

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Alkohol a návykové látky u dnešní mladé generace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivan Nedoma

Vypracoval:

Václav Janů

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Alkohol a návykové látky u dnešní mladé generace“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Dolní Bojanovice 7. 4. 2010

.....

Václav Janů

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Ivanu Nedomovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěl poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Alkohol a návykové látky	9
1.1 Alkohol a návykové látky v dějinách lidstva	9
1.1.1. Historie alkoholu	9
1.1.2. Historie tabakismu	11
1.1.3. Historie ostatních návykových látek	12
1.2 Závislost a její motivy a důsledky	14
1.2.1. Vymezení pojmů	14
1.2.2. Závislost	14
1.2.3. Etapy na cestě mladistvého do drogové závislosti	16
1.2.4. Motivы závislosti	19
1.2.5. Důsledky závislosti	20
1.3 Aktuální stav užívání ve společnosti	21
1.3.1 Alkohol	22
1.3.2. Tabák	22
1.3.3. Nelegální drogy	23
1.4 Rozdělení návykových látek, účinky a rizika jejich užívání	26
1.4.1. Alkohol	26
1.4.2. Tabák	29
1.4.3. Konopné drogy (marihuana a hašiš)	29
1.4.4. Tlumivé léky (barbituráty, antidepresiva, antipsychotika ...)	30
1.4.5. Organická rozpouštědla (toluen, benzin, aceton, různá lepidla ...)	30
1.4.6. Látky s budivým účinkem - stimulancia (pervitin, kokain, efedrin, crack, kofein, ...)	31
1.4.7. Opiáty (heroin opium, morfin, dolsin, kodein, braun ...)	31
1.4.8. Halucinogeny (LSD, MDMA, různé houbičky ...)	32
2. Rodina a výchova	33
2.1 Užívání alkoholu a jiných návykových látek v rodině	33

2.2 Rodič závislý na alkoholu jako „vzor“	34
2.3 Návykové látky a domácí násilí	35
3. Alkohol a návykové látky v dopravě	37
3.1 Účinky alkoholu a návykových látek při řízení motorových vozidel	37
3.2 Statistika dopravních nehod, při kterých bylo u některého z účastníků zjištěno ovlivnění návykovou látkou za rok 2009	41
4. Prevence užívání alkoholu a návykových látek	42
4.1 Prevence v rodině	43
4.2 Prevence ve školním prostředí	45
4.3 Prevence v zaměstnání	47
4.4 Prevence na úrovni volného času	48
5. Odborná pomoc a léčba závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách	49
5.1 Odborná pomoc závislým na alkoholu a jiných návykových látkách	49
5.2 Léčba závislosti a její možnosti	50
II. PRAKTICKÁ ČÁST	52
1. Projekt výzkumu	53
1.1 Cíl výzkumu	53
1.2 Stanovení hypotéz	53
1.3 Metoda výzkumu	54
1.4 Charakteristika výběru a průběh výzkumu	54
2. Analýza dat získaných výzkumem	55
3. Závěr provedeného výzkumu	68
4. Shrnutí svých názorů a postřehů při volné diskuzi s žáky 8. a 9. tříd základních škol	68
ZÁVĚR	70
Resumé	71
Anotace	72
Seznam použité literatury	73
Internetové zdroje	74
Seznam použitých symbolů a zkratk	76
Seznam tabulek	77
Seznam grafů	78
Seznam příloh	79

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybral problematiku alkoholu a návykových látek, kdy jsem se zaměřil na dnešní mladou generaci. Tato problematika mě zajímá již delší dobu.

Jakožto příslušník Policie České republiky, při práci na Dopravním inspektorátu v Hodoníně, se s alkoholem a jinými návykovými látkami setkávám velmi často, a to nejen v souvislosti se silničním provozem.

Pod vlivem návykových látek se občané dopouští velkého množství nejrůznějších přestupků i trestných činů. V rámci své služby tyto provinění buď řešíme jako hlídka dopravní policie nebo asistujeme kolegům z pořádkové policie. Nejednou jsme jim již jeli pomáhat například k domácímu násilí mezi manželi, po kterém často následovalo oprávnění podle zákona o Policii ČR – vykazání agresora z bytu nebo domu, společně obývaného s útokem ohroženou osobou, jakož i z bezprostředního okolí společného obydlí.

V rámci své služby se zabýváme také prevencí, kdy navštěvujeme základní a střední školy, učiliště i zájmové organizace. Nejedná se jen o prevenci v rámci dopravy, čím dál víc se zaměřujeme na alkohol a drogy, jelikož obzvláště drogy v novodobé historii, v tzv. „polistopadové éře“, vstoupily, zejména v souvislosti se „společenským uvolněním“, ve velké míře do lidských životů. Nejvíce ohroženi jsou děti a mládež, jelikož u nich je největší riziko návyku na těchto látkách.

Cílem mé bakalářské práce je seznámit se s celou problematikou alkoholu a návykových látek. Od historie až po současnou situaci v České republice a především zmapováním situace přímo v mém okolí, tj. v okrese Hodonín.

V teoretické části své práce se zaměřím na alkohol a návykové látky v dějinách lidstva, popis aktuálního stavu užívání těchto látek se zaměřením na současnou mladou generaci a osvětlím pojem závislost, její etapy, motivy a důsledky. Dále se budu zabývat užíváním alkoholu a návykových látek v rodině, z čehož může pramenit mimo jiné domácí násilí. V rámci své profese bych nechtěl opomenout ani účinky alkoholu a návykových látek při řízení motorových vozidel. Poté se, v teoretické části, zaměřím na prevenci užívání alkoholu a návykových látek, kdy uvedu možnosti prevence v rodině, ve školním prostředí, v zaměstnání a na úrovni volného času. Teoretickou část ukončím stručným nástinem odborné pomoci závislým a možností léčby závislosti.

V praktické části provedu na téma alkohol a návykové látky několik přednášek s žáky základních škol. Jejich názory a postřehy k této problematice vyhodnotím v jim předloženém dotazníkovém šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Alkohol a návykové látky

1.1 Alkohol a návykové látky v dějinách lidstva

Od dávných časů lidé používali alkohol i návykové látky k tomu, aby změnili stav svého vědomí, aby se stimulovali nebo uvolnili, usnuli nebo spánku zabránili, aby zlepšili schopnost svého vnímání, nebo aby si vyvolali halucinace. Postoje lidské společnosti k užívání alkoholických nápojů a jiných návykových látek se měnily podle doby, stupně kultury i soudobých názorů. (Pipeková a kol., 1998)

1.1.1. Historie alkoholu

Alkohol a jeho účinky poznali lidé zřejmě již ve starověku. Ve formě vína z vinné révy je znám lidstvu více než osm tisíc let, kdy se poprvé začal vyrábět v oblasti Blízkého Východu. Řekové víno dováželi, často pro čistě lékařské účely. V Římské říši bylo pití vína velmi rozšířené a vinařské umění velmi dokonalé.

Kolem 5. století se začala pěstovat vinná réva v dnešních známých vinařských oblastech Francie a Porýní. Po staletí znají Japonci víno z rýže, mexičtí Indiáni z agáve a Inkové z kukuřice. Staří Vikingové, ale i Slované znali medovinu z kvašeného medu. Pivo vařili již staří Babylóňané před 7 - 8 tisíci lety. Postupně se velmi rozšířilo v Egyptě a západních částech Římského impéria. Také staří Čechové znali pivo velmi dobře. Kvašením lze vyrobit roztok, kde je obsah alkoholu maximálně 12 - 13% . Čistý alkohol byl poprvé získán v 10. století, kdy Arabové vynalezli proces destilace a dostal název "al kuhol" - což je arabský výraz pro "něco nejlepšího." Od té doby máme k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol. Nejvyšší možné koncentrace alkoholu jsou kolem 95%. Takovýto alkohol se používá pouze k lékařským účelům. Nejvyšší koncentrace konzumního alkoholu bývá většinou kolem 40%.

Alkohol vstoupil lehkým krokem do lidského života z toho důvodu, že v prvopočátku lidem pomáhal a zpříjemňoval život. Lidem vyhovovaly především ty vlastnosti alkoholu, jichž bylo možno využít v lékařství. Lidé používali různé vínové obklady, které přinášely pacientovi úlevu. Také po samotném požití alkoholického nápoje se pacientovi ulevilo a bolest byla snesitelnější. Důležitou roli v rozvoji požívání alkoholických nápojů sehráli i bylinkáři a lidoví léčitelé.

Alkohol usnadňoval lidem život a činil jej příjemnějším, ale již v této době dokázal svádět člověka ze správné cesty. Lidé vítali, že pod jeho účinky se mění jejich

psychické vlastnosti. Po požití alkoholu měli lepší náladu, byli veselejší, snadněji se sbližovali, různé osobní problémy a útrapy se jim nejevily již tak nesnesitelné a nepřekonatelné. Požití alkoholu je přivádělo ke kolektivnímu veselí.

Lidé se tak sami nevědomky dostali na šikmou plochu, z které pro mnoho z nich již nebylo úniku. (Dějiny alkoholu, 2007)

Pro zajímavost uvedu ještě ukázkou trestů za pití a opilost a některé zajímavosti v historii lidstva v souvislosti s vývojem své existence.

Tresty za pití a opilost:

- 1220 př. n. l. – čínský císař Vu Vong – smrt hrozila každému, kdo byl přistižen opilý
- 5. a 6. století – Konfucius a Budha: zakázali pití alkoholických nápojů.
- Indie (nedatováno) – při přistižení v opilosti byli opilci nuceni pít z rozžhavené nádoby vařící víno, vodu, kraví moč nebo vřelé mléko až k smrti.
- Indické ženě, která byla přistižena v opilosti, žhavým železem vypálili do kůže čela podobu nádoby, z níž alkohol pila. Pak byla vyhnána.
- Mohamed zakázal pít víno.
- Papežové se snažili zabránit pití alkoholu tím, že dali příkaz k vylití sudů s alkoholem do řek.
- Každý Říman měl právo zabít svou ženu, pokud ji přistihl opilou.
- Opilý otrok byl trestán 80 ranami holí, člověk svobodný 40 ranami. Ve staré Spartě byli otroci záměrně opíjeni a poté byli ukazováni mládeži jako odstrašující příklady.
- Athény – první athénský zákonodárce Drakon - za opilost hrozila smrt.
- Karel Veliký – opilci byli tělesně trestáni; nejdříve v uzavřené místnosti, pak veřejně. Pokud pili dál, byli popraveni. (Skála, 1988)

Zajímavosti:

- Na druhé straně bylo víno považováno za lék, který zlepšuje plodnost žen, dává zdraví, má jisté účinky jako protijed proti hadímu uštknutí a jedovatým rostlinám.

- Již velmi dávno bylo zjištěno, že mandle snižují účinky alkoholu a „kocovinu“ dobře léčí zelí.
- Do alkoholu se přidávaly různé přísady pro snížení jeho vlivu – např. sádra, vápno, aj. Víno bylo vařeno v olověných kotlích, proto bylo značně jedovaté.
- Víno se používalo nejen k pití, ale také například k čištění ran na bitevním poli. Alkohol se užívalo k čištění střev, léčení nespavosti, zácpy a především k otupování při trhání zubů a menších operačních zákrocích. Ve středověku alkohol sloužil při léčbě tyfu a cholery. (Mlčoch, 2009)

1.1.2. Historie tabakismu

Počátek kouření tabáku můžeme vysledovat v civilizaci Mayů v Mexiku okolo roku 500 př. n. l. Zmínky o kouření jiných rostlin můžeme nalézt ve védských památkách v Indii, v době několik tisíc let př. n. l., a dá se předpokládat, že jednou z rostlin byl i tabák. Obchodní využití v mezinárodním měřítku začalo s příchodem objevitelů Nového světa. Původní obyvatelé Ameriky od jihu až na sever tabák kouřili, žvýkali, šňupali, pojídali tabákové listy. Portugalci, kteří ovládali mezinárodní obchod před příchodem Holanďanů a Angličanů, jako první kultivovali tabák mimo Ameriku a mají největší zásluhy na rozšíření tabáku do světa. Zpočátku se tabákem zabývali botanici a lékaři se ho snažili využívat k léčebným účelům. V Evropě se tabák začal více objevovat v šestnáctém století a kouření se začalo stávat společenským rituálem. Tabák se brzy začal pěstovat po celém světě. Nový zvyk samozřejmě vyvolal i negativní odezvy a v mnoha zemích, jako např. ve Švýcarsku, Persii, Turecku či Rusku, byly za užívání tabáku stanoveny kruté sankce zahrnující i trest smrti.

V devatenáctém století již bylo šňupání tabáku považováno za zlozvyk nižších společenských vrstev a mezi vybranými kruhy se začaly ujímat doutníky a posléze cigarety. Zprvu se cigaretový tabák balil do jakéhokoli papíru, neexistovala žádná oficiální výroba, ale tomu se podnikatelské vrstvy velmi rychle přizpůsobili, takže od druhé poloviny devatenáctého století začali výrobci chrlit ručně vyráběné cigarety a posléze, od přelomu 19. a 20. století, získaly dominantní postavení na trhu samozřejmě průmyslově balené cigarety.

Objektivně byla rizika, která kouření způsobuje, popsána až v padesátých letech 20. století. V současnosti kouří v ČR asi čtvrtina až třetina dospělé populace. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

1.1.3. Historie ostatních návykových látek

Užívání psychoaktivních látek pro léčitelství, věštění a pro jiné rituální a spirituální praktiky lze sledovat až k úsvitu lidské historie.

Vlastnosti makové šťávy byly doložitelně známy na území starodávné Mezopotámie již v době neolitu (8000 - 5000 let př.n.l.). Ve starém Egyptě (14. století př.n.l.) se *mák* pěstoval na větších plochách a byl z něj vyráběn božský lék proti bolesti - *opium*. Obličej sošek „bohyní máku a makovic“ ze starověké Kréty (13. století př.n.l.), mají však zvláštní výraz extáze v opiovém opojení a jsou jedním z dokladů toho, že od pradávna byly známy nejen léčebné, ale i opojné vlastnosti opia.

Jednou z nejstarších kulturních rostlin lidstva je i *konopí*. Pochází pravděpodobně z centrální Asie odkud se rozšířilo do Afriky a do Číny. Před asi 5000 lety je konopí v čínské literatuře popisováno jako droga proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím. I v indické literatuře (kolem roku 800 př.n.l.) je konopí uváděno jako lék proti mnoha nemocím a zároveň je popisováno i jeho užití v duchovní sféře, např. při uctívání boha Višnu.

Účinky listů keře *koky* znají v Jižní Americe pravděpodobně už 5000 let. Podle starých indiánských legend (14.stol.) byl „božský list“, který zarmoucené rozveselí, vyčerpané posílí a hladové nasytí, přinesen synem Slunce vyvolenému národu Inků. Jeho užívání jako posilovacího prostředku pro usnadnění pohybu ve vysokých horách se udrželo dodnes.

Stejně tak využívali běžci-poslové ve staré Habeši stimulačních účinků keře *Kath*, který dodnes roste vysoko v horách východní Afriky a jižní Arábie.

Důležitou součástí dějin náboženství snad ve všech částech světa byly (a někde dosud stále jsou) *halucinogenní drogy*. Houbový kult indiánů střední Ameriky je zhruba 4000 let starý a částečně přetrvává dodnes. Mezi tradiční halucinogeny patří i mexický kaktus *Peyotl*, amazonská „epena“ - šňupací prášek z kůry stromu *Virola*, „ololiuqui“ - semena *povijnice* nebo „pipiltzintzintli“ - listy *šalvěje divotvorné*.

Námel *paličkovice nachové* býval příčinou poměrně častých i hromadných otrav žitem v Evropě v době středověku - epidemie popisované jako „svatý oheň.“

Zlou pověst měly i tzv. drogy nočních stínů jako kořen *mandragory*, bobule *rulíku zlomocného*, semena *blínu* či *durmanu* atd.

Drogy byly užívány nejprve jako léčivé, později jako opojné prostředky. Naši dávní předkové přistupovali k opojným vlastnostem drog většinou s úctou a respektem jako k božským silám. I oni těmto silám ovšem mnohdy podléhali.

Nicméně teprve s dobou velkých objevů v 19. století, s rozvojem farmaceutického výzkumu a průmyslu dochází k opravdu masovému rozšiřování drog zejména v Evropě a Severní Americe. V 19. století byly izolovány alkaloidy např. **morfin** (1803), **kofein** (1820), **nikotin** (1828), **atropin** (1833), **kokain** (1859), **efedrin** (1887). Celá řada těchto látek se začala záhy komerčně vyrábět.

V polovině 19. století podle odhadů pravidelně užívaly drogy stovky milionů lidí (kolem roku 1855 - 400 mil. lidí opium, až 300 mil. lidí konopí a 10 mil. lidí koku). V prvních odvážných krocích „rozvoje a pokroku“ lze asi jen stěží předvídat všechny možné nežádoucí důsledky.

Další dosud neznámé rozměry účinků některých drog přinesl převratný vynález **injekční jehly** roku 1853.

Na přelomu 19. a 20. století a ve dvacátých letech 20. století pak pozorujeme další nárůst drogových závislostí. Současně prudce narůstají i společenské komplikace a dopady zdravotní i sociální. V této době se začínají mezinárodní jednání o narkotikách - opiové konference v Šanghaji - 1909, Haagu - 1912 a Ženevě - 1925 a postupně vznikají v jednotlivých zemích protidrogové zákony.

Od počátku 20. století společenské hodnocení postupně vede k rozdělení drog na **legální** (alkohol, nikotin) a **nelegální** (např. kokain, heroin, konopí). Výroba nelegálních drog je zakázána a trestána. V případě důležitých léčiv jsou velmi zpřísněna pravidla zacházení s těmito látkami. Postupně dochází k nárůstu ilegálních překupnických mezinárodních organizací, k ilegální syntéze řady nových drog, zejména nové halucinogeny a stimulantia. V roce 1961 byla uzavřena mezinárodní Jednotná úmluva o omamných látkách OSN o zákazu všech drog lidem škodlivých (Single Convention on Narcotic Drugs), posílená dalšími pozdějšími dohodami.

Závislosti na omamných látkách (včetně závislosti na alkoholu a nikotinu) začínají být posuzovány jako chronická onemocnění CNS. Stále výrazněji je podporován výzkum mechanismů závislosti a snahy o léčení a prevenci závislostí. Přesto se ve světě stále zvyšuje počet lidí závislých na drogách. (Fišerová, 2000)

1.2 Závislost a její motivy a důsledky

1.2.1. Vymezení pojmů

Dříve než začnu popisovat aktuální společenskou situaci, je nezbytné vymezit několik důležitých pojmů, které budou dále používány.

Akutní intoxikace – přechodný stav po užití látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.

Škodlivé užívání (abúzus) – takové užívání, které poškozuje tělesné nebo duševní zdraví

Odvykací stav (abstinenční syndrom) – kombinace příznaků, které se objevují při úplném nebo částečném vysazení látky, která byla opakovaně, zpravidla dlouhodobě užívána. Začátek a průběh odvykacího stavu jsou časově omezeny a závisí na typu látky a dávce užívané bezprostředně před zahájením abstinence. Může být komplikován záchvaty křečí.

V rámci abstinenčního syndromu se můžeme setkat s následujícími příznaky:

- ranní pití
- třes rukou nebo celého těla
- poruchy spánku
- anorexie
- pocit těžkého žaludku, zvracení
- zvýšená potivost, kolísání tlaku
- úzkost, rozklady, deprese, neklid, afektivní labilita
- malátnost, slabost ...

1.2.2. Závislost

Závislost zahrnuje skupinu fyziologických (tělesných), behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se duševního života, zejména poznávání) fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky u daného jedince mnohem větší přednost než

jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Ústřední charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, ale nemusí být předepsány lékařem). Při návratu k užívání látky po období abstinence se rychle obnovují příznaky syndromu závislosti. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

„Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby byly v posledních 12 měsících přítomny alespoň tři z následujících příznaků:

- silná touha a nutkání užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky,
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek k dosažení očekávaného stavu,
- zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,
- pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).“ (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s. 19)

O závislosti se nejčastěji hovoří v souvislosti s alkoholem a návykovými látkami. V dnešní době už se ovšem zdaleka nejedná jen o alkohol a drogy.

