

Činitelé ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol

Karolína Otevřelová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Otevřelová**
Osobní číslo: **H12081**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Činitelé ovlivňující vznik drogové závislosti
pohledem studentů vysokých škol**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti drogové závislosti, rodiny a prevence závislosti.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARNARD, Marina. Drogová závislost a rodina. Překlad Jiří Bareš. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011.. ISBN 978-807-3873-868.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

ELLIOTT, Michele. Jak ochránit své dítě. Překlad Jiří Bareš. Praha: Portál, 2000. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-717-8419-2.

ILLES, Tom. Děti a drogy: fakta, informace, prevence. Překlad Jiří Bareš. Praha: ISV nakladatelství, 2002. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-858-6650-1.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2003. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-260-3873-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

9. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 9. ledna 2015


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..30.4.2015

.....
Klavin

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *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, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *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, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá činiteli ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol. Cílem práce je zjistit, jaké konkrétní činitele ovlivňující vznik drogové závislosti považují studenti vysokých škol jako ty základní a nejvíce působící na vznik a rozvoj drogové závislosti. Práce se skládá ze čtyř na sebe navazujících kapitol. První kapitola se zabývá drogami jako pojmem, historií vzniku a užívání drog, rozdělením drog do základních kategorií a dávkou drogy. Druhá kapitola se věnuje drogové závislosti. V podkapitolách jsou rozčleněny druhy závislosti, popsány příčiny užití drog a rozvoj samostatné závislosti, čtvrtá podkapitola pojednává o změnách účinku drogy při stálém a opakovaném podávání. Třetí kapitola pojednává o prevenci vzniku závislosti, rozčleněnou na podkapitoly zabývajícími se typy prevence, prevencí ve škole a mimoškolní prevencí. V poslední, čtvrté kapitole, se bakalářská práce zabývá léčbou drogové závislosti, v podkapitolách jsou popsány modely onemocnění, teoretická východiska léčby drogové závislosti a také rozdělení formy léčby.

Klíčová slova: Drogy, drogová závislost, vznik závislosti, prevence, rizikové chování

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with factors affecting the development of drug dependence from the point of view of university students. The goal of this thesis is to find out which particular factors, affecting the development of drug dependence, do university students consider as fundamental and having the greatest effect on the origin and development of drug dependence. The thesis consists of four consecutive sections. The first section focuses on the concept of drugs, the history of drugs and drug use, division of drugs into fundamental categories and drug dosage. The second section is focused on drug dependence. In the subsections types of dependencies, description of reasons for drug use and the development of the dependency itself are discussed. The fourth subsection addresses changes of the effect of the drug with continual and repetitive use. The third section focuses on drug dependency prevention and is divided into subsections discussing types of prevention, prevention in school and extracurricular prevention. In the fourth and final section this bachelor thesis deals with the treatment of drug dependency. Its subsections lay out the description of disease models, theoretical basis of drug dependency treatment and the division of treatment for

Keywords: Drugs, drug addiction, the development of addiction, prevention, risky behavior

Děkuji paní PhDr. Haně Včelařové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky, za ochotu a vstřícnost, kterou mi poskytla při vedení této bakalářské práce.

Děkuji také své rodině a mému příteli, kteří mi byli velkou oporou po celou dobu mého studia a po dobu vypracování mé bakalářské práce.

Zároveň děkuji respondentům, kteří ochotně a čestně vyplnili dotazníky.

Motto:

„Šťastný je člověk, kterého varuje cizí chyba.“

(Jan Amos Komenský)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 DROGY.....	12
1.1 HISTORIE DROG	13
1.2 ČLENĚNÍ DROG DLE ÚČINKŮ	14
1.3 DÁVKA DROGY	19
1.4 VAROVNÉ ZNÁMKY A RIZIKA DROG PODLE DRUHU	20
2 DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	24
2.1 ROZVOJ ZÁVISLOSTI.....	26
2.2 TYPY ZÁVISLOSTI	27
2.3 ZDRAVOTNÍ A EKONOMICKÉ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG	28
2.4 ZMĚNY ÚČINKU PŘI STÁLÉM PODÁVÁNÍ	29
3 PREVENCE VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	31
3.1 TYPY PREVENCE.....	32
3.2 PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY VE ŠKOLÁCH	33
3.3 MIMOŠKOLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAMY	34
3.4 PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	35
4 LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	37
4.1 MODEL Y ONEMOCNĚNÍ.....	38
4.2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA LÉČBY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	39
4.3 TYPY LÉČBY	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	43
5.1 VÝZKUMNÝ CÍL.....	43
5.2 HYPOTÉZY	43
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
5.4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	44
5.5 ZPRACOVÁNÍ DAT	46
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU	47
6.1 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A HYPOTÉZY.....	68
6.2 ZÁVĚREČNÁ DISKUZE	70
ZÁVĚR	71
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá činiteli ovlivňujícími vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol.

Drogová problematika je již několik desetiletí stále aktuální téma. S klesající hranicí věku při první zkušenosti s drogou je tohle téma ovšem ještě naléhavější, než se může zdát.

Prevence je často podceňována, problém se řeší většinou až ve chvíli, kdy již závislost vznikla. Ačkoliv existuje velké množství preventivních programů, nejsou maximálně využívány a často se od sebe příliš neliší. U dospívajících jedinců si rodiče či zákonní zástupci většinou nepřipouští, že by se i jejich dítě mohlo dostat do kontaktu s drogou nebo se stát jejím uživatelem. V dnešní společnosti je to ovšem stále častější jev, stačí se pohybovat na určitých místech, spřátelit se s osobou, která má k drogám pozitivní vztah nebo se drogy vyskytují v jejím okolí. Právě proto je prevence jeden z významných způsobů, jak předejít případným dalším problémům vznikajícím ze samotné závislosti.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se opírá o vymezení základních pojmů v souvislosti s drogovou problematikou. Vysvětluje, co to vlastně droga je, zabývá se historií drogy, člení drogu dle účinků, definuje dávku drogy a popisuje varovné účinky užívání. V další kapitole vymezuje pojem drogová závislost, rozvoj závislosti, typy závislosti, zdravotní důsledky užívání drog a změny účinku při stálém podávání. Třetí kapitola se zabývá prevencí vzniku závislosti, dělí prevenci dle typů, vysvětluje preventivní přístupy ve školách a mimo školu, definuje primární, sekundární a terciální prevenci. Čtvrtá kapitola bakalářské práce nám popisuje léčbu drogové závislosti, modely onemocnění, vysvětluje teoretická východiska léčby drogové závislosti a rozděluje typy léčby. V empirické části jsou interpretovány výsledky realizovaného výzkumu, který byl zaměřen na činitele ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol. Kvantitativní výzkum byl prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké činitele považují studenti vysokých škol za ty nejvíce ovlivňující vznik a rozvoj drogové závislosti. Předpokládá se, že většina studentů vysokých škol měla již v minulosti s drogou buď osobní, nebo zprostředkovanou zkušenost a je schopna objektivně posoudit, jaký faktor hraje při vzniku drogové závislosti či prvním kontaktu s drogou nejvýznamnější roli. Nejčastěji zmiňovanými činiteli jsou například prostředí, výchova, nadbytek volného času, chybějící řád dne nebo společnost, ve které se daná osoba ohrožena závislostí pohybuje. Je zde však ještě spousta dalších opomíjených

faktorů, které mohou hrát v procesu vzniku závislosti taktéž významnou roli. Zaměření se na ně při preventivních opatření nám může významně pomoci. Vzhledem k procentům jasně poukazujícím na to, že se věk prvního kontaktu s drogou nezanedbatelně snížil, je důležité prevenci nezanedbávat a zaměřit se na ni jako na výchovný základ.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGY

Rozlišování drog na měkké a tvrdé není jednoznačné, droga, ať už jakákoliv, je stále jed. Pro pojem droga existuje spousta definicí. Ta hlavní a nejznámější vysvětluje, že drogu můžeme chápat jako přírodní nebo syntetickou látku splňující dva hlavní požadavky.

1. Daná látka má určitou psychotropní funkci, která ovlivňuje či zkresluje naše vnímání běžné reality a působí také na psychické rozpoložení zevnitř člověka. To znamená na náladu nebo momentální rozpoložení.

2. Po určité době užívání vyvolává závislost. Doba užívání, po které přichází závislost, se liší podle typu drogy, ale také dle okolností. Tuto funkci lze také nazývat potenciál závislosti a přítomen je vždy.

S tím, jak se naše populace vyvíjí, vznikají stále další nové drogy. Zde lze mluvit také o gamblingu či závislosti na mobilním telefonu a mnoha dalších. Konzumace drog legálních se stává normální a většina lidí ji toleruje. Pojmeme drogy jsou označovány výlučně látky, jejichž výrobu a distribuci zákon zakazuje. (Presl, 1994, s. 9)

Problémy spojené s drogou jsou mezi populací od pradávna, odkazy byly nalezeny ve Starém zákoně nebo také ve starších náboženských textech. Drogy jsou již od počátku spojeny s náboženstvím a také součástí různých kultů. Funkce drog byla a je sociálně stmelující, avšak i přesto způsobuje hlavně problémy. (Zábranský et al, 1997, s. 78)

Drogy jsou spjaty s jistou mírou rizik a nebezpečí. Prvotní riziko pro uživatele znamená ztrátu sebekontroly a sebehodnocení. Hlavním důsledkem je především to, že postupem času vzniká závislost. Právě díky míře rizikovosti se drogy běžně dělí na měkké a tvrdé, nebo také na lehké a těžké. Například v Holandsku je u nás standardní dělení nepřijatelné, drogy jsou děleny na skupiny s akceptovatelným rizikem, přijatelným rizikem a skupinu s rizikem nepřijatelným. Lehké drogy se užívají příležitostně, nejsou vymezena velká rizika a lze je aplikovat v přiměřeném množství, aniž by vznikala nebezpečná závislost nebo jiné negativní jevy. Patří zde například káva, tabákové výrobky, alkohol, ale také marihuana či hašiš. Mezi tvrdé drogy patří právě ty ostatní, jsou to drogy, u kterých je riziko vzniku závislosti vysoké a tudíž neakceptovatelné. Zde se řadí kokain, heroin, amfetaminy a další.

(Presl, 1994, s. 10 – 11)

Neustále narůstá počet osob s drogovou závislostí, avšak věk, ve kterém se člověk s drogou poprvé setkává, se rapidně snižuje. Důvody k užívání jsou velice rozličné, může to být

zvědavost, pocit důležitosti a sounáležitosti, neschopnost vyrovnat se s negativní událostí, špatné vztahy v blízkém okolí a v neposlední řadě také dědičná dispozice. Všeobecně se snižuje určitý práh nechtě k droze. Nelze vysvětlit, proč tomu tak je, i když prevence se zlepšuje a informovanost je na velmi dobré úrovni již od základních škol. (Illes, 2002, s. 6)

Problematika závislosti spočívá zejména v obtížnosti určení míry závislosti u různých typů drog a při rozličné intenzitě užívání nebo také různorodé kvalitě drogy. U některých druhů drogy nebyla vyzorována potřeba zvyšování dávek ani abstinenční syndrom. Na druhé straně existuje velké množství drog, při jejichž užívání i přes nízkou míru vzniku závislosti, tělo postupně chátrá a riziko neodvratného poškození organismu je silné. V tematice drogové problematiky nelze situaci zjednodušovat, je nutné na ni pohlížet jako na problematiku ovlivněnou množstvím okolností a paradoxů. (Presl, 1994, s. 13)

1.1 Historie drog

Již od pradávna lidé užívali drogy za účelem léčebným či duchovním. Na samém počátku historie drog lidé využívali některé účinky různých halucinogenních rostlin. Jednalo se o dobu mezi třetím a desátým tisíciletím před naším letopočtem, tzv. dobu neolitickou. Z této doby jsou zachovány různé předměty, jako např. hliněné nádoby, na kterých jsou znázorněny květy máku, mandragory či blínu. Na jiných předmětech jsou vykresleny osoby, které kouří omamné rostliny, jako například konopí, které bylo hojně využíváno již v době kolem roku 3000 př.n.l. (Valíček, P. a Kolektiv, 2000, s. 9-10)

V době kolem roku 4000 př. n. l. znali Sumerové účinky mandragory a především pak opia. Hippokratés zásadně odmítal léčbu přenesením nemoci na jinou osobu, vnímal jako lepší využívat pro léčbu nemoci odpovídající drogu. Droga tak přestala být brána jako látka nad-přirozená, stala se substancí, která vyvolávala sucho, teplo a chlad. Uměla utlumit bolest a vyvolat spánek. Ani Řekům se ovšem nevyhnula toxikomanie, ovšem větší problém shledávali v alkoholu, který byl tehdy součástí běžného života mnoha lidí. (Escohotado, A., 1996, s. 17-22.)

Právě varování před alkoholem bylo nalezeno již v papýrech starého Egypta. Populace a civilizace byly oslabovány právě alkoholem či drogami, přesto alkohol sloužil podmanitelům a dobyvatelům Ameriky. Ten využívali jako látku, která kmenové i rodinné uspořádání tamních indiánů zbavila síly a následně mohli být podrobeni. (Riesel, 1999, s. 41)

Díky tomu, že se drogy začaly používat jako plnohodnotné léčivo, vzrostla jejich obliba. Reálná léčivá schopnost drog je prokázána již dlouhou dobu, avšak řešila spíše jen základní neduhy a duševní nepohodu. Nadužívání drogy nebylo ničím výjimečným či neobvyklým, předávkování nebyl stav, kterým by se více zabývali, a to možná právě v důsledku neznalosti možných následků.

Drogy se vždy vymykaly zákonům nabídky a poptávky. Právě kvůli drogám vznikla i tzv. opiová válka. Čína bojkotovala dovoz drog z Indie, odkud je velké obchodní společnosti z Anglie exportovaly. Kouření opia bylo v Číně zakázáno již v roce 1729 důsledkem oslabování státu závislými obyvateli. Drogy byly vnucovány vítězi imperialistické války poraženým. Z jedné třetiny financovaly koncem devatenáctého století ve Francouzské Indočíně stavby železnic a tratí právě obchody s drogami. Oběťmi se stávali lidé, kteří drogy sháněli místo jídla. Desetitisíce obyvatel tehdy zemřelo. (Riesel, 1999, s. 41)

Vlny drogových závislostí probíhaly i v Evropě. Hnutí hippies například provázelo protesty proti establishmentu, stále přetrvávala naděje hlavně ve věci sociálních změn, byly ale stále hojně užívány drogy. Vznikla teorie, která hovoří o drogové epidemii probíhající v cyklech. Znamená to, že pokud populace nemá s určitou drogou čistě pozitivní zkušenost, dochází k ústupu její slávy. Generace následující ovšem drogu opět objevuje a cyklus se znovu roztáčí. Platí to hlavně pro marihuanu a hašiš, které jsou dnes opět na vrcholu popularity mezi mladými lidmi. (Riesel, 1999, s. 43)

1.2 Členění drog dle účinků

Členění drog dle všeobecně známých druhů (podle Toma Illse), které se u nás vyskytují v největší míře je následující:

- Marihuana
- Hašiš
- Stimulancia (kokain, crack, amfetaminy, metamfetamin – pervitin)
- MDMA (extáze)
- Tlumivé látky (opiáty, heroin, methadon)
- Halucinogeny
- Inhalanty

Marihuana

To, že marihuana může být návyková, potvrzuje v dnešní době nespočet výzkumů. Taktéž i to, že má marihuana na uživatele dopad negativní, a to zejména po mentální, emocionální a fyzické stránce. V sedmdesátých letech byl ovšem mezi běžnou populací uznán názor, že je marihuana vlastně jen přírodním produktem, nebo chceme-li bylinkou. Až pozdější podrobné rozbory a výzkumy ukázaly, že se tato rostlina při kouření mění ve 2000 nových chemických látek. Množství THC ovlivňuje sílu a účinek drogy. Platí zde prakticky přímá úměrnost – čím více THC je obsaženo, tím je silnější a hlavně škodlivější. (Illes, 2002, s. 14 – 15)

Hašiš

Hašiš je stejně jako u marihuany výtažek z rostliny *Cannabis sativa*, zde ovšem ve formě hnědého, tmavě hnědého nebo černého prášku. Obsah THC v rostlině byl v dřívějších dobách podobně jako u marihuany výrazně nižší, než je tomu dnes. Cíleným působením člověka na rostlin se množství THC stabilně zvyšuje. Účinky jsou stejné nebo podobné jako u Marihuany, právě díky THC. Stejná je teda i škodlivost pro lidský organismus a platí, že při dlouhodobém návykovém užívání této látky je tělo postupně destruktivně ničeno. (Illes, 2002, s. 19)

Stumulancia

Stumulancia nebo budivé látky, které povzbuzují centrální nervovou soustavu, jsou obvykle mezi léky na předpis. Zneužívání těchto látek je známo zejména z důvodu přílivu energie, nabuzení, síly. Uživatel si připadá nepřemožitelný, silný, odolný. Do této řady látek spadá například kokain. Je to alkaloid vytažen z rostliny *Coca*. Ta roste v podobě křovin ve vysokých polohách Bolívie, Peru, dnes už ale i v jiných zemích. Tato látka je extrémně stimulační, mění chemické procesy v mozku, působí na nervový systém. Následkem druhé kokainové epidemie v historii USA je velmi liberální pohled na tuto drogu. Společnost je vůči ní stala tolerantní a podcenila její nebezpečnost, což se projevuje i v dnešní době, a to nejen na území USA. Kokain uživateli způsobuje velice vzrušující pocit, který uživatelé popisují jako silný proud energie, což může způsobit pocit puzení například k sexuální činnosti, nebo také ke sportu, kde je užíván jako dopingový prostředek. Při ústupu účinku může mít uživatel problémy zejména se zaostřením zraku, nekontrolovatelnou mluvností, zvýšenou srdeční činností a krevního tlaku, ale mohou nastat i stavy nevolnosti, pocity na zvracení a neméně často také halucinace.

Není tomu tak dlouho, co se objevila nová a ještě více nebezpečná podoba kokainu. Je to krek, který je tak nazýván i pro svůj zvuk, který vydává během jeho kouření. Krek je vzhledem sraženina bílé či nažloutlé barvy. Ta se vytváří po chemickém zpracování kokainu a následně se formuje do krystalků či malých kousků nápadně se podobajícím úlomkům mýdla. U kreků je droga ještě silněji koncentrována, než je tomu u kokainu a také nástup účinku je podstatně rychlejší, zejména díky rozdílu v užívání. Pokud je používána k inhalaci kreků fajfka, účinek přetrvává pár minut. Díky své až devadesátiprocentní koncentraci látky je krek silnější oproti kokainu až desetkrát a účinek se projevuje již po několika vteřinách. Efekty po užití bývají extrémně dlouhé a velmi euforické, poté většinou přichází stavy silné nevolnosti, zvracení, mnohdy i paranoia. Krek představuje velké nebezpečí jak pro samotného uživatele, tak i pro jeho okolí. Je to hlavně díky vysoké dávce agresivity, kterou droga vyvolává a kterou nekontroluje ani sama osoba se závislostí. Mnoho expertů jsou za jedno, že je krek v dnešní době nejnávykovější drogou.

Amfetaminy mohou mít rozličnou formu. Může se jednat o prášek, tablety či kapsle, liší se však také druhy aplikace. Uživatel jej může inhalovat nosem, polykat, nebo také užívat injekčně. Fyzické projevy po aplikaci jsou podobné jako u kokainu. Euforické stavy, ztráta chuti k jídlu až nechutenství, extrémní citlivost k podnětům vnímaným v okolí, výrazně zrychlený puls a dýchání a zvýšená tělesná teplota. Důsledky dlouhodobého užívání mohou pro uživatele vyústit v mlhavé vidění, silné fyzické nevolnosti až ke ztrátě koordinace, sebeovládání a následnému kolapsu.

Metamfetamin, nazýván také pervitin je známý jako naše nejčastěji užívaná domácí droga. Barva prášku závisí především na tom, jakým způsobem byl vyroben. Bílý je v případě, že byl vyroben pouze z čistého efedrinu. Pokud je hnědý, byl vyprodukován z efedrinu získaného z léků obsahujících efedrin. Užívá se nejčastěji injekčně, ale vzácné není ani podání šňupáním. Účinky jsou podstatou stejné jako u amfetaminu. Stálé a časté užívání vede k silným poruchám osobnosti, někdy až k paranoiám, které se často podobají diagnostikované schizofrenii. Uživatel totiž začne přeludům, které jej ovládají, věřit a stane se jejich obětí. Pervitin je bohužel v naší společnosti silně rozšířen, je prodáván víceméně na všech místech, kde se shlukuje riziková mládež a velmi nejistá je i kvalita nabízené drogy. Pokud dojde k předávkování, příčina smrti bývá zejména postižení srdce, plicní edém nebo porucha jater či ledvin. (Illes, 2002, s. 20 – 29)

MDMA (extáze)

MDMA neboli extáze je na seznamu dalších modifikovaných derivátů a drog. Extáze má silně stimulační účinky, přesto patří spíše k halucinogenům. Podává se nejčastěji ve formě tablet a kapslí. Díky stále se měnícímu složení nejsou účinky této drogy předvídatelné a již z tohoto důvodu se extáze stává silně nebezpečnou drogou. Extáze se také nazývá drogou taneční, protože je zneužívána zejména na diskotékách a zábavách, a to hlavně mladší generací. Hlavní účinek se projevuje neunavitelností jedince, uživatel vydrží tančit celou noc, aniž by pocítil jakoukoliv známku únavy. Důsledek extrémního výdeje energie se ovšem dostaví v podobě dokonce až kolapsu. Po odeznění účinku přichází deprese, únava, sklíčenost, výjimečný není ani stav toxické psychózy, kdy může uživatel ohrozit jak sebe, tak své blízké okolí. Při užívání MDMA je nebezpečná již zmiňovaná aktivovaná energie, která může mít za následek až akutní dehydrataci. Poté může dojít až ke smrti jedince selháním některého z orgánů. (Illes, 2002, s. 29 – 30)

Tlumivé látky

Tlumivé látky většinou obsahují léky, které lze získat pouze na předpis, což jsou například barbituráty nebo valium. Získávají jsou ve většině případů ilegální činností, jako třeba vykradením lékárny, krádeží v nemocnici nebo zfalšovanými recepty od konkrétního lékaře. Nejčastěji se s nimi lze setkat ve formě tablet, existují ale také jako injekční ampule a v tomto případě se látka podává nitrožilně. Po užití tlumivé látky může jedinec vypadat jako po požití alkoholu, dostavují se však i další příznaky, a to hlavně zrychlení pulsu, zblednutí a ztráta tělesné teploty. Je nutné závčas rozpoznat počínající závislost na tlumivých látkách, která se projevuje především zvyšováním dávek, které tělo potřebuje k navození stále stejného stavu. Hranice, kdy již začíná jít o závislost, je velmi tenká a mnohdy velmi špatně rozpoznatelná. Pro uživatele je nemálo důležité vědět, že zejména kombinování tlumivých látek s alkoholem je často smrtelná kombinace. Abstinční příznaky, které lze na jedinci po vysazení pozorovat, mohou být nepředvídatelně silné, mohou trvat dva až osm dnů. Nejčastěji to bývá nechutenství, nauzea, zvracení a silná fyzická nevolnost, méně často pak křeče v dutině břišní, zvýšená činnost srdce a pocení. Jako pokračování abstinence může přijít delirium, někdy stav končí dokonce až smrtí uživatele. Nejčastěji zneužívané tlumivé látky jsou opiáty, které mají při správném a lékařem doporučeném užívání tlumit bolest. Jsou extrémně silně návykové. Stavby po užití jsou euforické. Opiáty jsou užívány nejčastěji orálně, případně injekčně, kdy jsou do těla vpraveny pod lékařským dohledem. Pokud se však jedná o opiáty jako třeba heroin, morfin, kodein či opium, prodávají se běžně na černém trhu.

