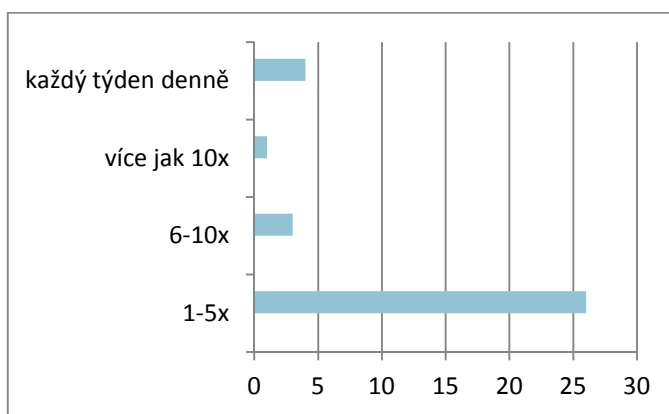
Tab. 18: Pití alkoholických nápojů /30 dní (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 11: Frekvence pití alkoholu během 30 dní (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 12: Frekvence pití alkoholu během 30 dní (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 7.: Je snadné koupit alkohol ve Vašem okolí?

Další otázka zjišťovala u respondentů dostupnost legální drogy - alkoholu. Velká většina žáků považuje alkohol za snadno dostupný. Až 77 % žáků školy A uvádí, že je alkohol pro ně snadno dostupný. O něco nižší procento bylo zjištěno na škole B – činí 64 %. Na druhou stranu, na škole B, je také poměrně dost žáků (29 %), kteří zvolili odpověď „nevím“. Což je pozitivní a svědčí to zřejmě o tom, že tito žáci alkohol cíleně nevyhledávají. Názornost dokládají tabulky (Tab. 19 – škola A, Tab. 20 – škola B).

Respondenti A		
Dostupnost alkoholu/snadné?		
	Abs.	%
nevím	4	10
ano	31	77
ne	5	13
Celkem	40	100

Tab. 19: Dostupnost alkoholu (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Dostupnost alkoholu/snadné?		
	Abs.	%
nevím	12	29
ano	27	64
ne	3	7
Celkem	42	100

Tab. 20: Dostupnost alkoholu (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 8.: Je snadné koupit cigarety ve Vašem okolí?

Na otázku týkající se dostupnosti cigaret v okolí žáků, opět odpověděla velká většina, že jsou snadno dostupné (70 % - škola A, 63 % - škola B). U souboru respondentů B jeden žák neodpověděl. Tyto údaje jsou poměrně zneklidňující a jde vidět, že se jedná o problém v rámci celé společnosti. Detailní výsledky dokládají tabulky (Tab. 21 – škola A, Tab. 22 – škola B).

Respondenti A		
Dostupnost cigaret/snadné?		
	Abs.	%
nevím	6	15
ano	28	70
ne	6	15
Celkem	40	100

Tab. 21: Dostupnost cigaret (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Dostupnost cigaret/snadné?		
	Abs.	%
nevím	11	27
ano	26	63
ne	4	10
Celkem	41	100

Tab. 22: Dostupnost cigaret (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 9.: Z jakého důvodu jste užíval/a legální drogy (alkohol a cigarety)?

V deváté otázce byly zjišťovány důvody užívání legálních drog. Žáci mohli uvést i více možností. V souboru žáků školy A odpovědělo 27 respondentů. Byly vypsány tyto důvody: vyrovnání se s depresemi, stres, nervy, nuda, pobavení a legrace (zábavy, diskotéky, poutě, plesy, posvícení), odreagování, uklidnění a rodinné akce (narozeniny). Nejvíce však žáci uváděli důvody, že si to chtěli vyzkoušet a aby zapadli do kolektivu vrstevníků - nebýt mimo partu nebo v práci. Někteří jedinci uvedli jako důvod to, že je to baví a že se to stalo pro ně zvykem. U souboru žáků školy B odpovědělo celkem 30 dotazovaných. Popsali stejné důvody, jako respondenti A. Navíc byly formulovány i tyto zajímavé pohnutky: získat větší sebevědomí, nabídka

od babičky, tréninky, soutěže. Tato data, týkající se užívání a důvodů užívání legálních drog žáky, jsou důležitá pro další práci pedagogů v oblasti prevence.

Otázka 10.: Užíval/ jste někdy léky na uklidnění nebo sedativa (např. Diazepam, Radepur, Defobin aj.)?

V další otázce byli respondenti dotazováni, zda někdy užívali léky na uklidnění nebo sedativa. Součástí této otázky byla také jedna podotázka, a to důvod užití. U souboru respondentů školy B odpovědělo 41 ze 42 žáků, tato hodnota tedy představuje 100%. Převážná většina, tedy celkem 93 % žáků, studujících na škole A a 90 % žáků ze školy B, uvedlo, že nikdy neužívalo léky na uklidnění ani sedativa. Zbylých 7 žáků, kteří tyto látky užívali, uváděli tyto důvody: psycholog, deprese, psychické vyčerpání, lékařský předpis a 2x bylo důvodem i úmrtí v rodině. Názornost dokládají tabulky (Tab. 23 – škola A, Tab. 24 – škola B).

Respondenti A		
Léky na uklidnění/sedativa		
	Abs.	%
ano	2	5
ano, ale ne déle než 3 týdny	1	2
ne, nikdy	37	93
Celkem	40	100

Tab. 23: Užití sedativ (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Léky na uklidnění/sedativa		
	Abs.	%
ano	2	5
ano, ale ne déle než 3 týdny	2	5
ne, nikdy	37	90
Celkem	41	100

Tab. 24: Užití sedativ (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 11.: Užíval/a jste někdy marihuanu („trávu“) nebo hašiš? Pokud ano, v jakém věku?

Na otázku, zda respondenti užívali někdy marihuanu nebo hašiš, odpovědělo 39 žáků ze 40 na škole A a 41 ze 42 na škole B. Tento zbylý vzorek respondentů pak byl považován za 100% hodnotu. Pokud žák tuto drogu neužíval, byl přesměrován na otázku č. 13. Lépe se jeví výsledky šetření na škole B, kde 78 % žáků uvádí, že nikdy neužívali marihuanu ani hašiš. U respondentů, studujících na škole A, je procento žáků, kteří neužili marihuanu a hašiš, výrazně nižší - 59 %. Na této škole je tedy žáků s celoživotní zkušeností konopných drog 41 %, což není zrovna zanedbatelný údaj. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 25 – škola A, Tab. 26 – škola B).

