

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Rizikové chování adolescentů se zaměřením na užívání
návykových látek**

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jiří Kressa

2011

ANNA FENDRICHOVÁ

Čestné prohlášení:

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 sb. V plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Pedagogickou fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomáhali při vypracování této práce. Největší díky patří vedoucímu práce panu magistru Jiřímu Kressovi za podporu, cenné rady, podněty a hlavně za trpělivost a ochotu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou rizikového chování adolescentů v oblasti užívání návykových látek, zejména kouření, konzumace alkoholu a experimentování s marihuanou. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, které pojednávají o dospívání, návykových látkách, příčinách tohoto chování a o primární prevenci. Analýza dat získaných ve výzkumné části poskytuje informace o věku začátku užívání tabáku, alkoholu a marihuany, jejich frekvenci užívání a informaci, od koho získali dospívající první návykovou látku a o rozdílnosti v užívání návykových látek mezi studenty Střední školy obchodu a služeb, Obchodní akademie a Středního odborného učiliště.

Klíčová slova: rizikové chování, adolescence, alkohol, tabák, marihuana, závislost, prevence.

ANNOTATION

This thesis deals with the risk behaviors of adolescents in substance abuse, especially smoking, drinking and experimenting with marijuana. The theoretical part is divided into several chapters that deal with adolescence, substance abuse, the causes of this behavior and primary prevention. Analysis of data obtained in the research section provides information about the old and the use of tobacco, alcohol and marijuana, their frequency of use, and information from adolescents who received the first drug of abuse, and differences in drug use among high school students and business services, business and vocational academies schools.

Key words: risk behavior, adolescence, alcohol, tobacco, marijuana, addiction, prevention.

OBSAH

ÚVOD	7
Cíle práce	8
1. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	8
1.1. Oblasti rizikového chování	8
1.2. Faktory ovlivňující vznik rizikového chování	9
1.2.1. Individuální faktory.....	9
1.2.2. Rodinné faktory.....	10
1.2.3. Společenské faktory	10
2. DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE	10
2.1. Pozdní adolescence	11
2.2. Socializace.....	12
3. NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	12
3.1. Závislost na návykových látkách	13
3.2. Specifika působení návykových látek u dospívajících	14
3.3. Znaký chování při zneužívání návykových látek.....	14
4. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY MLADISTVÝMI.....	15
4.1. Tabák.....	15
4.1.1. Stádia vývoje kuřáctví u dospívajících	16
4.1.2. Závislost na tabáku.....	16
4.1.3. Abstinenční příznaky	17
4.2. Alkohol.....	17
4.2.1. Rizika alkoholu	18
4.2.2. Rozsah užívání alkoholu u dospívajících.....	18
4.3. Marihuana	19
4.3.1. Rizika marihuany	19
4.3.2. Rozsah užívání marihuany u dospívajících.....	20
4.4. Postoje a názory adolescentů k návykovým látkám.....	21
5. PŘÍČINY NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	22
5.1. Rodina jako rizikový faktor	22
5.2. Vrstevníci jako rizikový faktor	23
6. PREVENCE	24

6.1. Primární prevence	25
6.1.1. Pomoc v rodině	27
6.1.2. Pomoc vrstevníky, peer program	28
6.1.3. Pomoc školy	30
6.1.4. Protidrogová politika.....	31
6.1.5. Jednotlivá ministerstva a jejich úloha v protidrogové prevenci.....	31
1. METODIKA PRÁCE	33
1.1. Hypotézy	34
2. POLOŽKY DOTAZNÍKU -VÝSLEDNÁ DATA.....	35
2.1. Oblast v užívání tabáku.....	35
Otázka číslo 1 - V jakém věku jste poprvé kouřil/a cigaretu?	35
Otázka číslo 2 – V jakém věku jste se stal/a denním kuřákem?	36
Otázka číslo 3 – Od koho jste získal/a svou první cigaretu?.....	36
2.2. Oblast v užívání alkoholu	37
Otázka číslo 4 – Byl/a jste někdy opilý/á (opilost zde chápeme jako stav ztráty sebekontroly)?	37
Otázka číslo 5 – Jaká je Vaše celoživotní zkušenost s konzumací alkoholu?	38
Otázka číslo 6 – Jak často jste užil/a alkohol v posledních 30 dnech?	38
Otázka číslo 7 – Kde jste se poprvé napil/a alkoholu?.....	39
2.3. Oblast v užívání marihuany	40
Otázka číslo 8 – V jakém věku jste poprvé užil/a marihuanu?	40
Otázka číslo 9 – Jaká je Vaše frekvence v užívání marihuany?	40
Otázka číslo 10 – Kdo Vám nabídl poprvé marihuanu?	41
3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ V.S. HYPOTÉZY	41
ZÁVĚR	45
SEZNAM LITERATURY	47
Příloha č.1	

ÚVOD

Rizikové chování adolescentů se projevuje v oblasti zneužívání návykových látek, v oblasti psychosociální a reprodukčního zdraví. Hamanová (www.cevap.cz, 2010) uvádí, že projevy tohoto chování se často vyskytují společně a mohou mít i stejné příčiny. V dnešní době se o rizikovém chování mluví jako o „nové morbiditě“ (nemocnosti) mládeže.

Tato problematika dospívajících je velice rozsáhlá, proto jsem se zaměřila ve své práci pouze na oblast užívání návykových látek. Návykových látek ať už legálních či nelegálních je celá řada, pro mou práci jsem zvolila tři nejčastěji zneužívané návykové látky mladistvými: konzumaci alkoholu, kouření cigaret, užívání konopí (marihuany).

Realitou drogové situace je, že nárůst uživatelů alkoholu, tabáku i marihuany neustále narůstá a začátek užívání se posunuje do stále nižšího věku.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala rizikovými a ochrannými faktory rizikového chování adolescentů. Popsala jsem období dospívání především pozdní adolescenci. Dále pak uvádím obecný popis návykových látek, jejich specifika působení u dospívajících, pojem závislost. Následující kapitola se podrobně věnuje nejčastěji zneužívaných návykových látek (alkohol, cigarety, marihuana) mladistvými. Zde je uvedený stručný popis, možná rizika užívání a vztah adolescentů k jednotlivé návykové látce. Neméně zajímavé jsou příčiny návykového chování a popis primární prevence.

Cílem práce je zmapování návykového chování u studentů. Zjistit v jakém věku získali studenti první zkušenost s výše uvedenými látkami, frekvenci užívání alkoholu, marihuany a od koho získali jednotlivé návykové látky.

Toto téma jsem si zvolila, protože je to téma aktuální. Často se uvádí, že dnešní adolescenti začínají s rizikovým chováním v oblasti užívání návykových látek ve velmi raném věku. Zajímalo mě tedy, v jakém věku dnešní mládež začíná experimentovat s tabákem, alkoholem a marihuanou.

V praktické části jsem si zvolila výzkumnou metodu dotazníkové šetření, kde mi anonymní dotazníky vyplnili studenti tří vybraných škol (Obchodní akademie České Budějovice, Středního odborného učiliště Sedlčany a Střední školy obchodu a služeb Jihlava).

Cíle práce

1. Zmapovat rizikové chování mládeže v oblasti kouření, konzumace alkoholu, experimentování s marihuanou.
2. Zjistit, v jakém věku a od koho získali první zkušenost s užíváním těchto látek.
3. Zjistit rozdíl v užívání návykových látek mezi studenty středních škol a učilišť.

1. RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Jessor a Jessor (1977) definují rizikové chování jako „*chování, které je sociálně definováno jako problém, jako zdroj obav nebo jako nepřijatelné vzhledem k normám obecné společnosti*“ (Širůček, Širůčková, Macek, 2007).

Poslední desetiletí přinesla rapidní změny ve zdravotním stavu dospívajících ve všech rozvinutých zemích. Na tyto změny upozorňují odborníci (hlavně lékaři, psychologové a sociologové) zabývající se problematikou dospívajících z celého světa již od 80. let minulého století. Hlavním důvodem nemocnosti i úmrtnosti v období adolescence se stal tzv. syndrom rizikového chování v dospívání (Jessor a Jessor, 1977). Tento trend se v souvislosti s politickými změnami urychlil v posledních letech i u nás.

1.1. Oblasti rizikového chování

Mezi nejrizikovější oblasti patří užívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociální (sociální nepřizpůsobivost v užším slova smyslu) a poruchy reprodukčního zdraví. Hamanová (2001) uvádí, že jevy těchto tří oblastí se u naprosté většiny dospívajících vzájemně kombinují, usnadňují vzájemně svůj vznik a mají do značné míry společné nebo podobné příčiny – společné rizikové i ochranné faktory (www.cevap.cz, 2010).

Velmi často je rizikové chování vzhledem k osobnostnímu vývoji jedince účelové a vlastně v tomto smyslu funkční. Pomáhá řešit současnou osobnostní nesnáze (zvýšit své

sebevědomí, sebedůvěru, zapojit se do skupiny vrstevníků apod.). Tento aspekt však nijak nesnižuje nebezpečí následků.

1.2. Faktory ovlivňující vznik rizikového chování

Jednotlivé formy rizikového chování se v dospívání prolínají a mají při svém vzniku a vývoji společné rizikové a ochranné faktory (Marková, 2008).

1.2.1. Individuální faktory

Rizikové: Presl (1995) se zmiňuje o tzv. biologických faktorech. Jde o dědičnost, nejruznějším způsobem vzniklá prenatální poškození plodu vedoucí k narození celkově oslabeného jedince. Dále uvádí riziko u osob příliš citlivých, úzkostných s pocity méněcennosti, ale i naopak osoby impulzivní, podrážděné se sklonem k dramatizaci.

Brook, Whinterman, Cohen (1992) ve své studii zjistili, že agresivní chování, především u chlapců, je významným rizikovým faktorem drogové závislosti. Mezi další individuální rizikové faktory je řazena nízká úroveň sebekontroly, rebelství, nízká osobnostní integrita, potřeba riskovat (Orosová, Gajdošová, Madrasová, Dijk, 2007).

Dalším rizikovým faktorem může být posttraumatický stres, který jedinec prožívá po otřesné životní události (oběť fyzického útoku, sexuálního zneužití a zneužívání, násilí). Zvýšeným rizikem návykového chování mohou být duševní poruchy jedince, dlouhodobé bolestivé onemocnění, neschopnost zvládat stresové situace, nízké sebevědomí, nízká schopnost čelit vlivu okolí, nižší inteligence (Nešpor, 2004).

Ochranné: vysoká inteligence, event. při negativních zkušenostech v dětství se s nimi dobře vyrovná, sebeúcta a sebedůvěra, pozitivní perspektivy a možnosti pro budoucnost, oceňování vzdělání a zdraví, účast na životě církve a ve školních a dobrovolných aktivitách, duchovní orientace, schopnost sebekontroly.

1.2.2. Rodinné faktory

Rizikové: významná ztráta v rodině (včetně rozkolu a zavržení svým rodičem), rodiče jsou chronicky nemocní (tělesně nebo duševně, včetně závislosti na návykových látkách), přístup rodičů je příliš autoritativní nebo naopak zanedbávající a nadměrně benevolentní, nedostatečná komunikace a dysfunkční rodina.