Fenomén současné postmoderní doby je závislostní chování jako součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých. Závislostní chování se intenzivně šíří do oblastí hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, pracovní činnosti, závislost na jídle, hubnutí, závislost na sektách, kultech a narůstající počty „klasicky“ závislých, tj. na alkoholu, drogách, cigaretách, kávě, čaji apod. (Pipeková, 1998)

Typy závislostí:

1. *Biologická (somatická) závislost* – stav adaptace organismu na drogu doprovázený zvyšující se tolerancí (jedinec k dosažení stejného efektu potřebuje stále větší a větší dávku) a projevující se při vysazení drogy abstinčním syndromem.

2. *Psychická závislost* – potřeba drogu užívat opakovaně nebo trvale k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných a zatěžujících. Jedinec má návyk užívat drogu, protože mu přináší uspokojení.

Na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory **osobnost člověka** a vlastnosti jeho organismu a **vlivy vnějšího prostředí**. Prostředí lze diferencovat na obecné, sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a situační podněty (např. tradice užívat drogu, její dostupnost, sociální model známého člověka, který ji konzumuje apod.).

Výsledek interakce uvedených dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na psychoaktivní látce. (Vágnerová, 1999)

1.2.3. Etapy na cestě mladistvého do drogové závislosti

Experimenty s drogami různého typu jsou u určité části mládeže v podstatě normou. Zdá se, že společnost ve své snaze přinášet svobodu a být liberální bezděky zaujala po roce 1989 i k problému zneužívání drog postoj shovívavého pochopení a tak prudce stoupl počet mladých lidí, kteří vstupují do prvního kontaktu s nealkoholovou drogou.

Ukazuje se ale, že značné procento mladistvých po první zkušenosti (příp. po několika zkušenostech) spirálu vedoucí do závislosti z nejrůznějších důvodů opouští. Pro někoho byla tato zkušenost velmi nepříjemná, nebo prostě jen nenaplnila očekávání. Stejně tak dobře může jít o „odškrtnutý“ prožitek, který dospívajícího vřazuje mezi vrstevníky, případně o uspokojení vlastní zvědavosti. Motivů vedoucích mladistvého do prvního kontaktu s drogou bývá celá řada, ale obvykle ještě nejde o specifické účinky (stimulující, tlumící, halucinogenní), jde spíše o snahu prožít dobrodružství, zahnat nudu, nelišit se od party kamarádů apod.

Tyto důvody, silně potřzené tlakem ze strany vrstevníků, obvykle vedou mladého člověka do první etapy na cestě do drogové závislosti – do ***etapy experimentování***.

V této etapě není droga cílem, ale pouze prostředkem. Drogové experimenty jsou poměrně častým jevem, protože experimentování prostě patří k dospívání. Zdá se,

že většina mladých lidí procházejících touto etapou z takového pokusnictví zcela přirozeně vystupuje. Změní-li se situace, kamarádi, do popředí se dostanou jiné hodnoty a drogová kariéra končí, aniž by vlastně začala. Nelze však opomíjet zrádnou skutečnost, že při vstupování do experimentu s drogou nikdy nikdo neví, zda to nebude právě on, kdo bude lapen. (Jedlička a kol., 1997)

Nikdo do fáze experimentování s drogou nevstupuje s tím, že skončí jako rozpadlá osobnost. Je to přesně naopak. Často je už i problémový uživatel skálopevně přesvědčen, že své experimenty s drogou má pevně v rukou a je si jistý, že může přestat ihned, jakmile bude on sám chtít.

V případech, kdy jedinec začne brát víkendově nebo rekreačně, tak již vstupuje do druhé etapy drogové závislosti. *Etapa rekreačního užívání návykových látek* je v drogovém scénáři jednou z nejpříjemnějších a z objektivního hlediska jednou z nejrizikovějších, právě pro onen zavádějící prožitek „pohodovosti“. Mladí lidé, kteří procházejí touto etapou, bývají drogou okouzleni, neboť jim její užívání zatím přináší větší zisky než ztráty. Nevnímají hrozící nebezpečí změněné kvality jejich vztahu k návykové látce. V této etapě totiž přestává být droga prostředkem, ale stává se cílem. „*Víkendový uživatel*“ už obvykle má svoji drogu, jejímž prostřednictvím dosahuje naplnění svého konkrétního přání nebo potřeby. Může jít například o snahu podat lepší výkon, vydržet fyzickou námahu, odstranit tělesné obtíže, celkovou touhu posílit se od psychické nepohody apod.

Z etapy rekreačního užívání se nevystupuje snadno, protože uživatel obvykle nemá mnoho subjektivně prožívaných ztrát fyzických, psychických ani sociálních, pod jejichž tlakem by chtěl změnit současný život s drogou. Může se stát, že mladistvý je odhalen rodiči nebo jinou blízkou osobu, případně ve škole a tak, dříve než tomu bývá při spontánním vývoji drogové závislosti obvyklé, přichází první vážné obtíže. Vzniklou situaci však jako problémovou primárně ve spojení s užíváním drogy prožívají především rodiče, nebo blízké osoby kolem dospívajícího. On sám ji pak vnímá jako problémovou pouze sekundárně (jako obtíže těch druhých, které se ho ve svých důsledcích dotýkají).

Rozvoj drogové závislosti vede tedy k prvním negativním zkušenostem s návykovou látkou, kterých v postupujícím čase zákonitě přibývá. Může jít o velmi silné jednorázové zkušenosti (např. vyšetřování trestného činu spáchaného pod vlivem drogy, smrt přítele, zjištění HIV pozitivitu) nebo hromadící se ztráty. Ztráty *sociální*

(postupná změna pozice a pozdější nucený odchod ze školy, ubývání přátel z řad abstinentů apod.) *zdravotní* (onemocnění žloutenkou, aktivace latentní psychózy, rozvoj paranoidního syndromu apod.) a *psychopatologické* (postupná ztráta sebeúcty, nepříjemně prožívané konflikty v rodině, pocit viny). Z uživatele se stává problémový uživatel a subjektivně příjemně prožívané fáze rekreačního braní spirálovitě přechází do *fáze dvojího programu*.

Mladistvý zneužívající drogy, který dospěl až do této fáze, prožívá jedno ze svých nejnáročnějších období. Houstne atmosféra napětí, strachu, roztáčející věčný kolotoč manipulací, lži a společensky nepřijatelného chování. Problémový uživatel začíná bilancovat. Ví už, že drogy jsou „svinstvo“ a opakovaně se pokusí „nebrat“. Je přesvědčený, že abstinovat chce a dokáže. Občas to také zkouší. Ale vedle abstinčního programu v jeho hlavě paralelně běží druhý, prodrogový program, který má stejnou sílu a váhu. Je založený na nedůvěře ve vlastní síly a schopnosti, na pocitu bezmoci, na přesvědčení, že „jedy jsou to nejhezčí, co jsem kdy v životě poznal“. Vede k novým a novým selháním a recidivám.

Obvykle dochází ke stále větším komplikacím a do hry často vstupuje i represe. Jedinec s drogovými problémy se dostává do izolace jak ve skupině svých zdravých přátel nebo blízkých, tak i ve vlastní „feťácké partě“. Buď se v tomto období setká s pomáhající institucí, dokáže přijmout nabízenou pomoc a nastoupí dlouhou, složitou a strastiplnou cestu ke svému uzdravení, nebo směřuje do čtvrté fáze drogové závislosti, do tzv. *drogy na plný úvazek*.

V této fázi je skoro na konci cesty do závislosti. Psychoaktivní látka sama o sobě přestává být to nejdůležitější, protože pozitivní efekt již prakticky neexistuje. Droga závislému dovoluje žít. Mladistvý se ráno probudí s nastupujícími projevy abstinčního syndromu a celý den věnuje shánění své dávky. Všechno ostatní je druhořadé.

Drogový stereotyp života je pátým konečným stádiem. „*Fet je celý můj život*“. Drogy vyrábím, prodávám, žívím se jimi, zneužívám je, mluvím o nich, myslím na ně, jejich prostřednictvím kriminalizuji vlastní osobu, jsou moje jediná radost a tisíce prokletí. (Jedlička a kol., 1997)

1.2.4. Motivy závislosti

Důležitou součástí a podmínkou pro vývoj návyku a závislosti je motivace vedoucí k abúzu drogy. Motivů známe celou řadu

- *Motivace fyzická* – přání fyzického uspokojení, uvolnění, odstranění fyzických obtíží, přání získat více energie, udržet si fyzickou kondici ...
- *Motivace senzorická* – přání stimulovat zrak, sluch, hmat, chuť, potřeba smyslově-sexuální stimulace ...
- *Motivace emocionální* – uvolnění od psychické bolesti, pokus řešit osobní komplikace, uvolnění od špatné nálady, snížení úzkosti, emocionální relaxace...
- *Motivace interpersonální* – potřeba získat uznání od vrstevníků, komunikovat s nimi, především neverbálně, vzdorovat autoritě, posílit vazbu s druhou osobou ...
- *Motivace sociální* – potřeba prosadit si sociální změny, identifikovat se s určitou subkulturou, unikat z obtížných až nesnesitelných podmínek prostředí, měnit společenské vědomí vrstevníků ...
- *Motivace politická* – potřeba identifikace se skupinami protestujícími proti establishmentu, měnit drogovou legislativu, nedodržovat společenská pravidla...
- *Motivace intelektuální* – uniknout nudě, řešit umělé problémy, produkovat originální ideje, zkoumat své vlastní vědomí a podvědomí ...
- *Motivace kreativně estetická* – vylepšit uměleckou tvorbu, zvýšit požitek z umění, ovlivnit a rozšířit představivost ...
- *Motivace filozofická* – objevovat významné hodnoty, hledat smysl života, objevovat nové pohledy na svět ...
- *Motivace spirituálně mystická* – vyznávat ortodoxní víru, prosazovat a vázat se na spirituální náhled, získávat boží vize, komunikovat s bohem ...
- *Motivace specifická* – osobní potřeba prožít dobrodružství, získat ocenění u určitých osob a jinak nevyjádřitelné prožitky. (Heller, Pecinovská a kol, 1996)

1.2.5. Důsledky závislosti

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka somaticky, psychicky i sociálně.

Somatické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách může primárně či sekundárně poškodit somatické zdraví jedince. Může jít např. o poškození CNS, jater, ledvin, zažívacího traktu, cév, je zvýšené riziko infekce hepatitidy, HIV apod.

Vlivem užívání se negativně mění i zevnějšek člověka (vpichy, nápadné vyhubnutí ...), závislý člověk celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát, neudržuje hygienu apod.

Účinky jednotlivých psychoaktivních látek podrobně rozepíšu v kapitole 1.4 - rozdělení návykových látek, účinky a rizika jejich užívání.

Psychické důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách mění také psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Emoční prožívání je deformováno, nepřiměřené citové reakce, labilita, podrážděnost, zhoršená schopnost koncentrace pozornosti, mění se aktivační úroveň apod.

Závislý jedinec má jinou hierarchii hodnot, která ovlivňuje i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle k překonání potíží, s nimiž je užívání drogy spojeno.

Návyk na drogu mění také životní styl, který výrazně ochuzuje, takže se nakonec stává značně redukovaným stereotypem. Závislý jedinec se zaměřuje pouze na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola.

Osobnost závislého postupně upadá a nakonec mu zbývá pouze a jen ta jeho droga, jelikož všechno ostatní ztratil, zmizelo nebo přestalo mít svůj význam.

Sociální důsledky závislosti

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí.

Závislý přestává respektovat normy, neplní svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy apod.

Hodnota drogy je pro závislého člověka tak silná, že je pro její získání schopen a ochoten krást, podvádět, využívat i blízké lidi, prostituovat a dopouštět se i závažných trestných činů.

Celkově se mění jeho vztahy s lidmi, jelikož se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí, což je pro jeho okolí většinou nepřijatelné.

Drogově závislý jedinec devastuje a mnohdy i rozbíjí svou rodinu, což může skončit až jejím úplným rozpadem. Postupně také selhává v profesní roli, není schopen požadovaného výkonu, stává se nezaměstnaným a nemá ani motivaci hledat jiné uplatnění.

Závislý jedinec postupně ztrácí většinu svých sociálních rolí, jelikož pro svou závislost není schopen tyto role plnit. Jeho chování má pouze jeden cíl: získat drogu a užít ji. (Vágnerová, 1999)

1.3 Aktuální stav užívání ve společnosti

Alkohol a tabák jsou psychoaktivní látky, s nimiž získávají děti první zkušenosti již v mladším věku. Školní dotazová šetření jsou jedním z mála zdrojů, které umožňují poznat, jaké zkušenosti mají děti s užíváním alkoholu a jiných návykových látek. Poznatky o současném pití alkoholu, kouření a užívání jiných návykových látek budou opírat převážně o data České republiky ze studie ESPAD z roku 2007, ale neopomenou ani srovnání s dřívějšími léty.

Česká republika se v roce 2007 počtvrté zapojila do Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), která je zaměřena na užívání alkoholu a jiných návykových látek (tabáku a nelegálních drog) mezi mládeží ve věku 15-16 let. Hlavními cíli projektu ESPAD je získání spolehlivých odhadů užívání návykových látek u mládeže, srovnání situace v jednotlivých zemích a analýza trendů v období 1995 – 2007. (ESPAD 07, 2007)

1.3.1 Alkohol

Podle Českého statistického úřadu vzrostla spotřeba alkoholu v ČR v roce 2005 na 10,2 litru 100 % alkoholu. To odpovídá 7,8 litru lihovin + 16,8 litru vína + 163,5 litru piva. Proti předchozím rokům došlo k strmému nárůstu. Na zvýšené spotřebě alkoholu se podílel především alkohol v pivu (v roce 2005 to bylo 5,2 litru 100% alkoholu). (Nešpor, 2006a)

Mezi mladými lidmi se situace v užívání alkoholických nápojů od 90. let až po současnost významně nezměnila, co je vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu mezi mladými lidmi varující údaj. Časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců, nicméně od roku 1995 vzrůstá u dívek procento těch, které pravidelně pijí pivo, zatímco u jiných druhů alkoholu tomu tak nebylo. Novým fenoménem je pití alkopops, tj. limonád s obsahem alkoholu. Dle posledního výzkumu alkopops někdy v životě pilo 41% dotázaných.

Tab. č. 1 - pravidelné pití alkoholických nápojů u šestnáctiletých studentů (v %)

Alkohol za posledních 30 dnů	Chlapci				Dívky				Celkem			
	1995	1999	2003	2007	1995	1997	2003	2007	1995	1997	2003	2007
Pivo 6 x ⁺	26,7	37,4	33,6	28,7	6,9	12,1	14,4	15,7	17,8	24,1	23,1	21,9
Víno 6 x ⁺	5,8	6,3	7,8	7,7	3,7	7,5	9,4	7,8	4,87	7,0	8,7	7,7
Destiláty 6 x ⁺	13,0	15,5	14,0	13,8	9,7	10,1	11,4	10,8	11,5	12,7	12,6	12,3

+ znamená „a častěji“

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2007

1.3.2. Tabák

Ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výraznějším hromadným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti.

Mezi chlapci bylo v roce 2007 téměř 24% denních kuřáků, u dívek byla prevalence denního kouření poprvé vyšší než u chlapců (26,8%). U chlapců došlo

k mírnému poklesu v kouření, u dívek k nárůstu. U silných kuřáků, tj. u zhruba 8% šestnáctiletých jde patrně již o závislost na nikotinu.

Tab. č. 2 – denní kouření cigaret u šestnáctiletých (v %)

	Chlapci		Dívky		Celkem	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
<i>Denní kuřáci</i>	29,2	23,7	25,3	26,8	27,0	25,3
<i>Silní kuřáci (denně 11 a více ks cigaret)</i>	9,3	7,9	6,1	8,4	7,6	8,2

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2007

1.3.3. Nelegální drogy

V roce 2007 byla zaznamenána stabilizace situace v oblasti zkušeností mládeže s nelegálními drogami – oproti roku 2003 došlo k poklesu zkušeností se všemi sledovanými drogami s výjimkou konopných látek.

U nelegálních drog uváděli šestnáctiletí v roce 2007 nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek (45,1 %). Na dalších místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (9,1 %), s užitím halucinogenních hub (7,4 %) a s čicháním rozpouštědel (7,0 %). Zkušenosti s LSD (5,0 %), extází (4,6 %) a amfetaminy (3,5 %) jsou méně časté a zkušenosti s drogami typu heroin a kokain jsou v populaci šestnáctiletých minimální (2,0 %, resp. 1,1 %).

Tab. č. 3 - výskyt užívání za celý život (v %)

Druh návykové látky	Šestnáctiletí (celý soubor)			
	1995	1999	2003	2007
<i>Užití jakékoliv nelegální drogy</i>	22,7	34,9	43,8	46,0
<i>Užití jiné drogy než konopných látek</i>	4,3	9,0	11,2	10,1
<i>Jakákoli droga aplikovaná injekčně</i>	1,0	1,4	0,6	1,1
<i>Marihuana nebo hašiš</i>	21,8	34,6	43,6	45,1
<i>Heroin nebo jiné opiáty</i>	1,7	4,4	2,4	2,0
<i>Pervitin nebo amfetaminy</i>	1,8	5,5	4,2	3,5
<i>LSD nebo jiné halucinogeny</i>	2,4	5,4	5,6	5,0
<i>Extáze</i>	0,2	3,4	8,3	4,6
<i>Halucinogenní houby</i>			7,9	7,4
<i>Léky s tlumivým účinkem (sedativa)</i>	10,8	17,7	11,1	9,1
<i>Těkavé látky</i>	7,6	7,2	9,0	7,0
<i>Anabolické steroidy</i>	2,2	2,0	1,1	4,3

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2007

Další tabulka udává výskyt opakovaného užívání, jímž se zde rozumí užití drog častěji než 5krát v životě. Jde o užívání, které již nelze považovat za výjimečné či ojedinelé experimentování, i když ještě nemusí znamenat užívání problémové.