Z opia se získává heroin, který je nejnebezpečnější a nejvíce návykový. Je užíván nejčastěji nitrožilně, prodáván bývá v práškové formě barvy bílé až hnědé, přičemž hnědý heroin je prakticky báze, která se špatně rozpouští. Bílý heroin, který se na našem území poprvé objevil v Praze roku 1998 je hydrochlorid, tedy koncentrovanější látka. Obsah účinné látky v hnědé a bílém heroinu se liší až o 65 procent. Pro zachování efektu při stavu po užití drogy je u heroinu nutné stálé zvyšování množství látky, které může vyústit až ve smrt uživatele. Příznaky po užití heroinu jsou často zúžené oční panenky, padající víčka. Psychické příznaky pak deprese, nauzea a apatie. Při odvykání se objevují zejména silné křeče, které patří mezi nejbolestivější příznaky.

Methadon je heroinová substitute, která se používá u odvykacích terapií dospělých pacientů závislých na opiátech. Doba účinku je výrazně delší než u jiných opiátů. Existuje v podobě prášku nebo kapaliny a užívá se nitrožilně nebo orálně. Nevýhodou methadonové terapie jsou řady problémů, které při samotné léčbě vznikají. Je toxický v kombinaci s alkoholem, přináší nebezpečí otravy a musí se aplikovat denně. Zároveň je jeho prodej ilegální. (Illes, 2002, s. 31 – 35)

Halucinogeny

Tyto látky, jak již vypovídá jejich název, přinášejí uživateli hlavně únik z reality běžného života. Realita je deformována včetně sluchu, zraku a hmatového smyslu uživatele. Kategorie halucinogenů obsahuje LSD, mescalín, psilocybinová houba, durman a PCP – phencyclidin. Užívají se ústně, kromě PCP, jež se kouří. Dosud není důkazu, že by halucinogeny způsobovaly závislost, jak psychickou, tak i fyzickou. Hlavním nebezpečím je možnost poškození mozku při delším a stálém užívání, zejména u LSD, se kterým se v naší zemi setkáváme nejčastěji. LSD, jakožto nejsilnější představitel v kategorii halucinogenů, vzhledem vypadá jako bezbarvá a nezapáchající chemicky zpracovaná droga, u které stačí aplikovat minimální množství vzhledem k jejím účinkům. Stav po užití LSD může trvat od dvou do dvanácti hodin a aplikuje se většinou na malý kousek savého papírku, který je zároveň stravitelný. Znaky po užití jsou možná ztráta soudnosti, příjem reality je porušený a zkreslený. Fyzické znaky mohou čítat rozšířené zorničky, vysoký krevní tlak, halucinace, dezorientace v realitě, pokud však nastane takzvaný špatný trip, může být uživatel silně paranoidní, trpět pocitem paniky a ztrátou ovládnutí. Velice důležité po užití LSD je neustálý dohled nad jedincem pod vlivem této drogy. Halucinace mohou být nebezpečné a ztráta kontroly nad realitou může způsobit extrémní zmatenost. Je důležité vědět, že se halucina-

ce mohou neplánovaně a nenadále vrátit třeba i po několika měsících od posledního užití. (Illes, 2002, s. 37 – 38)

Inhalanty

Ředidla, lepidla, ale také barvy a benzín se řadí mezi inhalanty. Problémem je zejména jejich snadná dostupnost vesměs v každé domácnosti. Při jejich správném používání je velmi důležité dbát na dobrou větratelnost pracovního místa. Bývají vdechovány nejen nosem, ale také ústy. Vkládá se do igelitového sáčku nebo do textilie a poté se užívá právě vdechováním. Příliš dlouhý intenzivní kontakt s látkou může mít za následek i smrt. Inhalanty se řadí mezi zrádné a nebezpečné drogy, proto by neměly být podceňovány. (Illes, 2002, s. 40)

1.3 Dávka drogy

Dávka jako pojem znamená množství, které na jedince může účinkovat různě. Dávka podprahová je svou podstatou ta, při níž nepozorujeme změnu. Při dávce prahové již lze zaznamenat hodnotitelnou reakci, nejčastěji se ovšem aplikují dávky nadprahové. Při terapiích se užívají dávky terapeutické, zde ovšem mohou účinky látky značně kolísat. Existuje mnoho aspektů, které ovládají množství dávky při fyzickém projevu. Maximální dávka je nejvyšší možné množství látky, které ještě nevyvolává toxické příznaky po užití. Liší se ovšem maximální dávka podaná jednorázově a maximální dávka podaná denně. Obvykle se denní dávka stanovuje jako trojnásobek jednotlivé dávky. Toxické množství vykazuje jasné příznaky otravy, smrtelná dávka je minimální, střední nebo maximální. Další možné dávky jsou například jednotlivá dávka, denní dávka, dávka pro celou léčbu, plná dávka nebo nárazová dávka. Po nasycovací dávce je dosaženo optimálního nasyceného účinku, udržovací dávka hladinu látky v organismu drží stále na určité hladině. (Prokeš et al, 2005, s. 26)

Dávka vyjadřuje množství látky, které skutečně vstoupilo do organismu. Závisí na fyzikálně chemických vlastnostech dané látky, na druhu, době účinku, způsobu užití, době nástupu účinku, ale také na koncentraci látky a jejím druhu. Na jedince může stejná kombinace vlastností látky a okolností užití působit různě, záleží zejména na jeho tělesné aktivitě, hmotnosti, povrchu těla nebo pohlaví. Existují látky, které jsou toxické již při minimální dávce, jiné až v mnohem větším množství. Metabolit látky může být toxický pro biologický systém jedince pouze tehdy, pokud v něm zasáhne příslušná místa v dané koncentraci a

po určitou dobu. Vystavení organismu působení látky se nazývá expozice. Vyjadřuje se dávkou získanou organismem nebo koncentrací, kterou organismus přijímá. Síla účinnosti závisí na času působení a působící koncentraci. Stěžejní koncepcí toxikologie předpokládáme závislost mezi dávkou látky a odpovědí organismu v reakci na ni. Všeobecně se předpokládá, že čím je dávka větší, tím silnější je také účinek, i když závisí spíše na koncentraci látky. Účinek lze také vyjádřit jako určitou funkci koncentrace a času. (Balog a Zapletalová, 1998, s. 28 – 29)

1.4 Varovné známky a rizika drog podle druhu

Alkohol

Alkohol bývá používán jako prostředek k uklidnění, zvýšení sebevědomí či k otupění psychické bolesti. Po dechu rozpoznatelný alkohol, červené oči, špatná koordinace pohybu, vratká chůze, únava, nesrozumitelná mluva a špatná artikulace, opadající zábrany, celková agrese, silné bolesti hlavy, časté deprese i bezprostředně po požití alkoholu. To jsou hlavní negativní účinky alkoholu. I po malé dávce alkoholu může nastat u dospívajících jedinců otrava. Všeobecně narůstá riziko úrazu či nehody. (Nešpor, 2003, s. 28)

Marihuana a hašiš

U uživatelů můžeme pozorovat zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, hlad, pach potu po spálené trávě, únava, nezáměr, kolísání nálad, riziko úrazů a chladné končetiny. Po odeznění účinku drogy kocovina, únava. Stav paniky a úzkosti se vyskytují hlavně u uživatelů, kteří s drogou nemají zkušenost. Osoby s drogovou závislostí méně pečují o svůj zevnějšek, hůře se soustředí, což souvisí s horším prospěchem u studujících jedinců. Nezanedbatelné je také riziko opožděných reakcí, což může mít za důsledek například dopravní nebo jinou nehodu. Riziko užívání u žen je zejména porucha menstruačního cyklu, což může v důsledku souviset i s neplodností uživatelky. Běžná rizika a projevy po užití drog jsou dále například výrazné kolísání nálad, zpomalující se životní rytmus, ztráta pro uživatele kdysi důležitých zájmů, zanedbávání rodiny a přátel, citové otupění a v neposlední řadě také ztráta hodnot. Droga je pro osobu se závislostí na prvním místě. (Nešpor, 2003, s. 29)

Tlumivé léky

Po požití tlumivých léků jeví uživatel známky opilého. Z dechu ovšem není cítit alkohol. Známky požití léku jsou celková zpomalenost, poruchy orientace a myšlení, špatný úsu-

dek, zkreslená realita, silné a časté kolísání nálad, ale také zpomalený dech či opakované bolesti hlavy. Rozvoj závislosti na tlumivých lécích je častější u žen, které mají k závislosti na lécích větší sklony. Další pozdní známky přerůstají v nechutenství, trvalou roztřesenost, paranoiu a pocity pronásledování, poruchy výživy a kažení chrupu. V neposlední řadě také poruchy spánku a v pozdějším stadiu stavy blížící se až demenci. (Nešpor, 2003, s. 30)

Organická rozpouštědla

Z uživatele je cítit zápach po chemikáliích z dechu i oblečení. Působí pomateně, je pobledlý, cítí nevolnost. Netypické je hlavně riziko smrtelné otravy již po prvním požití drogy. Fyziologické znaky jsou například rozšířené zornice, zarudlost očí a nepřítomný pohled. Poruchy vnímání poté přecházejí ve spánek. Uživatel může zemřít na otravu nebo reflexní zástavu srdce. Nesmyslné a neracionální uvažování a jednání pod vlivem této drogy je nebezpečné nejen pro jedince, ale také pro jeho okolí. Mezi pozdní známky již v samotném rozvoji závislosti se řadí nezáměr, lenivost, zvýšená jaterní funkce a poruchy paměti včetně rizika trvalého poškození mozku a krvetvorby. (Nešpor, 2003, s. 30 – 31)

Látky s budivým účinkem včetně pervitinu

Mezi znaky užívání patří neklid a podrážděnost, ale také příznaky nabuzení, a to zrychlený tep, rozšířené zornice, třes, úzkosti a někdy také nepravidelnosti typu zvýšení teploty. Jakmile odezní účinek, může se dostavit deprese a běžně je uživatel utlumen. Výjimečný není ani nezvykle dlouhý spánek. Pokud dojde k předávkování, mohou se dostavit pocity pronásledování a stavy úzkosti. Otrava po aplikaci pervitinu, která skončí smrtí, není vzácností, riziko smrtelné otravy se zvyšuje při kombinaci pervitinu s alkoholem. Většinou je příčina smrti po otravě pervitinem srdeční selhání. Pokud dojde k intoxikaci, může dojít i k epileptickému záchvatu. Mezi pozdní známky patří stavy deprese, poruchy spánku až insomnie, špatné soustředění a poruchy paměti, paranoia a pocity pronásledování. Nežádoucí když se objevují horečky, pocení a vyrážky. Uživatel je více náchylný k nemocem, což poukazuje na oslabenou imunitu, vysoké je také riziko poškození ledvin a jater. Duševní zdraví může být účinkem drogy dlouhodobě či trvale oslabeno. Nezanedbatelná je také hrozba ohrožení plodu u těhotných žen. (Nešpor, 2003, s. 31)

Kokain

Známky užívání kokainu jsou skoro totožné jako u pervitinu, na rozdíl od pervitinu však kokain působí mnohem kratší dobu a je výrazně dražší. U kokainu je zejména při jeho šňupání vysoké riziko proděravění nosní přepážky, celkově patří k nejnebezpečnějším dro-

gám, které existují. Rizika užívání kokainu jsou však často podceňovány. Závislost vzniká velice rychle, je však spíše psychického charakteru. Po vysazení nejsou známy tělesné obtíže, jako spíše silná touha po droze a špatné duševní stavy včetně různě silné deprese. (Nešpor, 2003, s. 32)

Opiáty

Po užití opiátů následuje stav trvající desítky minut až hodin. Uživatel pocítuje tiché obloužení, následované kocovinou. Zornice jsou zúženy a psychika je utlumena, možná je též těžká otrava nebo předávkování. Riziko otravy je větší, pokud je možnost kombinované otravy s jinou drogou, jako například heroinem nebo alkoholem. V pozdějším stádiu je rozvoj závislosti rychlý. Příznaky odvykání jsou tělesné projevy, jako například rozšíření zornic, husí kůže, zrychlený dech a tep, nadměrné slzení, rýma a průjem, ale také nechutenství, neklid, křeče a bolesti svalů i kloubů. Jako známky a příznaky sociální disociace se projevují citelně zvýšené finanční nároky, tím pádem mohou následovat krádeže v domácnosti. Barva kůže osoby se závislostí na opiátech je voskově bledá, uživatel ztrácí zájem o vše kromě drogy, u mužů se objevuje ztráta potence, u žen pak poruchy menstruačního cyklu. (Nešpor, 2003, s. 32)

Halucinogeny – extáze, LSD

Po užití drogy, kdy dojde k intoxikaci, můžeme na uživateli pozorovat rozšířené zornice, zčervenání bělma. Jedinci se zhorší schopnost sebeovládání, je snadněji ovlivnitelný, tím pádem se stává velice nebezpečným sobě i jeho okolí. U některých druhů jsou pro určitého člověka nebezpečné i dávky, které jsou pro jiného snesitelné. Tělo pocítuje velké ztráty minerálů, tekutin a jiných důležitých látek pro běžnou funkci organismu člověka. Tlak může prudce stoupnout, což může vést k mozkovým příhodám, stejně tak se prudce zvýší spotřeba kyslíku, což je velice nebezpečné zejména pro osoby s onemocněním srdce či krevního oběhu. Jakmile odezní účinek halucinogenů, běžně se mohou objevit depresivní stavy a někdy také sebevražedné tendence, kdy uživatel není schopen posoudit reálný stav a schopnosti sebekontroly i sebeovládání jsou stále neaktivní. Tak jako u jiných drog, i u halucinogenů se nebezpečnost drogy zvyšuje společně s kombinací jiné drogy, zde například s Hašišem nebo již tradičně s alkoholem, kde můžeme pozorovat i výrazný nárůst agresivity u uživatele drogy. Halucinogeny jsou rizikové hlavně pro duševní zdraví, ale je prokázána i vyšší pravděpodobnost výskytu nádorů a epileptických záchvatů. Běžně má uživatel horší kontakt s realitou, není schopen objektivně posuzovat sám sebe, ani své oko-

lí. U labilních jedinců může droga způsobit až destruktivně úzkostné stavy. Při chronické otravě můžeme diagnostikovat dlouhodobá neurologická postižení, psychologické testy prokázaly u uživatelů MDMA výrazné zhoršení paměti a schopnosti učit se. Tak jako u pervitinu, dlouhodobé užívání MDMA může výrazně oslabovat imunitní systém člověka, což může mít za následek větší riziko infekce při běžné nemoci. (Nešpor, 2003, S. 33)

2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Velká část odborníků na drogovou problematiku vymezuje pojem toxikomanie jako „stav chorobného lpění na opakovaném kontinuálním přijímání centrálně působící euforizující látky“. V naší zemi je synonymem pro toxikomanii slovo závislost. Tento pojem vystihuje stav, kdy jedinec ztratí možnost se volně a svobodně rozhodovat a místo toho se dostává do moci drogy, na které je závislý. Pojem návyk, obvykle používán ve slovním spojení návykové látky, vymezuje látky, kde je vysledováno riziko možného vzniku závislosti. Toxikomanie je v globálním hledisku brána jako společenský jev. Co se týče chemické stránky látek zneužívaných jako drogy, je velice rozmanitá a pestrá. Jde o různorodé směsi a kombinace, které prokazují každá jiný účinek. (Prokeš et al., 2005, s. 181)

O závislosti lze mluvit jako o onemocnění, a to zejména díky přijetí takzvaného medicínského modelu závislosti. Následkem bylo zařazení závislosti na návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění. Všeobecný teoretický základ definice závislosti tvoří již delší dobu několik následujících bodů:

- Nezvladatelná touha a silné bažení po aplikaci drogy, která se opakuje
- Vzrůstající tolerance a nutkání ke zvyšování dávek
- Přítomnost závislosti psychické nebo fyzické, projevující se abstinenčním syndromem
- Negativní důsledky jak přímo pro uživatele, tak i pro společnost

Určitá neobjektivnost může spočívat v tom, že jednotlivé typy drog a jejich kritéria závislosti mohou být vyjádřena i jinak a některé znaky se nemusí projevit. (Presl, 1994, s. 11)

Závislost má mnoho podob a projevuje se různě. Mezinárodní klasifikace nemocí definuje drogovou závislost následovně: „Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák.“ Při diagnóze závislosti je stěžejní, aby během posledních 12 měsíců došlo ke třem nebo více z těchto jevů, které poukážou na sílu závislosti na dané látce:

- Silná touha či popud užít určitou látku.
- Potíže v sebeovládání ve vztahu k droze, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky.

- Tělesný odvykací stav. Osoba se závislostí, nebo osoba léčená, užívá podobnou látku, abychom dospěli ke zmenšení dávek nebo ke zmírnění negativních účinků na jedince.
- Je zaznamenán nárůst rezistence vůči droze. V praxi to znamená, že tělo potřebuje vyšší a vyšší dávku drogy, aby byl zachován účinek látky.
- Osoba se závislostí postupem času přestává mít čas na své zájmy, celým jeho světem je droga a bažení po ní je natolik silné, že překonává běžné dřívější potřeby jedince, zvláště společenského charakteru. Zároveň se prodlužuje časový interval, který uživateli stačí k plnému zotavení se z drogového opojení, což mu brání plnohodnotně vykonávat běžné činnosti.
- Uživatel nadále pokračuje v aplikaci drogy, přestože ví o jejích negativních a destruktivních účincích na jeho fyzické a psychické zdraví. (Nešpor, 2003, s. 27)

Teprve po diagnostice závislosti se určuje, jakým způsobem se bude vzniklý problém řešit. U každého jedince se může bažení projevovat jinak, mohou se vyskytovat jiné příznaky. Jsou navrhovány odlišné možnosti řešení, záleží také na fázi závislosti a přístupu osoby se závislostí ke svému problému. Každé zaváhání a prodleva může komplikovat následnou léčbu. Proto je zapotřebí, pokud osoba se závislostí dobrovolně spolupracuje, léčbu zahájit včas a vyzorovat problém, který mnohdy dobře a úzkostlivě skrývá. Bažení může být natolik silné, že jeho síla převyšuje některé základní fyziologické potřeby člověka.

U drogové závislosti se nejčastěji rozlišují tři charakteristické jevy nebo druhy závislosti. Jedná se o psychickou závislost, somatickou závislost a toleranci, ke které dochází po opakovaném a stále užívání drogy. V praxi tolerance představuje pomalé, postupné snižování účinnosti při aplikaci dávky podávané pravidelně. Je tedy nutné dávku stále zvyšovat, aby byla potlačena určitá rezistence jedince vůči dávce a zachoval se účinek. Může také docházet k neustálému zkracování intervalů mezi užitím stále stejné dávky drogy. Psychická závislost se projevuje bažením a nutkavou neustávající potřebou užít drogu a přivodit si tak již známý, blažený a euforizující stav, na který je závislý zvyklý. Je to dáno jistou motivací, jedinec stav zná, líbí se mu a chce jej prožívat stále znova. Bez přísunu látky přicházejí deprese, stavy úzkosti a rozladěnosti. Psychická závislost jedince ovládá natolik, že je schopen pro ni obětovat i to, co pro něj kdysi bylo důležité. Abstinenční příznaky se u psychických závislostí v podstatě nevyskytují, nebo spíše nejsou fyziologické. Somatická, neboli fyzická závislost již přináší zřejmé abstinenční příznaky. Ty jsou opačné, než pří-

znaky po užití drogy. Přicházejí nenadále po vysazení nebo delším neuzítí drogy. V počátcích to může být třes či neklid, později až panické stavy provázené zvracením a nespavostí. Osoba se závislostí na droze při abstinenci pociťuje nutnou potřebu drogu opět užít, je na ní fyzicky závislá a příznaky abstinence jsou natolik nepříjemné, že ji běžně přinutí k dalšímu užití. Ne vždy dochází až k somatickému stupni závislosti. Pokud k němu ovšem závislost dospěje, stává se situace velmi nebezpečnou. (Prokeš et al, 2005, s. 183)

2.1 Rozvoj závislosti

Závislost vzniká obvykle postupně a mnohdy i nenápadně. Jako osoba s drogovou závislostí je považován ten, který splňuje diagnostická kritéria drogové závislosti. Pokud je jedinec závislý, znamená to, že se nachází v některé z fází vývoje závislosti, které jsou definovány. V prvopočátku každé závislosti je pokus, zvědavost či experiment. Po této fázi může, ale také nemusí přijít fáze samotného užívání. Ta může mít různou délku, závislost jako taková ovšem nastat nemusí. Až poté se rozvíjí vlastní fáze závislosti. Je to ten okamžik, kdy závislost jako taková vzniká a formuje se. Jedinec již je drogově závislý, pokud jeho stavu odpovídají následující skutečnosti:

- Bažení a tendence získat drogu jakkoliv a za jakoukoliv cenu. Uživatel pociťuje tendenci v užívání pokračovat.
- Zvyšování dávky, o kterou si říká tělo a zkracování intervalů mezi užitím.
- Přítomnost abstinčních příznaků, pokud droga nebyla užita. Značí to také již vzniklou fyzickou a psychickou závislost na droze.