Ochranné: dobré vztahy v rodině, otevřená komunikace, neautoritativní podpora dospívajícího (a jeho přijímání takového, jaký je), duchovní orientace, nepřítomnost rozporu mezi hodnotami rodiny a vrstevníků.

1.2.3. Společenské faktory

Rizikové: chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, legální přístup ke zbraním, nízká úroveň vzdělání, nezaměstnanost. Pokud jde o socioekonomický status rodiny, chudoba je rizikem, ale neznamená nutně vždy vysoké riziko. V mnohých ohledech jsou minimálně stejně riziková dospívající nejvyšších sociálních tříd (především v konzumaci drog a jiných návykových látek), kde bývá též nízký rodičovský dohled. Nejméně riziková je střední sociální třída (www.freeteens.cz, 2010).

Ochranné: kvalitní školy, dospělí, kteří se věnují mládeži, pozitivní vzory ve společnosti, stálá pozitivní poselství v médiích, vytváření příležitostí pro kreativitu mládeže, přísné zákony o zbraních a drogách.

2. DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE

Období dospívání je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí (Macek,1999). Zahrnuje jednu dekádu života, od 10 do 20 let. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální.

Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.

Dnešní adolescenti se snaží období dětství co nejrychleji zvládnout a vyrovnat se dospělým. Mají tendenci zbavit se co nejdříve dětských atributů. Usilují o brzké získání větších práv a svobody rozhodování, ale povinnosti a zodpovědnost dospělosti přijímají jen velmi neochotně.

Období dospívání se stále rozšiřuje v obou směrech, dříve začíná a později končí (Vágnerová, 2008).

Protože v průběhu celého procesu dospívání dochází ke značným změnám ve vývoji jedince, je účelné ho rozdělit. Langmeier, Krejčířová (2006) dělí dospívání na období pubescence (11 - 15 let) a období adolescence (15 - 22 let). Podobně dospívání rozděluje i Vágnerová (2008) na ranou adolescenci a pozdní adolescenci (toto označení bude výchozí pro tuto práci).

2.1. Pozdní adolescence

V této době je postupně dosahována reprodukční zralost a dokončován tělesný růst, obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Význam pohlavního dozrávání a nastupující sexuální aktivity zdůrazňoval Freud. Toto období označil jako genitální fázi. V této fázi má jedinec překonat závislost na rodičích, hlavně z vazby sexuálního charakteru, a najít za ně náhradu (Vágnerová, 2008).

Jak uvádí Langmeier, Krejčířová (2006), Vágnerová (2008) druhá fáze dospívání je zaměřena na hledání a rozvoj vlastní identity. Projevuje se větší snahou o sebepoznání, která se uskutečňuje v rámci vrstevnické skupiny. V této době nabývá na významu ideál, který si dospívající vytvořil. Významnou součástí identity se může stát i profesní role, k níž směřuje. Součástí identity jsou rovněž vztahy k jiným lidem, člověk se definuje také tím, ke komu patří, ať už jsou to rodiče, přátelé či partner. V adolescentním období se završuje rozvoj ego-identity dospívajících. Mnohdy nejde o samostatné hledání vlastní identity, ale o pouhé převzetí modelu, který je pro danou sociální skupinu charakteristický.

Pro mnohé adolescenty není nastávající dospělost atraktivní, protože je spojena se zodpovědností a mnoha omezeními, na jejichž zvládnutí nejsou dostatečně zralí. Proto mají někteří jedinci tendenci toto přechodné období prodloužit. Tento postoj nazval Erikson (Vágnerová, 2008) jako „adolescenční psychosociální moratorium“.

2.2. Socializace

Socializační rozvoj dospívajících je ovlivněn jejich novými kompetencemi, které se projeví i ve způsobu zpracování různých sociálních vlivů. V průběhu dospívání se mění názor na jiné lidi, proměnou prochází i sebepojetí, dospívající odmítá podřízené postavení. Adolescent se postupně odpoutává od rodiny, ale tato emancipace nevede ke zrušení citového vztahu k rodičům, spíše k jeho proměně. Dospívající nechce být jako rodiče, snaží se od nich odlišit. Potřebu odlišení posiluje pocit, že rodiče nejsou tak dokonalí, jací se zdáli být dříve. Dospívající jsou k rodičům kritičtí, odmítají formální rodičovskou autoritu. Mění se postoj ke škole, dobrý výkon přestává být cílem a stává se prostředkem.

Pro dospívající mají čím dál větší význam vrstevníci, s nimiž se ztotožňují. Skupinová identita jim slouží jako zdroj jistoty, představuje přechodnou fázi v rozvoji individuální identity. Roste význam dyadických přátelských vztahů a v období pozdní adolescence i partnerství. Teenageři však nejsou pro trvalejší partnerský vztah ještě dostatečně zralí, totéž platí pro manželství a rodičovství. Adolescent je postupně stále více akceptován jako dospělý, ale také se od něho vyžaduje chování, které by dospělosti odpovídalo. V pozdní adolescenci se mění i role, sociální dospělost signalizuje nástup do zaměstnání (Vágnerová, 2008).

3. NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návykové látky jinak také psychoaktivní, psychotropní, omamné látky nebo též drogy. Takovou látkou může být téměř cokoli, ale jedná se především o legální (alkohol, tabák) a nelegální drogy (např. marihuana, pervitin, kokain...). Návyk bývá popisován jako touha, bažení (craving) po určité látce, která vyvolává příjemný pocit a vede k opakovanému užívání návykové látky.

Tyto látky, ať už přírodní nebo syntetické splňují dva základní požadavky:

- mají tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem prožívání okolní reality, mění „vnitřní“ naladění – působí na psychiku
- mohou vyvolat závislost (Presl, 1995).

3.1. Závislost na návykových látkách

Závislost na návykových látkách včetně alkoholu nebo tabáku je v Mezinárodní klasifikaci nemocí definována jako 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. Charakteristickým rysem závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Jedinci, kteří po abstinování začnou užívat návykové látky dojde k rychlejšímu projevu syndromu závislosti než u jedinců bez předchozí závislosti. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (www.drogy.net.cz, 2010):

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- Somatický odvykací stav, jestliže je látka užívaná s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmě typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- 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 ;
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater nadměrným pitím nebo toxické poškození mysli);

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání. Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek (Nešpor, Provazníková, 1999).

3.2. Specifika působení návykových látek u dospívajících

Při prvním setkání s drogou se organismus brání v podobě různých reakcí a nevolností. U každého jedince může být tato reakce jiná a od toho se také odvíjí případné pokračování v experimentování s drogou. Nejvíce ohroženi jsou jedinci u nichž reakce organismu na drogu není příliš drastická nebo u těch, kteří chtějí užívat návykovou látku za každou cenu. Nešpor (2003) upozorňuje na velké riziko rychlého vzniku závislosti právě u dospívajících. Jejich organismus si rychleji vytváří závislost na návykových látkách než organismus dospělých.

Díky menší zkušenosti s návykovou látkou a sklonu k riskování často dochází u mladistvých k těžkým otravám organismu.

Užívání návykových látek u dospívajících se projevuje zaostáváním v psychosociálním vývoji. Dále je provázeno různými problémy, což může být signálem pro rodinu, školu, blízké okolí.

Jedinci, kteří propadli závislosti mají tendenci zneužívat širší spektrum návykových látek, přecházet od jedné ke druhé nebo zneužívat více látek současně.

Velmi často dochází u mladistvých k recidivě závislosti. Ovšem léčba bývá příznivá vzhledem k přirozené cestě k dospělosti, tzv. zrání (Nešpor, 2003).

3.3. Znaky chování při zneužívání návykových látek

Zneužívání alkoholu nebo jiných psychoaktivních látek dává vznik okamžitě i postupně se vyvíjejícím jevům v chování jedince a v jeho prožívání. Tyto jevy mohou pro okolí plnit funkci signálů.

Prvním signálem může být změna přátel. Jedinec se přizpůsobuje nové partě, například zevnějškem, který bývá zanedbanější než před tím. Přijímá nový postoj, mění dosavadní hodnoty, názory. Pro školu může být varovným signálem zhoršení prospěchu, změna chování, absence.

Dalším signálem pro rodiče může být vyhýbání se rozhovoru, přehnané reakce jedince na snahy rodinných příslušníků o intimnější rozhovor. Rodiče mohou u závislého potomka zaregistrovat rozporná tvrzení, lhaní. Často dochází v domácnosti ke krádežím alkoholu, ke ztrátě peněz a cenných předmětů. Tato trestná činnost se neděje pouze v domácím prostředí, ale i venku, proto dochází i k problémům se zákonem (Marhounová, Nešpor, 1995).

4. NEJČASTĚJI ZNEUŽÍVANÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY MLADISTVÝMI

V České republice, stejně jako v ostatních evropských zemích, patří mezi nejčastěji užívané návykové látky alkohol, tabák a marihuana (ESPAD, 2007).

Alkohol a tabák se řadí do skupiny legálních drog. Užívání těchto látek je zákonné, ovšem pouze pro osoby starší 18 let. Tudíž prodej alkoholu a tabáku mladistvím je nezákonné podle zákona 379/2005: „*Zákon o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými látkami a o změně souvisejících zákonů*“ (www.icm.cz, 2010).

Z mého pohledu je velice zarážející fakt, že výše uvedený zákon o tabáku zakazuje kouření ve veřejných prostorách, reklamu tabákových výrobků, prodej nezletilým, ale kouření jako takové u nezletilých nezakazuje.

Marihuana spadá do skupiny ilegálních drog (protizákonných). Podle zákona o konopí je trestné přechovávání (§252), nedovolené pěstování rostlin s obsahem THC (§253) a šíření toxikomanie (§255). Výše trestu je závislá na množství drogy (www.canapino.cz, 2010).

Takovéto rozdělení návykových látek mohou někteří jedinci mylně chápat tak, že legální návykové látky jsou bezpečnější než zákonem nedovolené návykové látky. To je velký omyl. Ať už jde o drogy legální či ilegální, stále se jedná o drogy a každá droga může být škodlivá.

4.1. Tabák

Tabák je dospívajícími nejčastěji užíván ve formě cigaret. Návykovou složkou tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Závislost na nikotinu u dětí a mladistvých je velmi silná a vzniká velmi rychle (www.bezcgaret.cz, 2010).

Vznik kuřáckého návyku vzniká nejvíce právě v období adolescence. Více jak 80% dnes dospělých kuřáků začalo kouřit ve věku 11 až 17 let (Hrubá, Kyasová, 2001).

Tito mladí kuřáci jsou vinou kouření častěji nemocni, trpí častěji respiračními infekcemi, častěji se u nich objevuje chronické nachlazení. Děti s kouřením často experimentují a mají za to, že mohou přestat, kdykoli budou chtít.

4.1.1. Stádia vývoje kuřáctví u dospívajících

Stádia vývoje kuřáctví u dětí a mládeže nelze jednoznačně definovat, záleží na individualitě jedince a jeho okolí. Nicméně většina teoretiků, jak uvádí Hrubá, Kyasová (2001), se shodli na následujících šesti stádiích kuřáctví u dětí a mládeže.