Tab. č. 4 - výskyt opakovaného užívání za celý život (v %)

Druh návykové látky	Šestnáctiletí (celý soubor)			
	1995	1999	2003	2007
<i>Užití jakékoliv nelegální drogy</i>	7,2	17,4	25,3	22,1
<i>Užití jiné drogy než konopných látek</i>	1,1	3,6	4,4	2,8
<i>Marihuana nebo hašiš</i>	6,4	16,2	23,2	21,8
<i>Heroin nebo jiné opiáty</i>	0,4	0,8	0,4	0,4
<i>Pervitin nebo amfetaminy</i>	0,2	1,3	1,3	0,8

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2007

Třetí tabulka potvrzuje jen z části předpoklad většího rozšíření drog mezi chlapci. Podle posledního měření se u naprosté většiny drog (včetně marihuany) mezipohlavní rozdíly zcela setřely. (ESPAD 07, 2007)

Tab. č. 5 - vybrané ukazatele návykového chování, tříděno podle pohlaví (v %)

Druh návykové látky	Chlapci				Dívky			
	1995	1999	2003	2007	1995	1999	2003	2007
<i>Užití jakékoliv nelegální drogy</i>	25,9	40,2	48,3	48,8	18,7	30,2	40,0	43,4
<i>Užití jiné drogy než konopných látek</i>	4,6	9,6	10,8	10,4	4,0	8,5	11,5	9,9
<i>Jakákoli droga aplikovaná injekčně</i>	1,0	1,0	0,5	1,1	1,0	1,8	0,6	0,6
<i>Marihuana nebo hašiš</i>	25,2	40,1	47,8	48,0	17,6	29,8	40,0	42,5
<i>Heroin nebo jiné opiáty</i>	1,7	4,1	1,8	1,5	1,7	4,7	2,9	2,4
<i>Pervitin nebo amfetaminy</i>	1,7	5,0	3,2	3,4	2,0	6,0	5,1	3,6
<i>LSD nebo jiné halucinogeny</i>	2,6	6,5	5,9	5,6	2,2	4,5	5,3	4,5
<i>Extáze</i>		3,7	8,2	5,0		3,2	8,4	4,3
<i>Halucinogenní houby</i>			9,9	9,4			6,2	5,7
<i>Léky s tlumivým účinkem (sedativa)</i>	7,7	13,6	7,6	6,2	14,6	21,4	13,8	11,7
<i>Těkavé látky</i>	7,9	8,1	9,2	6,9	7,3	6,5	8,8	7,0
<i>Anabolika nebo jiné prostředky dopingů</i>	3,3	3,2	1,9	6,6	0,9	0,8	0,5	2,1

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Česká republika, 2007

1.4 Rozdělení návykových látek, účinky a rizika jejich užívání

1.4.1. Alkohol

„Alkohol je jednoduchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Její obsah v alkoholických nápojích kolísá zhruba od 2-3 % (pivo) do asi 40 % v destilátech. Důležitá není jen koncentrace alkoholu v tom kterém nápoji, ale i jeho množství. V jednom 12° pivu je zhruba stejně alkoholu jako ve 2 „deci“ vína nebo půl „deci“ destilátu.“ (Nešpor, Csémy, 2003, s.27)

Společnost alkohol akceptuje, společenské cítění je proalkoholní. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provázejí člověka po celý život. Odmítnutí konzumace vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Člověk, který konzumaci alkoholu odmítá, je považován za patologického.

Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou vysokou nebezpečnost pro oslovení mládeže a dětí. Rituál ťukání na zdraví je symbolem dospělosti a účasti v dospělém životě. Odklad účasti v této aktivitě vytváří napětí a snahu tuto bariéru odstranit a být již nositelem dospělosti – tedy moci pít alkohol. Pokud se dítě nedostane k jiným projevům dospělosti a nevytvoří si jiné rituály vedoucí k projevu dospělosti, pak rituál pití je velmi snadno dosažitelný. Pouhá napodobenina rituálu je nebezpečím především pro děti do šesti let a tato nápodoba může pro ně končit i smrtí, neboť mají menší tělesnou hmotnost a jejich játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

„Již velmi malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří velmi rychle. Proto je v civilizovaných společnostech běžné děti a mladistvé před alkoholem chránit. Ve Spojených státech nebo v Japonsku je povoleno podávat alkoholické nápoje až od 21 let, ve Švédsku od 20 let. U nás byla tato věková hranice stanovena na 18 let a ani to se někdy nedodrží.“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 27)

Ochrana dětí a mládeže před alkoholem má své dobré důvody, jelikož rizik, které způsobuje užívání alkoholu, je mnoho:

- u dětí a dospívajících nastávají otravy i po nízkých dávkách alkoholu. Alkohol se také pomaleji odbourává
- závislost vzniká rychleji než u dospělých
- alkohol zde zvyšuje nebezpečí ve vztahu k jiným drogám
- alkohol zde zvyšuje nebezpečí násilí, trestné činnosti a dalších forem rizikového chování
- existuje vyšší riziko poranění a dopravní nehody. Poranění a otravy jsou od 15 do 34 let hlavní příčinou úmrtí. Dospívající, kteří uvedli, že byli v životě 2x a více opilí, uváděli více než 2x častěji výskyt úrazů
- Poškození nově vznikajících sítí nervových mozkových buněk oslabuje intelekt a zhoršuje např. schopnost se učit (Nešpor, 2006b)

I dospělí by měli být ve vztahu k alkoholu opatrní. Podle starších materiálů Světové zdravotnické organizace je pro zdravého dospělého člověka ještě bezpečnou dávkou alkoholu kolem 20 g 100% lihu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), 20 g lihu odpovídá zhruba půl litru piva nebo 2 „deci“ vína. Novější materiály Světové zdravotnické organizace žádnou bezpečnou dávku neuvádějí, protože je mnoho lidí, kteří ze zdravotních nebo jiných důvodů nesmějí pít alkohol vůbec.

Vývoj závislosti na alkoholu

- *počáteční stadium* – jedinec užívá alkohol k potlačení nepříjemných stavů, k dosažení dobré nálady, nebo je jeho chování projevem sociální konformity (pití v zaměstnání, partě). Postupně se zvyšuje frekvence pití a stoupají dávky alkoholu.
- *varovné (prodromální) stadium* – tolerance k alkoholu stoupá, jedinec pije stále víc. Nad svým pitím ztrácí kontrolu, často se opije. Varovným znamením je tendence pít sám. V této fázi si jedinec začíná uvědomovat potřebu alkoholu a pociťuje to jako nepříjemné varování.
- *kritické stadium* – konzumace a s ní související tolerance k alkoholu stále roste. Objevují se alkoholické amnézie, tzv. okna, kdy si jedinec nepamatuje, co

v opilosti dělal. V tomto stadiu ztrácí kontrolu nad svým pitím, ale sám je ovšem přesvědčen, že je schopen přestat pít, kdyby bylo třeba a kdyby chtěl. Potřebuje alkohol již denně. Užívání alkoholu vede ke vzniku dalších problémů, zejména sociálního charakteru, např. konflikty v rodině a na pracovišti. Jedinec začíná dávat přednost společnosti lidí, kteří rovněž pijí a jeho závislost mu nevyčítají. Jedinci se pod vlivem alkoholu začínají měnit osobnostní vlastnosti, dochází ke změně v hodnotovém systému, k oploštění zájmů i vztahů k lidem.

- *terminální stadium* – tolerance k alkoholu se začíná snižovat. Alkoholik se rychle opije, ale bez alkoholu nevydrží. Pije prakticky nepřetržitě již od rána. Objevují se psychické i somatické poruchy podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu. Sociálně adaptační problémy a konflikty s lidmi jsou stále čtenější. Alkoholik si mezi lidmi nevybírám, akceptuje společnost kohokoli, kdo je ochoten jej přijmout a pít s ním, nebo mu alespoň naslouchat. Má potíže, když pije i když nepije. Postupně dochází k tělesnému i psychickému chátrání a úpadku v sociální oblasti. (Vágnerová, 1999)

Tab. č. 6 - hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování

Hladina alkoholu	Pocity	Chování
0,4 ‰	pocit uvolnění	vyšší riziko úrazů
0,6 ‰	změny nálady	zhoršený úsudek, zhoršená schopnost rozhodování
0,8 ‰	pocity tepla euforie	oslabení zábran, zhoršené sebeovládání, zhoršený postřeh, roste riziko úrazů
1,2 ‰	vzrušení a emotivnost	povídavost, roste riziko ukvapeného, impulzivního jednání
1,5 ‰	zpomalenost a otupělost	setřelá řeč, někdy sklon k násilnému chování
2,0 ‰	výrazná opilost	obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti, případně spánek
3,0 ‰	možnost bezvědomí	nereaguje na zevní podněty, ohrožen vdechnutím zvratků
4,0 ‰ a více	hluboké bezvědomí	riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení, smrtelné ohrožení.

Zdroj: Nešpor, K. Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami. 1. vydání. Praha: Sportpropag, 1996

1.4.2. Tabák

Na následky kouření v České republice umírá, podle britských odhadů, denně 63 lidí a to je více, než po alkoholu a jiných návykových látkách. Tabákový kouř obsahuje velké množství škodlivin. Najdou se v něm látky jako dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd, dokonce i arsenid nebo kyanid. Z velkého množství chemikálií v tabákovém kouři je ovšem návyková pouze jediná a to nikotin.

Typické potíže u kuřáků začátečníků (bledost, studený pot, nevolnost, případně zvracení, závrať, bolesti hlavy a pokleslá nálada) jsou vlastně lehčí otravou nikotinem.

Dlouhodobé účinky kouření tabáku znají lékaři už dlouho. Kromě zhoubných nádorů a srdečních onemocnění jsou to další nemoci dýchacího systému, nemoci cév, poškození žaludku atd. (Nešpor, Csémy, 2003)

„V zakouřeném prostředí se zdržují a často musí zdržovat lidé, kteří sami nekouří. Účinek takového prostředí je zhruba takový, jako kdyby tito lidé za hodinu vykouřili 1,2 až 3 cigarety podle toho, zda jsou v klidu nebo pracují.“ (Skála, 1988, s. 130)

Jak můžeme dělit kuřáky:

- *alfa kuřáci* kouří do 5 cigaret denně a „nešlukují“. Účinek cigarety oceňují, sami si je kupují, svou cigaretu kouří po práci, po jídle, v klidu
- *beta kuřáci* se podobají alfa kuřákům. Cigaretu rádi přijmou, ale sami si je však nekupují.
- *gama kuřáci* kouří více než 10 cigaret a „šlukují“. Jejich gama období je přechodné, tzn., že jen po určitou řadu let mají z kouření požitky větší, než je velikost škody na zdraví.
- *delta kuřáci* jsou kuřáci, kteří kouří, protože musí. Jsou na cigaretě, resp. na nikotinu v nich, závislí. Jestliže je hladina nikotinu nízká, trpí, prožívají odvykací příznaky, a proto zapalují „jednu cigaretu za druhou“. (Skála, 1988)

1.4.3. Konopné drogy (marihuana a hašiš)

Z konopí se vyrábí marihuana a hašiš. Obsah účinných látek v hašiši je větší, může být až desetinásobný ve srovnání s marihuanou. Účinek drog z konopí působí látka tetrahydrokannabinol, zkráceně THC. Jedná se o vysoce účinnou látku, mnohem

jedovatější nežli alkohol. Uvádí se, že pouhý 1 gram kvalitního hašiše může omámit 3 až 4 osoby. Marihuana se nejčastěji kouří, drogy z konopí se však také přidávají do nápojů, cukrovinek apod.

Některé účinky - zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, hlad, pach potu po spálené trávě, únava, nezájem, kolísání nálad, riziko úrazů a dopravních nehod, chladné končetiny. Dlouhodobější příjem drogy vede k menší péči o zevnějšek, podrážděnosti, zhoršené schopnosti soustředění, horšímu prospěchu, zhoršení krátkodobé paměti, zhoršení orientace v čase a prostoru, kolísání nálad, ztráta kvalitních zájmů atd.

Marihuanové cigarety obsahují více rakovinotvorných látek nežli tabák. K velkým sociálním rizikům marihuany a hašiše patří podněcování sklonu k násilnosti, poruchy paměti, nezájem a apatie.

1.4.4. Tlumivé léky (barbituráty, antidepresiva, antipsychotika ...)

V současné době existuje nepřehledné množství tlumivých léků. Některé se užívají při poruchách spánku, jiné proti bolestem nebo na uklidnění. K nejnebezpečnějším z nich patří ty, které obsahují **barbituráty**. (Na lécích je kromě názvu uvedeno drobným písmem i složení). Většina z těchto léků může vyvolat návyk, i když pomaleji, než např. pervitin. Otravy tlumivými léky mohou být velmi nebezpečné.

Některé účinky - zpomalená řeč, dojem opilosti, aniž je cítit z dechu alkohol, poruchy myšlení, poruchy orientace, úsudku, ospalost, kolísání nálad, zpomalený dech, bolesti hlavy. Těžké otravy, zejména v kombinaci s alkoholem. Riziko dopravní nehody nebo pracovního úrazu atd.

1.4.5. Organická rozpouštědla (toluen, benzin, aceton, různá lepidla ...)

Organická rozpouštědla mohou být z mnoha důvodů velmi nebezpečná. Jestliže dítě nebo mladistvý upadne do bezvědomí a zůstane v atmosféře prosycené jejich parami, hrozí smrtelná otrava. Při delším zneužívání dochází k poškození jater, krvevotvorby i mozku. Organická rozpouštědla nejčastěji zneužívají děti a dospívající mladšího věku. Část z nich drog zanechává, další část přechází k alkoholu nebo k jiným drogám, určitá menší část si vytvoří závislost a ve zneužívání těkavých látek pokračuje i v pozdějším věku. Jedná se o velice riskantní způsob braní drog s rizikem smrtelných otrav. Kromě organických rozpouštědel jsou nebezpečná i některá lepidla, včetně těch, která se používají v modelářství.

Některé účinky – z dechu i oděvu je cítit zápach po chemikáliích, obluzenost, pobleďlost, nevolnost, rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled. Při častějším užívání nezám, lenivost, horší prospěch, zanedbávání školy, poruchy krvetvorby, ohrožení srdce, zvýšené jaterní testy, poruchy paměti, vyrážka kolem úst a nosu, riziko poškození mozku atd.

1.4.6. Látky s budivým účinkem - stimulancia (pervitin, kokain, efedrin, crack, kofein, ...)

Tyto látky zvyšují bdělost a vybičovávají organismus po stránce tělesné i duševní. Ze skupiny stimulancií se u nás nejčastěji zneužívá pervitin (metamfetamin). U nás se pervitin mnoho let vyrábí právě z efedrinu a příbuzných látek (např. Modafen). Při výrobě se používá mimo jiné fosfor a jód, který nebývají výrobci schopni odstranit z konečného produktu, což zvyšuje jeho jedovatost. Pervitin se zneužívá šňupáním nebo nitrožilně. Jde o mimořádně silnou drogu. Nitrožilní způsob podání zvyšuje riziko náhlé otravy, zanesení infekce do těla, přenos žloutenky a nověji AIDS.

Druhou, u nás velmi zneužívanou drogu, je kokain. Kokain patří k nejnebezpečnějším drogám vůbec. Zneužíván bývá šňupáním, injekčně a nověji kouřením. Anglické slovo „crack“ označuje vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Většinou se kouří a závislost vzniká velmi rychle.

Do této skupiny látek patří i běžně užívaný a legální kofein (hlavně v kávě, čaji apod.).

Některé účinky - Zrychlený tep, rozšířené zornice, neposednost, neklid, podrážděnost, vzrušení, třes, úzkost, násilné jednání. Po doznění účinku drogy útlum a deprese, často dlouhý spánek. Při předávkování nebo při komplikacích i pocity pronásledování a úzkostné stavy, může se objevit i epileptický záchvat. Riziko těžké nebo smrtelné otravy ještě zvyšuje kombinace s alkoholem. Při dlouhodobějším užívání poruchy spánku, deprese, poruchy soustředění a paměti, halucinace, pocity pronásledování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, riziko poškození jater a ledvin, poruchy výživy, bolesti hlavy, poruchy vidění, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození srdce a jater, riziko smrtelných otrav, riziko poškození plodu u těhotných žen atd.

1.4.7. Opiáty (heroin opium, morfin, dolsin, kodein, braun ...)

Heroin je nejsilnější látkou této skupiny a v současnosti se prodává v České republice za relativně nízké ceny nebo zpočátku i zadarmo. Cíl obchodníků s drogami je

jednoduchý. Droga nejprve vytvoří závislost, pak se ceny zvednou a závislí budou ochotni zaplatit cokoliv.

Kromě rychlého rozvoje závislosti s sebou nesou opiáty další velké nebezpečí předávkování. Na černém trhu se objevují drogy různé koncentrace, takže je snadná možnost záměny silnější drogy za slabší.

Na opiáty roste tolerance. To znamená, že k dosažení stejného účinku se musí zvyšovat dávka drogy. Po přestávce ve zneužívání opiátů (např. po uvěznění nebo v situaci, kdy je droga delší čas nedostupná), tolerance (odolnost) vůči opiátům prudce klesá. Použití stejně vysoké dávky jako dřív může vést ke smrtelné otravě.

Některé účinky - Prvně stav tichého obluzení následovaný kocovinou, zúžení zornic a celkový útlum. Později rozšířené zornice, husí kůže, zrychlený dech i tep, slzení, průjem pocení, nechutenství, neklid, křeče, bolest svalů. Při dlouhodobějším užívání je typická voskově bledá barva kůže, ztráta zájmů kromě zájmů o drogu, ztráta potence u mužů, poruchy menstruačního cyklu u žen, oslabení imunity, kožní onemocnění, poškození chrupu, riziko onemocnění žloutenkou, AIDS atd.

1.4.8. Halucinogeny (LSD, MDMA, různé houbičky ...)

Kromě LSD, jehož škodlivé užívání se u nás v posledních letech rozšířilo, existuje řada dalších látek této skupiny. K nejnebezpečnějším patří MDMA (ecstasy), při jejímž předávkování může dojít k poškození mozku. Tato droga má velmi nepředvídatelné účinky.

Halucinace vyvolávající účinek mají i drogy jiných skupin (např. některé látky s budivým účinkem jako Pervitin nebo i organická rozpouštědla).

Halucinogeny, pervitin i marihuana, mohou vyvolávat tzv. flashback. Při něm se dostavuje pocit jako po použití drogy, i když požitá nebyla.

Některé účinky - rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, abnormálnost chování, zhoršená schopnost rozhodování, velké ztráty tekutin a minerálů, možnost poškození jater i epileptické záchvaty. Později se poměrně často objevují deprese a někdy i sebevražedné myšlenky. Nebezpečnost drogy ještě pronikavě roste při kombinaci s jinými látkami, např. hašišem nebo alkoholem. Při dlouhodobějším užívání vyšší riziko nádorů, epileptických záchvatů, horší kontakt s realitou, depresivní a úzkostné stavy, zhoršení paměti a schopnosti se učit, oslabení imunitního systému atd. (Nešpor, Csémy, 2003; Nešpor a kol., 1996)

2. Rodina a výchova

2.1 Užívání alkoholu a jiných návykových látek v rodině

Závislost na návykových látkách představuje značnou zátěž pro celý rodinný systém. U mladých jedinců se častěji jedná o rodinu orientační, tj. rodinu, do které se narodili, než rodinu prokreační, tj. rodinu, která je založena dvěma jedinci, pocházejících z orientačních rodin.

Často dochází k závažnému narušení mezilidských vztahů a ke změně rolí. Reakce rodičů na zjištění, že jejich dítě konzumuje drogy, bývá velmi často nepřiměřená a neúčelná. Typickou reakcí jsou domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky, pláč, které nemají žádoucí efekt.

Závislí jedinci bývají afektivně výbušní a agresivní (verbálně i fyzicky), chovají se bezohledně k rodičům, partnerovi i k případným dětem. Lžou, nedodržují sliby, jsou nespolehliví. Postupně v rodině ztrácejí svou roli, prestiž a úctu. Stávají se nenáviděnými a opovrhovanými. Těmi, kdo kazí pohodu. Pozvolna dochází k vyhasnutí emočních vztahů, k odcizení, osamělosti a pocitům prázdnoty.

Člověk závislý na návykových látkách devastuje svou rodinu materiálně, sociálně i psychicky. Stres, který představuje přítomnost závislého v rodině, vede k různým variantám řešení:

- *Rozpad rodiny* – závislý jedinec je z rodinných vazeb vyloučen a zůstává sám. Obyčejně za této situace ještě více pije a „bere“ a dále chátrá.
- Rodina se nerozpadá, návykové látky v ní mají homeostatickou funkci, slouží jako obranný prostředek v zátěži (např. k ventilaci problémů, k úniku apod.). *Paradoxně právě návykové látky udržují rodinu pohromadě*, i když její funkce není v tomto případě zcela uspokojivá.
- Vlivem sociálního učení, nápodobou nebo v důsledku potřeby úniku od neutěšené reality, *začínají pít nebo „brát“ i ostatní členové rodiny*. Manželský partner závislého člověka akceptuje stejnou roli a stejný styl života. Důsledkem je velmi rychlý úpadek celé rodiny.

2.2 Rodič závislý na alkoholu jako „vzor“

Rodič závislý na alkoholu není schopen uspokojivě plnit rodičovskou roli a může tak nepříznivě ovlivňovat psychický stav svého dítěte. V takové rodině je zvýšené riziko, že děti budou trpět nějakou formou deprivace.