Respondenti A		
Celoživotní zkušenost - marihuana		
	Abs.	%
Ano	16	41
Ne	23	59
Celkem	39	100

Tab. 25: Užívání marihuany (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Celoživotní zkušenost - marihuana		
	Abs.	%
Ano	9	22
Ne	32	78
Celkem	41	100

Tab. 26: Užívání marihuany (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Žáci, kteří uvedli, že užili marihuanu nebo hašiš byli dále dotazováni na věk 1. užití konopných drog. Jak je z výsledků zřejmé, výrazně dominuje věková hranice 15, 16 a 17 let, dosahující maximálních hodnot 25 – 34 %. V souboru respondentů je dokonce uveden věk prvního kontaktu s konopnými drogami už v 10 a v 11 letech, což není vůbec optimistické. Znamená to, stejně jako u alkoholu a cigaret, že žáci začínají s těmito návykovými látkami již na základních školách. Proto je tak důležité, aby prevence fungovala již od dětského věku a hlavně s nástupem období puberty. Podrobné výsledky dokládají tabulky (Tab. 27 – škola A, Tab. 28 – škola B).

Respondenti A		
Věk první zkušenosti s marihuanou		
	Abs.	%
11 let	1	6
14 let	2	13
15 let	5	31
16 let	4	25
17 let	4	25
Celkem	16	100

Tab. 27: Věk 1. zkušenosti s marihuanou (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Věk první zkušenosti s marihuanou		
	Abs.	%
10 let	1	11
14 let	1	11
15 let	2	22
16 let	3	34
18 let	2	22
Celkem	9	100

Tab. 28: Věk 1. zkušenosti s marihuanou (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 12.: Pokud užíváte marihuanu, jak často?

V další otázce byla mezi uživateli konopných drog zjišťována frekvence užívání. Ze souboru respondentů školy A odpovědělo 15 žáků ze 16. U dotazovaných žáků školy B odpovědělo 7 z 9. Jako pravidelný uživatel marihuany byl zjištěn pouze jeden žák. Zbýlých 21 žáků kouří marihuanu jen příležitostně. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 29 – škola A, Tab. 30 – škola B).

Respondenti A		
Marihuana, jak často?		
	Abs.	%
denně pravidelně	1	7
jen příležitostně	14	93
Celkem	15	100

Tab. 29: Frekvence užívání marihuany (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Marihuana, jak často?		
	Abs.	%
denně pravidelně	0	0
jen příležitostně	7	100
Celkem	7	100

Tab. 30: Frekvence užívání marihuany (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 13.: Jak je, podle Vašeho názoru, snadné sehnat si pro Vaši vlastní potřebu mariuanu/hašiš, kdybyste chtěli?

Třináctá otázka se dotazovala žáků na dostupnost marihuany nebo hašišu. Výsledky jsou u obou škol přibližně stejné. Celkem 52 % - 55 % žáků uvádí, že neví. Zbytek respondentů (45 % - 48 %) považuje sehnání marihuany za snadnou záležitost a jeden žák dokonce uvádí odpověď: „extrémně snadné“. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 31 – škola A, Tab. 32 – škola B).

Respondenti A		
Dostupnost marihuany/snadné?		
	Abs.	%
snadné	18	45
obtížné	0	0
nevím	22	55
Celkem	40	100

Tab. 31: Dostupnost marihuany (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Dostupnost marihuany/snadné?		
	Abs.	%
snadné	20	48
obtížné	0	0
nevím	22	52
Celkem	42	100

Tab. 32: Dostupnost marihuany (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 14.: Z jakého důvodu jste kouřil/a mariuanu či hašiš?

Aby bylo možno zjistit motivy, které vedou žáky ke kouření marihuany, odpovídali respondenti důvody kouření konopných drog. V této otázce žáci zvolili jednu, či více odpovědí, z nabízených možností. Na otázku důvodů kouření marihuany nebo hašišu žáci nejvíce odpovídali – ze zvědavosti (15 a 22 %) a aby se dostali do nálady (6 a 11 %). Jako jiný důvod uvedli např. únava, vyzkoušet si to. Výsledky dokládají tabulky a grafy (Tab. 33 – škola A, Tab. 34 – škola B, Graf 13 – škola A, Graf 14 – škola B).

Respondenti A		
Důvod kouření marihuany		
	Abs.	%
nikdy neužil/a	22	49
nechtěl/a stát mimo partu	1	2
zapomenout na starosti	1	2
jiné důvody	1	2
zvědavost	10	22
nevzpomínám si	3	7
dostat se do nálady	5	11
nuda, neměl/a jsem co dělat	2	5
Celkem	45	100

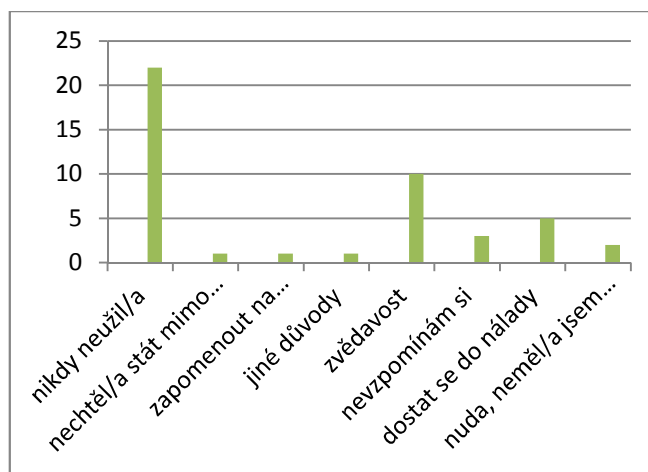
Tab. 33: Důvody užívání marihuany (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Důvod kouření marihuany		
	Abs.	%
nikdy neužil/a	29	61
nechtěl/a stát mimo partu	1	2
zapomenout na starosti	2	4
jiné důvody	2	4
zvědavost	7	15
nevzpomínám si	2	4
dostat se do nálady	3	6
nuda, neměl/a jsem co dělat	2	4
Celkem	48	100

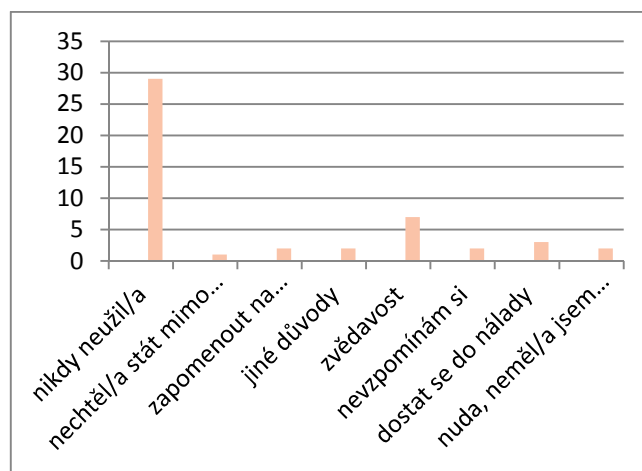
Tab. 34: Důvody užívání marihuany (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 13: Důvody užívání marihuany (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky



Graf 14: Důvody užívání marihuany (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 15.: Užil/a jste některou z těchto návykových látek?

