

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Možné krizové situace v chování a jednání mladistvých
pod vlivem omamných a psychotropních látek
(bakalářská práce)**

Autor: Vladislav Řehoř

Vedoucí práce: Ing. Marie Dědičová

Datum odevzdání práce: 16.5. 2007

Abstrakt

Possible critical situations in adolescents` manners under the influence of narcotics

Juvenility is the age full of crises. Young people make essential decisions in moments when they don't know what is right or wrong, their bodies and minds change. Adolescence is the time when childhood ends and young people become adults.

Some of young people can start take drugs because drugs „help“ them to forget their problems that the life brings, drugs give them the illusion of peace and happiness. Many scientists say that juveniles can taste bad things, they want to be respected by other young people at schools or in their neighbourhood.

Drugs can harm a lot in this age – their application leads to health, psychical and social problems for the future life. This is the reason why World Health Organization has prepared an important document called Programme HEALTH 21. For this reason WHO has declared to decrease the number of children and adolescents who use drugs and it will be good if children and young people don't use drugs at all. It is necessary to prepare effective primary preventive programmes that are realised by many institutions (Department of Education, Department of Social Issue and Labour, state administration, schools and non-profit organisations). The aim of primary preventive programmes is to lead young people to a healthy lifestyle without drugs.

The goal of my work was to find out if primary preventive programmes, that are realised in South Bohemia, respect the needs of Programme HEALTH 21 and how many young people are addicted to legal or illegal drugs and what is the number of young people who commit crimes under the influence of drugs.

Primary preventive programmes respect the ideas of Programme HEALTH 21 – this is a cooperation of many institutions and South Bohemian region uses its money for primary preventive programmes.

The number of drug addicts is the same like in other parts of the Czech Republic but young people in South Bohemia use more heroin, medicines without prescription and volatile substances – these are the most dangerous drugs. It may be the main reason to innovate primary preventive programmes.

Juveniles addicted to drugs commit crimes but their number has decreased since 2003.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotnickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne 20. dubna 2007

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci poděkovat ing. Marii Dědičové za odborné vedení, cenné rady a podnětné připomínky při zpracování této bakalářské práce.

Zvláštní poděkování věnuji své rodině za projevenou trpělivost.

Úvod	2
1 Současný stav.....	4
1.1 Návykové látky a závislost	4
1.1.2 Společnost a její vztah k návykovým látkám.....	4
1.2 Co je to závislost?	5
1.2.1 Návyková látka a závislost	6
1.2.2 Proč jsou drogy nebezpečné u dospívajících?	8
1.2.3 Bio-psycho-sociální model závislosti	9
1.3 Fáze vzniku závislosti	13
1.3.1 Vývoj vzniku závislosti na alkoholu.....	13
1.3.2 Vývoj vzniku závislost na nealkoholových drogách	15
1.4 Rodina jako rizikový faktor	17
1.4.1 Jak mohou rodiče poznat, že dítě užívá drogy.....	22
1.5 Jednotlivé skupiny návykových látek	24
1.5.1 Legální drogy	24
1.5.2 Nelegální drogy.....	28
1.6 Prevence jako stěžejní téma drogové politiky.....	31
1.6.1 Prevence a její dělení	31
1.6.1.1 Prevence zaměřená podle věku.....	32
1.6.2 Primární prevence jako základ.....	34
1.6.2.1 Primární prevence ve školách.....	35
1.6.2.2 Program Zdraví 21	38
1.7 Dospívání jako rizikové období	40
1.7.1 Dospívání – jak ho věkově vymezit?.....	40
1.7.2 Vývojové úkoly dospívajících a specifické rozpory	42
1.7.3 Dospívání jako krizová životní situace.....	44
1.7.3.1 Problémové chování dospívajících jako reakce na krizi.....	45
2 Cíl práce a hypotézy	49
2.1 Stanovení hypotéz	50
3 Metodika	53
3.1 Popis výzkumného terénu	53
3.2 Popis výzkumného vzorku	54
3.3.1 Výzkumné metody	54
3.3.2 Výzkumné techniky	54
4 Výsledky.....	55
5 Diskuse	64
6 Závěr	65
7 Seznam použité literatury:	66
8 Klíčová slova.....	69
9 Seznam příloh.....	70

Úvod

Téma drog, návykových látek, psychoaktivních látek na nás útočí ze všech stran. Můžeme o něm číst v denním tisku, v nejrůznějších časopisech, často bývá mezi důležitými událostmi vysílanými televizními stanicemi.

Přitom nejde o téma nové – drogy, ať už v podobě přírodní či uměle vytvořené provázejí lidstvo od jeho počátku. Lidé se s nimi museli naučit žít a také museli poznávat, jaká pozitiva, ale i jaká negativa tyto látky přinášejí. Vždy se lidem dostávaly informace o tom, jaké množství těchto látek je ještě bezpečné, jak s těmito látkami mohou nakládat či zda jsou tyto látky bezpečné jen v rukou lidí, kterým byla dána moc s nimi disponovat.

Tyto látky uměly poskytnout jednu důležitou věc – úlevu od starostí, tlumily bolesti způsobené nemocí či špatnými vztahy mezi blízkými, pomáhaly zapomenout na těžkosti, které neoddělitelně patří k lidskému životu.

Život sám není nic jednoduchého a snadného, o to je to těžší pro mladé lidi, kteří už nejsou dětmi a kteří by se rádi stali dospělými. Dostávají se tak do věkového období, které po nich vyžaduje řadu úkolů a které tak testuje jejich odolnost a připravenost pro budoucí život ve společnosti.

Ne všem se to snadno podaří, někteří z nich mohou hledat pomocnou sílu právě v konzumaci návykových látek, jež jsou poměrně snadno dostupné, mnohé z nich jsou společností tolerované a k řadě z nich se velmi lehce dostanou doma. Jenže něco jiného je, když se pravidelným konzumentem těchto látek stane dospělý a jiná situace nastává u dospívajícího. Tito mladí lidé jsou ve vztahu k droze velmi zranitelní, jsou velmi ohrožení vážným poškozením svého zdraví, hrozí jim sociální propad a vyloučení.

Proto se společnost, všechny její instituce a organizace snaží předcházet tomuto jevu. Vytýčily si jeden důležitý cíl – aby mladí lidé s těmito látkami vůbec nezačínali, aby věděli o nebezpečích, které tyto látky přinášejí.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodl svou práci zaměřit právě na věkovou skupinu dospívajících a rád bych zjistil, jaký je rozsah konzumace návykových látek (legálních i nelegálních) v Jihočeském kraji a jaká je propojenost institucí, které se zabývají

prevencí zneužívání návykových látek a zda tyto instituce ctí doporučení národních a mezinárodních institucí v této problematice.

První kapitulu práce věnuji problematice drog a závislosti. Zaměřím se na vysvětlení těchto důležitých pojmů.

Druhou kapitulu práce jsem vyhradil jednotlivých typům návykových látek rozdělených na legální a nelegální. V této části také popisuji, jaká nebezpečí jednotlivé látky přinášejí.

Třetí kapitola je zaměřena na pojetí prevence. Seznamuji čtenáře s důležitostí prevence, jejím rozdělením a velkou pozornost věnuji právě primární prevenci, která je realizována vzdělávacím systémem.

Ve čtvrté kapitole se věnuji období dospívání. Popisuji věkové rozdělení tohoto období na dílčí části i to, v čem je toto věkové období zátěžové a jakým způsobem mohou někteří mladí lidé na zátěž reagovat.

1. Současný stav

1.1 Návykové látky a závislost

1.1.2 Společnost a její vztah k návykovým látkám

Jak píše Vágnerová (2004), lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout svým problémům, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků a inspirace. Bylo pro ně lákavé získat něco takového ihned a bez vynaložení námahy. Tuto možnost, event. alespoň její iluzi jim mohly poskytnout psychoaktivní látky. Mohly vyvolat žádané pocity, po určitou dobu je zbavit nejistoty, starostí a strachů, zlepšit jejich sebehodnocení, dosáhnout rychlého a snadného uspokojení.

K těmto účelům byly nejprve používány přírodní látky, později i uměle syntetizované. Každé společenství, resp. každé historické období mělo svou drogu, která byla preferována a postupně si v této kultuře získala své místo. Příslušníci dané společnosti si na ni zvykli, naučili se s ní zacházet a tolerovat určitou míru jejího užívání, protože se stala tradicí. (Vágnerová, 2004)

Když se v rámci různých historických změn objevila nová látka, lidé k ní zaujímalí odlišný postoj. Někteří ji odmítali a jiní až nekriticky přijímali, často se její užívání stalo módou. Neznalost jejich účinků, zejména dlouhodobých, mohla mít velice nepříznivé následky. Teprve postupně, v průběhu času, docházelo ke stabilizaci postoje k této látce a názoru na její užívání. Každá společnost si vytváří určité normy, které sankcionují nežádoucí chování ve vztahu k různým drogám, zejména k těm, s nimiž neumí dobře zacházet, nezná hranice jejich rizika, které se nestaly součástí této kultury. Společenský postoj sám o sobě ovšem tak důležitý není. Zákazy a jistá sociální stigmatizace mohou někdy naopak posilovat tendenci mladých lidí zkusit to, co je tabuizováno. (Vágnerová, 2004)

1.2 Co je to závislost?

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se za syndrom závislosti považuje skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychotropní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu. (Nešpor, 2000).

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
 - potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
 - tělesný odvykací stav – látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky,
 - průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
 - postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
 - pokračovat v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.
- (Nešpor, 2000)

Jak píše Nešpor (2000), podle Americké psychiatrické asociace se diagnóza závislosti stanovuje následovně:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování),
2. odvykací příznaky po vysazení látky,
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu než měl člověk v úmyslu,
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky,

5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků,
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení,
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

1.2.1 Návyková látka a závislost

Samotné slovo droga (pocházející snad z arabštiny) původně označovalo látku rostlinného či živočišného původu, obsaženou v léčích. Jak píše Hermochová (2001), je drogou jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Dle doplnění Presla (1995), droga splňuje dva základní předpoklady:

- má tzv. psychotropní účinek – tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality (působí na psychiku)
- může vyvolávat závislost

Jak uvádí Presl (1995), pokud mluvíme o závislosti, je třeba mít také na zřeteli oddělení pojmu fyzická a psychická závislost. U fyzické závislosti jde o stav organismu. Vzniká zpravidla dlouhodobým a častým užíváním drogy a projevuje se odvykacím syndromem, je-li podávání drogy na určitou dobu zastaveno nebo významněji omezeno. Základní vlastností drog je dle Presla schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové přeměny. Narkoman stav bez drog vnímá jako obtížný a nepříjemný a droga se pro něj stává nutností. Rychlost vzniku fyzické závislosti závisí na mnoha faktorech – na typu drogy, jejím množství při užívání, individuální odolnosti organismu, frekvenci a způsobu užívání apod.

Psychická závislost je duševním stavem, který se projevuje různým stupněm přání drogu požívat. Presl (1995) k tomu dále uvádí, že tento stupeň může sahát od

pouhého přání, přes dychtivou touhu až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požit drogu.

Základní třídění drog je následující, byť se na něm mnozí odborníci neshodnou. Legální drogy jsou ty, se kterými se společnost či kultura naučila žít a staly se součástí kulturní tradice v nejširším smyslu. To znamená, že jejich užívání akceptuje či za jistých pravidel a s rozpaky toleruje (alkohol, cigarety). Jejich výroba a distribuce je pod dohledem společnosti. Užívání nelegálních drog není žádoucí, jejich výroba a distribuce je nelegální. (Hermonchová, 2001)

Drogy s akceptovatelným rizikem jsou charakterizovány tím, že je lze užívat v přijatelných intervalech a v přijatelném množství, aniž dojde ke vzniku závislosti či jiným negativním důsledkům jak pro jedince, tak pro společnost. Jejich opakem jsou drogy s rizikem nepřijatelným. (Hermonchová, 2001)

Jak uvádí Nešpor (2000), rozlišují se tyto druhy závislostí:

- závislost na alkoholu,
- závislost na opioidech,
- závislost na kabinoidech,
- závislost na sedativech nebo hypnotikách,
- závislost na kokainu,
- závislost na jiných stimulantích, včetně kofeinu a pervitinu,
- závislost na halucinogenech,
- závislost na tabáku,
- závislost na organických rozpouštědlech,
- závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.

Návykové látky mohou vyvolat další poruchy duševního zdraví, mezi které lze dle Nešpora (2000) zařadit:

- akutní intoxikaci,
- škodlivé užívání návykových látek (dochází k němu tělesnému nebo duševnímu poškození v důsledku návykové látky),

- závislost na návykových látkách,
- odvykací syndrom,
- odvykací syndrom s deliriem,
- psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami,
- amnestický syndrom (syndrom sdružený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti),
- reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem.

1.2.2 Proč jsou drogy nebezpečné u dospívajících?

Jak píše Nešpor (2000), existují specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících:

- závislost na návykových látkách se vytváří podstatně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý často roky nebo desítky let, stihne dospívající i řádově během několika měsíců,
- existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování,
- z podobných důvodů je zde i vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky,
- u dětí a dospívajících závislých na návykových látkách nebo je masivně zneužívajících bývá patrné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.),
- i „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestní činnost atd.),
- je zde také tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné k druhé nebo více látek současně,
- recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah,

1.2.3 Bio-psycho-sociální model závislosti

K užívání drogy dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím (třeba i potenciálním) uživatelem a prostředím, ve kterém k interakci mezi drogou a uživatelem dochází. K jednotlivým vrcholům trojúhelníku se váží tzv. rizikové faktory a protektivní (ochranné) faktory. Úkolem prevence je podpora protektivních faktorů : (Bém, 2003)

1. Droga – její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace,
2. Člověk – závislost lze navodit u každého jedince. V prevenci je snaha vyhledávat rizikové osoby a citlivě s nimi pracovat (osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné a osoby extrovertované, se zvýšenou dráždivostí až agresivní),
3. Prostředí – působení všeho, co jedince obklopuje:
 - a) společnost – vztah společnosti k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, koncepce drogové politiky, informovanost, oslabení rodin, rozvodovost atd.,
 - b) rodinné prostředí – atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, systém norem a hodnot, užívání a dostupnost drog v rodině (důležitou osobou je matka),
 - c) vrstevnické skupiny – kamarádi, parta, škola – záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnější než droga sama. Tato skutečnost je v prevenci využívána ve strategii „peer“ (vrstevnických) programů. (Bém, 2003).

