

Užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno

Karel Bartoň

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karel Bartoň**
Osobní číslo: **H138000**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- charakteristiku užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová;
- konkrétně bude práce zaměřena na užívání legálních návykových látek - alkohol, nikotin;
- a návykových látek nelegálních marihuana a extáze;

Součástí práce bude deskriptivní výzkum zaměřený na analýzu výskytu rizikového chování, konkrétně užívání návykových látek u studentů ve vybrané škole SŠP Jílová, Brno.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ. Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 239 s. ISBN 978-80-7367-473-1.

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

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

KOTULÁN, Jaroslav. Zdravotní nauky pro pedagogy. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1999, iv, 258 s. ISBN 80-210-2179-9.

PRESL, Jiří. Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha: Maxdorf, 1994, 85 s. ISBN 80-85800-18-7.

ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. Lidé, alkohol, drogy. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1988, 158 s.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR, 2012, 174 s. ISBN 978-80-7440-067-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jiří Dalajka, Ph.D.

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 20.2.2015

Karel Barton, Karel Barton

Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno. Cílem je zjistit, užívají žáci návykové látky legální a nelegální, jaké, v jakém množství a jak často je užívají.

V teoretické části se seznámíme s obdobím adolescence, typické pro žáky navštěvující střední školu. Následuje zaměření se na drogovou teorii a základní pojmy a nejčastěji zneužívané drogy adolescenty. V závěru teoretické části jsou uvedeny druhy drogových závislostí, protidrogová prevence, výzkumy o užívání návykových látek.

Praktická část obsahuje kvantitativní, deskriptivní výzkum za pomoci dotazníku, se zaměřením na zkušenosti žáků SŠP, Jílová, Brno s legálními i nelegálními návykovými látkami.

Klíčová slova: adolescent, droga, drogová závislost, protidrogová prevence, legální a nelegální droga.

ABSTRACT

The subject of the bachelor thesis is addictive drugs taking by students at the SPŠ (Secondary Polytechnic School) Jílová, Brno. The aim of the thesis is to find out if the students take legal or illegal addictive drugs, which ones, in what amount and how often.

In the theoretical part we deal with the adolescence period which is typical of students attending secondary schools. Then the orientation on the drug theory and basic terms and drugs mostly misused by adolescents follows. In the conclusion of the theoretical part types of drug addiction, anti-drug prevention, and researches concerning the taking of addictive substances are mentioned.

The practical part includes quantitative descriptive research by means of a questionnaire oriented to the students' experience with legal and illegal drugs at the SŠP, Jílová, Brno.

Key words: adolescent - drug – drug addiction – anti-drug prevention – legal and illegal drug

Děkuji Mgr. Jiřímu Dalajkovi, Ph.D. za odborné rady a trpělivé vedení při zpracování mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné. Bakalářská práce je zpracována podle ČSN ISO 690.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ADOLESCENCE	12
1.1 DOSPÍVÁNÍ Z POHLEDU RŮZNÝCH TEORIÍ	13
1.1.1 Adolescence jako generační konflikt	13
1.1.2 Vývojové úkoly adolescence.....	14
1.1.3 Adolescence jako konceptualizace vlastního životního prostoru	15
1.1.4 Adolescence jako utváření vlastního vývoje	17
1.2 TĚLESNÉ ZMĚNY ADOLESCENTŮ	18
1.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY	19
1.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY	20
1.5 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ.....	24
2 ZÁVISLOST	26
2.1 ZNAKY ZÁVISLOSTÍ.....	28
2.2 TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ	31
2.3 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	35
2.4 LÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI A JEJICH FÁZE	37
3 NÁVYKOVÉ LÁTKY	41
3.1 LEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	42
3.2 NELEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	44
4 PREVENCE	48
4.1 DRUHY PREVENCE	50
4.1.1 Primární prevence.....	50
4.1.2 Sekundární prevence	50
4.1.3 Terciální prevence	51
4.1.4 Peer program	51
4.1.5 Minimální preventivní program	51
II PRAKTICKÁ ČÁST	54
5 VÝZKUMNÁ ČÁST A JEJÍ CÍL	55
5.1 METODOLOGIE VÝZKUMU	55
5.1.1 Výzkumná otázka.....	55
5.1.2 Metoda sběru dat.....	55
5.1.3 Výzkumný vzorek	56
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	57
6.1 DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	57
6.2 LEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY, VÝSLEDKY	58
6.3 NELEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY	70
6.4 ÚČAST V PREVENTIVNÍM PROGRAMU	77
7 DISKUZE	78
ZÁVĚR	80

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
SEZNAM TABULEK.....	87
SEZNAM GRAFŮ.....	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Užívání návykových látek je dnes často diskutované téma, které zajímá celou společnost. V dokumentu Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 (2012), je uváděna studie ESPAD, ve které je patrný pokles prevalence užívání pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub, a kdy v tomto roce také došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek. Návykové látky nás oklopují v běžném životě a je na nás, jak se s nimi vypořádáme. Je zajímavé, že naše společnost, pomocí zákonů odsuzuje užívání nelegálních látek, ale zároveň toleruje látky legální, například v podobě alkoholu, kávy, cigaret. *„Společnost akceptuje alkohol, společnost je proalkoholní. Konzumace alkoholu je zabudována do většiny lidských rituálů, které provázejí člověka od narození po smrt. Odmítnutí konzumace alkoholu vzbuzuje pozornost a neadekvátní reakce. Člověk, který odmítá konzumaci alkoholu, je považován za patologického. Právě rituály spojené s konzumací alkoholu mají svou vysokou nebezpečnost pro oslovení mládeže a dětí. Rituál tukání na zdraví je symbolem dospělosti a účasti v dospělém životě“* (Mühlpachr, 2001, str. 18).

Cílem bakalářské práce je zjistit stav užívání návykových látek žáky Střední školy polytechnické, Jílová 36 g, Brno. Pod definicí návykové látky jsou myšleny látky legální, například káva, ale i nápoje obsahující kofein, alkohol, tabákové výrobky a nelegální jako jsou kanabioidy, opiáty, kokain, stimulancia, sedativa, halucinogeny a organická rozpouštědla. Téma je pro mne velmi blízké, protože pracuji jako učitel odborného výcviku obor instalatér na uvedené střední škole a zdraví žáků i jejich vývoj je pro mě důležitý.

Žáci střední školy jsou v období adolescence, které lze považovat za nejnáročnější období v životě jedince. Čačka (2000, s. 230) uvádí: *„Adolescence je pro dosud nepevnou integraci východisek sebeřízení ještě poměrně obtížné stadium. Mnohdy se v něm vyskytují i krize, chyby až výstřelky, které není snadné chápat, ani odpouštět. Teprve koncem tohoto období nastává vnitřní harmonizace a uklidnění“*. Říčan (1990, s. 205) ve své knize charakterizuje adolescenci: *„Adolescent se má vyznat sám v sobě a najít své místo ve světě, ověřit si co dokáže a co vydrží, sám sebe najít v nějakém přesvědčení a životním programu. Má dokončit přípravu ke společenskému uplatnění v práci nebo udělat důležitá rozhodnutí v tomto směru (vstup na vysokou školu)“*. *Ve vztahu k druhému pohlaví má prožít něco víc než pouhé okouzlení, něco, co nebude přinejmenším vážným hledáním, pokusem poznat a dát se poznat“*.

V tomto důležitém období hledání sebe sama, dochází k biologickým, fyziologickým, psychickým a sociálním změnám. S těmito změnami může docházet u adolescenta k experimentování, nebo ke zneužívání návykových látek, které představují riziko ohrožující dnešní mládež (Vašutová, 2005). Jejich užívání má negativní vliv na duševní a tělesné zdraví, ovlivňuje sílu sociálních vztahů i schopnost rozvíjení a vyzrávání osobnosti adolescenta (Nešpor, 1999).

Následuje téma o závislostech na návykových látkách, kde uvádím teorie vzniku závislostního chování, které posuzují vznik z různých přístupů a pohledů, fáze vývoje drogové závislosti, jež nám vysvětlí vývoj závislosti ve vztahu jedinec-droga. Popisují znaky a druhy závislostí, vztahující se k tomuto tématu.

Dále se zmiňuji o nejčastěji zneužívaných legálních a nelegálních návykových látkách současnosti, i jejich účinku na lidský organismus.

Závěr teoretické části je zaměřen na oblast prevence, předcházení nežádoucím jevům, centra prevence a školní minimální preventivní programy, které hrají významnou roli při výchově ke zdravému životnímu stylu.

V praktické části bakalářské práce jsou vyhodnocena data kvantitativního, deskriptivního výzkumu, který zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt jevu, v tomto případě užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová Brno. Data byla sebrána pomocí dotazníkového šetření, které se zabývá otázkou užívání legálních a nelegálních návykových látek, například, v kolika letech poprvé a za jakých okolností užili, jakou návykovou látku konzumovali, užívají-li dnes návykové látky a v jakém množství.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ADOLESCENCE

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Poprvé byl použit pro určité období života člověka v 15. století (Muus in Macek, 1999).

Označení *adolescent* (typické pro psychologii) je v českém jazyce volně zaměňováno s označením pro dospívající či dorost (lékařské vědy) a s širším označením pro mládež (charakteristické užití v sociologii a pedagogice).

Vágnerová (2012) rozděluje období adolescence na dvě fáze: ranou adolescenci, kterou označuje jako *pubescenci* a je lokalizována přibližně mezi 11. až 15. rok, s určitou individuální variabilitou. Pozdní adolescenci trvající přibližně od 15 do 20 let, s určitou variabilitou, hlavně v oblasti sociální a psychické.

Pohled vědců věnujících se adolescenci se různí a vyvíjí. Říčan (1990, s. 205) ve své knize *Cesta životem* nazval kapitolu věnovanou období adolescence, době vývoje od 15 do 20 let *Na vrcholu mládí*, kde uvádí: „ *V této době je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší. Bere svůj život zodpovědně a svobodně do svých rukou*“. Tvrzení je značně idealizováno, pro dospívající je tato etapa života velmi těžká a plná rozporů. G. S. Hall (in Macek, 1999, s. 14) líčí adolescenci jako „*nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku*“. Vágnerová (2012) chápe adolescenci jako přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, kdy se má adolescent stát dospělým ve všech oblastech, ve kterých to současná společnost od adolescenta vyžaduje. Nešpor (2003) uvádí, jestliže dospívající nezvládne etapu dospívání, hrozí nebezpečí, že se může uchýlit k návykovým látkám (např. alkohol, kanabioidy, opiáty, kokain, stimulancia, sedativa, halucinogeny a organická rozpouštědla).

Adolescence, druhá fáze dospívání po *pubescenci*, je významné období, významné formováním osobnostních rysů. Jde o etapu hledání a přehodnocování, ve které má dospívající jedinec zvládnout svou proměnu, získat přijatelné sociální postavení, vytvořit si subjektivně uspokojivou a zralejší formu vlastní identity. Společenské požadavky a nároky kladené na adolescenta se postupně zvyšují, v mnoha případech odpovídají nárokům vyžadovaných od dospělých (např. výkony, cílevědomost, mravní vyhraněnost). V tomto období mladiství ukončuje docházku na základní školu a nastupuje na střední školu, kde se může vyučit, maturovat na střední škole nebo gymnáziu. Následně nastupuje do zaměstnání, či na vysokou školu.

1.1 Dospívání z pohledu různých teorií

Významu adolescence v procesu celoživotního utváření osobnosti člověka se věnuje řada teorií a dílčích psychologických koncepcí. Platí zde, že stejně jako v jiných oblastech psychologických koncepcí si nemůžeme vybrat nějakou jednotnou, nebo obecně uznávanou teorii (Macek, 1999).

1.1.1 Adolescence jako generační konflikt

G. S. Hall „otec adolescence“ formuloval teorii rekapitulace. Období adolescence definoval jako „*nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku*“ (Macek, 1999, s. 14). Adolescenci přirovnává ve svém stejnojmenném díle z roku 1904 k německému literárnímu hnutí z 18. století „*Sturm und Drang*“, jež bylo charakteristické idealismem, plným vyjadřováním emocí, revoltou proti všemu starému, svým odhodláním žít jinak až do všech důsledků, i za cenu nejvyššího utrpení. V adolescenci jako by se člověk podruhé narodil, jde o období turbulence, které je plné oscilací mezi protiklady (nadšení proti světovalu, citlivost proti cynismu, přátelství proti samotě aj.). Dospívající je v adolescenci napůl necivilizovaný divoch s nekontrolovatelnými impulzy, který se postupně civilizuje (většinou až po dvacátém roce života) a mění se v zodpovědného člena moderní společnosti (Macek, 1999).

Teorie adolescence, které mají kořeny v psychoanalýze S. Freuda, také kladou důraz na konfliktnost v období adolescence. Freud věnoval větší pozornost pubertě než adolescenci, toto období je v jeho koncepci nazýváno genitálním stádiem, ve kterém narůstá sexuální napětí, a ožívují se rané komplexy. Jde o období druhé oidipovské fáze, ve kterém dochází k potlačení incestních impulzů, tj. kdy objektem jejich potencionálního uspokojení již není jeden z rodičů, nebo člen rodiny. Místo nich si dospívající hledá náhradní objekt, dívku nebo chlapce. V této fázi je pro dospívajícího důležité, aby překonal závislost na rodičích, z pohledu psychoanalýzy hlavně vazby sexuálního charakteru (Macek, 1999; Vágnerová 2012).

A. Freudová ve své práci považovala dospívání za významnější životní období než její otec S. Freud, představuje dva základní obranné mechanismy v adolescenci, asketismus a intelektualizaci. Asketismus je strach ze ztráty kontroly nad svými vlastními sexuálními im-

pulzy. Intelektualizace představuje konflikt sexuální a emotivní, transformující se do činností spojených s intelektuální aktivitou (Vágnerová 2012).

Užívání návykových látek se zde může objevit jako reakce boje nebo protestu proti autoritám (rodiče, učitelé, atd.), s veřejností, aj. (Helus, 1998). Dospívající se pomocí návykových látek snaží o uspokojení svých základních potřeb.

1.1.2 Vývojové úkoly adolescence

R. J. Havighurst (Sobotková, 2014) stanovil vývojové úkoly pro období adolescence, v nichž jsou uvedeny potřeby a očekávání společnosti, ve které dospívající žije i jeho individuální potřeby a očekávání, které dále specifikovala v různých souvislostech řada autorů. Macek (1999) uvádí ve své knize například autory Hilla, 1980; Millera, 1989; Hurrelmana, 1984. Přehled je modifikovanou verzí z těchto výčtů.

- Přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a pohlavní role.
- Kognitivní komplexita, flexibilita a abstraktní myšlení – schopnost aplikovat intelektový potenciál v běžné každodenní zkušenosti.
- Uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví.
- Změna vztahů k dospělým (rodičům, dalším autoritám) – autonomie, popř. vzájemný respekt a kooperace nahrazuje emocionální závislost.
- Získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k určitým jistotám, které s ní souvisejí – k volbě povolání, k získání základní profesní kvalifikace, k ujasnění představ o budoucí profesy.
- Získání zkušeností v erotickém vztahu, příprava pro partnerský a rodinný život.
- Rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti – tj. získání kompetence pro sociálně zodpovědné chování.
- Představa o budoucích prioritách v dospělosti – důležitých osobních cílech a stylu života.
- Ujasnění hierarchie hodnot, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu a k životu (světový názor).

Úkoly mají psychologickou, biologickou a kulturní dimenzi. Uvedený modifikovaný výčet se relativně dobře hodí pro současnou evropskou a severoamerickou kulturu, v jiné části světa by mohly být v řadě aspektů odlišné. Macek (2003) uvádí, že při plnění vývojového úkolu se střetává řada protichůdných tendencí a vnitřních (intrapsychických) vlivů, které adolescenta ovlivňují. Čáp (1993) uvádí, že každý nezvládnutý vývojový úkol vede k nespokojení adolescenta i k negativnímu hodnocení adolescenta druhými lidmi a působí potíže v konfrontaci s jinými úkoly.

Podle E. H. Eriksona je adolescence pátým z osmi stadií životního cyklu. Vývojový úkol adolescence je formulován jako vytvoření identity vlastního já (ego – identity). V tomto procesu dochází k rekapitulaci všech čtyř předchozích fází. Dospívající má sjednotit svou zkušenost se sebou samým do smysluplného celku. Erikson svou teorií upozorňuje, že stadium adolescence je svébytným a velmi důležitým obdobím ve vývoji osobnosti. Teorie odkazuje na důležitost vyváženosti biologických, psychosociálních a kulturních faktorů vývoje a také na to, že období adolescence není možné vytrhnout z kontextu jak předchozího, tak ani následného vývoje (Macek, 1999).

Někteří dospívající mohou užívat návykové látky v reakci jako útěk od těchto úkolů adolescence. Užívání návykových látek narušuje plnění vývojových úkolů a činí je obtížnějšími. Tělesné zdraví, ve kterém je oslaben imunitní systém a nastává menší odolnost vůči nemocem, může být poškozen mozek, srdce, žloutenka, AIDS. V oblasti duševního zdraví se objevuje agrese vůči blízkým lidem, duševní choroby, náladovost, nejistota, poruchy spánku, sebevražedné myšlenky. Ve vztazích k druhým lidem dochází k bezohlednosti, hádky v rodině, navazování falešných vztahů s cílem získat drogu, násilí, osamělost. Investice do návykových látek prodejem věcí pod cenou, prostituování se, krádeže. Hygiena bývá někdy zanedbávána, stejně jako péče o zevnějšek. Absence kvůli drogám ve škole, napětí ve vztazích se spolužáky, nezáměr o učení (Nešpor, 1999).

1.1.3 Adolescence jako konceptualizace vlastního životního prostoru

Teorie životního prostoru K. Lewina uvádí, že životní prostor dítěte je méně strukturovaný než prostor dospělého a adolescenta. V adolescenci pohlavní dospívání mění vztah dospívajícího k vlastnímu tělu, navozuje stav „dostačilosti“ či „úplnosti“, podporující představy o jeho nových možnostech a kompetencích. Lewin a Davis (in Macek, 1999) uvádějí, že dospívající se dostává do „pohybu“ (sociální lokomotace), dochází k rozšíření jeho ob-

zoru, objevují se nové příležitosti, které nejsou jednoznačně ani povoleny, ani zakázány. Adolescent se tak dostává do tzv. marginální pozice, ve které něco již nemůže a něco ještě nesmí, ocitá se tak mezi dvěma ohnisky, dětstvím a dospělostí. Macek (1999) se k této situaci vyjadřuje, že u adolescentů tato situace vyvolává celou řadu rozporuplných pocitů, včetně agresivity a emoční tenze, ke generačním konfliktům a k přechodné ztrátě „zakotvení“.

Právě v této situaci hrozí, že dospívající sáhne po návykových látkách, jako prostředku řešení svých generačních problémů a konfliktů (Mühlpachr, 2001; Kalina, 2008).

Na Lewinův koncept životního prostoru navazuje teorie U. Bronfenbrennera, jejímž základem je ekologický systém, který zahrnuje biologickou, tak i sociální interakci. Systém je možné rozdělit na mikrosystém, mezosystém, exosystém a makrosystém (in Kučera, 2013).

Mikrosystém, představují konkrétní osoby, se kterými přichází člověk do běžného kontaktu (rodina, školní třída, zaměstnání). Tyto mikrosystémy se vzájemně překrývají, mění, v průběhu dospívání roste jak jejich počet, tak jejich význam. Zdravé mikrosystémy jsou založeny na reciprocitě, nemocné na asymetrii a manipulaci. Mezosystém je síť jednotlivých mikrosystémů. Důležité je nejen jejich množství, ale především vztahy mezi nimi. Některé mikrosystémy se dostávají častěji do vzájemných interakcí (např. sportovní tým a škola, rodina a škola), jiné zase jen zřídka (např. vrstevnická parta a rodina). Analýzou vztahů mezi mikrosystémem a mezosystémem může zjistit, zda průběh vývoje zakládá problémy a rizika. Exosystém vzniká rozšířením mezosystému o další formální a neformální sociální struktury, do nichž adolescent nevstupuje jako aktivní účastník, ale zároveň je těmito strukturami ovlivňován. Jedná se především o širší komunitu, ve které adolescent žije a změny v exosystému se mohou jeho života nepřímo velmi dotýkat (změna zaměstnavatele jeho rodičů, školní reorganizace atd.). Adolescent může vstoupit aktivně do exosystému ve vyšším věku, v pozdní adolescenci může mít větší vliv než na začátku dospívání. Makrosystém vzniká propojením jednotlivých exosystémů. Jde o soubor ideologií, přesvědčení a názorů jednotlivých dílčích kultur, etnických skupin aj. Tvoří jej také masmédiá, tradice a neinstitutizované normy, na druhé straně je makrosystém tvořen oficiální politikou a vládní reprezentací (Macek, 1999).

I zde hrozí, že dospívající se může uchýlit k užívání návykových látek, například jako zdůraznění příslušnosti k partě, ve které se návykové látky užívají, při budování určité prestiže

mezi vrstevníky, nebo jako únik z reality (Nešpor, 2003). Uživatelem návykových látek se může stát i adolescent navštěvující organizované zájmové činnosti, ale neztotožňuje se s nimi, protože tam chodí na přání rodičů, užívá jako únik či na protest (Hájek a kol., 2008).

1.1.4 Adolescence jako utváření vlastního vývoje

Pohled na adolescenta jako na tvůrce či producenta vlastního vývoje tvoří základ dynamického interakčního modelu, který v posledních dvaceti letech propracovává a empiricky ověřuje R. M. Lerner, vychází z konceptu celoživotního utváření a z potřeby popsat adolescentní vývoj v souvislostech biologických, psychických a sociálních faktorů. Rozlišuje čtyři úrovně analýzy vývoje, kdy změny v jedné úrovni ovlivňují změny ve všech dalších. Jelikož se tyto změny v čase, jedná se o neustálý proces vzájemného působení, který ve svém důsledku produkuje změnu. R. Lerner specifikoval tři různé způsoby, pomocí nichž adolescent jedná jako tvůrce vlastního vývoje. Za prvé, adolescent může produkovat svůj vlastní vývoj jako podnět pro ostatní, kdy jde o hodnocení osoby adolescenta vrstevníky nebo dospělými. Dále adolescent může utvářet svůj vlastní vývoj jako zprostředkovatel vnějšího světa. Kognitivní a emocionální zpracování podnětů z vnějšího prostředí je vždy unikátní, vždy zanechá v osobnosti adolescenta jedinečnou stopu a ovlivňuje jeho další interakce. Poslední způsob představuje aktivní jednání adolescenta jako způsob utváření vlastního vývoje. Adolescent se v něm aktivně podílí na kontextu svého vývoje. Aktivní jednání se nejzřetelněji projevuje při jeho volbě vrstevnické skupiny a při volbě způsobů chování ve vrstevnické skupině (Macek, 1999).