Prvním stádiem nazvaném **před-zvažovací** zahrnuje kuřáky, kteří nekouří a ani neuvažují začínat, ignorují vlivy a tlaky okolí.

Ve druhém stádiu **zvažování** či přípravném mladiství připouštějí myšlenku, že by zkusili kouřit, přemýšlejí, co by jim případné kouření přineslo. Zde je rozhodující vliv vzorů, ať už je to kouření u rodičů nebo u známé osobnosti. Pozitivní postoj ke kouření podporuje pocit nezávislosti, provokovat, vypadat drsně.

Iniciační stádium je doba, kdy dospívající zkoušejí kouřit své první cigarety. Zde dochází k zesílení vlivu především ze strany vrstevníků.

Čtvrté stádium **experimentování** je typické postupným zvyšováním frekvence kouření a i variabilitu situací, při níž se obvykle kouří. Mladiství v této době hledají spíše pozitivní stránku kouření, přestože mnozí mohou pociťovat spíše nepříjemné účinky nikotinu. Někteří se ještě nerozhodli, zda přestanou kouřit, jiní už se považují za kuřáky.

Pravidelné kouření je pátým stádiem, kdy jedinci zpočátku kouří s omezenou frekvencí, např. při víkendových setkáních. Velmi brzo však mladiství přecházejí k šestému stádiu, tj. **každodennímu kouření**. Kouření se stává součástí sebeovládání při různých situacích. Kouření poskytuje příjemnou náladu, snižuje úzkost, uspokojuje nutkavou chuť.

4.1.2. Závislost na tabáku

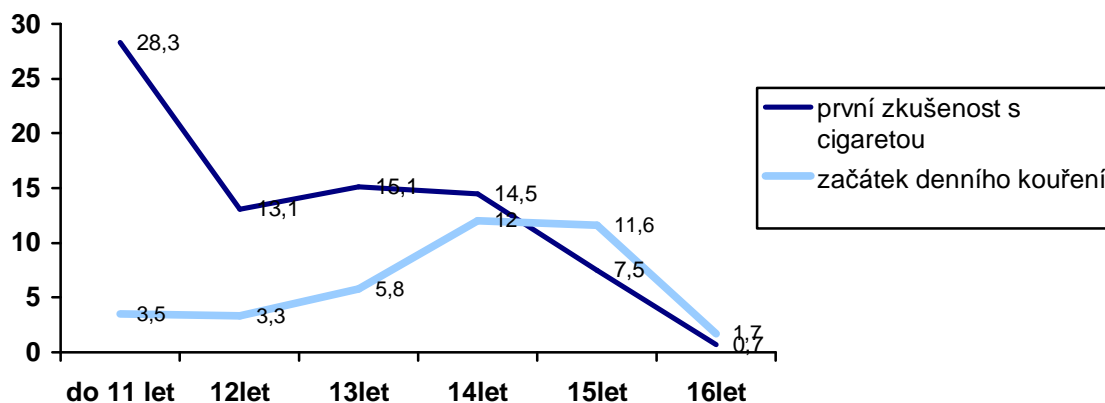
Závislost na tabáku je samostatnou nemocí s číslem diagnózy F 17 (MKN-10). Tato závislost má dvě složky: psychosociální a fyzickou závislost na nikotinu.

Podle Králíkové (2004) psychosociální závislost kouření začíná nejčastěji kolem 14. roku věku. Toto naučené chování se pak během let kouření pevněji fixuje (prožívání určitých situací s cigaretou, kuřácké stereotypy).

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2007 (www.drogy-info.cz, 2010) sledovala vývojové aspekty kuřáctví dvěma otázkami. První otázka zjišťovala věk první zkušenosti s cigaretou, druhá zjišťovala věk, od kterého dotázaný kouří denně. Odpovědi na první otázku svědčí o tom, že více než čtvrtina dotázaných získala první

zkušenost s kouřením již ve věku 11 let nebo dříve. Kouření s denní frekvencí se nejčastěji objevuje mezi 14. a 15. rokem věku (graf 1).

Graf 1 : věk začátku kouření a začátek denního kouření (v %)



4.1.3. Abstinční příznaky

Ve chvíli, kdy se tělu závislému na nikotinu nedostává návykové látky, nastávají nepříjemné stavy tzv. abstinční příznaky. Abstinční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu. Doba jejich trvání se uvádí v rozmezí tří týdnů až tří měsíců, přičemž v prvních třech týdnech bývají nejhorší (www.kurakovaplice.cz, 2010).

Mezi nejtypičtější příznaky a projevy abstinčního syndromu u nikotinové závislosti je „craving“. Význam tohoto slova v češtině znamená bažení, lačnění, touha po cigaretě. Craving bývá spuštěn nejčastěji dvěma mechanismy: silná touha po navození příjemného prožitku po užití návykové látky a nepříjemné stavy vyvolané odvykacím syndromem (Kalina a kol., 2003). Dalšími projevy abstinčního syndromu je špatná nálada, deprese, podrážděnost až agresivita, zlost, frustrace, úzkost. Neschopnost odpočinku, nespavost, neschopnost soustředění a zvládnání stresové a jiné zátěžové situace.

4.2. 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. Alkohol se řadí mezi legální drogy, je všeobecně dostupnou návykovou látkou se sedativně hypnotickými účinky, ke které se snadno dostávají i děti.

4.2.1. Rizika alkoholu

Užívání alkoholu v době dospívání nese jistá rizika. Jde především o poškození paměti a schopnosti učení, které může přetrvávat i později, když spotřeba alkoholu klesne. Moderní vyšetřovací metody zjistily u 17letých dospívajících, kteří pili alkohol a měli kvůli tomu problémy, menší hipokampus, což je část mozku důležitá právě pro učení a paměť. Zhoršená paměť a schopnost učení není v dospívání jediným negativním důsledkem pití alkoholu. K dalším patří úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, rizikový sex, trestná činnost, zejména násilného rázu, rychlý rozvoj závislosti na alkoholu (Nešpor, 2004).

Závislost na alkoholu má diagnózu F10 dle 10. verze Mezinárodní klasifikace nemocí.

Co se týče návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno. U dětí a dospívajících stojí alkohol v oblasti abúzu návykových látek na předním místě.

Závislost na alkoholu se vyvíjí ve čtyřech vývojových stádiích:

1. stádium – alkohol je drogou, kterou si pijan sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady
2. stádium – pijan přechází od méně koncentrovaných nápojů ke koncentrovanějším a dobře alkohol snáší
3. stádium – tolerance vůči množství alkoholu v krvi je stále dobrá, ale začínají se objevovat poruchy paměti
4. stádium – tolerance organismu se snižuje, k opilosti stačí už velmi malé množství. Pijan začíná s požíváním alkoholu už ráno a pije několik dnů po sobě, přičemž poruchy paměti jsou stále častější (Marhounová, Nešpor, 1995).

4.2.2. Rozsah užívání alkoholu u dospívajících

Studie ESPAD 2007 zjišťovala v jakém rozsahu naši dospívající konzumují alkoholické nápoje. Ukázalo se, že u chlapců je vyšší frekvence pití než u dívek. Dále se

zjistily rozdíly ve frekvenci pití podle studované školy. Výrazně vyšší hodnoty mají žáci z učňovských škol. Tato skutečnost může mít několik vysvětlení. Učni mohou mít více prostředků, vzhledem k tomu, že během praxe již dostávají určitou odměnu. Mají více volného času než jejich studující vrstevníci. Dalším faktorem je úroveň vzdělání.

Dále studie ESPAD 2007 uvádí, že 60% ze všech dotázaných lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholických nápojů. Pokud jde o oblibu jednotlivých druhů alkoholických nápojů, jednoznačně lze pivo považovat za nejběžněji konzumovaný alkoholický nápoj.

Řada zahraničních i našich odborníků uvádějí, že pravidelné užívání alkoholu a tabáku může vést jedince k vyhledávání silnější návykové látky. Ve většině případů jde o marihuanu. Jedná se o nelegální látku, kterou mladiství užívají nejčastěji v okruhu svých přátel, jde o jakýsi společenský rituál.

4.3. Marihuana

Marihuana a hašiš jsou produktem rostliny konopí. Obě látky obsahují stejnou účinnou látku THC (tetrahydrocannabinol), rozdílem je forma úpravy výsledného produktu. Jako hašiš se označuje zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí, zatímco sušené a jinak upravené listy a květenství stejné rostliny jsou označovány jako marihuana.

Marihuana je zařazována do skupiny ilegálních drog označených jako drogy lehké nebo, jak dříve bylo uváděno, do skupin látek s tzv. „akceptovatelným rizikem“. Marihuana obsahuje podle druhu kolem 10 mg, ale v některých případech až 100 mg THC. Tato droga se z těla vylučuje velmi pomalu, má tendenci se ukládat v tukové tkáni. Po vykouření jedné cigarety lze prokázat 40 – 50 % THC v buněčných membránách po 4 – 8 dnech, 10 – 20 % drogy po 30 dnech a 1% dokonce po 48 – 138 dnech. Při pravidelnějším užívání se droga hromadí v organismu (www.drogy-info.cz, 2010).

4.3.1. Rizika marihuany

Miovský (Kalina a kol., 2003) uvádí, že doposud nebyl popsán případ předávkování marihuanou s následkem smrti. Většina odborníků se shoduje v tom, že marihuana

nevyvolává somatickou závislost, protože se ukládá v tukových tkáních organismu a uvolňuje a vylučuje se velmi pomalu (Csémy, Kabíček, Hamanová, Kellerová, 2007).

Vznik rizik při zneužívání marihuany závisí na mnoha okolnostech, jako je věk jedince při první zkušenosti s marihuanou, frekvence užívání, duševní stav uživatele, pozitivní či negativní účinky při prvním užití marihuany.

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. Špatné naladění například při déletrvající depresi způsobená rozchodem s partnerem nebo nepříjemné pocity z lidí v okolí, může vést k rozvoji paranoidního stavu (pocit sledovanosti, strach ze zatčení, i když nemá drogu u sebe apod.). Degenhardt et al. prokázali v epidemiologické studii 2 až 3krát vyšší výskyt afektivních a úzkostných poruch u jedinců užívajících marihuanu. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození či naopak agrese k okolí. Občas se to může stát při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky (konzument nikdy neví jakou koncentraci THC pozře). U mladistvých dále hrozí riziko vzniku schizofrenie, záleží na intenzitě užívání této drogy (Csémy, Kabíček, Hamanová, Kellerová, 2007).

Ze somatického hlediska hrozí vyšší riziko vzniku rakoviny, marihuana obsahuje o polovinu více rakovinových látek než tabák, oslabuje imunitní systém, zvyšuje riziko plicních onemocnění, chronické záněty spojivek a hltanu, způsobuje nepravidelný menstruační cyklus, neplodnost u mužů, nebezpečí poškození plodu u těhotných žen (www.drogy-info.cz, 2010).

4.3.2. Rozsah užívání marihuany u dospívajících

Výsledky studie ESPAD ukazují, že užívání marihuany mezi šestnáctiletými adolescenty se stále zvyšuje. Šetření ESPAD zjistilo, že v roce 1995 mělo zkušenost s marihuanou 21,8 % adolescentů, v roce 1999 už 34,6 %, v roce 2003 počet šestnáctiletých stoupl o 10 % a v roce 2007 mělo zkušenost s marihuanou 45,1 % adolescentů.