V patnácté otázce byli respondenti dotazováni, zda někdy ve svém životě užíli některou z uvedených návykových látek. Žáci mohli označit i více možností. Ze souboru respondentů školy A odpovědělo 39 žáků ze 40. Ze souboru respondentů školy B odpovědělo 40 žáků ze 42. Celkem 57 % žáků (škola A) a 68 % žáků (škola B) uvedlo, že žádné tvrdé drogy nikdy neužili. Nikdo z respondentů neužil anabolické steroidy. U respondentů souboru B se navíc neobjevuje ani užití netalinu. Avšak 7% žáků souboru respondentů A přiznalo zkušenost s halucinogenními houbami. Ostatní drogy byly užívány spíše sporadicky (4 % – 2 % žáků). Jako inhalační droga, bylo jedním žákem uvedeno „lepidlo“. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 35 – škola A, Tab. 36 – škola B).

Respondenti A		
Zkušenost s ilegálními drogami		
	Abs.	%
léky na ulkidnění, sedativa	3	4
pervitin (amfetaminy)	2	4
netalin	1	2
LSD (halucinogeny)	3	4
krak	1	2
kokain	1	2
heroin	2	4
halucinogenní houby (lysohlávky)	4	7
alkohol spolu s léky	2	4
GBH, MDMA extáze	1	2
anabolické steroidy, dopping	0	0
drogy injekčně (heroin,pervitin)	2	4
inhalační drogy,např. toluen	1	2
nitráty - poppers a ostatní syntetické	1	2
žádné tvrdé drogy jsem nikdy neužil/a	32	57
Celkem	56	100

Tab. 35: Zkušenosti s ilegálními drogami (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Zkušenost s ilegálními drogami		
	Abs.	%
léky na ulkidnění, sedativa	2	3
pervitin (amfetaminy)	2	3
netalin	0	0
LSD (halucinogeny)	2	4
krak	2	4
kokain	1	2
heroin	1	2
halucinogenní houby (lysohlávky)	2	4
alkohol spolu s léky	1	2
GBH, MDMA extáze	1	2
anabolické steroidy, dopping	0	0
drogy injekčně (heroin,pervitin)	1	2
inhalační drogy,např. toluen	1	2
nitráty - poppers a ostatní syntetické	1	2
žádné tvrdé drogy jsem nikdy neužil/a	36	68
Celkem	53	100

Tab. 36: Zkušenosti s ilegálními drogami (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 16.: Uved'te věk prvního užití drogy, které jste označili v otázce č. 15.

Další otázka byla rozřazovací a zjišťovala věk prvního užití ilegálních drog. Týkala se pouze žáků, kteří uvedli, že užíli nějakou nelegální drogu, uvedenou v 15. otázce. Pokud respondenti neužili žádnou takovou drogu, tak přešli na otázku č. 17. Ze souboru respondentů školy A odpovědělo 6 žáků. Celkem 4 žáci přiznali věk prvního užití ilegálních drog 17 let a věk prvního užití 18 let uvedli 2 žáci. Ze souboru respondentů školy B odpověděli 3 žáci ze 4 a uvádí věk: 13 – 14 let, 15 let a 19 let.

Otázka 17.: Jaká je Vaše celoživotní frekvence užívání drog, které jste označili v otázce č. 15?

Na otázku celoživotní frekvence užívání ilegálních drog, odpovědělo 39 žáků ze 40, u souboru respondentů školy A a 39 žáků ze 42, u souboru respondentů školy B. Z tohoto vzorku uvedlo 82 % (žáci školy A) a 90 % (žáci školy B) jako odpověď: „nikdy“. U uživatelů tvrdých drog byla nejčastěji označována celoživotní frekvence 1 – 2x v životě a činí maximální hodnotu 13 % (respondenti A). Méně byla pak žáky

uváděna celoživotní frekvence užívání 3 – 5x a také 6 – 10x. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 37 – škola A, Tab. 38 – škola B).

Respondenti A		
Celoživotní frekvence - ilegální drogy		
	Abs.	%
nikdy	32	82
1 - 2x	5	13
3 - 5x	2	5
6 - 10x	0	0
11 - 39x	0	0
40x a více	0	0
Celkem	39	100

Tab. 37: Celoživotní frekvence/ ilegální drogy (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Celoživotní frekvence - ilegální drogy		
	Abs.	%
nikdy	35	90
1 - 2x	2	5
3 - 5x	0	0
6 - 10x	2	5
11 - 39x	0	0
40x a více	0	0
Celkem	39	100

Tab. 38: Celoživotní frekvence/ ilegální drogy (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 18.: Jak je, podle Vašeho názoru, snadné sehnat si pro Vaši vlastní potřebu ilegální drogu, kdybyste chtěli?

Na otázku subjektivně vnímané dostupnosti ilegálních drog u žáků, odpovědělo celkem 38 žáků ze 40, u souboru respondentů školy A. U souboru respondentů školy B odpovědělo 40 žáků ze 42. Nejčastěji žáci v dotazníku uváděli, že neví (63 % a 68 %). Za snadno dostupné je považuje 27 % a 29 % žáků. Zbytek žáků uvedlo odpověď „obtížné“. Jeden žák také uvedl, že je to nemožné. Výsledky dokládá tabulka (Tab. 39 – škola A + škola B).

Respondenti A		
Dostupnost ilegálních drog/snadné?		
	Abs.	%
snadné	11	29
obtížné	1	3
nevím	26	68
nemožné	0	0
Celkem	38	100
Respondenti B		
Dostupnost ilegálních drog/snadné?		
	Abs.	%
snadné	11	27
obtížné	3	7
nemožné	1	3
nevím	25	63
Celkem	40	100

Tab. 39: Dostupnost/ ilegální drogy (škola A + škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 19.: Z jakého důvodu jste užívali ilegální drogu/y označené v otázce č. 15?

Devatenáctá otázka zjišťovala u žáků důvody užívání ilegálních drog. Mezi odpověďmi se nejčastěji objevují důvody: *dostat se do nálady* (9 %, škola A), *zapomenout na starosti* (5 %, škola A), *nuda, neměl/a jsem co dělat* a nebo *nevzpomínám si* (7 %, škola B). Jedna žákyně ze souboru respondentů školy B uvedla „jiný důvod – potřebovala nakopnout“. Podrobné výsledky dokládají tabulky (Tab. 40 – škola A, Tab. 41 – škola B).

