



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Rizikové chování středoškolské mládeže

Vypracovala: Jana Zelenková

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

České Budějovice 2015

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 platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému 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 i záznam o průběhu a výsledku obhajoby klasifikační 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.....

.....

Děkuji Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a odbornou pomoc při zpracování této práce. Mé díky patří studentům Gymnázia, Obchodní akademie a Středního odborného učiliště v Sedlčanech za vyplněný dotazník.

A B S T R A K T

Práce se zabývá rizikovým chováním středoškolské mládeže.

Teoretická část zpracovává poznatky týkající se charakteristiky adolescence. Dále rozděluje a podrobněji popisuje různé druhy rizikového chování (např. kouření, pití alkoholu, užívání návykových látek či sexuální chování). Posledním poznatkem je prevence rizik.

Klíčové pojmy:

Mládež, rizikové chování, návykové látky, závislost, prevence

A B S T R A C T

This final thesis deals with problematic behavior of students at secondary school.

The theoretical part is focused on knowledge describing the adolescent age. Further it divides and offers detailed descriptions of problematic behavior (e. g. smoking, drug and alcohol addiction, sexual behavior). The last knowledge involves the prevention of risky behaviour.

Key words:

Young students, risky behaviour, addictive substances, addiction, prevention

OBSAH

ÚVOD	8
1 CÍL PRÁCE	9
2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	10
2.1 Pubescence.....	10
2.2 Adolescence	11
3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ	12
3.1 Rizikové faktory	12
3.2 Druhy poruch chování	13
4 NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	14
4.1 Znaký závislosti	15
4.2 Návykové problémy u dětí a dospívajících.....	15
4.3 Alkohol	16
4.3.1 Rizika alkoholu.....	16
4.3.2 Vývojová stadia závislosti	17
4.3.3 Hladina alkoholu v krvi	19
4.4 Tabák	19
4.4.1 Rizika tabáku	20
4.4.1.1 Proč nekouřit.....	20
4.5 Drogy	20
4.5.1 Aktivní drogy.....	22
4.5.1.1 Konopné drogy	22
4.5.1.2 Amfetaminy a jejich deriváty	23
4.5.1.3 Halucinogeny.....	24
4.5.1.4 Kokain	25
4.5.2 Uklidňující drogy.....	26
4.5.2.1 Heroin a další opiáty.....	27

4.5.2.2	Benzodiazepiny	28
4.5.2.3	Barbituráty	29
4.5.3	Stádia závislosti	29
5	SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ	31
5.1	Sexuálně přenosné nemoci (STD)	31
5.1.1	Kapavka	32
5.1.2	Syfilis	33
5.1.3	Aids	33
5.2	Prevence STD	34
5.3	Antikoncepce	34
5.3.1	Metody bez použití ochranných prostředků	35
5.3.2	Mechanická (bariérová) antikoncepce	35
5.3.3	Chemická antikoncepce	35
5.3.4	Hormonální antikoncepce	36
6	PREVENCE RIZIK	37
6.1	Primární prevence závislostí	37
6.1.1	Zásady efektivní primární prevence	38
6.2	Sekundární a terciární prevence	38
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	40
	DISKUSE	67
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Téměř každý z nás trpí nějakým zlozvykem, v mnoha případech jde o maličkosti jako například okusování nehtů. Ale zároveň takový zlozvyk, který nám tzv. „přeroste přes hlavu“ není už tak zanedbatelným a stane se nám závislým.

Tou největší závislostí se mohou stát např. drogy. Téma drogy denně skloňujeme v mnoha pádech. Slyšíme o nich v televizi, rozhlasu, čteme v periodikách. V dnešní době má mnoho mladých zkušenost např. s marihuanou, kdežto dříve málokdo z nás dokázal určité drogy vůbec pojmenovat, natož osobně vyzkoušet.

Užíváním drog, aniž si to uvědomujeme, se ženeme do záhuby. Je to velká hluboká propast, která v mnoha případech začíná nevinně, ale má leckdy fatální následky. Od užívání měkkých drog k těm tvrdým velmi snadno sklouzneme. Drogy nám ničí životy, nejen nám, ale i našim rodinám, blízkým, kamarádům a vůbec celé společnosti. Stanovme si cíle, najděme v sobě hodnoty, chtějme žít a ne přežívat.

Rizikové chování středoškolské mládeže je velmi závažným celosvětovým problémem, který má bohužel stále vzestupnou tendenci. Toto téma je aktuální a také, jako matku adolescentů mě zajímá, jak na tom dnešní mládež je.

1 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je:

- Zjistit informovanost středoškolské mládeže o prevenci a následcích plynoucích z rizikového chování
- Zjistit rizikové chování středoškolské mládeže v oblastech konzumace alkoholu, kouření, experimentování s drogami a sexuálním životem

2 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Vymezení období dospívání

V základním, biologickém smyslu lze období dospívání vymezit široce jako životní úsek ohraničený na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (zejména objevením prvních sekundárních pohlavních znaků) a znatelnou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu.

Současně s biologickým zráním probíhá řada významných a nápadných psychických změn, které můžeme povšechně charakterizovat ohlášením nových pudových tendencí a hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a zároveň nástupem vyspělého (formálně abstraktního) způsobu myšlení a dosažením vrcholu jeho rozvoje.

S určitými výhradami, při dnešních podmínkách rozvinuté průmyslové společnosti, vymezujeme hranice období dospívání takto:

- Dolní hranice 11 - 12 let
- Horní hranice 20 - 22 let

2.1 Pubescence

A. Období pubescence - zhruba od 11 do 15 let.

- Fáze prepuberty (první pubertální fáze): Začíná prvními známkami pohlavního dospívání (prvé sekundární pohlavní znaky) a obvykle i „vlnkou“ urychlení v růstové křivce. Končí nástupem menarche u dívek, resp. analogickým vývojem u chlapců (první emisí semene - noční polucí). U většiny našich dívek trvá tato fáze zhruba od 11 do 13 let. U chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1 až 2 roky později.
- Fáze vlastní puberty (druhá pubertální fáze): Nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. První menzes bývají zpravidla anovulační a často nepravidelné. Pravidelný ovulační cyklus (podmíněný sekrecí ICSH) a schopnost oplodnění se tedy dostavuje až za nějaký čas po prvních menzes - zpravidla za 1 - 2 roky. Podobně je i reprodukční schopnost chlapců

dosahována o něco později, po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13 - 15 let. Specifičnost pubescentního období je patrná i z označení těchto dětí v běžné řeči: výrostci (něm. Flegel), žáby (Backfische) apod.¹

2.2 Adolescence

B. Období adolescence - zhruba od 15 do 20 - 22 let.

Postupně se dosahuje plné reprodukční zralosti (růst uteru je ukončen kolem 20 let, testes rostou ještě po 20. roce) a dokončuje se tělesný růst. Rychle se mění postavení jedince ve společnosti - došlo k přechodu ze základní školy do učebního poměru nebo na studium, začínají častější a hlubší erotické vztahy, mění se zásadně sebepojetí.

Běžně bývá tato věková skupina označována jako mladiství, dorost, teenagers, Jugendalter (ačkoliv toto označení se někdy kryje s celým obdobím dospívání.)²

Období dospívání je označováno jako období bouří a krizí. Časté a nápadné změny nálad, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí skutečně často dospívání doprovázejí. Nezřídka dochází k zhoršení školního prospěchu. Dospívající se utíkají do svého soukromého světa, uzavírají se do sebe. Je pro ně velmi důležitá skupina vrstevníků a zároveň o to větší bolest v případě, kdy nejsou uznávány. Z této beznaděje mnoho z nich začne experimentovat s drogou a bohužel pro některé se stane závislou.

¹ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 138-139.

² LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 139-140.

3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Náš životní styl se v posledních letech od základů změnil a to nejen v uvažování, ale u mnohých lidí i v konkrétním způsobu života. Ale dokážeme si jako celá společnost uvědomit, že mnohokrát zanedbáváme to nejcennější, co máme a to naši mládež.

Dnešní děti rychle dospívají, věková hranice stále klesá. Zkracuje se doba dětství a oddaluje nástup plné dospělosti. Velká část mladistvých vyrůstá za nepříznivých podmínek a s omezenými zdroji, které mnohdy způsobují vážné a možná nevratné škody. Ať jsou to škody na zdraví, vývoji a vůbec na celém životě.

3.1 Rizikové faktory

Pojem psychosociálního rizika pokrývá široké rozmezí osobního vývoje a sociální adaptace v dospívání. Proto to, co je ohroženo rizikovým chováním, zahrnuje, ale i daleko přesahuje fyzické zdraví a fyzický růst.

Rizikové chování může ohrozit plnění běžných vývojových úkolů, plnění očekávaných sociálních rolí, získávání základních dovedností, dosahování smyslu pro adekvátnost a kompetentnost a správnou přípravu na přechod do další fáze životní dráhy, mladé dospělosti.

Termín rizikové chování tedy označuje jakékoli chování, které může negativně ovlivnit tyto psychosociální aspekty úspěšného vývoje dospívajícího.

Ano, klíčovým úkolem zdravotní výchovy je přimět dospívající, aby si uvědomili, že skutečně existují rizika související s mnoha způsoby jejich chování.³

³ SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE, 1991, New York-Elsevier Science Publishing Co.

3.2 Druhy poruch chování

Poruchy chování rozlišujeme dle jejich závažnosti či charakteru poruchového chování. Zároveň je lze rozlišovat dle toho, zda se projevují všude či jen ve vazbě na určité prostředí. Lze tedy vymezit poruchy, které se vztahují k rodině a naopak, které jsou vázané na aktivity v partě, skupině.

Mezi agresivní poruchy chování patří např. vandalismus, šikana a další násilnosti. Lži, útoky z domova, záškoláctví přiřazujeme neagresivnímu porušování sociálních norem. Oba typy poruch se mohou vzájemně kombinovat, avšak agresivní chování považujeme za závažnější.