Bandura ve svém konstruktu uvádí, že vědomí vlastní účinnosti záleží na tom, jak dokáže adolescent vyhodnotit svoji minulou zkušenost a jestli na základě toho získá pocit, že má dostatek zkušeností s podobným typem úkolu, resp. že nabyl dovedností, které může uplatnit při jeho řešení. Zástupná zkušenost představuje důležitou roli při vývoji adolescenta, ve které sleduje, jak se lidé vyrovnávají s úkoly, jež on sám považuje za obtížné či ohrožující. Velký význam má i anticipace vlastního chování v konkrétní situaci, tj. dovednost adolescenta strukturovat kroky, vedoucí k požadovanému cíli. S tím souvisí flexibilita v tomto plánování, představující schopnost modifikovat jednotlivé kroky (případně i cíl) podle měnících se podmínek situace. Vědomí vlastní účinnosti je také ovlivňováno přístupností k verbálnímu přesvědčování i stupněm emocionálního vzrušení. Vysoká přístup-

nost nechat se přesvědčit pomáhá ke zvyšování vědomí vlastní účinnosti, vysoká emoционаlnita jej spíše brzdí (Macek, 1999).

Zde může dojít u adolescenta k užívání návykových látek z důvodů, za prvé, vlastní životní styl, protest proti společnosti, autoritám, apod., dalším je adolescent se pohybuje v prostředí, kde se návyková látka užívá (např. rodina, sociálně vyloučená komunita). Posledním je prostředí, které si aktivně vybral, například volba vrstevnické skupiny a chování ve skupině (Helus, 1973).

1.2 Tělesné změny adolescentů

Tělesná proměna je významným signálem dospívání jedince, začíná již v období puberty, kdy se začíná měnit v člověka schopného reprodukce. Vágnerová (2012, s. 373) uvádí: „*Doba počátku dospívání je limitována geneticky a pravděpodobně se nemůže libovolně posouvat do stále nižšího věku*“.

Změny jsou doprovázeny viditelnými a pocíťovanými důsledky například proměna proporcí, růst postavy, sekundární pohlavní znaky, funkce pohlavních orgánů, sexuální prožitky, jejichž subjektivní zpracování může být pro dospívajícího velmi náročné (Perič, 2004).

Nastane-li tělesná změna velmi brzo, nemusí ji dospívající snadno zvládnout. Dívky tělesně dozrávají dříve než chlapci a je-li proměna předčasná, jsou vrstevníci děvčete obojího pohlaví tělesně a psychicky nevyzrálí. Nápadnost dívky je tak větší, než relativně časně dospělý chlapec (Vágnerová, 2012).

Odlíšnost tělesných změn, které dospívání přináší chlapcům a dívkám (Vágnerová, 2012, s. 374): „*U chlapců je ze sociálního hlediska významný především růst a posléze rozvoj svalů. Sekundární pohlavní znaky nejsou na první pohled tak nápadné a zneklidňující. Navíc je vyšší postava u chlapce sociálně akceptovatelná i dospělými. Ve vrstevnické skupině je vysloveně výhodná, protože představuje šanci na získání lepšího sociálního statusu (prestiž je v tomto věku ještě hodně závislá na fyzickém habitu a síle). Sekundární pohlavní znaky děvčat jsou nápadnější a bývají dospělými chápány jako signál významnější kvalitativní změny. Tělesná proměna chlapců se na první pohled jeví jenom jako růst a zesílení, tj. změna kvantity. Rodiče mívají strach z předčasné sexuální aktivity, kterou očekávají od fyzicky vyspělejších děvčat. Jejich reakce, ať už vědomé nebo nevědomé, mohou leckdy vyznívat jako negativní hodnocení nadměrné vyspělosti a tak je také děvče ze strany dospě-*

lých přijímá. Nepříjemné mohou být i eroticky zaměřené reakce starších vrstevníků. Tělesně vyspělé třináctileté dívky vadí, když na ni starší kluci blbě čumí a pokřikují sprostěrně“.

V pozdní adolescenci je tělesný vzhled důležitou součástí identity jedince. Narůstá obvykle spokojenost s vlastním tělem. Adolescent se často a v hojně míře zabývá svým vzhledem, až lze někdy mluvit o narcistním zaměření. Kult těla je podporován sociokulturním standardem vysoké hodnoty mládí a fyzické krásy. Fyzická atraktivita může hrát významnou roli při utváření identity jedince a odpovídá-li aktuálnímu ideálu, stává se oporou jeho sebevědomí. Zvyšuje také jeho pocity jistoty, že bude sociálně akceptován, pomáhá dospívajícímu k dosažení uspokojivé prestiže, hlavně ve vztazích k druhému pohlaví. V období pozdní adolescence se zevnějšek stává cílem a prostředkem. Dospívající má potřebu líbit se jiným i sobě, k ubezpečení o své hodnotě. Systematicky pracuje na získání pro něho žádaných fyzických kvalit, drží diety, cvičí, posiluje. Adolescenti, zvláště dívky, vyvíjejí v tomto směru značné úsilí, aby se požadovanému ideálu alespoň přiblížili (cvičí, drží diety, někdy až drastické, dlouhé vlasy, atd.), (Vágnerová, 2012). U konzumentů návykových látek dochází někdy k úpadku péče o svůj zevnějšek v oblasti hygieny, zanedbávání zevnějšku z důvodů investic do návykových látek. Cvičení a posilování může adolescenta přivést k užívání anabolických steroidů, které může poškodit jeho zdraví (Nešpor, 1999).

1.3 Psychické změny

V předchozí kapitole uvedené tělesné a fyziologické změny představují silný zásah v konceptu a strukture osobnosti a podmiňují změny psychických funkcí v těchto oblastech.

Oblast poznávání, jejíž nástroje se v adolescenci výrazně zdokonalují. Dochází ke zdokonalování struktury logického myšlení, logické paměti, analyticko-syntetického vnímání reality, rozvíjí se i abstraktní myšlení, nastává prudký rozvoj intelektových kapacit a intelektové výkonnosti dospívajícího. Začíná se nezávisle uplatňovat vlastní vůle a volní regulace chování, vyjadřující silnou potřebu sebeuplatnění, seberealizace, osobní nezávislost (Labáth, 2001).

Keating (in Vágnerová, 2012) uvádí typické znaky způsobu myšlení dospívajících:

- Dospívající připouštějí variabilitu různých řešení. Takový způsob uvažování rozšiřuje a obohacuje celkový rozhled adolescenta na problém, toto myšlení je předpokladem pro pochopení odlišných názorů ostatních lidí.

- Dospívající uvažují systematictěji. Starší adolescenti jsou schopni si stanovit nějakou hypotézu a postupnými kroky ji vyloučit nebo potvrdit. Ověřování hypotéz směřuje od možného k reálnému
- Dospívající již dovedou experimentovat s vlastními úvahami, dovedou je sjednotit, kombinovat či propojovat, myšlení dospívajícího se stává flexibilnější.

Oblast emocí v dospívání se projevuje kolísavostí emočního ladění, větší labilitou, podrážděností, snahou reagovat přecitlivěle na běžné podněty a zvýšením emočního zmatku. Dospívající ztrácí předchozí citovou jistotu a stabilitu, zažívá pocity vnitřní nejistoty, úzkosti, nerozumí svým pocitům (Labáth, 2001).

Emoční reakce adolescentů jsou v porovnání s předchozími emočními projevy nápadnější a ve vztahu k podnětu, který je vyvolal méně přiměřené (Vágnerová, 2012).

1.4 Sociální změny

Sociální změny v období adolescence přináší rozvoj sociálních vazeb, které je většinou charakteristické touhou být členem nějaké skupiny, citovou nezávislostí na vlastních rodičích, potřebou partnerství, jako jsou první lásky a dlouhodobé vztahy. Je také typické rozdílnými názory mezi generacemi, je zakončeno přípravou na vybrané povolání a nástupem do zaměstnání. Užívání návykových látek nepříznivě ovlivňuje tyto sociální změny ve vývoji adolescenta a jeho úspěšné zařazení do společnosti (Nešpor, 1999).

Období pozdní adolescence, ve kterém dospívající navštěvuje školu zvolenou v rámci svého profesního směřování, tj. přípravu na profesní roli, lze nazvat fází přechodu do dospělosti. Jedinec je stále více akceptován jako dospělý a očekává se od něho odpovídající chování a zodpovědnost. Důležitým sociálním mezníkem v životě adolescenta je dosažení 18 let, kdy se stává zletilým a způsobilým k právním úkonům. Od této doby může o sobě rozhodovat, uzavřít manželství, různé smlouvy, odstěhovat se atd. Významným sociálním mezníkem na konci adolescence je nástup do zaměstnání, nebo pokračování studia v další vzdělávací instituci. Dospívající vstupuje do neznámého prostředí, kterému se musí přizpůsobit a chovat se podle příslušných pravidel (Vágnerová, 2012).

Částečné výsledky víceletého průzkumu Cesty do dospělosti (Chovancová, 2013), pod vedením prof. P. Macka, probíhající na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity nám přináší tyto známé částečné výsledky. Výzkum je hlavně zaměřený na období

tzv. vynořující se dospělosti. Jedná se o vývojovou fázi mezi adolescencí a plnou dospělostí. Vynořující se dospělost zde prezentuje vývojové období mezi adolescencí a dospělostí, kdy 72% dotázaných uvedlo, že se necítí ani jako adolescent, ani jako dospělý. Ukazuje se, že mladí lidé stále častěji odkládají zásadní životní rozhodnutí a setrvávají v roli dospívajících i po dosažení plnoletosti. Jedním z faktorů je to, že se déle vzdělávají a současná doba jim přináší více možností a různorodých životních cest, než jaké měla generace jejich rodičů. Podíl má také ekonomická krize, dopadající na pracovní trh. „*Jasný předěl mezi tím, kde končí dospívání a kde začíná dospělost, se jakoby rozmazal a zmizel,*“ uvedl Macek (Hronová, 2013). Výzkum je hlavně zaměřený na období tzv. vynořující se dospělosti. Jedná se o vývojovou fázi mezi adolescencí a plnou dospělostí. Bylo také zjištěno, že mladí lidé často bydlí současně na více místech, zachovávají si zázemí u rodičů, kam se mohou vrátit, ale zároveň přebývají u partnera, či s kamarády v podnájmu. Svůj peněžní příjem skládají z několika různých zdrojů, např. z brigád, stipendií, příležitostných prací i příspěvků od rodiny. Tento trend byl zaznamenán vědci i v dalších rozvinutých demokratických společnostech, např. ve Spojených státech a západní Evropě (Chovancová, 2013).

Macek (Hronová, 2013) se k tomu vyjadřuje slovy „*za mé generace platila cesta: ukončit střední školu jít na vojnu, vzít se, mít děti a najít si stabilní místo a pracovat, pracovat a vychovávat děti. To byla jediná takzvaná správná linie. Dneska je to: ukončit střední školu, začít někde studovat, možná začít někde pracovat, začít cestovat, nezůstávat dlouho na jednom místě, sbírat zkušenosti, v partnerských vztazích hledat a zkoušet, když najdu partnera, zkusit s ním žít, ale nevdávat se, nemít děti, možná až tak ve třiceti*“.

Výzkumníky rovněž zajímá i to, jestli se dospívající cítí samostatní. Ve výzkumu bylo potvrzeno, že tento faktor ovlivňují rodiče. „*Buď je míra zájmu rodičů přehnaná, nebo naopak vůbec žádná. Obojí snižuje pocit samostatnosti. Naopak nejideálnější je úroveň mezi tím. Důležité je, aby rodič dával dítěti prostor a byl v roli spíše komunikátora, a ne toho, kdo něco určuje*“, uvádí Macek (Daněk, 2013).

V rámci sociálních změn ve vývoji adolescenta se mění vztahy s i lidmi. Jedná se například o vztahy k rodičům, které se oproti pubescenci zklidňují a dochází k opětovnému sblížení. Rodina se smiřuje s tím, že dospívající se stává samostatným člověkem s nároky na vlastní autonomii a respekt. Adolescent začíná rozumět postojům rodičů, jejich starostem o něj, začíná chápat hodnoty rodinného zázemí. Orientuje se na své generační vzory spojené s typickými generačními hodnotami a projevy, jež jsou odlišné od hodnot rodičů (Vašutová, 2005). U adolescenta dochází k odpoutávání a osamostatňování se od rodiny, která je

důležitým sociálním zázemím. Dochází tak k náročnému procesu jak pro rodiče, tak i pro adolescenty samotné (Vágnerová, 2012). Osamostatnění se od rodiny a vstup do velkého světa dospělých vede dospívajícího k tomu, že si hledá autority a vzory mimo rodinu. Vztahy autoritám bývají nekritické, mnohdy hraničí se zbožňováním. Autority výrazně ovlivňují hodnotový systém adolescentů, podle hodnot které prezentují směrem k mládeži (láska, agrese, přátelství, rasismus, konzumní hodnoty).

Rovněž vztahy k vrstevníkům začínají nabývat důležitosti již v období pubescence a jejich význam přetrvává i adolescentním obdobím. Vrstevníci mívají stejné problémy jako náš dospívající a ve vztahu k němu jsou v rovnocenném postavení. Ve vrstevnické skupině tráví dospívající většinu svého školního a volného času. Mladí lidé se spolu zúčastňují na různých akcích, jako jsou diskotéky, koncerty, sportovní akce, kina aj. Proto velmi důležitou roli hraje i to, do jaké skupiny se adolescent dostane. Rozhodující jsou často i nepodstatné okolnosti, lokalita kde bydlí, kam chodí do školy, možnosti trávení volného času, které ovlivňují osobnostní růst dospívajícího (Vašutová, 2005). Ve vztazích s vrstevníky mohou dospívající uspokojovat některé ze svých základních psychických potřeb. Potřeba stimulace je uspokojována kontaktem s vrstevníky, společně sdílenými aktivitami, či prožitky. Typickým příkladem je například hudba nebo tanec na diskotéce, působící jako ventil uvolňující napětí a relaxační mechanismus. Kontaktem s vrstevníky je uspokojována potřeba smysluplného učení, kdy dospívající získávají zkušenosti, které je spojují. Experimentují při řešení různých situací, jejichž pomocí se učí sociálním strategiím a sledují jejich situační účinnost. Vrstevníci se stávají pro dospívajícího neformálními autoritami, které na něho mívají za určitých okolností větší vliv než dospělí. Pubescenti napodobují jeden druhého, lépe řečeno většina z nich napodobuje svého vůdce nebo hvězdu skupiny, například stylem oblečením, poslechem stejné hudby, účesem, chováním atd. Slouží i jako základ pro porovnávání různých zkušeností mezi dospívajícími. Soužití s vrstevníky je důležité pro poznávání a uvědomování si podobnosti či odlišnosti od ostatních vrstevníků. Porovnání sebe sama s jinými je základem k lepšímu sebepoznání a reálnějšímu sebehodnocení. Jde o zkušenosti, které adolescent nezíská v rodině. Rodiče jsou v jiné vývojové fázi než dospívající a proto mezi nimi existuje více rozdílů, než v jedné věkové kategorii (Vágnerová, 2012). Dospívající začínají utvářet v období pozdní adolescence přátelské vztahy, tj. hlubší vztahy, přátelství, z nichž některé vydrží i celý život. Existují i případy, kdy tato silná přátelství vznikají již v dětství, nebo v pubescenci. Jedinci hledají mezi svými vrstevníky někoho, s kým by mohli sdílet své vnitřní pocity a komu mohou důvěřovat.

Přátelské vztahy představují pro dospívající důležitý zdroj citové vazby, slouží i v souvislosti se sebezpoznáváním i jako zdroj opory při zvládnání různých problémů. V adolescenci je častější blízké přátelství mezi děvčaty, ta bývají důležitější a častější než přátelství mezi dospívajícími chlapci. Převládá v něm otevřená komunikace, sdílení pocitů a důvěra mezi dívkami. V tomto přátelství je ceněna inteligence a upřímnost. Nejtěžším obdobím v těchto vztazích je období střední adolescence (14-16 let), jsou dívky do svých přátelských vztahů nejvíce citově angažované a nejvíce se obávají odmítnutí. V období pozdní adolescence, kdy se již prohlubuje dívčí pohlavní identita a zvyšuje se interakce s chlapci, je jejich přátelství více neodlučné. Přátelství mezi chlapci je zpočátku založeno na společných aktivitách, zájmech a má větší hodnotu než dívčí přátelství. Je více kolektivní a zpočátku je založeno na společných zájmech. Chlapci nejsou zpravidla citově zaangažováni jako dívky. Blízká přátelství mezi chlapci a dívkami nejsou v adolescenci častá, významnou roli hraje pro ty dospívající, kteří nemají sourozence opačného pohlaví. V tomto vztahu je výhodou otevřenost v informacích a dojmech o opačném pohlaví, ale i o tom, jaký dojem chlapec nebo dívka vyvolává v partnerovi opačného pohlaví (Macek, 1999).

„Jejich nevýhodou je častá asymetričnost vztahu, spojená s různými očekáváními a možné blokování jednoho z partnerů v navázání erotického vztahu“ (Macek, 1999, s. 75).

V období adolescence dochází také k experimentování s partnerskými vztahy a prvními láskami, kdy z počátku jde o projevy ze zvědavosti. Toto období přichází v pubescenci, kdy je dospívání spojeno s uvědoměním si vlastní sexuality. U chlapců má poněkud jiný kontext než u dívek. Uvědomění si vlastní sexuality bývá u chlapců doprovázeno potřebou ventilace (autoerotika či fantazijní prožitky) pohlavního pudu, pubescentní dívky tuto potřebu tak zřetelnou nemají. K navázání prvního skutečného párového kontaktu může dojít v partě, kam oba mladí lidé docházejí a kdy tato skupina dává dohromady dva jedince a které se může projevit žerty, nápisy na zdi apod. První lásky mezi dospívajícími se mohou rozvíjet na základě mnoha rozmanitých podnětů. Nejde ještě o hluboké vztahy, ale spíše o krátkodobé pobláznění. Zamilovanost je charakteristická emočními výkyvy, střídáním pocitů trapnosti a povznesenosti, pocitem vysoké hodnoty osoby, do které je adolescent zamilován i potřebou blízkosti milované osoby. Dochází k prvním schůzkám, které mají většinou rozpačitý charakter, jde většinou o povídání si o různých věcech, návštěvy společenských akcí, zkoušení dotyků, líbání (Vágnerová, 2012). Při vzájemné přitažlivosti partnerů dochází ke sblížování, které vyústí sexuálním životem dvojice. Motivem

k pohlavním aktivitám může být i zvědavost či nezůstat pozadu za ostatními vrstevníky (Janošová, 2008). V období pozdní adolescence se partnerské vztahy stávají stabilnější a dlouhodobější. Často je však dlouhodobý vztah vnímán negativně (hlavně rodiči), z jejichž pohledu hrozí nebezpečí, že vztah skončí graviditou, nechtěným rodičovstvím či časným sňatkem, které končí statisticky nezdarem (Macek, 1999).

1.5 Rizikové chování adolescentů

S termínem rizikové chování se v poslední době můžeme setkat v odborné literatuře, strategiích, konceptech a ve vládních dokumentech. „*Rizikové chování lze nejobecněji charakterizovat jako takové chování, které má negativní dopady na fyzické či psychické fungování člověka a které je nějakým způsobem ohrožující i pro jeho okolí*“ (Širůčková in Miovský, 2012, s. 127).

Rizikové chování jsou tedy takové aktivity, které mohou přímo nebo nepřímo negativně ovlivnit úspěšný vývoj adolescenta, tj. mohou způsobit psychosociální či zdravotní problémy dospívajícímu a jiným osobám, např. zranění, smrt, trvalé následky, narušení vztahů, ekonomické a hmotné škody. Tímto jevem se zabývají různé vědní obory, lze jej tedy považovat za multidisciplinární. Medicínské hledisko vymezuje rizikové chování jako jeden z činitelů, který ovlivňuje zdraví a nemoc dospívajících. Je chápáno jako rizikový činitel, vedoucí ke vzniku nemoci nebo k smrti jedince. Sociologické vědy obracejí svou pozornost dopadu rizikového chování na sociální vztahy jedince, na jeho emocionalitu a výkonnost v kognitivní oblasti. Rizikovým chováním lze označit chování, vedoucí k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro dospívajícího a společnost (Sobotková 2014).

Rizikové chování je pojem odkazující ke komplexní kategorii chování, jímž se zabývají sociální a medicínské obory, a který obvykle zahrnuje (Širůčková in Miovský, 2010, s. 30):

- „*interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, šikanu, týrání, rasovou neshovívavost a diskriminaci některých skupin, extremismus),*
- *delikventní chování ve vztahu k hmotnému majetku (např. krádeže, vandalismus, sprejerství),*
- *rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, ale i nezdravé stravovací návyky, nedostatečnou nebo nadměrnou pohybovou aktivitu),*

- *sexuální chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, promiskuitu, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství),*
- *rizikové chování ve vztahu k společenským institucím (např. problémové chování ve škole jako záškoláctví, neplnění školních povinností, nedokončení studia na střední škole),*
- *prepatologické hráčství,*
- *rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů)“*

Labáth (2001) cituje Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) a rozděluje rizikové chování do tří skupin: agresivní formy (aktivní) – násilí, kriminalita, extremismus a další aktivity, které zahrnují různé formy agresivního chování, radikalismus v podobě extremismu, pasivní formy – záškoláctví, užívání legálních a nelegálních drog a další aktivity, které negativně ovlivňují život a existenci adolescenta, v extrému vedoucí k sebevražednému chování, kompromisní formy – rodinné a vztahové problémy, pracovní výkyvy a další aktivity, s projevy sociální a profesní nestability.

Významově vhodné je rozlišovat mezi pojmy rizikové chování a riskující chování. V prvním častěji opakovaném pojmu, je riziko neuvědomovaným či popíraným aspektem chování vedeného jiným motivem, v tomto případě, podle zaměření bakalářské práce jde o zaměření na zneužívání návykových látek, legálních či nelegálních. Riskující chování je charakterizováno plným uvědoměním si rizika, např. horolezecký výstup v extrémních podmínkách.

2 ZÁVISLOST

Dnešní doba přináší velké spektrum návykových látek, které se stávají dostupnějšími pro naši mládež. Ta s nimi experimentuje a mnozí z dospívajících se stávají závislími z důvodu nezvládnutí svých experimentů s návykovými látkami, viz Zábranský (2003), který ve své knize uvádí vývojové stupně užívání psychotropních látek vedoucí k závislosti, kdy o závislosti můžeme hovořit od čtvrté fáze intenzivního užívání a páté fáze nuceného užívání. Proto je nutné nezaměňovat termín užívání a závislost. Tyto vývojové stupně užívání psychotropních látek jsou popsány v podkapitole věnované látkovým závislostem a jejich fázím.

Pro mě je téma užívání návykových látek velmi důležité, pracuji jako učitel odborného výcviku na brněnské střední škole a zdraví vývoj studentů je prioritou. Můžeme předpokládat, že většina z nich už nějakou látku zkusila, ať látku legální či nelegální a jejich experimentování s nimi se nezvrtne v závislostní chování. Proto se zaměřuji vzhledem k sociální pedagogice k nejproblematictější kategorii – závislosti.