Respondenti A		
Důvody užívání ilegálních drog		
	Abs.	%
nikdy neužil/a	33	79
nechtěl/a stát mimo partu	0	0
zapomenout na starosti	2	5
jiné důvody	0	0
zvědavost	1	2
nevzpomínám si	0	0
dostat se do nálady	4	9
nuda, neměl/a jsem co dělat	2	5
Celkem	42	100

Tab. 40: Důvody užívání ilegálních drog (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Důvody užívání ilegálních drog		
	Abs.	%
nikdy neužil/a	35	85
nechtěl/a stát mimo partu	0	0
zapomenout na starosti	1	2
jiné důvody	1	2
zvědavost	0	0
nevzpomínám si	2	7
dostat se do nálady	1	2
nuda, neměl/a jsem co dělat	1	2
Celkem	41	100

Tab. 41: Důvody užívání ilegálních drog (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

Otázka 20.: Jaké je, podle Vašeho názoru, riziko škodlivosti užívání těchto návykových látek (zdravotní, psychické, sociální..)?

Poslední otázka se týká postojů a názorů žáků na rizika škodlivosti užívání legálních a tvrdých drog. Tuto otázku tvoří 6 dílčích podotázek. Co se týká kouření cigaret, tak příležitostné kouření považuje za bezrizikové 8 - 10 % žáků tohoto dotazníkového šetření. Malé nebo střední riziko škodlivosti uvádí 28 - 41 % žáků. Je také zajímavé zjištění, že je poměrně velké procento žáků (18 % - škola A), kteří si nejsou vědomi rizik příležitostného kouření cigaret. Celkem 7 žáků z 82 uvedlo jako odpověď: riziko škodlivosti „velké“. Druhá podotázka se dotazovala žáků na názor škodlivosti při intenzivním kouření (1 nebo více balíčků cigaret denně). Zde je naopak pozitivní, že poměrně velké procento žáků si je vědomo velkých rizik škodlivosti (po 60 % u obou škol). Další podotázka zjišťovala názor žáků na škodlivost každodenního pití alkoholu. Velká většina žáků (50 % a 71 %) považuje pití alkoholu každý den za vysoce rizikové. Naopak 7 – 10 % žáků považuje denní pití alkoholu za bezrizikové nebo téměř bezrizikové. U dotazu na riziko škodlivosti pravidelného užívání marihuany či hašiše, je situace trochu složitější. Nejčastěji žáci uváděli, že je toto riziko velké – 43 % (škola A) a 63 % (škola B). Naopak malé nebo dokonce žádné riziko uvádělo 10 – 20 % žáků. Je také poměrně velké procento žáků (15 % - škola A, 8 % - škola B), kteří si nejsou vědomi rizik pravidelného kouření konopných drog. Bylo by vhodné, aby právě sem, na problematiku užívání marihuany a hašiše směřovala osvěta a cílené preventivní programy. Totéž platí mj. i o legálních drogách, tady by měla prevence fungovat také už od základních škol. Další podotázka se dotazovala žáků na škodlivost pravidelného

užívání pervitinu. Je velmi pozitivní, že převážná většina žáků si nebezpečí škodlivosti této drogy uvědomuje. Celkem 85 % (škola B) a 78 % (škola A) žáků uvedlo odpověď – riziko „velké“. Na druhou stranu, 5 – 10 % žáků uvedlo názor, že „neví“. Poslední podotázka se zabývala problematikou užívání MDMA, extáze. Mezi respondenty byl zjišťován názor na riziko užití extáze jednou nebo 2 x v životě. Celkem 12 % žáků, u obou škol, považuje jednorázový experiment s extází za bezrizikový. Mezi žáky je také řada těch, kteří nedokážou posoudit rizikovost užívání extáze (20 % - škola A a 15 % - škola B). Za velké riziko, považuje užití extáze jednou až 2x v životě, 30 % dotázaných. Malé riziko uvádí 18 % - 25 % respondentů. Výsledky dokládají tabulky (Tab. 42 – škola A, Tab. 43 – škola B). Souhrnný počet respondentů jednotlivých podotázek je uveden vždy v řádku „*Celkem*“.

Respondenti A		
Názory žáků na rizika škodlivosti návykových látek		
Kouření cigaret/příležitostně	Abs.	%
žádné	4	10
malé	11	28
střední	14	36
velké	3	8
nevím	7	18
Celkem	39	100
Kouření 1 nebo více bal. cigaret denně	Abs.	%
žádné	3	7
malé	2	5
střední	7	18
velké	24	60
nevím	4	10
Celkem	40	100
Pití alkoholu každý den	Abs.	%
žádné	3	7
malé	3	7
střední	9	23
velké	20	50
nevím	5	13
Celkem	40	100
Pravidelné kouření marihuany/hašiše	Abs.	%
žádné	4	10
malé	8	20
střední	5	12
velké	17	43
nevím	6	15
Celkem	40	100

Užívání pervitinu pravidelně	Abs.	%
žádné	3	7
malé	0	0
střední	2	5
velké	31	78
nevím	4	10
Celkem	40	100
Užívání extáze jednou nebo 2x v životě	Abs.	%
žádné	5	12
malé	10	25
střední	5	13
velké	12	30
nevím	8	20
Celkem	40	100

Tab. 42: Názory žáků na škodlivost drog (škola A)

Zdroj: vlastní výsledky

Respondenti B		
Názory žáků na rizika škodlivosti návykových látek		
Kouření cigaret/příležitostně	Abs.	%
žádné	3	8
malé	15	38
střední	16	41
velké	4	10
nevím	1	3
Celkem	39	100
Kouření 1 nebo více bal. cigaret denně	Abs.	%
žádné	2	5
malé	5	12
střední	8	20
velké	24	60
nevím	1	3
Celkem	40	100
Pití alkoholu každý den	Abs.	%
žádné	4	10
malé	3	8
střední	4	11
velké	27	71
nevím	0	0
Celkem	38	100

Pravidelné kouření marihuany/hašiše	Abs.	%
žádné	6	15
malé	3	7
střední	3	7
velké	25	63
nevím	3	8
Celkem	40	100
Užívání pervitinu pravidelně	Abs.	%
žádné	1	2
malé	3	8
střední	0	0
velké	33	85
nevím	2	5
Celkem	39	100
Užívání extáze jednou nebo 2x v životě	Abs.	%
žádné	5	12
malé	7	18
střední	10	25
velké	12	30
nevím	6	15
Celkem	40	100

Tab. 43: Názory žáků na škodlivost drog (škola B)

Zdroj: vlastní výsledky

6. DISKUZE

Dotazníkové šetření bylo realizováno na dvou středních školách mezi žáky třetích ročníků.