Příklady nejčastějšího problémového chování dle (Durkin 1995, In: Macek 2003, s. 77):

- Delikventní chování a páčání trestné činnosti
- Agrese, násilí, šikana a týrání (včetně rasové nesnášenlivosti a diskriminace některých skupin)
- Užívání drog (včetně alkoholu a kouření)
- Sexuální rizikové chování (včetně předčasného mateřství a rodičovství)
- Poruchy příjmu potravy
- Sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy

4 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Nové společenské uspořádání provází řada problémů a zátěžových situací. Návykové látky, jež trvale provázejí člověka v jeho radostech a starostech, jsou v tomto případě jednoduchou cestou k jejich řešení. Bohužel však jsou v zátěžových situacích tím nejhorším rádcem.

S narůstající spotřebou návykových látek zákonitě přibývá následků souvisejících s jejich užíváním, mezi jinými i závislostí. Dosavadní poměrně nedostatečná či zkreslená informovanost laické i odborné veřejnosti o příčinách, projevech, důsledcích a především o možnostech léčby a prevence této závažné choroby přitom často vede k přehlížení časných vývojových stadií i k rezignaci nad stadii pokročilými, a tím ke zbytečným individuálním i celospolečenským škodám.⁴

Rozdělení psychoaktivních látek

Psychoaktivní látky, ať již přirozené nebo syntetické, vyvolávající závislost, jsou trojího druhu:

1. **Působící psychostimulačně** - vyvolávají stavy euforie a zrychlují psychomotoriku
2. **Působící psychoinhibičně** - potlačují úzkost a depresi a snižují motoriku
3. **Působící vysloveně desintegračně** - vyvolávají iluze a halucinace

Tyto látky se dostávají do organismu:

- a) Ústy (per os), případně jinými tělesnými otvory
- b) Injekčně (parenterálně)
- c) Kouřením, event. čicháním (inhalačně)
- d) Pokožkou (např. pomocí náplastí)⁵

⁴ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV, *Závislost známá neznámá*, s. 9.

⁵ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, s. 57.

4.1 Znaky závislosti

1. znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (carving, bažení)
2. znak: Potíže v sebeovládání
3. znak: Somatický (tělesný) odvykací stav
4. znak: Růst tolerance
5. znak: Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
6. znak: Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Závislosti mají řadu příčin. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více uvedeným znakům.⁶

4.2 Návykové problémy u dětí a dospívajících

Některé odlišnosti působení návykových látek u dětí a dospívajících shrnuje následující přehled:

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 měsíců)
- Existuje zde vyšší riziko těžkých otrav s ohledem na nižší toleranci, menší zkušenost a sklon k riskování, který je v dospívání častý
- 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 patné zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji (oblast vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností atd.)

⁶ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 16-25.

- I „pouhé“ experimentování s návykovými látkami je u dětí a dospívajících spojeno s většími problémy v různých oblastech života (rodina, škola, trestná činnost atd.)
- Je zde také častější tendence zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně. To opět zvyšuje riziko otrav a dalších komplikací
- Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah⁷

4.3 Alkohol

Alkohol provází člověka snad po celou dobu jeho civilizovaného vývoje. Znali ho nejen staří Egypťané, ale dokonce i staří Sumerové. Naši předci pili většinou pivo a víno.

Zrádnost drogy jménem alkohol spočívá v pozvolné tvorbě návyku. Je to látka, jejíž dynamika působení na organismus je nejznámější a její konzumace nejčastější.

V ČR je spotřeba alkoholu 2x vyšší než celosvětový průměr. Naše společnost je ke konzumaci alkoholu dlouhodobě velmi liberální. Podávání alkoholu osobám mladším 18 let je v naší zemi protizákonné, přesto však statistiky uvádějí první setkání s touto drogou již mezi 9. a 11. rokem života.

4.3.1 Rizika alkoholu

Lehkomyslnost při zacházení s alkoholem, stejně jako při nedodržování nutných pravidel zacházení s jinými toxickými látkami, spolu s „talentem“ organismu nepřiměřeně reagovat na určitou látku, vytváří v organismu komplex změn často neodstranitelných do konce života.

Alkohol patří mezi látky s psychotropním účinkem (tj. s účinkem na lidskou psychiku), a to především účinkem širokospektrým od tlášení bolesti přes změny nálady

⁷ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, s. 54.

po uspávací účinky. Má také účinky na schopnost společenského uplatnění a řešení společenských situací a v neposlední řadě ovlivňuje i sexuální sféru.⁸

Mezi největší rizika patří:

- **Tělesné nemoci** - např. vysoký krevní tlak, nemoci trávicího systému či jaterní
- **Duševní nemoci** - např. delirium tremens, různé povahové změny

Všeobecně jde o častější úrazy, pády, pořezání, popáleniny, v mnoha případech jde o zhoršení průběhu běžných onemocnění (třeba u cukrovky). U destilátů hrozí riziko otravy alkoholem (u dětí stačí i relativně velmi malá dávka). U těžších otrav je nebezpečí vdechnutí zvratků nebo zástavy dechového centra.

4.3.2 Vývojová stadia závislosti

Vývojová stadia závislosti podle Jellineka:

1. **stadium: iniciální, počáteční** - během tohoto stadia se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od svého okolí a společenských norem. V tomto stadiu tedy budoucí pacient pije proto, že neumí jinak řešit svůj problém (nespokojenost v práci, partnerských vztazích atd.). Pokud najde řešení problému - třeba s pomocí manželské poradny - omezí většinou i své pití. Je však pravděpodobné, že na další problémy bude znovu reagovat pitím.
2. **stadium: prodromální, varovné** - rostoucí tolerance způsobuje, že k vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež je stále blíže hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí - ta se však zatím objevuje jen jako občasné „nedopatření“. S „hladinkou“ se adept závislosti cítí „ve formě“, proto vyhledává příležitosti k pití. K dosažení žádoucí hladiny musí pít rychleji než okolí, proto si připravuje náskok v pití a začíná pít potajmu. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná se za své počínání stydět. Druhé stadium je hranicí možnosti řešit situaci kontrolovaným pitím a vyřešením původních problémů. 1. a 2. stadium závislosti řadíme ještě do předchorobí, nejedná se ještě o chorobu v pravém smyslu slova. Ve chvíli,

⁸ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV, *Závislost známá neznámá*, s. 13.

kdy se k příznakům druhého stadia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že končí 2. stadium a začíná 3. stadium - tedy vlastní nemoc.

3. **stadium: kruciální, rozhodné** - v tomto stadiu ještě roste tolerance. Pacient snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Postupně však dochází k tomu, že hladina, kterou vnímá jako příjemnou, už prakticky splývá s hladinou, kdy je zřetelně opilý. To se projevuje tak, že pacient dlouho působí střízlivým dojmem a náhle se během jedné sklenky úplně opije - obvykle ve zcela nevhodné situaci. Jinými slovy, pacient se stále častěji, byť nerad, opíjí v marné snaze napít se a přitom se neopít, přestat včas. Droga je již tak důležitá, že pacient přestává být vybíravý ve značce, pije co je dostupné, jen když je v tom alkohol. Zatím ale zůstává u nápojů. V tuto dobu již většina pacientů zcela zanedbává správnou výživu, což přispívá ke zhoršování jejich zdravotního stavu. Většinou ještě nejde ani tak o orgánová poškození, jako spíš o poruchy regulace v celém organismu. Pití je již projevem choroby a ta má svůj spád, který nemůže zastavit pacient ani jeho okolí bez odborné pomoci. Většina pacientů v tomto stadiu léčbu nevyhledá a pije dál. Stoupající frekvence opilostí dosáhne stavu, kdy pacient je víc dnů v týdnu opilý, než střízlivý. Tím také končí 3. stadium a přichází stadium poslední, konečné.
4. **stadium: terminální, konečné** - charakteristickým znakem tohoto stadia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je pacient „nucen“ léčit další dávkou drogy - tzv. ranními doušky. Pokračuje-li od ranního doušku pití dál, vzniká tah - několikadenní období, během něhož nevystřízliví. Nyní již nezůstává u pití alkoholických nápojů, z nouze pije i technické prostředky (např. Iron nebo kolínské vody), jen když obsahují alkohol. V důsledku vyčerpání rezerv organismu a poškození jater již ve 4. stadiu klesá tolerance - pacient se opije menší dávkou alkoholu, než dříve. Objevují se nejrůznější orgánová poškození, ať už jater, nervového systému, cév, a také duševní poruchy. Nastupuje degradace osobnosti, úpadek, kdy jediným požadavkem na život je získání drogy. Tu už pacient upřednostňuje před nejzákladnějšími životními hodnotami, jako je péče o děti, o sebe, profesi atd. Nastupuje stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po pokusu o sebevraždu. Ve 3. či 4. stadiu může kdykoliv dojít

k chronifikaci choroby, kdy se následky abúzu (nadužívání, zneužívání) stanou trvalými, neodstranitelnými - vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu.⁹

4.3.3 Hladina alkoholu v krvi

Pocity a chování při stupňující se hladině alkoholu v krvi

0,4‰ - pocit uvolnění, vyšší riziko úrazů

0,6‰ - další změny nálady, zhoršený úsudek, zhoršená schopnost rozhodování

0,8‰ - pocity tepla, euforie, oslabení zábran, zhoršené sebeovládání, postřeh, roste riziko úrazů

1,2‰ - povídavost, emotivnost, přecitlivělost, vzrušení, roste riziko ukvapeného impulzivního jednání

1,5‰ - zpomalenost, otupělost, setřelá řeč, někdy sklon k násilnému chování

2,0‰ - výrazná opilost, obtížná řeč, dvojité vidění, poruchy paměti, případně spánku

3,0‰ - od této hladiny může nastat bezvědomí, nereaguje na zevní podněty a je ohrožen vdechnutím zvratků

4,0‰ - hluboké bezvědomí, riziko zástavy dechového centra v mozku a zadušení¹⁰

4.4 Tabák

Dalším a nezanedbatelným rizikem je kouření. Do Evropy byl tabák přivezen r. 1492 dvěma námořníky na lodích Kryštofa Kolumba. Dnes je rozšířen po celé planetě.