Rodina nebývá za těchto okolností zdrojem jistoty a bezpečí. Děti z rodin alkoholiků často nedovedou plně využít své inteligence, jejich prospěch je horší než jejich schopnosti, mohou mít i adaptační potíže. (Vágnerová, 1999)

„Možné problémy v chování dětí rodičů závislých na alkoholu mohou být často interpretovány jako přetrvávající, ne zcela přiměřené obranné reakce. Zvýšená agresivita, kterou lze někdy u nich pozorovat, může být výsledkem nápodoby chování rodiče-alkoholika. Rodič není přijatelným modelem, a pokud se s ním dítě identifikuje, jeho chování bude zdrojem mnoha sociálních problémů. Na druhé straně dochází k narušení vztahu mezi otcem-alkoholikem a dětmi, které jej přestávají respektovat, protože je jeho chování děsivé (agresivní alkoholik, jenž bije matku, rozbíjí nábytek apod.), nebo vyvolává jejich odpor (alkoholik, který se znečišťuje, vrávorá a blábolí nesmysly).“ (Vágnerová, 1999, s. 294)

Rodič závislý na alkoholu může také nepříznivě ovlivňovat zdravotní stav svého dítěte. Dítě matky nadužívající alkohol může trpět *fetálním alkoholovým syndromem* (FAT), komplexně poškozujícím vývoj plodu. Postižené děti bývají menší, hůře tělesně prospívají, mívají nižší inteligenci a často trpí různými formami organického postižení CNS. Nestrádají ovšem jen malé děti, mohou strádat i starší děti, a to nedostatečnou nebo nesprávnou výživou, mohou být zanedbávány v oblasti hygieny apod. (Vágnerová, 1999)

„Rodiče samozřejmě nejsou pro dítě jediným vzorem. Jejich chování k alkoholu a příp. jiným návykovým látkám také není jedinou příčinou toho, zda dítě pije, fetuje nebo se alkoholu a drogám vyhýbá. Svůj význam však rodičovský příklad má.“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 23)

Je-li v rodině problém s alkoholem nebo drogami, je správné, aby dítě vědělo, že

alkohol a drogy jsou pro něj nebezpečnější než pro dospělé, protože organismus dítěte či dospívajícího se s nimi vyrovnává hůře tělesně i duševně. Alkohol a drogy jsou pro ně také nebezpečnější než pro vrstevníky, protože ti většinou problém tohoto typu v rodině nemají.

Statistiky bohužel jasně prokázaly vyšší výskyt problémů s alkoholem nebo drogami u dětí, jejichž rodič nebo rodiče sami pili. Takové děti by se měly alkoholu pokud možno úplně vyhýbat i jako dospělí a tím spíše v dětství a dospívání. (Nešpor, Csémy, 2003)

2.3 Návykové látky a domácí násilí

„Domácí násilí je fyzické, psychické anebo sexuální násilí mezi blízkými osobami, ke kterému dochází opakovaně v jejich soukromí a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti, intenzita násilných incidentů se stupňuje a vede ke ztrátě schopností včas tyto incidenty zastavit a efektivně vyřešit narušený vztah.“ (Bílý kruh bezpečí, 2007, <http://www.domacinasili.cz/cz/redakce/domaci-nasili/r69>)

Klíčové znaky domácího násilí:

- *Opakování a dlouhodobost* – z jednoho útoku jakéhokoli charakteru ještě nelze určit, zda jde o domácí násilí.
- *Eskalace* – od urážek se stupňuje k psychickému snižování lidské důstojnosti až k fyzickým útokům a závažným trestným činům
- *Rozdělení rolí* – jasné a nezpochybnitelné rozlišení osoby ohrožené a osoby násilné
- *Neveřejnost* – domácí násilí probíhá zpravidla za zavřenými dveřmi bytu či domu, stranou společenské kontroly.

Aby se jednalo o domácí násilí, musí být naplněny všechny čtyři znaky. (Bílý kruh bezpečí, 2007)

Některé návykové látky, hlavně alkohol, pervitin a kokain, pronikavě zvyšují riziko násilného jednání. Jedinec, který pije nebo bere drogy, je také častěji obětí násilí

ze strany druhých, a to z více příčin. Takový jedinec bývá neopatrný, může bezděky provokovat nebo může být vytipován jako poměrně snadná oběť útoku. (Nešpor, Scheansová, 2009)

„Vůči závislým jedincům ale nemá žádný smysl uplatňovat fyzické násilí, jelikož toto násilí vztahy v rodině ještě zhorší a napadený na násilí reaguje často pocity ukřivdění a dalším pitím. Mnohem lepší je trvat na tom, aby se problémově pijící člen rodiny léčil.“ (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2009, s. 3)

Pokud rodiče sdílejí společnou domácnost s dospělým dítětem, které má problémy s návykovými látkami, mohou být vystaveni násilnému jednání i ze strany svého dítěte nebo jeho známých. (Nešpor, Scheansová, 2009)

Výzkumy MUDr. Nešpora a PhDr. Csémyho (2005) ukazují, že k většině případů domácího násilí dochází za situace, kdy je nejméně jeden z aktérů pod vlivem alkoholu.

Od roku 2009 existuje možnost, aby policista, podle § 44-47 zákona č. 273/2008 Sb. (zákon o Policii České republiky), na dobu deseti dnů vykázal útočníka ze společných prostor.

Oběť se také může obrátit na soud. Ten může podle § 76b zákona č. 99/1963 Sb. (občanský soudní řád, který byl novelizován zákonem č. 135/2006 Sb. o ochraně proti domácímu násilí) vydat předběžné opatření, kterým uloží útočníkovi, aby dočasně opustil společně obývaný prostor a jeho okolí a nadále do něj nevstupoval a aby se zdržel setkávání s obětí. Předběžné opatření je účinné jeden měsíc a dá se prodloužit. (Nešpor, Scheansová, Karbanová, 2009; zákon č. 273/2008 Sb. o Policii ČR; zákon č. 99/1963 Sb. Občanský soudní řád)

V roce 2009 bylo ze společného obydlí policií vykázáno 780 násilných osob, z toho 16 žen. Prostřednictvím policejního vykázání bylo zajištěno bezpečí po 762 bezprostředně ohrožených žen, 39 mužů a 911 dětí. Celkem tedy bylo před dalšími možnými útoky blízké násilné osoby v minulém roce ochráněno 1712 osob. Nejčastěji byly vykázáním přerušeny násilné incidenty v rámci věkové kategorie 31-40 let. (Vitoušová, 2010)

3. Alkohol a návykové látky v dopravě

3.1 Účinky alkoholu a návykových látek při řízení motorových vozidel

Ohleduplnost, opatrnost a dobré vztahy jsou důležité. A při řízení motorových vozidel to platí asi ještě víc, než jindy. Tady se člověk nepohybuje sám, ale pohybují se s ním i stovky kilogramů kovu, a to často hodně velkou rychlostí. Řídit motorové vozidlo není vůbec malá odpovědnost. Správné řízení je samo o sobě dost náročná činnost, a proto je velmi důležité být v silničním provozu vždy a za všech okolností střízlivý a nemít v krvi ani kapku alkoholu, ani žádné jiné návykové látky. V České republice v současnosti je alkohol tou nejnebezpečnější drogou. Nemusí to tak ale být napořád. Jiné návykové látky vstupují do popředí a jsou čím dál větším problémem. (Nešpor a kol., 1996)

Podle nejnovějších policejních statistik Policie ČR za rok 2009 eviduje 5725 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu, při kterých bylo 123 osob usmrceno (tj. o 43 osob více než v roce 2008 a o 87 více než v roce 2007) a 2658 zraněno. (Tesařík, Sobotka, 2010)

„Lékaři přirovnávají alkohol k nervovému jedu. Zákeřnost alkoholu pro řidiče spočívá v jeho účincích na nejjemnější mozkové funkce. Už dva půllitry desetistupňového piva zeslabí psychickou výkonnost člověka o třetinu, aniž by si toho byl vědom.“ (Havlík, 2005, s. 92)

Každý organismus se vypořádá s alkoholem jinak. Existují značné individuální rozdíly závislé na věze, věku, pohlaví i momentálním tělesném a duševním stavu. Obecně platí, že lidé s vyšší tělesnou hmotností alkohol v krvi odbourávají rychleji a osoby s malou tělesnou hmotností pomaleji. Ženský organismus potřebuje na vystřízlivění delší čas než mužský. Podstatné je také, zda člověk před pitím jedl, nebo pije na lačno. Vliv má i prostředí. Jedinec bude ovlivněn rychleji, pokud alkohol

konzumuje ve vyhráté místnosti, a nemá proto v těle dostatek tekutin. (Havlík, 2005)

Účinky alkoholu a jiných návykových látek na schopnost řízení jsou nebezpečné zvláště u mladých řidičů. Mívají totiž malou zkušenost s řízením a dopravním provozem a mají i poměrně malou zkušenost s účinky alkoholu a drog. Děti a dospívající také alkohol a drogy pomaleji zpracovávají a vylučují, mívají i nižší tělesnou hmotnost. Proto i poměrně malé dávky alkoholu nebo drog mohou vyvolávat vysoké hladiny alkoholu nebo drog v krvi a mít větší účinek než v dospělosti. U dětí a dospívajících je také rychleji vzniklá závislost provázená zhoršenou sebekontrolou ve vztahu k alkoholu a drogám a k tendenci je škodlivě užívat i při naprosto nevhodných příležitostech. (Nešpor a kol., 1996)

Mezi tyto příležitosti mohou bezpochyby zařadit i řízení vozidla pod vlivem alkoholu nebo drog.

Zhoršená schopnost řídit motorové vozidlo nastává i při poměrně nízkých hladinách alkoholu v krvi pod 0,5 promile. Přehled účinků alkoholu na řízení shrnu v následující tabulce.

Tab. č. 7 – Projevy ovlivnění alkoholem ve vztahu k řízení vozidel

Hladina alkoholu v krvi	Projevy ovlivnění ve vztahu k řízení motorového vozidla
<i>0,2 až 0,5 promile</i>	Prokazatelné zhoršení schopnosti řídit. Tendence riskovat, nepřiměřená sebedůvěra, zhoršení schopnost rozeznat pohybující se světla. Horší odhad vzdálenosti. Řidič si neuvědomuje svůj stav a má sklon se přeceňovat.
<i>0,5 až 0,8 promile</i>	Viz výše, pronikavě prodloužený reakční čas (zhoršený postřeh). Roste přeceňování vlastních schopností, oči se obtížně přizpůsobují přechodu ze světla do tmy a naopak, horší vnímání barev (červená!). Zhoršená schopnost soustředění. Poruchy rovnováhy, které mají význam zejména u motocyklistů a cyklistů!). Dále se zhoršuje odhad vzdálenosti.
<i>0,8 až 1,2 promile</i>	Viz výše, zhoršuje se schopnost vnímat okraje zorného pole (tzv. tunelové vidění), další zhoršování soustředění, je ještě více prodloužen reakční čas, roste bezohlednost při řízení.
<i>Přes 1,2 promile</i>	Viz výše. Takový řidič představuje pro sebe i okolí obrovské riziko. Nadále se zhoršují poruchy soustředění, reakční čas, rovnováha i nekritickost. Často i špatná orientace. I velmi zkušený řidič se v tomto stavu může dopustit hrubých chyb jako je zašlápnutí plynu místo brzdy.
<i>Kocovina, kdy alkohol už z krve vymizel</i>	Vyšší riziko spánku, nevolnosti a dalších tělesných a duševních obtíží, které odvádějí pozornost řidiče, krátkodobá ztráta vědomí v důsledku hypoglykémie (poklesu krevního cukru). Zhoršení některých nemocí, což může ovlivnit schopnost bezpečně řídit (např. vysoký krevní tlak, cukrovka, nemoci trávicího systému, epilepsie).

Zdroj: BESIP, Proč je důležité vyhnout se alkoholu při řízení motorového vozidla, internetový zdroj: http://www.ibesip.cz/883_, staženo 21.3.2010

Řízení pod vlivem drog se u nás v posledních letech nevídaně rozmáhá především u mladší generace. Nejvíce se při řízení užívá marihuana, výjimkou už ale nejsou ani řidiči, kteří si před jízdou dají pervitin. Nebudu se zabývat jen marihuanou a pervitinem. Jiných návykových látek mimo alkoholu se při řízení užívá celá řada. Vliv těchto látek není tak dobře popsán jako vliv alkoholu, vzhledem k praktickým obtížím při stanovení hladiny drog v organismu a jejich ovlivnění schopnosti řídit vozidlo. Nicméně už dávno je prokázáno negativní ovlivnění schopnosti řídit vozidlo i pod vlivem drog. Účinky drogy jsou velmi nevyzpytatelné. Jsou nebezpečnější než alkohol, o němž řidič ví, že škodí, a navíc jeho negativní účinky pocítí již po požití relativně malého množství. U drog je to ovšem jinak.

Obzvláště marihuanu vnímá jedinec prostřednictvím nálady stoupající k euforii. Droga vymaže na chvíli z mozku starosti a zažene úzkost i smutek. Až na deset hodin zdecimuje duši. Zbytky po marihuaně jsou podle vyjádření lékařů z protidrogového centra v krvi zjistitelné dokonce sedmdesát dní po požití.

Řidič, který se chopí volantu v přesvědčení, že droga z těla vyprchala, se může mýlit. Záleží na míře závislosti a individuálních a věkových zvláštnotech. Droga nejenže zkresluje vnímání a tříští pozornost, ale nedovolí řidiči rozpoznat při řízení podstatné podněty od nepodstatných a řidič potom reaguje zmateně a selhává. (Havlík, 2005)

Také přehled účinků některých drog majících vliv na řízení uvedu v tabulce

Tab. č. 8 – Účinky drog ve vztahu k řízení vozidel

Droga	Účinek ve vztahu k řízení
<i>Marihuana a hašiš</i>	Prodloužení reakčního času, oslabení krátkodobé paměti, poruchy ve vnímání velikosti předmětů, narušený odhad vzdálenosti, horší schopnost rozlišovat barvy, poruchy periferního vidění (tunelové vidění), snížená schopnost udržet trajektorii (střední čáru). U jedinců, kteří drogu přijímají dlouhodobě, je prodloužen reakční čas i v době, kdy nejsou pod vlivem drogy.
<i>Metamfetamin (pervitin)</i>	Riziková jízda bez zábrán vysokou rychlostí s přeceněním vlastních schopností k jízdě (zvýšená sebedůvěra, nekritičnost, podrážděnost), zvýšená citlivost na oslnění. Účinkuje dvoufázově. Ve druhé fázi hluboký útlum, kdy může řidič usnout za volantem nebo reagovat opožděně. Droga může vyvolat také závažné duševní poruchy, jako pocity pronásledování nebo halucinace.
<i>Kokain</i>	Nadměrná sebedůvěra, jízda nepřiměřeně velkou rychlostí s přeceněním vlastních schopností, zvýšená citlivost na oslnění, nepozornost, neklid, podrážděnost, agresivita. Také působí dvoufázově, kdy ve druhé fázi je opět riziko spánku nebo zpomalených reakcí.
<i>Opiáty</i>	Centrální útlum, spavost, apatie, snížená koncentrace, zpomalená motorika, prodloužení reakčního času, zúžení zornic. Chyby při jízdě, odchylky od přímého směru. Po odeznění hypnotického účinku se může projevit agresivní styl jízdy, bezohlednost.
<i>Tlumivé léky</i>	Patří sem léky „na spaní“, „proti bolestem“ i „na uklidnění“. Snižují hladinu bdělosti a prodlužují reakční čas.
<i>Organická rozpouštědla</i>	Účinek závisí na druhu látky, často působí mimo jiné poruchy vnímání. U řidičů je tento typ užívání, v souvislosti s řízením motorových vozidel, vzácný.

Zdroj: Nešpor, K., a kol. in FIT IN 2001 plus. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. 1. vydání, Praha: BESIP, 1996

3.2 Statistika dopravních nehod, při kterých bylo u některého z účastníků zjištěno ovlivnění návykovou látkou za rok 2009

Tab. č. 9 - alkohol u viníka nehody - celkem

	ČR	Praha	ST. Č.	J. Č.	Z. Č.	S. Č.	V. Č.	J. M.	S. M.
<i>Celkem nehod</i>	5725	577	789	425	550	742	604	1007	1031
<i>Usmrceno</i>	123	7	14	8	14	21	17	19	23
<i>Těžké zranění</i>	376	27	42	32	31	41	48	104	51
<i>Lehké zranění</i>	2282	144	280	177	256	268	242	504	411

9

Tab. č. 10 - z toho řidičem motorového vozidla

	ČR	Praha	ST. Č.	J. Č.	Z. Č.	S. Č.	V. Č.	J. M.	S. M.
<i>Celkem nehod</i>	4992	509	717	384	511	690	509	812	860
<i>Usmrceno</i>	106	5	14	8	11	19	13	18	18
<i>Těžké zranění</i>	291	17	34	31	26	35	41	69	38
<i>Lehké zranění</i>	1691	93	225	140	226	226	165	344	272

10

Tab. č. 11 - z toho řidičem nemotorového vozidla

	ČR	Praha	ST. Č.	J. Č.	Z. Č.	S. Č.	V. Č.	J. M.	S. M.
<i>Celkem nehod</i>	525	8	53	28	23	37	83	153	140
<i>Usmrceno</i>	13	0	0	0	2	2	4	1	4
<i>Těžké zranění</i>	58	1	5	0	2	3	7	28	12
<i>Lehké zranění</i>	427	5	43	26	20	31	67	122	113

11

Tab. č. 12 - z toho zavinění chodcem

	ČR	Praha	ST. Č.	J. Č.	Z. Č.	S. Č.	V. Č.	J. M.	S. M.
<i>Celkem nehod</i>	203	59	17	13	16	15	11	42	30
<i>Usmrceno</i>	4	2	0	0	1	0	0	0	1
<i>Těžké zranění</i>	27	9	3	1	3	3	0	7	1
<i>Lehké zranění</i>	160	45	11	11	10	11	9	38	25

12

Tabulky 9 – 12. Statistiky Policie ČR. Intranet [offline] – vnitřní síť policie ČR, zdroj: <http://ppportal.pcr.cz/rsd/rsdp.htm/>, staženo 25. 3. 2010

4. Prevence užívání alkoholu a návykových látek

Prevenci závislostí je nutno chápat jako aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. V souvislosti s pojmem prevence se často setkáváme s rozdělením na primární, sekundární a terciární prevenci. Dříve než budu popisovat jednotlivé preventivní aktivity, považuji za nezbytné objasnit tyto tři pojmy.

- *Primární prevence* závislostí je zaměřena na udržení a podporu zdraví jedince i společnosti. Ovlivňují se tak mechanismy vzniku a vývoje závislostí. Je to vlastně práce se zdravou populací a její motivace k plnohodnotnému životu, který oni sami dokáží ovlivňovat. Prioritou primární prevence je orientace především na děti a mládež.
- *Sekundární prevence* je orientována na pomoc v existujícím nebezpečí závislosti. Je to snaha co nejdříve rozpoznat symptomy závislosti a co nejrychleji omezit a zmírnit následné škody v osobní a sociální oblasti při nadměrném užívání návykových látek. Souběžně nabízí rozvoj funkčních ekvivalentů životních programů za programy, ve kterých je zneužívání návykových látek. Tyto programy ovlivňují jednání a chování a jsou orientovány i na sociální práci. Cílem je změnit získané systémy závislosti a dosáhnout stavu zdraví, které je chápáno jako výsledek vlastního přičinění.
- *Terciární prevence* zahrnuje opatření zabraňující návratu akutního stadia závislosti, podporuje výsledky léčby a postupné odstranění následků. Procesy získané během terapie je nutno v reálném životě rodiny, zaměstnání či volného času neustále trénovat a upevňovat. Jde o podporu vytváření nového hodnotového systému, vytvoření aktivního způsobu života a sociální zodpovědnosti. (Heller, Pecinovská a kol., 1996)

Primární prevence se dále rozděluje na *nespecifickou* a *specifickou* primární prevenci.

Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity podporující zdravý životní styl, které nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek. Jsou realizovány pestrou sítí volnočasových aktivit, které nabízejí smysluplné trávení volného času. Patří mezi ně především zájmové kroužky a nejrůznější sportovní aktivity.

Programy specifické primární prevence jsou realizovány na třech úrovních s ohledem na rizikovost cílových skupin. Jednotlivé úrovně prevence kladou rozdílné nároky na personální zajištění programů.

Programy **všeobecné primární prevence** se zaměřují na běžnou populaci dětí, dospívajících a dospělých, bez dalšího dělení, na méně či více rizikové skupiny. Jedná se o tématické programy se zpracovanou metodikou.

Programy **selektivní primární prevence** se zaměřují na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných sociálně nežádoucích jevů. Tyto osoby jsou více ohrožené než jiné skupiny populace (např. děti z rodin, jejichž rodiče jsou závislí na některé návykové látce).

Programy **indikované primární prevence** se zaměřují přímo na jedince, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných sociálně nežádoucích jevů, tj. jsou více ohrožené než jejich vrstevníci a jiné osoby běžné populace (Černý, Lejčková, 2007)

4.1 Prevence v rodině

Prevence problémů působených alkoholem a drogami u dětí a dospívajících v rodině má nezastupitelný význam. Při prevenci je důležité držet se obecných zásad prevence:

- Získat důvěru dítěte a naučit se mu naslouchat – snažit se porozumět tomu, co říká nejen slovy, ale i výrazem tváře nebo tónem hlasu.
- S dítětem nebo dospívajícím trávit přiměřeně času, pokud možno každý den
- Opatřit si potřebné informace a naučit se s dítětem o alkoholu a drogách hovořit
- Předcházet nudě, pomoci dítěti najít si dobré a bezpečné zájmy a záliby
- Pomoci dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní alkohol a drogy odmítat
- Pomoci dítěti bránit se špatné společnosti a naopak si najít dobré přátele
- Posilovat zdravé sebevědomí dítěte
- Vytvářet a prosazovat zdravá rodinná pravidla
- Být pro dítě nositelem dobrých hodnot a správným vzorem
- Spolupracovat při výchově s dalšími členy rodiny, školou, ostatními institucemi

apod.

- V případě problémů dítěte s alkoholem nebo drogami se nebát vyhledat co nejdříve odbornou pomoc (Nešpor, Csémy, 2002)

Jak jsem již napsal výše, je velmi důležité, aby v rodině byla nastavena zdravá pravidla. Tato pravidla nemají sloužit k tomu, aby děti diskriminovala a omezovala, ale aby jim naopak v životě pomohla.

Je omyl se domnívat, že děti očekávají od rodičů neomezenou svobodu. Děti z rodin, kde neexistují žádná pravidla, která by se dodržovala, a kde vládne chaos, nebývají šťastné.

Prevenici problémů s alkoholem a drogami pomáhají následující pravidla:

- *Pravidlo „žádný alkohol nebo drogy u nezletilých“.* Toto pravidlo má dobré lékařské zdůvodnění. Nedospělý organismus je po tělesné i duševní stránce ohrožen alkoholem a drogou mnohem víc. Toto pravidlo je třeba dítěti nebo dospívajícímu vysvětlit, aby pochopili, že je pro ně a ne proti nim.
- *Pravidlo předem daných a logicky souvisejících důsledků porušení pravidla.* Dítě by mělo vědět, co bude následovat, pokud se napije nebo bude fetovat. Může to být například snížení kapesného, domácí vězení, zákaz návštěvy riskantních večírků nebo koncertů apod. Je správné dítěti vysvětlit souvislost mezi jeho porušením pravidla a zákazem, který ho má chránit.
- *Pravidlo neústupnosti vůči vydírání.* Pláč, výčitky typu „Ty mi nevěříš!“ nebo sliby by neměly rodiče zviklat. Je třeba dítěti vysvětlit, že rodiče jsou za ně zodpovědní a nemohou tedy svoji rodičovskou zodpovědnost jen tak odložit.
- *Pravidlo práva na kontrolu.* Neostýchat se zkontrolovat, kde dítě skutečně je. Jestli u někoho z kvalitních kamarádů, v zájmovém kroužku, nebo někde úplně jinde.
- *Pravidlo informovanosti.* Být připraven o alkoholu a drogách diskutovat. V diskusích ovšem trvat na základním pravidlu „žádný alkohol a drogy nezletilým“. Dítě se může v rozumné míře na vytváření pravidel podílet, čímž se pro něj stanou přijatelnějšími. O pravidlech by se nemělo vyjednávat, když byla porušena. (Nešpor, 1996)

Prevence v rodině podle věku dítěte

- U velmi malých dětí do 3 let je důležité přiměřeně uspokojovat potřeby dítěte, včetně potřeb citových. Tím se zvyšuje všeobecná odolnost dítěte i odolnost vůči vzniku závislosti na návykových látkách.
- Již v předškolním věku zhruba od 3 do 6 let je správné dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota, kterou je třeba chránit a podporovat. Dítě by si mělo začínat uvědomovat i nebezpečí, která vnější svět skrývá, a být schopno se jim vyhýbat. To se samozřejmě netýká pouze alkoholu nebo léků v domácí lékárně.
- Ve věku od 7 do 12 či 13 let je třeba nabízet spíše konkrétní dovednosti a informace, nežli abstraktní koncepce. Je třeba pokračovat ve zdůrazňování zdraví jako zásadní životní hodnoty. V tomto období by již měla začínat cílená prevence zaměřená na odmítání tabáku, alkoholu a jiných drog.
- Období od 13 let je náročné pro všechny zúčastněné. Na významu nabývá skupina vrstevníků, proto mají programy za aktivní účasti vrstevníků takový význam. Mladý člověk tohoto věku často nebývá ochoten doporučení prostě přijímat, často chce diskutovat, testuje hranice možností. Dospívající jsou mimořádně důležitá. Velký význam mají preventivní programy za účasti vrstevníků – „peer programy.“ (Nešpor, 1997)

4.2 Prevence ve školním prostředí

„Primární prevence v České republice náleží do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Systém školské primární protidrogové prevence je zajišťován školními, okresními a krajskými metodiky prevence, metodicky řízenými MŠMT.“ (Lejčková, 2005, s. 7)

Základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje Minimální preventivní program. Na jeho tvorbě a realizaci se podílejí všichni pedagogičtí pracovníci školy. Koordinace tvorby a kontrola realizace patří ke standardním činnostem školního metodika prevence, při tvorbě a vyhodnocování Minimálního preventivního programu školní metodik prevence dle potřeby spolupracuje

s metodikem prevence v pedagogicko-psychologické poradně. Realizace Minimálního preventivního programu je pro každou školu závazná a podléhá kontrole České školní inspekce (Věstník MSMT ČR, 2007)

Ačkoliv hlavní odpovědnost za volbu programu ve škole má ředitel, případně školní metodik prevence, neznamená to, že rodiče musí zůstat pouze jako pasivní pozorovatel. Je potřeba, aby se na školní prevenci podíleli také rodiny dětí.

Efektivní program všeobecné prevence ve škole musí splňovat několik podmínek:

- *Program odpovídá věku* – čím nižší věk žáka, tím má být prevence méně specifická a více orientovaná na obecnou ochranu zdraví.
- *Program je malý a interaktivní* – dokáže zapojit žáky do samotného programu, aby se stali spoluvůrci aktivit. Nejúčinnější je tzv. „peer program“ za aktivní účasti připravených vrstevníků, se kterými se žáci mohou ztotožnit. Peer programy jsou účinnější než programy, které realizují pouze učitelé.
- *Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život* – zde můžeme zařadit např. dovednosti odmítání návykových látek a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, zlepšování sebeovládání, dovednosti rozhodování, lepší vnímání následků určitého jednání, nenásilné zvládnání konfliktů, zvládnání úzkosti a stresu apod.
- *Program bere v úvahu místní specifika* – důležité je dobře zmapovat místní situaci a zabývat se aktuálními návykovými riziky, jimž je místní školní populace opravdu vystavena.
- *Program využívá pozitivní modely* – zejména takové, s nimiž se žáci mohou ztotožnit a jejichž způsoby reagování mohou uplatnit v situacích svého každodenního života.
- *Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky* – důvodů je několik. Legální drogy (alkohol, tabák) zvyšují míru rizikových faktorů a tudíž i možnost přechodu i nelegálním látkám. Zejména dospívající mají tendenci vnímat prevenci zaměřenou úzce na nelegální návykové látky a ignorují alkohol a tabák,

kteří považují za méně nebezpečné. Závislost na nich přitom vzniká rychleji než v dospělém věku. Dalším důvodem je, že prevence škodlivého užívání legálních návykových látek může být užitečná při prevenci nelegálních látek.

- *Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik* – sem patří např. zákaz prodeje alkoholických nápojů a tabákových výrobků osobám pod 18 let, vyhýbání se rizikovým prostředím, to aby rodiče doma neměli pro dítě dostupné léky, alkohol apod.
- *Program je soustavný a dlouhodobý* – žáci jsou jeho účastníkem opakovaně po dobu několika měsíců, příp. let.
- *Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně* – přípravě pedagogů a dalších pracovníků, kteří se na realizaci podílejí, je třeba věnovat potřebnou pozornost.
- *Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat* – program by měl obsahovat takové prvky, které by usnadňovaly řešení komplikací a krizí, např. kde hledat pomoc při problémech s návykovými látkami, jak zvládat *nepříjemné* tělesné i duševní stavy apod. (Kalina, 2003)

4.3 Prevence v zaměstnání

Problémy s návykovými látkami se logicky nevyhýbají ani pracovnímu prostředí. Je pravděpodobné, že těchto problémů bude přibývat. Je proto nezbytné, aby se i na pracovištích nacházeli odborníci, kteří jsou a budou schopni problémy s alkoholem a drogami rozpoznávat, předcházet jim a zvládat je.

Mezi rizika návykových látek v pracovním prostředí můžeme zařadit vyšší nemocnost, nižší produktivitu práce, vyšší riziko pracovních úrazů, vyšší riziko interpersonálních konfliktů na pracovišti, trestnou činnost, ohrožení spolupracujících osob apod.

Riziko problémů působených návykovými látkami v pracovním prostředí zvyšuje prokonzumní atmosféra na pracovišti, nadměrný a dlouhotrvající stres, dlouhodobá práce přesčas, odcizenost, izolovanost, stereotyp práce, sexuální obtěžování, agrese na pracovišti, nedostatečný dohled ze strany nadřízených apod. Tyto rizika by se zaměstnavatel měl snažit co nejvíce eliminovat.

Mezi další úkoly v rámci prevence problémů působených návykovými látkami v pracovním prostředí na úrovni zaměstnavatele patří:

- Racionálně a soustavně prosazovat pravidla, týkající se zákazu návykových látek v pracovním prostředí. Pracovníkům by měla být tyto pravidla známa, včetně sankcí za jejich porušení
- Hledat alternativy k rizikovým činnostem nebo situacím.
- Snažit se, aby se do prevence aktivně zapojili podřízení pracovníci, dbát na jejich názory a postřehy
- Testovat na návykové látky v pracovním prostředí, některé zaměstnance může totiž od rizikového chování ve vztahu k návykových látkám odradit, a tak předcházet rozvoji souvisejících komplikací.
- O své podřízené se zajímat, pracovní záležitosti s nimi řešit na společných setkáních i při individuálních rozhovorech
- Preventivní program průběžně vyhodnocovat a modifikovat s ohledem na výsledky hodnocení

Účinná prevence zpravidla vyžaduje využívání více strategií a také by měla být soustavná a dlouhodobá. (Nešpor, 2001)

4.4 Prevence na úrovni volného času

V této oblasti zdaleka nepůsobí jen rodina, ale střetává se zde preventivní působení mnoha činitelů. Zájmová činnost a kvalitní využití volného času je významným faktorem v prevenci zneužívání alkoholu a drog u dětí a mládeže. Zájmová činnost u dětí a mládeže je ovlivňována věkem, psychickou a fyzickou zralostí, pohlavím, sociálním prostředím apod.

Do prevence zneužívání alkoholu a drog jsou velmi výrazně zapojeny střediska volného času, domovy dětí a mládeže, sportovní kluby a jiné organizace zabývající se využitím volného času u dětí a mládeže. (Kozubík, bakalářská práce, 2008, s. 38)

Pro prevenci na úrovni volného času jsou velmi vhodné sportovní aktivity, neboť svou náplní a společenskou popularitou jsou pro děti a mládež přitažlivé. Sportovní trénink významně pěstuje morálně volní vlastnosti. Zvyšování výkonnosti dává trénujícímu pocit uspokojení. Překonávání nepříjemných pocitů a následné uspokojení podněcuje rozvoj osobnostních vlastností a působí jako výrazně kladná posilující motivace.

Mimořádně výhodné jsou kolektivní sporty, v nichž se navíc uplatňuje i sounáležitost s celkem, vzájemná spolupráce v herních situacích a taktické plnění dílčích úkolů při hře. Neméně důležité je také podřízení své vlastní hry potřebám družstva, provázené snahou prosadit se v týmu. To společně působí na tvorbu charakterových vlastností hráčů. Výhodou je i to, že slabší jedinec může být dobrými spoluhráči vytažen výkonnostně nahoru.

Možnost sportovního využití, tělovýchovné a turistické činnosti jsou jedním z významných způsobů předcházení sociálně-patologických jevů, mezi které samozřejmě patří také alkohol a ostatní návykové látky. (Jedlička a kol., 1997)

5. Odborná pomoc a léčba závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách

5.1 Odborná pomoc závislým na alkoholu a jiných návykových látkách

Jedinec, který má pocit, že mu užívání drog začalo způsobovat problémy, má možnost obrátit se na odbornou pomoc. Pokud se jedná o situaci, kdy se jedinec experimentováním s návykovými látkami snaží řešit nějaké psychické nebo rodinné potíže a nejde o rozvíjející se nebo již rozvinutou závislost, je možným řešením obrátit se na psychologa či psychoterapeuta, zkusit s nimi o svých potížích mluvit a pokusit se nalézt cesty k jejich řešení.

Pokud má problém s drogami jeden člen rodiny, není jen on tou černou ovčí, která za všechno může a všechno by měla sama vyřešit. Obvykle mnohem více pomáhá, pokud se o této situaci poradí celá rodina, zvláště pokud jde u experimenty s návykovými látkami u dětí nebo mladistvých, kteří ještě žijí s rodiči. Rodinná terapie může pomoci odkrýt motivy, proč jedinec drogy užívá.

Základní možností, kdy se ještě nedá mluvit o léčbě, jsou terénní programy a kontaktní centra (tzv. nízkoprahové programy). Jedinci, kteří se již dostali do vážnějších potíží s návykovými látkami, si zde mohou vyměnit použité stříkačky za čisté a využít dalších služeb, ať už jde o zdravotní ošetření, možnost se umýt, vyprat si věci, získat potřebné informace, poradit se o své situaci a případné léčbě apod.

Všechny nízkoprahové zařízení slouží především k tomu, aby jedinec, který ještě není rozhodnutý, že s návykovými látkami přestane, byl alespoň schopen udržet se v nějakém příznivějším zdravotním stavu a také aby neohrozil ostatní například infekčními chorobami. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

5.2 Léčba závislosti a její možnosti

Překonat problémy vlastního dítěte s alkoholem nebo jinými návykovými látkami není pro rodiče nic jednoduchého, a proto je dobré včas vyhledat odbornou pomoc. Ideální samozřejmě je, když chce jedinec s návykovými látkami skoncovat definitivně, na základě vlastního rozhodnutí.

Možností léčby je celá řada:

- *Jednorázová porada, krizová pomoc, krátkodobá léčba* – i jednoduchá forma pomoci může být vysoce účinná, je-li poskytnuta včas. Důležitá je práce nejen s pacientem, ale i rodiči
- *Ambulantní léčba* – výhodou je, že pacient zůstává ve svém přirozeném prostředí a může dál chodit do školy nebo do práce. To může být někdy ovšem také nevýhoda, například pokud jsou vztahy v rodině velmi napjaté. Dalším nebezpečím může být silná vazba na partu, od které se pacientovi nedaří odpoutat. Při této léčbě je opět důležitá také spolupráce s rodinou pacienta.
- *Ústavní léčba* – výhodou je možnost nepřetržité odborné péče a radikální změna prostředí, jestliže byl pacient ve vleku party. Ústavní léčba může mít více forem:
 1. Krátkodobý pobyt - asi 10 dnů, slouží k překonání odvykacích potíží a zlepšení tělesného stavu. Krátkodobý pobyt ovšem k překonání závislosti obvykle nestačí (tzv. detoxikační pobyt)
 2. Středně dlouhý pobyt – trvá od několika týdnů do několika měsíců
 3. Dlouhodobý pobyt – léčba může trvat rok i déle. (Nešpor, Csémy, 2003)

Léčba mimo jiné zahrnuje:

- *Tělesné vyšetření, léčbu tělesných i duševních obtíží*
- *Psychoterapii* – probíhá individuálně nebo ve skupině. Cílem je překonat duševní i životní problémy, prohloubit sebepoznání a naučit se lépe chápat druhé
- *Socioterapeutický klub* – pravidelné setkávání lidí, které spojuje snaha překonat problémy s návykovými látkami. Jedinec se tak utvrzuje ve zdravém způsobu života a zároveň pomáhá druhým.
- *Relaxační techniky a jógu* – pomáhají zvládnout stres, zátěž a únavu. Pacient si tak může vytvořit zdravější způsob života a překonávat nepříjemné duševní stavy
- *Rodinnou terapii* – kvalifikovaná spolupráce, nejčastěji s rodiči, prokazatelně zlepšuje léčebné výsledky.
- *Terapeutická komunita* – léčebné společenství, bývá zde lepší možnost vzájemné komunikace, pacienti si zde navzájem poskytují oporu a učí se překonávat problémy.
- *Cvičení* – dostatečná intenzivní tělesná aktivita může zlepšovat náladu i kondici, vytváří se zdravější způsob života.
- *Rozvoj dobrých zájmů* – například pracovních dovedností, vzdělávání apod. (Millerová, Nešpor, 2006)

SHRnutí TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

V teoretické části své práce jsem se seznámil s problematikou alkoholu a návykových látek u dnešní mladé generace všeobecně. Tato část zároveň položila základní kámen pro pokračující praktickou část, kde se budu zabývat monitorováním situace v místě mého služebního působiště, tj. na okrese Hodonín.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Projekt výzkumu

1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat situaci v oblasti prevence alkoholu a návykových látek na vybraných základních školách v okrese Hodonín, a také zkušenosti s užíváním návykových látek u žáků 8. a 9. tříd na těchto základních školách.

Dílními cíli jsem chtěl zjistit:

- Zda respondenti žijí v úplné nebo neúplné rodině
- Zda v letošním školním roce měli ve své škole nějaké hodiny prevence o alkoholu, tabáku a drogách
- Zda si myslí, že je ve škole dostatečně svobodná atmosféra, aby se dalo diskutovat o tématu alkoholu, tabáku a drog
- Zda si myslí, že v případě, že by měli problém s alkoholem, tabákem nebo drogami, že je ve škole osoba, se kterou by si o tomto problému mohli promluvit
- Zda jsou spokojeni s preventivními aktivitami v oblasti alkoholu, tabáku a drog ve své škole
- Která z nabídnutých preventivních aktivit by je nejvíc zaujala
- Zda si myslí, že prevence o alkoholu, tabáku a drogách ve škole má smysl
- Od koho dostali nejvíc informací o problematice alkoholu, tabáku a drog

1.2 Stanovení hypotéz

1. Prevence před návykovými látkami ve školním prostředí má svůj nezastupitelný význam a poskytuje respondentům nejvíce informací ze všech výchovných činitelů.

2. Respondenti z neúplných rodin mají větší zkušenost s pravidelným užíváním návykových látek, než respondenti z rodin úplných.