Vágnerová (1996) definuje závislost, jako tělesnou a duševní závislost na určité látce, která ovlivňuje fyziologické a duševní projevy. U dětí a dospívajících se závislost na návykových látkách rozvíjí rychleji, než v pozdějších letech. Závislost lze definovat jako stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické či duševní obtíže (Göhlert a Kühn, 2001). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) nemocí definuje závislost následovně: Závislost je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (bažení, často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení se jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u něhož se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit jen tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více uvedeným jevům (Nešpor, 2001).

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving);
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;

- somatický (tělesný) odvykací stav, jestliže je látka užívaná s úmyslem zmenšit jeho příznaky;
- růst tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolanými nižšími dávkami;
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky;
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

MKN 10 (2008) také uvádí druhy jednotlivých závislostí a jejich kódování:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnoticích (tlumivých lécích)
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na stimulantech včetně kofeinu a pervitinu
- F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA – slangově extáze)
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Z přehledu druhů závislostí vyplývá, že závislost na práci, závislost na internetu, patologické hráčství, užívání projímadel není závislostí v pravém slova smyslu, i když uvedené druhy návykového chování mají se závislostí některé společné rysy (Nešpor, 2011).

Definice závislosti podle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), podle které by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců (Nešpor, 2011):

1. růst tolerance k návykové látce
2. odvykací příznaky po vysazení návykové látky
3. užívání návykové látky ve větším množství, nebo delší čas, než měl v úmyslu

4. dlouhodobá snaha, jeden nebo více pokusů přestat návykovou látku užívat, či omezit užívání
5. velké množství času stráveného sháněním, konzumováním látky a zotavováním se z jejích účinků
6. nezájem o sociální, pracovní či rekreační aktivity, jako důsledek užívání návykové látky, nebo jejich omezení
7. stálé užívání návykové látky i přes dlouhodobé nebo opakující se sociální, psychologické nebo tělesné problémy, o kterých jedinec ví a jsou způsobeny či zhoršeny užíváním návykové látky

Zajímavé je, že mezi příznaky závislosti v DSM-VI chybí bažení (craving), (Nešpor, 2011)

2.1 Znaky závislostí

a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení), jedinec chce neustále pociťovat účinky psychoaktivní látky, kterou už v minulosti vyzkoušel. Isbell (in Nešpor, 2011) navrhl předvídatě odlišovat tělesné a psychické bažení. Později se ukázalo, že tělesné bažení, které vzniká při odeznívání účinku návykové látky, nebo bezprostředně po něm a psychické bažení, objevující se i po delší abstinenci se v mozku projevuje jinak.

Některé objektivní projevy při psychickém bažení: nálezy týkající se aktivace určitých částí mozku, oslabení paměti, postřeh jedince slábne – prodlužuje se reakční čas, abnormální nález na elektroretinogramu, zvýšená tepová frekvence systolického krevního tlaku, zvýšení aktivity potních žláz, snížení kožní teploty, u lidí závislých na alkoholu je vyšší salivace (slinění).

Mnohé z uvedených změn se kryjí s příznaky stresu. Bažení také zhoršuje kognitivní funkce, zvyšuje riziko recidivy, ale ne vždy je to tak. Bažení může za určitých okolností vést závislé jedince k větší opatrnosti a k tomu, že se v budoucnu vyhýbají nebezpečným situacím nebo se na ně lépe připraví (Nešpor, 2011).

b) Zhoršené sebeovládání, které je vyvoláno bažením. Lidé trpící silným bažením mohou mít dobře zachované sebeovládání, platí ale i opak, lidé, jež si bažení plně neuvědomují, se mohou přestat ovládat ve vztahu k návykové látce a to za těchto podmínek: jedinec si špatně uvědomuje své emoce a sám sebe. V tomto případě je nutné naučit se lépe vnímat

své tělo, psychiku a emoce, předcházející bažení. K tomu můžeme jedince využít psycho-terapii, relaxační a meditační techniky, atd. Zhoršené sebeovládání někdy souvisí s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním, proto je třeba změna životního stylu. Sebeuvědomění a s tím související sebeovládání může zhoršit i jiná návyková látka, než ta, na které je jedinec závislý. Ke cravingu, nedostatečnému sebeovládání a k recidivě dochází rychle a automaticky ve vysoce rizikovém prostředí (restaurace, rockový klub, apod.). Proto je důležité doporučit změnu životního stylu, často i přátel a zaměstnání. Nemalou roli hraje i nácvik sociálních dovedností (např. dovednosti odmítání). Někteří lidé mohou mít sklon bažení popírat a potlačovat je. Takto vznikající úzkost může bažení zesílit a dále oslabit sebeovládání (Nešpor, 2011).

Bažení a sebeovládání. První možností je, kdy spouštěč, například rizikové prostředí vyvolá bažení, které sníží sebeovládání. Další, spouštěč vyvolá bažení, to je úspěšně zvládnuto a jedinec je poučen zkušeností, se začne vyhýbat i spouštěčům. Sebeovládání jedince se zlepšuje. Poslední, kdy spouštěč vyvolá bažení, které je zvládnuto, ale jedinec podcení vliv spouštěčů, jejichž vliv může v budoucnu vyvolat další silná bažení, a ohrozit sebeovládání jedince. Je nutné opustit neúčinné strategie, nevedoucí ke zlepšení stavu jedince (Nešpor, 2011).

c) Somatický (tělesný) odvykací stav. Diagnóza odvykacího stavu zahrnuje splnění následujících kritérií, vysazení, nebo redukce návykové látky, která byla opakovaně, či dlouhodobě užívána. Příznaky jsou shodné se známkami odvykacího syndromu. Posledním kritériem je, že příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání návykové látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou nebo behaviorální poruchou (Nešpor, 2011).

Diagnostická kritéria vycházející z MKN 10 pro některé odvykací syndromy (Nešpor, 2011)

- alkohol, splnění alespoň tří příznaků: bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep či vyšší krevní tlak, velké epileptické záchvaty, nevolnost, zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit choroby a slabosti, nespavost, třes jazyka, prstů

- opioidy (např. heroin), alespoň tři příznaky: slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů nebo křeče, husí kůže či opakované pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost, zvracení, neklidné spaní, rozšířené zornice, silná touha po opiátu

- kanabis (např. hašiš, marihuana): kritéria nejsou stanovená, může trvat od několika hodin do sedmi dní, než se projeví např. úzkost, podrážděnost, třes rukou, pocení a svalová slabost

- sedativa a hypnotika, alespoň tři příznaky: zrychlený tep, bolesti hlavy, insomnie, velké epileptické záchvaty, třes jazyka, víček či prstů, přechodné halucinace, iluze, pokles svalového tonu ve stoji, psychomotorický neklid, nevolnost nebo zvracení, pocit choroby a slabosti, paranoidní představy (pocit pronásledovanosti)

- kokain a stimulancia (např. pervitin), alespoň dva příznaky: letargie a únava, bizarní či nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalená psychomotorika nebo neklid, silná touha po droze, nespavost či nadměrná spavost.

Nebezpečnost odvykacích stavů u různých látek (Nešpor, 2011):

- alkohol: těžké odvykací stavy s epileptickými záchvaty nebo deliriem ohrožujícím život

- opioidy: odvykací stav sám o sobě život neohrožuje, pokud nejsou přítomné sebevražedné (suicidální) tendence, či souběžně neprobíhá jiné onemocnění

- kanabinoidy: neohrožuje život, většinou je slabý

- sedativa a hypnotika: těžké odvykací stavy po vysokých dávkách mohou ohrozit život (např. kumulované epileptické záchvaty)

- kokain a jiná stimulancia (pervitin): odvykací stav sám o sobě život neohrožuje

- halucinogeny: zpravidla odvykací stavy nevyvolávají

- tabák: odvykací stav život neohrožuje (oslabuje ale kognitivní funkce, což je spojeno např. s vyšším rizikem úrazů)

- těkavé látky: odvykací stav život neohrožuje

- kombinování látek a jiné psychotropní látky: odvykací stavy podle typů látek

d) Růst tolerance vzniká tehdy, je-li k dosažení stejného účinku zapotřebí vyšších dávek návykové látky, nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Není dosud zcela jasné, jak tolerance vzniká, jedním důvodem může být nižší reaktivita centrálního nervového systému (CNS), další možností je, že látka může být rychleji odbourávána v orgánech (např. rychlejší odbourávání alkoholu v játrech). V minulosti se uvažovalo i o poklesu tolerance v důsledku imunologické reakce organismu na morfin, i když se takové vysvětlení nepovažuje za podstatné Platt (in Nešpor, 2011).

e) Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, souvisí s tím, že jedinec užívající návykovou látku stráví mnoho času jejím sháněním, není-li látka dostupná. Nesoustředí se na nic jiného, než kde návykovou látku sehnat, za co ji sehnat, mnohdy tuto situaci řeší krádežemi nebo prostitucí. Někteří potřebují na shánění návykové látky, její aplikaci, zotavení se atd. prakticky všechen čas, v méně extrémních případech se jedná o desítky hodin týdně. Po ukončení odvykací léčby je třeba tento čas vhodně vyplnit nejen prací, ale i zájmy s ohledem na regeneraci sil a udržování celkové odolnosti (Nešpor, 2011).

f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků, pro potvrzení tohoto znaku závislosti musí být jedinec informován o škodlivých účincích, například, že si návykovou látkou poškozuje játra. Dokud není o těchto účincích informován, nejedná se u jedince o znak závislosti (Nešpor, 2011).

2.2 Teorie vzniku závislostního chování

Vznikem problému závislosti se dnes věnuje mnoho vědních oborů a je tedy multidisciplinární a díky tomu můžeme přistupovat k posouzení vzniku závislosti z mnoha různých pohledů a přístupů. Řehan (1994) a Mühlpachr (2008), uvádějí tyto teorie závislostního chování.

Biologické teorie, jejichž základní východisko přístupů klade důraz na biologicky podmíněné znaky, jež vytváří předpoklady pro vznik a rozvoj závislosti. Mezi tyto biologické teorie patří genetická teorie, enzymové teorie, vztahující se nejčastěji k alkoholové závislosti a dopamin-endorfinová teorie.

a) Genetická teorie vycházející z předpokladu, že přímá dispozice jedince spočívá přímo v dědičné informaci. Základní podporu této teorii poskytli studie z počátku století, za jejichž pomoci byly mezi předky diagnostikovaného alkoholika objeveny osoby s alkoholickým vývojem a sociální nebo psychologickou patologií. Řehan (1994) uvádí, kdy po zhodnocení výzkumů provedených na zvířatech a lidech nelze popřít zvýšené riziko genetického ovlivnění u dětí alkoholiků.

b) Enzymové teorie, spojují vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů, které odbourávají alkohol.

c) Dopamin-endorfinová teorie, která se pravděpodobně vztahuje k závislosti k alkoholu, ale i na závislost na jiných drogách. Nejnovější výzkum endorfinů poukazuje na úzkou

fyziologickou souvislost mezi drogovou závislostí a závislostmi, jež nejsou vázané na nějakou látku. Endorfíny vznikají v organismu, jsou podobné opiátům a mají podobné účinky jako drogy. Organismus produkuje endorfíny například, když se člověk ocitne v extrémních zátěžových situacích, nebo při silných bolestech, kdy endorfíny zmírňují bolesti, mají též dočasně omamující účinky a vyvolávají též pocity euforie.

Vojtík a Břicháček (1987) rozdělují Sociologické teorie do čtyř oblastí, které vycházejí z makrosociálních vztahů a zákonitostí. Těžiště zájmu se v nich přesouvá od jedince na společnost jako celek. Problémy, které jsou spjaté s konzumací alkoholu a ostatními návykovými látkami, definované jako patologické závislosti, mají povahu sociálních jevů.

a) Klasické studie jsou obecně zaměřené na obecné vývojové charakteristiky měnící se společností a její mnohotvárnosti. Zabývají se migrací lidí do velkých měst, rozvojem masové komunikace a kultury, základní sociální konformitou zvyšující míru napětí a tlaků. Řehan (1994) uvádí tzv. druhou nigramotnost, jíž se míní faktické selhávání stále většího procenta populace tváří v tvář nejmodernější technice a vymoženostem, u kterých člověk ztroskotá již neporozuměním návodu. V Baconově tezi (in Řehan, 1994) je formulováno že, komplexita vede k nárůstu potřeby integrativní funkce, jež by mírnila toto napětí, nejistotu a pocity ohrožení, jež může zajistit alkohol nebo droga. Tato teze neztratila od čtyřicátých let minulého století svojí platnost.

b) Teorie distribuce spotřeby alkoholu, tato teorie metodicky využívá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Její základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem konzumace a procentem alkoholických problémů. Ledermannova logonormální křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová se značným jednostranným zešikmením. Její pomocí lze stanovit, že zhruba 50% spotřeby alkoholických nápojů připadá jen asi na 10% populace a dalších 50% spotřeby na zbývajících 90% populace.

c) Teorie anomie, kdy Durkheimova teorie anomie vychází z předpokladu závažného vlivu rozpadu sociálních norem jako důsledek revolucí, válek, dramatických sociálních změn na vzestup konzumace alkoholu, zneužívání drog a patologického chování. Rozpad sociálních norem je doprovázen absencí společenské solidarity a soudržnosti, závislost v tomto případě funguje jako únikový obranný mechanismus. Mertonovo pojetí operuje s typy přizpůsobení nebo odmítnutí kulturně definovaných cílů společnosti a prostředků k jejich dosažení.

d) Model systémové dynamiky Whita a kol., zdůrazňuje význam postojů pro návykové chování. Tento model popisuje mechanismus tvorby postojů k alkoholu a interakce celospolečenských postojů a postojů individuálních. Pozitivní postoje k alkoholu, které jsou obsažené ve společenské makrostruktuře, vykonávají nátlak na postoje jednotlivců, individuální postoje jednotlivců zpětně ovlivňují okolí, čímž se celý cyklus uzavírá.

Psychologické teorie, jejich pomocí se uplatnil při hledání příčin vzniku závislosti rovněž psychologický přístup.

Hlubinná psychologie, jíž tvoří rámec několika odlišných pohledů na problém látkové závislosti. Záškodná (in Mühlpachr, 2008) uvádí ve své výzkumné práci, že nejstarší hypotézy vychází z klasické analýzy a později se látkovou závislostí zabývá také neopsychoanalýza. První pokusy o vysvětlení patogeneze zneužívání návykových látek obsahovaly předpoklad specifické osobnostní struktury závislých, s rysy raných vývojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Vedle specifické osobnostní struktury byla předpokládána přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím návykových látek. Abúzus představuje emoční obranu, spojenou se snahou navodit rovnováhu organismu. Návykové látky jsou užívány k emočnímu zvládnutí interakce s okolním světem. Vědomé užívání návykových látek není hledáním vzrušení, ale jde o farmakologickou redukci emočního utrpení, stresu.

Psychoanalytická teorie, vycházející z názoru, že závislost je součástí narušeného já s projevy omnipotence, sklonem k agresi, potřebou uspokojení. Narušené relační vztahy a návyková látka vytváří pak pseudovztahy. Jde také o narušenou frustrační toleranci, nutnost okamžitého uspokojení potřeby s narušenou sebekritičností a odhadem skutečnosti, následkem čehož vzniká potřeba samodestrukce.

Behaviorální teorie, která pracuje s pojmem „odměňování“, tj. odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím více, čím rychleji se dostaví účinek a žádaný efekt. Okamžitý pocit uspokojení dostavující se po požití návykové látky se nedá srovnat s pozdějšími negativními účinky, naopak tyto negativní účinky se dají překonat dalším požitím návykové látky, které vedou k bludnému kruhu závislosti.

Neobehaviorální psychologie odmítá v souladu s teorií učení závislost jako nemoc a prezentuje ji jako naučené chování. Kondáš (1969) uvádí, že závislostní chování vychází z potřeby sebezprosažení jedince.

Teorie predisponované osobnosti je v současnosti stále diskutována a rozvíjena, avšak stále chybí jednotící princip, případně průkazné materiály. Je zde také nutno odlišit osobnostní rysy osob léčených pro závislost od rysů premorbidní osobnosti v jejím vývoji.

Kulturně antropologické teorie vzniku závislosti, věnující se výběru a užívání konkrétního typu návykové látky, spolu podmíněných mnoha činiteli, osobnostními, věkovými, sociálními, ale i faktory historickými, kulturními, geografickými. Kulturně antropologické pojetí závislosti čerpá znalosti z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek a jejich účinků na prožívání, chování, vazby na pohlaví konzumentů apod. Zabývá se také sledováním zvláštností ve významu a hodnocení látek, jež jsou tradičně zakotveny v normách a postojích dané společnosti. Etnografické výzkumy podložené biochemickými metodami prokázaly odlišnosti metabolismu alkoholu, kdy tyto zvláštnosti způsobují intenzivní reakci na požitý alkohol a jsou přirozenou biologickou ochranou proti zneužívání návykové látky.

Psychická deprivace jako příčina závislosti, psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, který vznikl následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu (Langmeier, Matějček, 1974). Tento stah vzniká ochuzením určitých žádoucích podnětů, kdy postiženému jedinci není dána možnost, aby své základní psychické potřeby rozvinul a ve svém životním prostředí uplatnil. Prenatální psychologie přináší důkazy o tom, že dítě vstupuje do tvořivé součinnosti se svým sociálním okolím již v posledních měsících svého intrauterinního života a samozřejmě pak od prvních okamžiků po narození. U jeho prvotních vychovatelů – matek, ale ve velké míře i u otců jsou uváděny v pohotovost nebo spouštěny mnohé instinktivní mechanismy, které se v časně interakci s dítětem významně uplatňují, a jež jsou podkladem dalšího chování, rozvinutějšího, více uvědomělého, plánovaného, promyšleného a kulturně podmíněného.

Teorie vazby vychází z Bowlbyho (in Mühlpachr, 2008) pozorování oddělování dítěte od matky, kdy na těchto základech formuloval teorii vazby, kde se říká, že:

- Citově významná vazba mezi matkou a dítětem měla a má základní význam pro přežití.
- Citové vazbě tohoto druhu nejlépe porozumíme, představíme-li si v mozku matky i dítěte funkční soustavu, která uchovává jejich vzájemnou blízkost a snadnou dosažitelnost.
- Citová vazba se vyvíjí celý život, smyslem vazby je ochrana a pomoc. V průběhu dospívání a dospělosti je vazba doplňována vazbami novými.

- Chování dětí se dá popsat jako zkoumání světa z bezpečné základny. V průběhu dospívání dochází k odloučení od sebe, nicméně bezpečná základna přetrvává.

- Pečování je další součástí vazby. Bez péče by potomstvo nepřežilo.

Teorie vazby říká, že porušení vazby mezi matkou a dítětem bývá jednou z klíčových příčin běžně se vyskytujících poruch chování. Porušená vazba vede ke vzniku různých duševních onemocnění, i k závislostnímu chování na návykových látkách. Naopak děti, které prožili jistou a pevnou vazbu se svojí matkou, se dokáží lépe vyrovnat s nepřízní osudu a s překážkami ve svém životě (Martínek, 2009).

Teorie memů, „*mem je negenetický replikátor, jemuž se daří pouze v prostředí vytvořeném složitými mozky*“ (Dawkins in Mühlpachr, 2008, s. 64). Jde o replikující se jednotku kulturní informace, která je návodem pro různé typy chování a předávají se imitací. Memy se vyvíjejí a šíří nezávisle na lidech a bez ohledu na jejich účelnost pro člověka, např. memy pro návykové látky legální či nelegální. (Blackmore, 2001).

Popper a Eccles (in Koukolík, Drtilová, 1996) rozdělili svět do tří vzájemně souvisejících kategorií, kdy svět 1 je světem atomů, molekul, buněk, tkání orgánů, včetně mozku. Svět 2 je světem psychického bytí a svět 3 je světem objektivní informace. Ze světa 1 vyrůstá svět 2 a z něj v průběhu vývoje našeho druhu vyrostl a roste svět 3, který zpětně ovlivňuje svět 2 a jeho prostřednictvím svět 1.

2.3 Faktory vzniku závislosti

Závislost na návykové látce je způsobena, nebo ovlivněna mnoha faktory, které se podílejí na jejím vzniku. Štablová (1994) shrnuje základní činitele, spolupůsobí při vzniku a rozvoje závislosti do těchto bodů: moderní koncepce rodiny, sociální problémy, eroze idejí, myšlenek a směrů myšlení, narušení morálky a náboženských tradic, ztráta větší komunikace, rozšíření svobod a uvolněnost, vedoucí k individualizmu a konzumní společnosti.

Mühlpachr (2008) uvádí ve své knize tyto základní faktory vzniku závislosti: farmakologické, somatické a psychické faktory, prostředí a podnět.

Farmakologické faktory, prezentované dostupností drogy, byl v minulosti přikládán velký význam, později převládá názor, že dostupnost drogy nemůže u zdravého jedince, který žije v harmonickém sociálním prostředí, závislost navodit a navodí jí jen tehdy, když se dostane do kontaktu s biopsychosociálně oslabeným jedincem. Současnost je charakterizována

velkým množstvím drog, navozujícími extrémně rychle závislost, z toho důvodu se droga jeví jako významný faktor, zvláště u mládeže.

Somatické a psychické faktory osobnosti, analýzou těchto faktorů můžeme zjistit, že se stále více prosazuje komplexní, tzv. biopsychosociální přístup. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti, v osobnosti se projevuje nejen společenská, ale i biologická podstata. V oblasti biopsychické je to snaha odstranit za pomoci drogy fyzické potíže, udržet kondici, stimulovat smysly, posílit sebevědomí, v oblasti sociální jde o snahu identifikovat se s určitou subkulturou, uniknout z prostředí.

Prostředí, ve kterém jedinec žije, má velký vliv na utváření jeho osobnosti. Osobnost dítěte je utvářena především rodinou, ve které žije, výrazný vliv na dítě má úroveň výchovně vzdělávacího procesu a spolupráce rodiny a školy. Zanedbatelný není ani způsob trávení volného času.

Nejčastěji se lze setkat s podněty, které je možno rozdělit do dvou odlišných skupin, touhou po euforických pocitech a snahou uniknout nepříjemným pocitům a složitým životním situacím.