Podle slov Béma (2003) není možné opominout ani provokující faktory, které mohou být bezprostředním a přímým podnětem pro experiment s drogou:

- zvědavost, nuda,
- zlepšení nálady, řešení (či spíše odsunutí) problému, únik z bezvýchodné situace,
- snaha upozornit na sebe, obstát v partě.

Slova Béma (2003) mnohem více rozvádí Vágnerová (2004). Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejímž vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace i míru rizika závislosti: (Vágnerová, 2004)

- složení psychoaktivní látky (záleží na chemickém složení psychoaktivní látky a na jejím působení na lidský organismus. Užívání některých látek vyvolá závislost téměř u kohokoliv, bez ohledu na individuálně specifické biologické i psychické vlastnosti jedince. Děje se tak v případě tzv. tvrdých drog),
- genetické dispozice (genetické dispozice jsou považovány za etiologicky významný faktor, který může zvýšit tendenci užívat psychoaktivní látku. Je třeba si uvědomit, že familiární výskyt závislosti může být podmíněn i pouhou nápodobou tohoto modelu chování),
- biologický základ (biologickým základem vzniku závislosti na psychoaktivní látce je určitý způsob jejího zpracování v organismu. Na zpracování této látky v mozku se, bez ohledu na chemické složení, podílí mezolimbo-kortikální systém. Vytvoření pozitivní zpětné vazby souvisí s fungováním systému odměny: užití psychoaktivní látky poskytne člověku nějaký zisk – zbaví jej úzkosti, zlepší jeho sebehodnocení apod. Na tomto efektu se spolupodílejí různé neurotransmitterové systémy (především dopaminový, ale i serotoninergní, GABA systém a další). V důsledku chronického užívání určité látky se mění fungování některých oblastí mozku, mnohé z těchto změn jsou společné pro všechny psychoaktivní látky, jiné jsou specifické. Riziko užívání některých látek, např. alkoholu, mohou ovlivnit určité fyziologické reakce, průběh jejího metabolického zpracování, resp. kvalita a intenzita příznaků akutní intoxikace (např. nevolnost, zvracení),
- psychické faktory (motivace, která je spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou, může vycházet z individuálních potřeb nebo je důsledkem sociálního tlaku, např. vrstevnické skupiny. Obvykle jde o projev potřeby:
 - A) uniknout něčemu negativnímu – např. vyřešit problémy, vyhnout se stresům a frustracím
 - B) získat něco pozitivního – např. dosáhnout uspokojení nebo slasti, která není jinak dostupná, může jít i o potřebu uniknout stereotypu, nudě, získat inspiraci, uvolnit zábrany

C) sociální konformity – uchování určitých vztahů, akceptace skupinou nebo subkulturou, v níž užívání této látky patří k oceňovanému, resp. standardnímu chování. (Vágnerová, 2004)

Jak dále píše Vágnerová (2004), tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky (a tím i vzniku závislosti):

1. emoční prožívání, pro něž je typický nedostatek vnitřní pohody, zvýšená dráždivost a labilita, častý prožitek psychického napětí, úzkosti a deprese, spolu s pocitem generalizovaného neuspokojení,
2. k řešení problémů pomocí psychoaktivních látek mají sklon lidé, kteří se obtížně orientují v situaci, nejsou schopni adekvátně posoudit sebe sama ani okolní realitu. Mívají extrémní a neadekvátní sebehodnocení, nízkou sebedůvěru, podobně nepřiměřené bývá i jejich očekávání do budoucnosti. Na kognitivní úrovni reagují popíráním rizika a racionalizací svého počínání. Často jim chybějí dlouhodobé cíle.
3. užívání psychoaktivních látek se snadněji zafixuje, když je pozitivně posilováno, tj. když přináší uspokojení. Člověk se je snáze zvykne brát, jestliže mu (alespoň na počátku) přinášejí nějaký zisk, např. jej zbavují úzkosti, zvyšují pocit jistoty, posilují sebevědomí, dávají mu moc. Negativní důsledky se objevují až později a na rozvoj návyku nemusí mít podstatný vliv. Na druhé straně bývají lidé, kteří mají sklon řešit své problémy užíváním psychoaktivní látky, méně flexibilní, reagují rigidně, stále stejnými a méně přiměřenými vzorci chování.
4. závislí lidé mívají problémy v oblasti autoregulace, jejich volní vlastnosti nebývají dostatečně rozvinuté, mívají sníženou sebekontrolu, sklon k impulzivnímu a nezdrženlivému reagování, které ovlivňují situační faktory víc než je běžné. Často nejsou schopni odložit uspokojení svých potřeb. Tento způsob uvažování je běžnější v oblasti dospívání, nezralí a nejistí adolescenti mají silnější tendenci ke zkratkovitým a rizikovým reakcím. Obecně platí, že jedinec, který se nedokáže

ovládat, bude s větší pravděpodobností experimentovat s psychoaktivními látkami.

5. lidé, kteří často pocítují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, jsou nejistí, labilní a neschopní zvládat své problémy, se častěji dostávají do stresu. Riziko je hlavně v tom, že takovou zátěž pro ně představují i běžné situace. Droga se stává přijatelným prostředkem řešení, protože je poskytuje hned a bez námahy. (Vágnerová, 2004)

Sociální faktory mohou ve značné míře zvyšovat tendenci k užívání psychoaktivních látek. Patří k nim dle Vágnerové (2004):

- A) společnost – obecná dostupnost psychoaktivních látek v dané společnosti, resp. jejich dosažitelnost pro populaci dospívajících,
- B) městské prostředí, kde je větší pravděpodobnost nabídky drogy, větší anonymita a možnost menší kontroly nežádoucího chování,
- C) rodina – vliv dysfunkční rodiny, kde dítě není citově akceptováno ani vhodně vychováváno, kde chybí disciplína a model přijatelného způsobu řešení problémů. Tendence k užívání psychoaktivních látek může vzniknout jako nápodoba obdobného rodičovského chování.
- D) sociální skupina – vliv party, event. subkultury, která má své vlastní odlišné hodnoty a normy, kde je užívání drog nebo alkoholu běžné. Za rizikové lze považovat i některé profese, jež přinášejí větší množství stresových situací nebo umožňují snadnější přístup k psychoaktivním látkám,
- E) nižší úroveň vzdělání, které předcházela neúspěšnost ve škole (často posilovaná dysfunkční rodiny), a s tím související sociální znevýhodnění,
- F) sociální deprivace – nezaměstnanost, chybení možnosti přijatelné seberealizace, event. jakéhokoliv zázemí, bezdomovectví. (Vágnerová, 2004)

1.3 Fáze vzniku závislosti

1.3.1 Vývoj vzniku závislosti na alkoholu

Alkohol je velmi starou drogou. Zmínky o jeho užívání pocházejí z Mezopotámie, Egypta, jsou i v bibli.

V naší společnosti je alkohol nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Je to droga společenská, lidé jej obvykle konzumují ve skupině. Pití alkoholických nápojů má velmi dlouhou tradici a společnost je k jejich užívání poměrně tolerantní. Alkohol obvykle působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebejistotu, jindy mohou převládnout negativní prožitky.

Závislost vzniká jsou následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let. U mladistvých se vytvoří rychleji, někdy již za několik měsíců. Závislost na alkoholu může být psychická (člověk si zvykl řešit problémy únikem do alkoholu) i fyzická (projevuje se abstinčním syndromem). (Vágnerová, 2004)

Fáze vývoje závislosti na alkoholu

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází. Poprvé jej charakterizoval v roce 1952 E. M. Jellinek:

1. fáze občasné konzumace – v tomto období lidé pijí alkohol většinou ve společnosti. Jeho konzumace může být projevem sociální konformity. Konzumace alkoholu v zátěžové situaci slouží k potlačení nepříjemného napětí, k dosažení uvolnění a dobré nálady. Rizikovým mechanismem je zafixování zkušenosti, že alkohol přináší úlevu.
2. fáze prodromální, varovná – alkohol pomáhá zvládat stresové situace, jedinec se cítí výkonnější a sebejistější, bez problémů přijímá různá rizika. Ale k tomu, aby byl schopen takto fungovat, potřebuje pít stále víc. V důsledku dlouhodobě zvýšené konzumace stoupá tolerance k alkoholu, a proto dochází ke zvyšování dávek. Alkoholové výpadky paměti signalizují, že své jednání už plně neovládá.

3. fáze kritická – pokračuje růst tolerance k alkoholu a v závislosti na tom i míra jeho konzumace. Tento člověk přestává být schopen své pití regulovat, stavy opilosti jsou stále častější, objevují se alkoholické amnézie.

V tomto stádiu ztrácí kontrolu nad svým pitím. Stal se závislým, potřebuje alkohol denně svou závislost si nechce přiznat, je přesvědčen, že by dokázal přestat pít.

4. fáze terminální, období úpadku – v důsledku poškození funkce jater se tolerance k alkoholu začíná snižovat. Člověk se rychleji opije, ale bez alkoholu nevydrží. Pije prakticky nepřetržitě, první dávku si dává hned ráno. V této fázi se objevují psychické i somatické poruchy podmíněné dlouhodobým abúzem alkoholu. Toto stadium je typické stavy bezmocnosti, alkoholik si uvědomuje svou neschopnost zvládnout závislost. (Vágnerová, 2004)

Jak uvádí Vágnerová (2004), v důsledku abúzu alkoholu dochází k těmto psychickým změnám:

- změny emočního prožívání – nadměrná konzumace alkoholu ovlivňuje celkové ladění. Posiluje tendenci k výkyvům nálad, mnohdy spojené s agresí. Mění se celkový vztah ke světu, postupně převažuje lhostejnost a apatie.
- změny v oblasti kognitivních procesů – pod vlivem alkoholu se zhoršuje koncentrace pozornosti, paměť i celková výkonnost. Uvažování alkoholiků bývá ulpívavé a vztahovačné. Občas jsou sice schopni přiznat si svůj podíl viny, ale většinou nemají sílu svou situaci řešit. Mívají narušené, event. kolísající sebehodnocení.
- změny v oblasti chování – ubývá vůle, ztrácí se schopnost sebeovládání. Mizí sociální zábrany.

Dlouhodobé zneužívání alkoholu způsobuje také psychické a somatické poruchy :

- alkoholový abstinenční syndrom vzniká jako reakce na snížení či vynechání dávky. Závislý jedinec reaguje úzkostí, neklidem, depresivní nebo podrážděnou náladou, bývá malátný, mívá vegetativní potíže.
- alkoholový abstinenční syndrom s deliriem je bouřlivější reakcí závislé osoby na nedostatek potřebné dávky alkoholu. Vegetativní reakce bývá velice silná. Objevují se poruchy vědomí, bludy a halucinace.
- alkoholová psychóza a halucinóza vzniká rovněž jako reakce na snížení dávky alkoholu. Jejími příznaky jsou nepříjemné sluchové halucinace, nemocný mívá děsivé sny.
- amnestické alkoholové poruchy a demence – dlouhodobé nadužívání alkoholu vede k poškození CNS, které se projevuje poruchou paměti a postupným úpadkem inteligence. (Vágnerová, 2004)

1.3.2 Vývoj vzniku závislost na nealkoholových drogách

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost, výstrahy, které se týkají možného ohrožení v budoucnosti, nemají velkou přesvědčivost. Navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem.

Užívání drog je často atraktivní právě proto, že je sociálně odmítáno. Návyk užívat drogy, resp. rozvoj vzniku závislosti, je procesem komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální. Drogová závislost vzniká mnohem rychleji než závislost na alkoholu.

V období dospívání mohou být důsledky závažnější, protože dojde i k narušení osobnostního rozvoje, autoregulačních mechanismů, osvojování sociálních dovedností. (Vágnerová, 2004)

Fáze vývoje vzniku drogové závislosti:

1. fáze experimentování a občasného užívání – impulzem k tomu, aby dospívající zkusil drogu, může být nuda, zvědavost, potřeba něčeho nového, vzrušujícího,

protože takto si lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Značný význam má sociální model – lidé, kteří drogu užívají, sdílejí s ním jeho zážitky a on je nechce ztratit. Droga nabízí únik. V této fázi vyvolává droga žádoucí pocity uvolněnosti, štěstí, sebejistoty.

2. fáze pravidelného užívání – v tomto období už nepopírá, že něco takového dělá, ale popírá riziko svého jednání. Iluze kontroly je typická pro počínající závislost.
3. fáze návykového užívání – s postupující závislostí se zvyšuje lhostejnost k čemukoliv, co se netýká drog. Závislý člověk ztrácí motivaci, mění se jeho hodnoty. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky. V této fázi se mnozí pokusí omezit dávku nebo přestat, ale většinou jde jen o střídání období abstinence a relapsů.
4. fáze terminální – nadměrné užívání psychoaktivních látek poškozuje člověka biologicky i sociálně. Dochází k celkovému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Udržují se pouze kontakty s lidmi, kteří jsou vázáni na příslušnou subkulturu. Jeho jediným zájmem je získání potřebné dávky drogy. (Vágnerová, 2004).

1.4 Rodina jako rizikový faktor

Potvrzuje se, že pro predikci problémového chování je nejdůležitější sociální strukturou rodina. Význam má vzdělání a zaměstnání obou rodičů, rovněž jejich začlenění do dalších sociálních struktur. Je zřejmé, že především fungují jako modely chování. Také hlavní socializační vlivy, tj. tvorba hodnot a norem, se týkají rodiny. S projevy rizikového a problémového chování souvisí dlouhodobě převládající rodinné klima, názory, přesvědčení a postoje obou rodičů. Zvláštní význam má rodičovská tolerance k deviantnímu chování a vliv (zejména matčin) na chování dítěte.

Bezprostřední vliv rodinného prostředí je třeba odlišovat od vnímání a hodnocení tohoto prostředí z pohledu adolescenta. Potřeba sociálního ocenění a prestiže je klíčová a necítí-li se dospívající patřičně oceněn v běžných skupinách (rodina, školní třída), může potřebu sociální hodnoty saturovat třeba skupina delikventů. Mezi další rizikové faktory patří také přirozená potřeba explorační a experimentační, resp. hledání pozitivních prvků ve společensky či zdravotně nebezpečném chování. Např. konzumace drog může být interpretována jako cesta ke kreativě. (Macek, 1999)

Podle Nešpora (2000) se rodina může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému.