Je to droga, která je nejčastější příčinou závažných onemocnění a úmrtí. V České republice je to přibližně pětina úmrtí (30 - 40 tisíc ročně). Kouření tabáku je nejnávykovější široce užívanou drogou. Mladí lidé považují cigaretu za prostředek zahánějící únavu, za součást image, symbol mužnosti a dospělosti.

⁹ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV. *Závislost známá neznámá*, s. 16-19.

¹⁰ HOSEK, J. *Sám proti alkoholu*, s. 166.

4.4.1 Rizika tabáku

Tabák podstatně zvyšuje riziko zhoubných nádorů. V celosvětovém měřítku působí 30% rakovin. Impotence u mužů a riziko poškození dítěte u těhotných žen. Onemocnění dýchacích cest, rozedma plic, alergie na složky tabákového kouře a astma. Nemoci cév dolních končetin. Pronikavě zvyšuje riziko srdečních onemocnění. Kouření také ovlivňuje častější výskyt infekčních zánětlivých onemocnění. Je to nejčastější příčina smrti, které by se dalo předejít.

V porovnání s účinkem cigaret se považuje za méně nebezpečné kouření doutníků a dýmky. Uvádí se však, že i tito kuřáci mají zhruba stejnou úmrtnost na rakovinu dutiny ústní, hltanu a jícnu a zhruba stejné je u nich i procento výskytu chorob žaludku a dvanáctníku. Navíc kuřáci dýmky trpívají rakovinou rtu. Každá vykouřená cigareta nám zkracuje život o pět a půl minuty.¹¹

4.4.1.1 Proč nekouřit

- Kouření opravdu škodí zdraví
- Kouření snižuje psychickou i fyzickou kondici
- Kouření páchne
- Kouření likviduje osobní svobodu
- Kouření přináší podrážděnost a špatnou náladu
- Kouření není moderní
- Kouření řadí kuřáky mezi sobce a slabochy
- Kouření je velmi nákladné¹²

4.5 Drogy

Termín „**drogy**“ užíváme pro návykové látky, jejichž účinné složky vyvolávají pocity opojení, otupení či povzbuzení a celou řadu různých pocitů a prožitků. Současně poskytují úlevu od somatických i psychických potíží.

Drogy jsou známé a užívané již od starých kultur Egyptanů, Babyloňanů a Inků. Vždy se také objevovalo nadměrné užívání těchto látek až závislost na nich. Různá místa zeměkoule mají své typické a tradiční drogy. Obyvatelé těchto míst obvykle

¹¹ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, s. 64-65.

¹² BUDINSKÝ, V. *Jak přestat kouřit*, s. 99.

dodržovali při užívání své drogy určitá pravidla a měli také vytvořenu odolnost vůči své tradiční droze, často bylo požívání drogy vázáno na rituály, především náboženské.

Závislími se dříve stávali jedinci ve zralém věku, nebo ti, kteří ve své profesi přicházeli do styku s drogou. Závislost se do té doby vyskytovala jako vedlejší rizikový produkt např. u zdravotníků, umělců, spisovatelů apod. Tedy stejně jako v tradičních místech výskytu drogy se společenskou tolerancí a pevným procentem výskytu poškození drogou. Od uvedených šedesátých let však nastal přesun k adolescentním věkovým skupinám, popřípadě i níže. Tato skupina je charakterizována somatosexuální vyspělostí, avšak nezralostí emocionální a hlavně sociální. Stejný trend můžeme sledovat po celé Evropě, odlišné je jen časové zpoždění jednotlivých zemí.

Přibývají mladiství i děti, které s cílem experimentování, protestu, úniku, či později i s cílem uspokojení své závislosti sahají po drogách. Stejná situace je v naší zemi. V této sféře si nemůžeme stěžovat na nízkou aktivitu a nedostatek tvořivosti naší mladé generace.¹³

Drogy můžeme dělit podle několika hledisek:

1. Podle rizika vzniku závislosti:

Měkké drogy - drogy s akceptovatelným rizikem (např. káva, tabák, alkohol - zde již sporná hranice)

Tvrdé drogy - drogy s neakceptovatelným rizikem (např. heroin, kokain, crack apod.)

2. Působení na organismus:

Stimulancia

- Konopný typ
- Amfetaminový typ
- Halucinogenní typ
- Kokainový typ

¹³ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV. *Závislost známá neznámá*, s. 36-37.

Sedativa

- Opiátový typ
- Benzodiazepinový typ
- Barbiturátový/alkoholový typ
- Nikotinový typ

4.5.1 Aktivní drogy

Společné všem aktivním drogám je, že působí na požívače na rozdíl od sedativních drog spíše povzbudivě - odtud jejich obecný název stimulancia. Tak stupňují např. amfetaminy výkonnost a sebevědomí, hašiš zintenzivňuje momentální stav pocitů uživatele.

4.5.1.1 Konopné drogy

Mezi konopnými produkty je u nás hašiš zdaleka nejrozšířenější ilegální drogou. Hašiš se získává z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí. Většinou jsou to hnědé placičky nebo hrudky zabalené do plastické fólie nebo staniolu.

Marihuana se skládá ze sušených částí rostliny, většinou rozdrobených listů, stonků a květů a vypadá trochu jako seno nebo čaj. Marihuana se dopravuje mimo jiné v obalech jako vajíčko s překvapením nebo v pouzdrech od kinofilmů, vypadá jako rozemleté části rostlin a kořeně voní.

Původně pochází konopí ze střední Asie. Asi v 8. století př. n. l. ho dovezli Číňané do Indie. Vítězné tažení rostliny se s islamizací roku 800 n. l. na celém Předním východě a v Africe nedalo zastavit. Konopné drogy se kouří často jako joint, v dýmce nebo vodní dýmce - oblíbené je také zpracování na sušenky nebo jako „přísada“ do čaje.

Tato droga se i dnes na večírcích konzumuje častěji než ecstasy. Při kouření se účinek dostaví po několika minutách. Účinek trvá asi dvě až tři hodiny, podle dávky se však dá podstatně prodloužit. Konzument je duchem nepřítomný, má pocit, že čas plyne pomalu. Při chronickém užívání dochází k psychotickým symptomům s prožitky odosobnění a neskutečnosti.¹⁴

¹⁴ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti* (přeloženo z něm. orig.), s. 51-54.

Brzké známky požití marihuany a hašiše: zarudlé oči, zrychlený puls, bolesti na prsou, kašel, sucho v ústech, hlad, pach potu po spálené trávě, únava a nezájem, kolísání nálad, podrážděnost, zhoršená schopnost soustředění, riziko úrazů, chladné končetiny.

Známky dlouhodobého požívání: delší čas, potřebný k reakcím na podněty, zhoršení paměti na události, které se staly před nedávnem, nepravidelný menstruační cyklus, zhoršená pohybová kooperace, neochota přebírat zodpovědnost, kolísání nálad, zneužívání drogy při nevhodných příležitostech, neplodnost u mužů a nebezpečí poškození plodu u těhotných žen, chronické záněty spojivek a hltanu, citové otupění.¹⁵

4.5.1.2 Amfetaminy a jejich deriváty

Amfetaminy našly užití nejprve v Americe ve 30. letech jako prostředek zvyšující bdělost. V druhé světové válce nasazovaly všechny zúčastněné armády tento druh látek, které svým účinkem povzbuzovaly aktivitu a potlačovaly bolest a hlad. Amfetaminy konzumuje dnes mnoho lidí, kteří jsou vystaveni velkému pracovnímu zatížení, např. manažeři, politici, sportovci dosahující vysokých výkonů a umělci. Droga je levná, dá se užívat nenápadně a stupňuje společensky pozitivně hodnocené vlastnosti tj. výkonnost a sebevědomí.

Amfetaminy (**ecstasy**) jsou nabízeny ve formě bělavého nažloutlého prášku nebo tabletky, může se šňupat nebo polykat, nově i ampulky („Liquid Ecstasy“). Jednotlivá dávka má asi 15 až 20 miligramů. Amfetaminy působí v průměru osm až dvanáct hodin - nejvyšší koncentrace je v tukových tkáních, ecstasy působí tři až pět hodin. Konzum ecstasy se prosadil zejména mezi mladými lidmi. Zdá se, že má výrazný účinek po dlouhou dobu. Již po několika desítkách užití dochází ke změně osobnosti. Při doznívajícím účinku se narkoman dostane do depresivní nálady, která může vést až k sebevražedným tendencím (psychická kocovina).¹⁶

Brzké známky požití u látek s budivým účinkem: zrychlený tep, rozšířené zornice, neposednost a bdělost, podrážděnost, vzrušení, třes, podezřívavost, úzkost, po doznění účinku útlum a deprese.

¹⁵ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišci a gambleři*, s. 78-79.

¹⁶ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti*, (přeloženo z něm. orig.), s. 54-59.

Známky dlouhodobého požívání: nespavost, sluchové halucinace, pocity pronásledování, podivné chování, horečky, pocení, vyrážky, větší náchylnost k nemocem, bolesti hlavy, častější úrazy, agrese vůči druhým, poškození jater a srdce, riziko smrtelných otrav.¹⁷

4.5.1.3 Halucinogeny

Účinek kyseliny lysergové základní látky LSD, je znám už po staletí. V přírodní podobě se kyselina lysergová nachází v námelu, cizopasných houbě, která roste na obilí. V roce 1949 uvedla firma Sandoz LSD na trh pod názvem Delysid. Doufali v podobný úspěch prodeje jako u (také návykových) barbiturátů, které byly zavedeny předtím. V šedesátých letech se s LSD hodně experimentovalo. Mířilo se přitom na zvýšení kreativity a rozšíření oblasti vědomí pod vlivem drogy. V roce 1966 Sandoz výrobu zastavil, roku 1967 byla droga zakázána. LSD upadlo také nejprve v zapomenutí. V devadesátých letech se LSD opět rozšířilo v souvislosti se scénou techno. K tomu přistupuje ještě radost mladistvých z experimentování.