K prvním zkušenostem s marihuanou dochází nejčastěji ve věku 14-15 let. Šetření ukázalo, že pokud jde o věk první zkušenosti, existují rozdíly podle pohlaví, podle

studované školy. Je patrné, že učni nejenže užívají marihuanu ve větší míře než studenti jiných typů škol, ale také první zkušenosti s jejím užíváním získávají dříve.

Důvody prvního užití konopí se mezi pohlavími významně neliší. Chlapci častěji uvádí, že nechtějí stát mimo partu nebo drogu užily z nudy, dívky častěji uvádí, že chtěly zapomenout na starosti.

Dospívající se nejčastěji dostávají k první zkušenosti s marihuanou ve skupině přátel. Je zjištěno, že 75,5 % studentů užívají marihuanu právě s partou přátel. Z toho tedy vyplývá, že marihuana je celým svým rituálem na rozdíl od tabáku přísně společenská droga.

Znepokojující jsou výsledky (ESPAD 2007), které prokázaly nejvyšší výskyt zkušenosti s užitím konopných látek v ČR oproti ostatním zemím. Vyhodnocený screeningový test ukázal, že ČR patří mezi země s nejvyšším výskytem vysoce rizikových uživatelů konopných látek.

Mnoho odborníků zastávají názor, že rizikovní uživatelé marihuany mohou snadněji najít cestu k tvrdým drogám (Csémy, Kabíček, Hamanová, Kellerová, 2007). Tato teorie má řadu zastánců i oponentů. Z mého pohledu existuje mnoho konzumentů marihuany, kteří u ní i zůstali a nevyhledávají tvrdší drogy, na druhou stranu ve většině případů závislých jedinců na tvrdých drogách přiznávají právě první zkušenost s marihuanou jako s ilegální drogou. Lze tedy říci, že marihuana nemusí být vždy vstupní branou k užívání jiných drog, vše záleží na jedinci samotném.

4.4. Postoje a názory adolescentů k návykovým látkám

Většina adolescentů považují téměř bezrizikové příležitostné kouření cigaret, jednorázový experiment s marihuanou a konzumaci 1 – 2 sklenic alkoholu denně. Pravidelné užívání návykových látek adolescenti považují většinou za rizikové. Stále mezi dospívajícími existuje řada těch, kteří nedokáží odpovědět na to, zda považují užívání těchto látek za rizikové nebo ne (tab.4-2.).

Tabulka 4-2. Hodnocení rizik související s užíváním návykových látek (v %)

Riziko	Žádné nebo malé	Střední nebo velké	Nevím
Kouření cigaret příležitostně	69,1	28,0	2,9
Kouření cigaret denně	22,4	74,4	3,2
Alkohol 1-2 sklenice denně	46,4	49,4	4,2
Alkohol 4 a více sklenic téměř denně	14,3	81,2	4,5
Alkohol 5 a více sklenic každý víkend	21,9	71,8	6,3
Konopné látky 1-2krát	48,4	42,7	8,9
Konopné látky příležitostně	40,5	51,4	8,1
Konopné látky pravidelně	11,1	80,1	8,8

5. PŘÍČINY NÁVYKOVÉHO CHOVÁNÍ

Na otázku, proč dospívající užívají návykové látky, není snadná odpověď. Návykové chování nemá jen jednu jedinou příčinu. Jde vždy o soubor celé řady faktorů, působících na toho kterého jedince. Problém s návykovou látkou se může vyskytnout v každé rodině. Jedinci mohou být z rodin úplných i rozvedených, z rodin ateistů, z rodin rodičů málo vzdělaných i z rodin vysokoškoláků. Je pravda, že někteří dospívající mohou být ohroženi více a jiní méně, ale naprosto chráněn není nikdo.

5.1. Rodina jako rizikový faktor

Rodiče podstatně ovlivňují to, zda budou jejich děti kouřit, pít alkohol nebo zneužívat jiné návykové látky. Mezi rizikové faktory rodinného prostředí, související s rizikovým chováním dětí, se řadí struktura a konstelace rodiny (úplnost, početnost, sourozenecká konstelace), společenské postavení rodiny (vzdělání, zaměstnání, finanční a materiální zdroje rodiny, ke kterým patří zaměstnanost rodičů, příjem, kvalita bydlení, vybavenost domácnosti), věk a osobnostní charakteristiky členů rodiny, kvalita manželského vztahu, ale i vztahy mezi členy rodiny, výchovný styl rodičů. Dále se

v souvislosti s problémovým chováním zkoumají také charakteristiky rodinného klimatu, rodinné atmosféry, jako jsou emociální vřelost, konfliktnost a soudržnost.

Nešpor (2004) uvádí tyto rodinné faktory, jež mohou přispívat ke vzniku závislosti:

- Zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči, schvalování alkoholu a drog.
- Špatné duševní a společenské fungování rodičů.
- Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, nedostatečné citové vazby dítěte.
- Nejasná pravidla týkající se chování dítěte.
- Malá péče, nedostatečný dohled.
- Nesoustavná a přehnaná přísnost.
- Malá očekávání od dítěte a podceňování ho.
- Rozvrácená rodina.

Jak uvádí Prokopčáková (2000) teenageři, kterých rodiče pijí, mívají větší tendenci k nadměrnému požívání alkoholu tzn., že mladý člověk, který vyrůstá v problematičtém rodinném prostředí, je zvýšeně náchylný k experimentování, má potřebu identifikace s určitým vzorem, který někdy může suplovat závadová parta. Podobné vnímání důsledků chování rodičů jako sociálně výhodných, vede k vytváření standardů chování, které je v souladu s rodičovským. Požívání alkoholu nebo kouření také významně ovlivňuje dostupnost cigaret a alkoholu v domácnosti.

Z mé vlastní zkušenosti existují i případy, kdy děti ze zátěžových rodin se stali odpůrci alkoholu.

Podle Macka (1999) rodiče fungují v mnoha směrech jako modely chování. Ukazuje se, že pro sociálně deviantní chování adolescentů je analogické chování jejich rodičů jedním z nejsilnějších prediktorů. Rodič, který se chová delikventně, nadměrně pije, bere drogy, je často nezaměstnaný nebo má jiné projevy "sociální nepřizpůsobivosti", také zvyšuje pravděpodobnost delikventního jednání dítěte.

5.2. Vrstevníci jako rizikový faktor

V procesu osamostatnění se adolescenti orientují na jiné sociální skupiny, než je rodina. Pro dospívajícího mají čím dál větší význam vrstevníci, kteří mají podobné

problémy a jsou v rovnocenném postavení. Skupina vrstevníků slouží jako opora v procesu vytváření individuální identity, která mu pomáhá v procesu osamostatňování. Skupina je zdrojem sociálního učení, dává jedinci zpětnou vazbu, jisté postavení, prestiž (Vágnerová, 2008).

Problém nastává ve chvíli, kdy je skupinou, jež si jedinec vybral, odmítán, pak dotyčný přijímá kohokoli, kdo je ochoten akceptovat jeho. Často jde právě o rizikové skupiny. Silná potřeba jedince někam patřit, být akceptován, strach z jejich odmítnutí může vést k napodobování jejich chování (např. kouření, pití alkoholu, užívání drog apod.). Toto chování může být potom interpretováno různými způsoby jako např. kreativita, odvaha riskovat, míra svobody jednotlivce.

Prokopčáková (2000) potvrzuje výrazný vztah mezi chováním adolescenta a vnímanými názory, očekáváním a chováním vrstevníků, zároveň se však ukazuje, že adolescenti, kteří se častěji chovají rizikově, neočekávají také výrazné odmítnutí ze strany rodičů a přátel, jako ti, kteří rizikové chování radši ani nezkusí.

Kamarádství s někým, kdo kouří a pije alkohol je velmi silný rizikový faktor. Taktéž jako kamarádství s někým, kdo se pokusil o sebevraždu nebo ji spáchal, výrazně posiluje myšlenky na sebevraždu.

Podle Nešpora (2004) má riziková skupina vrstevníků tento charakter:

- Členové skupiny mají pozitivní vztah k alkoholu a drogám.
- Alkohol a drogy zneužívají příliš brzy.
- Chování této skupiny je cynické, problémové vůči autoritám, protispolečenské.
- Mají větší vliv na jedince než rodiče.

6. PREVENCE

Podle pedagogického slovníku prevence znamená – „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálněpatologickým jevům*“ (Průcha, 2003).

Slovník cizích slov vysvětluje pojem prevence jako „*předcházení něčemu, ochrana před něčím*“ (Linhart, 2003).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje prevenci jako „*soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog*“ (www.odrogach.cz, 2010).

Prevenici jako takovou lze rozdělit dle Novotné a Kremlíčkové (1997) do třech větších kategorií, a to na prevenci

1. **primární**
2. **sekundární**
3. **terciární**

6.1. Primární prevence

Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům sociálně patologických jevů, případně minimalizovat jejich negativní dopad, včetně dalšího šíření.

Karel Nešpor (2003) vidí cíl primární prevence u návykových látek včetně tabáku v odrazení od jeho užívání nebo oddálení do pozdějšího věku, kdy už jsou dospívající relativně odolnější.

Aby primární prevence měla smysl, musí splňovat některé zásady efektivity:

- začíná co nejdříve a odpovídá věku,
- činnosti jsou co nejvíce interaktivní,
- zahrnuje podstatnou část žáků školního kolektivu,
- využívá pozitivní vrstevnické modely,
- zahrnuje legální i nelegální návykové látky,
- zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich,
- program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí, mimoškolní prostředí i práci s rodiči),
- dlouhodobý a soustavný program obsahuje celé spektrum rizikového chování, ale dílčí aktivity jsou zaměřeny na konkrétní jev (Nešpor 2003).

Jako **neúčinnou primární prevencí** označuje Metodický pokyn MŠMT k primární prevenci tyto činnosti:

- zastrahování, citové apely, pouhé předávání informací, samostatně realizované jednorázové akce, potlačování diskuse,

- hromadné aktivity nebo promítání filmu by měly být pouze doplňkem, na který by měl vždy navazovat rozhovor v malých skupinkách (Tab.6-1).

Tabulka 6-1. Účinnost prevence škod způsobených návykovými látkami.

Přehled strategií	Účinnost
Zastrašování	Neúčinné
Citové apely	Neúčinné
Prosté informování	Neúčinné
Nabízení lepších alternativ než alkohol či jiné návykové látky	Účinné u skupin se zvýšeným rizikem
Peer programy (aktivní účast předem připravených vrstevníků)	Účinné u skupin se středním rizikem (normální populace)
Prevence založená ve společnosti	Účinné
Snižování dostupnosti návykových látek včetně alkoholu	Účinné, jestliže je provázeno i snižování poptávky po nich
Léčba anebo mírnění následků	Relativně účinné, zejména pokud jsou poskytnuty včas

Primární prevenci lze ještě dále rozdělit na dvě nedílné součásti, a to na **primární prevenci specifickou a nespecifickou**.

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, tj. aktivity blízké daným věkovým skupinám, které by byly poskytovány i v případě, že by problém spojený s užíváním návykových látek neexistoval. Jedná se tedy o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně-patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku závislosti. Patří sem zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních) apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu (www.odrogach.cz, 2010).