Z šetření vyplývá, že třemi nejrozšířenějšími návykovými látkami užívanými žáky, jsou cigarety, alkohol a marihuana. Vysoký podíl 40 – 41 %, podobně jako u studie Csémy, Chomynové a Sadílka (2009), představuje procento žáků, kteří kouřili 11 – 40x a více. Avšak bylo například zjištěno, že žáci, kteří udávají, že nikdy nekouřili, je 24 - 25 %.

Podle studie ESPAD (2009) kouřit v životě zkusilo 78 % dotázaných žáků. Až 34 % dotázaných uvedlo, že kouřili cigarety více než 40x za život. Shodně vysoké prevalence byly taktéž zjištěny v práci Skopala a Dolejše (2014), v průzkumném šetření Jankových a Turečkové (2012), v práci Greplové (2013), Kaliny a kol. (2003) a Ošmerové (2010). Výskyt kuřáctví se lišil podle Csémy, Chomynové a Sadílka (2009) podle *typu studované školy a podle struktury rodiny*, v níž žáci vyrůstali.

Myslím si, že by právě proto, bylo dobré zpracovat další průzkumné sondy, na více školách, aby byl k dispozici větší soubor dat. Námětem k další práci by mohlo být také zhodnocení podle pohlaví a podle studovaných oborů.

Co se týče věku prvního užití legálních drog, tak z odpovědí žáků je zřejmé, že nejčastěji zkusili poprvé kouřit cigarety ve 14 – 16 letech života (38 % a 29 %), kdy odcházejí ze ZŠ. Poměrně vysoké hodnoty (21 % a 14 %) vykazuje i věková hranice 10 – 13 let. Bylo zjištěno také kouření cigaret už v 9 letech a dříve. Podobné průzkumy byly prováděny v pracích Hejtmánkové (2009), Šafářové (2011), Greplové (2013) a Lážové (2009) a zjistily podobně jako já, že s užíváním legálních drog se začíná už na úrovni základních škol. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) hodnotili souvislost mezi frekvencí a věkem prvního užití. Více než čtvrtina dotázaných získala první zkušenost s kouřením již ve věku 11 let nebo dříve. Kouření s denní frekvencí se pak nejčastěji objevovalo mezi 14. a 15. rokem. Na otázku frekvence kouření cigaret během posledních 30 dní, byla v průzkumném šetření nejčastěji uvedena odpověď 6 – 10 cigaret denně (15 % - 19 %), což je poměrně dost vysoká hodnota. Pro srovnání, Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) uvádí ve své studii, že během posledního měsíce kouřilo 7,7 % žáků 6 – 10 cigaret denně.

Možným řešením tohoto problému je, ještě více zapracovat na primární prevenci již na základních školách. Z toho vyplývá, že právě zde by měly působit ve vysoké míře preventivní programy.

Co se týká celoživotních zkušeností žáků s alkoholem, tak bylo šetřením zjištěno, že 79 % - 85 % dotazovaných uvádí, že alkohol pije. Na otázku věku první zkušenosti s alkoholem žáci nejčastěji uvedli věk 15 let. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) definovali, že pro českou společnost je typické velmi nízké procento celoživotních abstinentů, pouze 2,6 %. Naproti tomu 60 % všech dotázaných lez považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Rozdíly v množství konzumace alkoholu jsou patrné jednak u jednotlivých oborů a typů škol, jednak i v posuzování podle pohlaví. Podobně znepokojující výsledky byly patrné i v souvislosti s frekvencí konzumace alkoholu. Z šetření bylo zjištěno, že nejčastěji pili žáci alkohol v posledním měsíci 1 – 5 x (až 79 % žáků). Tato alarmující čísla by měla být zamyšlením, jak pro samotné žáky, tak pro rodiče i pedagogy.

V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno u žáků i užívání ilegálních drog a marihuany. Vyplývalo zde, že až 41 % žáků mělo celoživotní zkušenost s konopnými drogami. Velmi podobná data, tak jako jsem zjistila já, jsou zřejmá i ze studií ESPAD, kdy konopné drogy užilo během svého života 45,1 % dotázaných žáků (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009). Zřejmě ale, bude situace na každé škole trochu jiná.

Myslím si, že v tomto ohledu bude hodně záviset na škole a na studovaném oboru, což vzhledem k omezenému rozsahu práce nebylo zjišťováno. Otázka frekvence užívání marihuany mezi žáky poukazuje na to, že žáci, kteří se účastnili dotazníkového šetření, kouřili marihuanu jen příležitostně. Problematika zneužívání konopných drog může být tedy námětem pro další průzkum.

Užívání dalších ilegálních drog bylo na školách zjištěno spíše sporadicky. Z šetření vyplývá, že největší procento žáků užilo halucinogenní houby (lysohlávkvy) (7% respondentů). Průměrně 2 % - 4 % žáků užilo i jiné ilegální drogy (např. pervitin, krak, LSD, heroin aj.). Podobné výsledky, v rámci celoživotní prevalence drog mezi žáky SŠ, zjistili Skopal a Dolejš (2014). Podle této studie uvádí zkušenost s LSD 1,4 % dotázaných. Také 2,6 % respondentů uvedlo zkušenost s halucinogenními houbami.

Celoživotní prevalence léků na uklidnění a sedativ bez doporučení lékaře mezi žáky byla zjišťována v šetření Skopala a Dolejše (2014). Autoři uvádí zkušenost cca 8 % dotázaných a zkušenost s těkavými látkami mělo 3,6 % žáků.

Podle mého názoru, je ve společnosti užívání léků a sedativ značně podceňováno. Podobné výstupy tohoto problému uvádí i studie Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) a Kalina a kol. (2003). Myslím si, že velké riziko a nebezpečí představuje také nákup léčiv tzv. „na černo“ nebo přes internet, kde může jít i o padělky. Dle ústního sdělení několika žákyň se občas užívají i léčiva bez vědomí lékařů, např. dívky velmi rády experimentují s léky na hubnutí (viz. nelegální prodej medikamentů Adipex retard přes internet).

V dotazníkovém šetření bylo zjištěno i užívání těkavých látek (2 %). Žákyně uvedla, že čichala „lepidlo“. Ještě vyšší hodnoty přiznali žáci v rámci studií ESPAD, kde Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že v roce 2007 celoživotně užívalo těkavé látky až 7 % žáků. Myslím si, že někteří žáci si ani plně neuvědomují, co se jim může stát. Toto nebezpečí bych nazvala - „skryté“, ví se o tom, ale moc se to neřeší. Tyto drogy bývají toxické a experimentování s těkavými látkami u žáků se nesmí podceňovat. Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná, dostupnost je prakticky neomezená a rizika jsou velmi vysoká, zvláště u mladistvých (Kalina a kol., 2003).