Socioekonomické faktory jako činitelé vzniku závislosti, ve kterých je dominantním socioekonomickým faktorem vzrůstající životní úroveň, která má za následek růst kupní síly a dostatečné finanční prostředky pro stále větší počet obyvatel. Jako vedlejší se jeví možnosti neomezeného cestování a delších pobytů v zahraničí, kde dochází k intenzivním kontaktům s patologickou subkulturou. Také neadekvátní ekonomické a sociální poměry, přinášející nejistotu a nedostatek seberealizačních příležitostí, mohou být považovány za významné faktory, ke kterým můžeme přiřadit náhlé politické a sociální změny, nestabilitu společnosti, snadno dostupný alkohol a tabákové výrobky. Nemůžeme podceňovat masmediální působení reklamy, také rasová, či jiná diskriminace a jazyková bariéra mohou působit iniciačně. Nejčastějšími důvody v kontextu sociálních proměn, proč mladí lidé užívají drogy je, módnost okusit drogu, zvědavost, experimentace sama se sebou a drogou, samoléčení psychických poruch, lability, rozlad, ostychu, studu, přizpůsobení se partě, skupině a získání tak možnosti participovat na činnosti skupiny. Jde i o protest proti okolnímu světu, jeho požadavkům a nárokům na člověka, i o únik od problémů a před problémy, únik od jejich strastiplného prožívání, trýznivého rozhodování a namáhavého hledání řešení a ještě tíživějšího převzetí zodpovědnosti za zvolené řešení. Droga též slouží ke zvýšení koncentrace pozornosti, hledání inspiračních zdrojů v situaci pozitivně vyladě-

né psychiky, doladování až burcování své výkonnosti ve vypjatých situacích, ale i k umocnění pozitivních prožitků (včetně sexuálních), touha oddat se prožitkům čiré libosti, zabezpečit si tímto způsobem aspoň nějaký zdroj pozitivních prožitků i za cenu poškozeného zdraví (Mühlpachr, 2008).

2.4 Látkové závislosti a jejich fáze

„Od dávných časů lidé používaly drogy 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. Drogy jsou známé a užívané od dob prvních lidských civilizací a vždy se také objevovalo nadměrné užívání těchto látek a závislost na nich“ (Mühlpachr, 2008, s. 79).

Látkové závislosti lze rozdělit na závislost na alkoholu, nikotinu, kofeinu a drogách (návykových nelegálních látkách), které jsou podrobně popsány v MKN-10, která uvádí druhy jednotlivých závislostí a jejich kódování. U adolescentů není zcela přesně vymezena hranice mezi návykem a závislostí. Je proto obtížné rozhodnout, co je a co není možné diagnostikovat jako závislost (Mühlpachr, 2008).

Jellinek (in Mühlpachr, 2008) popsal vývojová stadia závislosti na alkoholu a jeho klasifikace je obecně přijímána odborníky.

I. stadium: iniciální, počáteční – kdy se jedinec neliší od svého okolí, pije kvůli zážitkům z drogového účinku alkoholu. Intoxikací překonává stresové a neřešitelné situace. Kontrola je zachována, jeho tolerance pozvolna roste.

II. stadium: prodromální, varovné – roste tolerance k alkoholu, která způsobuje stále vyšší hladinu alkoholu v krvi. Postižený jedinec preferuje tajné pití či pití s předstihem, konzumuje alkohol rychleji než okolí. Citlivě reaguje na verbální i nonverbální komunikaci na téma alkoholu. Objevuje se zvýšený počet palimpsestů, tj. nepamatuje si průběh intoxikace a začíná se narušovat kontrola nad pitím. Prohlubují se pocity viny za své chování, zvyšuje se snaha ovládnout účinky alkoholu.

III. stadium: krucinální, rozhodné – tolerance k alkoholu stále roste, marné pokusy dostat pití pod kontrolu. Zvyšující frekvence zjevných opilostí vede k narůstání konfliktů s okolím. Jedinec buduje svůj systém zdůvodnění, jehož pomocí svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá své pití. V tomto stadiu upadají zájmy, koníčky i koníčky jedince. Objevují se

marné pokusy dostat pití pod kontrolu, po čase se ale dostaví exces a bludný kruh konzumace se opakuje. Začínají se objevovat zdravotní potíže

IV. stadium: terminální, konečné – jehož charakteristickým znakem je pití v tazích, dochází k nepříjemným stavům po vystřízlivění, objevují se ranní doušky a denní vyrovnávání hladiny alkoholu v krvi. Jedinec konzumuje i technické výrobky s obsahem alkoholu (např. okená). V tomto stadiu dochází k degradaci osobnosti a celkovému úpadku.

Jellinek (in Dušek, 2010) také formuloval klasifikaci typů alkoholové závislosti.

1) typ alfa: Charakteristický typickými občasnými excesy s následnými problémy. Represivní opatření stačí k dočasné abstinenci, nejedná se zde o závislost v pravém slova smyslu.

2) typ beta: Pravidelná konzumace alkoholu pod vlivem okolí, snaha nelišit se od ostatních, kterou není jedinec ochoten přerušit ani za nevýhodných podmínek, tj. i když se objevila nemoc, pobyt na dovolené. Objevuje se riziko zvyšování tolerance i frekvence a další rozvoj.

3) typ gama (anglosaský typ): Charakteristická je poruchová kontrola, psychická závislost, která vede k opilosti a následným konfliktům s okolím. V mezidobí je zachována schopnost abstinence. Při pokusu pití s kontrolou však následují další problematrické opilosti. Frekvence opilostí stoupá, až se stanou každodenními.

4) typ delta (románský typ): Je charakteristický pro vinařské oblasti, kde každodenní pravidelná konzumace alkoholu patří k životnímu stylu. Jedinec si udržuje hladinu alkoholu v krvi, nedochází zpravidla k sociálním selháním. Při náhlém odnětí dávek, může dojít k deliriu tremens. Kontrola pití zde bývá dlouho zachována, problematrická je schopnost abstinence. Roste i denní dávka alkoholu a každodenní opilosti se stávají manifestními.

5) typ epsilon: Nadměrné užívání alkoholu je ve spojení s psychickou poruchou, nejčastěji při afektivní poruše. Časově jde o vícedenní alkoholové excesy.

Vliv vrstevníků ke konzumaci alkoholických nápojů a návykovým látkám adolescentem, tj. k rizikovému chování shrnuli Gecková a van Dijk (in Sobotková, 2014) slovy že, čím více kamarádů adolescenta kouří, konzumuje alkoholické nápoje či užívá drogy, tím větší je možnost, že se toto rizikové chování projeví i u daného adolescenta. Jde o vliv vrstevníků na iniciaci kouření, konzumace alkoholu či drog u adolescenta.

Vývoj drogové závislosti ve vztahu jedinec – droga rozdělil Waldmann (in Mühlpachr, 2008) do těchto etap:

- 1) etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty,
- 2) etapa je spojená s vytvářením a stabilizací skupin (part) mladistvých, ve kterých se konzumují drogy,
- 3) etapa je vyjádřena vznikem vlastní závislosti jedince na droze, již potřebuje bez ohledu na partu,
- 4) etapa znamená fyzickou závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenci projevy. Toxikoman neprožívá pravý efekt drogového opojení, ale úlevu od nepříjemných prožitků po aplikaci a nutnost udržovat v organismu stálou hladinu.

Zábranský (2003) uvádí vývojové stupně užívání psychotropních látek v perspektivě věku jedince.

I. Příležitostně – experimentální: zřídka, sporadické užívání, ne více než 5x za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek, nejčastěji se jedná o konopné drogy.

II. Rekreační – tj. mírně časté, kdy jedinec nekupuje drogy přímo, ale neodmítá jejich nabídku. Užívá je na večírcích, či na jiných společenských a oddechových příležitostech.

III. Příležitostné – častější, kdy jedinec sám nakupuje drogy, které užívá za určité situace, při určité příležitosti, např. pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvalu atd.

IV. Intenzivní – velice časté, kdy jedinec má stále menší kontrolu nad drogou, již užívá při stále obvyklejších příležitostech, které vedou až ke každodennímu užívání a stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání. Dochází již k návykovému chování, rozvíjení nemoci a je obvykle nutná odborná pomoc.

V. Nucené (závislostní) užívání – je charakterizováno nezbytným a nuceným užíváním drog denně nebo i vícekrát za den. Jedinec není schopen být bez drogy, která mu pokrývá všechny potřeby. Stává se závislým a je nucen ve stále větší míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu. Již není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní odborné pomoci.

U závislosti na nikotinu Schmidt (in Mühlpachr, 2008) dělí kuřáky na následující typy:

- 1) Příležitostný kuřák kouří občas, na základě kuřáckých zvyklostí, které stimulují. Necítí potřebu, pokud se objeví, uspokojí ji, pokud ne, nezpůsobí žádné komplikace.
- 2) Návykový kuřák kouří ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy nejsou tak fixovány, aby se mohla vyvinout psychická závislost. Kouření může ukončit bez větší námahy.
- 3) Kuřák s psychickou závislostí, kam spadá kuřák z požitku, u něhož stojí v popředí vůně, chuť a kuřácký ceremoniál. Lze sem zařadit i ty, kteří jsou motivováni prožívaným uvolněním, odstraněním dysforie a pocitu prázdnoty.
- 4) Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí, kdy do popředí vystupují farmakologické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává pro emočně vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, třes a neklid po absenci kouření.

Kožený, Csémy a Tišanská (in Dolejš, 2010) uvádějí k prvním zkušenostem adolescentů s tabákovými výrobky, že k nim dochází v rámci vrstevnických skupin, jež často posilují toto chování.

Nešpor a Csémy (1997) uvádějí přehled společných známek zneužívání alkoholu a drog: nález pomůcek k braní drogy (jehly, stříkačky, psaníčka, tabletky), ztráta se alkoholem a prášků v domácnosti, mizení peněz a cennějších předmětů, změna přátel a kamarádů (kdy nejrizikovější jsou starší děti a dospívající, mající již s alkoholem a drogami zkušenosti), přátelé užívající alkohol nebo drogy, zhoršení vzhledu a péče o zevnějšek jedince, nenadálé zhoršení školního prospěchu, podrážděnost, přecitlivělost, spavost, snaha vyhýbat se rodičům, ztráta zájmu o hodnoty, myšlenky, zájmy a lidi, jež jedinec dříve považoval za důležité, tajnůstkářství, tajemné telefonní hovory, lhaní, rozpačitost, protikladná tvrzení, náhlé problémy s úřady a se zákonem.

3 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Presl (1994, s. 9) ve své knize uvádí definici návykových látek, „nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky, má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – prostě působí na psychiku, může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako potenciál závislosti“.

V roce 2011 proběhla pátá vlna sběru dat Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) mezi šestnáctiletými studenty (žáci ZŠ a studenti SŠ a víceletých gymnázií narození v roce 1995). Výběrový soubor tvořilo 3913 respondentů. Denní kouření tabákových výrobků uvedlo 25,7% šestnáctiletých respondentů (27,2% chlapců a 24,2% dívek), kdy celkem 8,2% studentů patřilo do kategorie silných kuřáků (11 a více vykouřených cigaret denně). Přibližně 60% dotázaných respondentů (66% chlapců a 50% dívek) můžeme považovat za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů (pili alkohol 20 a vícekrát v životě), časté pití nadměrných dávek alkoholu (pití 5 a více sklenic alkoholu třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech) uvedlo 21,3% dotázaných. Alespoň jednu zkušenost s užitím návykové látky v životě uvedlo 43,4% respondentů, nejčastěji se jednalo o konopné látky (42,3%), užití jiné nelegální látky uvedlo 11,0% dotázaných, kdy se nejčastěji jednalo o užití halucinogenních hub, LSD a extáze. Po porovnání změn v posledních letech můžeme konstatovat, že u většiny sledovaných návykových látek došlo k poklesu prevalence jejich užívání, od roku 1999 klesá prevalence užívání pervitinu nebo amfetaminů, snížilo se také užívání heroinu nebo jiných opiátů. Od roku 2003 klesá prevalence užívání extáze a halucinogenních hub. V roce 2011 došlo také poprvé k poklesu užívání konopných látek. Na vysoké úrovni v ČR zůstává dostupnost cigaret a alkoholu, i přesto, že se jedná o látky, které by šestnáctiletým studentům neměly být volně přístupné. Dále bylo zjištěno, že konopné látky by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat 59% respondentů, extázi 20% a pervitin téměř 9% dotázaných studentů (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2011, 2012). Návykové látky dělíme na návykové látky legální a nelegální. Legální návykové látky jsou látky, které jsou společensky tolerované a běžně dostupné, jde např. o alkohol, tabákové výrobky a káva. Regulaci prodeje řeší zákaz prodeje alkoholu a tabákových výrobků mládeži do osmnácti let věku (Presl, 1994). Nelegální návykové látky jsou společensky odmítané, či zakázané návykové látky, např. marihuana, hašiš, kokain (Zášková, 2004).

V klasifikacích návykových látek se též objevuje termín startující drogy, jedná se o látky legální (tabák, alkohol, těkavé látky apod.), jejichž užívání zvyšuje nebezpečí přechodu k ilegálním látkám (heroin, kokain, marihuana) v pozdějším věku uživatele návykových látek (Zášková, 2004). Zášková (2004) též uvádí klasifikaci návykových látek rozšířených v celosvětovém měřítku, a které mohou vyvolat závislost, jedná se o morfinový typ, barbituráto - alkoholový typ, kokainový typ, kanabisový typ, amfetaminový typ, katový typ, halucinogenový typ, analgetikový typ, anxiolytikový typ, závislost na těkavých látkách, tabákový typ a kofeinový typ.

3.1 Legální návykové látky

V této podkapitole se budeme věnovat legálním návykovým látkám, se kterými se můžeme nejčastěji setkat v běžně dostupných výrobcích, například v potravinách. Tyto výrobky však nemusí být spojeny s účinkem psychotropních látek, které obsahují. Nápoje s alkoholem mohou být použity pro zahřátí (grog), nebo pro uhašení žízně (pivo, víno, vinný střík, ochucená piva). Je třeba zdůraznit, že i když byly výrobky s psychoaktivními látkami použity k jiným účelům, nelze se vyhnout účinku dané psychoaktivní látky na člověka, který ji požil. Nejčastěji takto používanými je kofein obsahující stimulantia (např. thein, theobromin), obsažený v kávě, čaji nebo ve formě energodrinků (Red Bull, Monster). Dalšími látkami jsou nikotin a jeho užití v širokém sortimentu výrobků obsahujících tabák a alkoholické nápoje ve všech svých formách (Fischer, Škoda, 2009).

Alkohol (etylalkohol, etanol C_2H_5OH), který vzniká procesem kvašení ze sacharidů, tj. z jednoduchých cukrů obsažených v ovoci, nebo z polysacharidů z obilovin či brambor. Vyšší koncentrace alkoholu se získává destilací. Alkohol byl vyráběn a používán již v minulosti, historickými civilizacemi, někdy jako látka používaná při náboženských obřadech, později jako nápoj. Z historie jsou též známy zprávy o léčebném užívání alkoholu. Z historie máme doklady o tom, že obliba piva a medoviny přinášela řadu problémů, které byly řešeny prvním protialkoholním zákonem v historii naší země, vydaným Břetislavem I. roku 1039, majícím prohibiční charakter a který uváděl přísné tresty pro opilce a krčmáře opilcům nalévajícím (Popov in Kalina, 2003a). Zdravotní rizika užívání alkoholu se projevují zvýšeným rizikem úrazů, dopravních nehod. Při vyšší dlouhodobé konzumaci je oslabena imunita, kdy roste riziko infekcí a nádorových onemocnění. Častým onemocněním jsou jaterní nemoci a choroby trávicího systému. Dlouhodobé užívání alkoholu může způsobit

duševní poruchy či poruchy paměti, riziko nádorů je vyšší v oblastech přicházejících do styku s alkoholem, nebo rakoviny prsu u žen. Další rizika tvoří alkoholová epilepsie, alkoholové psychózy aj. (Nešpor, 1997). Varovné známky užívání alkoholu jsou alkohol v dechu, maskovaný bonbóny či žvýkačkou, zarudlé oči, zjevná zhoršená pohybová souhra, nejistá chůze a ospalost. Jedinec se projevuje nezřetelnou výslovností, často u něj dochází k oslabení zábran, užívá slovní či fyzickou agresi vůči svému okolí. Dochází u něj k bolestem hlavy při kocovině, deprese. K opilosti nebo otravě u dětí a mládeže může dojít i po malých dávkách alkoholu (Nešpor, 1994).

Tabák, jedinou návykovou látkou ze 4. - 5. tisíc složek obsažených v tabákovém kouří nebo v tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jde o bezbarvou tekutinu bez zápachu. Smrtná dávka je okolo 80 mg, kdy poměrně rychle vzniká tolerance. Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, která po určité době přechází do fyzické závislosti, tj. závislosti na nikotinu. Tabák se rozšířil z Ameriky, kde jej pěstovali Indiáni pro rituální obřady a do Evropy jej přivezli námořníci na lodích Kryštofa Kolumba. V současnosti jsou v u nás dvě formy aplikace, bezdýmý tabák a tabák, který hoří (cigarety, doutníky, dýmka). Bezdýmý tabák lze rozdělit na šňupací, který se aplikuje vdechnutím do nosních dutin a orální, aplikovaný do úst, formou žvýkacího tabáku (Králíková in Kalina, 2003a). Dlouhodobé kouření tabáku přináší zdravotní poškození ve formě zhoubných nádorů, srdečních onemocnění, nemocí dýchacího systému, nemocí cév, poškození žaludku aj. Kouř představuje riziko i pro osoby které sami nekouří a zdržující se v zakouřených prostorech. V tomto případě jde o tzv. pasivní kouření, ohrožující hlavně děti, které mají sníženou odolnost a může u nich vyvolat záněty dýchacích cest a astma. Zvláště nebezpečné je kouření těhotných žen, kdy může dojít k poškození dítěte. Mezi typické známky užívání tabákových výrobků patří typický zápach z úst, u začínajících kuřáků projevy otravy nikotinem projevující se bledostí, studeným potem, nevolností, zvracením, bolestmi hlavy a pokleslou náladou. U dlouhodobého kuřáka můžeme pozorovat zažloutlé prsty, kašel, pokles tělesné výkonnosti, bolesti žaludku, srdeční potíže, impotenci u mužů středních let (Nešpor, 1997).

Kofein, s alkoholem a nikotinem patří k nejvíce nejužívanějším látkám. Konzumace produktů obsahujících kofein, který řadíme do skupiny stimulancií, může vyvolat závislost, avšak v porovnání s látkami stejné skupiny je však relativně bezpečná (Nešpor, 1997). Kofein se nachází v mnoha pochutinách vyrábějících se z rostlin, které jej obsahují, nejznámější je káva vyrábějící se z plodů kávovníku. Kofein je obsažen také v čaji, v maté (nápoj z Jižní Ameriky), obsažen je i v kakau. Nachází se též v kolovníku (strom v Africe), jehož

plody se používají jako přísada Coca-Coly a podobných nápojů. Ze semen stromu guaraná, rostoucímu Jižní Americe v povodí Orinoka se vyrábí pasta guaraná (Urban, 1973). Kofein představuje zdravotní riziko pro lidi s vysokým krevním tlakem, žaludečními vředy, dvanáctníku a s některými srdečními nemocemi (Nešpor, 1997). Zvýšené užívání kofeinu může vyvolat poruchy spánku až nespavost, neklid, podrážděnost, nevolnost, zácpu nechutenství, úzkost a deprese (Urban, 1973).

Těkavé látky ve formě ředidel, lepidel a chemických látek, které se užívají čicháním. Čicháním jedinci tyto látky vdechují z napuštěné látky, igelitového pytlíku nebo přímo z lahve (Hajný, 2001). Těkavé látky představují pro děti a mládež velké riziko, jedinec může upadnout do bezvědomí, a jestliže zůstane v místnosti prosycené parami, hrozí mu smrtelná otrava. Při delším zneužívání dochází k poškození jater, krvetvorby a mozku. Nejčastějšími zneužívajícími jsou děti a dospívající mladšího věku. Někteří z nich přestávají se zneužíváním, další přecházejí k alkoholu či jiným návykovým látkám, menší část pokračuje ve zneužívání těkavých látek i v pozdějším věku. Znamky zneužívání těkavých látek se projevují zápachem oděvu a dechu, kdy je cítit zápach po chemikáliích, obluzenost, jedinec působí neduživě, je bledý, je mu špatně, má rozšířené zornice, zarudlé oči a nepřítomný pohled. Intoxikace se projevuje nezřetelnou výslovností a nesmyslným smíchem. Dalším znakem je nezáměr, lenivost, horší prospěch a zanedbávání školní docházky (Nešpor, 1994, 1997).

3.2 Nelegální návykové látky

Kanabinoidy představují marihuana a hašiš, které se vyrábějí z konopí setého, kdy obsah účinných látek je až desetinásobně větší než v marihuaně. Účinek těchto návykových látek z konopí působí delta-9- tetrahydrokanabinol (THC), která je mnohem jedovatější než alkohol (Nešpor, 1994). Konopí seté pochází z Himaláje a Kašmíru, lidé znají jeho účinky už 5000 let. Marihuana s hašišem se nejčastěji kouří v podobě ručně balené cigarety, nebo smíchané s tabákem, či ve speciální dýmce a vodní dýmce. Dále je možné užití těchto látek v jídle, cukrovinkách a nápojích (Hajný, 2001). Marihuanové cigarety obsahují více karcinogenních látek než tabák. Hašiš a marihuana představují velké sociální riziko, protože podněcují sklon k násilnostem. Způsobují také poruchy paměti, nezáměr a apatie. Velké nebezpečí tyto látky představují pro lidi s nemocným srdcem, s vysokým krevním tlakem a pro psychicky labilní jedince. Zneužívání marihuany nevede k užívání jiných návyko-

vých látek, marihuana však toto riziko zvyšuje. Na zneužívání marihuany a hašiše nás upozorní zarudlé oči, zrychlený puls, kašel, sucho v ústech. Pot jedince je cítit po spálené trávě, nezájem, dochází ke kolísání nálad, nezájmu. Při delším užívání jedinec věnuje méně péči o zevnějšek, reaguje podrážděně, má zhoršenou schopnost soustředění, horší prospěch, větší riziko rakoviny, dochází k neplodnosti u mužů a k nebezpečí poškození plodu u těhotných žen. Objevuje se vyšší riziko duševních poruch zejména u duševně labilnějších osob (Nešpor, 1994).

Opioidy, tuto skupinu tvoří nejčastěji zneužívané látky heroin, opium, morfium, dolsin, kodein a metadon, které se vyrábějí ze šťávy nezralých makovic, především bílé odrůdy máku. Opium se nejčastěji kouří ve speciálních kuřáckých soupravách (Hajný, 2001). Opioidy se používají v lékařství jako léky tlumící bolest, nebo jako léky proti kašli (Minařík in Kalina, 2003a).

Heroin představuje nejsilnější látku této skupiny a v současnosti se v České republice prodává za relativně nízké ceny, nebo jej dealeri dávají i zadarmo s jednoduchým cílem, droga vyvolá závislost, ceny se po té zvednou a závislí na heroinu budou ochotni zaplatit cokoliv. Zneužívání heroinu probíhá v podobě aplikace do žil, nebo se kouří. Morfium se aplikuje injekčně do žil stejně jako heroin (Nešpor, 1994). Methadon se aplikuje ústy a jeho znakem je mírnější, ale delší odvykací syndrom, podává se jako součást komplexní léčby u pokročilých závislostí opiátových typů. Nehodí se pro ty, kdo návykové látky zkouší, nebo kombinují-li návykové látky různých skupin (Nešpor, 1997). Znamky užívání se projevují desítkami minut až hodin trvajícím stavem tichého obluzení, který je následován kocovinou, zúžením zornic a celkovým útlumem. Při delším užívání se odvykací příznaky projevují formou rozšířením zornic, husí kůže, zrychleným dechem a tepem, pocením, křečemi, bolestmi svalů a kloubů. Dochází ke krádežím v domácnosti, ztrátě potence u mužů, k poruchám menstruačního cyklu u žen, časté jsou též zanícené stopy po vpichu (Nešpor, 1994).