Rizikovými faktory na straně rodiny mohou být:

- výskyt jakékoliv neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů zvyšuje riziko jakékoliv návykové choroby u dětí. Neplatí tedy pouze, že děti závislých na alkoholu se častěji samy stávají závislými na alkoholu, ale tyto děti jsou více ohroženy i závislostí na jiných návykových látkách,
- neexistují jasná pravidla týkající se chování dítěte,
- nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, malá péče, nedostatečný dohled, nedostatečné citové vazby dítěte,
- nesoustavná a přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání dítěte, sexuální zneužívání dítěte,
- schvalování pití alkoholu a užívání drog,
- malá očekávání od dítěte a podceňování ho,

- špatné duševní a společenské fungování rodičů, rodiče jsou osamělí, vůči širšímu okolí lhostejní nebo dokonce nepřátelští,
- vážná duševní choroba rodičů,
- velmi těžké hmotné podmínky rodiny,
- rodina špatně funguje, výchova pouze jedním rodičem, který ji časově nebo jinak nezvládá a nemá možnost využít pomoci dalších příbuzných,
- časté stěhování rodiny,
- dítě žije bez rodiny a bez domova,
- závislost na návykové látce, škodlivé či rizikové užívání návykové látky nebo jiný návykový problém u manžela (manželky) nebo partnera (partnerky),
- vážná duševní choroba u manžela či manželky,
- manžel (manželka) nebo jiný blízký člověk fungují jako „umožňovač“, tedy někdo, kdo usnadňuje návykové jednání a chrání závislého před následky, čímž se oslabuje motivace k pozitivní změně. (Nešpor, 2000)

Na druhé straně lze na úrovni rodiny identifikovat řadu protektivních (ochranných) činitelů. K protektivním činitelům patří např.:

- přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství, a pevné citové vazby dítěte,
- jasná pravidla týkající se chování dítěte a přiměřený dohled,
- pozitivní hodnoty (např. Vzdělání),
- rodiče na výchově spolupracují, sdílená odpovědnost v rodině,
- styl výchovy je vřelý a středně omezující (výchova tedy není necitlivě autoritativní, ale také ne zcela volná a bez pravidel a omezení),
- rodiče alkohol, tabák a jiné drogy zejména u dětí a dospívajících odmítají,
- existují přiměřená a jasná očekávání od dítěte, rodiče projevují vůči němu respekt,
- členové rodiny si osvojili dobré způsoby, jak zvládat stres,
- je zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte,
- rodiče jsou duševně zdraví,

- rodiče jsou dobře přizpůsobeni ve společnosti, mají snahu pomáhat druhým, výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu,
- „tvrdá láska“ ze strany příbuzných a dalších blízkých lidí – na jedné straně poskytují pocit citové opory a jsou vřelí, na druhé straně však trvají na pozitivní změně a zvyšují tak motivaci.(Nešpor, 2000)

Některé typické rysy rodin, kde se vyskytuje závislost:

Pseudoindividuace

Dospívající nebo mladý dospělý s návykovým problémem odmítá autoritu rodičů, ale současně bývá stále méně schopen se o sebe postarat a selhává v životních rolích. To přirozeně zvyšuje jeho závislost na rodině a snižuje jeho naději na skutečné osamostatnění v budoucnu .

V této situaci se doporučuje začlenit dítě zpět do rodiny za poměrně tvrdých podmínek těsnějšího dohledu a větších omezení než odpovídají věku. Lze toho dosáhnout tím, že rodiče pohrozí podáním trestního oznámení za krádeže, návrhem ústavní výchovy apod. (Nešpor, 2000)

Triangulace

Dospívající s návykovým problémem si např. matce stěžuje na otce a otcí na matku, prarodičům na rodiče a rodičům na prarodiče, terapeutovi na rodiče atd. Tím získává dospívající prostor pro to, aby pokračoval v návykovém chování, a znesnadňuje spolupráci svého okolí. Logicky nejlepší obranou proti triangulaci je zlepšení komunikace mezi dospělými. Je také třeba se vyhnout posílání vzkazů jiným dospělým prostřednictvím dítěte (Nešpor, 2000).

Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic („enmeshment“)

Překračování meziosobních hranic může znamenat nepřiměřené přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny. Překračování mezigeneračních hranic se často projevuje spojenectvím např. mezi všeodpouštějící matkou a dospívajícím proti přísnému a rodině vzdálenému otcí. Je pochopitelné, že nadměrná identifikace jednoho

z rodičů s problémovým dítětem a vytváření patologických mezigeneračních spojení komplikuje překonávání. S problémovým dítětem identifikovaný rodič navíc často zanedbává jiné stránky vlastního života i další členy rodiny. Přirozenou strategií bývá v tomto případě oslabení patologické identifikace s problémovým členem rodiny, posílení hranic mezi generacemi a zlepšení komunikace. Z tohoto důvodu bývá někdy vhodné pracovat s rodiči odděleně. (Nešpor, 2000)

Patologická rovnováha

Nešpor (2000) popsal v rodinách, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, vztahy typu „něco za něco“. Pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý má mimomanželský vztah, trpí jiným návykovým problémem, duševní nemocí nebo dělá něco jiného, co by pijící partner za normálních okolností netoleroval. Variantou předchozího je „sdílená závislost“, kdy oba pijí nebo jeden pije a druhý je např. závislý na lécích nebo „závislý“ na práci. Návykové chování jednoho z partnerů totiž poskytuje příležitost k masochistickému utrpení i k sadistickému chování vůči pijícímu partnerovi. Je přirozené, že úspěšná léčba předpokládá nastolení nové, zdravější rovnováhy nebo rozchod, pokud není druhý partner schopen nebo ochoten přistoupit na pozitivní změnu.

Umožňovač

„Umožňovač“ je člen rodiny, který usnadňuje návykové chování např. tím, že vymýšlí omluvy pro školu nebo pro zaměstnavatele, platí dluhy, vyřizuje problémy s úřady a soudy, dospělým závislým poskytuje bezplatně bydlení a stravu, často dokonce financuje návykové chování a poskytuje závislému hotovost. Umožňovač zdánlivě pomáhá, ale touto zdánlivou „pomocí“ oddaluje skutečné řešení. Mezi umožňovateli lze nalézt nejen rodiče, ale i manželky a prarodiče nebo jiné blízké příbuzné. Téma umožňování je při práci s problémovými rodinami vhodné otevřít neobviňujícím způsobem, např. tak, že terapeut zdůrazní své přesvědčení o nejlepších úmyslech lidí z okolí závislého.

Omezení komunikace

Člověk s návykovým problémem se často vyhýbá komunikaci s dalšími členy rodiny, zejména pokud by se týkala jeho problémového chování a souvisejících komplikací. Ke zlepšení komunikace někdy dochází spontánně, jestliže se daří návykový problém překonávat. Komunikaci a společně trávenému času se mnohdy vyhýbají i ti rodiče, proti kterým uzavřel druhý rodič mezigenerační koalici.

Odcizení, vzdálení, dezintegrace rodiny

Omezená komunikace a rostoucí problémy vedou často k odcizení a rozpadu rodiny. To léčbu komplikuje, takovému pacientovi je třeba pomoci vytvářet novou síť sociálních vztahů. Někdy se podaří oživit některé dřívější rodinné a přátelské vztahy, jindy je východiskem dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě. (Nešpor, 2000)

1.4.1 Jak mohou rodiče poznat, že dítě užívá drogy

Přímé známky zneužívání alkoholu a jiných drog

- vyšetření moči nebo jiného biologického materiálu prokáže návykovou látku. Heroin a pervitin se dají prokázat 1 – 2 dny po aplikaci, konopí mnoho dní nebo při dlouhodobém braní i mnoho týdnů po poslední dávce. Prokazatelnost alkoholu záleží na dávce, může to být od 2 hodin do 24 hodin a déle,
- o užívání drog nebo pití existují hodnověrná svědectví,
- u dítěte se najdou drogy nebo pomůcky k jejich zneužívání (např. jehly, stříkačky),
- četné jizvy po vpiších v průběhu povrchových žil.

Nepřímé známky vysoké závažnosti

- dítě má přátele a známé, kteří berou drogy nebo nadměrně pijí alkohol,
- dospívající vysvětluje braní drog, zastává se jich, poukazuje na jejich léčivé účinky atd.,
- krádeže ve třídě nebo v domácnosti u předtím bezúhonného dítěte,
- nevysvětlitelné útesy z domova, po kterých se dítě vrací ve špatném stavu.

Nepřímé známky nižší závažnosti

- ztráta dobrých přátel, uzavírání se do sebe,
- dříve normální dítě začne být nezdravé, neduživé, odmítá lékařské vyšetření,
- narůstající potřeba peněz,
- zanedbává péči o zevnějšek,
- náhle se zhorší prospěch ve škole, neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy, nezvyklé problémy s chováním,
- nevolnost, zvracení,
- náladovost, podrážděnost, poruchy paměti,
- nadměrná aktivita nebo apatie či jejich střídání,
- tajnůstkářství,
- náhlá ztráta kvalitních zájmů. (Nešpor, 2004)

Specifické známky po užití jednotlivých drog:

- Alkohol – typický zápach z úst, který může dítě maskovat např. mentolovými bonbóny,
 - Tlumivé léky – stavy podobné opilosti, nezřetelná výslovnost, útlum, zhoršená pohybová souhra a poruchy rovnováhy,
 - Konopí – zarudlé spojivky, dítě hlasitě mluví, nepřiměřeně se směje, typický zápach připomínající pálicí se bramborovou nať,
 - Pervitin – nadměrná a často bezúčelná aktivita, rozšířené zornice, po odeznění působení dlouhý spánek, deprese, velký hlad,
 - Extáze – projevuje se podobně jako pervitin včetně útlumu a možných depresí po odeznění účinku drogy,
 - Halucinogeny – projevují se poruchami vnímání, jako jsou halucinace a iluze, časté bývá nesmyslné chování, pohrouženost do vnitřního světa, zornice bývají rozšířené, po odeznění příznaků mohou přetrvávat dlouhodobé deprese,
 - Heroin – utlumenost, ospalost, pohroužení do vnitřního světa, zornice nereagují na světlo, dech bývá pomalý, po odeznění účinků nevolnost, zvracení, svalové bolesti, nespavost, pocení,
 - Těkavé látky – typický zápach příslušné těkavé látky z dechu a oděvu.
- (Nešpor, 2004)

1.5 Jednotlivé skupiny návykových látek

1.5.1 Legální drogy

Tabák

V ČR jsou běžné v zásadě dvě následující formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdechmem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je jednak tabák žvýkací, tedy listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají (oblíbená forma zejména u horníků, kteří bývají závislí na nikotinu, ale během směny nemohou kvůli metanu kouřit) a „moist snuff“, doslova „vlhký šňupec“ (výstižněji by to snad bylo „cucec“, protože jsou to papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin, bohužel také spolu s dalšími chemikáliemi).

Akutní účinky nejsou tak podstatné: lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem. Někoho od kouření mohou odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy rychle překoná, později se už neobjevují - rychle vzniká tolerance.

Mezi hlavní odvykací (abstinenční) příznaky při vzniklé závislosti patří především nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu. (Tabák – podrobně, 2007)

Rizika

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku) vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu (asi u 60-70 % kuřáků).

Pokud jde o vliv na zdraví, u bezdýmého tabáku nejsou zplodiny pyrolýzy, celkový vliv je tedy o málo menší, ale vinou intenzivnějšího a delšího působení v dutině ústní je tu výraznější místní vliv (nemoci dutiny ústní).

První dvě dostatečně velké epidemiologické práce, prokazující souvislost rakoviny plic a kouření, byly publikovány až v roce 1950. Od té doby bylo publikováno kolem 70 000 prací, které popisují podíl kouření na 24 nemocích ve třech skupinách: kardiovaskulární (podíl kouření asi 20-25 %), nádory (30 %) a chronická plicní onemocnění (75 %). Nejčastější příčinou smrti v důsledku kouření je infarkt myokardu. Nenajdeme ovšem obor medicíny, jehož by se kouření netýkalo. (Tabák – podrobně, 2007)

Ročně stoupá spotřeba tabáku celosvětově zhruba o 3 %, a to především v rozvojových zemích. V rozvinutých („západních“) zemích kouření buď stagnuje nebo klesá, většinou kouří kolem 25 % populace nad 15 let. U nás kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15 a 18. rokem však kouří 40-50 % mladých, a to zejména dívek. To je alarmující trend i při celkovém poklesu kuřáků (asi o 10 % za posledních 10 let, přestávají však spíše muži a spíše starší).

Nejčastěji se s kouřením začíná kolem 14 let, 80-90 % kuřáků začne před svým 18. rokem. Děti ve věku 12-14 let jsou také cílovou skupinou tabákové reklamy. (WHO, 2007)

Česká republika je ke kouření velmi tolerantní a cigarety jsou velmi dostupné i šestnáctiletým, ačkoliv jsou pro ně vzhledem k jejich věku tabákové výrobky „nelegální drogou“. Téměř 40 % studentů patří mezi pravidelné kuřáky (srovnatelně 39 % chlapců a 38% dívek). (Tabák – podrobně, 2007)

Alkohol

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací (škodlivým užíváním) alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu. Příznaků somatického poškození, vyvolaného škodlivým užíváním alkoholu, je popsáno velké množství. Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie).

Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rekta (řitě).

Rizika

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Přejod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro vývoj závislosti jsou „postupné“ změny („postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu“, „postupná ztráta kontroly užívání alkoholu“, „postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů“). Současně dochází (zpočátku většinou rovněž nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“).

Na rozdíl od závislosti na některých jiných návykových látkách, při kterých existuje možnost substituční léčby, u závislosti na alkoholu není možno dosáhnout kontrolovaného užívání (pití). Abstinence je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu. Pro tuto poruchu je charakteristická „nevratná“ ztráta schopnosti kontrolovaně pít alkohol.

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100 % alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů na jednoho obyvatele za rok. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. (Alkohol – stručně, 2007)

Csémy L. a kol. (2006) ukazuje, že užívání alkoholu je běžnou součástí životního stylu šestnáctiletých a student v ČR jsou v pomyslném žebříčku konzumentů alkoholu na předních místech v Evropě. Jakoukoliv zkušenost s pitím alkoholu má v ČR 98 % respondentů. V ČR patří k pravidelným konzumentům alkoholu 46 % studentů (54 % chlapců a 40 % dívek).