1.3 Metoda výzkumu

Pro výzkumnou část své práce jsem se rozhodl použít kvantitativní metodu k získání potřebných dat – dotazník. Díky němu jsem shromáždil data, která bych jinými metodami získával dost obtížně. Citlivá data jsem získal hlavně otázkou číslo 11 – tabulkou, ve které respondenti označovali, kterou návykovou látku již okusili a případně, jak často ji užívali nebo užívají. Mnou předložený dotazník původně vyhotovilo občanské sdružení SANANIM. Jejich verzi dotazníku jsem zkrátil a upravil pro svůj účel.

Dotazník se skládal z 10 položek a tabulky, která byla označena č. 11. V otázkách č. 1 a 2 jsem zjišťoval pohlaví a věk respondenta. Dotazník jsem vytvořil s využitím *uzavřených* otázek, které se skládaly s dichotomických, trichotomických a výběrových otázek. Respondenti vždy vyznačovali pouze jednu z nabídnutých alternativ. Celý dotazník byl plně anonymní. V měsíci lednu 2010 prošel „předvýzkumem“, na základě kterého jsem hodnotil jeho srozumitelnost.

1.4 Charakteristika výběru a průběh výzkumu

Výzkum se uskutečnil v únoru a březnu roku 2010, kdy jsem v rámci své profese navštívil několik základních škol v okrese Hodonín. Jednalo se o ZŠ Dolní Bojanovice, Ždánice, Vnorovy a Prušánky. Na těchto ZŠ jsem se žáků 8. a 9. tříd ptal na jejich názory a postřehy v oblasti alkoholu a jiných návykových látek. Diskutovali jsme také o prevenci. Před koncem mého setkání s nimi jsem jim rozdál tištěnou verzi dotazníku, kterou vyplnili a obratem mi ji odevzdali. Ihned jsem si vždy zkontroloval, zda respondenti odpověděli na všechny otázky.

Dotazník vyplnilo a odevzdalo dohromady 118 respondentů, 57 dívek a 61 chlapců. Složení respondentů podle věku jsem zpracoval do tabulky č. 13.

Tab. č. 13 – složení respondentů podle věku, jejich počet a vyjádření v %

Věk	Počet	%
<i>13 let</i>	2	2
<i>14 let</i>	20	17
<i>15 let</i>	84	71
<i>16 let</i>	12	10

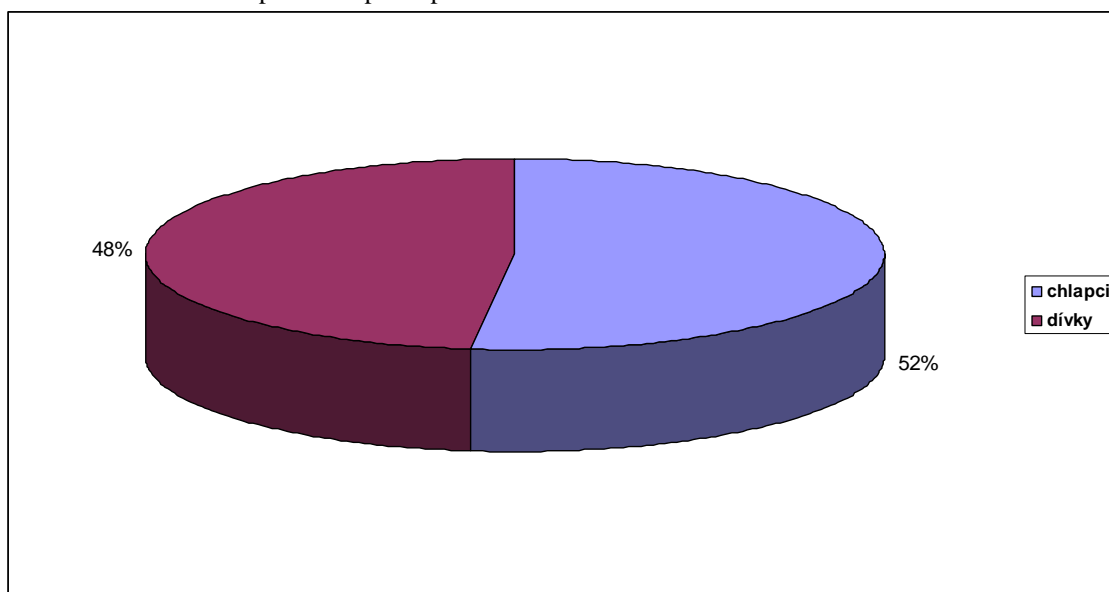
2. Analýza dat získaných výzkumem

Analýza byla prováděna podle stanovených dílčích cílů, výsledky v % jsou uvedeny v grafech č. 1 – 13.

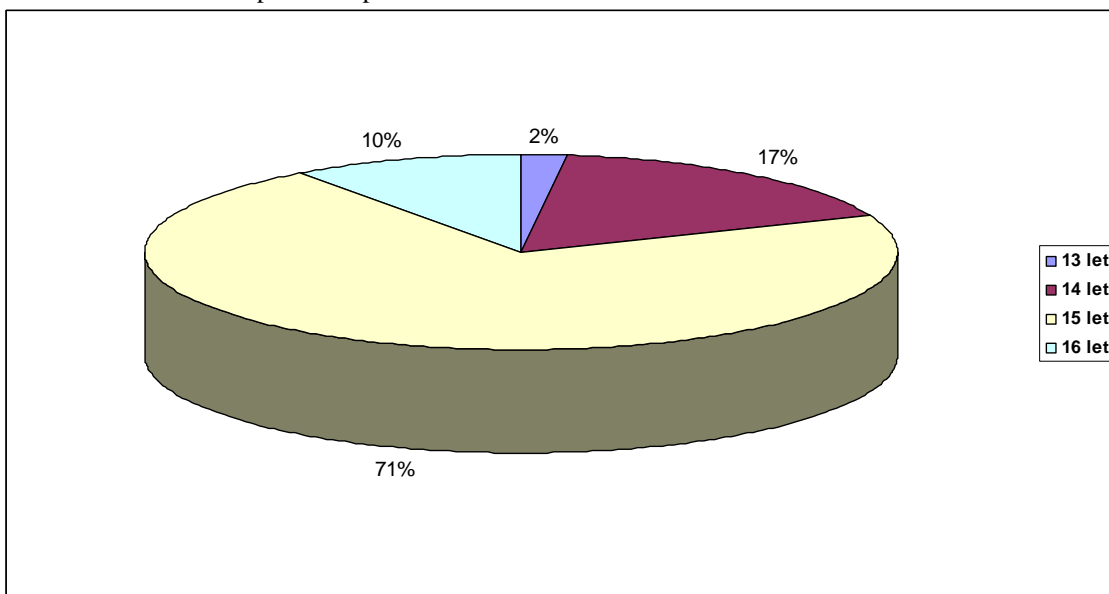
Položky č. 1 a 2:

Rozdělil jsem respondenty podle pohlaví a věku. Konkrétní čísla jsou uvedeny v tabulce č. 13 v kapitole 1.4 – charakteristika výběru a průběh výzkumu

Graf č. 1 – rozdělení respondentů podle pohlaví



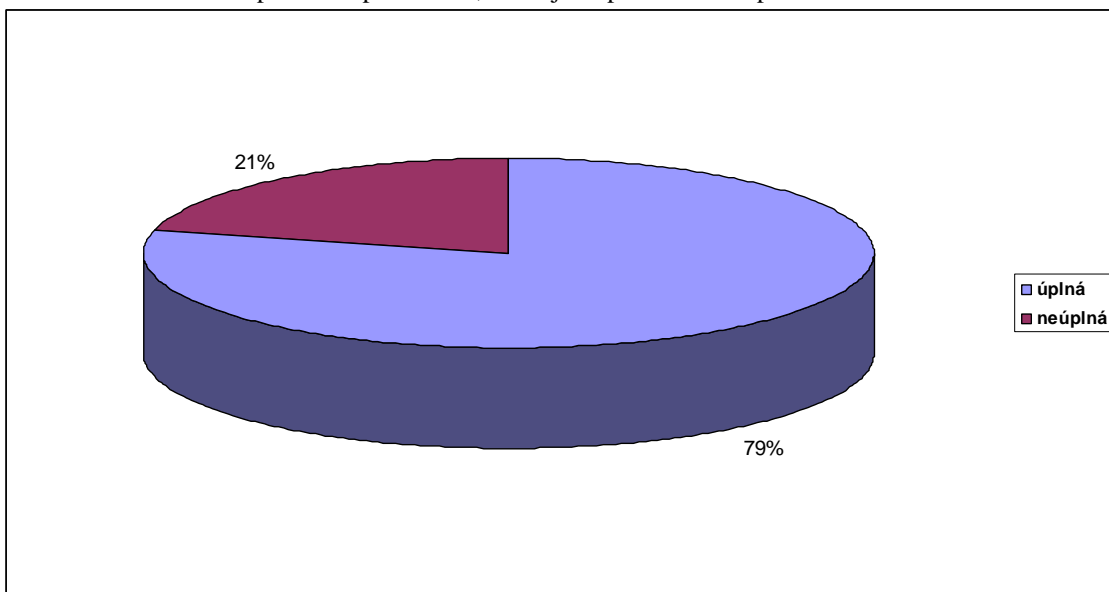
Graf č. 2 – rozdělení respondentů podle věku



Položka č. 3:

Zjišťoval jsem, kolik respondentů žije v úplné rodině (s oběma rodiči) a kolik v neúplné rodině (jeden z rodičů chybí).

Graf č. 3 – rozdělení respondentů podle toho, zda žijí v úplné nebo neúplné rodině

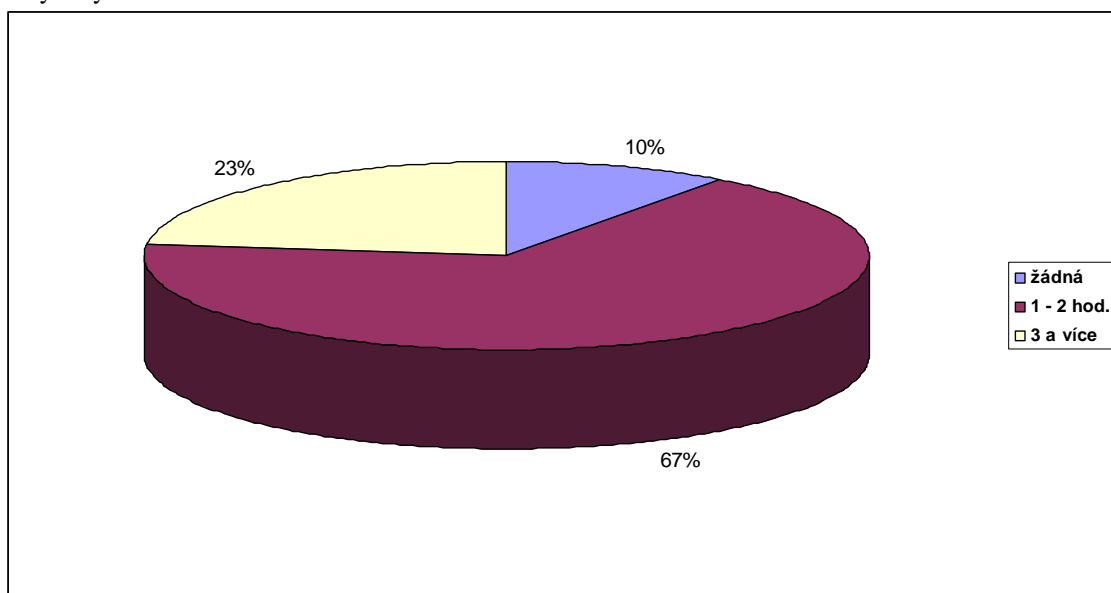


Z celkového počtu 118 respondentů 94 uvedlo, že žije v domě nebo bytě s oběma rodiči. 24 respondentů žije pouze s jedním z rodičů (rodiče se rozvedli, jeden z nich zemřel apod.)

Položka č. 4:

Zjišťoval jsem, zda respondenti měli v letošním školním roce nějaké hodiny prevence o alkoholu, tabáku a drogách.

Graf č. 4 – rozdělení respondentů podle toho, kolik měli vyučovacích hodin zaměřených na prevenci návykových látek

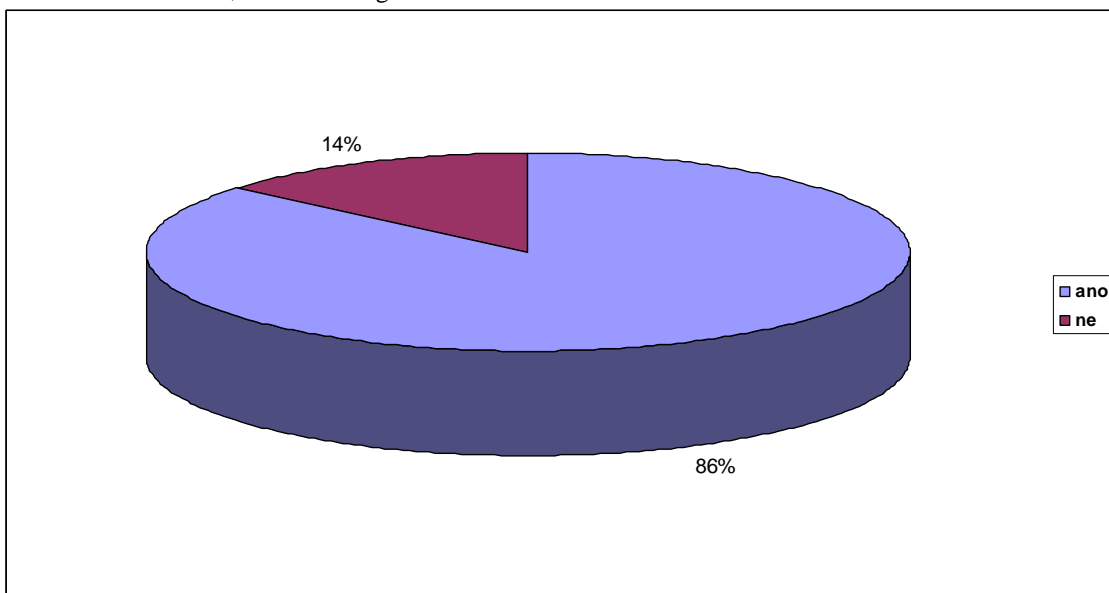


Většina respondentů (79) uvedla, že v letošním školním roce měla doposud pouze 1 – 2 vyučovací hodiny. 27 respondentů uvedlo 3 a více vyučovacích hodin a pouze 12 neuvedlo žádné preventivní hodiny.

Položka č. 5:

Zjišťoval jsem, zda si respondenti myslí, že je ve škole dostatečně svobodná atmosféra, aby se dalo diskutovat o tématu alkoholu, tabáku a drog.

Graf č. 5 – rozdělení respondentů podle názoru, zda je ve škole natolik svobodná atmosféra, aby se dalo diskutovat o alkoholu, tabáku a drogách

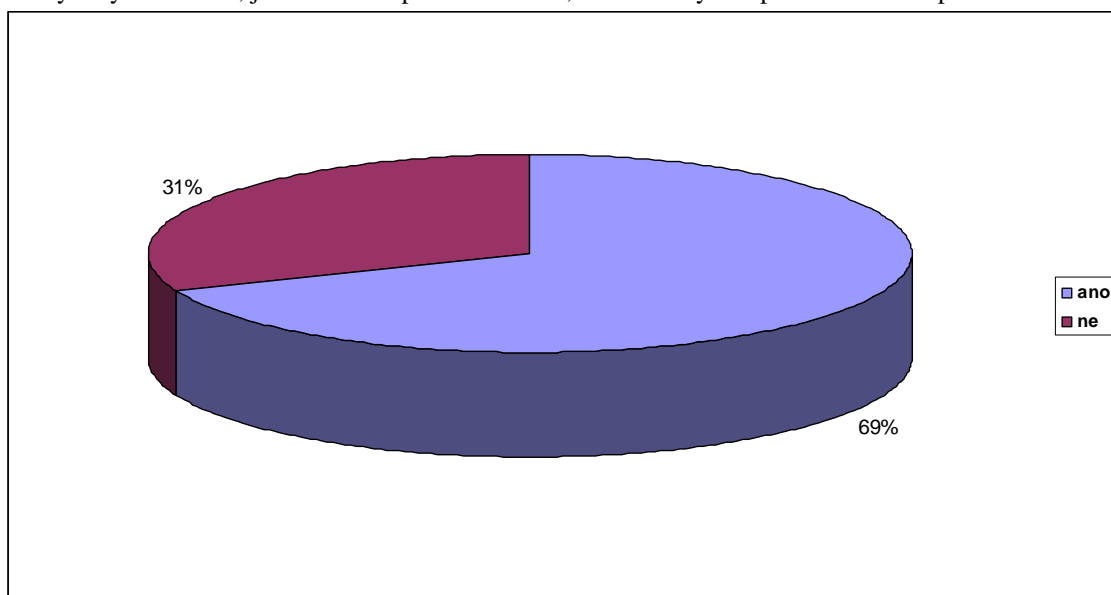


V této otázce vyvstala vcelku jednoznačná odpověď. Drtivá většina respondentů si myslí, že atmosféra ve škole je dostatečně svobodná a nakloněná tomu, aby se diskutovalo o veškerých návykových látkách.

Položka č. 6:

Zjišťoval jsem, zda si respondenti myslí, že v případě jejich problému, spojeného s alkoholem, tabákem nebo drogami, je ve škole osoba, se kterou by si o tomto problému mohli promluvit.

Graf č. 6 – rozdělení respondentů podle toho, zda si myslí, že v případě jejich problému, spojeného s návykovými látkami, je ve školním prostředí osoba, se kterou by si o problému mohli promluvit

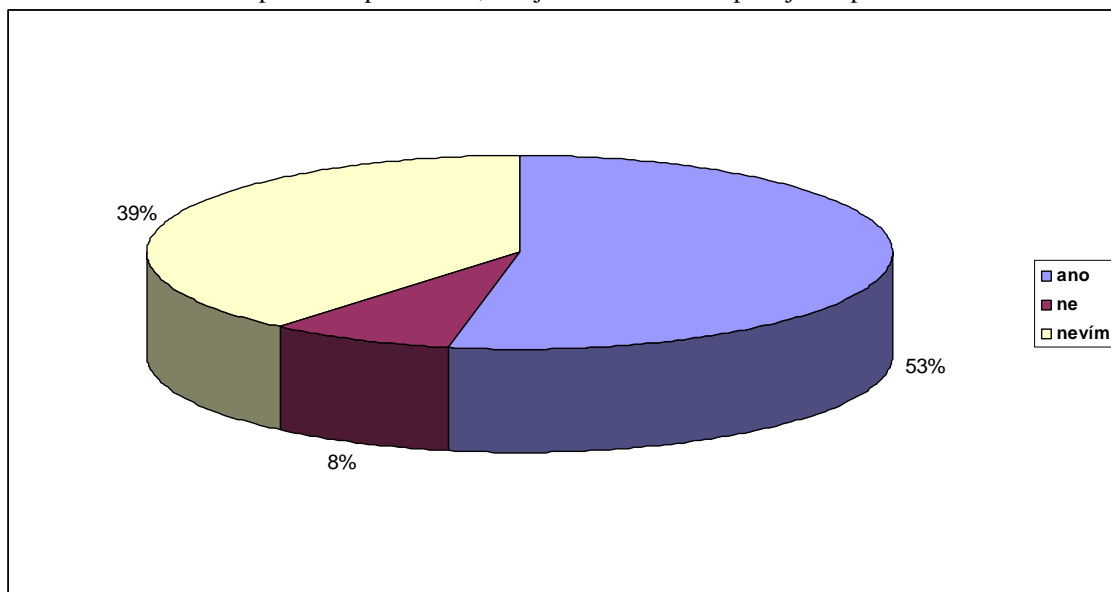


Tato položka mě příjemně překvapila. 69 % respondentů (82) si myslí, že ve školním prostředí se nachází alespoň jedna osoba, které mohou plně věřit a se kterou by se nebáli o problému, v souvislosti s návykovými látkami, promluvit a případně problém řešit.