Abstinční příznaky se při rozvoji závislosti dostávají zejména při rozvoji závislosti fyzické. Znamená to, že organismus jedince bere drogu už jako svou součást, funguje v jeho metabolismu a pokud droga není k dispozici, nemůže metabolismus normálně fungovat a dožaduje se další dávky. Abstinční syndrom jako projev chybějící drogy v organismu se projevuje různorodě i v závislosti na jiných okolnostech závislosti. V praxi znamená, že pokud se objevují abstinční příznaky, existuje již rozvinutá fyzická závislost na droze a stav začíná být vážný. Závislý málokdy vidí svůj stav objektivně a nezávisle na svém chťící užít drogu znova. Existuje zde silná motivace, která uživatele nutí drogu opět aplikovat. (Pokorný, Telcová a Tomko, 2003, s. 78)

Neexistuje jasná odpověď na otázku, jak přesně vzniká závislost. Do dnešního dne se našla jediná konkrétní příčina, která by vznik závislosti měla na svědomí. Je třeba brát v

potaz veškeré okolnosti vzniku závislosti, osobu, drogu, ale také prostředí či dobu. Jsou známy čtyři skupiny faktorů, které vedou ke vzniku závislosti na droze:

1. faktory farmakologické, což je droga
2. faktory somatické a psychické zahrnující osobnost člověka
3. faktory environmentální, obsahující rodinu a prostředí
4. faktory percipitující, řešící podnět

Rozdělení dle předchozích faktorů však určuje jen základní motivace. Při konkrétních případech závislosti na látce jsou však přítomny všechny. (Illes, 2002, s. 7)

2.2 Typy závislosti

Rozdíl v typu závislosti a jejich projevu můžeme nalézat v různých hlediscích. Rozlišují se zdravotní nebo společenské dopady. Třídí se proto do několika typů. Při závislosti morfinového typu jsou omamnými látkami alkaloidy opia, které vytvářejí podstatu a jejich polosyntetické deriváty. Zdrojem je opium, tekutina z nezralých makovic máku setého, která vyschla. Staré názvy opia byly laudanum nebo meconium. (Prokeš et al, 2005, s. 184)

Závislost morfinového typu je silně psychického rázu, avšak přeměna v závislost fyzickou je velmi rychlá, provázena výraznými abstinenciálními příznaky. Typicky dochází k postupné toleranci, uživatel je schopen užít až 5 g morfinu denně. Fyziologická rizika jsou vážná, uživatel chátrá tělesně, ale i duševně, mohou se objevit krádeže, předávkování až intoxikace. (Prokeš et al, 2005, s. 186)

Závislost amfetaminového typu přiřazujeme ke zneužívání sympatomimetických aminů, které jsou odvozeny od amfetaminu a nazývají se budivé. Globálně nejvíce známé jsou závislosti na amfetaminu, metamfetaminu a efedrinu. Tyto látky účinkují centrálně, bývá potlačen pocit hladu a dostavuje se silná únava. Rozvinutá je zejména psychická závislost, somatická nebyla vyzorována, stejně tak jako abstinenciální příznaky, ačkoliv po delší přestávce v užívání je zřejmá přítomnost deprese. Tolerance v užívání vzniká pomalu, postupně však může dojít k užívání až 2 g v jednotlivé injekční aplikaci denně. (Prokeš et al, 2005, s. 187)

Závislost barbiturátového typu má jisté podobné znaky se závislostí na alkoholu, jiné jsou však účinky látek a sociologický dopad těchto závislostí. Barbituráty mají tlumivé účinky provázené uvolňujícími pocity, jejich nadměrné užívání dospívá k somatické i psychické

závislosti včetně abstinčních příznaků, které nastupují do 16 hodin a bývají neobyčejně fyzicky i psychicky náročné. Osoba se závislostí mnohdy kolabuje. Vždy je hlavně otázkou dávek drogy, za jak dlouho závislost dosáhne somatického stupně. Pokud vznikne tolerance, nebývá úplná. (Prokeš et al, 2005, s. 189)

Závislost kokainového typu je odvozena od kokainu, což je svým původem alkaloid, který pochází z listů keře koky. Účinky kokainu jsou velmi stimulující, euforické. Závislost kokainového typu je všeobecně známa jako nejsilnější psychická závislost, přičemž nedochází k závislosti somatické a abstinční příznaky se neobjevují. Tolerance zjištěna není, běžné je ovšem zmenšování se intervalů mezi užíváním. (Prokeš et al, 2005, s. 192)

Závislost na drogách typu hašiše je známa zejména díky nati konopí setého neboli Cannabis sativa, což je velmi stará rostlina, považována za kulturní zejména díky jejím léčivským účinkům. Zde může nastat rozvoj především psychické závislosti různého stupně, včetně nejsilnější. Co se týče závislosti somatické, zkušenosti jsou rozporuplné. Někteří odborníci připouštějí možnost fyzické závislosti, jiní nikoliv. Osoby se závislostí dávky užívají častěji, všeobecně však tolerance zaznamenána nebyla. (Prokeš et al, 2005, s. 194)

Posledním typem závislosti je závislost na halucinogenech, přičemž skupina těchto látek se uvádí pod různými názvy jako psychotomimetika nebo psychedelika. Nástup účinků LSD na uživatele přichází postupně, někdy až po jedné hodině po požití. Nejsilnější stav nastupuje po třech hodinách a může trvat až osm hodin. Závislost vzniká maximálně psychická, avšak ve velmi mírné formě. Somatická závislost zjištěna nebyla, tolerance existovat může. Nejrychleji vzniká u LSD, pomaleji poté u meskalinu. (Prokeš et al, 2005, s. 197)

2.3 Zdravotní a ekonomické důsledky užívání drog

Zdravotní rizika jsou neopominutelná. Kouření marihuany působí podobně, jako tabák. Výrazně zvyšuje riziko nádorového onemocnění plic, snižuje fertilitu, při dlouhodobém působení či při chronickém užívání snižuje schopnost mozku vštěpovat informace. Pokud je marihuana kouřena v těhotenství, může snížit verbální schopnost v předškolním věku dítěte. Přes všechna rizika nevzniká závislost somatická, možný je ale rozvoj závislosti psychické. Pervitin a stimulantia, včetně MDMA a kokainu způsobují poruchy stravování, které mohou přerůstat v jiné závažné onemocnění. Při dlouhodobém a častém užívání se může u osoby se závislostí objevit deprese až psychóza s podobnými znaky jako při schizofrenii. Během dlouhodobého šňupání drogy běžně dochází k proděravění nosní přepážky

a následně k jejímu zborcení. Při injekční aplikaci uživatel podstupuje vysoké riziko možné nákazy infekčním onemocněním. Při užívání heroinu a jiných opiátů nastává riziko vbudování látky do nastavené funkčnosti metabolismu, poté se stávají jejich součástí a funkčnost bez jejich přítomnosti v těle není možná. U opiátů je známé silné zvyšování tolerance vůči droze, po čase již uživateli droga nepřináší ony známé pocity blaha. Velké riziko u heroinu a jiných opiátů spočívá zejména v navození velice silné somatické závislosti už po několika málo užití. V porovnání se silou závislosti somatické je závislost psychická víceméně zanedbatelná. U rozpouštědel a těkavých látek jiného druhu je jejich inhalace zvláště nebezpečná. Jedná se o nejvíce nebezpečné omamné jedy, které způsobují vznik nádorů mnoha částí těla jako plic, močového měchýře a dalších. Dochází k silné degradaci osobnosti, poškození mozku a ostatních orgánů. Přispívá k poškození sliznic i kůže, při těhotenství uživatelky k znetvoření plodu a výjimečně nejsou ani úmrtí na předávkování. Běžná je silná sociálně podmíněná psychická závislost, o závislosti fyzické se zde hovořit nedá. LSD skrývá riziko nenávratně poškozené psychiky. Mohou se objevit psychické nemoci, které byly skryty a užívání LSD či jiných halucinogenů vyvolalo jejich přítomnost. Co se týče závislostí, nebylo prokázáno, že by na halucinogenech vznikala fyzická závislost. Psychická se může objevit spíše výjimečně, zaznamenána ovšem již byla. (Zábranský et al, 1997, s. 10 – 13)

2.4 Změny účinku při stálém podávání

Při opakované aplikaci drogy dochází běžně ke změně účinků. Stav, ke kterému při předchozích aplikacích zcela běžně docházelo, najednou nepřichází. Důvodem je možné nastání stavu, který ony známé účinky bojkotuje. Tělo uživatele následně může žádat zvýšení dávky nebo zkrácení intervalu mezi užitím jednotlivých dávek.

Kumulace, neboli hromadění léčiva, které se do organismu dostává ve stále dalších dávkách ještě dříve, než předchozí dávky přestanou účinkovat, vede k velmi silnému zesílení účinků jak terapeutických, tak těch nechtěných. Tolerance je vysvětlována jako určitá odolnost, při které se reakce organismu na drogu snižuje. Nastává po delším časovém úseku, po který byl organismus na drogu zvyklý. Uživatel je poté nucen stále zvyšovat dávku, aby si způsoboval stejný stav, na který byl dříve zvyklý. Není výjimkou vytvoření tolerance na látky sobě příbuzné, nebo chemicky podobné. Uživatel pak hledá drogu zcela odlišného složení. Tolerance je vysvětlována možným pozvolným vyčerpáním endogenních mediátorů nebo kvantitativní či kvalitativní změny na receptorech. Pokud dojde k tachyfy-

laxi, znamená to, že vnímavost organismu vůči droze je snižuje již po několika dávkách. Rozdíl mezi tachyfylaxí a tolerancí je hlavně v tom, že u první zmíněné dochází na rozdíl od tolerance k velmi rychlému snižování reaktivity. Mechanismy jejich vzniku však mohou být velmi podobné. (Prokeš et al, 2005, s. 29)

Závislost na lécích neboli toxikomanie znamená chorobné lpění po užívání centrálně účinných euforizujících látek a bažení po nich. Při závislosti na lécích jsou rozlišovány tři různorodé jevy, týkající se samotné závislosti:

1. psychická závislost, jinak také silná touha a bažení po dalším užití látky
2. tolerance, při které dochází ke snižování účinků látky na organismus jedince
3. somatická závislost, při které vznikají abstinenční příznaky při přestávce v užívání

Různé látky naplňují při svém působení tyto jevy s různou intenzitou, u některých se nevy-skytují. Všeobecně platí, že u každé drogy se tyto jevy různí a žádná fakta nelze s celkovou platností aplikovat na všechny známé drogy. (Prokeš et al, 2005, s. 30)

3 PREVENCE VZNIKU ZÁVISLOSTI

Správná prevence by měla porozumět pocitům daného jedince, pochopit jeho situaci a okolnosti jeho jednání. Neméně důležitá je rozhodnost, která nepřipouští smlouvání či ústupek, byť jen zaváháním. Jakýmkoliv úkrokem je narušena hranice, která by měla zůstat pevná a pro jedince, na kterého je prevence aplikována, nezlomná. Osoby, které prevenci poskytují, musí umět podpořit, pomoci najít cestu, kterou se vydat, za kterým z cílů a jakým směrem jít. Hlavně díky tomu si získají důvěru jedince, která je klíčem ke správné účinnosti prevence. Sebekritika je další z hlavních zásad, které by měla osoba, jež je poskytovatelem prevence, mít. Umět zhodnotit, nakolik vlastní selhání může ovlivnit chování jedince, je klíčovou kompetencí, která by neměla být podceňována. (Zábranský et al, 1997, s. 93)

Školní šetření mohou podceňovat chování mladých lidí související s užíváním drog, protože do nich nemusí být zapojeni žáci či studenti, jejichž míra užívání drogy by mohla být daleko větší, než u jejich vrstevníků. Právě proto je důležité realizovat stále další výzkumy, které budou pravidelně mapovat aktuální situaci a plánovat prevenci. Výzkumy již dlouhou dobu jasně ukazují, že prevence má smysl a je nutné s ní začít co nejdříve. Čím mladší je věk jedince, ve kterém s drogou začne, tím větší je pravděpodobnost pozdějšího výskytu závažných zdravotních problémů v porovnání s vrstevníky, kteří byli ve stejně mladém věku abstinenty. Podobná souvislost existuje také mezi potížemi s drogami a školním prospěchem, záškoláctvím a prvními delikty v trestné činnosti. (Pearson, 1996, monografie Prevence užívání drog mezi mladými lidmi)

Preventivní programy pro širokou společnost již přinesly pozitivní výsledky. V USA i v Anglii znatelně klesl počet kuřáků, následkem této skutečnosti také počet zhoubných nádorů plic. V sedmdesátých letech minulého století se věřilo, že se postupem času podaří vyvinout určité látky, které by měly stejné účinky jako drogy, mohly by je nahradit, ale byly by neškodné pro psychické a fyzické zdraví člověka. V dnešní době je již zřejmé, že to není v silách člověka a droga, která by se dala nazvat bezpečnou, neexistuje. Je proto namísto se preventivně chránit a drog se vědomě vzdát. (Riesel, 1999, s. 45)

Preventivní programy se stávají účinnějšími, pokud využívají více různých strategií. Strategie prevence, tedy různé druhy, odkud prevence může pocházet, vyžadují systematické a dlouhodobé působení na jedince. Je to například škola, rodina, státní správa a policie, zájmové organizace nebo také připravení vrstevníci žijící zdravě. (Nešpor, 1999, s. 91)

Otázkou je, jak přesně by měly vypadat efektivní preventivní programy. V první řadě by měly odpovídat věku jedince a zahrnovat velkou část jedinců, měl by být aplikovatelný na podstatnou část. Efektivní program má být malý a interaktivní, měl by zahrnovat získávání důležitých sociálních dovedností a také dovedností potřebných pro jedincův život. Bere v úvahu místní specifika, využívá pozitivní modely, zahrnuje také legální i nelegální návykové látky a je soustavný a dlouhodobý. Program by měl být prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně, působit komplexně a využívat vícero strategií. Počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je dále zvládat. Pro děti se zvýšeným rizikem poskytuje pomoc cíleně, ale s ohledem na jejich individuální potřeby. Zahrnuje snižování dostupnosti návykových rizik a spolupracuje jak s dalšími organizacemi, tak s rodiči dětí. V programu jsou využívány také techniky relaxační a techniky zvládání stresu. Neméně důležitá je včasná pomoc pro problémy s návykovými látkami a také nabídka efektivních strategií za přijatelnou cenu. Efektivní program samozřejmě pokračuje dlouhodobě, i díky tomu je účinný. (Nešpor, 1999, s. 91 – 92)

3.1 Typy prevence

Rámcová klasifikace prevence, se kterou přišel ústav pro lékařství americké akademie věd, se dělí na tři kategorie, a to všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tím je nahrazována tradiční kategorizace na primární, sekundární a terciální prevenci a poměřuje rizika rozvoje užívání drog v určité populaci. Všechny kategorie popisují cílovou skupinu, které má jednotlivá intervence přinést maximální prospěch. Všeobecná prevence se aplikuje na celou populaci, konkrétněji například na obyvatele dané země, místní komunitu, školu nebo určitou čtvrt' města. Má hlavní cíl, a to působit na mladé lidi takovým způsobem, aby nezačínali s užíváním nelegálních návykových látek. V praxi je to například školní prevence, která je součástí daných učebních osnov. (Mrazek a Haggerty, 1994, s. 14)

Všeobecná prevence má charakter nejkomplexnější prevence. Je důležité pokračovat v cestě intenzivní prevence a brzdit expanzi zneužívání drog, jinak nebude represe účinná. Existuje zde nebezpečí paralelní existence dvojího světa, což znamená prvního absolutně bez drog a druhého, který by stvořil drogovou filozofii života. Nebezpečí dvojího života by nebylo aktuální, pokud by drogy nebyly dostupné takovou měrou jako dnes a tím pádem by ani poptávka nebyla tak velká. (Riesel, 1999, s. 46)

Selektivní prevence je cíleně zaměřována na určité skupiny populace, a to zejména na skupiny se zvýšeným rizikem rozvoje užívání drog. To je dáno zejména existencí biologic-

kých, psychologických, sociálních a environmentálních faktorů. Mimoškolní program pro děti, které mají problémy s chováním je významným příkladem selektivní prevence. Indikovaná prevence spočívá v zaměření na jedince, u kterých je možné riziko rozvoje užívání drog, avšak nesplňují kritéria pro závislost. Programy indikované prevence nabízejí možnost vyhodnocování míry rizika u jednotlivců. Zde je příkladem zejména intervence, která je určená ke snižování konzumace konopných drog a je zaměřena na neproblémové uživatele. (Mrazek a Haggerty, 1994, s. 15)

Všechny tři typy prevence mají stejně jako plusy i minusy, které spočívají zejména v nákladnosti všeobecných preventivních programů na rozdíl od selektivních či indikovaných. Zájem všeobecných programů se totiž soustředí celkově na populaci. Je zde také možnost rizika nálepkování participantů či stigmatizace, a to zejména kvůli zaměření selektivní a indikované prevence na mládež vykazující faktory spojené s užíváním drog, což může způsobovat další s tím spojené problémy. (Kaplow et al., 2002, s. 15)

3.2 Preventivní přístupy ve školách

V rámci protidrogové prevence se ve školství uplatňuje hned několik intervencí vycházejících z různých teorií, modelů a přístupů. Poskytováním zdravotnických informací se osvětové přístupy snaží nalézt vhodnou prevenci užívání drog. Je dokázáno, že pravděpodobnost pocítění negativních účinků u pravidelných uživatelů drog je podstatně menší. Cílem afektivního vzdělávání je využívání afektivního rozvoje pro uskutečnění prevence užívání drog, kde patří například posilování sebepoznání a sebezpřijetí pomocí aktivit, které jsou zaměřeny na vyjasňování hodnot a odpovědném rozhodování. Příčina nedostatečné efektivity přístupů založených na poskytování informací je zejména v tom, že jsou zaměřeny více na intuici než na teorii a znalostech. Hlavním cílem normativního vzdělávání je zbořit mylné představy většiny dospívajících a dospělých jakožto uživatelů drog. Důvodem je hlavně špatné vysvětlení modelů sociálního vlivu, které říkají, že nereální normativní očekávání mohou jedince k užívání drog dovést. (Botvin, 2000, s. 16)

Preventivní strategie, které jsou praktikovány ve školách, se dělí do dvou skupin. Tyto dva typy prevence se ovšem nepřebíjí, ale naopak posilují a doplňují. První typ preventivní strategie se orientuje na snižování dostupnosti návykových látek, ten druhý potom na snižování poptávky po návykových látkách. Účinnost strategií prevence škod působených návykovými látkami je různá. Jako naprosto neúčinné se již dávno ukázaly strategie jako zastrasování, citové apelace na jedince nebo prosté sdělování informací týkajících se drog

a drogové závislosti. Prokazatelně účinné je naopak nabízení žákům a studentům lepší možnosti než návykové látky či alkohol. Jako smysluplné se ukázaly i peer programy, které moderují připravení vrstevníci a žáci si tak obsah sdělení a programu zapamatují spíše, než od připraveného a leckdy o generaci staršího přednášejícího. Starší studenti považují za účinnou prevenci spočívající ve spolupráci rozličných složek, založenou na společnosti. Za poněkud razantnější, ovšem také účinné řešení v oblasti prevence lze brát snižování dostupnosti návykových látek, většinou v rámci státní kampaně. Posledním bodem, kde již prevence končí, je možnost léčby nebo mírnění následků způsobených drogou. (Nešpor, 1997, s. 93)

Škola většinou není místo, kde by vznikaly problémy s návykovými látkami, mnohem rizikovější jsou diskotéky. Problém, který však droga později začne působit, se projevuje nejdříve ve škole hlavně zhoršením prospěchu jedince, neomluvenou absencí nebo zhoršeným chováním a disciplínou. Časněji, než se problémy s drogami dostanou do školního prostředí, jsou většinou drogy jedincem užívány v době volna či víkendů.

Prevenci může škola poskytnout kvalitní a hlavně účinnou, zejména pokud aktivně spolupracuje s rodiči žáků a studentů. Prevence je prospěšná, pokud škola pohotově oznamuje rodičům větší výkyvy v prospěchu, změny v chování nebo jiné nápadné projevy možného užívání návykových látek. Škola může být užitečná také tím, že nabídne a zprostředkuje žákovi či rodičům adekvátní formu možné pomoci. Podle množství výzkumů prováděných v minulosti nemají přednášky nebo jednorázové preventivní akce vyloženě pozitivní účinek. Pro běžné děti a dospívající se středním rizikem je nutná aktivní účast vrstevníků, kteří se preventivního peer programu účastní dobrovolně a z vlastní iniciativy. Naopak pro jedince se zvýšeným rizikem, tedy například s poruchami chování, je důležité, aby byl program cílen na druh pomoc, který potřebují. Individuální přístup je na prvním místě. Pokud se jedinec může dobře ztotožnit s tím, kdo na něj v rámci preventivních programů působí, cíle, tedy zamezení kontaktu jedince s alkoholem, lze dosáhnout lépe a s větší účinností. Dospělý, který žáky a studenty ohledně drogové problematiky edukuje, se nachází v jiné životné situaci, proto se nehodí pro napodobování v každodenním životě tak, jako třeba spolužák či kamarád. (Nešpor, 1997, s. 94)

3.3 Mimoškolní preventivní programy

I přesto, že existují školní programy, které jsou nejpřísněji hodnoceny, množství preventivních programů se koná mimoškolně. Je však známo, že programy selektivní nebo indi-

kované intervence konající se na bázi mimoškolní, jsou mnohem kratší a metodicky hůře zvládnuté, než právě programy školního charakteru. Tyto intervence jsou ovšem součástí všeobecně preventivních programů. (McGrath, 2006, s. 17)

Jako velice užitečná se jeví spolupráce rodičů z různých rodin sobě navzájem. Dozívají se o problémech v ostatních rodinách, způsobech řešení, ale také o problémových situacích v okolí mimo skupinu. O většině problémů, které se odehrávají v bezprostředním okolí dítěte, rodiče nebývají svým potomkem informováni. Zákonný zástupce je tak může spojit své síly s ostatními rodiči a následně účinněji vyjednávat se školou či místním úřadem nejen o prevenci. Příkladem mohou jednat třeba o blízkosti herny v okolí školy nebo aktivně prosazovat zákaz prodeje alkoholu mladistvým. V dnešní době existuje řada rodičovských organizací. Jednou z nich je DADDY, kde se angažují otcové proti zneužívání nebezpečných drog u mládeže či také Safe Homes, neboli bezpečné domovy. Profesionální pomoc je nezbytná a plní účel, avšak odborníků je velmi málo a nemohou nahradit rodičovskou aktivitu v oblasti prevence. (Nešpor, 1997, s. 26)

3.4 Primární, sekundární a terciální prevence

Na prevenci se lze dívat jako na soubor intervencí, jejichž cílem je snížit, nebo úplně zamezit rozvoji a šíření rizikového chování. Nejrychlejší vývoj měla prevence užívání návykových látek, která se stala určitým hybatelem. (Miovský et al., 2012)

Obecně členíme prevenci na primární, sekundární a terciální. Primární prevence je výchova ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji psychosociálních dovedností a pozitivního sociálního chování, ale také výchova ke zvládnání zátěžových situací. Hlavní podstatou primární prevence je předcházet rizikovému chování u těch osob, kde se ještě neobjevilo. Je to například prevence užívání návykových látek tam, kde ještě nedošlo ke kontaktu s drogou. Snahou je také zamezit u co nejvyššího počtu osob tomu, aby se u nich projevy rizikového chování vůbec objevily. Pravdou ovšem je, že ne vždy a ne u všech osob se podaří rozvoji rizikového chování zamezit. Právě proto definujeme také další tři úrovně obecných cílů specifické primární prevence:

- Oddálit iniciaci a rozvoj projevů rizikového chování co možná nejdéle a rizika spojená s tímto chováním minimalizovat.
- Působit a motivovat jedince tak, aby upustil od rizikového chování a podporovat je k návratu ke zdravému životnímu stylu, který není spojen s rizikovým chováním

- Zajistit ochranu adekvátními prostředky před dopady rizikového chování a motivovat jedince k využití pomoci v poradenské a léčebné oblasti. (Černý, 2010)