LSD existuje ve formě tabletek nebo nakapaný na savém papíře. Nepatrné množství, již desetitisícina gramu (přesněji asi 20 až 100 mikrogramů) stačí, aby vyvolala několikahodinové opojení. Optické halucinace, pocity, že můžeme „slyšet“ barvy a „vidět“ hudbu, jsou popisovány jako stavy opojení po požití LSD. Avšak i jednorázové užití LSD může načasovat hluboké následné škody, porušit výkonnost a tím vést k závažným potížím postižených. Příčinou je zřejmě to, že LSD zasahuje do oblastí mozku, které jsou zvláště důležité pro učení.

Fencyklidin

Další halucinogenní droga, jež se rozšiřuje, zkráceně PCP, na drogové scéně je známá také pod jménem „Angel's Dust“ - andělský prach. Vede ke stavu omámenosti s pocitem všemohoucnosti, halucinacím a ztrátě reality. Omámení s PCP trvá mezi 45 minutami až dvěma hodinami. Po chronickém užívání PCP to však trvá až rok po vysazení substance, než přejdou poslední účinky drogy.

¹⁷MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, s. 79.

Lysohlávka a další houby

Vzrůstá také skupina konzumentů takzvaných „čarodějných hub“. Účinnou látkou v asi 80 z 6000 známých druhů hub je psilocybin, také halucinogenní droga. Tyto houby byly známy již v Jižní Americe před 4000 lety, bývaly požívány při spirituálních shromážděních.

Albertovi Hofmannovi se v roce 1957 podařilo izolovat účinné látky z hub. Firma Sandoz uvedla pod názvem Indocyn látku na trh. Našla užití v rámci psychoterapie, zejména při úzkostných stavech a depresích. S odezněním hnutí hippies upadla substance v zapomnění a zažívá nyní ve spojení se směry techno svou renesanci.

Lysohlávky a další houby působí halucinogenně a vyvolávají poruchy vnímání. Typickými rysy při otravách jsou nevolnost, zvracení, břišní křeče, silné bolesti žaludku, bušení srdce, vysoká horečka a pokles krevního tlaku až k zástavě srdce.¹⁸

Brzké známky požití LSD a dalších látek, vyvolávajících halucinace: rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, nebezpečnost sobě i druhým, zhoršená schopnost rozhodování.

Známky dlouhodobého požívání: riziko psychického návyku, nebezpečí pro duševní zdraví, vyšší riziko nádorů a epileptických záchvatů, horší kontakt s realitou.¹⁹

4.5.1.4 Kokain

Kokain se získává z listů keře koky. Keř koky patří ke kakostovitým rostlinám. Pochází původně ze severních svahů And. Substance je známá již od dávných dob, asi od roku 3000 př. Kr., u jihoamerických indiánů jako prostředek zvyšující výkon, tišící hlad a žízeň.

Kokain vyrobil poprvé lékárník F. Gaedcke v roce 1835. Albert Niemann izoloval roku 1870 krystalickou substanci z listů keře koky - zemřel na následky svých chemických pokusů.

Kokain byl tehdy prvním lokálním anestetikem, které bylo v lékařství použito k umrtvení při operacích - tato možnost znamenala tenkrát revoluci v lékařství.

¹⁸ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti*, (přeloženo z něm. orig.) s. 59-65.

¹⁹ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gamblerři*, s. 80.

Z této základní struktury se vyvinula další lokální anestetika, která se užívají ještě dnes (prokain).

Freud se pokoušel počátkem století léčit morfinisty kokainem. V dvacátých letech byla tato droga módní mezi umělci a intelektuály.

V osmdesátých letech se rozšířila jako takzvaná „manažerská droga“. Od devadesátých let se přibývajícím měrou konzumuje v celé populaci. Kokain se stále zlevňuje a je tak přístupný skoro každému. Nejnovější rčení v partách je: „Co slíbí ecstasy, kokain dodrží.“

Čistý kokain vytváří hořké, bezbarvé krystaly. Kokain se dnes většinou šnupe. Myslitelné je také vtírání do dásní. Kokain smíchaný se zásaditou substancí, např. práškem do pečiva se kouří. Účinek kokainu trvá od deseti minut po hodinu.

Největší riziko vykazuje kouření cracku, resp. Free base. Omamné účinky nastávají za několik vteřin. Povzbuzení je enormní. Postižený po několika užitích přestává sám sebe zvládat.²⁰

Brzké známky požití kokainu: rozšířené zornice, výtok z nosu a pocení, chraplavý hlas, větší citlivost na světlo a zvuky, bledost, kolísání nálad, záchvaty vzteku, spánek ve dne a bdění v noci.

Známky dlouhodobého požívání: kašel s vylučováním tmavého hlenu, zácpa, bolesti v krku, krvácení z nosu, záchvaty křečí, ztráta váhy, zhoršení paměti, pocity pronásledování, agresivita, deprese a sebevražedné pokusy.²¹

4.5.2 Uklidňující drogy

Mezi uklidňující drogy, které mají na uživatele utišující účinek (sedativa), se počítají tak různé substance jako je okamžitě návykový heroin a lidová droga alkohol, který vede k závislosti spíše plíživě. Patří sem i barbituráty, které najdeme jako prášky na spaní či uklidňující prostředky v lékárníčkách mnoha domácností.

²⁰ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti*, (přeloženo z něm. orig.), s. 65-69.

²¹ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gambleré*, s. 80.

4.5.2.1 Heroin a další opiáty

Heroin je polysyntetický opiát, který se vyrábí z morfinu. Morfin je účinnou látkou opia. **Opium** se získává ze šťávy máku setého (papaver somniferum).

Opiáty mají jako léky a narkotika dlouhou tradici. Již před 4000 lety se prokazatelně používaly ve východním Středomoří. Hippokrates doporučoval použití proti nespavosti, horečce, žaludečním i střevním potížím a bolestem.

Avšak i jako droga je opium již dlouho známé. První odkazy najdeme u Ibn Siny, islámského lékaře kolem roku 1000 n. l.: „Otupuje intelekt, omezuje vědomí, maří rozumná rokováání, oslabuje zažívání a nosí smrt.“

Ke konci středověku nastoupilo laudanum, směs vína, opia a blínu, své vítězné tažení Evropou. Okolo roku 1900 bylo opium k dostání ve všech lékárnách. Malé děti se jím uklidňovaly, sloužilo jako prostředek na spaní a kromě toho jako často předepisovaný prostředek proti kašli. Ve vzkvétajících průmyslových oblastech Anglie se opium stalo masovou drogou. Bylo lacinější než alkohol a dělníci ho konzumovali ve velkém množství.

Roku 1804 získal lékárník Friedrich Wilhelm Serturner v Hameln z opia hořký krystalický prášek, který představoval vlastní účinnou látku - **morfin**. Jméno dostala po Morpheovi, řeckém bohu spánku. Objev znamenal počátek moderní anestezie. Roku 1827 začala firma Merck s hromadnou výrobou morfinu. Roku 1898 byl ve spojení morfinu s kyselinou octovou objeven ještě účinnější heroin. I zde začala krátce na to hromadná výroba. Firma Bayer prodávala heroin v malých, hezkých flakonech. Zisk byl slušný. Válkami v Evropě se morfin rozšířil ještě rychleji, protože byl vhodným prostředkem ke zmírňování bolesti při zraněních.

Heroin se vstříkuje nitrožilně nebo se šnupe, kouří či inhaluje. Jen jediný konzum heroinu může vést k závislosti. Psychická závislost na opiátech nastává rychle, často už při prvním pokusu. Heroin se nyní užívá jen jako omamný prostředek, zatímco jiné opiáty mají svůj význam i v lékařství: preparáty s kodeinem jako prostředky proti kašli, morfin a různé syntetické opiáty jako prostředky proti bolestem. Ke skupině opiátů patří i fentanyl. Užívá se v chirurgii jako krátkodobé narkotikum.

Závislí na heroinu mají často suicidální myšlenky. Vědomá volba předávkování je častěji, než si myslíme, formou sebevraždy.²²

Brzké známky požití u opiátů: desítky minut až hodin trvající stav tichého opojení následovaný kocovinou, zúžení zornic a celkový útlum

Známky dlouhodobého požívání: při odvykání rozšíření zornic, husí kůže, zrychlený dech a tep, pocení, nechutenství, neklid, voskově bledá kůže, ztráta potence u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen, tělesné a duševní chátrání.²³

4.5.2.2 Benzodiazepiny

U benzodiazepinů jde o celou skupinu látek. Substance uvolňují úzkost a mají uklidňující účinek. Benzodiazepiny nepodléhají zákonu o návykových prostředcích. Tuto skupinu léku stále ještě nejčastěji předepisují rodinní lékaři.

V roce 1962 byl na trh uveden **diazepam**, později pak benzodiazepam, jenž má ještě dnes vysoký podíl na předepisovaných lécích. Na drogové scéně se prosadil flunitrazepam (**rohypnol**).

Benzodiazepiny jsou často předepisovány jako uklidňující prostředky. Jejich hlavním účinkem je zbavení úzkosti. Při chronickém užívání uklidňujících prostředků dochází k hlubokým změnám osobnosti.²⁴

Brzké známky požití: zpomalená řeč, chování jako kdyby bylo způsobeno vlivem alkoholu, ale v dechu alkohol není cítit, poruchy myšlení a orientace, ospalost, kolísání nálad, zpomalený dech, bolesti hlavy.

Známky dlouhodobého požívání: trvalá roztřesenost, nechutenství a poruchy výživy, pocity pronásledování, problémy nervového systému, duševní závislost, tělesná závislost (např. epileptické záchvaty po vysazení vysokých dávek).²⁵

Rajský plyn

V roce 1771 objevil Karl Scheele a Joseph Priestley současně oxid dusný, který se stal známým jako rajský plyn. Zneužívání rajského plynu začalo hned o rok

²² GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti* (přeloženo z něm. orig.), s. 70-74.

²³ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišci a gambleři*, s. 80.

²⁴ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti* (přeloženo z něm. orig.), s. 74-77.