Léky

Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13 se týká kromě sedativ a hypnotik i dalších léků, které u jejich uživatelů mnou způsobit závislost, např. analgetika. Léková závislost je velkým problémem, kterému nebyla zatím věnována dostatečná pozornost. Dalším problémem je, že dlouho probíhá skrytě a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti. Chronické užívání vede k psychické i fyzické závislosti. Při chybění léku – drogy se objevuje odvykací syndrom. Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých, ale nejvíce postižených je ve středním, případně vyšším věku.

Ve většině případů se jedná o preparáty aplikované per os, v praxi se u uživatelů drog můžeme setkat s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. (Léky – podrobně, 2007)

Těkavé látky

Jedná se o skupinu návykových látek vedených v MKN-10 pod označením F-18 – prchavé látky. Označují se někdy i jako těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, např. éter a rajský plyn. Jednotlivé prchavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění centrální nervové soustavy, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované. Legislativní opatření jsou zatím nedostatečná.

V bývalém Československu byly prchavé látky a jejich zneužívání známé již před druhou světovou válkou. Oblíbenou látkou byl éter. Epidemický výskyt zneužívání prchavých látek se objevil v našich zemích koncem šedesátých let. Mladí lidé ze základních a středních škol, poučení nevhodným pořadem v televizi, hromadně nakupovali čisticí prostředek Čikuli, který pak inhalovali. Opakovaně se vyskytují epidemie na jednotlivých školách v ČR, které někdy bagatelizují jak učitelé, tak

i rodiče. Nejčastěji inhalují žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Maximum počtu uživatelů inhalačních drog bylo zpočátku ve věku 14 – 15 let, od roku 1997 je to skupina 20 – 29 – letých.

Počet uživatelů inhalačních drog je v ČR poměrně stabilní. Uživatelé relativně brzy s užíváním přestávají a často pak přecházejí na jiné návykové látky. Inhalační látky se tak staly součástí iniciačních drog, mezi které patří také tabák a alkohol. Jednotlivé inhalační drogy jsou popsány v příloze č.1. (Těkavé látky – podrobně, 2007)

1.5.2 Nelegální drogy

Konopné drogy

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány především dvě základní formy drogy. První je marihuana, druhou hašiš. Nejstarším známým písemným dokladem o užívání opia je farmakologické pojednání datované někdy do období 2737 let př. Kr. Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí – jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. Může dojít k rozvoji paranoidního stavu. Může se objevit mírná zmatenost přecházející až do psychotické roviny. Výjimečná není autoagrese či agrese vůči okolí.

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů. Určité omezení z hlediska úpravy představuje malá rozpustnost ve vodě. (Konopné drogy – stručně, 2007)

Opiáty

Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických opiátů je morfin a jeho deriváty. Opiáty jsou právem považovány spolu s ředidly za nejnebezpečnější skupinu drog. Opiáty mají nejvyšší závislostní potenciál. Jsou nejdražšími drogami (svého uživatele nejrychleji „vysají“ a vzápětí logicky nasměrují ke zločinu). Jsou neslučitelné s běžným způsobem života. Lze se jimi relativně nejsnadněji předávkovat.

Opiáty působí na centrální nervovou soustavu několika způsoby – navozují pocit euforie, tlumí bolest, navozují ospalost, utlumují dýchání. Na druhou stranu mohou vyvolat nevolnost, způsobují sucho v ústech, očích a nose, způsobují zácpu. Jejich účinky byly známy již 8000 let př. n. l. Užívání opia se rozšířilo ze Sýrie. V antice se opium používalo k utišení bolesti. Po mnoho století bylo opium pojídáno a popíjeno. S rozšířením tabáku v 16. a 17. století se vyvíjely techniky umožňující kouření opia. Od roku 1912 bylo opium podle mezinárodní opiové úmluvy z Haagu zakázáno užívat mimo medicínské použití. (Opiáty – podrobně, 2007)

Stimulancia

Vesměs jsou stimulační drogy používány k vyvolání pocitu euforie. Prvotní efekt stimulancí je ve většině případů výrazný a příjemný. Při častém a déletrvajícím zneužívání této skupiny drog dochází k zásadním změnám psychiky. Podkladem je rozvoj toxické psychózy – psychické poruchy projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými halucinacemi. Stimulancia patří mezi drogy s vysokou mírou rizika. Stimulancia vytvářejí velmi rychle a spolehlivě psychickou závislost. Uživatel musí dávku postupně zvyšovat, aby tak dosáhl euforie. Stimulancia vylučují z rodiny a společnosti, člověk celý den věnuje shánění peněz a dávků a stýká se jen se skupinou stejně závislých. (Stimulancia stručně, 2007)

Halucinogeny

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu
- semisyntetické a syntetické drogy

Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoidotu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. (Halucinogeny stručně, 2007)

Taneční drogy

Jako taneční drogy se nejčastěji rozumí „ecstasy“. Toto jméno v užším smyslu znamená MDMA (metylen-dioxymetamfetamin). V širším smyslu bývá vztahováno ještě na tři příbuzné sloučeniny (MDA, MDEA a MBDB). Hlavními společnými účinky, pro něž se užívají „taneční drogy“ jsou:

- povzbuzující účinky, umožňující extrémní fyzickou aktivitu typu několikahodinového tance, a potlačující pocity hladu, žízně anebo horka,
- empatogenní účinky, které navozují pocity vcítění, přátelskosti a sdílení
- halucinogenní účinky ,

Při běžném užití ústy se podle dosavadních poznatků nemůže zdravý člověk předávkovat. Užívání ecstasy ale představuje řadu rizik, z nichž nejvýznamnější zahrnují:

- paradoxní efekt, kdy dojde ke zmatenosti, dezorientaci, úzkostnosti,
- dehydrataci a přehřátí organismu,
- záměnu tablety za jinou sloučeninu,
- vysoké riziko dopravní nehody při řízení motorových vozidel,
- nepříjemný „dojezd“, provázený skleslostí až depresí, nespavostí a podrážděností. (Taneční drogy – souhrn, 2007)

1.6 Prevence jako stěžejní téma drogové politiky

1.6.1 Prevence a její dělení

Termín prevence (pocházející z latinského *preventus* – zákrok předem) je pojmem v drogové problematice téměř ústřední. Obecně se totiž soudí, že předcházení negativním důsledkům některým nežádoucích jevů je z hledisek sociálního, ekonomického, etického, zdravotního apod. výhodnější než zákroky proti již vzniklým defektům.

Aktivity prevence se dělí zpravidla do tří typů:

1. primární prevence – také tvůrčí, kreativní, zaměřená jednak obecně, nespecificky na posilování zdraví s očekáváním, že se tak zesílí i obranyschopnost jedince, jednak na specifické nebezpečí. V oblasti drogového problému má zamezit vzniku drogového problému.
2. sekundární prevence – orientovaná na včasné vyhledání latentních stádií nemocí či rizikových osob s cílem předejít rozvoji onemocnění, komplikacím, přičemž se používají techniky a metody cílené k diagnostikování nemocí a jejich projevů. Jedná se o to, včas problém rozpoznat a začít léčbu.
3. terciární prevence – je srovnatelná s termínem zdravotní rehabilitace, tedy s obnovením fyzických, psychických a sociálních schopností člověka. V oblasti drog jde o harm reduction. (Hermonchová, 2001)

Prevence se dělí podle cílového objektu na:

- globální – míří na celou populaci,
- selektivní – sleduje zachycení zjištěných rizikových skupin,
- indikativní – péče o již diagnostikované ohrožené skupiny. (Hermonchová, 2001)

1.6.1.1 Prevence zaměřená podle věku

Od narození do 1 roku

Dítě tohoto věku je ve všem podstatném závislé na dospělém člověku, většinou na matce. Zkušenost s přiměřeně pečující a laskavou matkou může dítěti v dospělejším věku velmi pomoci. Z hlediska prevence je tedy důležitá péče a vřelost a uspokojování citových potřeb dítěte.

Od 1 do 3 let

Dítě se začíná duševně oddělovat od matky a prosazovat svoji vůli. Myšlení tohoto věku je zaměřené na sebe. Chování rodičů by mělo být klidné a vřelé. Mělo by se dítěti laskavě dávat najevo, že je v pořádku, že se chce prosadit, ale jsou i určitá omezení.

Od 3 do 6 let

I když rodiče zůstávají nejdůležitějšími osobami, začíná většina dětí pronikat do širšího světa mimo rodinu. K tomuto věku patří nekonečné vyptávání se. Dítě zkoumá okolí, hrou se učí zjišťovat, co je skutečné a co ne. Již v tomto věku je důležité začít dítěti vštěpovat, že zdraví je důležitá hodnota a že zdravé je správné chránit. Dítě má vědět, že okolní svět skrývá jistá nebezpečí, a má se učit jak se jim bránit – už tedy nemá spoléhat pouze na všemocnou ochranu rodičů.

Od 7 do 12 let

Dítě tohoto věku se učí mnoha potřebným dovednostem, učí se vycházet s vrstevníky, zapojit se do skupiny, duševně pracovat, spokojovat své tělesné i duševní potřeby. Začíná být schopno rozumově uvažovat. O sobě má tendenci přemýšlet černobíle. Informace poskytované dětem tohoto věku by měly být velmi konkrétní. Je třeba pokračovat ve zdůrazňování hodnoty zdraví. Postupně je třeba informace přeměňovat v pravidla a návyky a srozumitelně je vysvětlovat. Cílená prevence zaměřená proti škodám způsobeným alkoholem, tabákem a jinými drogami by měla

začít již teď. Účinnost prevence se zvýší, je-li zahájena 2-3 roky před prvním kontaktem s drogou.

Od 13 do 18 let

Tento věk je velmi náročný. Dochází k dozrávání tělesnému i duševnímu. Objevuje i rozvíjí se schopnost řešit problémy, rozhodovat se, abstraktně myslet. Dítě se postupně odděluje od rodiny. Rámec rodiny si dospívající doplňuje dalším rámcem vrstevníků a kamarádů. Pro mladé lidi je právě skupina vrstevníků důležitá – může jim pomoci se alkoholu a drogám vyhnout nebo naopak představuje nebezpečí. Dospělý se může nabízet jako zdroj informací, zároveň by ale měl povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Měl by počítat s tím, že mladí lidé tohoto věku se nespokojí s přijetím informace, ale budou chtít diskutovat. V prevenci mají velký význam programy za účasti připravených vrstevníků („peer programy“). (Nešpor, 1997).

1.6.2 Primární prevence jako základ

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cíle je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji. (Nešpor, 2000)

Vlastní smysl primární prevence lze vyjádřit následujícím způsobem – užívání drog by nemělo být akceptovanou normou chování mladých lidí. (Bém, 2003)

Primární prevence by měla splňovat tyto obecné charakteristiky:

1. Sociální (skupinový) charakter – primární prevence se obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace (tzv. cílové skupiny).
2. Cíl: zabránit vzniku poruchy zdraví – primární prevence usiluje o to, aby se potenciální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem, tj. aby drogy nevyhledával a nekonzumoval. Specifickým cílem je dosáhnout alespoň odložení kontaktu s drogou do vyššího věku, protože u dětí a velmi mladých teenagerů mají drogy mimořádně destruktivní vliv. Dalším cílem je snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami.
3. Prostředky – používají se metody psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu apod. (tedy metody nemedicínské).
4. Zaměření: specifická a nespecifická – nespecifická prevence není tématizovaná na zneužívání návykových látek, zaměřuje se spíše na projektivní faktory, které obecně souvisí s podporou zdraví. (Bém, 2003)

1.6.2.1 Primární prevence ve školách

Problematika prevence kriminality a sociálně patologických jevů je v resortu školství formálně ošetřena Strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a současně řadou metodických pokynů, které jsou zaměřeny na jednotlivé nežádoucí jevy.

Na základě vládou schválené Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže je cílem resortu vytvářet podmínky pro činnost všech subjektů vykonávajících preventivní aktivity a významným způsobem zlepšit podmínky pro realizaci primární prevence podporou těchto aktivit na školách a školských zařízeních. Toho resort hodlá dosáhnout především podporou adresně směřovaných projektů na jednotlivé negativní jevy se zvláštním důrazem na prevenci alkoholismu, tabakismu a užívání drog. (Ministerstvo vnitra, 2007)

Jak píše Skácelová (2003), školy a školská zařízení zaujímají prioritní postavení v systému primární prevence.

Základním nástrojem prevence v resortu školství je Minimální preventivní program (viz příloha č. 6). Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci s ostatními pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika školského zařízení a regionu, míru problému ve vztahu k drogám mezi dětmi a mládeží. Součástí Minimálního preventivního programu je i řád školy, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení.

Dle Skácelové (2003) je nutné postavit program prevence na účinných složkách – znalosti a informacích, dovednostech adekvátních věku a stádiu změn, formování postojů a hodnot.

Jak lze doplnit v souladu s tezemi Nešpora (2000), efektivní program primární prevence:

- odpovídá věku,
- je malý a efektivní,
- zahrnuje podstatnou část žáků,

- zahrnuje získání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život,
- bere v úvahu místní specifika,
- využívá pozitivní modely,
- zahrnuje legální i nelegální návykové látky,
- zahrnuje i snižování dostupnosti návykových látek,
- je soustavný a dlouhodobý,
- je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně,
- je komplexní a využívá více strategií,

Skácelová (2003) dále poznamenává, že v primární prevenci zaměřené podle věku by měly děti získat tyto znalosti, dovednosti a postoje:

Tabulka 1 Primární prevence podle věkových skupin

Věková skupina	Znalosti	Dovednosti	Postoje
6 – 10 let	Léky jsou drogy a pomáhají nám, užívají se dle předpisů, alkohol a tabák jsou také drogy, drogy mají vliv na naše zdraví, hodnota zdraví	Jak se chránit v různých situacích, jak získat pomoc pro sebe a druhé, dovednost zachovat si vlastní sebedůvěru a podporovat sebedůvěru u druhých	Vědomí sebe sama, sebeúcta, přijmout dobře míněné rady rodičů a učitelů, umět přijímat rozdíly mezi lidmi, kladný postoj k vlastnímu tělu
11 – 13 let	Úloha léků ve společnosti, pozitivní a negativní účinky alkoholu, tabáku, další informace o specifických drogách, experimentování je osobní záležitost, ale nebezpečná	Dovednost správně se rozhodnout, vybrat si vhodné osoby a organizaci, když potřebuji pomoc, budování vlastní sebeúcty, správná výživa, tělesná aktivita	Pozitivně přijímat příklady dospělých – zejména rodičů a učitelů, tolerance vůči nedostatkům druhých, akceptace rozmanitosti
14 – 15 let	Užívání drog v minulosti, způsoby propagace alkoholu a tabáku, další informace o působení drog, znalosti práva v oblasti drog, znalost školních předpisů, kde hledat pomoc a radu	Jak pozvednout vlastní sebehodnocení, jak odolat nátlaku vrstevníků, rozvíjet nezávislost a toleranci, dovednost řešit konflikty, vědět, kde hledat pomoc a radu	Optimistická životní orientace vůči zátěži, kterou přináší život, zodpovědnost vůči sobě i okolí, pozitivní sebejistota v rozhodování, ochota vyhledat pomoc
16 – 19 let	Kulturní kontext užívání a zneužívání drog, světový obchod s drogami, techniky tvůrců reklam, informace o specifických drogách, znalost práva v oblasti drog, znalost, kde hledat pomoc	Porozumět vlastním přáním a jejich zdrojům, vyhodnotit záměr reklamy, být odolný vůči sebedestruktivnímu chování, vůči stresu, naslouchat druhým, dovednost řešit problémy, umět vhodným způsobem ventilovat své pocity	Pozitivní životní orientace vůči zátěži, kterou přináší život, znát motivy vedoucí k experimentování s drogami, tolerance vůči druhým, znát své hodnoty a pozitivní seberealizace

1.6.2.2 Program Zdraví 21

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy WHO usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví je v deklaraci stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování cílem sociálního a hospodářského vývoje.