Dle mého názoru tento druh prevence představuje základ celého systému prevence, který by měl být nejvíce zaměřen na základní škole. Věřím, že by se tím mohlo předejít v mnoha případech ke vzniku celé řady rizikového chování.

Specifickou primární prevencí se rozumí takové aktivity, které se zaměřují přímo na „primární prevenci užívání návykových látek“, tzn. jedná se o programy zaměřené již specificky na určitou formu rizikového chování. Explicitně se tedy zaměřují a snaží se řešit způsob, jak předcházet výskytu určité specifické formy takového chování, v tomto případě na užívání drog.

Primární prevence hraje významnou roli v boji proti užívání návykových látek a následného vzniku závislosti u dospívajících. Aby byla primární prevence efektivní, musí na jedince působit z více oblastí. Důležitou roli zde hraje rodina, přátelé, škola i široká veřejnost.

6.1.1. Pomoc v rodině

Mnozí by se mohli domnívat, že zásadní vliv rodičů v prevenci vzniku rizikového chování je pouze v období dospívání. Není tomu tak. Matějček (1986) klade důraz na poskytnutí potřeb dítěte již od narození, které umožňují dítěti správný a vyrovnaný vývoj.

Nešpor (2003) klade důraz na prevenci, která by měla začít již od narození dítěte. Zde hraje důležitou roli matka a její přiměřeně pečující přístup, uspokojení citových potřeb dítěte. Dávat dítěti najevo určitá omezení v jeho chování. Dále je důležité vštěpovat dítěti hodnotu zdraví a jeho ochrany. Na počátku adolescence od 10-11let je vhodné poskytovat informace dětem konkrétně. 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!

Období pozdní adolescence je pro rodiče dospívajících dětí velice náročná. Děti jsou velice kritičtí vůči rodičům, prosazují svou osobnost, názory, chtějí se samostatně rozhodovat. Často se stává, že na takovou změnu chování u dítěte nejsou rodiče připraveni. Nejsou schopni akceptovat změnu ve vývoji osobnosti dítěte a tak se může stát, že se jim dítě odcizí, vytratí se vzájemná komunikace i důvěra. Je tedy ze strany

rodičů důležité naslouchat dětem, přijímat jejich názory i kritičnost, diskutovat a polemizovat s jejich postoji.

Co by měli rodiče dělat, aby jejich dítě nezačalo brát drogy? Podle Peška (2008) je možné toto riziko snížit vytvořením bezpečného rodinného prostředí. Neznamená to jen dítě chránit, vychovávat, ale i učit, jak se má vypořádat s životními problémy. Nechat ho do určitých mezí samostatně řešit vzniklý problém, tím se je naučí řešit a stane se odolnějším vůči stresu a zklamání.

Je nezbytné dítěti vštěpovat smysl pro povinnost, vytvořit pro ně jasná, srozumitelná pravidla, která je nutná důsledně kontrolovat. Zároveň děti musí mít pocit, že o ně mají rodiče zájem. Dále Pešek apeluje najít si čas na rozhovor a to za každé situace. Trávit co nejvíce času společnými aktivitami jako jsou výlety, kulturní akce, ale i při domácích činnostech.

Také si myslím, že je důležitý životní nadhled rodičů. Rodiče optimisté lépe zvládají různé životní události, jednak tím nenarušují klima rodiny a jednak jdou dobrým příkladem pro své děti.

Dále podle Nešpora (2003) by rodiče měli jít dobrým příkladem pro své děti. Předpokladem je, že rodiče příliš nepijí, nekouří, nezneužívají jiné drogy. Dále je důležité duševní zdraví rodičů, dobré přizpůsobování ve společnosti, snaha pomáhat druhým. Preferovat dobré hodnoty, jako je například vzdělání.

Primární prevenci v rodině vidím jako zásadní. Rodiče by měli své dítě znát nejlépe, vědět o jejich slabinách i přednostech, dokázat posoudit, předpokládat jejich reakci v určité situaci. To vše jim může pomoci podat pomocnou ruku v pravý čas.

Problém vidím v „naivním“ přístupu rodičů: „*Nás se tato problematika netýká, to se nám stát nemůže, zbytečné o tom doma mluvit, to je přece na škole.*“ Domnívám se, že takto „nepřipravení rodiče“ pak jen stěží zvládnou zjištění, že právě jejich děti mají problém s drogami.

6.1.2. Pomoc vrstevníky, peer program

Tlak ze strany vrstevníků je vždy velmi významným faktorem. Na této skutečnosti je založena i jedna z metod primární prevence - „Peer program“.

Principem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků. Význam anglického slova „peer“ je ovšem širší, než-li jen vrstevník. Je to někdo, s nímž

se cílová populace může ztotožnit. Svojí roli tedy hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání (Nešpor, 1999).

Efektivnost programu potvrdila práce Toblerové (1986). Výsledky ze 143 studií týkajících se prevence ukázaly, že peer programy se jeví jako nejúčinnější. I pozdější studie Bergeret-Drownse potvrdila efektivitu tohoto programu (Kalina a kol., 2003).

První český peer program vznikl v roce 1994 pro základní školy a pro střední v roce 1995. Autory těchto programů byli: K. Nešpor, L. Csémy, H. Pernicová a učitelé základních a středních škol.

Při realizaci peer programu je důležité vybrat osoby, které by se nejlépe hodily na roli aktivisty programu. Předpokladem je, že aktivisté neuzívají návykové látky, mají schopnost komunikovat a hlavně věří cíli programu.

Základ programu tvoří 4 složky: motivovat, najít lepší možnosti, dovednost odmítnou a utvrzení.

Prvním úkolem aktivistů je vysvětlení smyslu programu, motivovat studenty. Pomocí brainstormingu otevírají témata jako je výhoda zdraví, proč je dobré nekouřit, proč je dobré nadměrně nepít alkohol a nebrat drogy, jak pomáhá zdravý způsob života při dosahování životních cílů.

Podstatou druhé části je nalézt co nejvíce lepších možností, než je kouření, alkohol a drogy, najít co nejvíce dobrých způsobů jak zahnat nudu.

Třetí část se týká způsobů, jak odmítat alkohol, tabák a drogy. Studenti jsou seznámeni s mnoha možnostmi a typy odmítnutí.

Část utvrzení je zaměřena na výhody zdravého způsobu života pro společnost jako celek. Společné hledání způsobů jak eliminovat nezdravý styl života celé společnosti. Rozbor reklam na alkohol, jak by mohla vypadat reklama na zdravý životní styl aj. (Nešpor, 1999).

Peer programy je možné realizovat ve spolupráci se školou, kde si vychovávají své peer vedoucí samy (tato varianta se mi zdá nejpraktičtější). Jinou možností je, že vyškolení vrstevníci mohou působit na spolužáky neformálně, například v klubech, v klubovnách apod.

Předností tohoto programu je jeho interaktivnost, hodí se dobře do školního prostředí, zapojuje i rodiče. Velmi efektivní je nácvik sociálních dovedností a dalších dovedností potřebných pro život, jako zvládání stresu, nácvik relaxace, řešení problémů.

6.1.3. Pomoc školy

Škola je jeden z klíčů efektivní primární prevence. Zde děti tráví podstatnou část dne, proto se zde dají velmi dobře aplikovat preventivní programy. Většina školních preventivních programů jsou zaměřené na oblast zdravého životního stylu (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity), oblast společenskovední (komunikace, sociální dovednosti), oblast přírodovědnou (biologie člověka, fyziologie, chemie) a na oblast rodinné a občanské výchovy, oblast sociálně právní (www.primarniprevence.cz, 2010).

Každá škola má svého metodika prevence. Předpokladem dobrého metodika je jeho odborná způsobilost, zájem o tuto práci, důvěra u dětí i kolegů. Jeho úkolem je zajistit spolupráci vyučujících jednotlivých předmětů v rámci ročníku tak, aby preventivní aktivity tvořily ucelený systém. Poskytnuté informace i stupeň rozvoje sociálních dovedností by měly vždy odpovídat věku žáků.

Úkolem metodika je zřídit školní poradenské pracoviště, kam by mohli studenti docházet se svými dotazy, problémy a kde bude metodik k dispozici ve stanovených konzultačních hodinách, dále sjednává konzultace s preventisty působících v dané oblasti rizikového chování, využívá a koordinuje činnost peer programu. Poskytuje kolegům, studentům odbornou literaturu, informace o institucích, organizacích, které působí v oblasti prevence v okolí bydliště. Efektivním způsobem seznamuje školu s novými informacemi, událostmi a preventivními akcemi, například ve školním časopise, na internetu, školním rozhlase, či vytvořením zajímavé informační tabule.

Preventivní práci je dobré začlenit i do aktivit, které škola zajišťuje a organizuje i mimo vyučování, jako zájmové kroužky, diskusní kluby, družiny, výlety, ozdravné pobyty aj. Metodik by měl poskytnout vedoucím kroužků a pedagogickým pracovníkům přípravu v preventivní práci a možnost dále se vzdělávat.

Nezbytný je osobní kontakt a spolupráce metodika s odborníky nízkoprahových center, lékaři, s oddělením péče o dítě a rodinu, s policií atd.

Dále je důležitý kontakt s rodiči, seznámit je se školním preventivním programem a navázat s nimi spolupráci.

Škola může zhodnotit efektivitu preventivního programu formou dotazníků, slohových prací, informací získaných ze schránky důvěry. Měřítkem důvěry může být ohlas u preventisty, žáků a rodičů (www.poradenskecentrum.cz, 2010).

Pokud metodik a škola splňují požadavky preventivního programu, jeví se mi tato školní prevence jako velice systematická, intenzivní a účinná pomoc v boji proti zneužívání návykových látek u dětí a mládeže. Největší význam preventivního programu vidím na druhém stupni základní školy a v 1. a 2. ročníku na středních školách a učilištích.

6.1.4. Protidrogová politika

Protidrogová politika je v České republice uskutečňována na národní, krajské a místní úrovni. Protidrogovou politiku na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Rada projednává a předkládá vládě základní dokumenty protidrogové politiky: národní strategii protidrogové politiky, akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky.

Vláda dne 10.5. 2010 projednala a schválila Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 – 2018, která navazuje na předešlé období.

Jako účinný, vůči užívání drog, vidí vláda v komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu. Hlavními přístupy je snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách, snižování rizik spojených s jejich užíváním. Protidrogovou politiku ČR proto budou, v kontextu těchto přístupů, tvořit čtyři základní pilíře: primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik, snižování dostupnosti drog.

Cílem protidrogové strategie je snížit míru experimentování a příležitostného užívání drog u mladistvých. Tohoto cíle je možné dosáhnout právě primární prevencí. Dále pak snižování problémového užívání drog, snížení možných rizik způsobených návykovými látkami pro jedince i společnost. Velmi důležitým krokem k minimalizování užívání návykových látek mladistvými je nízká dostupnost drog (www.icm.cz, 2010).

6.1.5. Jednotlivá ministerstva a jejich úloha v protidrogové prevenci

Za realizaci opatření, která vyplývají z protidrogové strategie vlády, nese na centrální úrovni odpovědnost věcně příslušný ministr a na místní úrovni statutární zástupce příslušného úřadu.