²⁵ MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišci a gambleři*, s. 79.

později. V letech 1830 až 1840 byly večírky s rajským plynem ve velké módě v Anglii. Plyn se tehdy jako dnes plnil do balónků a inhaloval. Velkým nebezpečím této formy užívání je obtížné dávkování. Od počátku provázely zneužívání smrtelné případy.

Vlastní pole užití rajského plynu je v lékařství (anestezie), při výrobě potravin a při autotuningu. Rajský plyn zmírňuje bolest, ale sotva umrtvuje. Je to nedráždivý, nasládlý, bezbarvý plyn. Plní se do balónků, plastických sáčků nebo kondomů a potom se inhaluje. Od počátku roku 1997 se prodává na večírcích. Zdá se, že jeho rozšíření přibývá. Množí se krádeže rajského plynu z nemocnic. Rajský plyn je rychle přijímán v plicích. Během několika vteřin následuje příliv do mozku. Plyn má účinek od jedné do čtyř minut. Tři až pět minut po ukončení inhalace je převážná část rajského plynu vydychána.

Možná rizika: nevolnost a zvracení, bezvědomí z nedostatku kyslíku, může zvýšit nitrolební tlak, což může mít smrtelné následky. Plyn snižuje křečový práh, což vede ke křečím. Možné poškození mozku s odumíráním mozkových buněk, snižuje krvetvorbu, ochromí hmat na rukou a nohou.²⁶

4.5.2.3 Barbituráty

Užívání prostředků na spaní, tedy uklidňujících prostředků podobných barbiturátům, je, pokud jde o psychodynamiku a typizaci závislosti, možno srovnávat s alkoholovým typem. Alkohol působí na náš mozek stejně jako prostředek na spaní. Barbituráty oproti alkoholu nehrají na drogové scéně prakticky žádnou roli.²⁷

4.5.3 Stádia závislosti

Pro takzvané ilegální drogy můžeme vymezit čtyři různá stadia, přičemž u alkoholu existují paralely k těmto znakům.

Fáze vývoje návyku:

1. Euforické počáteční stádium

- Lehký přístup k droze
- Zbavení úzkosti, uvolnění, omámení
- Vzrůstající pocit sebehodnocení

²⁶ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti*, (přeloženo z něm. orig), s. 77-78.

²⁷ Tamtéž, s. 79.

- „zvýšené sebevědomí“

2. Kritické stádium navykání

- Zmírnění účinku se stupňováním dávek drogy
- Konflikty v zaměstnání a ve škole
- Zúžení zájmů
- Finanční problémy
- Poruchy sebehodnocení

3. Stádium návyku, respektive závislosti

- Ztráta kontroly nad drogou a dávkou
- Pokles pracovní schopnosti ve škole a v povolání
- Kriminalita a vyřazení ze společnosti
- Změna osobnosti a abstinenční příznaky
- Tělesná poškození

4. Chronické stádium rozkladu

- Úbytek snášenlivosti drogy
- Neschopnost finančně se zaopatřit
- Zchudnutí
- Bezdomovectví
- Opuštěnost, zanedbanost
- Těžká tělesná onemocnění
- Duševní rozklad ²⁸

²⁸ GOHLERT, FR. CHR., KUHN, FR. *Od návyku k závislosti*, (přeloženo z něm. orig.) s. 45.

5 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

V pubertě se postupně vytvářejí biologické předpoklady pro pohlavní život a současně se u části dospívajících rozvíjí touha po něm. Naléhavost této touhy se prosazuje zejména u těch mladistvých, u nichž výchova nevytvořila schopnosti sebeovládání, nevypěstovala smysl pro odpovědnost a nevedla k dostatečnému rozvoji smysluplných zájmů a náplně volného času.

Je také posilována společenským tlakem vrstevníků a snahou se jim vyrovnat. Pod jeho vlivem si dospívající osvojují předčasnou „dospělost“ v oblasti sexuálního života, který nespojují s citovým vztahem. K ranému sexuálnímu životu přispívá i všeobecná liberalizace sexu a značná rozšířenost sexuálních podnětů (reklama na erotické kluby a erotické služby, inzeráty, pornografické materiály).

Zahájení sexuálního života před dosažením dospělosti však přináší četná rizika.²⁹

5.1 Sexuálně přenosné nemoci (STD)

Sexuálně přenosné nemoci (SPN) jsou nemoci infekčního původu. Občas se tedy můžeme setkat i s názvem sexuálně přenosné infekce (SPI). Mezinárodně se používá zkratka STD neboli **sexually transmitted diseases**.

Sexuálně přenosné nemoci, dále už jen SPN, je možné přenést mezi partnery jakoukoli formou sexuální aktivity. Mezi nejčastější způsob přenosu patří pohlavní styk, ale existuje i mnoho případů, kde k přenosu došlo orálním nebo análním sexem. Jedinec se může nakazit SPN logicky jen od infikované osoby. Problém je však v tom, že člověk se může cítit úplně zdravý, ačkoli infekce už v organismu probíhá. Respektive v této situaci probíhá asymptomaticky čili bez příznaků. A v případě nechráněného sexu a promiskuity si infekce šíří opravdu rychle. Jedním z hlavních faktorů na výskytu SPN je prostituce. Dotyční by měli pravidelně navštěvovat lékařská střediska a podrobovat se testům, nicméně takhle to moc nefunguje.

²⁹ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 15-16.

Obor zabývající se problematikou SPN se nazývá venerologie. Název pochází z latinského slova Venus (česky Venuše), ve druhém pádě skloňováno jako Veneris. Venuše představovala pro starořímskou kulturu bohyni lásky.³⁰

V dnešní době jsou za nejčastější SPN považovány syfilis, kapavka a měkký vřed. Také se hodně mluví o chlamydiové nákaze. Spekuluje se o tom, že právě tato nemoc je v současnosti vůbec nejčastější. Díky tomu, že napadá hostitelskou buňku, je ale těžší ji odhalit. Chlamydie jsou také jednou z příčin zánětů vnitřních orgánů u žen.

Sexuálně přenosné nemoci můžeme podle jejich původce rozdělit do několika podskupin:

- **Bakteriální:** syfilis, kapavka, chlamydiová infekce, měkký vřed, donovanóze, lymphogranuloma venereum (LGV), negonokokální uretritida (NGU)
- **Virové:** herpes, aids, hepatitida B
- **Parazitické:** svrab
- **Plísňové:** kandidóza
- **Protozoální (z prvoků):** trichomoniáza, améboza, giardióza

5.1.1 Kapavka

Tato pohlavní nemoc je vyvolána kokovitou bakterií (bakterie kulovitého tvaru) *Neisseria gonorrhoeae*. Jedná se ve většině případů o diplokoky, tedy bakterie tvořící dvojice buněk.

Kapavka (gonorea) se řadí mezi nejčastější SPN tohoto světa. Postihuje sliznice vylučovacích a pohlavních orgánů, ale jsou známy i případy napadení ústní dutiny, hltanu, konečníku a očních spojivek. Vyloučit se nedá ani otrava krve neboli kapavčitá sepe. Nákaza nepřímou cestou je velice vzácná, jelikož bakterie *Neisseria gonorrhoeae* v zevním prostředí rychle hyne. I přesto jsou zaznamenány způsoby přenosu jako přes spodní prádlo, ručník nebo žínku.

Kapavka u mužů a žen probíhá poněkud rozdílně, avšak u obou vyvolává hnisavý zánět sliznic. Jak již bylo zmíněno, nejčastěji se jedná o sliznici močového a pohlavního ústrojí. Inkubační doba tohoto onemocnění se pohybuje v časovém

³⁰ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 65.

rozmezí 3-7 dní. Právě poté se začíná vyvíjet zmíněný zánět. Přenos kapavčité infekce z muže na ženu je až 4x snazší než naopak.³¹

5.1.2 Syfilis

Syfilis (příjice, lues) je způsoben bakterií *Treponema pallidum*. Tento mikrob má tvar dlouhé, štíhlé, pohyblivé spirály. Kromě syfilis získané, přenesené sexem nebo při kontaktech ústy či konečníkem, existuje ještě syfilis vrozená. K té dochází přenosem z matky na dítě.

Případy získání příjice sdílením předmětů s nakaženou osobou se téměř nevyskytují, protože bakterie způsobující syfilis je velmi citlivá na vzduch a celkově vnější prostředí. Inkubační doba této nemoci je okolo tří týdnů, poté nastává první syfilitické stádium. Celkem syfilida probíhá ve třech stádiích.³²

5.1.3 Aids

Jedná se o syndrom získaného imunodeficitu, postupného selhávání imunity. Zkratka AIDS vznikla z anglického výrazu Acquired Immunodeficiency Syndrome.

AIDS byl objeven roku 1981 v Atlantě. Tehdy přibyla poptávka po určitém léku, který se normálně používal jen při vzácném výskytu zánětu plic. Navíc se jednalo o nemocné mladé homosexuály, kteří by měli mít imunitní systém úplně v pořádku. Postupem času se zvětšil počet postižených a dokonce se začali více objevovat i jiné nemoci, související se selháváním imunity. Byly to nemoci jako Kaposiho sarkom (zhoubný nádor), zánět plic a další. Poté vědci potvrdili, že se jedná o zcela novou nemoc a je nutné odhalit jejího původce.

„V letech 1982-1984 byl tento virus izolován skoro současně dvěma výzkumnými skupinami - francouzskou, z Paříže, vedenou Lucem Montagnierem a americkou, v čele s Robertem Gallo v Bethesdě“ (Metzger, Ries 1997). Virus byl pojmenován jako „Human Immunodeficiency Virus“.

³¹ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 66-67.

³² Tamtéž, s. 67-70.

Známe dva typy tohoto viru HIV: 1. - celosvětově rozšířený a 2. - lokalizován v Africe. Virus v organismu napadá hlavně T lymfocyty. To jsou buňky bílé krevní řady, tvořící spolu s dalšími buňkami obranyschopnost organismu.

Přestože dříve nejrizikovější skupinou této nemoci byli homosexuálové a bisexuálové, v poslední době se choroba velmi početně rozšířila i mezi heterosexuální páry.