Velký význam přikládá ZDRAVÍ 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování zdraví. Některé nepříznivé determinanty budou zřejmě ovlivňovat zdraví podobně jako dosud. Týká se to nedostatků v životním stylu – kouření, nadměrné spotřeby alkoholu, zneužívání drog.

Program Zdraví 21 si vytýčil 21 cílů a cíl č. 12 se týká návykových látek a snížení jejich konzumace u dospívajících.

Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem (do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky návykových látek, jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy), a to z toho důvodu, že kouření cigaret způsobuje rozsáhlé poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemoci dýchacího ústrojí. Nadměrná konzumace alkoholu má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů. Drogy mají kromě toxických účinků vážné sociální dopady, vliv na psychické poruchy a zvyšují riziko některých závažných infekcí (AIDS, virové záněty jater).

Dílním úkolem je pak, že mezi osobami staršími 15 let by mělo být 80 % nekuřáků a mezi osobami mladšími než 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 %.

Levné tabákové výrobky jsou velmi snadno dostupné. Přetrvává oficiální i skrytá podpora tabákového průmyslu. Důsledkem je vysoký počet kuřáku v populaci dospívajících. (Zdraví 21, 2007)

Doporučené aktivity institucí:

- podpora účinných preventivních programů na zvýšení informovanosti široké veřejnosti, na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života ve

spolupráci MŠMT, MPSV, územních samosprávných celků, nevládních organizací.

Dílčí úkol 12.2 je stanoven takto: spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová.

V ČR se zvyšuje spotřeba alkoholu a výskytu opilosti u dětí a dospívajících.

Aktivita institucí:

- cílené programy ve školách na snížení poptávky po alkoholu a jiných návykových látkách (MŠMT, Ministerstvo zdravotnictví) + podpora nevládních organizací, které podporují zdravý životní styl + aktivity na místní úrovni (MŠMT, MPSV – poradenství pro rodiče, kde hledat pomoc atd.),
- WHO doporučuje, že preventivní programy by měly být v minimálním rozsahu 15 hodin dva roky po sobě.

Úkolem č. 12.3 je snížit rozšiřování drog alespoň o 25 % a úmrtnost v důsledku jejich užívání alespoň o 50 %.

Výskyt rizikového užívání návykových látek je v ČR zejména u dospívajících vysoký, značná je také spotřeba tlumivých léků bez lékařské indikace.

Aktivita institucí:

- financovat a vyhodnocovat preventivní programy (Ministerstvo zdravotnictví, MŠMT) + preventivními programy snižovat poptávku po drogách + preventivní kampaň na místní úrovni (zaměřenou na poradenství pro rodiče, informace, kde hledat pomoc atd.) + podpora nevládní organizací, které podporují zdravý životní styl.
- WHO opět doporučuje minimální rozsah preventivního programu. (Zdraví 21, 2007)

1.7 Dospívání jako rizikové období

1.7.1 Dospívání – jak ho věkově vymezit?

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Jako termín označující určité období života člověka bylo toto slovo poprvé použito v 15. století. Adolescence je pak většinou datována od 15 do 20 (22) let. Počátek je spojován s plnou reprodukční zralostí. (Macek, 1999)

Dospíváním se rozumí přechodové období mezi dětstvím a dospělostí. Zatímco puberta označuje spíše tělesné změny sexuálního zrání, dospívání, adolescence je širším pojmem, který označuje psychologické a sociální změny v období přibližně od 12 do 20 let. (Lorenc, 2002)

Jak píše Macek (1999), lepší je periodizace adolescence jako celého období mezi dětstvím a dospělostí. Adolescence je dospívání i mládí současně, odlišuje se od ostatních životních etap.

Všeobecný konsensus rozlišuje tři fáze:

- A) časnou adolescenci – 10 – 13 let
- B) střední adolescenci – 14 – 16 let
- C) pozdní adolescenci – 17 – 20 let (popř. dále). (Macek, 1999)

Dospívání je složitý komplex změn v životě jedince vedoucí k vývoji od nezralého a závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Tento komplex změn zahrnuje složku biologickou, sociální a psychickou a můžeme jej rozdělit do dvou základních období:

1. pubertu – dosažení pohlavní zralosti a možnosti plodit
2. adolescenci – psychické a sociální dospívání s cílem dosáhnout statutu dospělého. (Broža, 2003)

Věkově ohraničit tyto dvě etapy je velmi problematické. Adolescence je v životě člověka velice složité období, plné náročných situací, které musí dospívající řešit a které mu komplikují jeho sociální roli a psychologickou jistotu:

- nechce být dítětem a neumí být dospělým,
- potřebuje nahradit dětský svět, jehož byl středem, novými sociálními vazbami,

- stojí před mnohými rozhodnutími, které jej nutí k osobní zodpovědnosti,
- zjišťuje, že existuje mnoho způsobů, jak lze prožít život,
- hledá smysl světa, života a sebe. (Broža, 2003)

1.7.2 Vývojové úkoly dospívajících a specifické rozpory

Vývojové přechody jsou období charakterizována významnými změnami v biologické či sociální sféře života. Biologické změny (puberta) a významné sociální změny (vstup do školy) navozují novou životní situaci, v níž se člověk učí orientovat, porozumět jí a posléze ji akceptovat. Vývojové přechody může člověk pojmut jako určitou výzvu a novou příležitost, mohou však být vnímány jako komplikující a stresující události v životě. Adolescence je obvykle definována jako vývojová přechod s významnými změnami jak v biologické, tak v sociální sféře. (Macek, 1999)

Jak uvádí Macek (1999), adolescence je čas pro splnění vývojových úkolů:

- přijetí vlastního těla, fyzických změn, včetně pohlavní zralosti a pohlavní role,
- schopnost aplikovat intelektový potenciál v běžné každodenní zkušenosti,
- uplatnění emocionálního a kognitivního potenciálu ve vrstevnických vztazích, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví,
- změna vztahů k dospělým – autonomie, popř. vzájemný respekt a kooperace nahrazuje emociální závislost,
- získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování s určitým jistotám, které s ní souvisejí – k volbě povolání, k získání základní profesní kvalifikace,
- získání zkušeností v erotickém vztahu, příprava pro partnerský a rodinný život,
- rozvoj intelektu, emocionality a interpersonálních dovedností zaměřených ke komunitě a společnosti – získání kompetence pro sociálně zodpovědné chování,
- představa o důležitých osobních cílech a stylu života,
- ujasnění hierarchie hodnot, reflexe vlastního vztahu ke světu a k životu.

Adolescence je období bouří a konfliktů. V adolescenci jakoby se člověk podruhé narodil. Je to období turbulence, plné oscilací mezi protiklady. Je to nevyhnutelný a dramatický střet protikladných tendencí v člověku.

Průběh dospívání je velmi závislý na specifických kulturních a společenských podmínkách, tj. na hodnotách, tradicích a normách konkrétní společnosti. Vzdor a

konflikt se tradičně přisuzovaly zejména mezigeneračním vztahům. Také se ukazuje se, že generační konflikt je odlišně interpretován dospělými a adolescenty. Dospělí smýšlejí o adolescentech mnohem negativněji než o sobě samých. (Macek, 1999)

Jak uvádí Langmeier (1998), dospívající musí v dnešní společnosti řešit tyto specifické rozpory:

1. rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí – sekundární akcelerace tělesného růstu a pohlavní zralosti posunuje dolní hranici dospívání do stále nižšího věku, zatímco složitost společenských požadavků a nároky na vzdělání a profesionální přípravu oddalují dosažení sociální zralosti.
2. rozpor mezi rolí a statusem – při vymezení role dospívajících se často vychází daleko spíše ze zaměření na budoucnost než z jejich přítomných potřeb a zájmů. Dlouhý interval mezi učením a možností využít naučené oslabuje motivaci k učení a vyvolává nezřídka odpor vůči tlaku školy a rodiny. Především však k tomuto rozporu přispívá nejednost v názoru mezi jednotlivými vychovateli (rodiči, učiteli) a mezi postupy téhož vychovatele v různé době.
3. rozpor mezi hodnotami mladé a staré generace – nová generace si sbírá vlastní zkušenosti a odmítá přijmout stará měřítká za platná. Odmítá se „generační konflikt“ jako nutný a ukazuje se na to, že více záleží na porozumění, toleranci a názorové pružnosti.
4. rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti – v diskuzích se svými kamarády a přáteli stále častěji srovnává, vzdoruje a revoltuje.

1.7.3 Dospívání jako krizová životní situace

Krise vede obvykle ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování (ať v pozitivním nebo negativním smyslu). Nese možnost zásadní změny. Z toho vyplývá, že je zároveň nebezpečím i příležitostí. Během života se člověk musí utkat s řadou přirozených překážek, které jsou dány nároky růstu a zrání. Krize zrání lze vymezit jako předvídatelné procesy růstu a vývoje, které se rozvíjejí v určitém časovém období. Můžeme je definovat v rámci života jedince (např. puberta, adolescence). (Bahbouh, 2002)

Tělo se v adolescenci bouřlivě proměňuje. Tyto změny přinášejí ztrátu pocitu jistoty ze samozřejmě fungující dětské tělesnosti. Člověk najednou neví, kam se všemi údy. Různými triky se dospívající snaží vyrovnat s těmito změnami, skrývá je nebo zakrývá, zdůrazňuje, aby vypadaly dospělejší (Bahbouh, 2002). Jak uvádí Vágnerová (2000), tělesná atraktivita má svou sociální hodnotu a stává se součástí sebehodnocení dospívajícího. Individuálně rozdílné tempo dospívání může vést k frustraci jedince.

Dospívající objevuje nové horizonty na hranici své rodiny. Venku jej čeká mnoho nového, podnětného, lákavého. V myslí mu přitom vyvstává mnoho pochybností o sobě i o světě rodičů, objevuje se otázka po svobodě, smyslu a řádu světa. V blízkosti svých vrstevníků tráví dospívající hodiny a hodiny (Lorenc, 2002). Dle Vágnerové (2000) je jednou z vývojových potřeb pubescenta odpoutání se od rodiny. Vrstevnická skupina slouží jako opora. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mají značný vliv.

S vynořením nových horizontů dospívající objevuje i mnoho nových, neznámých prožitků. Provokuje a vyhledává takové situace, které v něm probouzejí nové pocity a ideje, protože potřebuje poznat sám sebe. Reaguje podrážděně. Je kritický. (Vágnerová 2000)

V rámci hledání a vytváření vlastní identity si dospívající klade otázku: Kdo jsem, jaké je moje místo ve světě. Toto hledání je provázeno mohutnými vnitřními otřesy. Dospívající může často prožívat hluboké pocity nedostatečnosti, trpí depresivními náladami, ztrátou smyslu. Mohou jej také překvapit pocity odcizení vlastního těla,

emocí, případně i světa, zvláště po výjimečných prožitcích nebo vlivem excesivního způsobu života. (Vágnerová 2000)

Dalším kritickým momentem pro adolescenta se může stát konfrontace s autoritami. Kritický se může konflikt stát v momentě, kdy dospívající volí jako protest ilegální způsoby jednání, které mohou ohrozit jeho další psychosociální perspektivu (závislost na psychoaktivních látkách, delikvence). (Vágnerová, 2000)

1.7.3.1 Problémové chování dospívajících jako reakce na krizi

Je to velmi citlivé období pro rozvoj tzv. rizikového a problémového chování. To je v zásadě dvojího druhu. Jednak se týká poškozování zdraví adolescentů (tělesného i duševního), ve druhém významu je rizikové a problémové chování adolescentů spjata s ohrožením společnosti, tj. negativním vlivem a újmou druhých lidí. Mezi oblastí problémového chování se zařazují:

- predelikventní chování a páčání trestné činnosti,
- agrese, násilí, šikana a týrání (včetně rasové nesnášenlivosti),
- užívání drog (včetně alkoholu a kouření),
- sexuální rizikové chování,
- poruchy příjmu potravy,
- sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy. (Macek, 1999)

Období adolescence je spojeno s mnoha zmatky a nespokojenostmi. Ty jsou přirozené a motivují jedince k vývoji. Zároveň se však vyskytují i jiné možnosti, jak tyto nespokojenosti odstraňovat – jednou z nich je řešení pomocí návykových látek, které navozují jiné (příjemnější) stavy vědomí. Na dospívajícího jedince přestávají nespokojenosti doléhat, přestává je vnímat ve své skutečné podstatě a ztrácí motiv se s nimi vypořádat (a to podle Broži (2003) výrazným způsobem komplikuje léčbu závislosti – dospívající se chce zbavit problému závislosti, ale chybí mu skutečná osobnostní motivace). Jinými slovy: užíváním návykových látek se zbavuje důvodu vývoje od závislosti ke svobodě, od dítěte k dospělému.