U sekundární prevence je jedná především o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u takových osob, které mnohou být rizikovým chování s velkou pravděpodobností ohroženi. Je to například předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které drogu již užily, nebo stále užívají. Úkolem terciální prevence je předcházet zdravotním nebo sociálním potížím, které mají za důsledek rizikové chování. Zde mluvíme například o předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v rámci užívání drog. (Nevoralová, 2011)

4 LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Důsledky závislosti na drogách se netýkají jen závislých, kteří vyhledají léčbu. Až 200 miliard dolarů ročně stojí náklady spojené s léčbou drogové závislosti. Částka je čerpána jak přímo pro pacienty, tak i pro rodiny léčených, což nabývá naprosto jiného významu v rámci poskytování péče těmto osobám. Až do poloviny 70. let byla léčba drogových závislostí spíše uniformního rázu. Léčba počínala hospitalizací, pacient prošel 28 denní detoxifikací a následně obdržel psychoedukativní informace ohledně drog a alkoholu. Nakonec se seznámili se skupinami založenými na svépomoci a modelu dvanácti kroků. Při snaze o abstinenci byli podporováni poradenstvím, které jim měla dodat sílu v krizové chvíli nebo je navést, kam se dále ubírat. (Rotgers, 1999, s. 9)

Další dva doporučované postupy byly ve formě dlouhodobých programů v rámci terapeutické komunity a metadonového substitučního programu. Společně s prvním programem dvanácti kroků byly tyto tři druhy využívány nejčastěji a dá se říci, že výlučně. Programy se od sebe nijak zásadně nelišily, nezaměřovaly se na individualitu pacientů a filozofie, kterou zastávaly, byla v podstatě stejná. V dnešní době prochází program léčby osob drogově závislých proměnou. Existuje zde ale paradox, který pramení ze dvou závěrů pozorování klinických a vědeckých pracovníků. Ačkoliv tradiční model léčby účinně pomáhá množství pacientů, pro spoustu dalších má tento typ léčby jen krátkodobý přínos. I přes mnoho aspektů se 30 – 40% léčených pacientů k drogám opět vrací. I když snaha udržet klienty, kteří mají hospitalizaci za sebou, v dlouhodobém kontaktu s terapeutem je stále silnější, efektivitu rozhodně nepotvrzuje vysoké procento relapsů. I když lze doložit užitečnost léčebných programů, zapříčiňují tyto výsledky váhavost při financování. Údaje získané v soukromém léčebném programu prokazují, že se zkrátila průměrná délka hospitalizace drogově závislého pacienta z devatenácti dnů na pouhých jedenáct, což je skoro padesáti procentní zkrácení doby hospitalizace za pouhý jeden rok. (Rotgers, 1999, s. 10)

Mimo substituční léčbu či substitučních programů je léčebný proces vždy směřován k úplné abstinenci pacienta. Léčbou však nazýváme i léčebné programy mimo zdravotnictví. Při léčbě se dnes nejvíce využívají metody farmakoterapie, poradenství, sociální práce, ale v nemalé míře také psychoterapie individuální či skupinová. Samotná léčba se dle typu rozděluje na ambulantní a rezidenční, dle délky léčení na krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá. Po léčebném programu by měla přijít následná péče a doléčování, které klientovi

po ukončení pomůže dostat se zpět do života a každodenního procesu, také ale výrazně zvyšuje efektivitu léčby. (Drogová poradna, 2014)

4.1 Modely onemocnění

Odpůrci, ale i obhájci biologických faktorů se zastávali či zatracovali pojetí závislosti jako onemocnění. Nakonec však spory na obou stranách charakterizovalo málo definic, ne příliš dobře podaná generalizace a absence biologického výzkumu. Jen málokomu došlo, že by bylo užitečnější zaměřit se na vyhledávání daného modelu, jež popisuje tento fenomén závislosti přesněji. V odpovědi na otázku, v jakém smyslu lze drogové závislosti považovat za onemocnění, se objeví především množství zdravotních následků užívání návykových látek. Jestli věříme či nevěříme biologickým etiologickým faktorům, není pro praktickou léčbu podstatné. Poruchy jako následky předávkování, onemocnění jater nebo onemocnění slinivky břišní musíme medicínsky ošetřit, ať je náš názor na původ onemocnění jakýkoliv. Úkolem zodpovědného terapeuta je zabránit pacientovi v každém dalším pokusu užít drogu. Tento model onemocnění nazýváme modelem zdravotních následků. (Rotgers, 1999, s. 18)

Komplikovanější než model zdravotních následků je model biopsychosociospirituálních následků, který je multidimenzionální a právě proto také daleko obsažnější než model uvedený dříve. Důraz klade hlavně na interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů, podle nichž jsou nazvány také dimenze modelu. Biologická dimenze staví na tvrzení, že je mozek mořem chemikálií. Drogy se dostávají do chemického prostředí mozku, v němž provádí změny doprovázející negativní i pozitivní funkce především kognitivní, ale také změny afektů a chování. Popsané změny v struktuře mozku vedou k určitému bludnému kruhu, jež motivuje k dalšímu vyhledání drogy. (Rotgers, 1999, s. 19 – 20)

Dimenze psychologická spočívá ve výrazných poruchách nálad a emocí jedince. Nízké sebehodnocení, zlost, grandiozita a zášť zahrnují negativní důsledky drogové závislosti. Další dopady na psychickou stránku jedince mohou být výrazná lítost a přecitlivělost, nedostatek sebevědomí nebo nízká frustrační tolerance. Ne u všech osob s drogovou závislostí jsou popsány tyto důsledky, faktem ale je, že se u nich objevují s velkou četností. Nadužívání drog většinou doprovázejí události ústící v psychologické problémy. Negativní pocity, které jsou s nimi spojené, vyvolávají další chování, které vede k vyhledání a užití drogy. Osobní obtíže tak dále narůstají. (Rotgers, 1999, s. 20)

Osoby s drogovou závislostí se potýkají také s problémy sociálními. Nejdříve se objevují obtíže ve vztazích s blízkými osobami, které běžně posilují zdravý vývoj. Manželství osob s drogovou závislostí trpí strachem, zklamáním, pocity beznaděje a bezmoci. Intenzivní emocionální stres ústí v další užití drogy, která problémy způsobila a u které hledají postižení útěchu. Partneři osob s drogovou závislostí mají obvykle potřebu kontrolovat nekontrolovatelné. Děti mohou trpět řadou sociálních a citových problémů, ale také problémů ve škole, delikvencí, nedostatkem sebevědomí a v neposlední řadě také problémy s drogami či nadužíváním alkoholu. Lidé se závislostí mívají také problémy v oblasti pracovní, finanční problémy a problémy se zákonem. I přesto, že se objevují případy osob, kterým se i přes silnou závislost podařilo svůj život změnit bez léčby či intervence, většina osob s drogovou závislostí problém bez pomoci vyřešit nedokáže. (Svršek, 2010)

Spiritualita je poslední dimenzí, poznamenává poznatky osoby se závislostí o sobě samém, přivádí postiženého k pochybnostem o vlastní osobě, o osobních cílech a způsobech jejich dosažení. Vnitřní prázdnotu drogově závislých nedokáže naplnit nic takovým způsobem, jako drogy. (Rotgers, 1999, s. 22)

4.2 Teoretická východiska léčby drogové závislosti

Klient musí nejdříve přijmout fakt, že je vůči droze bezmocný, teprve poté lze očekávat pokrok. Je nutné přiznat, že se jeho užívání vymklo kontrole. Za jedince bezmocné vůči droze můžeme pokládat takové osoby, které nejsou schopny predikovat a kontrolovat, v jakém množství a za jaké situace drogu užívají. Většina osob s drogovou závislostí uznává teorii všechno nebo nic. Znamená to, že je ztráta kontroly úplná a pokud tedy nedokážou kontrolovat svou závislost, nedokáží kontrolovat ani svůj život. Jako onemocnění lze nazvat schopnost ztráty kontroly, které již nemůžeme ovlivnit osobním rozhodnutím, morálním přesvědčením ani vůlí. (Rotgers, 1999, s. 24)

Dvanáct kroků organizace anonymní alkoholici, které lze použít také při léčbě drogové závislosti:

1. Přiznali jsme bezmocnost vůči alkoholu (drogám, hazardní hře) - naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nám vrátí duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.

5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to okolnosti dovolí, s výjimkou situací, kdy by to jiným lidem uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním závislým a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.“ (Anonymní alkoholici, 2010)

Vlastní bezmoc může klient připustit teprve poté, co dosáhne dalších změn v kognitivním systému. Využívání obranných mechanismů je osobám s drogovou závislostí vlastní, protože je chrání před nazřením ničivých důsledků užívání drog. Kvůli zlehčování může osoba se závislostí jen stěží vidět svůj stav objektivně a udělat krok ke změně. Velmi efektivní je identifikace klienta s problémy dalších osob se závislostí, která napomáhá zmírnění pocitů viny a studu. Je důležité dodat, že všechny modely drogové závislosti kladou důraz na absolutní abstinenci jako klíč k dosažení a udržení zdraví osoby s drogovou závislostí. (Rotgers, 1999, s. 23 – 25)

4.3 Typy léčby

Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Při léčbě ambulantní dochází klient do zařízení, jež ambulantní způsob léčby umožňuje. Klient není vytržen ze společnosti, protože nedošlo k hospitalizaci. Je však nutné, aby měl jisté zázemí, které ho neohrožuje. Tak je podstatné, ale se byl sám schopen vyhýbat místům a situacím, jež mohou mít za důsledek další užití drogy. Pokud to klient dokáže, je právě pro něj ambulantní léčba vhodná. Sám se domluví v zařízení na frekvenci jeho docházení, léčba se však považuje za účinnou, jen pokud trvá tři měsíce a déle s frekvencí docházení do zařízení tři krát týdně.

V České republice fungují takzvané AT poradny, ambulantní psychiatrická zařízení pro pacienty s drogovou závislostí nebo také setkávání anonymních narkomanů. Další možností léčby ambulantní je denní stacionář, který se koná každý všední den a je nutná každodenní účast klienta. Konají se zde skupinové terapie, individuální pohovory s terapeuty a je zde také poskytováno poradenství ohledně sociálních a právních záležitostí, které klient řeší. Součástí může být také partnerská či rodinná terapie pro rodinné příslušníky klientů, kde jsou informováni o procesu léčby. (Možnosti a způsoby léčby narkomanů v ČR, 2010)

Rezidenční, jinak také ambulantní léčba vyžaduje po klientovi úplnou abstinenci. V České republice tento typ léčby nabízejí tři zařízení, a to terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny. Před začátkem samotné terapie klient prochází lůžkovým detoxem trvajícím týden. Snaha léčby je především o změnu pohledu osoby se závislostí na svůj stav a život. Starosti o úklid, jídlo a provoz domu jsou ponechány čistě v jejich režii. Jedním z hlavních cílů lůžkového detoxu je připravit osobu se závislostí na normální život. Funkce komunity je určité zrcadlo, které odráží klientovo chování. Díky ostatním osobám v zařízení může klient vidět i svůj vlastní problém či situaci zvenku. Léčba trvá nejčastěji jeden rok, u mladistvých od patnácti do dvaceti pěti let pak až osm měsíců. Po odchodu klienta ze zařízení následuje doléčovací program, jehož úkolem je pomoci klientovi překonávat další problémy v běžném životě. (Preston, 2007)

Dalším možností je substituční léčba, která nespadá do žádného ze dvou předchozích typů léčby. Ta svou charakteristikou patří do postupů harm reduction neboli minimalizace zdravotních a sociálních rizik. Je to časově neomezená udržovací terapie, která tak odkládá splnění daného cíle trvalé abstinence na dobu, kdy bude moci pacient podstoupit klasickou léčbu. Funkcí substituční léčby je udržení a zlepšení pacientova somatického a psychického stavu. Laboratorní vyšetření provádějí odborníci ve specializovaných laboratořích, které odpovídají standardům dané společnosti. Substituční léčba se omezuje na poskytování substituční látky pod dozorem, ale bez další terapie či odborného poradenství. (Tkáč, 2015)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Téma bakalářské práce bylo nazváno Činitele ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol. V první, teoretické části práce jsme téma ukotvili v rámci obecných poznatků týkajících se dané problematiky takovým způsobem, aby poskytly dostatečný teoretický základ pro praktickou část bakalářské práce. Drogová problematika je velice rozsáhlá, takže pojmout téma komplexně a do hloubky je zcela nemožné. Proto jsme téma pojali obecně tak, abychom vymezili základy této problematiky a dostali tak funkční podklad pro výzkumné šetření.

Druhá, praktická část, pojednává o samotném kvantitativním výzkumu, nastiňuje konkrétní provedení a způsob výzkumu, řeší okolnosti výzkumu a jsou zde poskytovány také údaje získané vlastním dotazníkovým šetřením. Jako výzkumný soubor byli vybráni studenti vysokých škol. Zjišťujeme pohled studentů na činitele ovlivňující vznik drogové závislosti.

5.1 Výzkumný cíl

Hlavní výzkumný cíl:

Cílem výzkumu je zjistit, jaké činitele ovlivňující vznik drogové závislosti považují studenti vysokých škol za nejvíce ovlivňující vznik drogové závislosti. Zjišťujeme to jak u studentů, kteří drogu nikdy neužili, tak i u těch, kteří s ní mají osobní zkušenost.

Dílčí výzkumné cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaký typ jedince má větší sklon ke vzniku závislosti.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda prevence plní svou funkci.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda má prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, vliv na vznik závislosti.

Dílčí cíl 4: Zjistit, z jakého důvodu jedinec užije drogu podruhé.

Dílčí cíl 5: Zjistit, co nebo kdo utváří vztah jedince k droze.

Poznámka: Zjišťujeme pohled studentů vysokých škol na danou problematiku.

5.2 Hypotézy

Vzhledem k tomu, že jevy zkoumané ve výzkumném šetření nebyly porovnatelné, byla stanovena jediná hypotéza.

Ha alternativní hypotéza: Mezi přesvědčením lidí, kteří mají zkušenost s drogou a lidí, kteří drogu nikdy neužili, existuje v hodnocení efektivity prevence statisticky významný rozdíl.

H₀ nulová hypotéza: Mezi přesvědčením lidí, kteří mají zkušenost s drogou a lidí, kteří drogu nikdy neužili, neexistuje v hodnocení efektivity prevence statisticky významný rozdíl.

5.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké činitele považují studenti vysokých škol za nejvíce ovlivňující vznik drogové závislosti?

Hlavní výzkumná otázka nás dovede k objasnění výzkumného problému a má za úkol zjistit, kteří činitelé podle studentů vysokých škol jsou ti nejvíce ovlivňující vznik drogové závislosti.

Dílní výzkumné otázky:

Dílní otázka 1: Jaký typ jedince má větší sklon ke vzniku závislosti? (odpovídají otázky č. 18 – 28)

Dílní otázka 2: Plní prevence svou funkci? (odpovídají otázky č. 11, 18 – 20)

Dílní otázka 3: Má prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, vliv na vznik závislosti? (odpovídají otázky č. 12, 26, 35)

Dílní otázka 4: Z jakého důvodu jedinec užije drogu podruhé? (odpovídají otázky č. 14 – 17)

Dílní otázka 5: Co nebo kdo utváří vztah jedince k droze? (odpovídají otázky č. 8 – 11, 13 – 17)

(Ptáme se na pohled studentů vysokých škol)

5.4 Výzkumný problém

Dle výzkumného cíle byl stanoven výzkumný problém. Problémem je tedy pohled studentů vysokých škol na to, jací činitelé nejvýznamněji ovlivňují vznik závislosti

5.5 Metodika sběru dat a výzkumný soubor

Abychom získali jednoznačné informace, které mohou být kvalitním podkladem pro praktickou část bakalářské práce, byl zvolen kvantitativní výzkum, který nám pomůže získat informace o jevu, jež zkoumáme a který je založen na dotazníkovém šetření. Dotazník tvořily otázky, které jsme zpracovali jen pro účel dotazníku patřícího k tomuto výzkumu. Otázky jsou formulovány tak, aby zmapovaly názory studentů vysokých škol na danou problematiku obecnou formou a aby byly údaje použitelné i pro laickou veřejnost bez větších znalostí tematiky.

První část dotazníku tvoří dvě otevřené a pět uzavřených otázek, z toho jedna nepovinná. Druhá část dotazníku je tvořena 28 škálovými výroky, které zjišťují, nakolik studenti vysokých škol s daným výrokiem souhlasí nebo nesouhlasí.

Velkou výhodou kvantitativní metody sběru dat je vysoká efektivita, kdy lze získat za relativně krátký časový úsek hodně respondentů. Otázky formou dotazníku jsou položeny tak, aby jim respondent lehce porozuměl. Další nesporná výhoda kvantitativního šetření spočívá v anonymitě respondentů. Ti mohou tak odpovídat otevřeně bez obavy prozrazení vlastní totožnosti. Naopak hlavní nevýhodou je zejména nízká návratnost dotazníku a také určitá nejistota, zda dotazník vyplňoval přímo respondent, jehož skupině byl dotazník určen.

Výzkumný soubor je dostupný a byl vybrán náhodně. Dotazník byl k vyplnění na portálu Survio, kde jej mohli vyplňovat studenti vysokých škol, kterým byl také určen. Výzkumu se účastnilo 109 respondentů mezi dvaceti a dvaceti devítiletý věku. Z celkového počtu 109 dotazníků bylo pro neúplnost informací 11 dotazníků vyřazeno. Dotazník vyplnilo 88 žen a 10 mužů. Všichni respondenti jsou studenty vysokých škol.

Na začátku procesu tvorby samotné praktické části byla definována problematika výzkumu a stanoveny hlavní a dílčí výzkumné otázky a výzkumné cíle. Výzkum nám měl poskytnout odpovědi na vymezené výzkumné otázky. Následně byly sestaveny otázky do samotného dotazníku, které vycházely z hlavní a dílčích výzkumných otázek. Dotazník byl sestaven tak, aby ve výrokových škálách, které jsou hlavním typem otázek v dotazníku, byli zmíněni všichni známí činitelé, kteří dle veřejnosti mohou ovlivňovat vznik závislosti na droze. Samotný výzkum byl prováděn v časovém úseku od posledního týdne v měsíci březnu do prvního týdne v měsíci duben 2015.

5.5 Zpracování dat

Sto dotazníků bylo vyplněno elektronickou formou prostřednictvím odkazu na dotazník, tři dotazníky byly vyplněny klasickou písemnou formou. Jako další krok následovala sumarizace, třídění prvního stupně. Poté byly data procentuálně vyjádřeny a popsány metodou popisnou. K jednotlivým otázkám byly přidány škály s procentuálním vyjádřením a graf. Zvolili jsme popisnou metodu, kterou byly jednotlivé výsledky popsány.

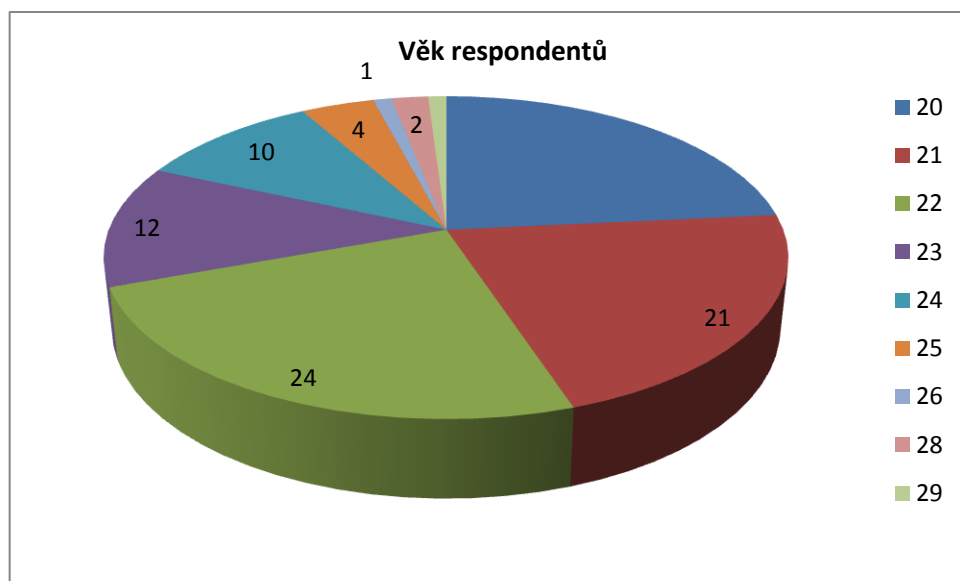
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky šetření a jejich interpretace

Jako první otázky hned v úvodu dotazníku byly zvoleny otázky týkající se sociodemografických údajů o respondentu. Škálové výroky v druhé části dotazníku byly záměrně uspořádány podle tematických skupin. Některé otázkyměly v dotazníkovém šetření úlohu potvrzovací. Tak jsme si ověřili, zda respondent daný výrok pochopil dobře a se svou odpovědí se ztotožňuje i nadále. Jako metoda, která nám poslouží k interpretaci výsledků výzkumného šetření, byla vybrána metoda popisná. Nejdříve procenta vyjádříme na škále a grafu a poté je slovně interpretujeme. V podkapitole zodpovíme výzkumné otázky a hypotézu, kterou jsme stanovili.

1. Dotazníková otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

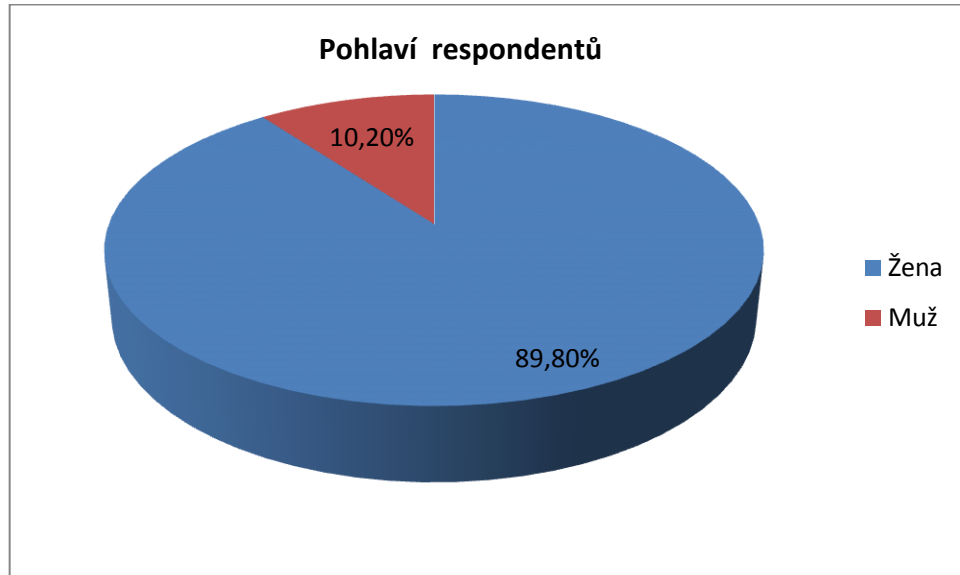
První otázka se dotazovala na věk respondentů, kteří byli ve věku 20 – 29 let, z toho nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 22 let, následovali je respondenti ve věku 20ti let.