Halucinogeny, Miovský (in Kalina, 2003a, s. 169) uvádí, že do této skupiny návykových látek lze zařadit několik stovek různých látek, které můžeme rozdělit do tří skupin: „*přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. meskalin, durman, psilocybin atd.), přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufotenin), semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – andělský prach)*“.

LSD je jedna z neúčinnějších návykových drog, působí v malých dávkách. Na černém trhu se objevuje nejčastěji ve formě papírků s barevnými obrázky, které jsou napuštěny drogou a rozpouštějí se v ústech (Nešpor, 1997).

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látka, která je obsažena v houbách rodu *Lysohlávek*, rostoucí i na území České republiky. U nás patří k nejrozšířenějším halucinogenním drogám a zkušenost s ní uvádí podle regionů 5-9% středoškoláků v ČR. Na trhu s návykovými látkami se objevuje většinou v sušené podobě a převážně její klobouky (Miovský in Kalina, 2003a).

Extáze (MDMA), je droga pohybující se na pomezí halucinogenů a stimulantů, nazývající se také taneční droga. Oblíbená je mezi mládeží na tanečních party na celém světě. Na trhu je dostupná v podobě tablet nebo kapslí. Tvary tablet jsou různé, z jedné strany bývá reliéfní obrázek (vytlačené e, delfin, holubice a další). Extáze kromě stimulačního účinku, který je podobný účinku u amfetaminů vyvolává obvykle příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací, bez pocitu strachu, obvyklé jsou pocity štěstí, tyto stavy mohou být někdy doprovázeny halucinacemi (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003a).

Užívání těchto látek, zvláště pravidelné, může vést k rozvoji skryté duševní poruchy jedince, prožitky pod jejich vlivem mohou citlivou a rozvíjející se psychiku mladého člověka vystavit šokujícím zážitkům. Halucinogeny mohou vyvolat poruchy vnímání a duševní obtíže i po odeznění intoxikace (Hajný, 2001). Znamky užívání se projevují rozšířenými zornicemi, zrychleným pulsem, horším sebeovládáním, snazší ovlivnitelností. Objevuje se riziko psychického návyku a nebezpečí pro duševní zdraví, vyšší riziko nádorů i epileptických záchvatů. Halucinogeny představují velké nebezpečí pro psychicky labilní jedince (Nešpor, 1994).

Stimulancia, psychostimulancia jsou látky s budivým účinkem na centrální nervový systém (CNS). Do této skupiny patří pervitin, amfetamin, kokain a extáze, mající i účinek halucinogenní. Tyto látky zvyšují psychomotorické tempo, bdělost urychlením myšlení. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají také pocity euforie i pocit síly. Psychostimulancia snižují chuť k jídlu. Jejich dlouhodobé užívání k vede k psychické závislosti. Zneužívání těchto látek představuje zátěž pro celý organismus, hlavně pro kardiovaskulární systém, roste riziko srdečních a mozkových příhod (Minařík in Kalina, 2003a).

Pervitin vyvolává pocity euforie se zvýšeným pocitem sebevědomí, snižuje únavu, bolest, snižuje také potřebu spánku. Po aplikaci pervitinu se účinek dostavuje téměř okamžitě

a mizí po několika hodinách. Drogu je možné užívat několika způsoby a to, šňupáním, kouřením, nebo nitrožilní aplikací (Hajný, 2001). Pervitin představuje velké riziko pro dospívající, u kterých rychle vyvolává závislost. Dostavují se poměrně časté pocity pronásledování, vnímání neexistující osoby, podivné chování a nespavost. Vyvolává větší náchylnost k nemocem, bolesti hlavy a poruchy vidění. Pervitin způsobuje agresivní chování k druhým lidem, dochází k poškození jater, srdce. Je zde velká možnost předávkování. Varovné známky užívání pervitinu jsou zrychlený puls, rozšířené zornice, neposednost, neklid, podezřívavost, úzkost. Později se dostavuje poruchy spánku, halucinace, podivné chování, bolesti hlavy, poruchy vidění. Hrozí také riziko častějších úrazů (Nešpor, 1994).

Amfetamin má obdobné, ale o něco slabší účinky než pervitin (Minařík in Kalina, 2003a).

Kokain se vyrábí z listů rostliny Koky pravé, pocházející z jihoamerických And. Inkové ji užívali při náboženských obřadech. Indiáni dnes užívají koku pro oživení, zvýšení výkonu, pro zahánění pocitu hladu a při vyšších dávkách se dostavují někdy nezvykle příjemné zážitky. Tradiční způsob konzumace představuje žvýkání, častější forma dnes je šňupání nebo někdy pomocí injekce (Urban, 1973). Zdravotní rizika užívání kokainu jsou záchvaty vzteku, sklon násilí, spánek ve dne, bdění v noci či záchvaty křečí. Projevují se také formou ztráty tělesné váhy, problémy s pamětí, dostavují se toxické psychózy v podobě sluchových halucinací i halucinacemi jiných smyslů, např. pocity pronásledování, neklidem, nebo naopak strnulostí a abnormálními emocemi. Rizikové jsou i deprese a sebevražedné pokusy. Při intoxikaci dochází často k úmrtí na srdeční či dechové selhání. Užívání kokainu se projevuje rozšířenými zornicemi, euforií, přeceňováním se a po odeznění účinku se dostavuje často deprese (Nešpor, 1997).

Sedativa a hypnotika patří mezi tlumivé léky, které se užívají nejčastěji na spaní, proti bolesti, či na uklidnění. Jejich účinek je podobný účinku alkoholu a také ho někdy nahrazují (např. ve vězení), často se s alkoholem kombinují. Naprostá většina tlumivých léků má vedlejší účinky a mohou vyvolat závislost. Vyrábějí se v podobě tablet, dražé, méně časté jsou ampule nebo čípky. Mezi rizika tlumivých léků patří nechutenství, poruchy výživy, mohou se také dostavit i pocity pronásledování v období odvykacích potíží. Vyvolávají tělesnou a duševní závislost. Mají také nepříznivý účinek na paměť. Při škodlivém užívání v těhotenství představují riziko poškození plodu. Intoxikace se projevuje pomatenou řečí, dojmem opilosti, aniž je z dechu cítit alkohol. Dochází k poruchám myšlení, orientace, úsudku a k problémům krevního oběhu (Nešpor, 1997).

4 PREVENENCE

„Slovo *prevence* vychází z latinského *praeventus* – *zákrok předem*. *Prevence* v širším slova smyslu znamená *předcházet nežádoucímu jevu a ochrana před ním*, označuje v podstatě všechny aktivity, jejichž cílem je *potírání výskytu a zabraňování rozvoji negativního jevu ve společnosti*. *Prevence* v užším slova smyslu je *chápana jako prevence jednotlivých negativních jevů – prevence kriminality, prevence závislostí apod.*“ (Štablová, 1997, s. 172).

V souvislosti s návykovými látkami uvádí Martanová (in Martanová, Janíková, Daněčková, 2007), že je důležité věnovat se prevenci jako důležité složce boje s rizikovým chováním. Prevence je důležitým prvkem k ochraně společnosti a jedince před rizikovým chováním (např. šikana a násilí ve škole, návykové látky, nelátkové závislosti, kriminálním chováním atd.) slouží k zabraňování rizikového chování, při němž dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik.

Jak uvádí Nešpor (2001, 2004), při prevenci by se u dospívajících (platí i pro ostatní stupně vývoje) měl zajistit přiměřený dohled nad jedincem, u kterého platí pravidlo vřelé a středně omezující výchovy, která je přiměřená věku jedince, při které se naučí nacházet vhodné alternativy k návykovým látkám. Cílem účinné prevence je ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví jedince. Preventivní strategii můžeme rozdělit do dvou skupin – snižování nabídky, tj. omezit dostupnost návykových látek a snižování poptávky. Jde o způsoby preventivní strategie, které se navzájem nevylučují, ale naopak se posilují. Prevence u dospívajících je obzvláště důležitá, protože jsou návykovými látkami nejvíce ohroženi.

Koncem 50. let minulého století se prevence rozdělila na primární a sekundární prevenci, od 60. let se objevuje prevence terciální (Nešpor, 1997).

V severoamerické odborné literatuře vztahující se k prevenci užívání návykových látek se také uvádí následující rozdělení (Nešpor, 1997):

1. Prevence, dělicí se na další tři skupiny

1. A. Všeobecná prevence, která je určena celé populaci, např. všem dospívajícím v určité oblasti.

1. B. Selektivní prevence zaměřená na populaci dětí a dospívajících se zvýšeným rizikem, kteří ještě návykovou látku neužívají (např. hyperaktivní děti s poruchami pozornosti nebo s poruchami chování, děti s chronickým bolestivým onemocněním, s duševními problémy atd.).

1. C. Indikovaná prevence se zaměřením na děti a dospívající, u nichž není možné diagnostikovat škodlivé užívání či závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují varovné známky užívání těchto látek.

2. Léčba, je určena těm, jež návykové látky škodlivě užívají nebo jsou na nich závislí.

3. Udržování stavu a prevence recidiv.

Uvedené strategie všeobecné prevence (u celé populace) a selektivní prevence (u zvláště ohrožených) se v podstatě liší, ale v obou případech se jedná o prevenci primární.

Z výzkumů provedených v anglosaských zemích bylo potvrzeno, že efektivní protidrogový program realizovaný ve školním prostředí musí splňovat tyto základní podmínky (Hajný, 2001):

- je dlouhodobý, žák je jeho účastníkem opakovaně po dobu několika měsíců;
- zaměřuje se na všechny aspekty problematiky – informace o účincích drog, zdravotní rizika, příčiny užívání, rozvoj schopnosti sebehodnocení, sebevědomí i tvořivost, komunikační dovednosti při řešení problémů atd.;
- dokáže zapojit studenty do samotného programu protidrogové prevence, aby se stali spoluvůdci aktivit;
- je propojen i s rodiči, kteří o něm vědí, rozumí, v čem spočívá a mohou do něj vnést i svůj díl
- je propojen s průběžným děním ve škole – s vyučovanými předměty, aktivitami protidrogového koordinátora, sportovními akcemi aj.;
- je podporován rodiči i pedagogy;
- program vedou kvalifikovaní lektori, mající nejen odborné, ale i pedagogické předpoklady a schopnosti.

Závěrem je nutno zdůraznit, že preventivní činnost se má provádět komplexně a koordinovaně, musíme určit hlavní problémy, jejich příčiny a na jejich základě provádět konkrétní preventivní opatření. Je také nutné, aby preventivní aktivity byly vyhodnoceny, zobecněny a získané poznatky zahrnuty do organizačních opatření, do odborné přípravy a doškolování. Jen tak se systém prevence sociálně patologických jevů bude zdokonalovat a stane se účinným prostředkem boje proti těmto jevům.

4.1 Druhy prevence

„Neexistují žádné zaručené metody prevence, stejně jako neexistují žádné zaručené metody léčby. Právě proto je třeba, aby spektrum těchto možností bylo co nejširší. Je třeba, aby prevence i léčba byly orientovány k zasažení všech osobnostních struktur, od těch stádních až po největší individualisty. Přesto lze říci, že existují některé mechanismy, kterými se dá riziko vzniku drogového problému zmenšit na minimum“ (Presl, 1994, s. 63).

V níže uvedených podkapitolách se budeme věnovat druhům prevence, které jsou důležité v boji proti rizikovému chování, ohrožující celou společnost ale i jednotlivce.

4.1.1 Primární prevence

Je cílena na celou populaci i jednotlivce, se zaměřením do budoucna. Cílem je působit tak, aby drogový problém vůbec nevznikl. Důležité je zaměřením se prevence na podporu pozitivního chování skupin či jednotlivců. Účinnost se zvyšuje, působí-li se od nejnižšího věku a na prostředí, ve kterém se utvářejí postoje, hodnotové orientace a na sociální vztahy (Štablová, 1997). Specifická primární prevence je systém aktivit a služeb, zaměřující se na populaci, u které se dá předpokládat rizikové chování. Nespecifická primární prevence představuje aktivity, jež nemají přímou souvislost s rizikovým chováním, jejichž obsahem jsou všechny metody a přístupy, které umožňují harmonický rozvoj osobnosti za pomoci rozvíjení nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit, jde o snižování rizika a vzniku rizikového chování prostřednictvím lepšího využívání volného času (Marádová, 2006).

4.1.2 Sekundární prevence

Je orientována k ohroženým skupinám obyvatelstva, popřípadě k jedincům se sociálně patologickou zkušeností, která ještě nepropukla v závislost, jejíž prvořadou úlohou je zabránit negativnímu společenskému vývoji jedince, např. drogové kariéře ohroženého jedince (Střelec, 2005).

4.1.3 Terciální prevence

Presl (1994, s. 66) v souvislosti s terciální prevencí uvádí, že *„jde totiž o to, že péčí o rizikové skupiny chrání nepostižená společnost sama sebe. Jinými slovy. Pokud budu dbát o to, aby se HIV/AIDS pozitivně šířila mezi toxikomany co nejméně, chráním tak i mládež, která drogy nebere, ale zároveň se nezříká často promiskuitního pohlavního styku. Je zde nutno samozřejmě přijmout skutečnost, že ti, kteří berou drogy, nejsou kriminální elementy žijící na okraji společnosti, ale že jde o NAŠE DĚTI“*. Je určena jedincům, kteří již propadli patologickému chování v podobě drogové závislosti, kriminálních činností, gamblerství apod. Jejím úkolem je zabránit jim v další recidivě. Tato prevence slouží k resocializaci jedince, pomoci nasměřovat závislého nebo problémového jedince k novým životním hodnotám jako je rodina, práce, k aktivně pozitivnímu využití volného času, tj. k životu bez patologie a závislosti (Střelec, 2005).

4.1.4 Peer program

Využívá poznatku, že vrstevníci působí na formování postojů jedince a tak mohou účinně zasáhnout do žádoucí změny jeho rizikového chování. Do těchto programů jsou vybíráni dobrovolníci, kteří absolvují výcvik a poté mohou působit na rizikovou skupinu (peer efekt). Realizace peer programu je náročná, při vykonávání programu je nutná intenzivní práce s peery. Obtížný je také výběr dobrovolníků, kteří mohou tuto práci efektivně vykonávat. Pro úspěšnost daného peer programu by jej měl připravovat pouze zkušený odborník a měla by být zajištěna kontrola nad aktivitami peerů (Skalík in Kalina, 2003b). Nešpor (1994, s. 94) k peer programu uvádí, *„vyhýbání se alkoholu a jiným návykovým látkám docílíme podstatě lépe tehdy, jestliže se dítě nebo dospívající může ztotožnit s tím, kdo na něj působí. Dospělí, i když ho třeba dospívající respektuje, se nachází ve zcela jiných životních situacích. K napodobování v každodenním životě se proto nehodí zdaleka tak dobře, jako např. o rok starší spolužák.“*

4.1.5 Minimální preventivní program

Metodický pokyn MŠMT ČR č. j. 20006/2007-51 definuje, co by měl komplexní a dlouhodobý školní minimální preventivní program (MPP) splňovat a být přitom součástí školního vzdělávacího programu (ŠVP), který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího

programu (RVP), popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů. MPP je dokument školy, zaměřující se na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj i rozvoj jejich sociálně komunikačních dovedností. MPP by měl obsahovat také programy specificky zaměřené na jednotlivé formy rizikového chování. MPP podporuje vlastní aktivity žáků, pestrost forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy i spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy. MPP by se měl skládat minimálně ze tří částí – soubor pravidel pro zvýšení bezpečnosti dětí a mládeže ve škole a na školních akcích, programy pro rozvoj dovedností pro život skládající se z programů zaměřených na rozvoj sociálních dovedností a dovedností sebeovlivnění, a programy specificky zacílené na jednotlivé formy rizikového chování. MPP je zpracováván na dobu jednoho školního roku a zodpovídá za něj školní metodik prevence (ŠMP). MPP podléhá kontrole České školní inspekce, je průběžně vyhodnocován, písemné vyhodnocení účinnosti jeho realizace pro příslušný školní rok je součástí výroční zprávy o činnosti školy. V MPP musí být jasně definované dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivních programů a aktivit školy. Tvorbou a realizací MPP se zabývají všichni pedagogičtí i nepedagogičtí pracovníci školy (Miovský, Skácelová, Čablová in Miovský a kol., 2012).

ŠMP se zabývá především prevencí rizikového chování, náplní jeho práce jsou činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské, které jsou zaměřené na prevenci. O těchto uvedených činnostech musí vést písemnou dokumentaci. K metodickým a koordinačním činnostem ŠMP patří zejména (Zapletalová in Miovský, 2012) koordinace tvorby a kontrola realizace preventivního programu školy. Koordinace a participace na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, závislostí, agresivního chování, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování apod. Důležité je metodické vedení činnosti učitelů školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů (vyhledávání problémových projevů chování, preventivní práce s třídními kolektivy apod. ŠMP koordinuje přípravy a realizace aktivit zaměřených na zapojování multikulturních prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků/cizinců navštěvujících školu, prioritou v rámci tohoto procesu je prevence rasismu, xenofobie a dalších jevů, které souvisí s otázkou přijímání kulturní a etnické odlišnosti těchto žáků. K důležitým činnostem patří koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, které mají v kompetenci problematiku prevence sociálně patologických jevů. ŠMP shromažďuje odborné zprávy a informace o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení v rámci prevence rizikového chování, také zajiš-

tuje a předává odborné informace o nabídkách programů a projektů, o metodách a formách specifické primární prevence pedagogům školy.

K poradenským činnostem ŠMP zejména patří (Zapletalová in Miovský, 2012), vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy rizikového chování, poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídními učiteli). Dále jde o spolupráci ŠMP s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje rizikového chování u jednotlivých žáků a tříd a participace na sledování úrovně rizikových faktorů. Další činností je příprava podmínek pro integraci žáků s poruchami chování ve škole a koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÁ ČÁST A JEJÍ CÍL

Výzkumná část bakalářské práce je věnována tomu, jestli žáci SŠP Jílová, Brno experimentovali s užíváním návykových látek legálních nebo nelegálních již v minulosti. Důraz je kladen na hlavní cíl výzkumu: Užívají žáci SŠP Jílová, Brno návykové látky, jaké, v jakém množství a jak často?

Výzkum je proveden za pomoci kvantitativního, deskriptivního výzkumu s cílem zjistit a popsat současný stav užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno. Výzkum na uvedené škole proběhl v lednu 2015 mezi žáky učebních oborů 1–3 ročník a studijních oborů 1–4 ročník. Výzkumu se účastnilo 120 žáků, kteří tvořili výběrový vzorek populace žáků školy.

5.1 Metodologie výzkumu

Pro uvedený výzkum je použito kvantitativní výzkumné šetření, za pomoci nestandardizovaného anonymního dotazníku, jehož pomocí bude zodpovězena výzkumná otázka na téma bakalářské práce.

5.1.1 Výzkumná otázka

Výzkumná část bakalářské práce je založena na výzkumné otázce: Užívají žáci SŠP Jílová návykové látky, jestliže ano, jaké a jak často? Zodpovězením této výzkumné otázky dojde k popsání skutečnosti, zda žáci SŠP Jílová, Brno užívají v současnosti návykové látky legální a nelegální, jaké návykové látky užívají a jak často tyto látky žáci užívají.

5.1.2 Metoda sběru dat

Jako metody sběru dat byl použit dotazník vlastní konstrukce s uzavřenými a polozavřenými otázkami. Jako první jsou v dotazníku zařazeny snadné otázky s cílem získání si důvěry respondenta, a také, aby respondenta neodradily od dalších odpovědí. Je také důležité, aby respondent naší otázce v dotazníku správně porozuměl, k tomuto se Disman (2000, str. 57) vyjadřuje slovy: *„To není vždycky tak jednoduché. Správně porozumět znamená, že respondent pochopí otázku přesně tak, jak to měl výzkumník na mysli a dále to znamená,*

že všichni dotazovaní musí pochopit otázku naprosto stejným způsobem. Jde nám přece – alespoň v kvantitativním výzkumu – o srovnatelnost dat“. Disman dále uvádí, že otázky nesmí být pro respondenta výzkumu nepříjemné, protože se jimi může cítit ohrožen a může chránit své soukromí tím, že nám podá nepravdivou odpověď. Důležité je, zda je respondent ochoten odpovídat na otázky v dotazníku a odpovídat pravdivě.

Dotazníkovou metodu jsem vybral jako techniku výzkumu, kterou lze postihnout veliký počet respondentů a získat informace v poměrně krátkém čase a s poměrně malými náklady, tj. úspora času a finančních nákladů. Dotazníková metoda zaručuje i relativní anonymitu respondentů výzkumu (Disman, 2000).

Pro vyplňování dotazníků jsem použil techniku, která se hodí, kdy jsou respondenti shromážděni v místnosti, dostanou dotazník a na místě jej vyplní. Disman (2002) uvádí, že tato technika je vhodná na tzv. bezbranných populacích – studentech, vojácích a zaměstnancích. Tato technika je vhodná také proto, že při ní je vysoká míra návratnosti dotazníků.

Otázky použité v dotazníku jsou strukturovány tak, že jako první jsou použity demografické otázky, tj. začátek od nejjednoduššího, neodrazujícího respondenta od dalších odpovědí. Následují otázky vztahující se k legálním a nelegálním návykovým látkám, zda s nimi respondenti v minulosti experimentovali, kdy došlo k prvnímu seznámení s těmito látkami a jestli návykové látky užívají i v současnosti a četnost jejich užívání. Závěrem je otázka zaměřená na účast respondentů v preventivním programu, věnovanému prevenci návykových látek.