K dalšímu oslabování přispívá také naše současná společnost. Ta je ve velké míře orientována na to, aby dospívající obstál – musí odpovídat představám společnosti

(rodiny). Odchytky od norem jsou mnohdy tolerované, ale málokdy bývají akceptované. Dospívající si často stěžuje na nepřijetí okolím. (Broža, 2003)

Podle Broži (2003) patří skupina 15 – 19 – letých mezi skupiny nejvíce zneužívající návykové látky (v roce 2001 spadalo do této věkové skupiny 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně). Naproti tomu poslední statistická data Polaneckého (2006) ukazují, že skupina 15 – 19 – letých patřila mezi nejpočetnější skupinu závislých naposledy v roce 2004, od té doby je nejvíce závislých ve věkové skupině 20 – 24 let a věková hranice má stoupající tendenci. V České republice tak dochází ke stárnutí populace narkomanů. Jako problém se jeví stále rostoucí počet dívek mladších 19 let závislých především na tvrdých drogách aplikovaných nitrožilně. Totéž lze říci i o nárůstu dětí mladších 15 let, které si drogu aplikují nitrožilně. (Polanecký, 2006)

Jak píše Mravčík (2006), situace v oblasti užívání drog v obecné populaci zůstává stabilní. V dospělé populaci vyzkoušelo nelegální drogu přibližně 20 % osob, mezi středoškolskou mládeží 44 % 16-letých a 56 % 18-letých studentů. Nejčastěji užívanými nelegálními látkami jsou konopné látky a extáze. V roce 2005 došlo k mírnému nárůstu odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu a opiátů (injekční aplikace drogy nebo dlouhodobé a pravidelné užívání). Tento vzestup je pravděpodobně způsoben rozšířením těchto látek do prostředí noční zábavy a tanečních akcí.

Užívání drog dětmi do 15 let

V posledních letech se často hovoří o tom, že užívání návykových látek, především jeho začátek, se přesouvá do stále nižšího věku. Průzkumy ukazují, že poměrně rozšířené je mezi dětmi kouření a především pak pití alkoholu, což souvisí s vysokou tolerancí společnosti ke konzumaci alkoholu. Zkušenosti s užitím nelegálních drog uvádí přibližně 1/3 15-letých .

Počty dětí mladších 15 let v léčbě jsou velmi nízké – každoročně je v AT poradnách registrováno přibližně 100 dětí, hospitalizováno v souvislosti s užitím nelegálních látek bývá okolo 120 dětí ročně. Užívání těkavých a konopných látek nelze podceňovat – každoročně v souvislosti s jejich užitím zemře 1 – 2 děti.

Specializovaných léčebných zařízení pro děti do 15 let je omezený počet. Problémem léčby v této věkové skupině je, že se nejedná o léčbu dobrovolnou. (Mravčík, 2006)

Rozsah konzumace nelegálních látek

Ve věku 11 let získávají děti kromě první zkušenosti s kouřením cigaret také zkušenost s alkoholem (Csémy a kol., 2006). Mezi pravidelné kuřáky patří 29,7 % 15-letých (z toho 30,6 % dívek a 28,6 % chlapců). Mezi patnáctiletými pije pivo pravidelně 36,9 % chlapců a 23,1 % dívek, víno 10,9 % chlapců a 12,1 % dívek a ostatní destiláty přibližně 9 %.

Alespoň jedno užití nelegální drogy v životě uvedlo 30,1 % patnáctiletých. Nejčastěji užitou drogou je marihuana (34,6 % chlapců a 26,7 % dívek), dalšími extáze (4,2 %) a LSD (3 %). Varujícím faktem je vysoké užívání těkavých látek (7,3 %) a užívání léků se sedativním účinkem bez lékařského předpisu (7 %). (Csémy a kol., 2006)

O léčbu v roce 2005 požádalo 100 dětí mladších 15 let (67 chlapců a 33 dívek). Více než polovina požádala o léčbu v souvislosti s užíváním konopných látek, 21 osob v souvislosti s pervitinem a 18 v souvislosti s užíváním opiátů (37 z nich si drogu aplikovalo injekčně). (Mravčík, 2006)

Léčbu zajišťují kromě AT ordinací také psychiatrická oddělení nemocnic a 3 dětské psychiatrické léčebny. Ve vybraných výchovných ústavech jsou také oddělení s výchovně-léčebným režimem specializovaná na děti ohrožené drogou. V Praze byl zahájen provoz dětského a dorostového detoxifikačního centra. (Mravčík, 2006)

Mezi 2209 osob stíhaných za drogové trestné činy patřilo 91 dětí mladších 15 let. U 72 případů se jednalo o nedovolenou výrobu a přechovávání. U této věkové skupiny ale z důvodu nízkého věku dochází k odložení trestního stíhání, ale pokud spáchají čin jinak trestný, aplikuje se postup podle zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže a soud může uložit tato opatření:

- dohled probačního úředníka,

- zařazení do terapeutického, psychologického nebo jiného vhodného výchovného programu ve středisku výchovné péče,
- ochrannou výchovu . (Mravčík, 2006)

2. Cíl práce a hypotézy

Cílem práce je zjistit, zda pojetí primární prevence zneužívání návykových látek pro cílovou skupinu dospívajících vychází z doporučení WHO vyjádřeného v Programu Zdraví 21 a jaký je rozsah rizikového chování spojeného s návykovými látkami na území Jihočeského kraje.

Zdůvodnění:

Jak se uvádí v Programu Zdraví 21, měla by snaha všech subjektů, které participují na prevenci sociálně patologických jevů vést k tomu, aby dospívající drogy vůbec nebrali. Stejnou myšlenku prosazuje např. Bém jako podstatu primární prevence. Proto bych chtěl svou práci orientovat na zjištění stavu vzájemné spolupráce jednotlivých institucí (které instituce se na primární prevenci podílejí) a kolik mladých lidí užívá návykové látky, stejně tak kolik mladých lidí se v souvislosti s drogami dopouští trestné činnosti.

2.1 Stanovení hypotéz

Hypotéza č. 1 (dále jen H1)

H1 Domnívám se, že primární prevence zneužívání návykových látek bude na území Jihočeského kraje realizovaná v podobě úzké spolupráce státních i nestátních institucí podle doporučení Programu Zdraví 21..

Zdůvodnění:

Jak doporučuje WHO v Programu Zdraví 21, je vhodné, aby preventivní programy byly vytvářeny ve spolupráci všech složek společnosti, tj. státních institucí (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo vnitra), samosprávných územních celků i nevládních organizací (viz kap. 1.6.2.2).

Problematika prevence kriminality a sociálně patologických jevů je v resortu školství formálně ošetřena Strategií prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a současně řadou metodických pokynů, které jsou zaměřeny na jednotlivé nežádoucí jevy. (Ministerstvo vnitra, 2007)

Na základě vládou schválené Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže je cílem resortu školství vytvářet podmínky pro činnost všech subjektů vykonávajících preventivní aktivity toho resortu hodlá dosáhnout především podporou adresně směřovaných projektů na jednotlivé negativní jevy se zvláštním důrazem na prevenci alkoholismu, tabakismu a užívání drog (viz kap. 1.6.2.1).

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cíle je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji. (Nešpor, 2000)

Vlastní smysl primární prevence lze vyjádřit následujícím způsobem – užívání drog by nemělo být akceptovanou normou chování mladých lidí.

(Bém, 2003) (viz kap. 1.6.2)

Hypotéza č. 2 (dále jen H2)

H2 Domnívám se, že se rozsah rizikového chování dospívajících na území jižních Čech bude kopírovat republikový průměr ve všech sledovaných skupinách návykových látek a že se dospívající budou také podílet na páčání trestné činnosti spojené s drogami, byť jejich podíl na celkové kriminalitě bude mít klesající tendenci.

Zdůvodnění:

Tuto hypotézu zdůvodňuji především kap. 1.7.3.1. a kap. 1.3.2.

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost, výstrahy, které se týkají možného ohrožení v budoucnosti, nemají velkou přesvědčivost. Navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem.

Užívání drog je často atraktivní právě proto, že je sociálně odmítáno. (Vágnerová, 2004)

Podle Broži (2003) patří skupina 15 – 19 – letých mezi skupiny nejvíce zneužívající návykové látky (v roce 2001 spadalo do této věkové skupiny 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně).

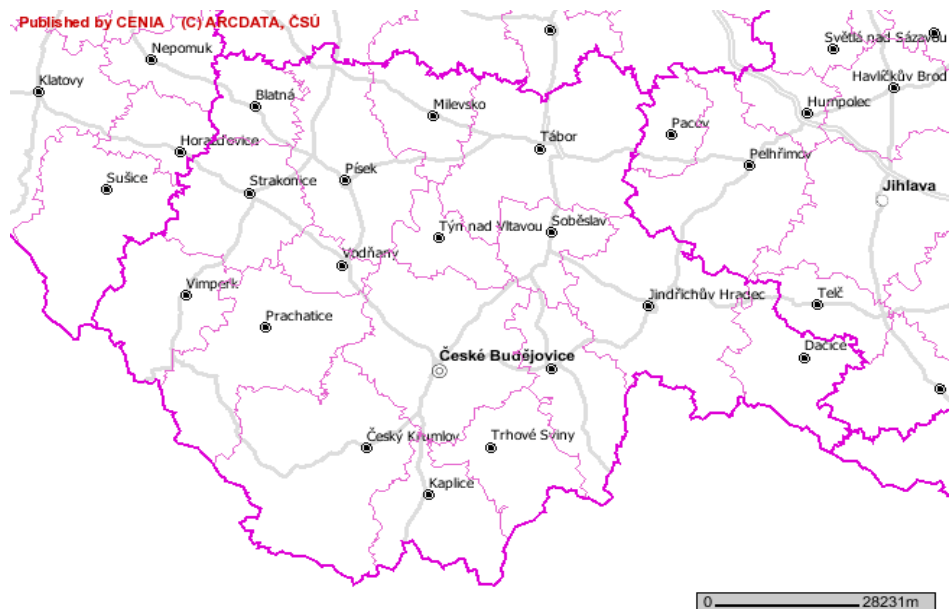
Období adolescence je spojeno s mnoha zmatky a nespokojenostmi. Ty jsou přirozené a motivují jedince k vývoji. Zároveň se však vyskytují i jiné možnosti, jak tyto nespokojenosti odstraňovat – jednou z nich je řešení pomocí návykových látek, které navozují jiné (příjemnější) stavy vědomí.

Mezi oblasti problémového chování se zařazují:

- predelikventní chování a páčání trestné činnosti,
- agrese, násilí, šikana a týrání (včetně rasové nesnášenlivosti),
- užívání drog (včetně alkoholu a kouření),
- sexuální rizikové chování,
- poruchy příjmu potravy,
- sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy. (Macek, 1999)

3. Metodika

3.1 Popis výzkumného terénu



Zdroj: www.castor.cenia.cz

Tabulka . 1 Počet obyvatel Jihočeského kraje v 1. pololetí 2006

	Stav na počátku období			Střední stav obyvatelstva			Stav na konci období		
	celkem	muži	Ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Kraj celkem	627 766	308 737	319 029	628 831	309 373	319 458	630 006	310 156	319 850
v tom okresy:									
Č. Budějovice	180 723	88 552	92 171	181 315	88 880	92 435	182 055	89 347	92 708
Č. Krumlov	60 708	30 338	30 370	60 921	30 452	30 469	61 001	30 485	30 516
J. Hradec	92 752	45 523	47 229	92 744	45 557	47 187	92 637	45 548	47 089
Písek	70 357	34 422	35 935	70 442	34 444	35 998	70 498	34 513	35 985
Prachatice	51 470	25 629	25 841	51 407	25 588	25 819	51 409	25 588	25 821
Strakonice	69 539	34 117	35 422	69 779	34 298	35 481	70 032	34 490	35 542
Tábor	102 217	50 156	52 061	102 223	50 154	52 069	102 374	50 185	52 189

Zdroj: www.cbudejovice.czso.cz

3.2 Popis výzkumného vzorku

Analyzované materiály

Program Zdraví 21 (WHO)

Materiály krajského protidrogového koordinátora

Csémy, L. a kol. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2004.3

3.3 Výzkumné metody a techniky

3.3.1 Výzkumné metody

Pro účely ověření platnosti stanovených hypotéz byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, jehož podstatou je dle Dismana (2006) testování hypotéz. Staví na dedukci: za východisko má teorii, na jejímž základě vytvoří hypotézy o tom, jaké vztahy mezi proměnnými by měly existovat, nasbírání data a hypotézy potvrdí či vyvrátí. Pro zpracování získaných dat byla využita metoda matematicko - statistická.

3.3.2 Výzkumné techniky

Za vhodnou výzkumnou techniku vzhledem k cíli výzkumu byla vybrána analýza dokumentů. Jak píše Disman (2006), je obsahová analýza objektivní, kvantitativní analýza sdělení jakéhokoliv druhu, tzn. je to standardizovaná analýza dokumentů. Organizačně se podobá výzkumu – vychází z pracovních hypotéz, se souboru sdělení vybírá vzorek atd. Je třeba vzít v potaz možné zkreslení. Sekundární analýza dat užívá dat sebraných pro jiný výzkum, která se však vztahují k našemu.

4. Výsledky

H1 Domnívám se, že primární prevence zneužívání návykových látek bude na území Jihočeského kraje realizovaná v podobě úzké spolupráce státních i nestátních institucí podle doporučení Programu Zdraví 21..