Graf č. 1

2. Dotazníková otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

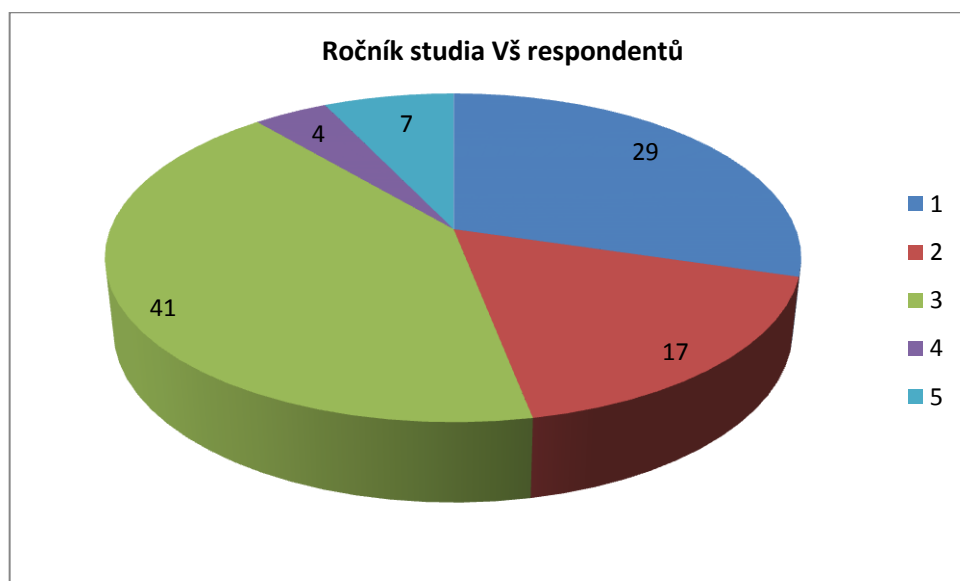
Druhá otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Nejpočetnější skupinou respondentů dle pohlaví byly ženy, odpovědělo jich 88 (89,8 %), respondentů mužského pohlaví odpovědělo 10 (10,2 %).



Graf č. 2

3. Dotazníková otázka č. 3: Kterým ročníkem studujete vysokou školu?

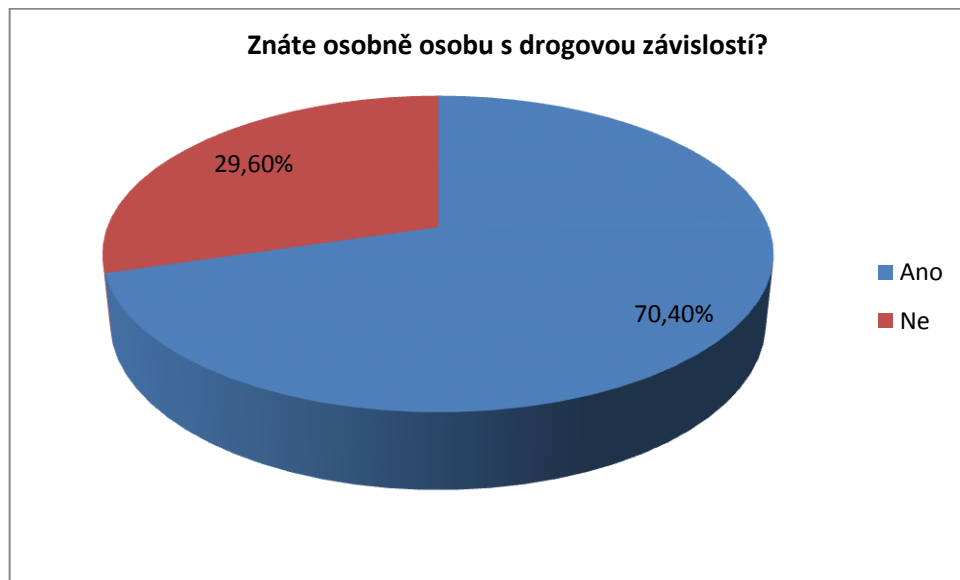
Třetí otázka se respondentů ptá na ročník studia, který právě studují. Největší počet respondentů (41) studuje vysokou školu třetím rokem, druhý nejvyšší počet (29) čítají studenti z prvního ročníku vysoké školy.



Graf č. 3

4. Dotazníková otázka č. 4: Znáte osobně osobu s drogovou závislostí?

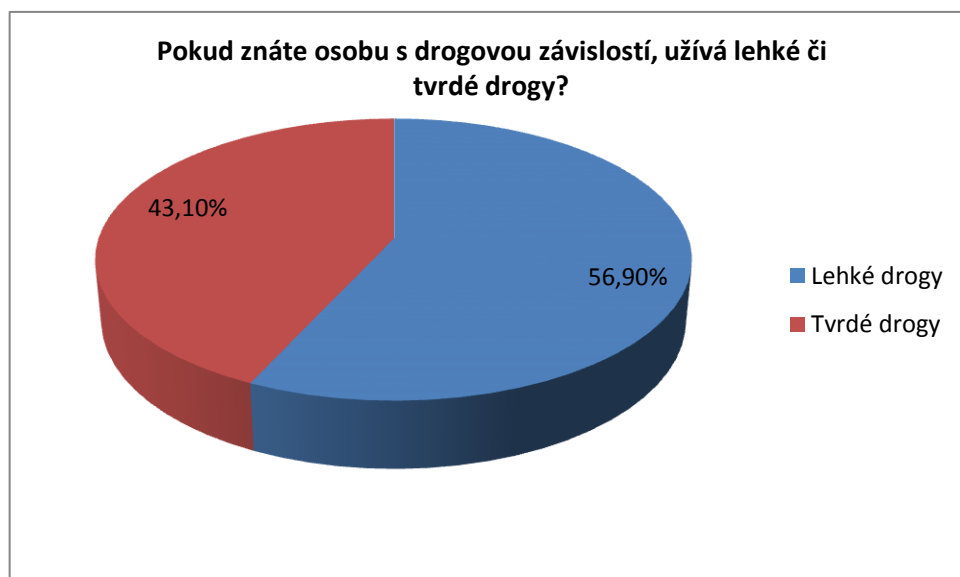
Na otázku, zda respondenti osobně poznali osobu s drogovou závislostí, odpovědělo kladně 70,4 % respondentů, 29,6 % naopak osobně nezná osobu s drogovou závislostí. Většina pozitivních odpovědí se vzhledem ke statistice dala očekávat. Lze předpokládat, že kladně odpovídající respondenti znají osobu s drogovou závislostí ze své vrstevnické skupiny.



Graf č. 4

5. Dotazníková otázka č. 5: Pokud ano, užívá tvrdé či lehké drogy?

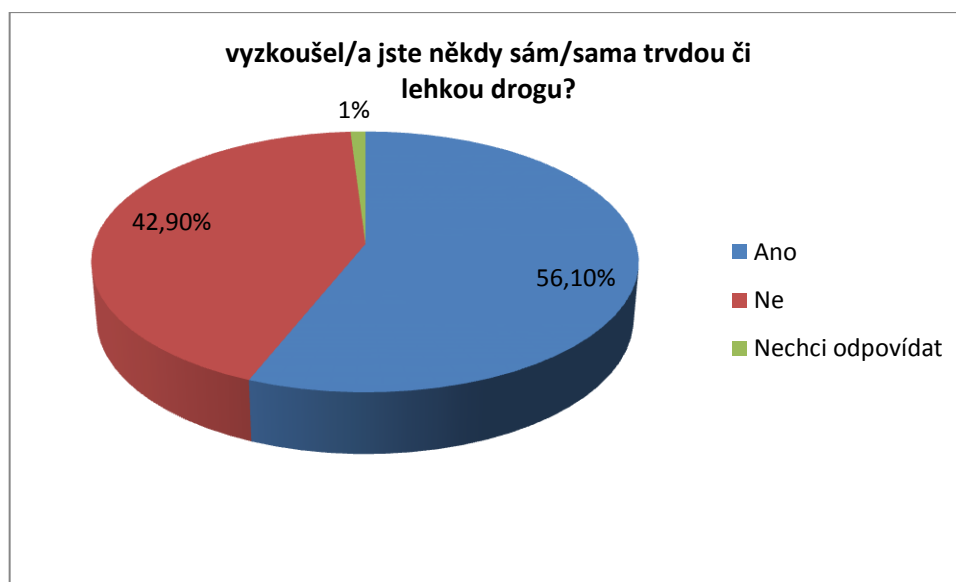
Otázka číslo 5 je pokračováním na předchozí otázku číslo 4. 56,9 % respondentů uvedli, že osoba, kterou znají, užívá lehké drogy, 43,1 % znají osobně jedince užívajícího tvrdé drogy. Procento představující uživatele tvrdých drog je poměrně vysoké. Je však nutné podotknout, že 26 respondentů využilo možnosti na otázku neodpovědět a nelze odhadovat, kolik z respondentů nechtělo odpovědět a kolik na předchozí otázku odpovědělo záporně.



Graf č. 5

6. Dotazníková otázka č. 6: Vyzkoušel/a jste někdy sám/sama lehkou či tvrdou drogu?

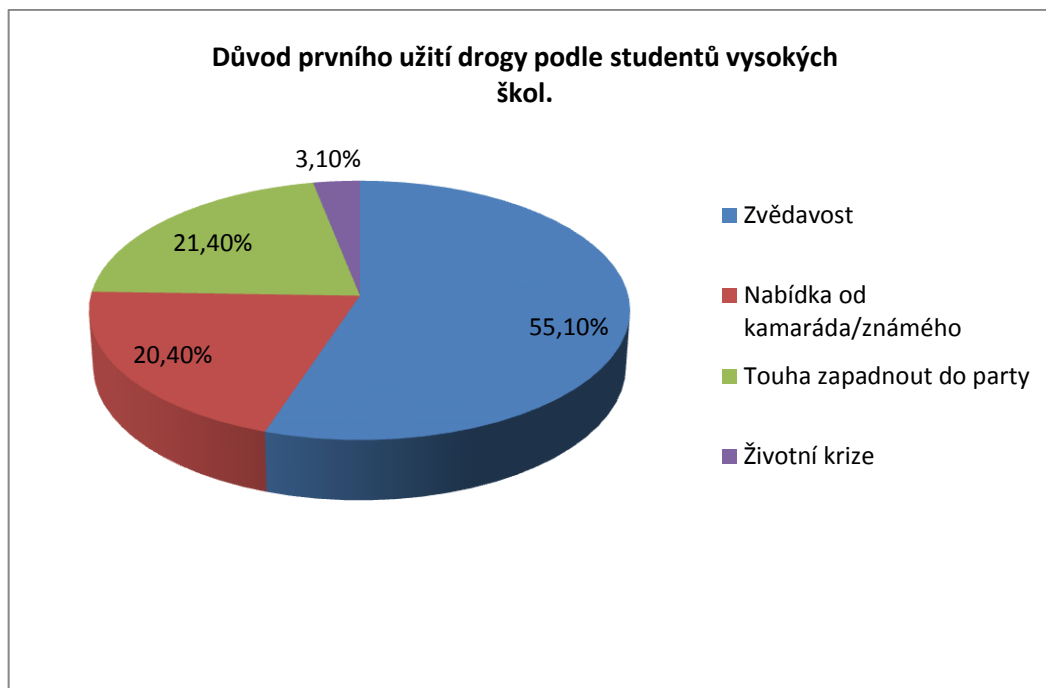
Na otázku, zda respondenti někdy sami vyzkoušeli drogu, odpovědělo kladně 56,1 % studentů vysokých škol, 42,9 % odpovědělo záporně a 1% respondentů využili možnost na otázku neodpovědět.



Graf č. 6

7. Dotazníková otázka č. 7: Jaký je podle vás (podle dotázaných studentů vysokých škol) hlavní důvod, proč jedinec poprvé užije drogu?

Studenti měli vybrat jednu ze čtyř nejčastějších důvodů, proč jedinec poprvé užije drogu. Naprostá většina respondentů se přiklonila k variantě, že za prvním užitím drogy stojí zvědavost jedince (55,1 %), jako druhý nejčastější důvod respondenti označili touhu zapadnout do party. Následovala možnost nabídky od známého či kamaráda (20,4 %) a jako poslední nejméně častý důvod respondenti označili prožívání životní krize (3,1 %).

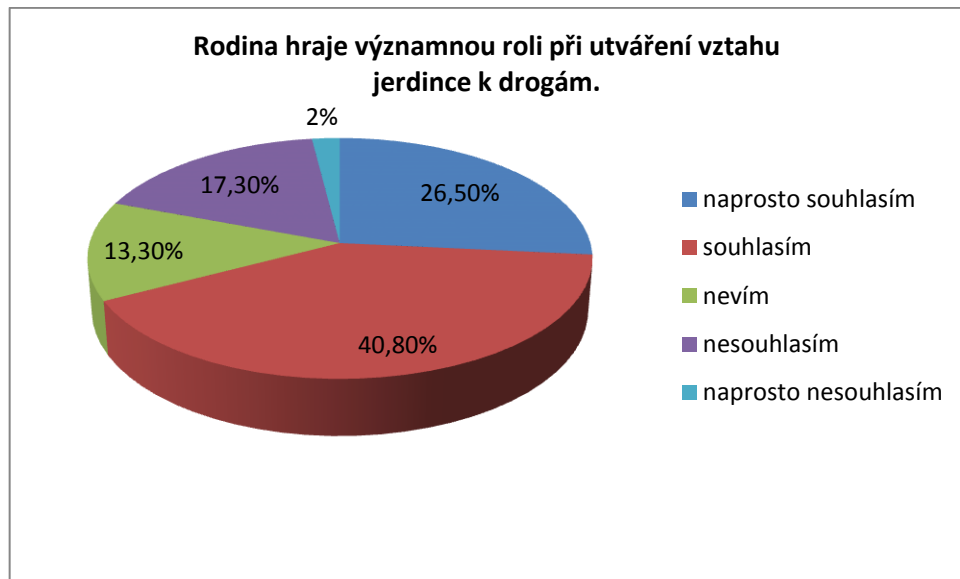


Graf č. 7

Škálové výroky:

8. Dotazníkové tvrzení č. 8: Rodina hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

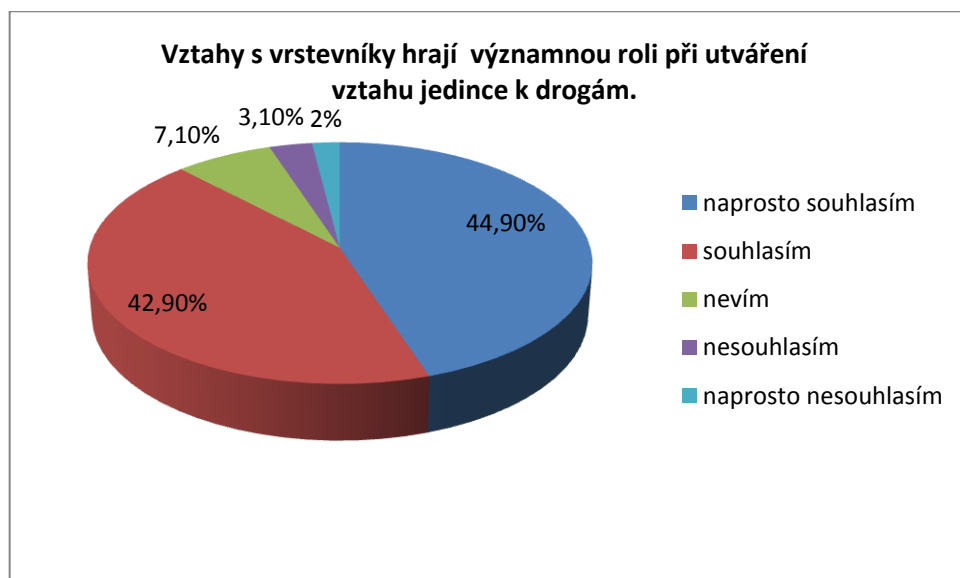
S tvrzením, zda hraje rodina významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám, naprosto souhlasilo 26,5 % respondentů, souhlasilo 40,8 % respondentů, neutrálně se k výroku stavělo 13,3 % dotázaných studentů vysokých škol. Nesouhlasilo naopak 17,3 % a pouhé 2 % respondentů s tvrzením naprosto nesouhlasili.



Graf č. 8

9. Dotazníkové tvrzení č. 9: Vztahy s vrstevníky hrají významnou roli při utváření vztahu jedince k droze.

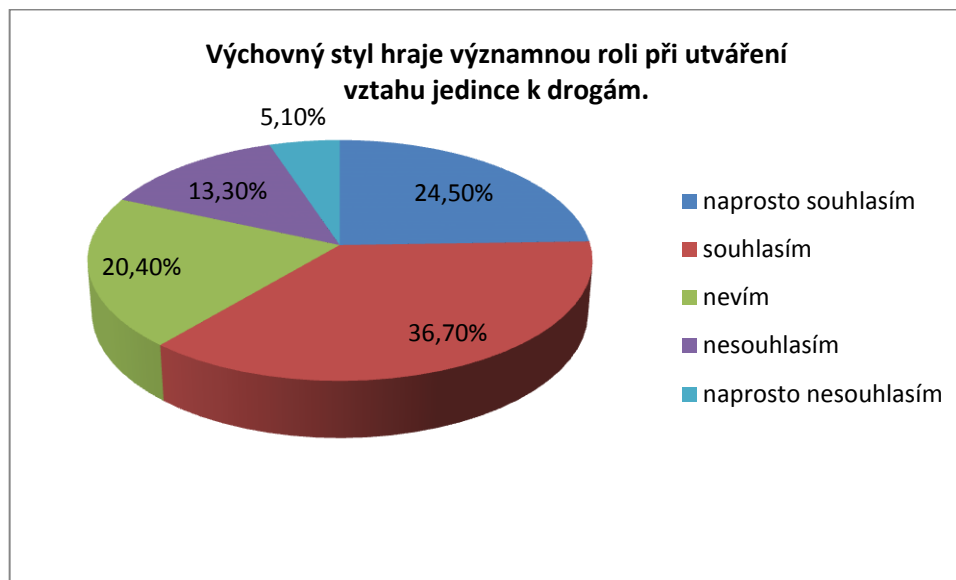
Nejvíce respondentů naprosto souhlasilo s tvrzením, že vztahy s vrstevníky hrají významnou roli při utváření vztahu jedince k droze (44,9 %). Souhlasilo 42,9 %, neutrálně se ke tvrzení stavělo 7,1 % dotázaných studentů vysokých škol. V naprosté menšině byli respondenti, kteří s tvrzením nesouhlasili 3,1 %, naprosto pak nesouhlasilo pouhé 2 % respondentů.



Graf č. 9

10. Dotazníkové tvrzení č. 10: Výchovný styl hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k droze.

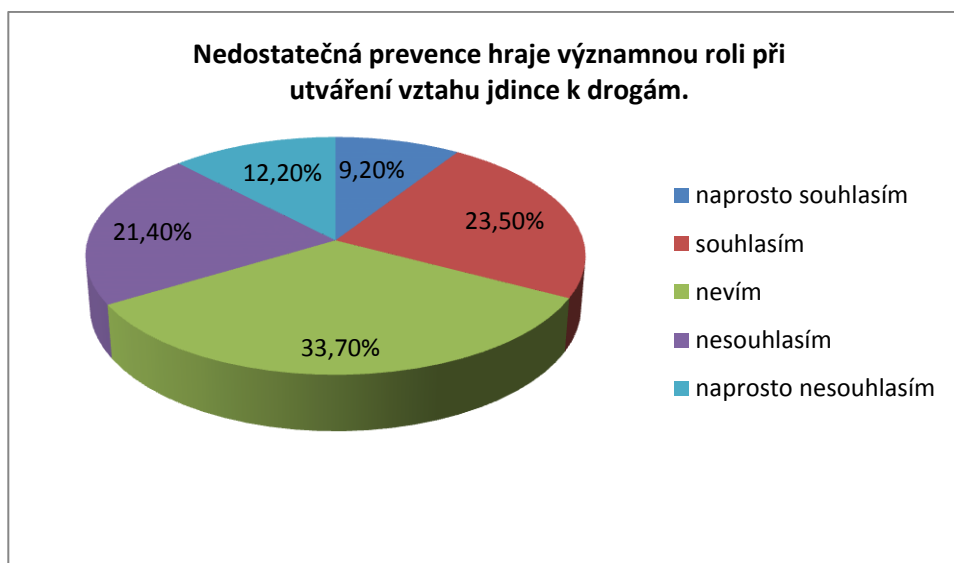
S tvrzením, zda hraje výchovný styl významnou roli při utváření vztahu jedince k droze naprosto souhlasilo 24,5 % respondentů, souhlasilo 36,7 % respondentů a neutrálně se k výroku stavělo 20,4 % dotázaných studentů vysokých škol.



Graf č. 10

11. Dotazníkové tvrzení č. 11: Nedostatečná prevence hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

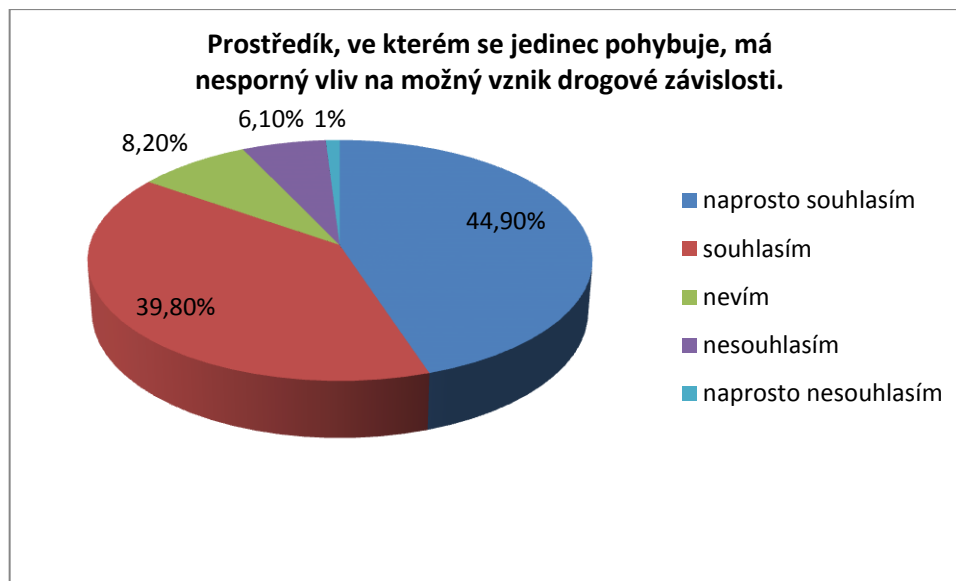
Největší část respondentů (33,7 %) se ztotožňovala s odpovědí nevím na tvrzení, zda hraje nedostatečná prevence významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám. Druhá nejčetnější odpověď byla souhlasím (23,5 %). Následovala odpověď nesouhlasím (21,4 %), čtvrtá nejčetnější skupina odpověděla naprosto nesouhlasím (12,2 %) a nejmenší počet respondentů označil odpověď naprosto souhlasím (9,2 %).