K přenosu nemoci AIDS nemusí nutně docházet jen sexem, ale existuje i přenos z matky na dítě anebo krevní cestou. Jiné způsoby přenosu jsou prakticky vyloučené.³³

5.2 Prevence STD

Zamezit SPN se dá jen bariérovou antikoncepcí čili kondomem, ale i tak člověk není na 100% chráněn. Z tohoto důvodu je důležité dodržovat preventivní chování. Tím je myšleno dodržovat hygienu pohlavního života ze strany obyvatel.

Dále do prevence patří povinná hlášení nakažených. Lékaři by měli k prevenci přispět kredeizací novorozenců a prošetřením dárců krve a orgánů. Je nutné, aby mezi sebou jednotlivá lékařská oddělení spolupracovala (dermatovenerologie, gynekologie, sexuologie, epidemiologie, infekce lékařství).

Zdaleka nejdůležitější věcí je informovanost veřejnosti o sexuálně přenosných chorobách a cestách jejich šíření.

5.3 Antikoncepce

Patří mezi metody plánování rodičovství, které mají zabránit početí v době, kdy není vhodné, aby žena otěhotněla.

V současné době existuje více antikoncepčních metod a prostředků. Dle toho se člení na metody bez použití ochranných prostředků, chemické metody a antikoncepci mechanickou a hormonální.

³³ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 77-80.

5.3.1 Metody bez použití ochranných prostředků

Tyto metody také nazýváme přirozenou antikoncepcí, při kterých se neužívají žádné tablety a nepoužívají se žádné ochranné pomůcky.

Přerušovaná soulož - princip této metody spočívá v tom, že k ejakulaci dochází mimo pohlavní cesty ženy.

Využití tzv. neplodných dnů - plodné a neplodné období menstruačního cyklu, tyto metody jsou založeny na zjištění okamžiku ovulace a znalosti období plodnosti ženy.³⁴

5.3.2 Mechanická (bariérová) antikoncepce

Kondom - antikoncepční prostředek, který si navléká muž na ztopořený penis jako ochranný obal před pohlavním stykem. Snímá jej ihned po ejakulaci. Je pro sexuálně aktivní dospívající často nejvhodnější metodou, současně snižuje riziko přenosu pohlavních nemocí a především viru HIV.

Vaginální pesar - je jemná latexová membrána vyztužená na okraji pružným kovovým kroužkem. Vytváří překážku (bariéru) před vniknutím spermií do děložního hrdla.

Nitroděložní tělísko - má tvar od hadovité kličky po složitější útvary a je vyrobeno z plastické hmoty, která obsahuje některé kovy, např. měď, zinek, stříbro, eventuálně i hormony, např. progesteron. Mechanismus účinku není zcela známý. Zabraňují uhnízdění vajíčka pravděpodobně v důsledku změny děložní sliznice, která tak reaguje na cizí těleso v dutině dělohy. Antikoncepční účinek zvyšuje přidaná látka, jež se z nosiče pomalu a pravidelně uvolňuje. Tělísko umísťuje do dělohy vždy lékař.³⁵

5.3.3 Chemická antikoncepce

Metoda antikoncepce s použitím spermicidních prostředků. Tyto prostředky se používají ke zpomalení pohyblivosti spermií a zkrácení jejich životnosti. Vyrábějí se ve formě želé, čípků, pěny nebo tablet a jsou určeny k zavedení do pochvy

³⁴ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 35-39.

³⁵ Tamtéž, s. 39-42.

před pohlavním stykem. Jejich užívání nevyžaduje lékařský předpis. Jako vedlejší nežádoucí účinek se někdy může objevit dráždění poševní sliznice a alergická reakce. Zvýšení antikoncepční spolehlivosti se dosahuje ještě v kombinaci s pesarem, který patří do bariérových antikoncepčních prostředků.³⁶

5.3.4 Hormonální antikoncepce

Účinek hormonální antikoncepce je odvozen z působení gonadotropních a ženských pohlavních hormonů na ovulaci, cervikální hlen a děložní sliznici.

Užívá se během menstruačního cyklu ve formě tablet, a proto se také tato antikoncepce nazývá perorální (skrže ústa). Některé antikoncepční prostředky se implantují pod kůži.

Hormonální antikoncepci můžeme rozdělit podle obsahu ženských pohlavních hormonů do tří skupin:

1. Přípravky obsahující pouze gestageny
2. Kombinované přípravky
3. Fázové přípravky

Hormonální antikoncepce je v současné době nejspolehlivější a velmi rozšířená metoda antikoncepce. **Předpokladem spolehlivosti je však pravidelné denní užívání.** Má však nejen přednosti, ale také **vedlejší účinky**, které závisí na složení přípravku, dávce hormonů a na individuální snášenlivosti. Možná rizika trombózy, vysokého krevního tlaku, poruch srdeční činnosti a vzácně vznik některých nádorů.³⁷

³⁶ MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání* (příručka k sexuální výchově), s. 43.

³⁷ Tamtéž, s. 43-48.

6 PREVENCE RIZIK

Cílem prevence je předcházet nemoci, předtím než vznikne. Tento problém zasahuje do mnoha oblastí života. Je třeba ho řešit v kontextu systémových a aktivních opatření a ne izolovaně. V celém systému konfiguruje výchova a vzdělání, podpora rodiny, zdravotní a sociální péče, státní správa, politika zaměstnanosti a další sféry.

6.1 Primární prevence závislostí

Prioritou je prevence primární s orientací především na děti a mládež. U mládeže je nutnost všechna preventivní, poradenská, léčebná a resocializační opatření vytvořit jako nízkoprahová a v komunikaci bezbariérová. Klientovi by měla být dostupná psychologicky, ale i finančně a místně.

Primární prevence má svoji účinnost a výsledky, pokud je prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením. Na školách je nutné, aby se problematika drog stala součástí vzdělávání a výchovy. S preventivními programy na školách a na pracovištích se vhodně doplňují programy nabízené občanskými sdruženími.

Postupně se preventivní komplexní programy orientují nejen na oslabené jedince, ale především i na zdravou populaci s využitím zdravého způsobu života jako základního životního stylu. Vedle odborníků se v preventivních programech využívá působení vrstevníků.

Ve vyspělých zemích se v současné době alkohol, drogy a tabák stávají znakem nemodernosti a neprosperity. Pokud chce být někdo úspěšný a moderní, žije aktivním a zdravým životním stylem.

Zkušenosti ze Spojených států, Skandinávie i odjinud ukázaly, že prevence může být účinná a že se problémům s návykovými látkami dá předcházet. Příkladem jsou preventivní programy na principu vrstevníků.³⁸

³⁸ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV. *Závislost známá neznámá*, s. 150-153.

6.1.1 Zásady efektivní primární prevence

- Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku
- Program je malý a interaktivní
- Program zahrnuje podstatnou část žáků
- Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život, včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd.
- Program bere v úvahu místní specifika
- Program využívá pozitivní vrstevnické modely
- Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky
- Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich
- Program je soustavný a dlouhodobý
- Program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí i práci s rodiči)
- Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat
- Selektivní a indikovaná prevence je náročnější na čas, kvalifikaci i prostředky a často vyžaduje individuální přístup a pomoc s ohledem na specifické individuální potřeby³⁹

6.2 Sekundární a terciární prevence

Cílem sekundární prevence je včasné zajištění odborné pomoci a úzdravy ve smyslu bio-psycho-sociálního principu péče.

Cílem terciární prevence je zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap postižené osoby. Odpovídající přístupy jsou poradenství, léčení, sociální práce a sociální péče.

V této sféře se dělí o zvládání úkolů zdravotnictví a sociální péče.

Služby prvního kontaktu (umožňují dosažení pomoci v krizových situacích, které řeší):

- **Poradny** - obvykle již odborně specializované a orientované, poskytují kvalifikovanou pomoc a terapii. Terapeutické programy využívají především

³⁹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost - současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 157.

různých forem psychoterapie (individuální, skupinovou, rodinnou) a podpůrné farmakoterapie, pracováno se i substituční formou terapie

- **Krizová centra** - se vytvářejí především ve větších městech s možností poskytnout širokou paletu ambulantní, popřípadě i lůžkové psychoterapie, farmakoterapie, často i socioterapie
- **Linky telefonické pomoci** - jsou také známy jako linky důvěry a mohou pomoci především anonymním kontaktem a radou s orientací na středisko pomoci
- **Detoxikační centra** - umožňují speciální krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení návykové látky. Na detoxikační centra by měla navazovat nabídka dalších možností terapie a sociální pomoci

Celý preventivní program v oblasti návykových látek stále hledá a musí hledat co nejúčinnější tvar a nesmí dopustit zastarání obsahu i forem.⁴⁰

⁴⁰ HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., A KOLEKTIV. *Závislost známá neznámá*, s. 154-155.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Téma, zaměření, cíle a výzkumné předpoklady

Vybrala jsem si téma rizikového chování středoškolské mládeže, neboť je to velmi závažný celosvětový problém, který má bohužel stále vzestupnou tendenci. Toto téma je velmi aktuální.

Cílem výzkumné části je zmapovat informovanost středoškolské mládeže o prevenci a následcích plynoucích z rizikového chování a dále zjistit rizikové chování středoškolské mládeže v oblastech konzumace alkoholu, kouření, experimentování s drogami a sexuálním životem.

Zaměřila jsem se na studenty tří vybraných středních škol. Šlo o studenty druhých a třetích ročníků. Tito studenti studují na gymnáziu, obchodní akademii či na středním odborném učilišti (dále již G, OA, SOU). Výzkum byl prováděn v malém středočeském městě Sedlčany. Po písemném svolení jednotlivých škol, viz příloha č. 1, jsem k výzkumu použila dotazníkovou metodu, jejíž předností je získání velkého počtu respondentů za krátkou časovou jednotku. Dotazníky jsem rozdala osobně, tudíž došlo k 100 % návratnosti.