Z analyzovaných materiálů, které jsem získal od krajského protidrogového koordinátora, vyplývá:

- na území Jihočeského kraje strategie prevence sociálně patologických jevů vychází z těchto vládních dokumentů: Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008 (č.j. 10844/2005-24), z. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, Metodického pokynu MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (č. j. 14514/2000-51), vyhl. MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních (vládní úroveň),
- odbor školství, mládeže a tělovýchovy Krajského úřadu Jihočeského kraje zodpovídá v přenesené i samostatné působnosti za oblast prevence sociálně patologických jevů, koordinací všech subjektů je pověřena krajská školská koordinátorka. Na primární prevenci získal Jihočeský kraj dotaci z MŠMT ve výši 843 000 Kč, z rozpočtu kraje bylo vyčleněno dalších 500 000 Kč a další prostředky poskytl odbor sociálních věcí a zdravotnictví. Tyto prostředky využily všechny subjekty, které se podílejí na primární prevenci sociálně patologických jevů (krajská úroveň),
- v kraji funguje síť metodiků prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školních metodiků prevence (vybraní pedagogové škol a školských zařízení – vypracovávají Minimální preventivní program) (úroveň školy),
- další spolupracující subjekty (místní úroveň):
 - a) pedagogicko-psychologické poradny – ve všech bývalých okresních městech kraje, ani jedna z nich nemá internetové stránky,
 - b) dětské diagnostické ústavy – na území Jihočeského kraje je jedno zařízení,

- c) střediska výchovné péče – na území Jihočeského kraje jsou 3,
- d) kontaktní a krizová centra – ve všech bývalých okresních městech, kde působí dlouhodobě, mají vlastní internetové stránky a 1 z nich i linku důvěry,
- e) linky důvěry – na území jižních Čech jsou 3 (2 v Českých Budějovicích, 1 v Prachaticích při kontaktním centru), všechny jsou placené, ale mají zajištěn non-stop provoz),
- f) středisko pro mezilidské vztahy – v jižních Čechách je jedno (České Budějovice),
- g) krajská hygienická stanice,
- h) občanská sdružení – na území Jihočeského kraje je jich několik, nabízejí především smysluplné trávení volného času pro děti a mládež, některá z nich i poradenství pro rodiče, jejichž děti užívají návykové látky (některá z nich mají internetové stránky),
- i) Policie ČR,
- j) probační mediační služba – ve všech bývalých okresních městech (pracovníky lze kontaktovat i emailem),
- k) městské policie,
- l) městské a obecní úřady – sídla protidrogových koordinátorů ,
- m) Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
- n) Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Jak je z přehledu jednotlivých organizací vidět, v jižních Čechách se daří naplňovat doporučení daná Programem Zdraví 21 beze zbytku realizovat. Prevence zde vychází z úzké spolupráce mezi resorty školství (odbor školství Krajského úřadu, síť škol a školských zařízení, síť pedagogicko-psychologických poraden, diagnostický ústav, střediska výchovné péče, vysoká škola), zdravotnictví (hygienická stanice, vysoká škola), sociálních věcí (dotace neziskovým organizacím jako jsou kontaktní a krizová centra, linky důvěry, občanská sdružení atd.), vnitra (Policie ČR), spravedlnosti (probační a mediační služba), nižších samosprávných celků (města, obce). Mohli bychom tedy tvrdit, že Jihočeský kraj příkládá prevenci sociálně patologických jevů u dětí a dospívajících velkou váhu a snaží se činnost všech zúčastněných institucí koordinovat a motivovat k vzájemné spolupráci (např. kontaktní a krizová centra

nabízejí školám preventivní programy zaměřené na nácvik žádoucích sociálních dovedností a schopností – viz internetové stránky kontaktních a krizových center). Dále bych podotkl, že Jihočeský kraj kromě dotací z rozpočtu MŠMT určených pro primární prevenci sám ze svého rozpočtu vyčleňuje další prostředky na její zkvalitnění a dostatečnou rozsáhlost.

Na základě těchto zjištění by se mohlo zdát, že toto pojetí nemá chybu, přesto ale odborníci upozorňují na několik závažných nedostatků (a toto zjištění ve svých materiálech zdůrazňuje i krajský protidrogový koordinátor):

- dospívající nejsou chráněni před návykovými látkami v rodinách a na veřejnosti,
- chybí evaluace preventivních programů,
- primární prevence zatím není začleněna v rámcových vzdělávacích programech (některé školy teprve vypracovávají a pomoc při jejich tvorbě nabízejí kontaktní a krizová centra),
- rodiny veškerou odpovědnost za prevenci přenášejí na školy,
- ve společnosti nadále přetrvává vysoká tolerance vůči legálním návykovým látkám.

H1 se potvrdila.

H2 Domnívám se, že se rozsah rizikového chování dospívajících na území jižních Čech bude kopírovat republikový průměr ve všech sledovaných skupinách návykových látek a že se dospívající budou také podílet na páčání trestné činnosti spojené s drogami, byť jejich podíl na celkové kriminalitě bude mít klesající tendenci.

Podle ESPAD z roku 2004 je situace v konzumaci návykových látek mezi školní mládeží následující:

Tabulka . 2 Konzumace návykových látek u dospívajících v ČR a Jihočeském kraji v r. 2004

Užívání návykových látek	Ø za Českou republiku	Ø za Jihočeský kraj
Kouření	27 %	24 – 27 %
Alkohol	25 %	29 – 33 %
Sedativa (bez předpisu)	5 %	6,5 – 8 %
Konopné látky	18 %	14 – 17 %
Heroin a jiné opiáty	3 %	2,5 – 3 %
Pervitin a další amfetaminy	4 %	1,5 – 3 %
Extáze	8 %	4 – 5 %
LSD a jiné halucinogeny	6 %	4 – 5 %
Těkavé látky	9 %	8 – 10 %

Zdroj: Csémy a kol., ESPAD, 2006

Procenta uvedená v tabulce vyjadřují počet dospívajících z reprezentativního výzkumu, kteří pravidelně konzumují některou z návykových látek. Jak lze z tabulky vyčíst, u většiny sledovaných látek je konzumace legálních i nelegálních drog dospívajícími zhruba na úrovni republikového průměru (jako např. u kouření či konzumace nebezpečných těkavých látek) nebo se pohybuje pod ním (jak je vidět např. u pervitinu, LSD, extáze). V některých údajích ale dospívající na jihu Čech dominují – je to zejména u konzumace alkoholu, a to nejen co se týká pravidelnosti konzumace,

ale také vypitého množství (5 a více sklenic při jedné příležitosti), ale odborníci se hlavně pozastavují nad jinou skupinou návykových látek. Byť to z tabulky přímo nevyplývá, na jihu Čech je téměř 1 % pravidelných konzumentů heroinu, kteří tuto drogu aplikují opakovaně. Tento jev se vztahuje i k dalším nebezpečným látkám – těkavým, kdy v Jihočeském kraji opakovaně tyto látky užívá necelé 1 % dospívajících. Odborníci na drogovou problematiku právem řadí heroin a těkavé látky do skupiny s velmi vysokým rizikem (viz kap. 1.5). Dalším problémem, který se krystalizuje na jihu Čech, je pravidelná konzumace sedativ bez lékařského předpisu – zde dospívající poměrně výrazně ční nad republikový průměr a jako varující se podle odborníků jeví kombinace sedativ s jinými návykovými látkami – hlavně alkoholem. Pokud bych výše uvedené výsledky shrnul, mohl bych říci, že jižní Čechy jsou ve většině sledovaných ukazatelů konzumace návykových látek na srovnatelných úrovních jako Česká republika. Přesto je tu ale několik problémových oblastí:

- a) pravidelná a opakovaná konzumace heroinu jako látky užívané nitrožilně, což sebou přináší mnoho zdravotních rizik (infekce HIV, žloutenka typu B, C apod.), jak dále dodávají odborníci (viz kap. 1.5.2), heroin a jiné opiáty jsou finančně nákladné, vysoce návykové a jejich uživatelé se velmi často dopouštějí trestné činnosti
- b) pravidelná a opakovaná konzumace těkavých látek
- c) pravidelná a opakovaná konzumace sedativ bez lékařského předpisu, často v kombinaci s alkoholem (a jak je uvedeno v kap1.2.1., pro dospívající je typická konzumace více návykových látek současně, což je velmi nebezpečné)

Myslím si, že tyto údaje mohou být podkladem pro orientaci a zpřesnění primární prevence vůči drogám, které se jako problémové ukazují právě zde, na jihu Čech.

Tabulka . 3 Počet trestných činů vázaných na drogy spáchaných v roce 2003 na území Jihočeského kraje (bez rozdílu věkových skupin)

Okres	Počet trestných činů	Počet pachatelů
Správa Jihočeského kraje	2	5
České Budějovice	34	36
Český Krumlov	13	17
Jindřichův Hradec	14	20
Pelhřimov	12	15
Písek	15	20
Prachatice	5	6
Strakonice	6	6
Tábor	14	24
Celkem	115	149

Zdroj: krajský protidrogový koordinátor

V roce 2003 bylo na území Jihočeského kraje spácháno celkem 115 trestných činů spojených s návykovými látkami a dopustilo se jich 149 pachatelů. Největší počet trestných činů byl spáchán v Českých Budějovicích (34), na Písecku bylo spácháno 15 trestných činů, Tábořsko a Jindřichohradecko vykázaly 14 trestných činů. Nejvíce pachatelů bylo dopadeno na Českobudějovicku (36), 14 trestných činů na Tábořsku se dopustilo 24 pachatelů. V tabulce 6 je struktura pachatelů podle věku a dle počtu spáchaných trestných činů – nejpočetnější zastoupení mezi pachateli měli dospělí (70 %), mladiství se dopustili celkově 40 trestných činů.

Tabulka . 4 Počet trestných činů vázaných na drogy spáchaných v roce 2004 na území Jihočeského kraje (bez rozdílu věkových skupin)

Okres	Počet trestných činů	Počet pachatelů
Správa Jihočeského kraje	2	3
České Budějovice	30	32
Český Krumlov	5	5
Jindřichův Hradec	7	11
Pelhřimov	41	41
Písek	13	19
Prachatice	5	7
Strakonice	14	28
Tábor	24	54
Celkem	141	200

Zdroj: krajský protidrogový koordinátor

Rok 2004 přinesl nárůst počtu spáchaných trestných činů i počtu pachatelů oproti roku 2003. 141 trestných činů se dopustilo 200 pachatelů. Nejvíce trestných činů bylo spácháno na Pelhřimovsku (41), na území Českých Budějovic se vyšetřovalo 30 trestných činů a na Tábořsku 24. Zarážející pro mě je zejména počet trestných činů spáchaných na Pelhřimovsku – v roce 2003 zde došlo k 12 trestným činům, o rok později k 41. Bylo by jistě zajímavé mít k dispozici bližší údaje a zjistit příčiny tak enormního nárůstu. To samé lze říci i o Tábořsku, kde došlo k zvýšení ze 14 na 24 trestných činů. Zde bych ještě vyzdvihl jeden zajímavý údaj – 24 trestných činů se dopustilo 54 pachatelů. Mohu tedy usuzovat na páchaní skupinové trestné činnosti. Na druhé straně konstatuji, že bývalé okresy Prachatice nebo Písek či České Budějovice se v počtu spáchaných trestných činů i počtu pachatelů drží na zhruba stejné úrovni. Při pohledu do tabulky znázorňující věk pachatelů je docela zajímavým zjištěním, že mezi dospívajícími klesl počet pachatelů (ze 40 na 25 v roce 2004), ale mezi dětmi mladšími 15 let bylo odhaleno 12 pachatelů (v roce 2003 se trestných činů dopustily 4 děti).

Tabulka . 5 Počet trestných činů vázaných na drogy spáchaných v roce 2005 na území Jihočeského kraje (bez rozdílu věkových skupin)

Okres	Počet trestných činů	Počet pachatelů
Správa Jihočeského kraje	2	10
České Budějovice	27	29
Český Krumlov	7	8
Jindřichův Hradec	10	10
Pelhřimov	31	34
Písek	10	17
Prachatice	3	3
Strakonice	10	11
Tábor	26	35
Celkem	126	157

Zdroj: krajský protidrogový koordinátor

V roce 2005 došlo k poklesu počtu spáchaných trestných činů na 126 (v roce předchozím došlo ve 141 případech k porušení zákona). Těchto trestných činů se dopustilo 157 pachatelů. K nárůstu spáchaných trestných činů došlo na Tábořsku (z 24 v roce 2004 na 26), naopak k poklesu na Pelhřimovsku (z enormních 41 v roce 2004 na 31). Nárůst trestné činnosti je vykázan na Českokrumlovsku, Jindřichohradecku, pokles lze naopak zaznamenat na Prachaticku či Strakonicku. České Budějovice si udržují téměř shodná čísla z předešlých let, lze zde také zaznamenat určitý pokles počtu spáchaných trestných činů. Naproti tomu věková struktura pachatelů z tabulky č. přináší opět jeden zajímavý údaj. I v roce 2005 se zvýšil počet pachatelů mladších 15 let (z 12 v roce 2004 na 15), mezi mladistvými opět došlo k poklesu počtu pachatelů. Bylo by určitě velmi poutavé mít k dispozici přesnější údaje, např. o charakteru trestné činnosti.

Tabulka. 6 Rozdělení pachatelů podle věku a počtu (rok 2003, 2004, 2005)

Jihočeský kraj

	Nezletilí		Mladiství		Dospělí	
	Absolutně	V %	Absolutně	V %	Absolutně	V %
2003	4	3	40	27	105	70
2004	12	6	25	13	163	81
2005	15	10	24	15	118	75

Zdroj: krajský protidrogový koordinátor

Jak je vidět v tabulce, je patrné že od roku 2003 klesá počet trestných činů spáchaných dospívajícími v souvislosti s návykovými látkami. V roce 2003 se dospívající dopustili 40 trestných činů (v celkovém počtu pachatelů tvořili 27 %). Děti mladší 15 let spáchaly 4 trestné činy. V roce 2004. se mladí lidé do 18 let dopustili 25 trestných činů, zatímco ve věkové skupině do 15 let se zvýšil počet pachatelů na 12. Ještě zajímavější pohled je na údaje za rok 2005, kdy mladiství spáchali 24 trestných činů spojených s návykovými látkami a děti do 15 let spáchaly 15 trestných činů. Na jedné straně tedy mohu říci, že počty pachatelů ve věkové skupině mladistvých opravdu v absolutních číslech vykazují pokles (ze 40 na 24), ale pokud bychom tato data vztáhli k podílu mladistvých za celkovém počtu pachatelů vyjádřeného v %, zjišťujeme, že sice došlo také k poklesu (z 27 % v roce 2003 na 13 % v roce následujícím, ale rok 2005 znamenal vzestup na 15 %). Přesto lze opět říci, že mezi mladistvými klesá počet spáchaných trestných činů.

H2 se potvrdila.

5. Diskuse

Svou práci jsem věnoval problematice závislostí u dospívajících jako jedné z nejrizikovějších a nejohroženějších skupin. Protože tematika závislosti pokrývá velmi širokou škálu možných faktorů, vybral jsem si pojetí prevence realizované na školských institucích na území Jihočeského kraje a zda je její charakter v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace. Jak jsem ze sledovaných materiálů zjistil, v tomto není problém. Jako problém se ukazuje to, že v jižních Čechách mladí lidé konzumují ty nejnebezpečnější návykové látky, tak by jistě stálo za úvahu zaměřit prevenci právě tímto směrem.