5.1.3 Výzkumný vzorek

Osloveno bylo 120 respondentů, kteří jsou žáky SŠP Jílová, Brno. Respondenty výzkumu byli žáci 1. až 3. ročníku učebních oborů a žáci 1. až 4. ročníku studijních oborů. Po vyhodnocení 120 odevzdaných dotazníků, bylo 6 dotazníků vyřazeno pro neúplnost vyplněných dat respondenty. Výzkumný vzorek se skládá ze 114 respondentů výzkumu.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

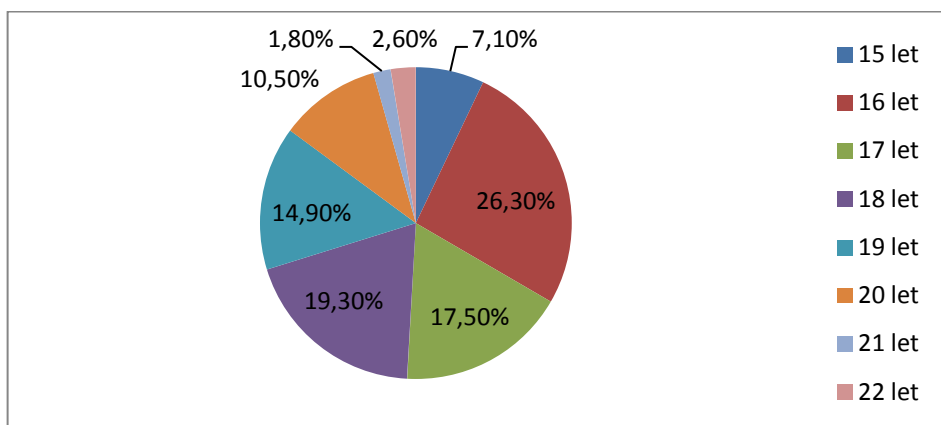
Výsledky výzkumu jsou získané po vyhodnocení dotazníkového šetření, které proběhlo mezi žáky SŠP Jílová na téma užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno. Konečné výsledky byly získány ze 114 kompletně vyplněných dotazníků, které obsahují 21 otázek na téma užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno. Respondenty výzkumu bylo 114 chlapců, žáků SŠP Jílová, Brno. Presentace výzkumu je uskutečněna pomocí tabulek a výsečových grafů.

6.1 Demografické údaje

Tab. 1: Uveďte svůj věk

Věk respondentů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
15 let	8	7,1%
16 let	30	26,3%
17 let	20	17,5%
18 let	22	19,3%
19 let	17	14,9%
20 let	12	10,5%
21 let	2	1,8%
22 let	3	2,6%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 1: Uveďte svůj věk



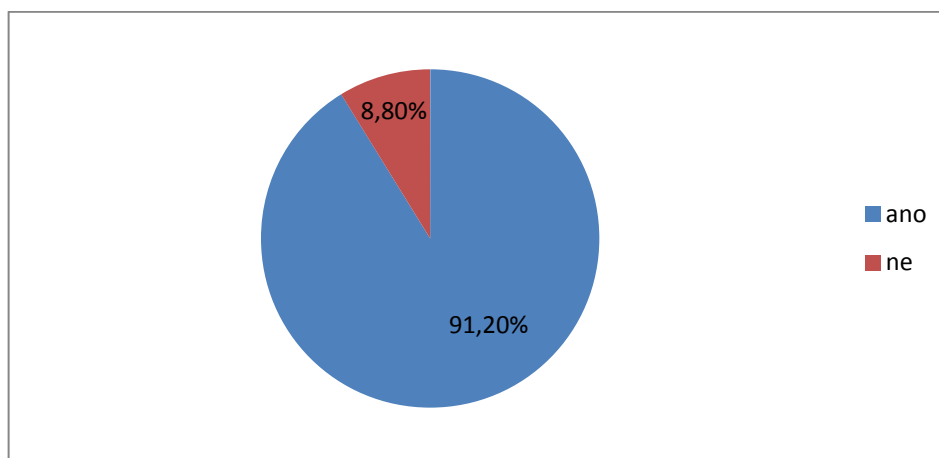
Účastníků výzkumu bylo 7,1% patnáctiletých, 26,3% šestnáctiletých, 17,5% sedmnáctiletých a 19,3% osmnáctiletých. Devatenáct let uvedlo 14,9% respondentů, dvacet let 10,5%, dvacet jedna let 1,8% a dvacet dva let uvedlo 2,6% respondentů.

6.2 Legální návykové látky, výsledky

Tab. 2: Užíváte nápoje obsahující kofein?

Užíváte nápoje s kofeinem	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	104	91,2
ne	10	8,8
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 2: Užíváte nápoje obsahující kofein?

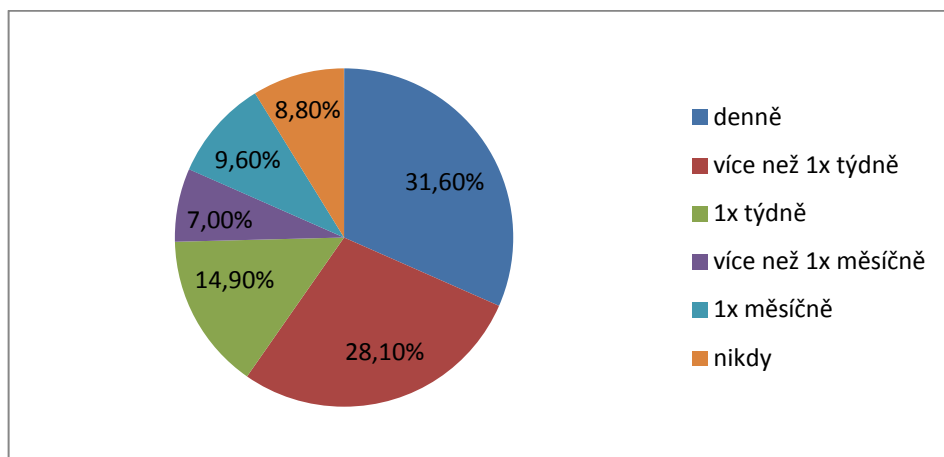


Užívání nápojů obsahujících kofein uvedlo ve výzkumu 91,2% respondentů, 8,8% respondentů nikdy nápoje s kofeinem nepožilo.

Tab. 3: Jak často užíváte nápoje obsahující kofein

Četnost užívání	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
denně	36	31,6%
více než 1x týdně	32	28,1%
1x týdně	17	14,9%
více než 1x měsíčně	8	7,0%
1x měsíčně	11	9,6%
nikdy	10	8,8%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 3: Jak často užíváte nápoje obsahující kofein

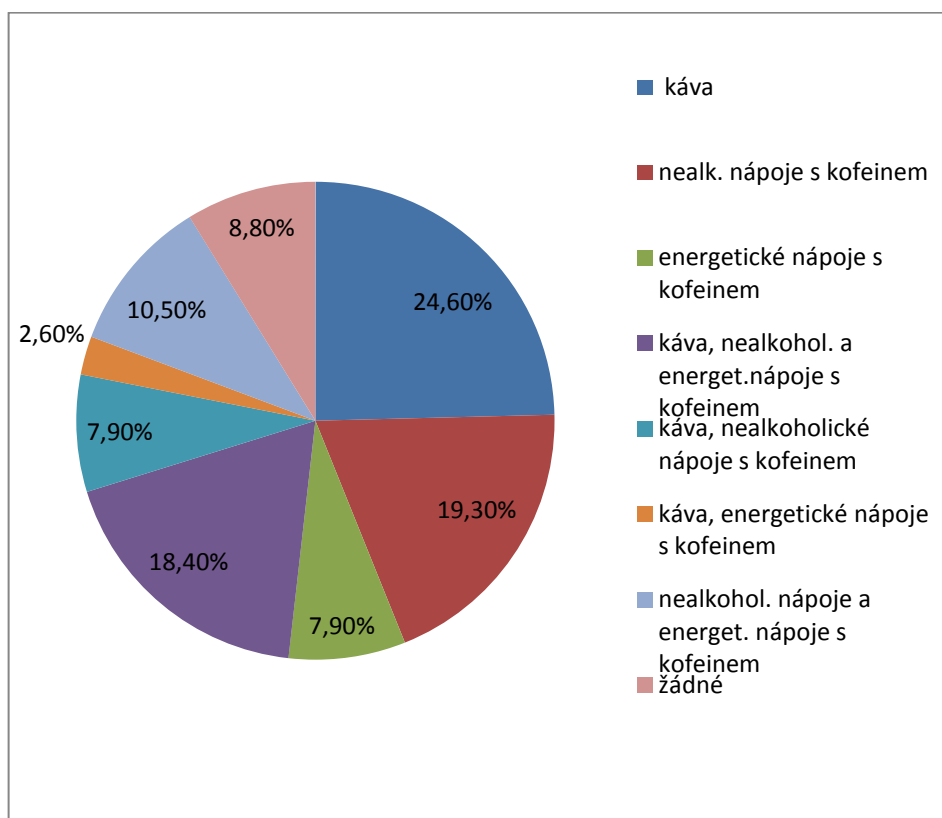


Na otázku, jak často konzumujete nápoje obsahující kofein, 31,6% respondentů uvedlo denní konzumaci a 28,1% respondentů konzumaci více než 1x týdně, 14,9% respondentů potvrdilo konzumaci 1x týdně. Konzumaci více než 1x měsíčně uvedlo 7,0% respondentů, 1x měsíčně užívá nápoje obsahující kofein 9,6% respondentů a 8,8% respondentů nápoje obsahující kofein nekonzumuje.

Tab. 4: Uveďte, jaké nápoje obsahující kofein užíváte.

Konzumované nápoje obsahující kofein	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
káva	28	24,6%
nealkoholické nápoje s kofeinem: Kofola, Coca-Cola, Pepsi-Cola, atd.	22	19,3%
energetické nápoje (Red Bull, Monster, Shock, aj.)	9	7,9%
káva, nealk. nápoje s kofeinem, energetické nápoje	21	18,4%
káva, nealkoholické nápoje s kofeinem	9	7,9%
káva, energetické nápoje	3	2,6%
nealko nápoje s kofeinem, energetické nápoje s kofeinem	12	10,5%
žádné	10	8,8%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 4: Uveďte, jaké nápoje obsahující kofein konzumujete.

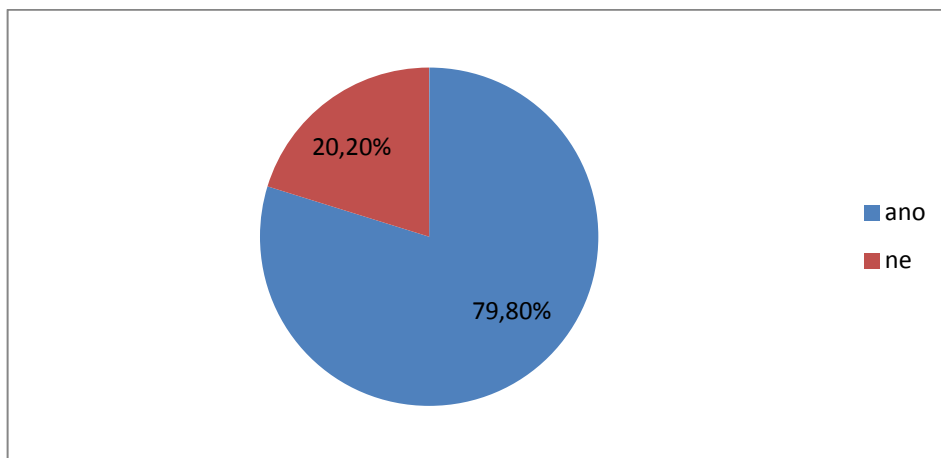


Kávu konzumuje 24,6% respondentů, 19,3% respondentů užívá nealkoholické nápoje obsahující kofein (Kofola, Coca-Cola, Pepsi-Cola, apod.), 7,9% respondentů energetické nápoje s kofeinem (Red Bull, Shock, Monster), 18,4% respondentů konzumuje kombinaci kávy, nealkoholických nápojů a energetických nápojů obsahujících kofein. Kombinaci kávy a nealkoholických nápojů obsahujících kofein uvedlo 7,9% respondentů, konzumaci kávy a energetických nápojů obsahujících kofein uvedli 2,6% respondentů, nealkoholické nápoje a energetické nápoje obsahující kofein uvedlo 10,5% respondentů a 8,8% respondentů nikdy neužilo nápoje obsahující kofein.

Tab. 5: Kouřil jste již někdy v minulosti?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	91	79,8%
ne	23	20,2%

Graf 5: Kouřil jste již někdy v minulosti?

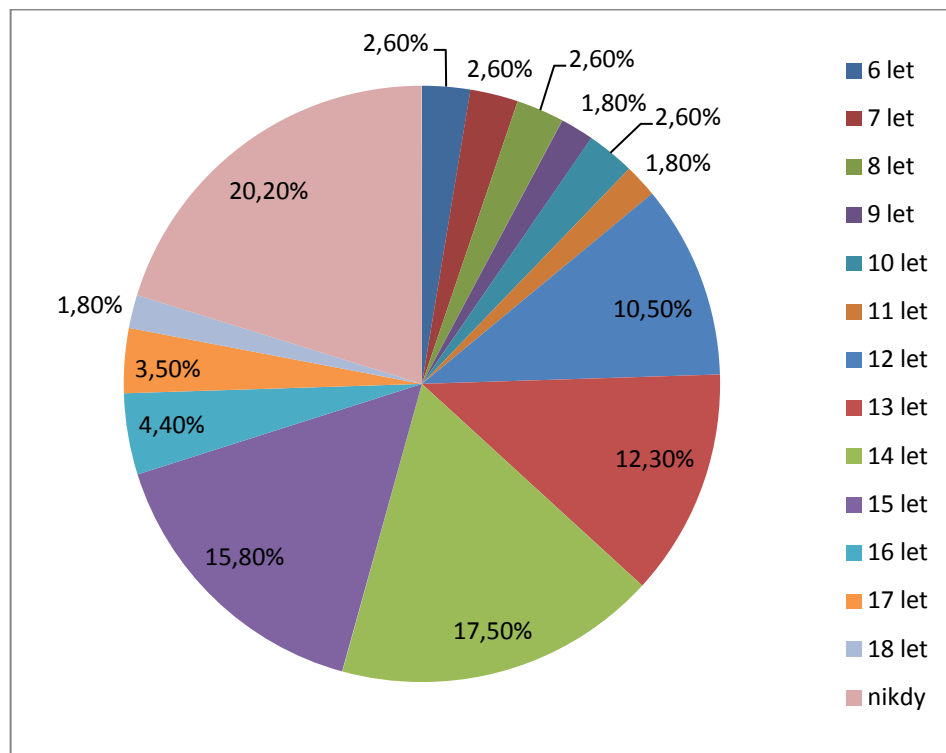


Na otázku, zda respondenti již někdy v minulosti kouřili, odpovědělo 79,8% respondentů, že v minulosti již kouřili a 20,2% respondentů kouřit nikdy nezkusilo.

Tab. 6: V kolika letech jste poprvé kouřili?

Věk respondentů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
6 let	3	2,6%
7 let	3	2,6%
8 let	3	2,6%
9 let	2	1,8%
10 let	3	2,6%
11 let	2	1,8%
12 let	12	10,5%
13 let	14	12,3%
14 let	20	17,5%
15 let	18	15,8%
16 let	5	4,4%
17 let	4	3,5%
18 let	2	1,8%
nikdy	23	20,2%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 6: V kolika letech jste poprvé kouřili?

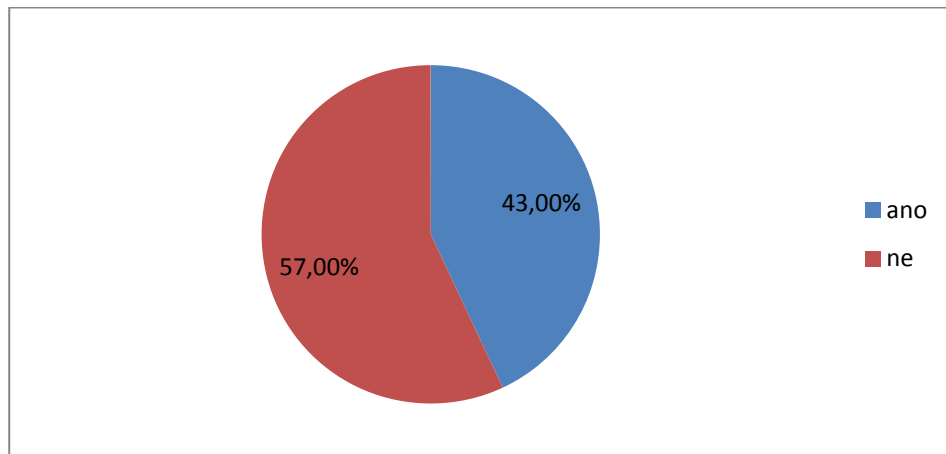


Na otázku v kolika letech respondenti poprvé kouřili, uvedlo 2,6% respondentů věk 6 let, 2,6% věk 7 let, 2,6% věk 8 let, 1,8% věk 9 let, 2,6% věk 10 let, 1,8% věk 11 let. Dalších 10,5% respondentů uvedlo první kouření ve 12 letech, 12,3% ve 13 letech, 17,5% ve 14 letech, 15,8% v 15 letech, 4,4% v 16 letech, 3,5% v 17 letech a 1,8% uvedlo 18 let a 20,2% respondentů nikdy nekouřilo.

Tab. 7: Kouříte v současnosti?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	49	43%
ne	65	57%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 7: Kouříte v současnosti?

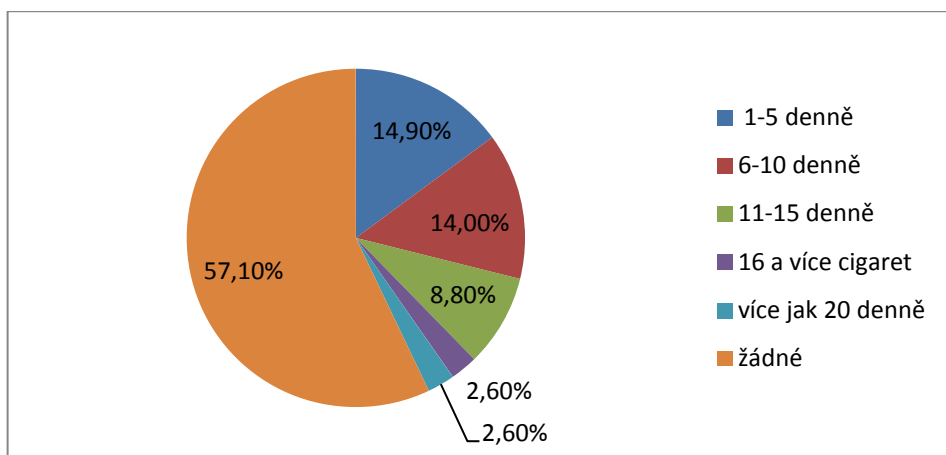


V dotazníku uvedlo 43% respondentů, že v současnosti kouří a 57% respondentů jsou nekuřáci. Pro srovnání uvádím 79,8% respondentů kteří zkusili kouřit v minulosti.

Tab. 8: Kolik kusů (cigaret, doutníků) vykouříte?

Počet vykouřených cigaret	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
1 – 5 ks denně	17	14,9%
6 – 10 ks denně	16	14,0%
11 – 15 ks denně	10	8,8%
16 a více cigaret	3	2,6%
více jak 20 cigaret denně	3	2,6%
žádné	65	57,1%
Celkový počet responden-	114	100%

Graf 8: Kolik kusů (cigaret, doutníků) vykouříte?

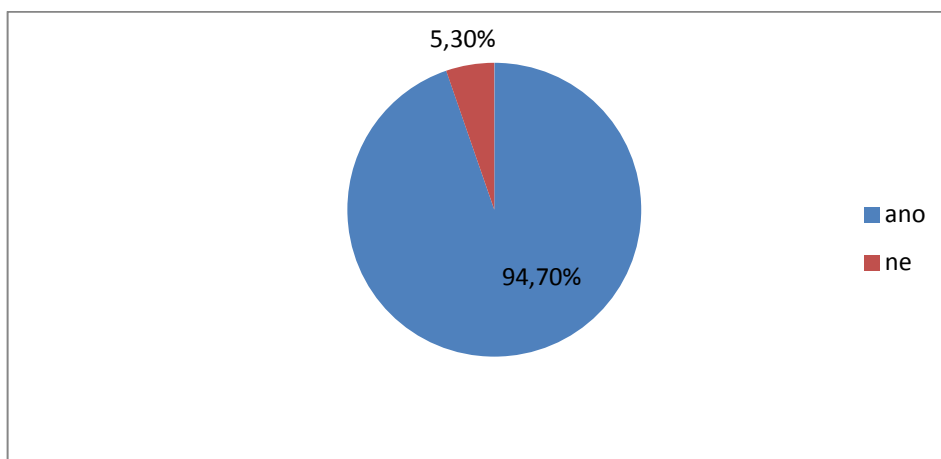


Na otázku, kolik kusů tabákových výrobků vykouří, 14,9% respondentů uvedlo, že vykouří 1–5 cigaret denně, 14,0% kouří 6–10 cigaret denně, 8,8% uvedlo 11–15 cigaret denně, 16 a více cigaret vykouří 2,6% respondentů, také více jak 20 cigaret denně kouří 2,6% respondentů a 57,1% nekouří žádné tabákové výrobky.

Tab. 9: Ochutnal jste někdy alkohol?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	108	94,7%
ne	6	5,3%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 9: Ochutnal jste někdy alkohol?

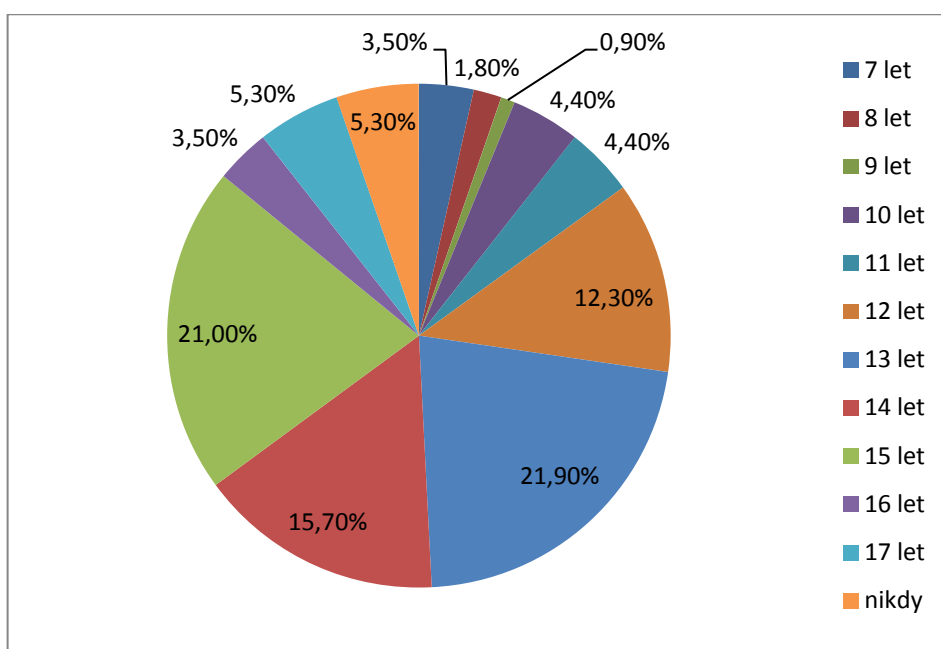


Z celkového počtu respondentů, uvedlo (94,7% respondentů, že již ochutnali alkoholické nápoje, 5,3% respondentů uvedlo, že ještě nikdy alkoholické nápoje neochutnalo.

Tab. 10: Uveďte věk, kdy jste poprvé konzumovali alkohol.