Graf č. 11

12. Dotazníkové tvrzení č. 12: Prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, má nesporný vliv na možný vznik drogové závislosti.

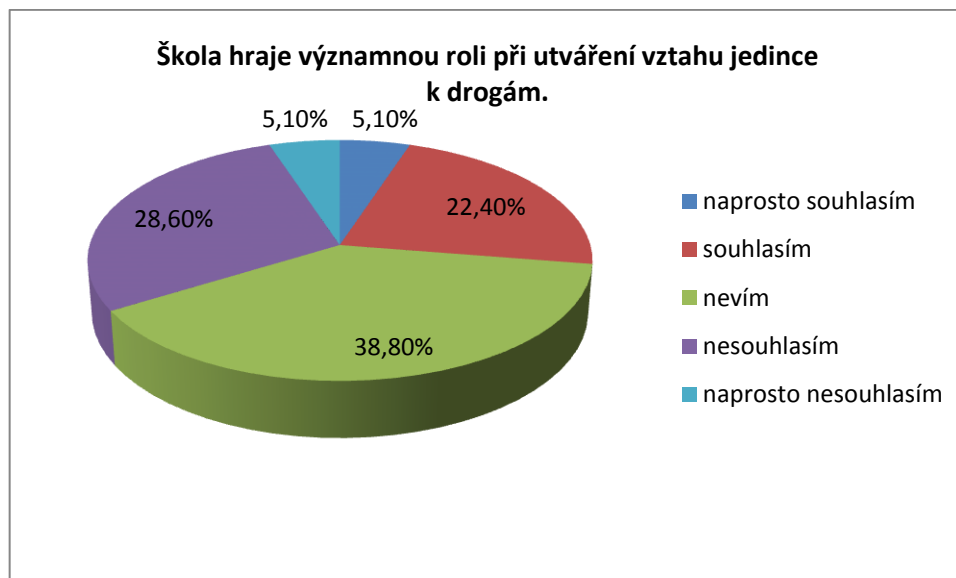
Nejčtenější odpovědí na tvrzení, zda prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, má vliv na možný vznik drogové závislosti, byla odpověď naprosto souhlasím (44,9 %). Druhá nejčtenější odpověď byla souhlasím (39,8 %). Výrazně méně respondentů označilo odpověď nevím (8,2 %), nesouhlasím (6,1 %) a naprosto nesouhlasím (1 %).



Graf č. 12

13. Dotazníkové tvrzení č. 13: Škola hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

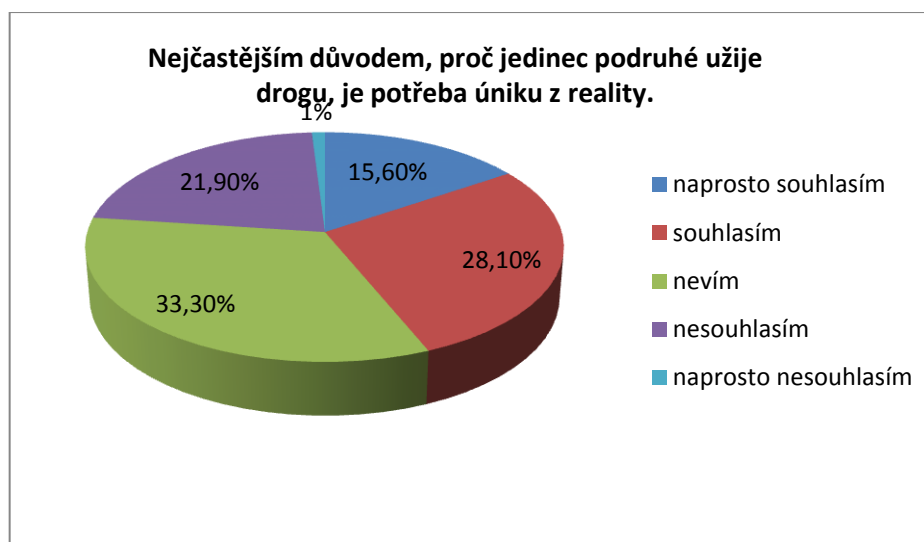
Největší část respondentů označila odpověď nevím na otázku, zda hraje škola významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám (38,8 %). Souhlasilo 22,4 % respondentů, nesouhlasilo 28,6 % dotázaných studentů vysokých škol. Stejně procento respondentů naprosto souhlasilo či naprosto nesouhlasilo (5,1 %).



Graf č. 13

14. Dotazníkové tvrzení č. 14: Nejčastější důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je potřeba úniku z reality.

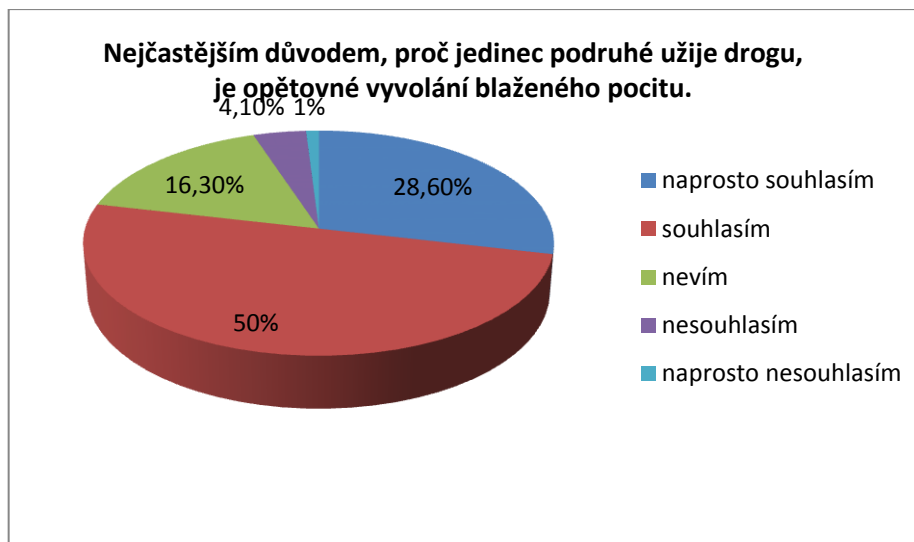
S tvrzením, zda je nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, potřeba úniku z reality odpovědělo nejvíce respondentů nevím (33,3 %), druhou nejčtenější odpovědí bylo souhlasím (28,1 %). 21,9 % s tvrzením nesouhlasí, 15,6 % naprosto souhlasí a 1 % respondentů odpovědělo, že s tvrzením naprosto nesouhlasí.



Graf č. 14

15. Dotazníkové tvrzení č. 15: Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné vyvolání blaženého pocitu.

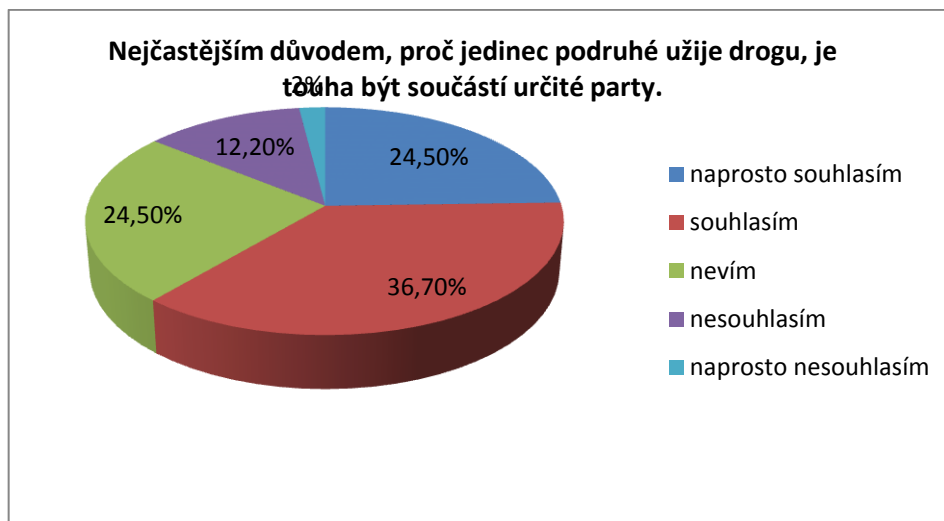
Nejvíce respondentů souhlasilo (50%) s tvrzením, že nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné vyvolání blaženého pocitu. 28,6 % respondentů naprosto souhlasilo, 16,3 % se ztotožňovalo s odpovědí nevím, 4,1 % nesouhlasilo a 1 % naprosto nesouhlasilo.



Graf č. 15

16. Dotazníkové tvrzení č. 16: Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je touha být součástí určité party/skupiny.

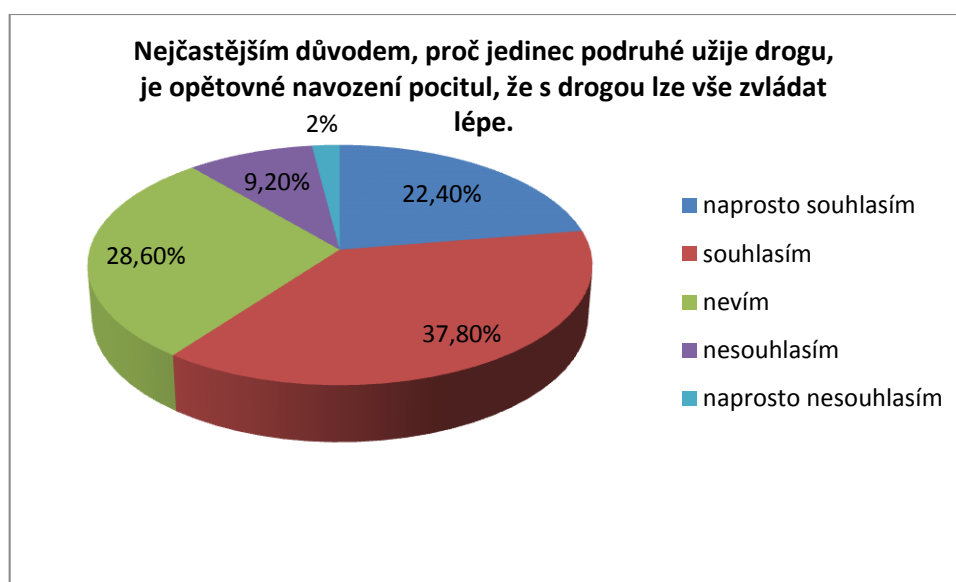
Největší procento dotázaných studentů vysokých škol se ztotožňovalo s výrokem souhlasím (36,7 %) na otázku, zda je nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu touha být součástí určité party. Shodný počet respondentů odpovědělo nevím a naprosto souhlasím (24,5 %), 12,2 % nesouhlasilo a 2 % naprosto nesouhlasilo.



Graf č. 16

17. Dotazníkové tvrzení č. 17: nejčastější důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné navození pocitu, že s drogou lze vše zvládat lépe.

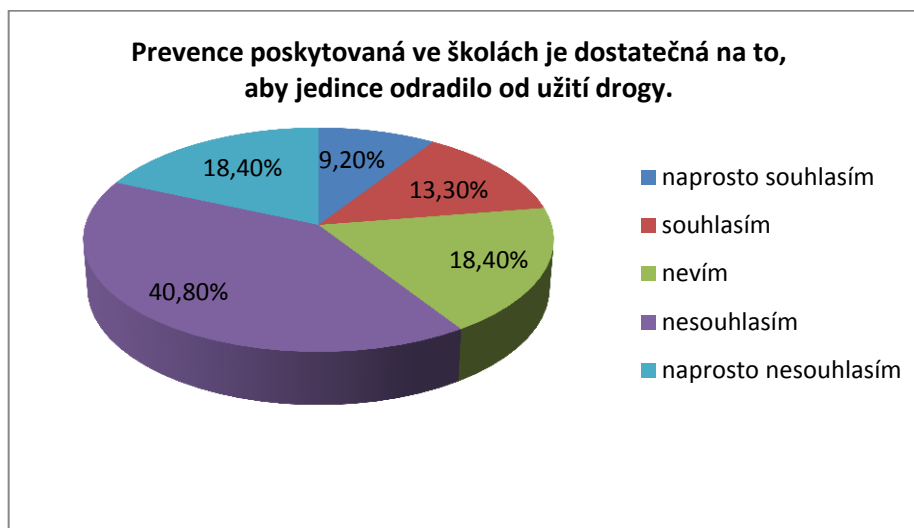
37,8 % dotázaných studentů vysokých škol s tvrzením, že nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné navození pocitu, že s drogou lze vše zvládat lépe. 28,6 % respondentů odpovědělo nevím, 22,4 % naprosto souhlasilo. odpověď nesouhlasím zvolilo 9,2 % respondentů a 2 % naprosto nesouhlasilo s daným tvrzením.



Graf č. 17

18. Dotazníkové tvrzení č. 18: Prevence poskytována ve školách je dostatečná na to, aby jedince odradila od užití drogy.

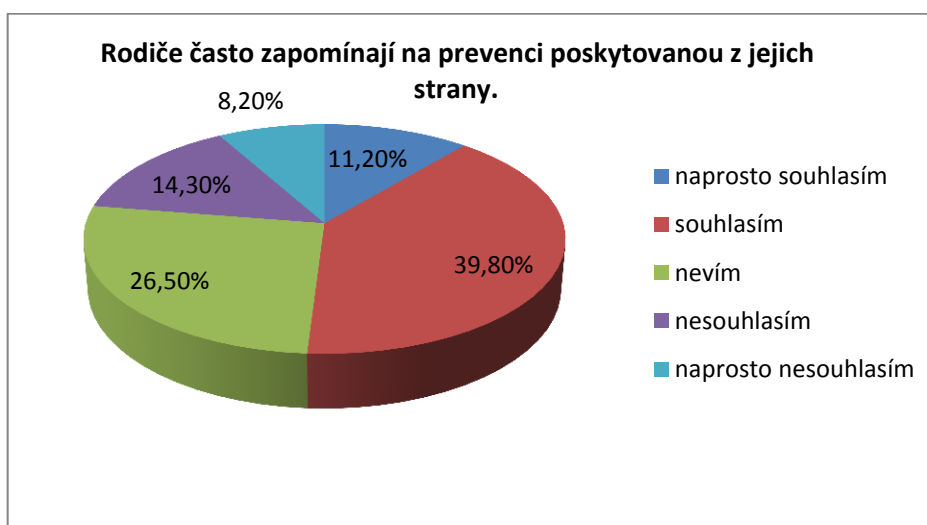
40,8 % respondentů nesouhlasilo s tvrzením, že je prevence poskytována ve školách dostatečná na to, aby jedince odradila od užití drogy. Shodný počet respondentů označilo odpověď' nevím a naprosto nesouhlasím (18,4 %). 13,3 % s tvrzením souhlasilo a 9,2 % naprosto souhlasilo.



Graf č. 18

19. Dotazníkové tvrzení č. 19: Rodiče často zapomínají na prevenci poskytovanou z jejich strany.

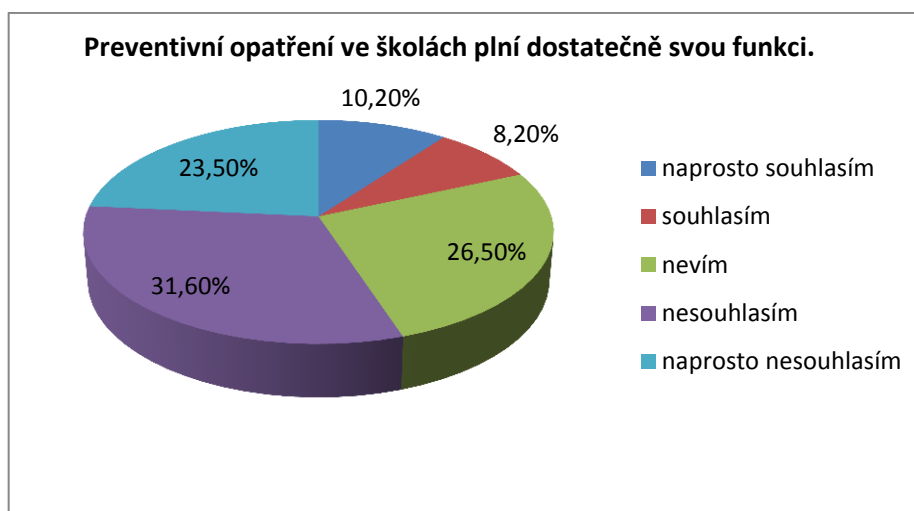
S výrokem, že rodiče často zapomínají na prevenci poskytovanou z jejich strany se ztotožňuje odpověď' souhlasím 39,8 % respondentů, 26,5 % odpovídá nevím, 14,3 % nesouhlasí. Naprosto souhlasí 11,2 % dotázaných studentů vysokých škol, 8,2 % naprosto nesouhlasí.



Graf č. 19

20. Dotazníkové tvrzení č. 20: Preventivní opatření ve školách plní dostatečně svou funkci.

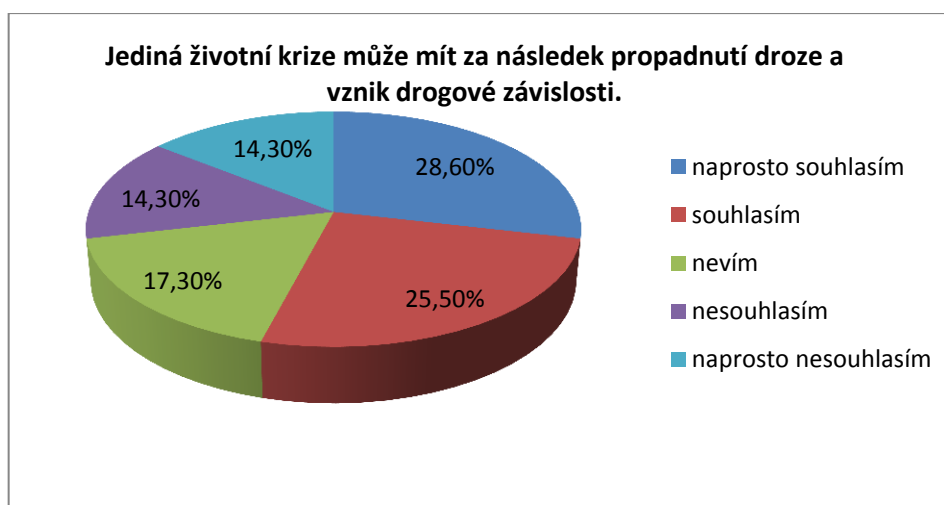
31,6 % respondentů odpovědělo nesouhlasím na otázka, zda preventivní opatření ve školách plní dostatečně svou funkci. 26,5 % dotázaných uvedlo nevím, 23,5 % naprosto nesouhlasilo. Odpověď naprosto souhlasím uvedlo 10,2 % respondentů, 8,2 % souhlasilo.



Graf č. 20

21. Dotazníkové tvrzení č. 21: Jediná životní krize může mít za následek propadnutí droze a vznik drogové závislosti.

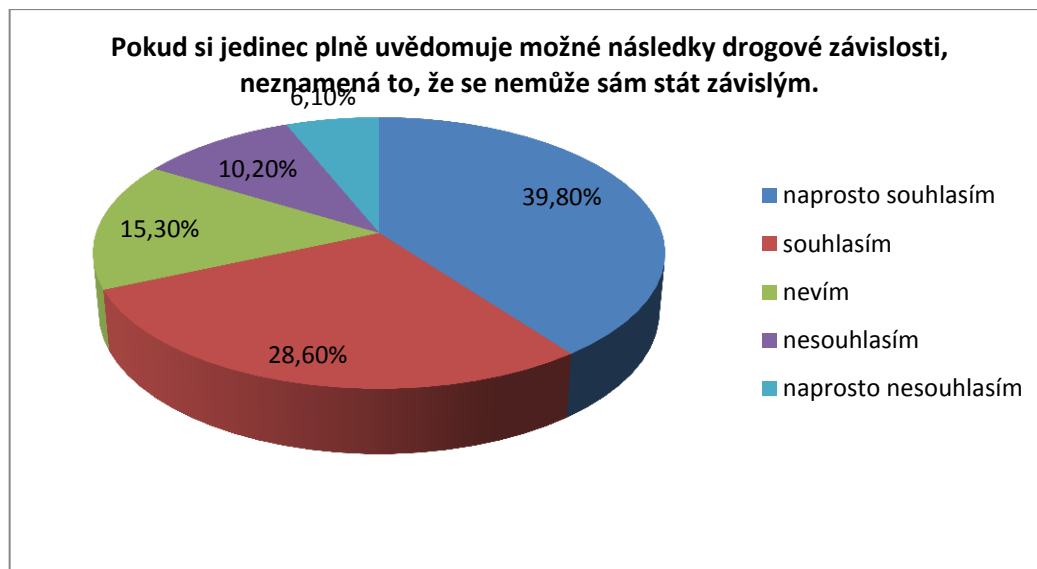
S tvrzením, zda může mít jediná životní krize za následek propadnutí droze a vznik drogové závislosti naprosto souhlasilo 28,6 % respondentů, 25,5 % souhlasilo, 17,3 % se k výroku stavělo neutrálně a shodné procento respondentů (14,3 %) odpovědělo nesouhlasím a naprosto nesouhlasím.



Graf č. 21

22. Dotazníkové tvrzení č. 22: Pokud si jedinec plně uvědomuje možné následky drogové závislosti, neznamená to, že se nemůže sám stát závislým.

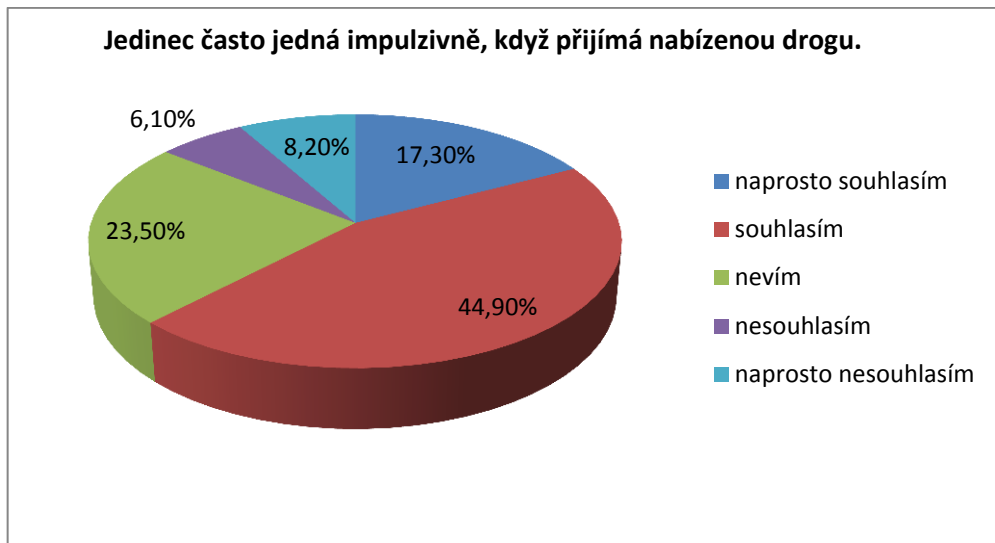
S výrokem se ztotožnilo 39,8 % respondentů odpovědí naprosto souhlasím. Na otázku, zda i přesto, že si jedinec plně uvědomuje následky drogové závislosti se sám může stát závislým 28,6 % odpovědělo souhlasím, 15,3 % se k výroku stavělo neutrálně, 10,2 % nesouhlasilo a 6,1 % dotázaných studentů vysokých škol naprosto nesouhlasilo.