Možným řešením je, jak už bylo popsáno výše, osvěta ve škole, ve společnosti a hlavně také v rodině. Kalina a kol. (2003) uvádí v rámci metodiky prevence tyto zajímavé výroky a tematické okruhy k diskusi: - podávat žákům pravdivé informace o drogách, uvědomit si neúčinnost strašení a zákazů, ptát se žáků: „Proč lidé berou drogy?“ „Co je lepší, život bez drog (nebo s drogami)?“ „Jak je problém drog závažný?“ „Co mi může droga dát a vzít?“

Co se týká důvodů užití drog mezi žáky, tak mě zaujala odpověď v jednom dotazníku, kdy žákyně uvedla typický argument - „*žije se jen jednou, zkoušeli to přece všichni*“. Toto je tedy případ, kdy jedinec podlehl tlaku okolí a nedokázal říci droze „NE“ - neměl patřičnou sílu vzdorovat a být tak sám sebou (pozn. viz. v Úvodu, výrok od Ivana Doudy: „*Droga není žádný démon. Démon je v člověku, který drogy nezvládne.*“ (Sekot, 2010, s. 17). Myslím si, že někteří lidé jsou jako „ovce“ a jdou slepě tam, kam jdou ostatní. V dotaznících žáci uváděli nejčastěji tyto důvody: že si to chtěli vyzkoušet (zvědavost) a aby zapadli do kolektivu vrstevníků; nebýt mimo partu. Často také uváděli, že důvodem užití bylo vyrovnat se s depresi, stres, nervy, nuda, odreagování, uklidnění a rodinné akce. Možným řešením je, aby se žáci více zapojili do cílených aktivit. Školy nabízí nejrůznější kroužky, sportovní aktivity, práci na počítači, kurzy aj. U žáků, i ze strany rodičů, je tedy především potřeba zapracovat na změně způsobu trávení volného času.

Byla zjišťována i subjektivně vnímaná dostupnost. Velká většina žáků považuje alkohol, cigarety a marihuanu za snadno dostupné. Z šetření vyplývá, že například až 77 % žáků uvádí, že je alkohol pro ně snadno dostupný. Na druhou stranu, je také poměrně dost žáků (až 29 %), kteří zvolili odpověď „nevím“. Což je pozitivní a svědčí to zřejmě o tom, že tito žáci alkohol cíleně nevyhledávají. Na otázku týkající se dostupnosti cigaret v okolí žáků, opět odpověděla velká většina, že jsou snadno dostupné (70 %). V dotazníku byla zjišťována též dostupnost marihuany nebo hašiše. Celkem 52 % - 55 % žáků uvádí, že neví. Zbytek respondentů (45 % - 48 %) považuje sehnání marihuany za snadnou záležitost a jeden žák dokonce uvádí odpověď: „extrémně snadné“. Csémy, Chomynová a Sadílek (2009) zjistili, že až 65,6 % 16letých žáků považuje marihuanu za poměrně snadno dostupnou a 88,7 % žáků považuje cigarety za snadno dostupné. U těkavých látek je hodnota 28,7 %, extáze 22,8 %, sedativa 24,7 %, pervitin 9,5 %. Co se týká alkoholu, tak tyto hodnoty se liší u různých druhů (např. pivo, víno,..) Zde snadná nebo velmi snadná dostupnost dosahuje hodnot 85,3 % - 55,4 %, což je velmi vysoké procento, i přes to, že mládeži do 18 let je prodej alkoholu zakázán (podobný trend jako u cigaret).

V dotaznících byly zjišťovány také názory a postoje žáků ohledně škodlivosti užívání drog. Co se týká kouření cigaret, tak příležitostné kouření považuje za bezrizikové 8 - 10 % žáků tohoto dotazníkového šetření. Malé nebo střední riziko škodlivosti uvádí 28 - 41 % žáků. Je také zajímavé zjištění, že je poměrně velké procento žáků (18 %), kteří si nejsou vědomi rizik příležitostného kouření cigaret. Bylo dále zjištěno, že velká většina žáků (50 % a 71 %) považuje pití alkoholu každý den za vysoce rizikové. Naopak 7 - 10 % žáků považuje denní pití alkoholu za bezrizikové nebo téměř bezrizikové. U dotazu na riziko škodlivosti pravidelného užívání marihuany či hašiše, je situace trochu složitější. Nejčastěji žáci uváděli, že je toto riziko velké - 43 % a 63 %. Naopak malé nebo dokonce žádné riziko uvádělo 10 - 20 % žáků. Je také poměrně velké procento žáků (15 %), kteří si nejsou vědomi rizik pravidelného kouření konopných drog. Co se týká užívání pervitinu. Je velmi pozitivní, že převážná většina žáků si nebezpečí škodlivosti této drogy uvědomuje. Celkem 78 % - 85 % žáků uvedlo odpověď - riziko „velké“. Na druhou stranu, 5 - 10 % žáků uvedlo názor, že „neví“. U otázky rizikovosti extáze je zajímavé, že až 12 % žáků považuje jednorázový experiment s extází za bezrizikový. Malé riziko zde uvádí 18 % - 25 % respondentů. Podobné zjištění uvádí i studie Csémy, Chomynová a Sadílek (2009).

Bylo by vhodné, aby právě sem, na problematiku užívání nelegálních drog směřovala osvěta a cílené preventivní programy.

V rámci dotazníkového šetření jsem měla možnost nahlédnout do příslušné školní dokumentace a diskutovala jsem s metodiky prevence ohledně metodických postupů, v souvislosti se zajištěním bezpečnosti a ochrany žáků před sociálně patologickými jevy. Prošla jsem si výroční zprávy a školní řád, kde jsou mj. zakotvena pravidla a doporučené postupy pro tyto možné situace. Myslím si, že pozitivní u obou škol je, že vzniklé problémy bývají pečlivě a důrazně řešeny („nezametají se pod koberec“). Také je zde patrná poměrně aktivní komunikace s rodiči či zákonnými zástupci. Na základě této práce lze usuzovat, že obě školy patří do průměru v užívání drog.