Položka č. 7:

Zjišťoval jsem, zda jsou respondenti ve své škole spokojeni s preventivními aktivitami v oblasti alkoholu, tabáku a drog.

Graf č. 7 – rozdělení respondentů podle toho, zda jsou ve své škole spokojeni s preventivními aktivitami

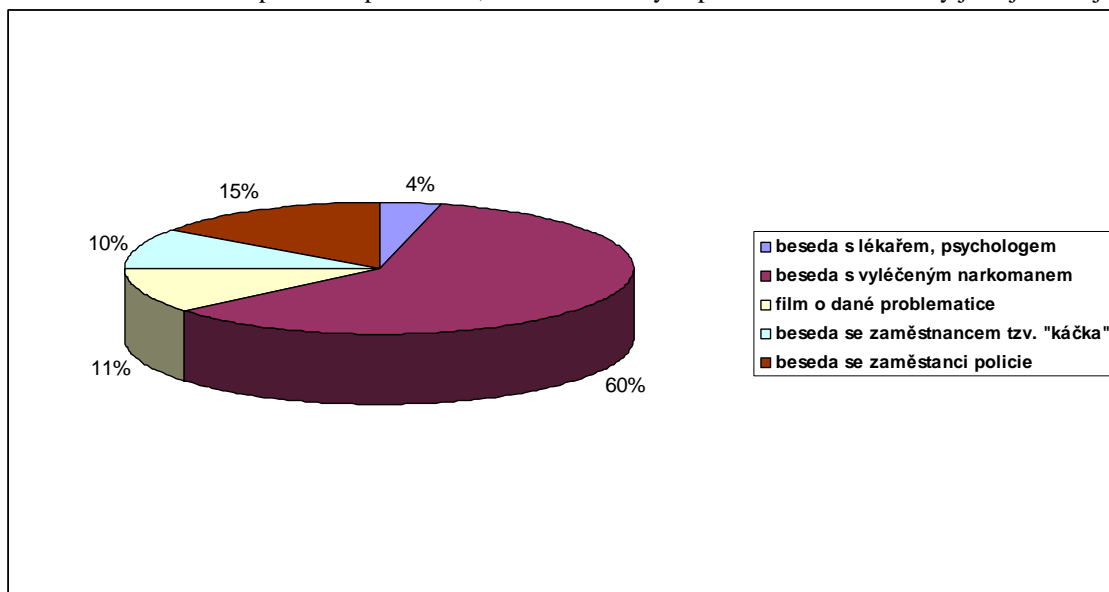


U této položky si značná část respondentů (46) nebyla jistá, a tak si ponechala „zadní vrátka“ odpovědí „nevím“. 62 respondentů je s preventivními aktivitami spokojeno a pouze 10 vyloženě nespokojeno.

Položka č. 8:

Zjišťoval jsem, která z nabízených preventivních aktivit by respondenty nejvíc zaujala. Zda beseda s lékařem/psychologem, vyléčeným narkomanem, film o dané problematice, beseda se zaměstnancem tzv. „káčka“ nebo beseda se zaměstnanci policie.

Graf č. 8 – rozdělení respondentů podle toho, která z nabízených preventivních aktivit by je nejvíc zaujala

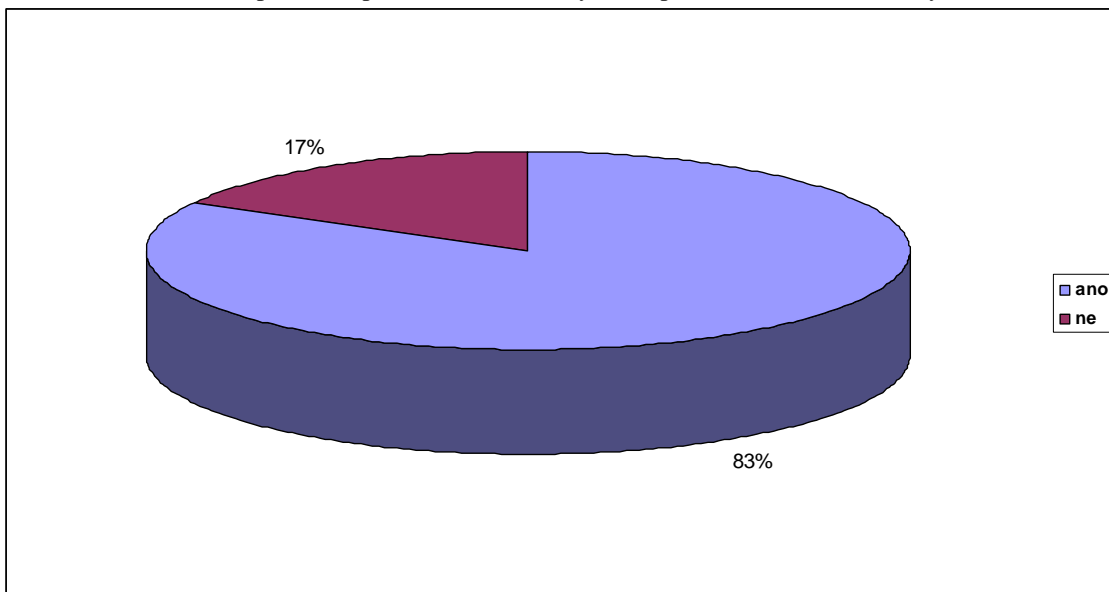


Tato položka dopadla podle mých předpokladů. Více než polovina z celkového počtu respondentů (70) by chtěla besedovat s vyléčeným narkomanem, jelikož si myslí, že prevence prováděná z jeho strany, by byla nejzáživnější. Další preventivní aktivity už jsou procentuálně dost vyrovnané. Se zaměstnanci policie by besedovalo 18 respondentů, se zaměstnancem „káčka“ 12. Film o problematice návykových látek by zhlédlo 13 respondentů. Nejméně by respondenti stáli o besedu s lékařem nebo psychologem (pouze 5).

Položka č. 9:

Zjišťoval jsem, zda si respondenti myslí, že prevence alkoholu, tabáku a jiných drog má ve škole smysl.

Graf č. 9 – rozdělení respondentů podle toho, zda si myslí, že prevence ve škole má smysl

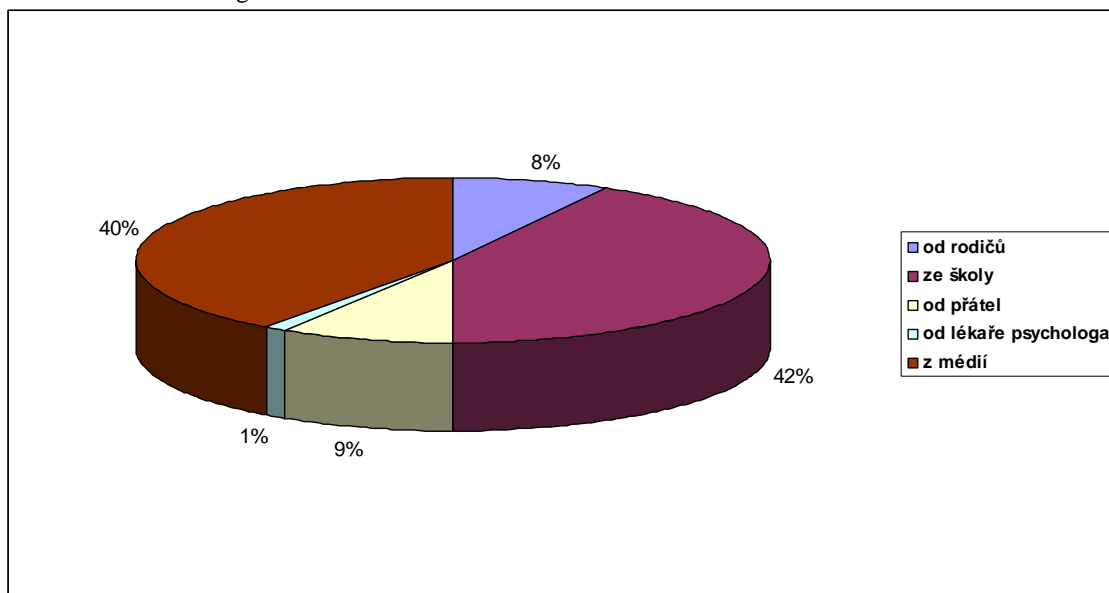


Opět zde vyvstala vcelku jednoznačná odpověď. 98 respondentů si myslí, že prevence alkoholu, tabáku a jiných drog ve škole smysl určitě má. Pouze 20 si myslí, že ne.

Položka č. 10:

Zjišťoval jsem, od koho respondenti dostali nejvíc informací o problematice alkoholu a jiných návykových látek.

Graf č. 10 – rozdělení respondentů podle toho, od koho získali nejvíc informací o problematice alkoholu, tabáku a ostatních drog



U této položky „zvítězila“ s malým náskokem škola. Nejvíce informací jí přisuzuje 50 respondentů. Nicméně pouze s malou ztrátou, na druhém místě, zůstávají média, která zaznačilo 47 respondentů. Na třetím místě jsou přátelé (11), dále rodiče (9) a nakonec lékaři (1).

V položkách č. 4 – 10 jsem se zajímal o názor respondentů na oblast prevence alkoholu, tabáku a jiných drog, abych tak potvrdil nebo vyvrátil stanovenou hypotézu č. 1. Ta zněla „**prevence před návykovými látkami ve školním prostředí má svůj nezastupitelný význam a poskytuje respondentům nejvíce informací ze všech výchovných činitelů.**“

Získané výsledky prokázaly, že 90 % respondentů v letošním školním roce měli alespoň 1-2 hodiny prevence, 86 % si myslí, že je ve škole dostatečně svobodná atmosféra k diskuzi na téma návykových látek a 69 % respondentů si myslí, že pokud by měli problémy s některou z návykových látek, tak ve školním prostředí je osoba, se

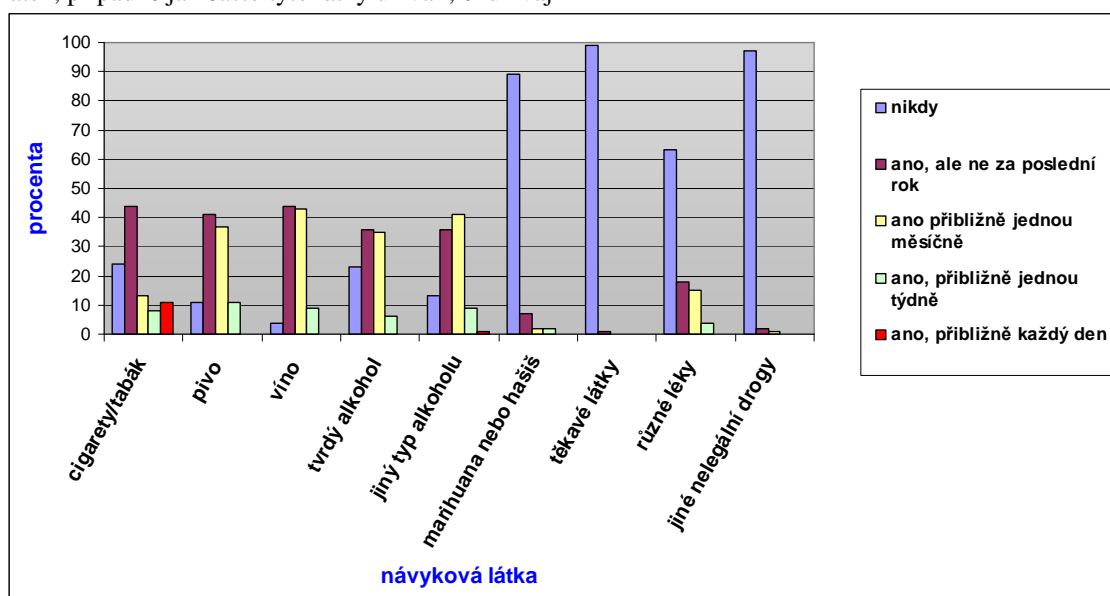
kerou by si o tom mohli promluvit. S preventivními aktivitami ve škole je spokojeno 53 % respondentů a pouze 8 % je vyloženě nespokojeno. Drtivá většina respondentů (83 %) si myslí, že prevence ve škole má smysl a uvádějí, že tam také získávají o prevenci nejvíc informací.

Na základě těchto výsledků se hypotéza č. 1 potvrdila.

Položka č. 11:

Zde jsem tabulkou zjišťoval, zda respondenti někdy vyzkoušeli některé z uvedených návykových látek, případně zda některou z uvedených návykových látek užívali, či užívají pravidelně.

Graf č. 11 – rozdělení respondentů podle toho, zda někdy vyzkoušeli některé z uvedených návykových látek, případně jak často tyto látky užívali, či užívají



Cigarety/tabák – 24 % respondentů uvedlo, že nikdy nekouřilo, 44 % sice kouřilo, ale ne za poslední rok, 13 % kouří přibližně jednou měsíčně a 8 % přibližně jednou týdně. Denně kouří 11 % respondentů.

Pivo – 11 % respondentů nikdy pivo nepilo, 41 % ano, ale ne za poslední rok, 37 % ano, přibližně jednou měsíčně a 11 % ano, přibližně jednou týdně. Denně pivo nepije nikdo.

Víno - 4 % respondentů víno nikdy nepilo, 44 % ano, ale ne za poslední rok, 43 % ano, přibližně jednou měsíčně, 9 % ano, přibližně jednou týdně. Denně víno nepije nikdo.

Tvrdý alkohol (destiláty) - 23 % respondentů tvrdý alkohol nikdy nepilo, 36 % ano, ale ne za poslední rok, 35 % ano, přibližně jednou měsíčně, 6 % ano, přibližně jednou týdně. Denně destiláty nepije nikdo.

Jiný typ alkoholu (např. v míchaných nápojích apod.) - 13 % respondentů tento typ alkoholu nikdy nepilo, 36 % ano, ale ne za poslední rok, 41 % ano, přibližně jednou měsíčně, 9 % ano, přibližně jednou týdně a 1 % tento alkohol pije přibližně každý den.

Marhuana, hašiš (konopné drogy) – 89 % konopné drogy nikdy nezkusilo, 7 % ano, ale ne za poslední rok, 2 % ano, přibližně jednou za měsíc a 2 % přibližně jednu týdně. Denně neužívá tyto drogy nikdo.

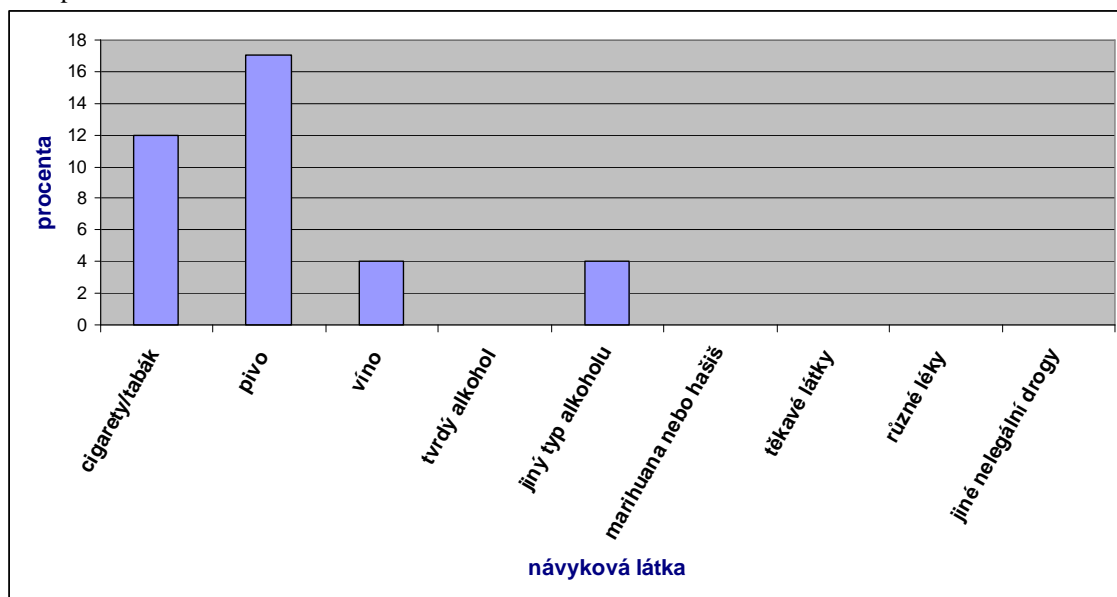
Těkavé látky – 99 % respondentů tyto látky nikdy nemělo, pouze 1 % ano, ale ne za poslední rok.

Léky na uklidnění, na spaní, či proti bolesti (bez lékařského předpisu) - 63 % respondentů je nikdy neužívalo, 18 % ano, ale ne za poslední rok, 15 % ano, přibližně jednou měsíčně a 4% ano, přibližně jednou týdně. Denně je neužívá nikdo.

Jiné nelegální drogy (amfetaminy, LSD, pervitin, kokain, heroin, extáze apod.) – 97 % tyto látky nikdy nemělo, 2 % ano, ale ne za poslední rok a 1 % ano, přibližně jednou měsíčně.

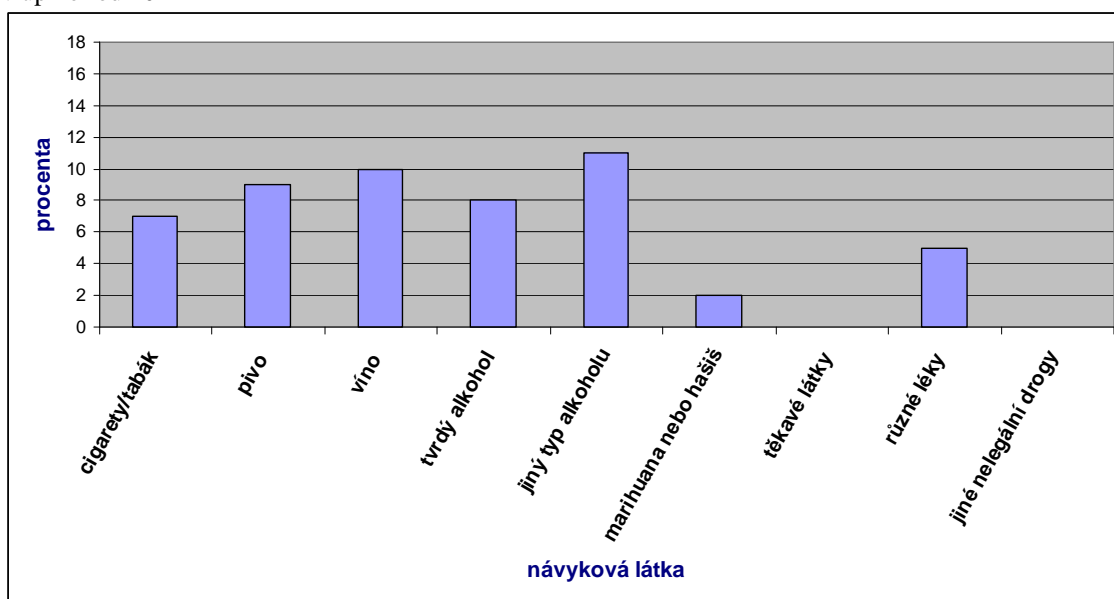
Položkou č. 11 jsem dále zjišťoval, zda respondenti žijící v neúplných rodinách mají větší zkušenost s pravidelným užíváním návykových látek (přibližně jednou týdně), než respondenti žijící v úplných rodinách, abych tak potvrdil nebo vyvrátil stanovenou hypotézu č. 2. Respondenty z neúplných a úplných rodin jsem od sebe oddělil v grafech č. 12 a 13.