Ministerstvo zdravotnictví – odpovídá za legislativu týkající se legálního zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekurzory a pomocnými látkami a povoluje dovozy a vývozy těchto látek.

Ministerstvo práce a sociálních věcí – odpovídá za řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním všech typů drog.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy – odpovídá především za primární prevenci užívání všech typů drog dětmi a mladými lidmi, kterou staví na výzkumem ověřených opatřeních a aktivitách. Odpovídá za realizaci preventivních programů ve školách a školských zařízeních a financování dalších preventivních programů realizovaných státními i nestátními organizacemi.

Ministerstvo vnitra – odpovídá především za regulaci opatření potlačování nabídky ilegálních drog a za vymáhání práva ve vztahu k distribuci drog legálních.

Ministerstvo spravedlnosti – odpovídá za tvorbu legislativních návrhů v oblasti trestního práva týkající se drogové kriminality.

Ministerstvo obrany – vzhledem ke své roli při zabezpečování ochrany bezpečnosti a suverenity ČR a nebezpečí užívání drog vojáky zacházejícími se zbraněmi, sehrává v protidrogové politice zvlášť citlivou a důležitou roli.

Ministerstvo zahraničních věcí – koordinuje plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána a z členství v OSN. Jde zejména o Mezinárodní výbor pro kontrolu narkotik a Komisi pro narkotika OSN a Valné shromáždění OSN.

Ministerstvo financí – ze státního rozpočtu uvolňuje finanční prostředky, účelově vázané na programy protidrogové politiky jak na centrální, tak na místní úrovni.

Ministerstvo zemědělství – odborně spolupracuje při evidenci legální produkce máku setého a konopí (www.icm.cz, 2010).

Primární prevence v oblasti užívání návykových látek mladistvými se týká celé naší společnosti. A jak by tedy měla společnost vypadat? Měla by mít přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí k uplatnění při studiu, sociální stabilitu. Nabízet dobrou zdravotní a sociální péči. Prosazovat odpovědný postoj ke zdraví. Dostatečně zajišťovat sociální potřeby a bydlení. Být tolerantní v rasové problematice, potlačovat kriminalitu. Společnost jsme my všichni, od státu přes školu a jiné instituce, přes rodinu až k jednotlivci. Na nás všech záleží jakou společnost vytvoříme a jaké budou naše děti.

1. METODIKA PRÁCE

V praktické části jsem zjišťovala situaci v užívání alkoholu, tabáku a marihuany u dnešních studentů. Ke sběru dat jsem použila dotazníkovou metodu. Hlavní předností dotazníkového šetření je získání velkého počtu respondentů za krátkou časovou jednotku. Dotazníkové šetření jsem prováděla v říjnu a v listopadu 2010.

Dotazník se skládá z deseti otázek. První a druhá otázka zjišťuje věk první zkušenosti s cigaretou a věk začátku denního kouření. Třetí otázka zjišťuje od koho respondenti získali první cigaretu. Čtvrtá až šestá otázka mapuje zkušenost s alkoholem. Sedmá otázka zjišťuje, kde se poprvé dotazující napili alkoholu. Osmá otázka zjišťuje věk první zkušenosti studentů s marihuanou. Devátá otázka ukáže frekvenci užívání marihuany dospívajícími. Desátá otázka prošetřuje od koho respondenti získali první marihuanu. Osm otázek je uzavřených (1, 2, 4-6, 8-9) a tři otázky jsou polouzavřené (3, 7, 10).

Rozdala jsem celkem 130 dotazníků a i stejný počet vyplněných dotazníků jsem získala zpět. Dotazníky vyplnili studenti tří vybraných škol: Obchodní akademie, Husova 1, České Budějovice. Střední odborné učiliště, Na Červeném Hrádku 766, Sedlčany (obor zedník, instalatér, zámečnick). Střední škola obchodu a služeb, Karolína Světlá 2, Jihlava (obor kuchař-číšník). Byli to studenti druhého a třetího ročníku. Studenti obchodní akademie tvořili 50 respondentů (38,46%), studenti SOU 40 (30,77 %) a studenti SŠOS 40 (30,77 %).

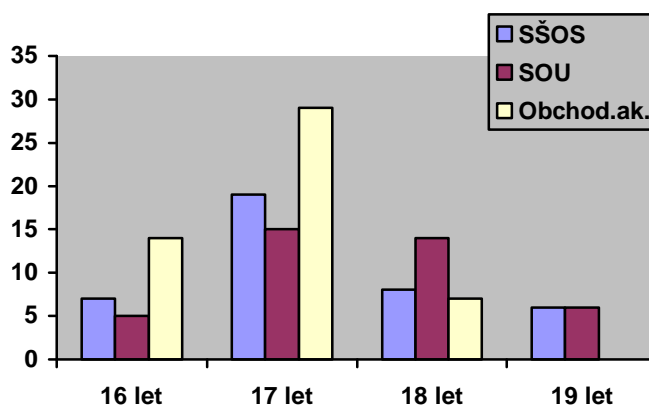
Tabulka č. 1: **Počet respondentů na jednotlivých školách.**

	Počet respondentů	
	počet respon.	p.resp. v %
Obchodní akademie	50	38,46 %
SOU Sedlčany	40	33,77 %
SŠOS Jihlava	40	33,77 %
Celkem	130	100 %

Tabulka č. 2 : **Věk respondentů.**

	SŠOS		SOU		Obchod. akademie		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
16 let	7	17,5%	5	12,5%	14	28%	26	20%
17 let	19	47,5%	15	37,5%	29	58%	63	48,46%
18 let	8	20%	14	35%	7	14%	29	22,31%
19 let	6	15%	6	15%	0	-	12	9,23%

Graf č.1: **Věk respondentů.**



Respondentů bylo celkem 140 (SŠOS 40, SOU 40, Obchod. ak. 50), z toho 26 respondentů mělo 16 let (20 %), 63 (48,46 %) 17 let, 29 (22,31 %) 18 let a 12 (9,23 %) 19 let.

1.1. Hypotézy

1. Domnívám se, že k první zkušenosti s cigaretou dochází častěji po 15. roku věku než před 15. rokem věku.
2. Předpokládám, že většina studentů ve věku 16 až 18 let mají zkušenost s kouřením tabáku, přičemž menší počet z nich se stali denními kuřáky.
3. Předpokládám, že studenti častěji získali první cigaretu od vrstevníků než v rodině.
4. Očekávám, že většina studentů ve věku od 16. do 18. roku věku se již opila.
5. Domnívám se, že větší část studentů se poprvé napila v rodině než s vrstevníky.

6. Myslím si, že je méně studentů, co experimentují s marihuanou než studentů co nemají s marihuanou žádnou zkušenost.
7. Předpokládám, že studentům častěji nabídli první marihuanu vrstevníci než dealeři.
8. Domnívám se, že studenti učilišť mají více zkušeností s experimentováním návykových látek než studenti studijního zaměření.

2. POLOŽKY DOTAZNÍKU -VÝSLEDNÁ DATA

2.1. Oblast v užívání tabáku

Otázka číslo 1 - V jakém věku jste poprvé kouřil/a cigaretu?

Tato otázka zjišťovala věk první zkušenosti s cigaretou. V největší míře první zkušenosti byl věk do 11 let a to v zastoupení 22,32 % všech respondentů. Tento výsledek se jeví jako dosti hrozivý, ale ukázalo se, že většina těchto respondentů doposud nezačala s denním kouřením.

Nejméně zkušeností měli respondenti ve věku 16 a více a to 2,30 %. Je to tím, že již před tím měli respondenti první zkušenost s cigaretou za sebou nebo neměli žádnou (48 %).

Tabulka č. 3: Věk první zkušenosti s cigaretou.

	SŠOS		SOU		Obchodní akademie		celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
do 11 let	11	27,50%	9	22,50%	9	18%	29	22,32%
12 let	6	15%	8	20%	11	22%	25	19,23%
13 let	6	15%	9	22,50%	6	12%	21	16,15%
14 let	5	12,50%	3	7,50%	11	22%	19	14,62%
15 let	3	7,50%	6	15%	3	6%	12	9,23%
16 a více	2	5%	0	0	1	2%	3	2,30%
nikdy	7	17,50%	5	12,50%	9	18%	21	16,15%

Ze všech dotazajících nikdy nekouřilo 21 respondentů (16,15 %). Na SŠOS nikdy nekouřilo 7 studentů (17,50 %), na SOU 5 studentů (12,5 %) a na OA 9 studentů (18 %).

Otázka číslo 2 – V jakém věku jste se stal/a denním kuřákem?

Denními kuřáky se stali ze 109 (83,85 %) všech respondentů, kteří zkusili kouřit, 63 respondentů (75 %).

Ukázalo se, že zkušenost s cigaretou má většina studentů (SOU 87,5 %, SŠOS 80 % a OA 87 %). Denními kuřáky se z nich stali OA - 41,5 %, SOU - 71,42 %, SŠOS - 63,6 %. Nejméně denních kuřáků se prokázalo u respondentů obchodní akademie (66 %).

Tabulka č. 4 : Věk začátku denního kouření.

	SŠOS		SOU		Obchodní akademie		celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
do 11 let	0	0	0	0	0	0	0	0
12 let	4	10%	1	2,5%	0	0	5	3,85%
13 let	2	5%	4	10%	4	8%	10	7,69%
14 let	6	15%	7	17,5%	0	0	13	10%
15 let	7	17,5%	5	12,5%	6	12%	18	13,85%
16 a více	2	5%	8	20%	7	14%	17	13,08%
nikdy	19	47,5%	15	37,5%	33	66%	67	51,53%

Celkem se stalo denními kuřáky 63 respondentů (75 %), z nichž 18 (13,85 %) začalo denně kouřit v 15 letech a 17 (13,08 %) respondentů začalo v 16 a více letech.

Nejnižší věk začátku denního kouření je 12 let, SŠOS- 4 respondenti (10 %), SOU- 1 resp.(2,5%), OA- žádný respondent.

Otázka číslo 3 – Od koho jste získal/a svou první cigaretu?

Z celkového počtu respondentů (130 – 100 %) mělo zkušenost s kouřením cigaret 109 respondentů (83,85 %). SŠOS 33 (82,5 %) resp., SOU 35 (87,5 %) a OA 41 (82 %).

Tabulka č.5 : Získání první cigarety.

	SŠOS		SOU		Obchod. akademie		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
V rodině	2	6,06%	2	5,71%	3	7,32%	7	6,42%
Od kamarádů	29	87,88%	29	82,86%	38	92,68%	96	88,07%
Jinde	2	6,06%	4	11,43%	0	-	6	5,51%

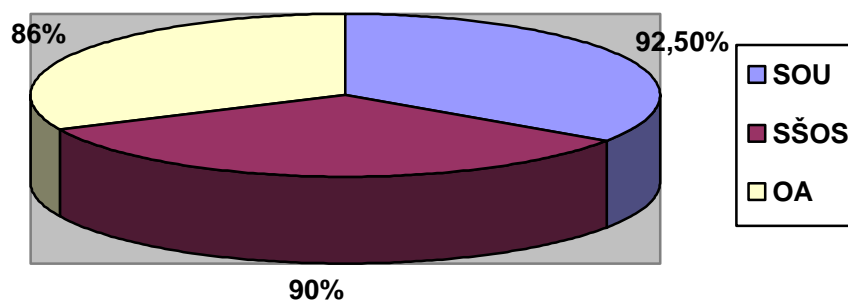
Celkem 96 (88,07 %) respondentů uvedlo, že svou první cigaretu získali od svých kamarádů, 7 resp. (6,42 %) v rodině, 6 resp.(5,51 %) získali první cigaretu jiným způsobem (zde respondenti nevedli konkrétně jak).