7. DOPORUČENÍ PRO PEDAGOGICKOU PRAXI

Mým doporučením pro školu a pedagogy, je především podpora a rozšíření možností celoživotního vzdělávání pedagogů v oblasti protidrogové prevence. Jak je ze závěrečné práce zřejmé, tak poměrně rozsáhlá část byla věnována účinkům a vlivům drog. Je totiž velmi důležité, aby pedagogové tuto problematiku znali a mohli tak se žáky lépe pracovat. Je také podstatné umět včas a správně diagnostikovat problém u žáků. Neboť každá droga působí trochu jinak, efekty bývají individuálního charakteru a je tedy potřeba tyto informace znát (pozn. „jedinec v určité situaci vezme právě tu a tu drogu“). Souhlasím s tvrzením Kaliny a kol. (2003, II. díl, s. 314), který uvádí, že všichni učitelé by měli být dostatečně seznámeni s problematikou drog v celé šíři. To znamená, znát typy drog (i ty nejnovější - „technoscény“ atd.), jejich účinky, rizika a následky. Učitelé by měli chápat mechanismus vzniku závislosti, možnosti léčení a péče, platné zákony a širší společenské souvislosti. Dále by především měli umět včas rozpoznat problémy žáků a vědět, jak se zachovat v problémových situacích. Tyto všeobecné znalosti by měl mít každý absolvent pedagogického studia. Na tyto dovednosti by měly také soustavně navazovat znalosti metod provádění prevence. A zde je tedy nesmírně důležité celoživotní další vzdělávání, protože se neustále objevují nové poznatky a vznikají a budou vznikat další techniky, přístupy a postupy, které by si měli všichni pedagogové osvojit. Učitel by měl být také pro žáky příkladem.

Doporučením pro pedagogy je budování a prohlubování dobrého vztahu se žákem a jeho rodinou. Je založen především na modelu osobního příkladu, dodržování jasných a pevných pravidel, která jsou respektována jak žákem, tak učitelem. Někdy bývá tato záležitost velmi obtížná, zvláště pokud se jedná o problematického žáka. U drogové problematiky je zvláště potřeba brát v potaz celou strukturu rodiny, poměry mezi rodiči a sourozenci, vzdělání rodičů a ekonomickou situaci. Neboť jak poukazují studie Csémy, Chomynové a Sadílka (2009) vzdělání rodičů ovlivňuje chování žáků především ve vztahu ke kouření a k pití alkoholu. Děti rodičů s nízkým vzděláním jsou častěji denními i silnými kuřáky a častěji konzumují ve velké míře alkohol. Častěji se uvádějí v této souvislosti také zkušenosti s užíváním ilegálních drog (konopných látek, extáze, pervitin a těkavé látky).

Dalším doporučením je znalost rodičů a školy toho, jakým způsobem žáci tráví svůj volný čas. Obě školy nabízejí pestrou škálu kroužků, kurzů a nepovinných předmětů, což je velmi pozitivní. Bylo by zajímavé, pro tyto a podobné průzkumy, zjistit pomocí sondy vytíženost a efektivitu tohoto způsobu trávení volného času. Jak bylo zjištěno, významným faktorem dle ESPAD (2007) v souvislosti s užíváním návykových látek je i záškoláctví (neomluvené absence) (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009).

Mým posledním, velmi důležitým doporučením, je neustálé zlepšování a zdokonalování systému prevence a preventivních programů na školách. Doporučuji realizovat vhodné, kvalitní a pravidelné peer programy. Mladí lidé totiž velmi rádi napodobují své vrstevníky, přebírají jejich názory a postoje, jak dobré, tak i špatné. Efektivnost a účinnost peer programů byla zjištěna a prokázána ve všech měřených výsledcích různých studií, jež uvádí ve své monografii Kalina a kol. (2003, II.díl, s. 308). Tímto způsobem se dá ovlivnit rizikové chování adolescentů, žáci se „učí nepodléhat tlaku vrstevníků, odmítat některé situace, zejména rizikové a prosadit si svou individualitu, umět říci ne a „být vždy svůj“ (Havelková, 1997 in Kalina a kol, 2003, II. díl, s. 308).

Výše uvedené doporučení je vypracováno v souladu s dokumenty školy v rámci preventivních programů.

8. ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo charakterizovat problematiku drog a drogových závislostí v návaznosti na školní prostředí. Dílčím cílem bylo popsat a vymezit základní pojmy, charakterizovat sociálně patologické jevy, se zaměřením na návykové látky, nastínit druhy drog, jejich účinky a rizika užívání. Dalším cílem bylo charakterizovat důvody užívání drog mezi žáky středních škol (motivace), možné vlivy na užívání drog, ze strany rodiny, školy, vrstevnických skupin a společnosti. Následujícím dílčím cílem byl popis věku prvního užití drog, frekvence, subjektivně vnímaná dostupnost drog v okolí žáka a názory žáků ohledně škodlivosti užívání drog. Krátce bylo pojednáno o drogové situaci v ČR. Posledním dílčím cílem teoretické části práce byla charakteristika problematiky drogové prevence, možnosti prevence ve školním prostředí a preventivní programy.

V praktické části práce bylo realizováno vlastní průzkumné šetření, prostřednictvím dotazníkové metody. Šetření proběhlo na dvou typech středních škol. Pomocí průzkumu byly zjišťovány informace ohledně aktuálního stavu výskytu drog mezi žáky SŠ. Klíčovými otázkami bylo zejména zjištění dosavadních zkušeností žáků s legálními drogami (cigaretami a alkoholem), věk prvního užití a frekvence jejich užívání. Dalším úkolem bylo, zjistit míru zkušeností žáků s nelegálními drogami, věk prvního užití a jak často žáci užívají ilegální drogy. Byla zkoumána motivace a důvody užití a zjišťováno, jak je snadné pro žáky drogy sehnat. Průzkumným šetřením byly zjišťovány také názory žáků ohledně vnímání rizik a škodlivosti při užívání drog.

Domnívám se, že se mi podařilo v předložené závěrečné práci naplnit cíle, které jsem si vymezila.

Pedagogický přínos závěrečné práce může spočívat v oblasti zdokonalení prevence na zkoumaných školách. Může pomoci také pedagogům, výchovným poradcům a metodikům prevence při spolupráci se žáky a jejich rodiči. Výsledky této práce mohou také přispět k hlubšímu poznání žáků. Doporučuji, aby byly na zkoumaných školách více realizovány vhodné peer programy.

„Ved'me tedy žáky ke zdravému životnímu stylu bez drog!“

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CESKATELEVIZE.CZ. *Droga není žádný démon. Démon je v člověku, který drogy nezvládne.* DOUDA, I. [online]. 2008 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/archiv/>>.

CSÉMY, Ladislav, Pavla CHOMYNOVÁ a Petr SADÍLEK. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 172 s. ISBN: 978-80-87041-94-9.

DRBOHLAVOVÁ, Kristýna. *Kouření a jeho vliv na kůži:* bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta technologická, 2013. 55 l. Vedoucí práce Jana Pavlačková.

DROGY-INFO.CZ. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost* [online]. 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogy-info.cz/>>.

DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014.* [online]. 2015 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/uzivani-drog-v-populaci-2014/uzivani-drog-ve-skolni-populaci-2014/regionalni-skolni-studie-2014/>>.

DROGY-INFO.CZ. *Zaostřeno. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015.* [online]. 2016 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2016-zaostreno/05-2016-evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-2015/>>.