Graf č. 22

23. Dotazníkové tvrzení č. 23: Jedinec často jedná impulzivně, když přijímá nabízenou drogu.

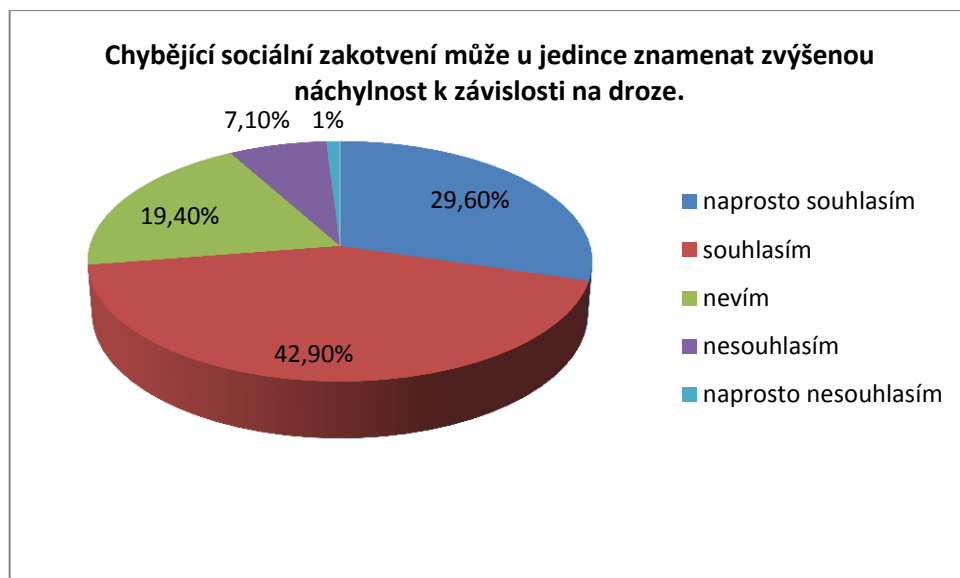
S výrokem, že jedinec často jedná impulzivně, když přijímá nabízenou drogu se ztotožňuje s odpovědí souhlasím 44,9 % respondentů, 23,5 % se k výroku staví neutrálně, 17,3 % souhlasí. Nesouhlasí 6,1 % respondentů a 8,2 % naprosto nesouhlasí s daným tvrzením.



Graf č. 23

24. Dotazníkové tvrzení č. 24: Chybějící sociální zakotvení může u jedince znamenat zvýšenou náchylnost k závislosti na droze.

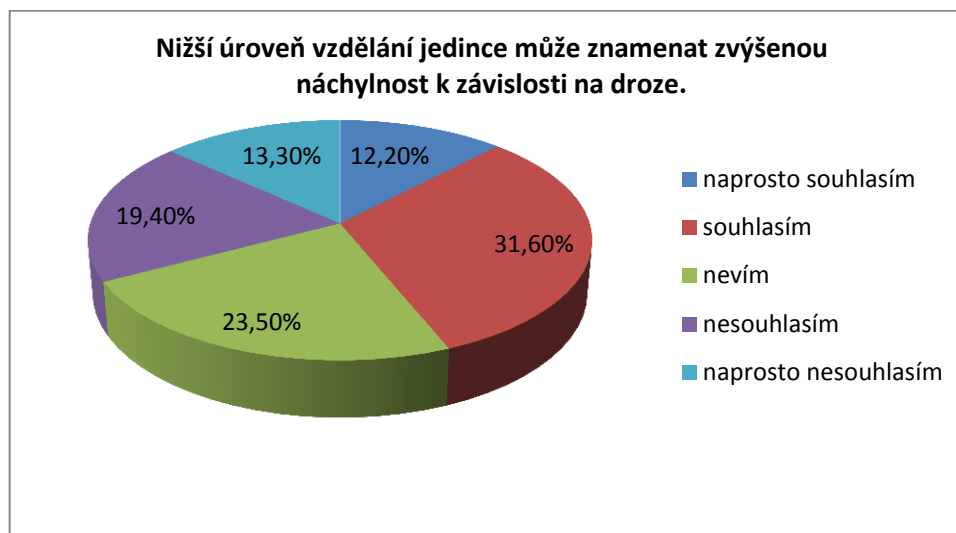
S výrokem, že chybějící sociální zakotvení může u jedince znamenat zvýšenou náchylnost k závislosti na droze, se ztotožňuje odpovědí souhlasím 42,9 % respondentů, 29,6 % s výrokem naprosto souhlasí, 19,4 % se k tvrzení staví neutrálně. 7,1 % nesouhlasí a 1 % naprosto nesouhlasí.



Graf č. 24

25. Dotazníkové tvrzení č. 25: Nižší úroveň vzdělání jedince může znamenat zvýšenou náchylnost k závislosti na droze.

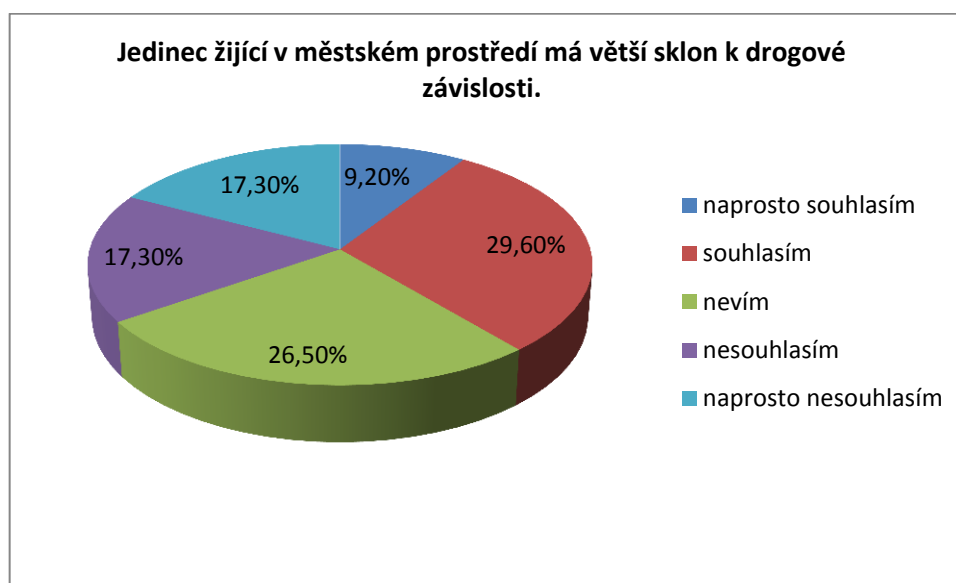
31,6 % respondentů odpovědělo výrokem souhlasím na otázku, zda může nižší vzdělání jedince znamenat jeho zvýšenou náchylnost k závislosti na droze. 23,5 % se k tvrzení stá-
vělo neutrálně, 19,4 % respondentů s výrokem nesouhlasí. 12,2 % naprosto souhlasí a 13,3 % naprosto nesouhlasí s daným výrokem.



Graf č. 25

26. Dotazníkové tvrzení č. 26: Jedinec žijící v městském prostředí má větší sklon k
drogové závislosti.

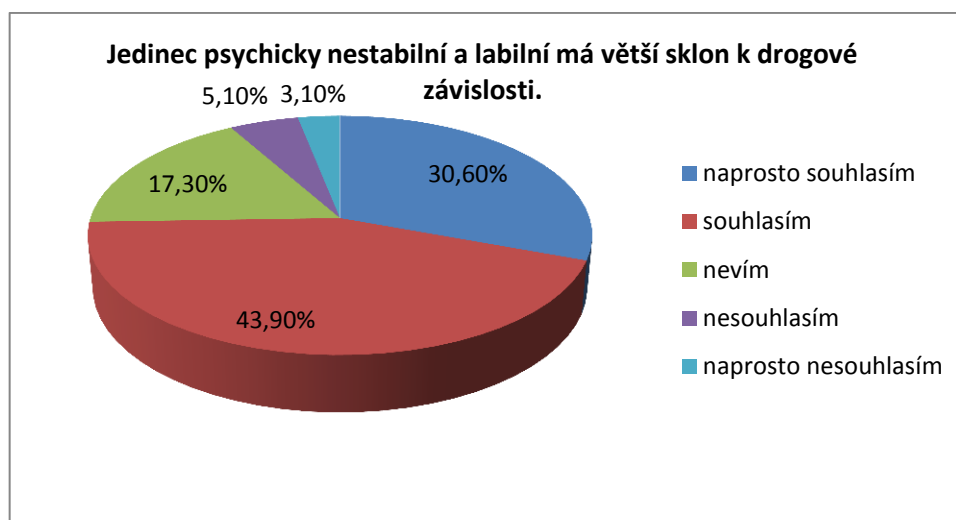
S tvrzením, zda jedinec, který žije v městském prostředí má větší sklon k drogové závislosti souhlasí 29,6 % respondentů, 26,5 % se k výtku stává neutrálně, stejné procento odpovědělo nesouhlasím a naprosto nesouhlasím (17,3 %) a naprosto souhlasím označilo 9,2 %.



Graf č. 26

27. Dotazníkové tvrzení č. 27: Jedinec psychicky nestabilní a labilní má větší sklon k drogové závislosti.

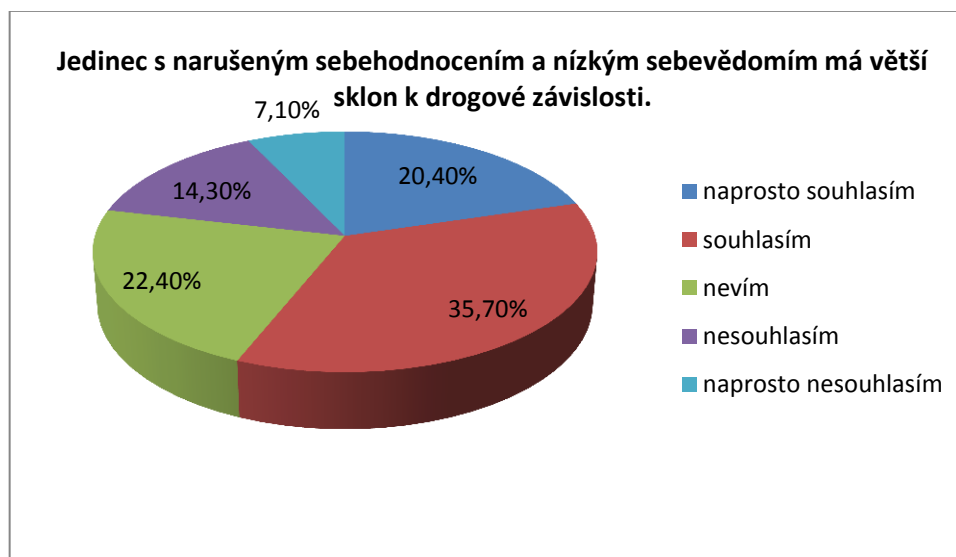
S výrokem, že jedinec psychicky nestabilní a labilní má větší sklon k drogové závislosti souhlasí 43,9 % respondentů, 30,6 % souhlasí, 17,3 % se k tvrzení staví neutrálně. 5,1 % nesouhlasí a 3,1 % respondentů označili odpověď naprosto nesouhlasím.



Graf č. 27

28. Dotazníkové tvrzení č. 28: Jedinec s narušeným sebehodnocením a nízkým sebevědomím má větší sklon k drogové závislosti.

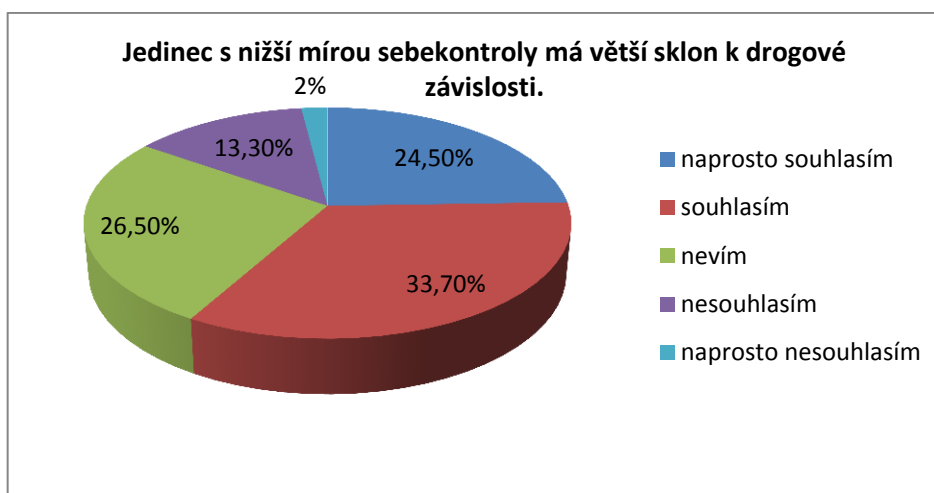
S výrokem, že jedinec s narušeným sebehodnocením a nízkým sebevědomím má větší sklon k drogové závislosti souhlasí 35,7 % respondentů, 22,4 % se k výroku staví neutrálně, 20,4 % souhlasí. 14,3 % studentů s tvrzením nesouhlasí a 7,1 % naprosto nesouhlasí.



Graf č. 28

29. Dotazníkové tvrzení č. 29: Jedinec s nižší mírou sebekontroly má větší sklon k drogové závislosti.

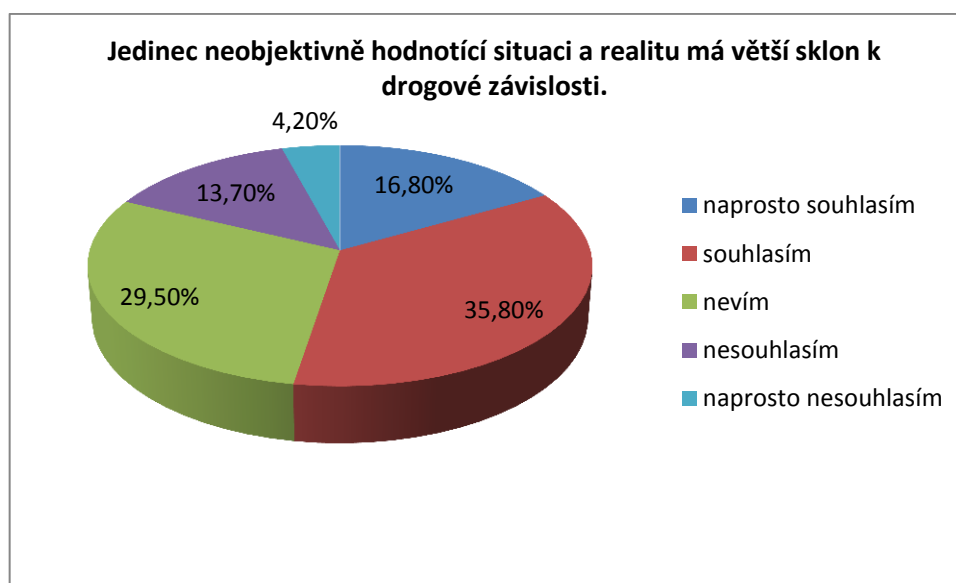
33,7 % respondentů souhlasí s tvrzením, že jedinec s nižší mírou sebekontroly má větší sklon k drogové závislosti. 24,5 % naprosto souhlasí s daným výrokem, 26,5 % se k tvrzení staví neutrálně, 13,3 % nesouhlasí a 2 % naprosto nesouhlasí.



Graf č. 29

30. Dotazníkové tvrzení č. 30: Jedinec neobjektivně hodnotící situaci a realitu má větší sklon k drogové závislosti.

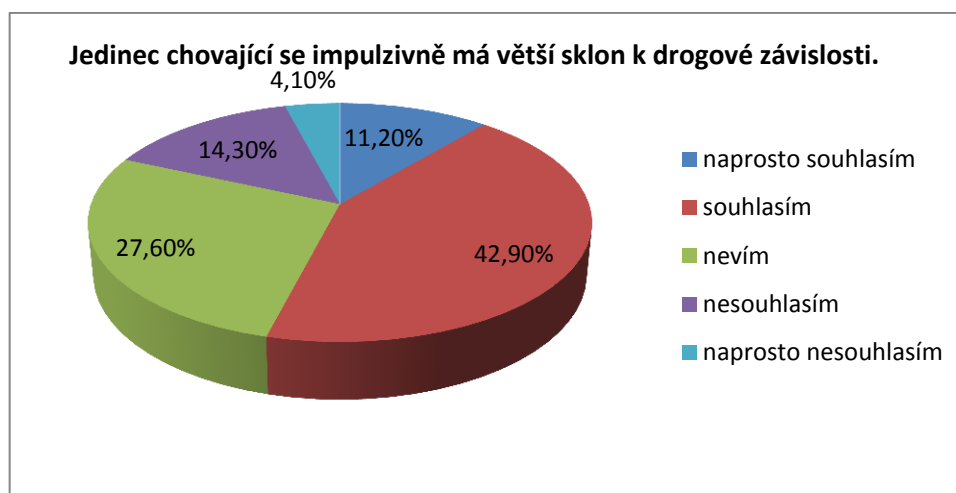
35,8 % respondentů souhlasí s tvrzením, že jedinec neobjektivně hodnotící situaci a realitu má větší sklon k drogové závislosti. 29,5 % se k výroku staví neutrálně, 16,8 % s ním naprosto souhlasí. 13,7 % vyjádřilo nesouhlas a naprostý nesouhlas 4,2 % respondentů.



Graf č. 30

31. Dotazníkové tvrzení č. 31: Jedinec chovající se impulzivně má větší sklon k drogové závislosti.

S tvrzením, že jedinec chovající se impulzivně má větší sklon k drogové závislosti, souhlasí 42,9 % respondentů, 27,6 % se k tvrzení staví neutrálně a 14,3 % s ním nesouhlasí. Naopak 11,2 % s ním naprosto souhlasí a 4,1 % dotázaných naprosto nesouhlasí.



Graf č. 31

32. Dotazníkové tvrzení č. 32: Jedinec přecitlivělý, úzkostný a zranitelný má větší sklon k drogové závislosti.

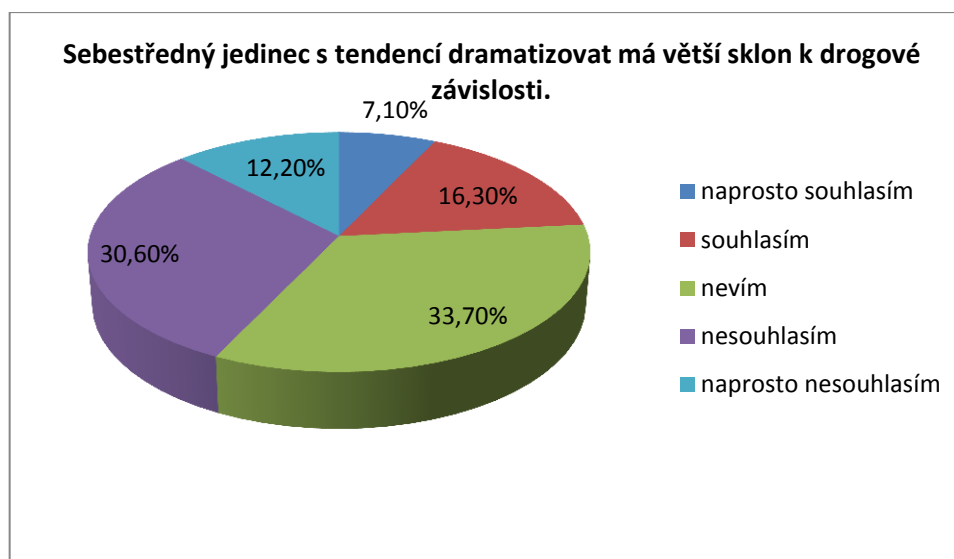
Procento respondentů souhlasících s výrokem a neutrálně se k němu stavících je shodné (31,6 %). S tvrzením, zda má větší sklon k drogové závislosti jedinec přecitlivělý, úzkostný a zranitelný naprosto souhlasilo 20 %, nesouhlasilo 14,7 % a naprosto nesouhlasilo 2 %.



Graf č. 32

33. Dotazníkové tvrzení č. 33: Sebestředný jedinec s tendencí dramatizovat má větší sklon k drogové závislosti.

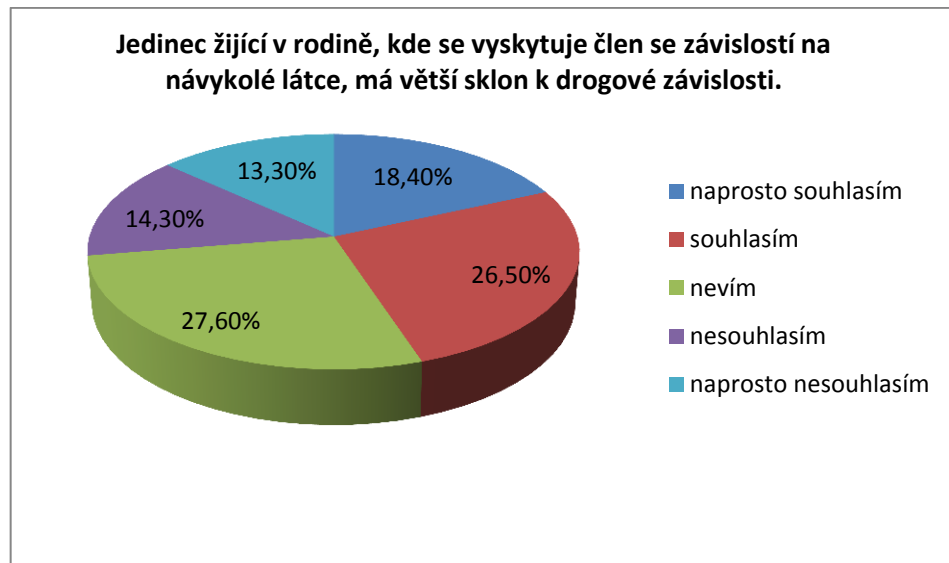
K výroku se většina respondentů stavěla neutrálně (33,7 %), nesouhlasilo s ním 30,6 % dotázaných. 16,3 % s výrokem, zda má sebestředný jedinec s tendencí dramatizovat větší sklon k drogové závislosti, souhlasilo. 12,2 % respondentů naprosto nesouhlasilo a 7,1 % naprosto souhlasilo s daným tvrzením.



Graf č. 33

34. Dotazníkové tvrzení č. 34: Jedinec žijící v rodině, kde se vyskytuje člen se závislostí na návykové látce, má větší sklon k drogové závislosti.