2.2. Oblast v užívání alkoholu

Otázka číslo 4 – Byl/a jste někdy opilý/á (opilost zde chápeme jako stav ztráty sebekontroly)?

Stav opilosti zažilo celkově 116 respondentů (89,23 %) a pouze 14 respondentů (10,77 %) se doposud neopilo.

Graf č.2: Zkušenost s opilostí dle vybraných škol (v %).



Zkušenosti s opilostí se u respondentů vybraných škol od sebe moc neliší, na SŠOS se opilo 36 respondentů (90 %), na SOU mají zkušenost s opilostí 37 respondentů (92,5 %) a na OA se v životě opilo 43 respondentů (86 %).

Otázka číslo 5 – Jaká je Vaše celoživotní zkušenost s konzumací alkoholu?

Ze všech respondentů pouze jeden (0,77 %) se nikdy nenapil alkoholu, ostatní (99,23 %) mají již nějakou zkušenost s alkoholem.

Tabulka č.6 : Celoživotní zkušenost s alkoholem.

	SŠOS		SOU		Obchod. akademie		celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
1-2krát	2	5%	3	7,5%	3	6%	8	6,15%
3-5krát	2	5%	2	5%	4	8%	8	6,15%
6-9krát	1	2,5%	0	-	0	-	1	0,77%
10-19krát	3	7,5%	10	25%	9	18%	16	12,31%
20-39krát	6	15%	1	2,5%	11	22%	18	13,85%
40 a více	25	62,5%	30	75%	23	46%	78	60%
žádná	1	2,5%	0	-	0	-	1	0,77%

Celoživotní zkušenost s alkoholem, v největším zastoupení 78 respondentů (60 %), je 40krát a více.

Otázka číslo 6 – Jak často jste užil/a alkohol v posledních 30 dnech?

Z celkového počtu 129 (100 %) respondentů užilo v tomto časovém úseku celkem 115 (89,15 %) resp. alkohol a pouze 14 resp. (10,85 %) alkohol neužilo.

Tabulka č. 7: **Frekvence pití alkoholu v posledních 30 dnech.**

	SŠOS		SOU		Obchod.akademie		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
1-2krát	8	20,51%	13	32,5%	10	20%	31	24,03%
3-5krát	10	25,64%	8	20%	25	50%	43	33,33%
6-9krát	8	20,51%	9	22,5%	5	10%	22	17,05%
10krát a častěji	8	20,51%	7	17,5%	4	8%	19	14,73%
žádný alkohol	5	12,83%	3	7,5%	6	12%	14	10,86

Nejčastější frekvencí pití alkoholu je 3-5krát za poslední měsíc, celkem 43 resp. (33,33 %) a nejmenší frekvencí je 10krát a častěji v zastoupení 19 resp. (14,73 %).

Otázka číslo 7 – Kde jste se poprvé napil/a alkoholu?

Zkušenost s alkoholem uvedlo 129 respondentů, z toho 72 (55,81 %) resp. získalo první zkušenost s alkoholem mezi kamarády, 56 (43,41 %) v rodině a 1 (0,78 %) se poprvé napil jinde (resp. neuvedl kde).

Tabulka č. 8: **Kde byla první zkušenost s alkoholem.**

	SŠOU		SOU		Obchod.akademie		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
V rodině	9	23,08%	13	32,5%	34	68%	56	43,41%
Mezi kamarády	30	76,92%	26	65%	16	32%	72	55,81%
jinde	0	-	1	2,5%	0	-	1	0,78%

Respondenti ze SŠOS (30 – 76,92 %) získali první zkušenost nejvíce mezi kamarády, resp. ze SOU (26 – 65 %) také mezi přáteli a resp. z OA (34 – 68 %) získali první zkušenost s alkoholem v rodině.

Předpokládám, že první zkušenost s pitím alkoholu v rodině je na úrovni přípitků v rámci rodinných oslav, kde dospívající nedojdou ke stavu opilosti oproti situaci, kdy dospívající pijí alkohol mezi přáteli bez dohledu rodičů.

2.3. Oblast v užívání marihuany

Otázka číslo 8 – V jakém věku jste poprvé užil/a marihuanu?

Na tuto otázku odpovědělo 130 (100 %) respondentů. Nikdy neužilo marihuanu 53 (40,77 %) respondentů, 77 (59,23 %) již marihuanu zkusilo.

Tabulka č. 9: Věk první zkušenosti s marihuanou.

	SŠOS		SOU		Obchod.akademie		celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
do 11 let	2	5%	1	2,5%	0	0	3	2,31%
12 let	2	5%	1	2,5%	1	2%	4	3,08%
13 let	2	5%	4	10%	1	2%	7	5,38%
14 let	5	12,5%	3	7,5%	10	20%	18	13,85%
15 let	5	12,5%	7	17,5%	10	20%	22	16,92%
16 a více	5	12,5%	11	27,5%	7	14%	23	17,69%
nikdy	19	47,5%	13	32,5%	21	38%	53	40,77%

Otázka číslo 9 – Jaká je Vaše frekvence v užívání marihuany?

Ze 77 respondentů experimentujících s marihuanou 25 (32,47 %) z nich zkusilo marihuanu jen jednou v životě. Občas užívá marihuanu 30 (38,96 %) respondentů a 22 (28,57 %) respondentů užívá marihuanu pravidelně.

Největší počet pravidelně užívajících respondentů je na SOU (33,33 %) o něco méně respondentů má SŠOS (23,81 %) a nejméně respondentů má OA (20,69 %).

Tabulka č. 10 : **Frekvence užívání marihuany.**

	SŠOS		SOU		Obchod. ak.		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
Jednou	7	33,33%	6	22,22%	13	44,83%	26	33,77%
Občas	9	42,86%	12	44,44%	10	34,48%	31	40,26%
pravidelně	5	23,81%	9	33,33%	6	20,69%	20	25,97%

Otázka číslo 10 – Kdo Vám nabídl poprvé marihuanu?

Z celkového počtu 130 respondentů experimentovalo s marihuanou 77 (59,23 %) respondentů, 4 (5,19 %) získali první marihuanu v rodině, 6 (7,79 %) přímo od dealera a 67 (87,02 %) resp. si marihuanu opatřili od kamarádů.

Tabulka č. 11: **Získání první marihuany.**

	SŠOS		SOU		Obchod. akademie		Celkem	
	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %	počet respon.	p.resp. v %
Rodina	3	14,29%	1	3,7%	0	-	4	5,19%
Dealer	2	9,52%	2	7,41%	2	6,9%	6	7,79%
Od kamarádů	16	76,19%	24	88,89%	27	93,10%	67	87,02%

Nejčastěji si respondenti sehnali první marihuanu od kamarádů, SŠOS 16 (76,19 %), SOU 24 (88,89 %) a OA 27 (93,10 %) respondentů.

3. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ V.S. HYPOTÉZY

Cíle této práce, zmapovat rizikové chování v oblasti kouření tabáku, konzumace alkoholu, experimentování s marihuanou, zjistit věk první zkušenosti s těmito návykovými látkami a od koho poprvé získali tyto látky, odhalit rozdíl v užívání alkoholu, tabáku, marihuany mezi studenty středních škol a učilišť byly splněny.

Hypotéza č.1: Domnívám se, že k první zkušenosti s cigaretou dochází častěji po 15. roku věku. K první zkušenosti s cigaretou došlo do 11 roku věku v zastoupení 29 (22,32 %) respondentů.

Hypotéza č.1 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č.2 : Předpokládám, že většina studentů ve věku 16 až 18 let mají zkušenost s kouřením tabáku, přičemž menší počet z nich se stali denními kuřáky. Ze 130 respondentů mělo zkušenost s kouřením 109 (83,85 %) respondentů. Z toho 63 (75 %) respondentů se stalo denními kuřáky.

Hypotéza č.2 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č.3: Předpokládám, že studenti častěji získali první cigaretu od vrstevníků než v rodině. Z celkového počtu 109 respondentů mající zkušenost s kouřením získalo 96 (88,07 %) respondentů první cigaretu od kamarádů.

Hypotéza č.3 se mi potvrdila.

Hypotéza č.4: Očekávám, že většina studentů ve věku od 16. do 18. roku věku se již opila.

Stav opilosti zažilo celkově 116 respondentů (89,23 %).

Hypotéza č.4 se mi potvrdila.

Hypotéza č.5: Domnívám se, že větší část studentů se poprvé napila v rodině než s vrstevníky.

56 (43,41 %) respondentů se poprvé napilo v rodině, 72 (55,81 %) respondentů získalo první zkušenost s alkoholem mezi kamarády.

Hypotéza č.5 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č.6: Myslím si, že je méně studentů, co experimentují s marihuanou než studentů co nemají s marihuanou žádnou zkušenost.

Ze 130 respondentů užilo marihuanu 77 (59,23 %) respondentů. Dále jsem zjistila, že 25 (32,47 %) z nich zkusilo marihuanu jen jednou v životě. Občas užívá marihuanu 30 (38,96 %) respondentů a 22 (28,57 %) respondentů užívá marihuanu pravidelně.

Hypotéza č.6 se mi nepotvrdila.

Hypotéza č.7: Předpokládám, že studentům častěji nabídli první marihuanu vrstevníci než dealeři. Hypotéza se mi potvrdila otázkou č.10, 67 (87,02 %) respondentů získalo první marihuanu od přátel.

Hypotéza č.7 se mi potvrdila.

Hypotéza č.8: Předpokládám, že studenti učilišť mají více zkušeností s experimentováním návykových látek než studenti studijního zaměření.

Oblast v užívání tabáku

Nejvíce zkušeností s tabákem mají respondenti ze SOU:

- 87,5 % respondentů již mělo nějakou zkušenost s kouřením tabáku
- 62,5 % denních kuřáků

O něco méně zkušeností s tabákem mají respondenti ze SŠOS:

- 82,5 % respondentů již mělo nějakou zkušenost s kouřením tabáku
- 52,5 % denních kuřáků

Nejméně zkušeností s tabákem mají respondenti z obchodní akademie:

- 82 % respondentů již mělo nějakou zkušenost s kouřením tabáku
- 34 % denních kuřáků

Oblast v užívání alkoholu

Ukázalo se, že alkohol je ještě častěji užíván dospívajícími než tabák.

Celoživotní zkušenost s alkoholem ve frekvenci 40krát a více:

- SOU – 75 %, SŠOS – 62,5 %, OA – 46 % respondentů.

Frekvence pití alkoholu během posledních 30 dnů, nejčastější frekvencí bylo 3-5krát:

- SOU – 20 %, SŠOS – 25 %, OA – 50 % respondentů..