Graf č. 12 – pravidelné užívání návykových látek (přibližně jednou týdně) u respondentů, kteří žijí v neúplné rodině



Přibližně jednou týdně kouří cigarety 12 % respondentů žijících v **neúplné** rodině, 17 % pije pivo, 4 % pijí víno a 4 % pijí jiný typ alkoholu (např. ovocné víno, míchané nápoje apod.). Tvrdý alkohol (destiláty), léky na uklidnění, na spaní, či proti bolesti (bez lékařského předpisu) ani žádné nelegální drogy nikdo z nich pravidelně neužívá.

Graf č. 13 – pravidelné užívání návykových látek (přibližně jednou týdně) u respondentů, kteří žijí v úplné rodině



Přibližně jednou týdně kouří cigarety 7 % respondentů žijících v **úplné** rodině, 9 % pije pivo, 10% pije víno, 8 % tvrdý alkohol (destiláty) a 11 % pije jiný typ alkoholu (např. ovocné víno, míchané nápoje apod.). Mimo to, přibližně jednou týdně, užívá 2 % respondentů konopné drogy (marihuana, hašiš) a 5 % respondentů léky na uklidnění, na spaní, či proti bolesti (bez lékařského předpisu). Žádné jiné nelegální drogy nikdo z nich pravidelně neužívá.

Hypotéza č. 2 zněla „**respondenti z neúplných rodin mají větší zkušenost s pravidelným užíváním návykových látek, než respondenti z rodin úplných.**“

Získané výsledky, uvedené v grafech 12 a 13, prokázaly, že děti žijící v neúplných rodinách mají sice větší zkušenosti s tabákovými výrobky a pivem, než děti z úplných rodin, ovšem ne nijak výrazně. Naopak se zbylými, v tabulce uvedenými návykovými látkami, mají větší zkušenosti děti z úplných rodin.

Na základě těchto výsledků se hypotéza č. 2 nepotvrdila.

3. Závěr provedeného výzkumu

Na základě zjištěných výsledků mezi respondenty nevypadá situace na okrese Hodonín nikterak katastrofálně. Každý z respondentů má alespoň jednu zkušenost s některou z uvedených návykových látek. Nejvíce zkušeností mají respondenti samozřejmě s tzv. legálními návykovými látkami, tedy s alkoholem, tabákem a léky užívanými bez lékařského předpisu. Výsledek je celkem logický, jelikož tyto látky pro ně není žádný velký problém sehnat.

Prevenci, co se týče alkoholu a jiných návykových látek, by bylo potřeba navýšit, jelikož žáci o ni mají zájem a s prevencí na současné úrovni nejsou zdaleka všichni spokojeni. Školy by v oblasti prevence měly více spolupracovat s dalšími institucemi a organizacemi. Prevence zkrátka není nikdy dost.

4. Shrnutí mých názorů a postřehů při volné diskuzi s žáky 8. a 9. tříd základních škol

Setkání s žáky 8. a 9. tříd (v dotazníku uváděni jako respondenti) na základních školách probíhala v příjemné atmosféře a žáci se do diskuze aktivně zapojovali. Díky jejich vyjádřeným názorům a postřehům jsem z vyučovacích hodin odcházel obohacený o další vědomosti a zážitky.

K prevenci prováděné ve škole žáci uváděli, že by jí mohlo být více a několik žáků poznamenalo, že by mohla být také více záživná. V několika třídách žáci uvedli, že v rámci některých vyučovacích hodin navštívili Kontaktní centrum pro drogově závislé v Hodoníně nebo Kyjově, kde se měli možnost seznámit s činností tzv. „káčka“ a jejich zaměstnanci. V každé třídě jsem se také dozvěděl, že v rámci výuky jim učitelé, tak jednou až dvakrát za školní rok, pustí video o této problematice.

Na můj dotaz, od koho žáci získali nejvíc informací o problematice alkoholu a jiných návykových látek, odpověděli, že ve škole a z médií. Velmi příjemně mě překvapila skutečnost, že většina žáků považuje atmosféru ve škole za dostatečně svobodnou k diskuzi na téma návykových látek, a že také s některými z učitelů na toto téma často diskutují.

S informacemi z médií už to asi bude horší. Mohou sice žákům radit, aby si od alkoholu a drog drželi dostatečný odstup a „nenechali se semlet“, ale stejně tak dobře jim k závislosti mohou pomoci. Za obzvláště nebezpečný považují internet, jelikož tam, ve většině případů, může jedinec „brouzdat“ jak je libo a může tudíž navštěvovat i webové stránky, které užívání alkoholu a drog podporují. A nemusí se jednat samozřejmě jen o alkohol a drogy. Na internetu je vůbec celá řada špatných stránek.

ZÁVĚR

Psaní bakalářské práce mně, díky studii odborných knih a článků, obohatilo novými znalostmi a zkušenosti s problematikou alkoholu a jiných návykových látek, a to jak po stránce teoretické, tak i praktické.

Právě mladé generaci se musí v boji proti závislostem nejvíce pomáhat. Tak, jak v dřívější době bývalo pro některé jedince moderní pít a kouřit, tak bohužel v současné době je pro ně moderní užívat drogy. Ať už si to připouštíme, nebo ne, návykové látky v posledních dvaceti letech vstoupili ve velké míře do lidských životů. Nejedná se samozřejmě jen o životy mladých lidí, problémy s těmito látkami mohou potkat každého z nás. Dětem a mládeži je ovšem třeba věnovat patřičnou pozornost, jelikož oni sami často nedokážou odhadnout, na jak tenký led by, pravidelným užíváním návykových látek, mohli vstoupit.

Na základě těchto skutečností je potřeba, aby se co nejvíc institucí a organizací zapojilo do preventivních aktivit, aby nejenom v rodině, ale i ve škole a v zaměstnání byla nastavena zdravá pravidla. Správně nastavené životní hodnoty nám pomáhají v našich každodenních radostech i starostech.

V teoretické části jsem se seznámil s problematikou alkoholu a návykových látek všeobecně, tj. jak s historií i současností, tak také v souvislosti s rodinou a výchovou, dopravou, prevencí, odbornou pomocí a léčbou závislosti.

Za nejdůležitější ovšem považuji právě problematiku prevence a tudíž jsem se jí, v navazující praktické části, zabýval podrobněji. Kvantitativní metodou (dotazníkem) jsem zmapoval situaci v mém okolí, tj. v okrese Hodonín.

Přínosem mé bakalářské práce pro praxi je získání pracovního materiálu pro další uplatnění u policie. Věřím, že se budu, na jejím základě, v této problematice dále vzdělávat. Tuto práci také nabídnu k využití i dalším preventivním pracovníkům Policie České republiky v okrese Hodonín, jelikož prevence má v naší profesi své důležité a nezastupitelné místo.

Prevence se prostě musí vyplatit !

Resumé

Bakalářská práce se zabývá problematikou alkoholu a návykových látek u současné mladé generace.

V teoretické části charakterizuje alkohol a návykové látky od historických dob až po současné užívání, závislost s jejími motivy i důsledky, rizika a účinky těchto látek. Teoretická část se dále zabývá dopady užívání alkoholu a jiných návykových látek v rodině a účinky těchto látek při řízení vozidel. V neposlední řadě se dále zabývá preventivní činností v rámci jednotlivých výchovných činitelů, odbornou pomocí a léčbou závislosti.

Praktická část navazuje na teoretickou, byla prováděna kvantitativní metodou, kdy nástrojem byl dotazník a zabývá se monitoringem situace na vybraných základních školách v okrese Hodonín.

Přínosem práce pro praxi je získání pracovního materiálu pro další uplatnění u preventivních pracovníků Policie České republiky v okrese Hodonín.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá historií i současností veškerých návykových látek v celospolečenském životě. Význam práce spočívá v tom, že jsou v ní přehledně shrnuty nejdůležitější poznatky z více literárních a internetových pramenů, a také zmapovaná situace v oblasti alkoholu a drog v okrese Hodonín.

Práce je určena především preventivním pracovníkům Policie České republiky v okrese Hodonín pro jejich další uplatnění.

Klíčová slova: alkohol, drogy, mládež, doprava, prevence, léčba závislosti

Annotation

The bachelor thesis deals with the history and presence of any addictive substances in societal life. Importance of the work lies in the fact that it summarized the key findings from more literary and internet sources as well as mapping the situation in the area of alcohol and drugs, in district Hodonin.

Bachelor thesis is primarily aimed at prevention staff of the Czech Police in district Hodonin for their further use.

Keywords: alcohol, drugs, youth, transportation, prevention, addiction treatment

Seznam použité literatury

- [1] Černý, M., Lejčková, P. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Zaostřeno na drogy 2/2007. Praha: Úřad vlády ČR, 2007. s. 2. ISSN 1214-1089
- [2] ESPAD 07. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Česká republika. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády ČR. Praha: 2007
- [3] Havlík, K. Psychologie pro řidiče. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. s. 92 a 96. ISBN 80-7178-542-3
- [4] Heller, J., Pecinová, O., a kol. Závislost známá neznámá. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8
- [5] Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. 1 vydání. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 298-299. ISBN 80-86734-05-6
- [6] Kolektiv autorů sdružení SANANIM. Drogy: otázky a odpovědi. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2
- [7] Kozubík, Martin. Bakalářská práce. Postoje k alkoholu účastníků volnočasových aktivit Salesiánského klubu mládeže Zlín. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, 2008. s. 38
- [8] Lejčková, P., Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Zaostřeno na drogy 1/2006. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. s. 7. ISSN 1214-1089
- [9] Linhart, Petr in Jedlička, R., a kol. Mládež – drogy – společnost 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. s. 151 – 152. ISSN 0862-4461
- [10] Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních. Č.j.: 20 006/2007-51 in Věstník MŠMT ČR, 2007. roč. 63. č. 11. s. 5 – 6
- [11] Mühlpachr, Pavel in Pipeková, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 1. vydání. Brno: Paido, 1998. s. 210. ISBN 80-85931-65-6
- [12] Müllerová, M., Nešpor, K. Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka. 5. vydání. Praha: sdružení FIT IN, 2006 s. 94 a 95. ISBN neuvedeno
- [13] Nešpor, K., a kol. in FIT IN 2001 plus. Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách. 1. vydání. Praha: BESIP, 1996. s. 19 – 24. ISBN neuvedeno
- [14] Nešpor, K. in Zpravodaj drogového informačního centra č. 51. Praha: Státní

zdravotní ústav, 2006a. s. 2

[15] Nešpor, K. Jak překonat problémy s alkoholem vlastními silami. 1. vydání. Praha: Sportpropag, 1996. ISBN neuvedeno

[16] Skála, J. ...až na dno!?. 4. vydání. Praha: Avicenum, 1988. s. 99

[17] Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 2. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6

[18] Votavová, Milada in Jedlička, R., a kol. Mládež – drogy – společnost 1. vydání. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. s. 113 – 114. ISSN 0862-4461

[19] Zákon č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky

[20] Zákon č. 99/1963 Sb. Občanský soudní řád

Internetové zdroje

[21] BESIP. Proč je důležité vyhnout se alkoholu při řízení motorového vozidla.

Zdroj: http://www.ibesip.cz/883_. [cit. 21.3.2010]

[22] Bílý kruh bezpečí. Zdroj: <http://www.domacinasili.cz/cz/redakce/domacinasili/r69>. [cit. 18.3.2010]

[23] Dějiny alkoholu. Zdroj: <http://dejinyalkoholu.blogspot.com/2007/10/historie-alkoholu.html>. [cit. 10.2.2010]

[24] Fišerová, M. Historie užívání drog. Zdroj: <http://www.biotox.cz/enpsyro/index.php?L=obe&P=9922&R=pj3ohis>. [cit. 20.2.2010]

[25] Mlčoch, Z. Historie pití alkoholu a tresty za opilost a opilství. Zdroj: http://www.alkoholik.cz/zavislost/historie/historie_piti_alkoholu_a_tresty_za_opilost_a_opilstvi.html. [cit. 10.2.2010]

[26] Nešpor, K., Csémy, L. Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat - internetová verze knihy. 5. vydání. Praha: Sportpropag, 2003. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/adde03.doc>. [cit. 20.3.2010]

[27] Nešpor, K., Csémy, L. „Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělý, kteří se starají o děti a dospívající, 2002. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/gatew6.doc>. [cit. 17.3.2010]

[28] Nešpor, K. Metodika prevence ve školním prostředí, 1997. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/meto1.doc>. s. 18. [cit. 17.3.2010]

[29] Nešpor, K. Návykové látky a pracovní prostředí, 2001. Zdroj:

<http://www.drnespor.eu/nlw01d.doc>. s. 2-3. staženo: [cit. 24.3.2010]

[30] Nešpor, K., Scheansová, A. Co by měli vědět rodiče o prevenci, 2009. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/ro-de6.doc>. [cit. 18.3.2010]

[31] Nešpor, K., Scheansová, A., Karbanová, H. Pomoc manželkám mužů závislých na alkoholu. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/unilat6.doc>. [cit. 16.3.2010]

[32] Nešpor, K. Zůstat střízlivý – internetová verze knihy. 1. vydání. Brno: Host, 2006b. Zdroj: <http://www.drnespor.eu/tyka06dw.doc>. [cit. 20.2.2010]

[33] Tabulky 1 – 4. Statistiky Policie ČR. Intranet [offline] – vnitřní síť Policie ČR. Zdroj: <http://ppportal.pcr.cz/rsd/rsdp.htm/>. [cit. 28.2.2010]

[34] Tesařík, J., Sobotka, P. Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích ČR za rok 2009. Zdroj: <http://www.policie.cz/soubor/2009-12-informace-pdf.aspx>. [cit. 28.2.2010]

[35] Vitoušová, Petra. Bílý kruh bezpečí. Zdroj: <http://www.domacinasili.cz/cz/redakce/statistiky/vykazani-v-cr-v-roce-2009/r214>. [cit. 18.3.2010]

Seznam použitých symbolů a zkratk

CNS	Centrální nervová soustava
ESPAD 07	Evropská školní studie o alkoholu a drogách, Česká republika, 2007
ČR	Česká republika
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
ZŠ	Základní škola

Seznam tabulek

Tab. č. 1 - pravidelné pití alkoholických nápojů u šestnáctiletých studentů

Tab. č. 2 – denní kouření cigaret u šestnáctiletých

Tab. č. 3 - výskyt užívání za celý život

Tab. č. 4 - výskyt opakovaného užívání za celý život

Tab. č. 5 - vybrané ukazatele návykového chování, tříděno podle pohlaví

Tab. č. 6 - hladina alkoholu v krvi, změny pocitů a změny chování

Tab. č. 7 – Projevy ovlivnění alkoholem ve vztahu k řízení vozidel

Tab. č. 8 – Účinky drog ve vztahu k řízení vozidel

Tab. č. 9 - alkohol u viníka nehody - celkem

Tab. č. 10 – alkohol u řidiče motorového vozidla

Tab. č. 11 – alkohol u řidiče nemotorového vozidla

Tab. č. 12 – dopravní nehody, které pod vlivem alkoholu zavinili chodci

Tab. č. 13 – složení respondentů podle věku, jejich počet a vyjádření v %

Seznam grafů

Graf č. 1 – rozdělení respondentů podle pohlaví

Graf č. 2 – rozdělení respondentů podle věku

Graf č. 3 – rozdělení respondentů podle toho, zda žijí v úplné nebo neúplné rodině

Graf č. 4 – rozdělení respondentů podle toho, kolik měli vyučovacích hodin zaměřených na prevenci návykových látek

Graf č. 5 – rozdělení respondentů podle názoru, zda je ve škole natolik svobodná atmosféra, aby se dalo diskutovat o alkoholu, tabáku a drogách

Graf č. 6 – rozdělení respondentů podle toho, zda si myslí, že v případě jejich problému, spojeného s návykovými látkami, je ve školním prostředí osoba, se kterou by si o problému mohli promluvit

Graf č. 7 – rozdělení respondentů podle toho, zda jsou ve své škole spokojeni s preventivními aktivitami

Graf č. 8 – rozdělení respondentů podle toho, která z nabízených preventivních aktivit by je nejvíc zaujala

Graf č. 9 – rozdělení respondentů podle toho, zda si myslí, že prevence ve škole má smysl

Graf č. 10 – rozdělení respondentů podle toho, od koho získali nejvíc informací o problematice alkoholu, tabáku a ostatních drog

Graf č. 11 – rozdělení respondentů podle toho, zda někdy vyzkoušeli některé z uvedených návykových látek, případně jak často tyto látky užívali, či užívají

Graf č. 12 – pravidelné užívání návykových látek (přibližně jednou týdně) u respondentů, kteří žijí v neúplné rodině

Graf č. 13 – pravidelné užívání návykových látek (přibližně jednou týdně) u respondentů, kteří žijí v úplné rodině

Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Václav Janů a jsem studentem Univerzity Tomáše Bati, fakulty humanitních studií v Brně a rád bych Tě požádal o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, ve kterém bych chtěl zjistit Tvůj názor na prevenci v oblasti veškerých návykových látek a také Tvé zkušenosti s nimi.

Tento dotazník bude sloužit pouze jako podklad k vypracování mé bakalářské práce. Je plně anonymní, proto na něj nepiš své jméno. Každou otázku si nejprve pečlivě přečti a poté zaznač křížkem jednu z nabízených možností. Pokud uvedené odpovědi přesně neodpovídají Tvoji situaci, zvol odpověď, která je této situaci nejbližší. Odpověz prosím na všechny otázky.

Děkuji Ti za Tvou ochotu.

1. Jsi chlapec, nebo dívka?

- 1 chlapec
- 2 dívka

2. Kolik ti je let?

- 1 13
- 2 14
- 3 15
- 4 16
- 5 17
- 6 18 nebo více

3. Žiješ v úplné (máš oba rodiče) nebo neúplné (jeden z rodičů chybí) rodině ?

- 1 úplná
- 2 neúplná

4. Měli jste v letošním školním roce ve škole nějaké hodiny prevence o alkoholu, tabáku a drogách ?

- 1 ne
- 2 1 – 2 vyučovací hodiny
- 3 3 a více vyučovacích hodin

5. Myslíš, že je ve škole dostatečně svobodná atmosféra, aby se dalo diskutovat o tématu alkoholu, tabáku a drog ?

- 1 ne
- 2 ano

6. Pokud bys měl/a problém spojený s alkoholem, tabákem nebo drogami, myslíš, že je ve škole osoba se kterou by sis o tomto problému mohl/a promluvit ?

- 1 ano
- 2 ne

7. Jsi spokojený/á s preventivními aktivitami v oblasti alkoholu, tabáku a drog ve své škole ?

- 1 ano
 2 ne
 3 nevím

8. Která z následujících preventivních aktivit by Tě nejvíc zaujala ?

- 1 beseda s lékařem, psychologem
 2 beseda s vyléčeným narkomanem
 3 film o dané problematice
 4 beseda se zaměstnancem kontaktních center pro drogově závislé (tzv. „káčko“)
 5 beseda se zaměstnanci policie

9. Myslíš, že tato prevence ve škole má smysl ?

- 1 ne
 2 ano

10. Od koho jsi dostal/a nejvíc informací o této problematice ?

- 1 od rodičů
 2 ze školy
 3 od přátel
 4 od lékaře, psychologa
 5 z médií (televize, rádio, tisk, internet)

11. Označ, jestli jsi někdy vyzkoušel/a některé z následujících (návykových) látek

	1	2	3	4	5
	nikdy	ano, ale ne za poslední rok	ano, přibližně jednou měsíčně	ano, přibližně jednou týdně	ano, přibližně každý den
a) cigarety / tabák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) tvrdý alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) jiný typ alkoholu (limonády s obsahem alkoholu, ovocné víno, míchané nápoje atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) marihuana nebo hašiš (konopné drogy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) těžké látky (toluen, ředidlo atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) léky na uklidnění, na spaní či proti bolesti (bez lékařského předpisu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) jiné nelegální drogy (amfetaminy, pervitin, LSD, kokain, heroin, extáze atd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>