EDEKONTAMINACE.CZ. *Opium.* [online]. 2016 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/387/opium.html?warning=kill/>>.

GREPLOVÁ, Jarmila. Prevalence kouření a postoje k užívání tabáku mezi nezletilými v České republice. *Adiktologie.* 2013, roč. 2013, č. 3-4, s. 240-247.

HEJTMÁNKOVÁ, Renata. *Sociálně patologické jevy a možnosti jejich předcházení:* bakalářská práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, 2009. 50 l. Vedoucí bakalářské práce Mojmír Vážanský.

JANKOVÝCH, Vladislav a Vladěna TUREČKOVÁ. Analýza zneužívání návykových látek na vybrané střední škole. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*. 2012, roč. 2, č. 2, s. 7–18. ISSN 1804-526X.

KACHLÍK, Petr. Analýza chování s rysy závislosti a primární prevence u prezenčních studentů Masarykovy univerzity. *Lifelong Learning – celoživotní vzdělávání*. 2015, roč. 5, č. 3, s. 45-74. ISSN 1804-526X.

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

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2.* 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN: 80-86734-05-6.

KUBŮ, Pavel, Kateřina ŠKAŘUPOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Tanec a drogy 2000 a 2003: Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby v České republice.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 92 s. ISBN 80-86734-77-3.

LÁŽOVÁ, Jana. *Tabakismus z hlediska dnešních středoškolských teenagerů ve Valašském Meziříčí:* diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, 2009. 93 l. Vedoucí práce Petr Kachlík.

LEKARI.PORODNICE.CZ. *Opioidy.* [online]. 2002-2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://lekari.porodnice.cz/opioidy/>>.

LINHARTOVÁ, Dana. *Psychologie pro učitele.* 1. vyd. Brno: MZLU, 2000. 257 s. ISBN 80-7157-476-7.

MEDICINA.CZ. *Negativní účinky kouření.* [online]. 2001 - 2016 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW: <<http://medicina.cz/clanky/10019/34/Negativni-ucinky-koureni/>>.

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie.* 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 105 s. ISBN 80-210-2511-5.

NACEVOVÁ, Jarmila. *Problematika vybraných omamných a psychotropních látek na střední škole: bakalářská práce.* Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky Brno, 2016. 61 l. Vedoucí práce Petr Kachlík.

NEHYBA, Vladimír. *Výskyt sociálně patologických jevů na středních školách. Závislost na cigaretách, alkoholu a drogách: bakalářská práce.* Brno: Mendelova univerzita, Institut celoživotního vzdělávání, 2011. 63 l. Vedoucí bakalářské práce Dita Janderková.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti, jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat.* 3. rozšířené vydání. Praha: Sportpropag, 1995. 160 s.

NEŠPOR, Karel. *Kouření, pití, drogy.* Praha: Portál, 1995. 125 s. ISBN 80-7178-023-5.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech.* Praha: Portál, 1995. 128 s. ISBN 80-7178-086-3.

ODROGACH.CZ. *Opiáty a opioidy.* [online]. 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/opiaty-a-opioidy2.html>>.

ODVYKANI-KOURENI.CZ. *Rizika kouření.* [online]. 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.odvykani-koureni.cz/rizika-koureni/>>.

OŠMEROVÁ, Dana. *Prevence kouření dětí a mládeže: diplomová práce.* Brno: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno, 2010. 95 l. Vedoucí práce Josef Ošmera.

PÁLENÍČEK, Tomáš, Pavel KUBŮ a Viktor MRAVČÍK. *Nové syntetické drogy: charakteristika a hlavní rizika.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 36 s. ISBN 80-86734-26-9.

PEŠEK, Roman a Viktor MRAVČÍK. *Efektivní regulace užívání marihuany. Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 92 s. ISBN: 978-80-7440-041-4.

PRAVDA O DROGÁCH [online]. 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.rekninedrogam.cz/>>.

PREVCENTRUM.CZ. *Heroin.* [online]. 2016 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/Heroin/>>.

SEKOT, Aleš. *Úvod do sociální patologie.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 193 s. ISBN 978-80-210-5261-1.

SKOPAL, Ondřej a Martin DOLEJŠ. Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů. *Adiktologie.* 2014, roč. 2014, č. 1, s. 54-65.

SLOMEK, Zdeněk. *Speciální pedagogika: Etopedie* [online]. Poslední úpravy 2006. [cit. 2016-10-11]. Dostupné z WWW:<http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijniprogramy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/specialni_pedagogika_etopedieopora.pdf/view?searchterm=kss>.

SOCHŮREK, Jan. *Úvod do sociální patologie* 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.

SOCHŮREK, Jan. *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. díl. Sociálně patologické jevy.* 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2001. 47 s. ISBN 80-7083-495-1.

ŠAFÁŘOVÁ, Jiřina. *Tabakismus jako sociálně patologický jev u středoškolské mládeže:* bakalářská práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, 2011. 72 l. Vedoucí bakalářské práce Petr Hlad'o.

TYŠER, Jiří. *Školní metodik prevence.* 1. vyd. Most: Nakladatelství Hněvín, 2006. 104 s. ISBN 80-86654-17-6.

UCITELCHEMIE.UPOL.CZ. *Vybraná témata pro výuku chemie.* [online]. 2016 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z WWW:

<http://ucitelchemie.upol.cz/materialy/vtvch1/vybrana_temata_pro_vyuku_chemie_1.pdf>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN: 978-80-7367-414-4.

ZMEŠKAL, Stanislav. *Postoje žáků středních odborných škol k drogám:* bakalářská práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, 2012. 85 l. Vedoucí bakalářské práce Petr Hlad'o.

10. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů - škola A	49
Graf 2: Věk respondentů - škola B.....	50
Graf 3: Pohlaví respondentů – škola A.....	50
Graf 4: Pohlaví respondentů – škola B.....	50
Graf 5: Studium – škola A.....	51
Graf 6: Studium – škola B.....	51
Graf 7: Zkušenost s cigaretami (škola A).....	52
Graf 8: Zkušenost s cigaretami (škola B).....	53
Graf 9: Frekvence kouření cigaret během 30 dní (škola A).....	54
Graf 10: Frekvence kouření cigaret během 30 dní (škola B).....	55
Graf 11: Frekvence pití alkoholu během 30 dní (škola A).....	57
Graf 12: Frekvence pití alkoholu během 30 dní (škola B).....	57
Graf 13: Důvody užívání marihuany (škola A).....	62
Graf 14: Důvody užívání marihuany (škola B).....	62

11. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník SŠ – nevyplněný

Příloha 2: Dotazník SŠ – vyplněný (ukázka)