Věk respondentů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
7 let	4	3,5%
8 let	2	1,8%
9 let	1	0,9%
10 let	5	4,4%
11 let	5	4,4%
12 let	14	12,3%
13 let	25	21,9%
14 let	18	15,7%
15 let	24	21,0%
16 let	4	3,5%
17 let	6	5,3%
nikdy	6	5,3%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 10: Uveďte věk, kdy jste poprvé konzumovali alkohol.

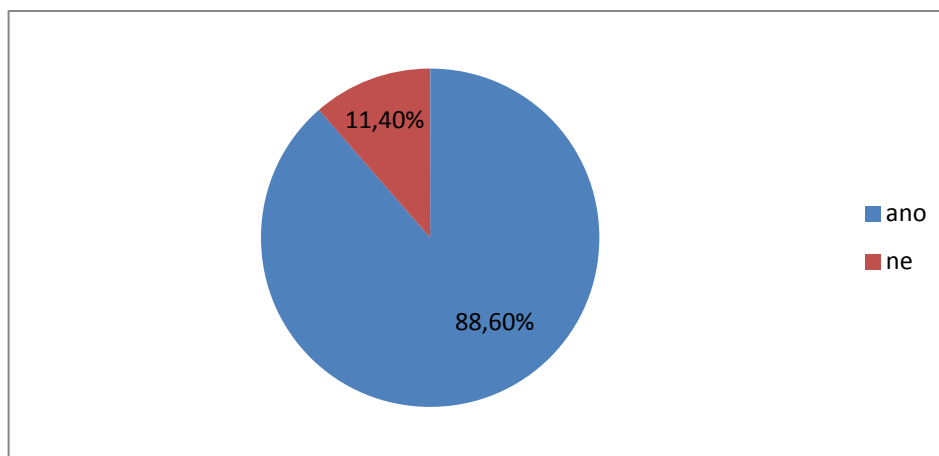


Jako věk první konzumace alkoholu uvedlo 3,5% respondentů věk 7 let, 1,8% věk 8 let, 0,9% věk 9 let, 4,4% udalo věk 10 let. Další 4,4% respondentů uvedlo věk 11 let, 12,3% věk 12 let, 21,9% věk 13 let, 15,7% uvedlo věk 14 let. První konzumaci alkoholu uvedlo 21,0% respondentů v 15 letech, 3,5% v 16 letech, 5,3% respondentů konzumovalo alkohol v 17 letech a 5,3% respondentů nikdy alkohol nekonzumovalo.

Tab. 11: Konzumujete alkohol v současnosti?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	101	8,6%
ne	13	11,4%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 11: Konzumujete alkohol v současnosti?

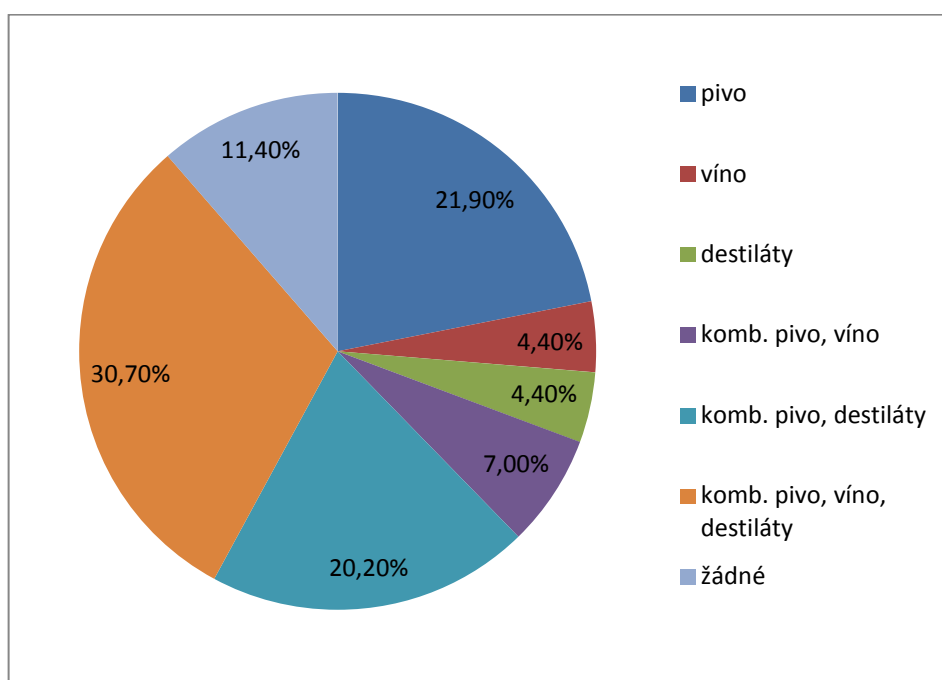


V současnosti konzumuje alkoholické nápoje 88,6% respondentů a 11,4% respondentů tyto nápoje nekonzumuje.

Tab. 12: Jaké výrobky z alkoholu konzumujete?

Konzumované alkoholické nápoje	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
pivo	25	21,9%
víno	5	4,4%
destiláty	5	4,4%
kombinace - pivo, víno	8	7,0%
kombinace - pivo, destiláty	23	20,2%
kombinace – pivo, víno, destiláty	35	30,7%
žádné	13	11,4%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 12: Jaké výrobky z alkoholu konzumujete?

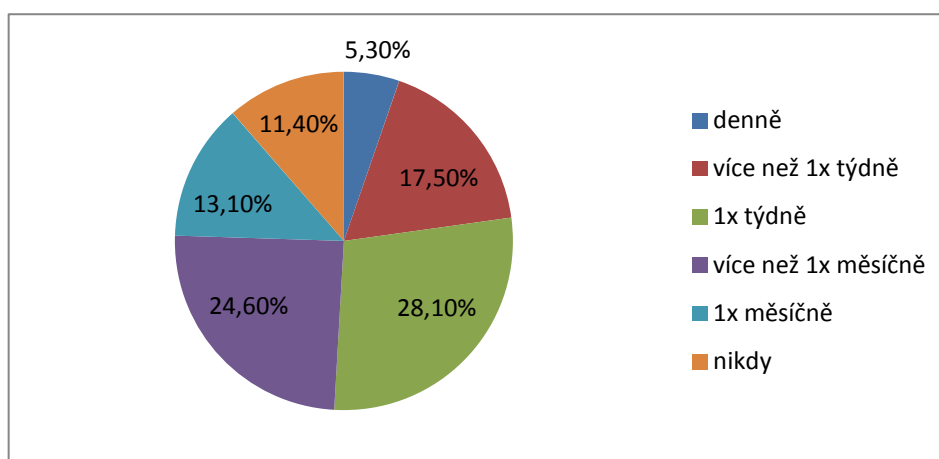


Na otázku, jaké alkoholické výrobky konzumujete, 21,9% respondentů uvedlo konzumaci piva, 4,4% uvedlo pití vína, 4,4% konzumaci destilátů. Kombinaci pivo, víno uvedlo 7,0% respondentů, pivo, destiláty konzumuje 20,2% respondentů. Konzumenty kombinace pivo, víno, destiláty je 30,7% respondentů výzkumu a 11,4% respondentů žádné alkoholické nápoje nekonzumuje.

Tab. 13: Jak často konzumujete alkohol?

Četnost užívání alkoholu	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
denně	6	5,3%
více než 1x týdně	20	17,5%
1x týdně	32	28,1%
více než 1x měsíčně	28	24,6%
1x měsíčně	15	13,1%
nikdy	13	11,4%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 13: Jak často konzumujete alkohol?



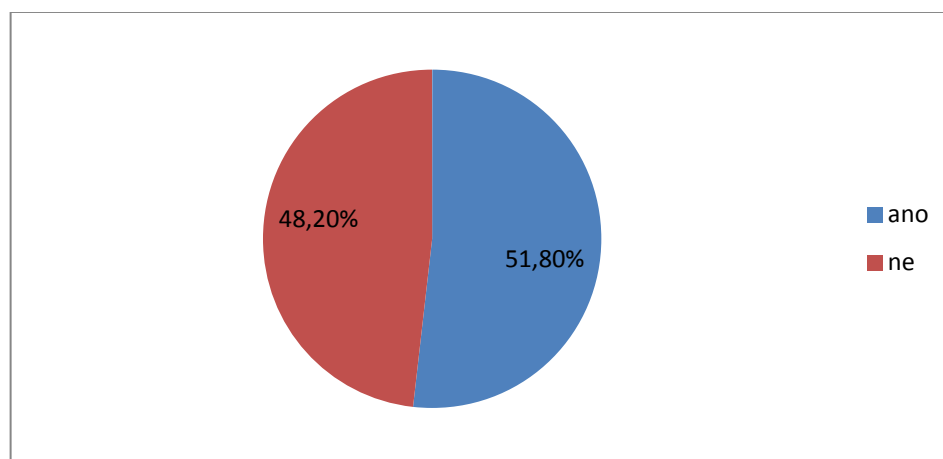
Denní konzumaci alkoholických nápojů uvádí 5,3% respondentů, 17,5% respondentů uvádí konzumaci alkoholu více než 1x týdně, 28,1% respondentů konzumuje alkohol 1x týdně, 24,6% respondentů konzumuje alkohol více než 1x měsíčně a 13,1% uvádí konzumaci 1x měsíčně. Alkohol nekonzumuje 11,4% respondentů.

6.3 Nelegální návykové látky

Tab. 14: Zkusil jste jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	59	51,8%
ne	55	48,2%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 14: Zkusil jste jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol?

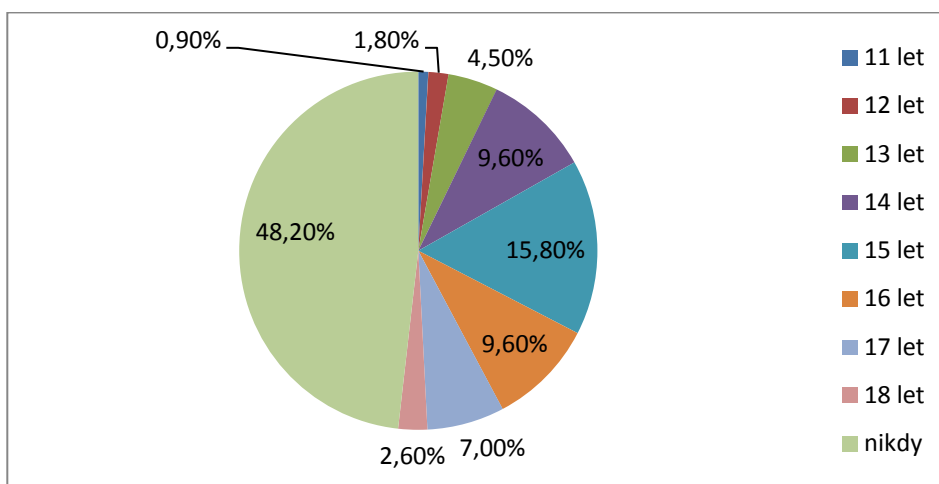


Jinou návykovou látku než tabák a alkohol zkusilo 51,8% respondentů, Zbýlých 48,2% respondentů uvedlo, že jinou návykovou látku nikdy nezkusilo.

Tab. 15: Uved'te věk, ve kterém jste zkusil jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol.

Věk respondentů	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
11 let	1	0,90%
12 let	2	1,8%
13 let	5	4,5%
14 let	11	9,6%
15 let	18	15,8%
16 let	11	9,6%
17 let	8	7,0%
18 let	3	2,6%
nikdy	55	48,2%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 15: Uved'te věk, ve kterém jste zkusil jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol.

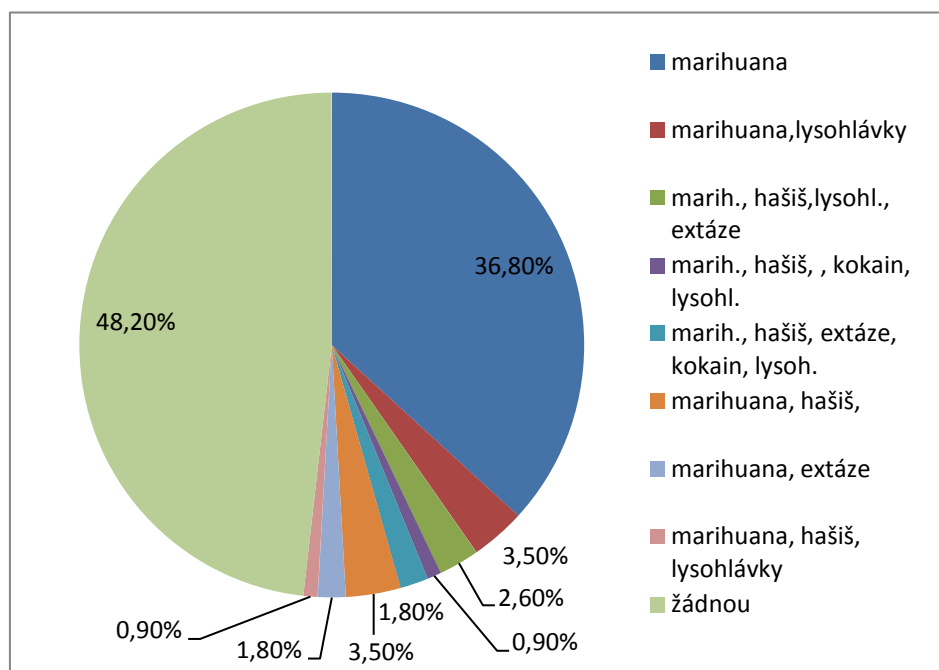


Věk, ve kterém respondenti zkusili jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkoholické nápoje uvedlo 0,9% respondentů věk 11 let, 1,8% respondentů uvedlo věk 12 let, 4,5% respondentů uvedlo věk 13 let, 9,6% respondentů uvedlo věk 14 let, kdy zkusili návykovou látku, 15,8% respondentů uvedlo věk 15 let, 9,6% respondentů uvedlo věk 16 let, 7% respondentů zkusilo návykovou látku v 17 letech a 2,6% respondentů uvedli věk 18 let. Alkohol 48,2% respondentů nekonsumuje.

Tab. 16a: Jakou návykovou látku jste zkusil, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

Návykové látky	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
marihuana	42	36,8%
marihuana, lysohlávky	4	3,5%
marihuana, hašiš, lysohlávky, extáze	3	2,6%
marihuana, hašiš, kokain, lysohlávky	1	0,9%
marihuana, hašiš, extáze, kokain, lysohlávky	2	1,8%
marihuana, hašiš	4	3,5%
marihuana, extáze	2	1,8%
marihuana, hašiš, lysohlávky	1	0,9%
žádnou	55	48,2%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 16a: Jakou návykovou látku jste zkusil, jinou než tabákové výrobky a alkohol?



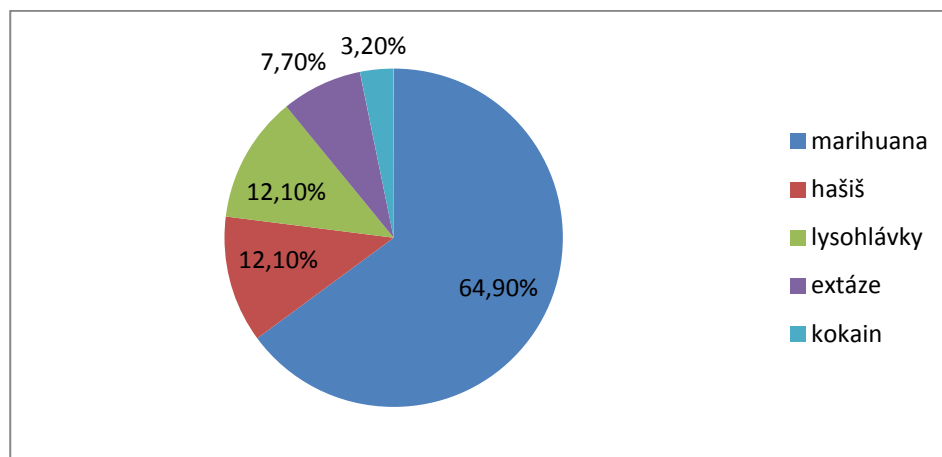
Marihuanu uvedlo 36,8% respondentů, 3,5% respondentů zkusilo marihuanu a lysohlávky, 2,6% uvedlo marihuanu, hašiš a lysohlávky a extázi, 0,9% respondentů zkusilo marihuanu,

hašiš, toluen, kokain, lysohlávky. Dalších 1,8% uvedli marihuanu, hašiš, extázi, kokain a lysohlávky, 0,9% respondentů zkusilo marihuanu, hašiš a toluen. Marihuanu a hašiš uvedlo 2,6% respondentů výzkumu, marihuanu a extázi zkusilo 1,8% respondentů, 0,9% respondentů uvedlo marihuanu, hašiš a lysohlávky a 48,2% nikdy nezkusilo tyto návykové látky.

Tab. 16b: Počet užití, jednotlivých návykových látek.

Návykové látky	Počet respondentů	Počet respondentů (%)
marihuana	59	64,9%
hašiš	11	12,1%
lysohlávky	11	12,1%
extáze	7	7,7%
kokain	3	3,2%
Celkový počet užití jednotlivých návykových látek	91	100%

Graf. 16b: Počet užití, jednotlivých návykových látek.

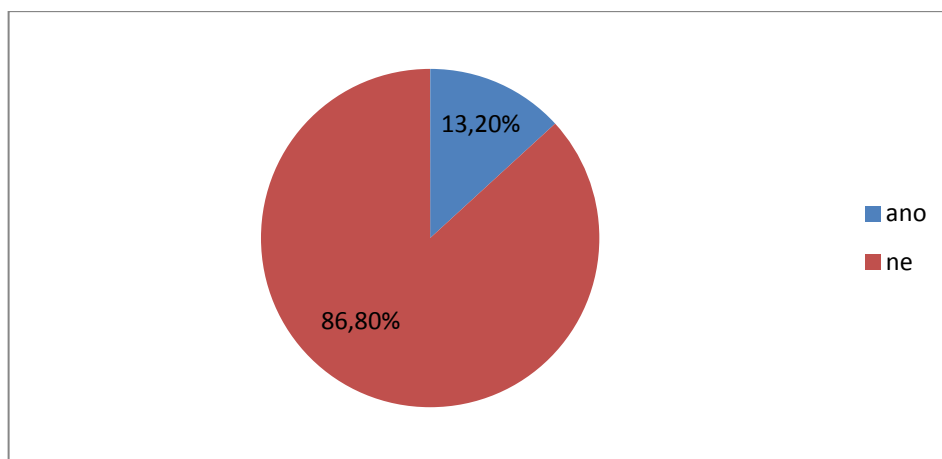


Uvedená data jsou z odpovědí 59 respondentů, kteří uvedli v minulosti konzumaci jednotlivých i kombinaci návykových látek, všichni tj. 64,9% zkusili v minulosti marihuanu, 12,1% respondentů uvedlo konzumaci hašiše, 12,1% respondentů lysohlávky, 7,7% extázi a 3,2% respondentů konzumovalo v minulosti kokain. Celkem došlo k užití jednotlivých návykových látek v 91 případech.

Tab. 17: Užíváte návykovou látku, jinou než alkohol a tabákové výrobky v současnosti?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	15	13,2%
ne	99	86,8%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 17: Užíváte návykovou látku, jinou než alkohol a tabákové výrobky v současnosti?

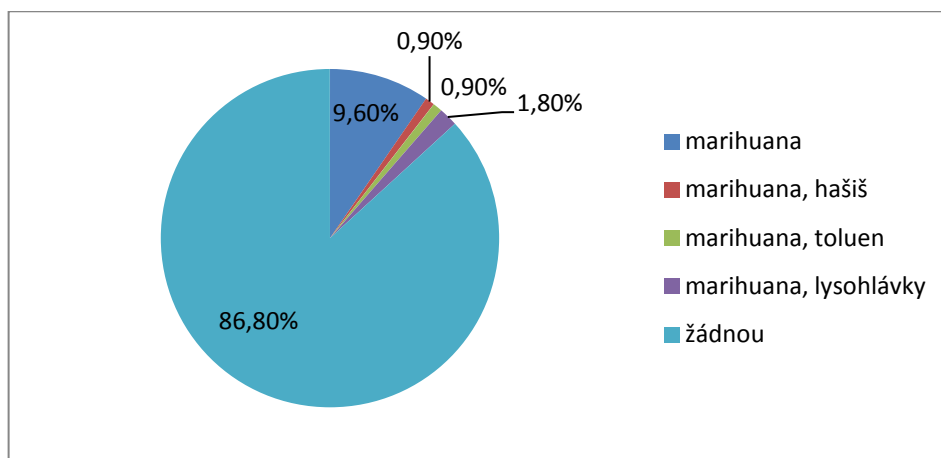


Na otázku, jestli respondenti užívají nelegální návykovou látku v současnosti, odpovědělo 13,2% respondentů, že v současnosti nelegální látky užívá a 86,8% uvedlo, že tyto nelegální látky nekonzumuje.

Tab. 18: Jakou návykovou látku užíváte v současnosti, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
marihuana	11	9,6%
marihuana, hašiš	1	0,9%
marihuana, toluen	1	0,9%
marihuana, lysohlávky	2	1,8%
žádnou	99	86,8
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 18: Jakou návykovou látku užíváte v současnosti, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

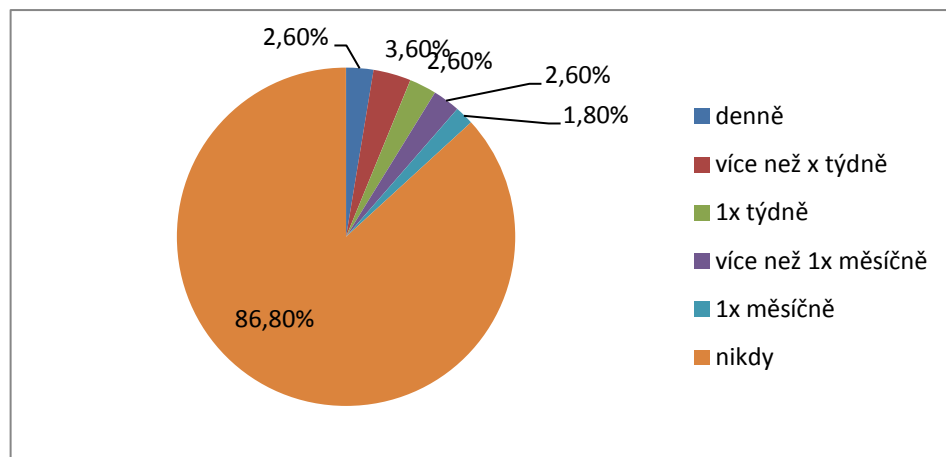


V současnosti užívá 9,6% respondentů marihuanu, 0,9% respondentů užívá marihuanu a hašiš. Konzumaci marihuany a toluenu uvedlo 0,9% respondentů, marihuany a lysohlávek užívá 1,8% respondentů, 86,8% respondentů žádné návykové látky, jiné než tabákové výrobky a alkohol neužívá.