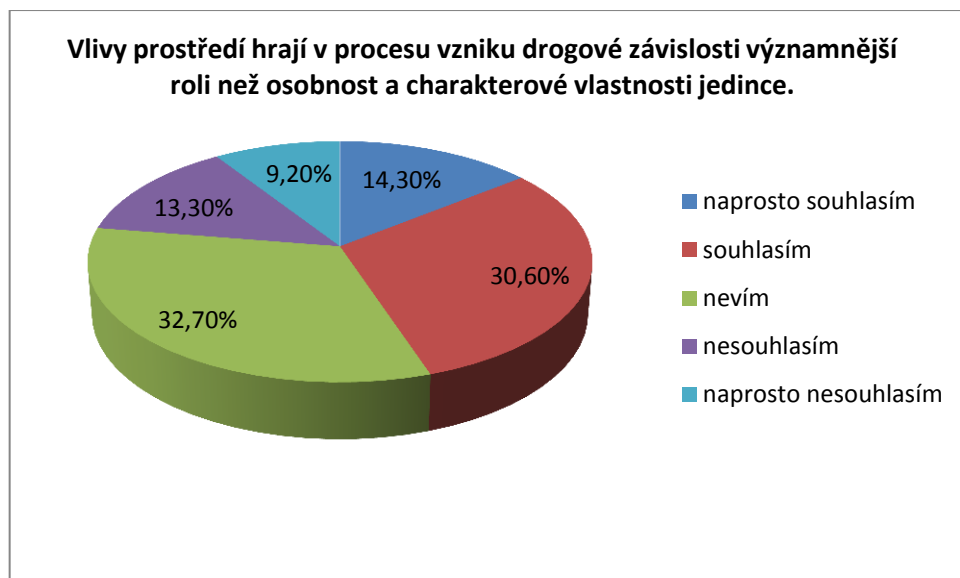
27,6 % respondentů se staví neutrálně k výroku, že pokud se v rodině vyskytuje člen se závislostí na návykové látce, jedinec má větší sklon k drogové závislosti. 26,5 % souhlasí s daným tvrzením, 18,4 % naprosto souhlasí, 14,3 % nesouhlasí a 13,3 % dotázaných studentů vysokých škol s výrokem naprosto nesouhlasí.



Graf č. 34

35. Dotazníkové tvrzení č. 35: Vlivy prostředí hrají v procesu vzniku drogové závislosti významnější roli než osobnost a charakterové vlastnosti jedince.

32,7 % respondentů se staví neutrálně k výroku, že vlivy prostředí hrají v procesu vzniku drogové závislosti významnější roli než osobnost a charakterové vlastnosti jedince. 30,6 % respondentů s daným tvrzením souhlasí, 14,3 % naprosto souhlasí. Naopak nesouhlasně se k výroku staví 13,3% dotázaných studentů vysokých škol a 9,2 % naprosto nesouhlasí.



Graf č. 35

6.1 Zodpovězení výzkumných otázek a hypotézy

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké činitele považují studenti vysokých škol za nejvíce ovlivňující vznik drogové závislosti?

Studenti vysokých škol považují jako nevýznamnějšího činitele prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, dále pak vlastnosti, které oslabují jedincovu odolnost vůči droze, jako například přecitlivělost, impulzivnost, labilitu, zranitelnost či narušené sebehodnocení.

Dílčí otázka 1: Jaký typ jedince má větší sklon ke vzniku závislosti? (odpovídají otázky č. 25 – 34)

Větší sklon ke vzniku závislosti má jedinec impulzivní, úzkostný, psychicky nestabilní, vykazující nižší míru sebekontroly, ale také jedinec, jemuž chybí sociální zakotvení.

Dílčí otázka 2: Plní prevence svou funkci? (odpovídají otázky č. 11, 18 – 20)

Podle respondentů – studentů vysokých škol prevence dostatečně neplní svou funkci. V souvislosti s neefektivitou prevence se vyjadřují jak k prevenci poskytované školou, tak i k prevenci v domácím prostředí poskytovanou rodiči.

Dílčí otázka 3: Má prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, vliv na vznik závislosti? (odpovídají otázky č. 12, 26, 35)

Většina respondentů si myslí, že má prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje významný vliv na vznik závislosti. Dokonce mu přisuzují větší důležitost v procesu vzniku závislosti, než jedincově vlastnostem.

Dílčí otázka 4: Z jakého důvodu jedinec užije drogu podruhé? (odpovídají otázky č. 14 – 17)

Podle studentů vysokých škol jedinec užije drogu podruhé, aby si vyvolal opětovný blažený pocit, byl součástí určité party nebo skupiny a také, aby vše zvládal lépe.

Dílčí otázka 5: Co nebo kdo utváří vztah jedince k droze? (odpovídají otázky č. 8 – 11, 13)

Jedincův vztah k droze utváří podle studentů vysokých škol hlavně vztahy s vrstevníky, rodina a styl, jakým je jedinec vychováván.

(Ptáme se na pohled studentů vysokých škol)

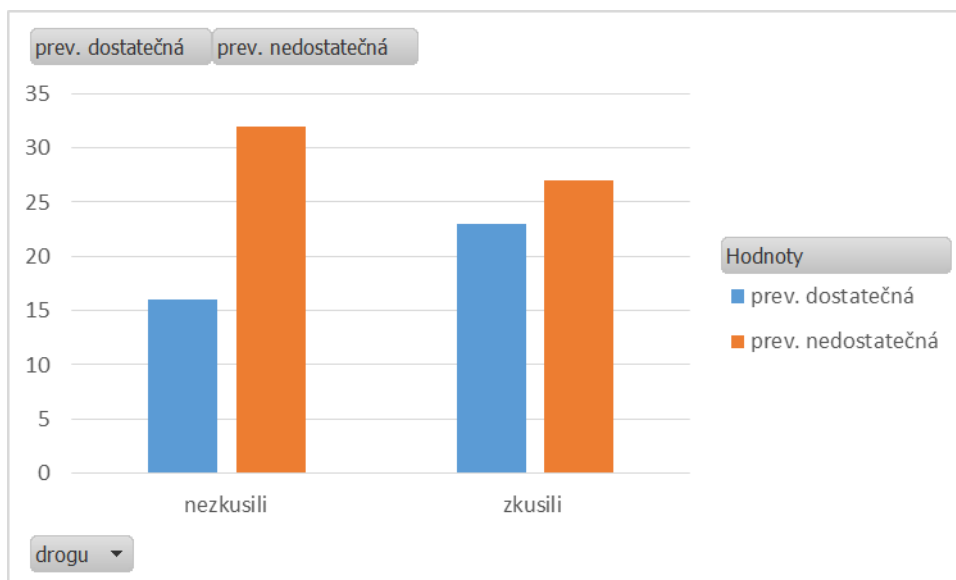
H_a alternativní hypotéza: Mezi přesvědčením lidí, kteří mají zkušenost s drogou a lidí, kteří drogu nikdy neužili, existuje v hodnocení efektivity prevence statisticky významný rozdíl.

H_0 nulová hypotéza: Mezi přesvědčením lidí, kteří mají zkušenost s drogou a lidí, kteří drogu nikdy neužili, neexistuje v hodnocení efektivity prevence statisticky významný rozdíl.

Drogu	prev. dostatečná	prev. nedostatečná
nezkusili	16	32
zkusili	23	27
Celkový součet	39	59

Tabulka č. 1

Z uvedeného vyplývá, že přijímáme hypotézu nulovou, a že mezi přesvědčením lidí, kteří mají zkušenost s drogou a lidí, kteří ji nikdy nezkusili, neexistuje v hodnocení efektivity prevence statisticky významný rozdíl.



Graf č.36

6.2 Závěrečná diskuze

V závěrečné diskuzi srovnáme teoretickou a praktickou část bakalářské práce. Ve třetí kapitole teoretické části jsme se zabývali prevencí, která zde byla představena jako efektivní způsob zamezení užití drogy osobám, které neměli s drogou zkušenost. Vymezili jsme termín školní prevence, která byla podána jako důležitá složka prevence aplikované v různém prostředí. Z výzkumu ovšem vyplynulo, že studenti vysokých škol školní prevenci nepokládají za účinnou a plníčí svou funkci, naopak ji shledávají jako nedostatečnou. V teoretické části jsme pojednávali o spolupráci rodičů a školy, vyjmenovali jsme určité organizace, které zaštiťují samo rodiče a mají za úkol se o prevenci aktivně zajímat. Většina respondentů ale uvedla, že rodinná prevence a zájem rodičů o to, jakým způsobem je jejich dětem prevence poskytována, není příliš běžný. Naopak rodinnou prevenci hodnotí jako nedostatečnou a její vliv na odrazení jedince od drogy podle nich není významný. Stálo by proto za zvážení zamyslet se nad tím, proč právě takto negativním způsobem studenti prevenci hodnotí a na co konkrétně je třeba klást důraz.

Další srovnání, které můžeme poskytnout, vychází z vlivu prostředí či vlastností jedince na vznik drogové závislosti. Teoretická část nám jako nejvýznamnějšího činitele představuje určitý soubor charakteristik jedince, který by mohl mít větší sklon k drogové závislosti. Studenti vysokých škol naopak jako nejvýznamnějšího činitele ve vzniku drogové závislosti shledávají prostředí. To pro ně představuje hlavní nebezpečí, které může i jinak nerizikovou osobu bez výrazného sklonu k drogové závislosti, stáhnout k drogám. Jako stěžejní problém tedy respondenti nevidí jedince samotného, ale spíše blízké okolí a prostředí, ve kterém se pohybuje.

Podle teoretické části utváří vztah jedince k droze hlavně školní prostředí a prevence, respondenti označili za hlavního činitele utvářejícího vztah k droze rodinu a výchovný styl. Je zřejmé, že se preventivní programy rodinnou prevencí příliš nezabývají. Přitom, jak se zdá, mají tyto programy velice blízko právě k činitelům, které zmiňují respondenti.

Obě části práce se shodují na důvodu, proč jedinec poprvé užije drogu. Je to hlavně zvědavost, touha zapadnout do party či skupiny. Bohužel si většina jedinců při první zkušenosti s drogou neuvědomuje možný dopad jejich činu. Právě první zkušenosti s drogou může zabránit cílená a efektivní prevence, která by měla být v zájmu každého z nás.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme zjišťovali, které činitele považují studenti vysokých škol za nejvíce ovlivňující vznik drogové závislosti. V první kapitole teoretické části jsme definovali drogu a věnovali jsme se základním poznatkům o ní. Byť lze tyto informace považovat za obecné, je důležité vymezit určitý korpus, který nám dá dobrý základ pro další práci. Další kapitoly již byly specifikovány více, zaměřovaly se například na drogovou závislost a její členění, které může v praxi sloužit jako podklad pro objektivní diagnostiku. Neméně důležité bylo vymezení zdravotních důsledků užívání drog, kde jistě záleží také na mnoha dalších faktorech, které ovlivňují naši tělesnou schránku. Neměly bychom je pokládat za dané a stěžejní, ale naopak jako možnost, kam až mohou člověka drogy dostat a jak závažné zdravotní důsledky mohou nastat, pokud dojde k chronickému užívání.

Dále jsme se zabývali prevencí drogové závislosti, která hraje důležitou roli a neměli bychom ji podceňovat. Prevence školní i mimoškolní má výchovný vliv a může jedince navést na správnou cestu tak, aby se sám droze cíleně vyhýbal. Zde mluvíme o prevenci primární, která má snahu zamezit užití drogy u jedince, který s ní nepřišel do kontaktu.

V poslední kapitole jsme vymezili základní typy léčby drogové závislosti. Při léčbě je velice důležitá spolupráce osoby s drogovou závislostí, pokud chybí, léčba nemůže být úspěšná a efektivní. První krok pacienta je uvědomit si, že má s drogou problém a sám svou závislost neovládá. Léčba drogové závislosti je finančně velmi nákladná a často se stává, že pacient droze znovu podléhá.

Závislost je stav, kdy se člověk bez určité látky nedokáže obejít, baží po ni stále více, stává se středobodem jeho světa. Jen málo pacientů úspěšně vykoná léčbu, aniž by se k droze později vrátilo. Je proto nesmírně důležité užití předcházet, a ačkoliv prevence nikdy nebude stoprocentně účinná, může být alespoň více efektivní a odradit od užití více osob, než je tomu doposud. Je nutné si uvědomit, že každý člověk, kterého efektivní prevence odradila drogu vyzkoušet, se počítá a může díky svým poznatkům apelovat na další a další osoby ve svém okolí. Nezapomeňme, že chronická závislost je považována za nemoc, kterou řadíme mezi chronická onemocnění nervové soustavy. Naštěstí, právě této nemoci lze předcházet na rozdíl od jiných, je ale důležité si její následky plně uvědomovat.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že studenti vysokých škol shledávají prevenci jak školní, tak i prevenci poskytovanou v rodině, jako nedostatečnou. Doporučení pro praxi by mohlo právě ve věci prevence nabídnout zamyšlení, zda není nutné prevenci posunout někam dále. Je možné, že právě rodinná prevence není koncipována tak, aby poskytla jedinci dostatečné informace o drogové problematice očima někoho, koho důvěrně zná. Zároveň málo rodin se o prevenci sami aktivně snaží. Podporu rodinné prevence by mohlo iniciovat školské zařízení, které by rodičům poskytlo množství informací dále praktikovaných již v rodinném prostředí. Chtěli bychom navrhnout možný budoucí postup spočívající v novém dotazníkovém šetření nejen pro děti a dospívající, ale také pro jejich rodiče či zákonné zástupce. Ten by mohl pomoci zjistit, zda je vážně prevence natolik neefektivní, jak v dotazníku uvedli studenti vysokých škol. Mohlo by být přínosné zamyslet se nad faktem, zda právě rodinná prevence nemůže být účinnější, než prevence poskytovaná školským zařízením.

Další doporučení pro praxi spočívá v návrhu preventivního opatření pro školská zařízení spočívajícím v koncepci prevence zaměřené na rizikové osoby, které vykazují známky problémového chování. Podle výsledků výzkumu právě osoby s určitými povahovými rysy vykazují větší sklon k drogové závislosti. Stojí za uvážení, zda by na tomto zjištění nebylo možno postavit koncepci skupinových preventivních opatření, které by byly sestavené přímo na míru problémovým osobám, které například pravidelně navštěvují školního psychologa či poradce. Zde je ale důležitá již zmíněná spolupráce s rodiči či zákonnými zástupci žáků, která by umožnila prevenci cílit přesně, objektivně specifikovat a předvídat, jakým způsobem a komu speciálně má být poskytována v rozšířené variantě.

Zjištění dotazníkového šetření nám také překládá k zamyšlení, zda by nebylo vhodné do preventivního opatření zahrnout i program, který by reflektoval riziková místa, kde k užívání drog často dochází. Ten by poté bylo možné spojit s hlavním preventivním programem a jejich kooperace by umožnila při primární prevenci zamezit možnému kontaktu jedince s drogou. Samozřejmě, nemůžeme jistě předpokládat efektivitu. Možná však tímto způsobem zkusíme navést rodiče či zákonné zástupce, kteří dále mohou působit na své dítě nebo svěřence.

Předpokládáme, že pokud není spolupráce rodiče se školou efektivní, nemůžeme dítěti poskytnout plnohodnotnou a ve všech směrech promyšlenou prevenci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

LITERATURA:

1. BALOG, Karol a Ivana ZAPLETALOVÁ-BARTLOVÁ. Základy toxikologie. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 1998. Spektrum (Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství). ISBN 80-86111-29-6.
2. ESCOHOTADO, A.. Stručné dějiny drog. Barcelona: Editorial Anagrama, 1996, ISBN 80-7207-512-8.
3. CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
4. ILLES, Tom. Děti a drogy: fakta, informace, prevence. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-85866-50-1.
5. MANN, John. Jedy, drogy, léky. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0508-0.
6. MCGRATH, Yuko. Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací : nejnovější výzkumné poznatky. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-16-1.
7. MIOVSKÝ, Michal. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012,ISBN 978-80-87258-89-7.
8. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2003. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-260-3873-8.
9. POKORNÝ, Vratislav, Anton TOMKO a Jana TELCOVÁ. Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. Prevence sociálně patologických jevů. ISBN 80-86568-04-0.
10. PRESL, Jiří. Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha: Maxdorf, 1994, Medica. ISBN 80-85800-18-7.
11. PRESL, Jiří, Drogy – mýty a realita. Praha: Medeakultur, 2002.

12. PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-419-5.
13. NEŠPOR, Karel, Hana PERNICOVÁ a Ladislav CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislostem: [náměty pro rodiče, učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající]*. Praha: Portál, 1999. ISBN 8071782998.
14. RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia, 1999, ISBN 80-7198-348-9.
15. ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. Drogová poradna. www.drogovaporadna.cz. [online]. 19.5.2013 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
2. informační portál o legálních a ilegálních drogách. www.drogy-info.cz. [online]. 23.4.2003 [cit. 2015-03-29]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/d/dvanact_kroku
3. Jiří Svršek. Drogová závislost. www.natura.baf.cz. [online]. 10.6.2010 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://natura.baf.cz/natura/1998/3/9803-6.html>
4. Klinika adiktologie. www.adiktologie.cz. [online]. 10.6.2014 [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3071/Co-je-prevence>
5. Možnosti a způsoby léčby narkomanů v České Republice. www.jpittner.euweb.cz. [online]. 3.8.2010 [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: <http://jpittner.euweb.cz/>
6. PRESTON. Stránky o závislosti. www.substitucni-lecba.cz. [online]. 27.3.2007 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/novinky/strucny-pruvodce-lecbou-zavislosti-v-terapeuticke-komunite-407>
7. TKÁČ, Juraj. Ambulance pro léčbu závislostí a patologického hráčství. www.at-ambulance.cz. [online]. 16.2.2015 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.at-ambulance.cz/substituce.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Č. Číslo

S. Strana

.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Kontingenční tabulka

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Věk respondentů
- Graf č. 2: Pohlaví respondentů
- Graf č. 3: Ročník studia vysoké školy respondentů
- Graf č. 4: Osoba se závislostí v okolí
- Graf č. 5: Typ užívané drogy
- Graf č. 6: Zkušenost studentů s drogou
- Graf č. 7: Důvod prvního užití
- Graf č. 8: Role rodiny při utváření vztahu k droze
- Graf č. 9: Role vrstevnických vztahů
- Graf č. 10: Role výchovného stylu
- Graf č. 11: Role nedostatečné prevence
- Graf č. 12: Vliv prostředí
- Graf č. 13: Role školy
- Graf č. 14: Důvod druhého užití realita
- Graf č. 15: Důvod druhého užití blaho
- Graf č. 16: Důvod druhého užití parta
- Graf č. 17: Důvod druhého užití život
- Graf č. 18: Dostatečnost prevence
- Graf č. 19: Rodinná prevence
- Graf č. 20: Školní prevence
- Graf č. 21: Následek životní krize
- Graf č. 22: Uvědomění si následků
- Graf č. 23: Impulzivita při nabídce
- Graf č. 24: Chybějící sociální zakotvení
- Graf č. 25: Nižší úroveň vzdělání
- Graf č. 26: Městské prostředí
- Graf č. 27: Nestabilita jedince
- Graf č. 28: Jedinec s narušeným sebehodnocením
- Graf č. 29: Jedinec s nižší sebekontrolou
- Graf č. 30: Jedinec neobjektivní
- Graf č. 31: Jedinec chovající se impulzivně
- Graf č. 32: Jedinec přecitlivělý
- Graf č. 33: Jedinec s tendencí dramatizovat
- Graf č. 34: Jedinec v rodině s členem se závislostí
- Graf č. 35: Vlivy prostředí a vlastností
- Graf č. 36: Doplněk k hypotéze

SEZNAMPŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Činitelé ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol

Vážení studenti,

Jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci mé bakalářské práce zkoumám pohled studentů vysokých škol na činitele ovlivňující vznik drogové závislosti (rozuměj opakované užití). Dotazník je určen pro všechny studenty vysokých škol a je tvořen 28 škálovými výroky, 5 uzavřenými otázkami a 2 otevřenými otázkami. U škálových výroků zakroužkujte, nakolik s daným výrokem souhlasíte či nesouhlasíte, u uzavřených otázek prosím zakroužkujte Vámi vybranou odpověď. Prosím o upřímné a svědomité vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas strávený nad mým dotazníkem.

Karolína Otevřelová

Váš věk:

Vaše pohlaví:

- Žena
 Muž

Ročník studia:

Znáte osobně drogově závislou osobu?

- Ano
 Ne

Pokud ano, užívá lehké či tvrdé drogy?

- Lehké drogy
 Tvrdé drogy

Vyzkoušel/a jste někdy sám/sama lehkou či tvrdou drogu?

- Ano
 Ne
 Nechci odpovídat

Jaký je podle Vás hlavní důvod, proč jedinec poprvé užije drogu?

- Zvědavost
 Nabídka od kamaráda/známého
 Touha zapadnout do party
 Životní krize

Rodina hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

	1	2	3	4	5	
Naprostο nesouhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naprostο souhlasím

Vztahy s vrstevníky hrají významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

	1	2	3	4	5	
Naprostο nesouhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naprostο souhlasím

Výchovný styl hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

	1	2	3	4	5	
Naprostο nesouhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naprostο souhlasím

Nedostatečná prevence hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, má nesporný vliv na možný vznik drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Škola hraje významnou roli při utváření vztahu jedince k drogám.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je potřeba úniku z reality.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné vyvolání blaženého pocitu.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je touha být součástí určité party/skupiny.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Činitelé ovlivňující vznik drogové závislosti pohledem studentů vysokých škol

Nejčastějším důvodem, proč jedinec podruhé užije drogu, je opětovné navození pocitu, že s drogou lze všechno zvládat lépe.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Prevence poskytována ve školách je dostatečná na to, aby jedince odradila od užití drogy.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Rodiče často zapomínají na prevenci poskytovanou z jejich strany.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Preventivní opatření ve školách plní dostatečně svou funkci.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jediná životní krize může mít za následek propadnutí droze a vznik drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Pokud si jedinec plně uvědomuje možné následky drogové závislosti, neznamená to, že se nemůže sám stát závislým.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec často jedná impulzivně, když přijímá nabízenou drogu.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Chybějící sociální zakotvení může u jedince znamenat zvýšenou náchylnost k závislosti na droze.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Nižší úroveň vzdělání jedince může znamenat zvýšenou náchylnost k závislosti na droze.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec žijící v městském prostředí má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec psychicky nestabilní a labilní má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec s narušeným sebehodnocením a nízkým sebevědomím má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec s nižší mírou sebekontroly má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5

Naprosto nesouhlasím Naprosto souhlasím

Jedinec neobjektivně hodnotící situaci a realitu má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím

Jedinec chovající se impulzivně má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím

Jedinec přecitlivělý, úzkostný a zranitelný má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím

Sebestředný jedinec s tendencí drammatizovat má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím

Jedinec žijící v rodině, kde se vyskytuje člen závislý na návykové látce, má větší sklon k drogové závislosti.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím

Vlivy prostředí hrají v procesu vzniku drogové závislosti významnější roli než osobnost člověka a její charakteristika.

1 2 3 4 5
Naprostο nesouhlasím Naprostο souhlasím