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v prosinci minulého roku, tj. 12/2014. Anonymní dotazník čítající 20 otázek se skládal ze tří částí, u některých byla možnost výběru z více odpovědí. První část se týkala rizikového chování adolescentů v oblasti alkoholu, kouření, experimentování s drogou a rizikového sexuálního chování (zaměřené otázky č. 1 - 9). Druhá část zjišťovala informovanost mládeže o prevenci a následcích plynoucích z rizikového chování (otázky č. 10 - 17). Poslední třetí část byla částí identifikační (otázky č. 18 - 20). Dotazník vyplnilo 102 respondentů. Originál dotazníku je přílohou č. 2 této práce.

Cílem této práce je zmapovat informovanost středoškolské mládeže o prevenci a následcích plynoucích z rizikového chování a dále zjistit rizikové chování středoškolské mládeže v oblastech konzumace alkoholu, kouření, experimentování s drogami a sexuálním životem.

Výzkumné předpoklady

1. Lze předpokládat, že studenti gymnázia a obchodní akademie budou mít méně zkušeností s experimentováním s drogou, než studenti středního odborného učiliště.
2. Lze předpokládat, že studenti SOU, budou mít nejméně znalostí v oblasti prevence a následků rizikového chování.
3. Lze předpokládat, že většina studentů již měla pohlavní styk a jejich nejčastější ochranou je hormonální antikoncepce.
4. Lze předpokládat, že minimálně polovina studentů bude patřit mezi kuřáky a zároveň s touto drogou začala na základní škole.
5. Lze předpokládat, že většina studentů bude mít zkušenost s alkoholem.

Prezentace dílčích výsledků

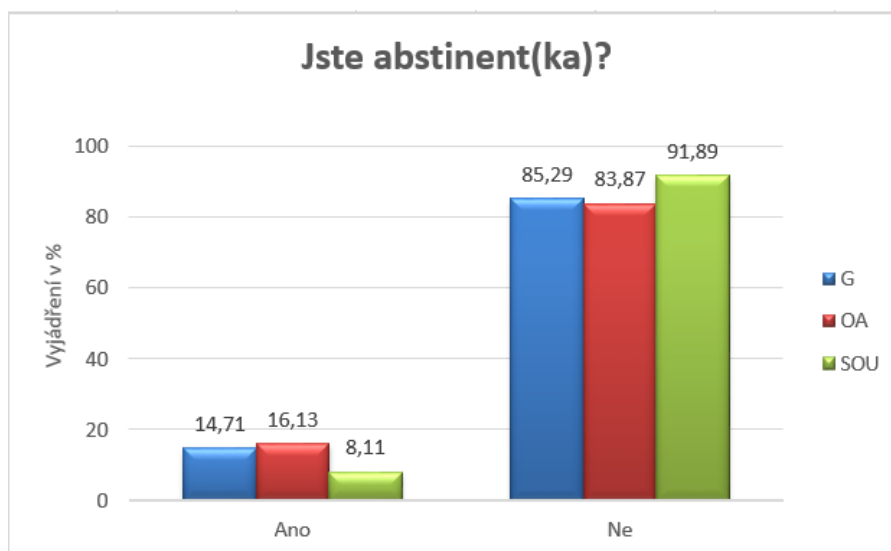
Tabulka 1 - Jste abstinent(ka)?

Jste abstinent(ka)?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	5	14,71	5	16,13	3	8,11
Ne	29	85,29	26	83,87	34	91,89

V tabulce č. 1 je zanesen počet odpovědí studentů středních škol, kteří měli odpovědět na otázku: ***Zařadil(a) byste se mezi osoby označované „abstinent“, nepijete vůbec alkohol?***

Z tabulky i z grafu níže je patrné, že více odpovědí je u možnosti **Ne**. Na gymnázium tuto možnost uvedlo 29 studentů, na obchodní akademii 26 studentů a nejvíce studentů tj. 34 odpovědělo na tuto otázku výrazem „NE“ na středním odborném učilišti.

Graf 1 - Jste abstinent(ka)?



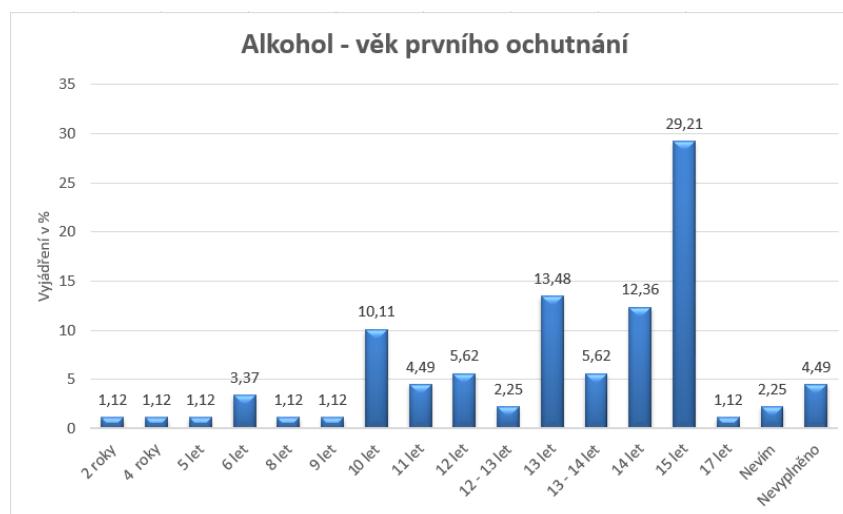
V grafu č. 1 je jednoznačně vidět, že přes 84% dotázaných odpovědělo záporně, tedy že nejsou abstinenti. Zápornou odpověď uvedlo 34 studentů ze SOU, 26 z OA a 29 respondentů z G.

Tabulka 1.1 - Alkohol - první ochutnání

Alkohol - věk prvního ochutnání						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
2 roky	0	0	0	0	1	2,94
4 roky	1	3,45	0	0	0	0
5 let	0	0	0	0	1	2,94
6 let	0	0	0	0	3	8,82
8 let	1	3,45	0	0	0	0
9 let	0	0	0	0	1	2,94
10 let	3	10,34	3	11,54	3	8,82
11 let	0	0	1	3,85	3	8,82
12 let	2	6,90	1	3,85	2	5,88
12 - 13 let	0	0	0	0	2	5,88
13 let	4	13,79	3	11,54	5	14,71
13 - 14 let	0	0	5	19,23	0	0
14 let	3	10,34	0	0	8	23,53
15 let	11	37,93	10	38,46	5	14,71
17 let	0	0	1	3,85	0	0
Nevím	2	6,9	0	0	0	0
Nevyplněno	2	6,9	2	7,69	0	0

V tabulce č. 1.1 je barevně znázorněno největší % vyjádření odpovědi na otázku, která zněla: „*Pokud požíváte alkohol, v kolika letech jste prvně ochutnal(a)?*“. Studenti gymnázia i obchodní akademie odpověděli téměř se stejným výsledkem, tedy okolo 38% a to v počtu 11 na G, 10 na OA s tím, že to bylo v 15 letech. Studenti středního odborného učiliště odpověděli s 23,53%, že to bylo ve čtrnácti letech v počtu 8 respondentů.

Graf 1.1 - Alkohol - věk prvního ochutnání



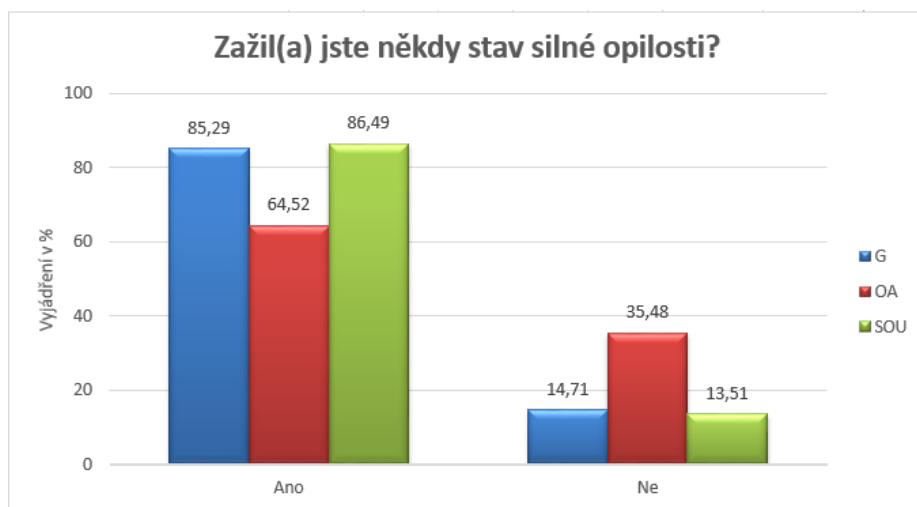
Graf č. 1.1 znázorňuje celkový počet odpovědí na danou otázku a jak je zde patrné, celkově největším počtem odpovědí byl věk 15 let.

Tabulka 2 - Stav silné opilosti

Zažil(a) jste někdy stav silné opilosti?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	29	85,29	20	64,52	32	86,49
Ne	5	14,71	11	35,48	5	13,51

Tabulka č. 2 zobrazuje odpovědi studentů, kteří odpovídali na otázku: „*Zažil(a) jste někdy stav silné opilosti, tj. stav kdy jste měl(a) níže uvedené příznaky chování?*“. Jak je z tabulky patrné, většina odpovědí zněla **ANO**. Můžeme si však povšimnout, že u této otázky odpovídali nastejno studenti G a SOU, kdy otázka Ano představuje hodnotu okolo 85% a to v počtu 29 studentů na G, 32 na SOU, zatímco studentů OA na stejnou otázku odpovědělo okolo 65% a to v počtu 20 studentů.