Frekvence 10krát a častěji v posledních 30 dnech:

- SOU – 17,5 %, SŠOS – 20 %, OA- 8 % respondentů.

Oblast v užívání marihuany

Nejvíce zkušenosti s marihuanou mají respondenti ze SOU:

- 67,5 % v životě experimentovalo s marihuanou
- 33,33 % z nich užívá marihuanu pravidelně.

O něco méně zkušeností s marihuanou mají respondenti z OA:

- 58 % respondentů již mělo nějakou zkušenost s marihuanou
- 20,69 % z nich užívá marihuanu pravidelně.

Nejméně zkušeností mají respondenti ze SŠOS:

- 52,5 % v životě zkusilo marihuanu
- 23,81 % z nich jsou pravidelnými konzumenty.

Z výsledků šetření vyplývá, že nejvíce užívají tabák respondenti z učiliště, poté respondenti ze střední odborné školy a nejméně kouří respondenti z obchodní akademie. Alkohol konzumují opět respondenti v tomto pořadí (sestupně): SOU, SŠOS, OA, jen u měsíční frekvenci 10krát a častěji je SOU na druhém místě. Životní zkušenost s marihuanou dle škol (sestupně): SOU, SŠOS, OA. Pravidelně užívají marihuanu (sestupně): SOU, SŠOS, OA.

Hypotéza č.8 se mi potvrdila.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo seznámení s problematikou rizikového chování v oblasti užívání návykových látek (tabák, alkohol, konopné látky) dospívajícími. Závislost na těchto látkách je jedním z největších problémů naší doby.

Na tomto problému se podílí celá řada faktorů. Významný podíl zaujímají v této oblasti vrstevníci, nemalou roli hraje rodina, mimoškolní aktivity a samozřejmě také osobnost jedince. Je tedy zapotřebí s tím něco udělat.

Nejdůležitější, z mého hlediska, by bylo dobré rodinné zázemí, bezproblémové nejbližší prostředí a samozřejmě účinná primární prevence, která by měla začínat už od raného dětství. Rodiče by měli aktivně své děti zapojovat do mimoškolních aktivit (zájmové kroužky, skaut, sport), aby svůj volný čas netrávily v prostředí a kolektivech, které je snadno dovedou k některé z forem rizikového chování.

Výsledky mého šetření přinesly důkazy o tom, že problematika rizikového chování v oblasti užívání návykových látek je velmi závažná a má bohužel stále vzestupnou tendenci. Výsledek mé práce, jež jsem částečně očekávala, ukázal, jak moc zasahuje rizikové chování do života mladistvých. Jak snadno se mládež k droze dostane, jak většina lidí toleruje rizikové chování, zejména kouření a konzumaci alkoholu. Rodiče sami často jsou těmi, kdo svým dětem alkohol, zejména při oslavách, nalévají. Stále se najdou prodavačky nebo zaměstnanci v barech, kteří bez zjištění plnoletosti dospívajícím prodají alkohol či cigarety.

Experimentování s alkoholem, tabákem, marihuanou se posouvá do stále nižšího věku. Jistou roli v užívání návykových látek hraje i úroveň vzdělání respondentů. Studenti studijního oboru mají o něco méně zkušeností s těmito látkami než studenti z učilišť, ale i přesto jsou jejich výsledky znepokojivé. Během mého dotazníkového šetření bylo zjištěno, že nejvíce užívanou návykovou látkou mladistvými je alkohol, následuje tabák a o něco méně marihuana. Dále šetření ukázalo, že všichni denní kuřáci pijí alkohol a i ti co užívají marihuanu jsou současně denními kuřáky. To potvrzuje fakt, že droga podporuje drogu jinou.

Nabízí se otázka, jak tuto nesnadnou situaci rychle a efektivně vyřešit. Věřím, že vzájemnou a dobrou spoluprací vlády, nevládních organizací, rodičů, učitelů a samozřejmě samotných dospívajících je možné v dostatečné míře posílit ochranné

faktory, které zabrání vzniku rizikových faktorů, které se pak projevují v podobě některých z forem rizikového chování.

Problematika rizikového chování je velmi široká a určitě může být podnětem několika dalších výzkumů, které by se mohly uskutečnit v oblasti výzkumu rizikového chování reprodukčního zdraví nebo v oblasti psychosociální, případně vzájemné interakce mezi jednotlivými formami rizikového chování.

SEZNAM LITERATURY

1. KALINA K, a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
2. KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
3. LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D., *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
4. LINHART, J., kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2003. ISBN 80-85843-61-7.
5. MACEK, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
6. MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišci a gambleři*. Praha: Empatie 1995. ISBN 80-901618-9-8.
7. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, 1986. 08-011-86.
8. NEŠPOR, K. *Kouření, pití, drogy*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-023-5.
9. NEŠPOR K., CSÉMY L., *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
10. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.
11. NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.
12. NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN, 1997. ISBN 80-85937-60-3.
13. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda, 2008.

ISBN 978-80-239-9405-6

14. PRESL, J., *Drogová závislost*. Může být ohroženo i Vaše dítě. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
15. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. Praha:Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

Internetové zdroje :

Rizikové chování v dospívání, Hamanová, J.

<http://www.cevap.cz/default.php?&ID=25&publ=2&cl=38> [online 2010-09-14].

Rizikové chování dospívajících a jeho prevence, 1. odborný seminář, SZÚ 5.-7.9.2000

<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=25&publ=1&cl=8> [online 2010-09-14].

Definice (syndromu) závislosti na psychotropních látkách:

<http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/zavislost/definice-zavislosti.html> [online 2010-08-20].

Protidrogová politika 2010-2018:

http://www.icm.cz/files/Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010-2018_pro_jednani_vlady.pdf [online 2010-09-14].

Zákon o konopí:

<http://www.canapino.cz/page.html?id=40&zenid=2b6c35f85eac18c5ca570d6784e62c14> [online 2010-09-14].

O kouření:

<http://www.bezsigaret.cz/o-koureni> [online 2010-09-14].

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách 2007:

http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyzkumne_zpravy/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_2007 [online 2010-09-14].

Craving-bažení -Nešpor, K., Csémy, L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí. FIT IN a Sportpropag, 1999. <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html> [online 2010- 08-10].

Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. 5. revidované vydání. Sportpropag, Praha 2003. <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html> [online 2010- 08-10].

Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H.: Zásady efektivní primární prevence. Sportpropag pro MŠMT, Praha 1999. <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html> [online 2010- 08-10].

Abstinenci příznak: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/odvykaci-abstinenci-priznaky-u-kuraka/86-abstinenci-priznaky-u-kuraka-nejcastejsi-projevy-abstinence-nikotinu.html [online 2010-10-11].

Marihuana: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/konopne_drogy/konopne_drogy_podrobne [online 2010-10-11].

Definice prevence (WHO):
<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&shw=100003> [online 2010-10-20].

Zásady efektivní primární prevence. Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H Sportpropag pro MŠMT, Praha 1999. <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html> [online 2010-15-10].

Školní preventivní program :
<http://primarniprevence.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100102>[online 2010-10-20].

Desatero školního metodika: <http://www.poradenskecentrum.cz/desatero-smp.html>[online 2010-10-20].

Jednotlivá ministerstva a jejich úloha v protidrogové prevenci:
http://www.icm.cz/files/Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010-2018_pro_jednani_vlady.pdf [online 2010-09-14].

Časopisecké dokumenty:

ŠIRŮČEK, J., ŠIRŮČKOVÁ, M., MACEK, P. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj problémového chování v adolescenci. *Československá psychologie*. Roč.51, č.5 (2007), s. 476-488.

MARKOVÁ, M. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro Praxi*. Roč.9, č.3 (2008), s.190-191

OROSOVÁ, O., GAJDOŠOVÁ, B., MADARASOVÁ, A., DIJK, J. Rizikové faktory užívání drog dospívajícími. *Československá psychologie*. Roč. 51, č.1 (2007), s.32-47.

HRUBÁ, D., KYASOVÁ, M. Závislost dětí a mládeže na nikotinu. *Česko-slovenská pediatrie*. Roč 56, č.3 (2001), s. 174-178.

KRÁLÍKOVÁ, E. Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč.100, č.1 (2004), s. 13-18.

NEŠPOR, K., ZIMA, T., CSÉMY, L. Alkohol a mozek dospívajících. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č.5 (2004), s. 300.

CSÉMY, L., KABÍČEK, P., HAMANOVÁ, J., KELLEROVÁ, P. Účinky krátkodobého a dlouhodobého užívání kanaboidů. *Medicina*. č.3 (2007) s. 158-169.

NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u dětí. Prevence v rodině. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 100, č.5 (2004), s.301-304.

PROKOPČÁKOVÁ, A. Rodičia a priatelia - ich vplyv na maladjustačné správanie adolescentov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, Roč.35, č. 2 (2000), s. 271-281.

Příloha č.1

Dotazník k bakalářské práci

Jmenuji se Anna Fendrichová, jsem studentkou třetího ročníku Pedagogické fakulty oboru Učitel odborného předmětu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Dostává se Vám do rukou dotazník, jehož anonymní výsledky budou součástí praktické části mé bakalářské práce na téma Rizikové chování adolescentů se zaměřením na užívání návykových látek. Dotazník bude distribuován ve třech vybraných středních školách. Tímto bych Vás chtěla požádat o jeho pravdivé vyplnění a zodpovězení všech otázek.

Správnou odpověď prosím označte v rámečku před možností, kterou si vyberete. V otázkách zaškrtněte vždy jen jednu možnost.

Děkuji Vám za spolupráci a přeji krásný den.

Fendrichová Anna

Název navštěvované školy a studovaného oboru.....
.....

Věk

1) V jakém věku jste poprvé kouřil/a cigaretu?

- Do 11 let
- 12 let
- 13 let
- 14 let
- 15let
- 16 let a více

2) V jakém věku jste se stal/a denním kuřákem?

- Do 11 let
- 12 let
- 13 let
- 14 let
- 15let
- 16 let a více
- Nikdy

3) Od koho jste získal/a svou první cigaretu?

- V rodině
- Od kamarádů, přátel
- Jiným způsobem (doplňte)

4) Byl/a jste někdy opilý/á (opilost zde chápeme jako stav ztráty sebekontroly)?

- ano
- ne

5) Jaká je Vaše celoživotní zkušenost s konzumací alkoholem?

- 1-2krát
- 3-5krát
- 6-9krát
- 10-19krát
- 20-39krát
- 40 a vícekrát
- Žádná

6) Jak často jste užil/a alkohol v posledních 30 dnech?

- 1-2krát
- 3-5krát
- 6-9krát
- 10krát a častěji
- Žádný alkohol

7) Kde jste se poprvé napil/a alkoholu?

- V rodině
- Mezi kamarády
- Jinde (doplňte)

8) V jakém věku jste poprvé užil/a marihuanu?

- Do 11 let
- 12 let
- 13 let
- 14 let
- 15let
- 16 let a více
- Nikdy

9) Jaká je Vaše frekvence v užívání marihuany?

- Jednou v životě
- Občas
- Pravidelně

10) Kdo Vám nabídl poprvé marihuanu?

- Rodina
- Dealer
- Kamarád
- Někdo jiný (doplňte)