Velmi příjemně mě překvapilo, že klesá počet kriminálních trestných činů spáchaných mladistvými. Bylo by jistě zajímavé zjistit, jaké okolnosti k poklesu vedly. Tato práce si kladla za cíl především zmapovat stávající stav a nastolit další možné otázky pro budoucí zkoumání.

6. Závěr

Ve své práci jsem se věnoval problematice primární prevence zneužívání návykových látek a rozsahu konzumace těchto látek ve věkové skupině dospívajících na území Jihočeského kraje. Po důkladném prostudování dostupných materiálů jsem si jako cíl práce stanovil zjistit, zda pojetí primární prevence realizované spoluprací rozličných státních i nestátních subjektů vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace vyjádřeném v Programu Zdraví 21. Dalším cílem práce bylo zmapovat rozsah konzumace návykových látek u dospívajících na jihu Čech v porovnání s údaji za celou Českou republiku a jaký je podíl mladistvých pachatelů na trestné činnosti spojené právě s návykovými látkami. K doložení platnosti stanovených hypotéz jsem použil analýzu dokumentů.

Odborníci právem říkají, že drogy jsou pro věkovou skupinu dospívajících nebezpečné, poškozují jejich zdraví, psychiku, sociální uplatnění. Proto se řada institucí vzájemnou spoluprací snaží tento problém minimalizovat a dávat mladým lidem informace o tom, jaké návykové látky zde existují a jaké problémy jejich zneužívání přináší. Cílem prevence není podávat informace, ale také učit dospívající důležitým dovednostem pro budoucí život – schopnost být odolnější vůči zátěži a stresu a tím pádem i odolat lákadlům v podobě různých látek, které slibují zapomnění a úlevu, ale stahují na dno.

V jižních Čechách je užívání návykových látek na srovnatelné úrovni jako v celé ČR, toto sdělení by sice mohlo uklidňovat, ale přesto se tu objevují vážné problémy v nadměrné konzumaci velmi nebezpečných drog jako je heroin, těkavé látky či léků bez předpisu v kombinaci s jinou látkou. Předpokládám, že tyto poznatky ze strany odborníků budou využity i při sestavování programů primární prevence.

Tato práce si kladla za cíl zmapovat stávající situaci v jihočeském regionu. Věřím, že v dalších letech nedojde k nepředvídanému vývoji a že i nadále budou patřit jižní Čechy mezi oblasti, kde se sice konzumují návykové látky, ale v přiměřené míře a že díky vlivu preventivních programů budou počty dospívajících konzumentů klesat.

7. Seznam použité literatury

Odborná literatura

Bahbouh, R. Čemu říkáme krize. In: Vodáčková, D. a kol. **Krizová intervence**. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

Disman, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost**. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0139-7.

Hermonchová, S., Vaňková, J., Drlíková, E. Problematika závislostí z pohledu sociální psychologie. In: Výrost, J., Slaměník, I. (eds.) **Aplikovaná sociální psychologie II**. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0042-5.

Langmeier, J., Krejčířová, D. **Vývojová psychologie**. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

Lorenc, J. Krizová intervence u dospívajících. In: Vodáčková, D. a kol. **Krizová intervence**. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

Macek, P. **Adolescence**. Praha: Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

Nešpor, K., Csémy, L. **Alkohol, drogy a Vaše dítě**. Praha: BESIP, 1997.

Nešpor, K. **Návykové chování a závislost**. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

Presl, J. **Drogová závislost**. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-18-7.

Říčan, P. **Cesta životem**. Praha: Panorama, 1990. ISBN 11-059-90.

Vágnerová, M. **Vývojová psychologie**. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Vágnerová, M. **Psychopatologie pro pomáhající profese**. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Odborná literatura v internetových zdrojích

Bém, P., Kalina, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: Kalina, K. a kol. **Drogy a drogová závislost**. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. dostupné na <www.drogy-info.cz> cit. dne 6. dubna 2007.

Broža, J. Děti a mladiství. In: Kalina, K. a kol. **Drogy a drogová závislost**. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. dostupné na <www.drogy-info.cz> cit. dne 6. dubna 2007.

Csémy, L. a kol. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Praha: Úřad vlády ČR, 2006. dostupné na <www.drogy-info.cz> cit. dne 6. dubna 2007.

Kalina, K. a kol. **Glosář pojmů z oblasti drog a závislostí**. Praha: Úřad vlády ČR, 2001. Dostupné na <www.drogy-info.cz> cit. 23. února 2007.

Ministerstvo vnitra. **Vyhodnocení účinnosti přijaté legislativy související se systémovým přístupem k péči o delikventní mládež**. Dostupné na <www.mvcr.cz> cit. 23. 2. 2007.

Mravčík, V. (ed.) **Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. Dostupné na <www.drogy-info.cz> cit. 15. února 2007.

Skácelová, L. Prevence ve výuce – základní pedagogické principy. In: Kalina, K. a kol. **Drogy a drogová závislost**. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. dne 6. dubna 2007.

Zábranský, T. **Drogová epidemiologie**. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

📖 Odborné texty v internetových zdrojích

Alkohol – stručně. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Halucinogeny stručně. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Hampl, K. Některé problémy nealkoholové toxikomanie z pohledu lékaře. Prokuratura 1983/1. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Hampl, K. Prognóza dětí a mladistvých zneužívajících rozpustidla. Protialkohol. obzor 1989/24. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Hampl, K. Parentální aplikace drog: startovací drogy, motivace k abstinenci, terapeutický přístup a výsledky. Protialkohol. obzor 1991/26. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Hampl, K. Čichání prchavých látek v evropských zemích. Protialkohol. obzor 1994/29. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Heroin. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Konopné drogy – stručně. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Kouření mezi mládeží v ČR v roce 2003 ve srovnání s Evropou. Dostupné na <www.drogy-info.cz>, cit. 23. února 2007.

Léky – podrobně. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Ministerstvo vnitra. Prevence kriminality. Dostupné na www.mvcr.cz, cit. 23. února 2007.

Nešpor, K. Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Čas. Lék. čes. 2004/143. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Opiáty – podrobně. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Pití alkoholu mezi českými šestnáctiletými – srovnání s Evropou. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Polanecký, V. Výroční zpráva Hygienické stanice hl. m. Prahy. <zdroj neuvede>
Stimulancia stručně. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Tabák – podrobně. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Taneční drogy – souhrn. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Těkavé látky – podrobně. Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

Vaněček, M. Ketamin, Ufo, Rajský plyn. Buletin Národní protidrogové centrály 2002/1.
Dostupné na www.drogy-info.cz, cit. 23. února 2007.

8. Klíčová slova

závislost

fyzická a psychická závislost

rodina jako rizikové prostředí

dospívání

prevence

9. Seznam příloh

Příloha č. 1 Jednotlivé inhalační drogy

Příloha č. 2 Jednotlivé typy konopných drog

Příloha č. 3 Jednotlivé typy opiátů

Příloha č. 4. Jednotlivé stimulační drogy

Příloha č. 5 Některé typy halucinogenů

Příloha č. 6 Rámcový obsah Minimálních preventivních programů

Příloha č. 7 Příklad sankcí v řádu školy

Jednotlivé inhalační drogy:

Toluen (methylbenzen)

Je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Chemicky jde o aromatický uhlovodík. Bezbarvá kapalina se získává z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen je důležité rozpouštědlo. Toluen je volně prodejný a je relativně levný. Může se inhalovat přímo z láhve, ale obvyklejším způsobem je vdechování výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík. K inhalaci dochází za nejrůznějších okolností – buď individuálně, třeba i během chůze po frekventované silnici nebo velmi často ve skupinách s dodržováním určitého rituálu. (Těkavé látky – podrobně, 2007)

Trichlorethylen

Jedovatá kapalina sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo bývá zneužíváno zaměstnanci jako inhalační droga způsobující euforii. Při inhalaci se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace (Hampl, 1989, cit. dle Těkavé látky – podrobně, 2007, on – line, přesná citace). Trichlorethylen byl součástí čistící prostředku Čikuli. Užívání se rozšířilo zejména na začátku 70. let. Uživatelé byli hlavně žáci základních škol ve věku od 13 let. V současné době nejsou uváděny žádné případy zneužívání trichlorethylenu. (Těkavé látky – podrobně, 2007)

Aceton (propanon, dimethylketon)

Mnohostranné rozpouštědlo se stává příležitostně předmětem zájmu lidí, kteří s ním pracují. (Těkavé látky – podrobně, 2007)

Éter

Rozpouštědlo tuků a olejů, dříve užívaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný. (Hampl, 1983, cit. dle Těkavé látky – podrobně, 2007)

Benzin

Pohonná hmota . (Těkavé látky – podrobně, 2007)

Rajský plyn (oxid dusný)

Smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezelstný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. Účinek se rychle vytrácí. Při vdechování z láhve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného. (Vaněček, 2002, Těkavé látky – podrobně, 2007)

Jednotlivé typy konopných látek:

Marihuana

Marihuana představuje název pro květenství a horní lístky z konopí. Barva je dle kvality od tmavě zelené až skoro černo-zelené (při špatné úpravě). Venkovně pěstovaná marihuana obsahuje 2 – 8 % účinné látky (THC-tetrahydrokanabinol), zahraniční 6 – 14 %. (Konopné drogy – stručně, 2007)

Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice v barvě přecházející do tmavě hnědé. Někdy se barevně liší podle země původu (světle hnědý z Maroka, tmavě hnědý z Afghánistánu). Obsah aktivních látek může být až okolo 40 % (THC-tetrahydrokanabinol). (Konopné drogy – stručně, 2007)

Jednotlivé typy opiátů:

Opium

Je sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého. Typickým způsobem užívání bylo a je požívání nebo pití v roztocích a kouření z dýmek. Na českém trhu se objevuje také jako příměs pouličně prodávaného hašiše. (Opiáty – podrobně, 2007)

Heroin (diacetylmorfin)

V současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost: zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká.

Byl objeven již v roce 1874 coby diacetylmorfin. Od roku 1898 jej prodávala po celém světě německá firma Bayer pod obchodním označením "heroin" jako znamenitý prostředek k uklidnění. Jeden z reklamních sloganů, jímž farmaceuti tuto drogu propagovali, zněl: „Sto procentně účinný lék proti závislosti na morfinu!“ Dále byl doporučován jako skvělý prostředek proti astmatu a tuberkulóze; to vše vedlo k tragickým následkům.

Než se ze země, kde je produkován, dostane ke svému uživateli, získává heroin řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví obchodníci, aby tak zvýšili objem látky a tedy svůj zisk. Používá se jedlá soda, cukr, paracetamol, kofein, ale také prací prášek anebo (například v Praze a Ostravě) seškrábaná omítka.

Na českém trhu se objevuje jako:

- a) hnědý heroin („brown sugar“), který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny, lépe se ale kouří a žhaví,

b) bílý heroin (white powder), který se podobá mouce, dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu, kouřit se ale nedá.

Toxicita (jedovatost) heroinu je přibližně pětikrát vyšší než u morfinu a dvacetinásobně vyšší než u opia. (Heroin, 2007)

Jednotlivé stimulační drogy:

Pervitin (metamfetamin)

V ČR nejrozšířenější, nejvíce užívaná stimulační droga. Téměř vždy také vyrobená domácími „vařiči“ z léků obsahujících pseudoefedrin nebo ve velkém z efedrinu. Prodává se ve formě bílého prášku. Tak jako v zahraničí může být mimo jiné užíván jako taneční droga (většinou šňupáním).

Amfetaminy

Představují prototyp stimulačních látek. Ve 30. letech byl používán v medicíně k léčbě narkolepsie, od 50. let amfetaminy a jejich příbuzné látky představují hlavní složku anorektik. Typicky se zneužívají injekčně a šňupáním a na trhu se vyskytují zejména jako kapsle.

Koka, kokain, crack

Kořeny koky pocházejí z jihoamerických And. Aktivní složkou lístků koky je kokain. Nejčastějším způsobem užívání kokainu je inhalace (šňupání), někdy se ale užívá injekčně v roztocích nebo se vtírá do sliznic). (Stimulancia stručně, 2007)

Některé typy halucinogenů:

LSD

Na současném černém trhu se objevuje výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistotě. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců.

Psilocybin

Je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou v houbách rodu lysohlávek. Nástup účinku bývá doprovázen mírným chvěním, neschopností ovládat pohyby, u lysohlávek jsou tělesné příznaky výraznější. Výjimečně stav může přejít do výrazně neklidného až agresivního jednání.

Ostatní halucinogeny

Jejich rozšířenost je relativně malá, je to způsobeno obtížnou dostupností a složitostí přípravy, ale také nízkým účinkem. Jejich rizikem je vysoká nebezpečnost. Řadí se sem bufotenin (ropuší jed), mykoatropin (jed obsažený v muchomůrce červené), meskalin (jed z kaktusu *Lophophora williamsii*), iboga, bulbocapnin a další. (Halucinogeny stručně, 2007)

Rámcový obsah Minimálních preventivních programů

Minimální preventivní program školy, školského zařízení vypracovává metodik školní protidrogové výchovy ve spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky.

Za jeho vypracování a realizaci odpovídá ředitel školy.

Na poradách pedagogických pracovníků školy, školského zařízení informuje metodik školní protidrogové výchovy o aktivitách v rámci primární prevence, případně o problémech, které se aktuálně vyskytly.

Minimální preventivní program by měl obsahovat:

- a) popis sociálního klimatu ve škole, školském zařízení,
- b) stanovení konzultačních hodin pro setkání se žáky a rodiči, příp. zřízení schránky pro anonymní dotazy,
- c) dlouhodobé cíle,
- d) jednorázové preventivní akce se zaměřením pro rodiče, pro žáky, pro pedagogy,
- e) volnočasové aktivity,
- f) využití možnosti peer programu, event. klubová činnost,
- g) vytvoření knihovny, videotéky pro potřeby preventisty a ostatních pedagogů,
- h) zřízení stálého informačního panelu, kde budou důležité informace zpřístupněny žákům a rodičům v odpovídající přitažlivé formě,
- i) prostor v jednotlivých vyučovacích předmětech i v celkovém působení školy (tématické bloky),
- j) spolupráci s dalšími odborníky, orgány státní správy a samosprávy,
- k) vedení přehledu realizovaných kroků a aktivit v průběhu školního roku s poznámkou o jejich efektivitě (u každé aktivity označit odpovědnou osobu za realizaci a přibližný termín uskutečnění).

Zdroj: krajský protidrogový koordinátor