Tab. 19: Jak často tuto návykovou látku užíváte?

Četnost užívání návykové látky	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
denně	3	2,6%
více než 1x týdně	4	3,6%
1x týdně	3	2,6%
více než 1x měsíčně	3	2,6%
1x měsíčně	2	1,8%
nikdy	99	86,8%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 19: Jak často tuto návykovou látku užíváte?

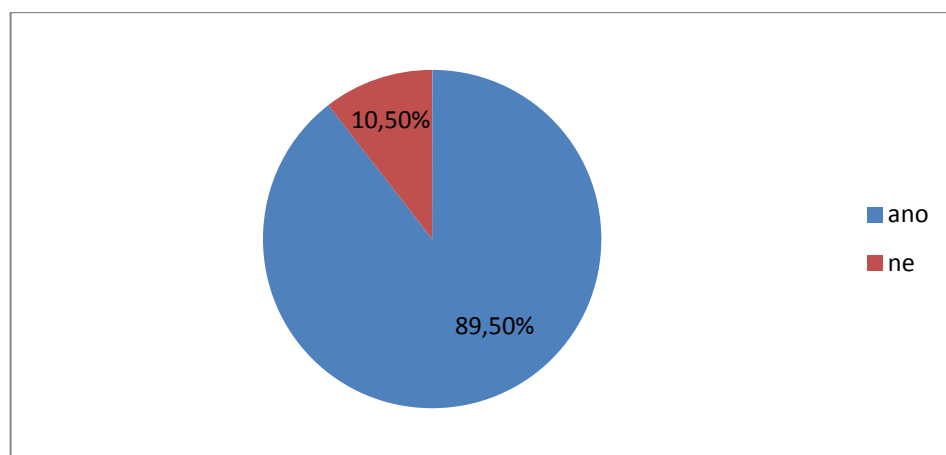


Denní užívání návykové látky uvedlo 2,6% respondentů, více než 1x týdně konzumuje 3,6% respondentů. Konzumaci návykových látek 1x týdně uvedlo 2,6% respondentů. Více než 1x měsíčně užívá návykové látky 2,6% respondentů, 1,8% respondentů výzkumu užívá návykovou látku 1x měsíčně. Návykovou látku nikdy nekonzumovalo 86,8% respondentů.

Tab. 20: Znáte někoho ve svém okolí, kdo užívá nelegální návykové látky?

Odpověď	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
ano	102	89,5%
ne	12	10,5%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 20: Znáte někoho ve svém okolí, kdo užívá nelegální návykové látky?



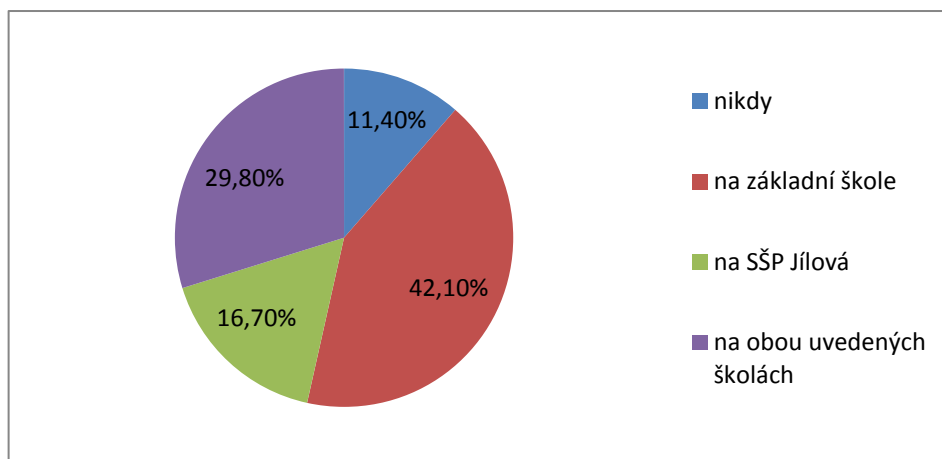
Uživatele nelegální látky ve svém okolí zná 89,5% respondentů, 10,5% respondentů nezná žádného uživatele nelegálních látek.

6.4 Účast v preventivním programu

Tab. 21: Účastnil jste se někdy preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování?

Účast v preventivním programu	Počet respondentů (n)	Počet respondentů (%)
nikdy	13	11,4%
na základní škole	48	42,1%
na SŠP Jílová	19	16,7%
na obou uvedených školách	34	29,8%
Celkový počet respondentů	114	100%

Graf 21: Účastnil jste se někdy preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování?



Na otázku, zda se někdy účastnili preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování, odpovědělo 11,4% respondentů, že se nikdy žádného preventivního programu nezúčastnilo, 42,1% respondentů se účastnilo preventivního programu na základní škole, 16,7% respondentů uvedlo účast na SŠP Jílová. Účast v preventivním programu na obou uvedených školách (ZŠ, SŠP Jílová) uvedlo 29,8% respondentů výzkumu.

7 DISKUZE

V této kapitole bakalářské práce jsou shrnuty základní poznatky z dosažených výsledků výzkumu, z nichž některé jsou porovnány s výsledky Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice 2008 (2012). Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, zda a jaké návykové látky, legální nebo nelegální v současné době užívají žáci SŠP Jilová, Brno.

Výzkumu na téma užívání návykových látek u žáků SŠP Jilová, Brno se účastnilo 114 respondentů chlapců, z řad žáků dané školy ve věku 15 až 22 let.

Na otázku, zda respondenti užívají nápoje obsahující kofein, odpovědělo kladně 91,2% respondentů, 31,6% respondentů tyto nápoje konzumuje denně. Množství konzumentů nápojů i denních uživatelů je poměrně vysoké. Janík a Dušek (1990) uvádějí, že chronické užívání může vyvolat obtíže somatické (nespavost, neklid, poruchy spánku, vysoký krevní tlak, útlum) a psychické (touha po nápojích). U konzumace nealkoholických nápojů s vysokým obsahem cukru hrozí obezita a diabetes (Machová a Kubátová, 2009).

S kouřením tabákových výrobků v minulosti má zkušenost 79,8% respondentů výzkumu, v porovnání s výzkumem, který byl zveřejněn v Celopopulační studii užívání návykových látek 2008 v kategorii muži 15 – 24 let, celoživotní prevalence, ve kterém potvrdilo 90,3% respondentů, že v minulosti někdy kouřili, docílili respondenti z řad žáků SŠP o 10,5% lepších výsledků. Kouření tabáku v současnosti potvrdilo 43% respondentů výzkumu, ve srovnání s Celopopulační studií užití tabáku v posledních 30 dnech, muži 15 -24, jde o 21,2% lepší výsledek u žáků SŠP, než u respondentů Celopopulační studie.

Na otázku, zda v minulosti užili alkohol, odpověděli respondenti v 94,7% kladně. Konzumování alkoholu v současnosti uvedlo 88,6% respondentů výzkumu, v porovnání s Celopopulační studií užívání návykových látek, užití alkoholu v posledních 30 dnech, muži 15 – 24 let, dosáhli respondenti z řad žáků SŠP o 6,3% lepších výsledků.

Respondenti z řad žáků SŠP uvedli, že v minulosti 51,8% z nich užilo návykovou látku, jinou než tabákové výrobky a alkohol. V porovnání s Celopopulační studií, muži, 15 – 24 let, celoživotní prevalence, jde 17,6% lepší výsledek. Dále respondenti z řad SŠP uvedli, že v minulosti užili nejvíce konopné drogy v 51,8%, ve srovnání s Celopopulační studií, muži, 15 – 24 let, celoživotní prevalence, konopné drogy, jde o 13,9% lepší výsledek ve srovnání s touto studií. Jiné než konopné návykové látky v minulosti užilo 11,5%

respondentů výzkumu, kdy v porovnání s Celopopulační studií, jiné než konopné drogy, bylo dosaženo o 26,5% lepších výsledků. Užívání nelegálních návykových látek v současnosti uvedlo 13,2% respondentů výzkumu. Při porovnání s Celopopulační studií, muži, 15 – 24, prevalence v posledním měsíci, docílili respondenti z řad SŠP o 18,3% lepší výsledek.

Na otázku, zda respondenti výzkumu znají někoho, kdo užívá nelegální látky, odpovědělo kladně 89,5% respondentů.

Bylo také zjištěno, že 88,6% respondentů se v minulosti účastnilo v preventivním programu o návykových látkách a rizikovém chování, které se konalo na ZŠ, nebo na SŠP Jílová.

Výsledky výzkumu, bylo zjištěno, že respondenti z řad žáků SŠP docílili lepších výsledků, než respondenti Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice 2008 (2012). Konečné výsledky výzkumu na téma užívání návykových látek u studentů SŠP Jílová, Brno, byly konfrontovány s výsledky příslušných výzkumů uvedených v Celopopulační studii.

I přes získané výsledky výzkumu, které se jeví v dobrém světle, je důležité mít na paměti, že prvořadou snahou sociální pedagogiky, ale i dalších oborů, je snížit úroveň užívání návykových látek na minimum, protože vymýtít je ze společnosti se asi nikdy nepovede. Nejde jen o preventivní působení na děti a mládež, ale o působení na společnost. Nejdůležitější úlohu hraje primární prevence, která se zaměřena na celou společnost. Její úloha v působení hlavně na děti a mládež je nenahraditelná.

Odpovědi respondentů výzkumu z řad SŠP Jílová, Brno přinesli zodpovězení výzkumné otázky - užívají žáci SŠP Jílová návykové látky, jestliže ano, jaké a jak často? Výzkumem bylo zjištěno, že žáci SŠP v současnosti užívají legální návykové látky v podobě nápojů obsahujících kofein, nejčastěji kávu, nápoje obsahující kofein užívají nejčastěji denně, kouří tabákové výrobky, kdy nejčastěji uváděná je denní konzumace 1 – 5 cigaret. Konzumují také alkoholické nápoje, nejčastěji byla uvedena kombinace konzumace nápojů respondenty – pivo, víno, destiláty. Nejčastější frekvence konzumace alkoholických nápojů byla uváděna 1x týdně. Užívají též nelegální návykové látky, nejčastěji byla uváděná marihuana s cyklem užívání více než 1x týdně.

Pro zjištění stavu užívání návykových látek u žáků SŠP Jílová, Brno, tj. jaké návykové látky konzumují a v jakém množství, doporučuji v budoucnu provést výzkum na dané téma, v časovém horizontu dvou let.

ZÁVĚR

Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že velká část žáků SŠP Jílová, Brno v současné době užívá legální a nelegální návykové látky. Po srovnání výsledků s Celopopulační studií užívání návykových látek a postojů k němu v České republice 2008 (2012), nemůžeme tvrdit, že dosažené výsledky jsou dobré, naopak výzkum jen potvrdil vysoké procento užívání legálních a nelegálních látek u žáků uvedené školy a je třeba využít všech prostředků v oblasti prevence návykových látek a rizikového chování, aby v budoucnu prevalence užívání těchto látek u žáků SŠP klesala.

Závěrem je nutno podotknout, že problém návykových látek by se neměl podceňovat. Měli bychom se snažit, tento problém za pomoci preventivních programů a větší informovanosti celé společnosti snížit na minimum. Nejde o krátkodobé snažení, ale o dlouhodobé působení na širokou veřejnost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BĚLÁČKOVÁ, Vendula. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2012, 196 s. ISBN 978-80-7440-052-0.
- BLACKMORE, Susan J. *Teorie memů: kultura a její evoluce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 302 s. ISBN 80-7178-394-3.
- ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000, 377 s. ISBN 80-7239-060-0.
- ČÁP, Jan. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993, 415 s. ISBN 80-7066-534-3.
- DANĚK, Jan. *Mladí mají nový životní styl, žijí i na třech místech současně*. iDnes [online]. 2013 [cit. 2014-12-12]. Dostupný z WWW: <http://brno.idnes.cz/mladi-maji-novy-zivotni-styl-diu-/brno-zpravy.aspx?c=A130313_1899570_brno-zpravy_eko>. ISSN 1210-1168.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, 189 s. ISBN 978-80-244-2642-6.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GÖHLERT, Fr. a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, 143 s. ISBN 80-7202-950-9.
- HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 239 s. ISBN 978-80-7367-473-1.
- HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 133 s. [11] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0135-9.
- HELUS, Zdeněk. *Psychologické problémy socializace osobnosti*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973, 259 s.

HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy*. Vyd. 2. – dot. Praha: Fortuna, 1998, 119 s. ISBN 80-7168-406-6.

HRONOVÁ, Zuzana. "Party generace" odmítá dospět. Chtějí peníze a klid. Aktuálně.cz [online]. 2013 [cit. 2014-27-10]. Dostupný z WWW: < http://zpravy.aktualne.cz/party-generace-odmita-dospet-chteji-penize-a-klid/r~i:article:773888/#utm_source=centrumHP&utm_medium=dynamicleadbox&utm_campaign=B&utm_term=position-1

CHOVANCOVÁ, Dita. *Ani děti, ani dospělí, tak se podle vědců z Masarykovy univerzity cítí dnešní dvacátníci*. muniMEDIA [online]. 2013 [cit. 2014-10-27]. Dostupný z WWW. <<http://munimedia.cz/prispevek/ani-deti-ani-dospeli-tak-se-podle-vedcu-z-masarykovy-univerzity-citi-dnesni-dvacatnici-4663/>>.

JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 342 s. ISBN 80-201-0087-3.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 285 s. ISBN 978-80-247-2284-9.

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

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

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd.1. Praha: Grada 2008, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

KONDÁŠ, Ondrej. *Discentná psychoterapia: (psychoterapia z aspektu psychológie učenia)*. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1969, 267 s.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ. *Vzpouza deprivantů: o špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci*. Praha: Makropulos, 1996, 303 s. ISBN 80-901776-8-9.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 213 s. ISBN 978-80-247-4621-0.

LABÁTH, Vladimír, *Riziková mládež: možnosti potencionálních zmien*. Vyd.1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 157 s. ISBN 80-85850-66-4.

LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. 3., dopln. vyd. Praha: Avicenum, 1974, 397, [2] s.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 207 s. ISBN 80-7178-348-x.

MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

MARTANOVÁ, Veronika, Barbara JANÍKOVÁ a Tereza DANĚČKOVÁ. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, 159 s. ISBN 978-80-254-0525-3.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 152 s. ISBN 978-80-247-2310-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-, sv. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, Michal a Pavel BÁRTÍK. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, c2010, 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

MIOVSKÝ, Michal. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 220 s. ISBN 978-80-87258-89-7.

MRAVČÍK, Viktor. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2012, 173 s. ISBN 978-80-7440-067-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportpropag, 1999, 135 s.

- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994, 159 s.
- NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. 2., rozšíř. vyd. Praha: Fortuna, 1997, 55 s. ISBN 80-7071-050-0.
- NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 157 s. ISBN 80-7178-515-6.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR K., CSÉMY L., PERNICOVÁ H. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách. Příručka pro pedagogy*. BESIP MV, 124 s. Vydání, ročník a ISBN neuvedeno.
- PERIČ, Tomáš. *Sportovní příprava dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 198 s. ISBN 80-247-0683-0.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994, 85 s. ISBN 80-85800-18-7.
- ŘEHAN, Vladimír. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1994, 77 s. ISBN 80-7067-359-1.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 435 s. ISBN 80-7038-078-0.
- SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 147 s. ISBN 978-80-247-4042-3.
- STŘELEČEK, Stanislav. *Studie z teorie a metodiky výchovy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 214 s. ISBN 80-210-3687-7.
- ŠTABLOVÁ, Renata. *Drogy, kriminalita a prevence*. Vyd. 1. Praha: Policejní akademie České republiky, 1997, 214 s. ISBN 80-85981-64-5.
- URBAN, Eduard. *Toxikománie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973, 196 s.
- VAŠUTOVÁ, Mária. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 278 s. ISBN 80-7042-691-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Poruchy adaptace*. 2. nezm. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1996, 73 s. ISBN 80-7083-177-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

VOJTÍK, Vladimír a Václav BŘICHÁČEK. *Mládež ohrožená toxikománií*. Praha: Novinař, 1987, 96 s.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády ČR, 2012, 174 s. ISBN 978-80-7440-067-4.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

ZÁŠKODNÁ, Helena. *Závislost na drogách*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2004, 64 s. ISBN 80-7042-689-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS - Centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

DSM - Americká národní klasifikace mentálních poruch

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

MDMA - Methylenedioxyethamfetamin

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPP – Minimální preventivní program

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

RVP – Rámcový vzdělávací program

SŠP – Střední škola polytechnická

ŠMP – Školní metodik prevence

ŠVP – Školní vzdělávací program

THC – Tetrahydrokanabinol

ZŠ – Základní škola

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Uved'te svůj věk

Tab. 2: Užíváte nápoje obsahující kofein?

Tab. 3: Jak často užíváte nápoje obsahující kofein?

Tab. 4: Uved'te, jaké nápoje obsahující kofein užíváte.

Tab. 5: Kouřil jste již někdy v minulosti?

Tab. 6: V kolika letech jste poprvé kouřili?

Tab. 7: Kouříte v současnosti?

Tab. 8: Kolik kusů (cigaret, doutníků) vykouříte?

Tab. 9: Ochutnal jste někdy alkohol?

Tab. 10: Uved'te věk, kdy jste poprvé konzumovali alkohol.

Tab. 11: Konzumujete alkohol v současnosti?

Tab. 12: Jaké výrobky z alkoholu konzumujete?

Tab. 13: Jak často konzumujete alkohol?

Tab. 14: Zkusil jste jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol?

Tab. 15: Uved'te věk, ve kterém jste zkusil jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol.

Tab. 16a: Jakou návykovou látku jste zkusil, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

Tab. 16b: Počet užití, jednotlivých návykových látek.

Tab. 17: Užíváte nelegální návykovou látku v současnosti?

Tab. 18: Jakou návykovou látku užíváte v současnosti, mimo tabákových výrobků a alkoholu?

Tab. 19: Jak často tuto návykovou látku užíváte?

Tab. 20: Znáte někoho ve svém okolí, kdo užívá návykové látky?

Tab. 21: Účastnil jste se někdy preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování?

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Uved'te svůj věk

Graf 2: Užíváte nápoje obsahující kofein?

Graf 3: Jak často užíváte nápoje obsahující kofein?

Graf 4: Uved'te, jaké nápoje obsahující kofein konzumujete.

Graf 5: Kouřil jste již někdy v minulosti?

Graf 6: V kolika letech jste poprvé kouřili?

Graf 7: Kouříte v současnosti?

Graf 8: Kolik kusů (cigaret, doutníků) vykouříte?

Graf 9: Ochutnal jste někdy alkohol?

Graf 10: Uved'te věk, kdy jste poprvé konzumovali alkohol.

Graf 11: Konzumujete alkohol v současnosti?

Graf 12: Jaké výrobky z alkoholu konzumujete?

Graf 13: Jak často konzumujete alkohol?

Graf 14: Zkusil jste jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol?

Graf 15: Uved'te věk, ve kterém jste zkusil jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol.

Graf 16a: Jakou návykovou látku jste zkusil, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

Graf 16b: Počet užití, jednotlivých návykových látek.

Graf 17: Užíváte nelegální návykovou látku v současnosti?

Graf 18: Jakou návykovou látku užíváte v současnosti, mimo tabákových výrobků a alkoholu?

Graf 19: Jak často tuto návykovou látku užíváte?

Graf 20: Znáte někoho ve svém okolí, kdo užívá nelegální návykové látky?

Graf 21: Účastnil jste se někdy preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

PŘÍLOHA č. 1

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Karel Bartoň a prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku, na téma užívání návykových látek. Data sbírám pro svou bakalářskou práci, a prosím Vás o pravdivé vyplnění. Vyberte jednu z uvedených odpovědí a zaškrtněte ji. U otevřené otázky napište svou odpověď. Děkuji za spolupráci Karel Bartoň

1) Uved'te, prosím svůj věk

a)

2) Užíváte nápoje obsahující kofein?

a) ano

b) ne

3) Jak často užíváte nápoje obsahující kofein

a) denně

b) více než 1x týdně

c) 1x týdně

d) více než 1x měsíčně

e) 1x měsíčně

f) nikdy

4) Uved'te, jaké nápoje obsahující kofein konzumujete.

a) káva

b) Kofola, Coca-Cola, Pepsi-Cola

c) energetické nápoje (Red Bull, Monster, Shock, aj.)

d) jiné, uved'te

e) žádné

5) Kouřil jste již někdy v minulosti?

a) ano

b) ne

6) V kolika letech jste poprvé kouřili?

a)

b) nikdy

7) Kouříte v současnosti?

a) ano

b) ne

8) Kolik kusů vykouříte (cigaret, doutníků, atd.)?

a) kouřím jen příležitostně

b) 1 - 5 denně

c) 6 - 10 denně

d) 11- 15 denně

e) 16 a více cigaret

f) více jak 20 denně

g) žádné

9) Ochutnal jste někdy alkohol (pivo, víno, destiláty)?

a) ano

b) ne

10) Uveďte věk, kdy jste poprvé konzumovali alkohol

a)

b) nikdy

11) Konzumujete alkohol v současnosti?

a) ano

b) ne

12) Jaké výrobky z alkoholu konzumujete?

- a) pivo
- b) víno
- c) destiláty
- d) kombinace těchto nápojů
- e) žádné

13) Jak často konzumujete alkohol?

- a) denně
- b) více než 1x týdně
- c) 1x týdně
- d) více než 1x měsíčně
- e) 1x měsíčně
- f) nikdy

14) Zkusil jste jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol?

- a) ano
- b) ne

15) Uveďte věk, ve kterém jste zkusil jinou návykovou látku než tabákové výrobky a alkohol.

- a)
- b) nikdy

16) Jakou návykovou látku jste zkusil, jinou než tabákové výrobky a alkohol?

- a) marihuana
- b) hašiš
- c) pervitin
- d) extáze
- e) toluen, ředidla, plyn do zapalovačů

- f) kokain
- g) heroin
- h) lysohlávky
- ch) kombinace několika druhů návykových látek
- i) žádné

17) Užíváte nelegální návykovou látku v současnosti?

- a) ano
- b) ne

18) Jakou návykovou látku užíváte v současnosti, mimo tabákových výrobků a alkoholu?

- a) marihuana
- b) hašiš
- c) pervitin
- d) extáze
- e) toluen, ředidla, plyn do zapalovačů
- f) kokain
- g) heroin
- h) lysohlávky
- ch) kombinace několika druhů návykových látek, napište jaké
- i) žádné

19) Jak často tuto návykovou látku užíváte?

- a) denně
- b) více než 1x týdně
- c) 1x týdně
- d) více než 1x měsíčně
- e) 1x měsíčně

f) nikdy

20) Znáte někoho ve svém okolí, kdo užívá návykové látky?

a) ano

b) ne

21) Účastnil jste se někdy preventivního programu o návykových látkách a rizikovém chování

a) nikdy

b) na základní škole

c) na SŠP Jílová

d) na obou uvedených školách

e) jinde, uveďte kde