Graf 2 - Stav silné opilosti



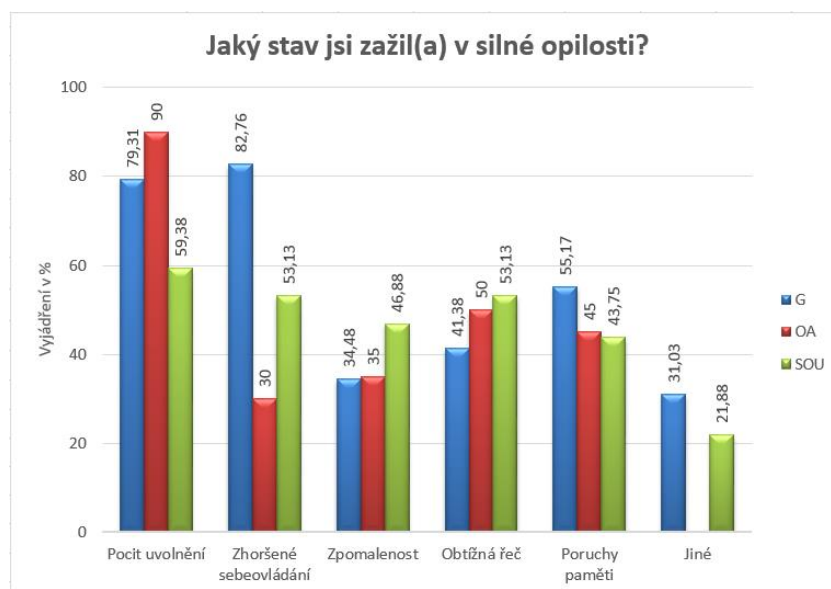
Graf č. 2 znázorňuje počet odpovědí, kde převládá odpověď ANO. Na G odpovědělo kladně 29 studentů, na SOU 32 studentů a na OA to bylo nejméně v počtu 20 studentů. Na grafu si také můžeme povšimnout % vyjádření odpovědí, kdy u G a SOU odpověděli v poměru 85:15, zatímco OA v poměru 65:35.

Tabulka 2.1 - Nejčastější stavy

Jaký stav jste zažil(a) v silné opilosti?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Pocit uvolnění	23	79,31	18	90	19	59,38
Zhoršené sebeovládání	24	82,76	6	30	17	53,13
Zpomalenost	10	34,48	7	35	15	46,88
Obtížná řeč	12	41,38	10	50	17	53,13
Poruchy paměti	16	55,17	9	45	14	43,75
Jiné	9	31,03	0	0	7	21,88

V tabulce č. 2.1 je barevné znázornění největšího počtu odpovědí v % vyjádření. Otázka zněla: „***Pokud ano, uveďte jaké.***“ Jelikož bylo možné uvést u této otázky více možností, můžeme z tabulky vyčíst, že např. pocitu uvolnění v silné opilosti zažívá 90 % studentů OA (18 respondentů) a 79,31 % studentů G (23 respondentů) u kterých však převládá o necelá 3% stav zhoršeného sebeovládání. U studentů SOU můžeme z tabulky vyčíst, že nejvíce odpovědí bylo také u stavu pocitu uvolnění 59,38 % (19 respondentů), ale stejně tak se u nich ve větší míře vyskytuje stav zhoršeného sebeovládání či obtížné řeči 53,13 % (17 studentů).

Graf 2.1 - Nejčastější stavy



Graf 2.1 znázorňuje % vyjádření odpovědí studentů. Z grafu můžeme vyčíst, že nejčastějším stavem v silné opilosti bývá pocit uvolnění a zhoršené sebeovládání, přičemž okolo 50 % studentů uvádí i obtížnou řeč, poruchy paměti či zpomalenost.

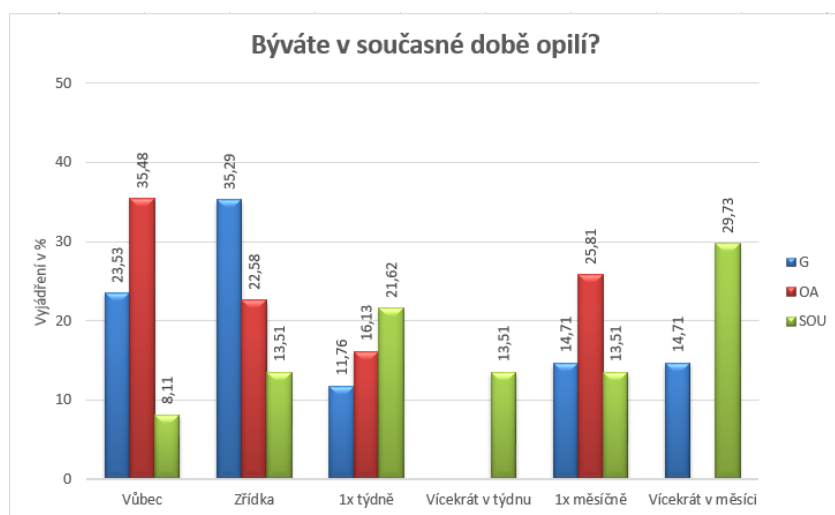
Pod odpověď jiné studenti uvedli např.: únava, potřeba spánku, rozostřené vidění, adrenalin, agresivita.

Tabulka 3 - Býváte opilí?

Stává se vám v současné době, že býváte opilí?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Vůbec	8	23,53	11	35,48	3	8,11
Zřídka	12	35,29	7	22,58	5	13,51
1x týdně	4	11,76	5	16,13	8	21,62
Vícekrát v týdnu	0	0	0	0	5	13,51
1x měsíčně	5	14,71	8	25,81	5	13,51
Vícekrát v měsíci	5	14,71	0	0	11	29,73

V tabulce č. 3 je barevně znázorněna nejčastější odpověď studentů v % vyjádření. Na otázku, zda bývají studenti v současnosti opilí, odpovědělo nejvíce studentů a to v počtu 12 z gymnázia, že zřídka (35,29 %) z obchodní akademie v počtu 11 studentů, že vůbec (35,48 %), naopak studenti středního odborného učiliště v počtu 11 studentů s 29,73 % odpověděli, že bývají opilí vícekrát v měsíci.

Graf 3 - Býváte opilí?



Z grafu č. 3 lze vyčíst, že nejčastější odpovědí na danou otázku bylo vůbec (OA - 35,48 % - 11 studentů), zřídka (G - 35,29 % - 12 studentů) a vícekrát v měsíci (SOU - 29,73 % - 11 studentů). Zatímco u studentů G a OA převládají odpovědi vůbec, zřídka či 1x měsíčně, u studentů SOU to jsou odpovědi vícekrát v měsíci či 1x týdně.

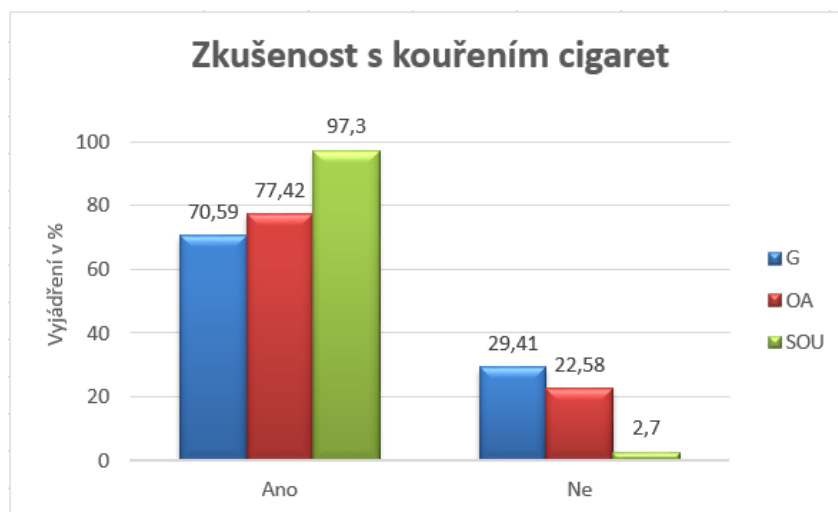
Také je zde zřetelné, že odpověď vícekrát v týdnu vyplnili pouze studenti SOU (13,51 % v počtu 5 studentů, což byla jejich třetí nejčastější odpověď).

Tabulka 4 - Zkušenost s tabákem

Zkušenost s kouřením cigaret						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	24	70,59	24	77,42	36	97,3
Ne	10	29,41	7	22,58	1	2,7

V tabulce č. 4 jsou vyjádřeny odpovědi na otázku: „*Kouřil(a) jste již někdy? (i jen 1 cigaretu)*“. Po prohlédnutí tabulky lze konstatovat, že téměř 2/3 dotázaných studentů z G a OA odpovědělo Ano (v obou případech v počtu 24 studentů), u SOU to bylo téměř 100 % (36 studentů).

Graf 4 - Zkušenost s tabákem



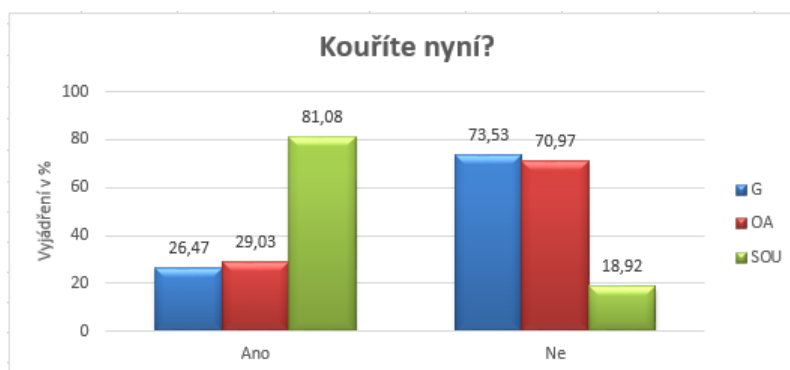
Z grafu č. 4 lze vyčíst, že kladnou odpověď pro danou otázku zvolila většina dotazovaných. U gymnázia a obchodní akademie bylo ANO uvedeno mezi 70-80 % (v obou případech 24 respondentů) a u středního odborného učiliště to byla téměř 100% odpověď (36 respondentů).

Tabulka 5 - Kouříte nyní?

Kouříte nyní?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	9	26,47	9	29,03	30	81,08
Ne	25	73,53	22	70,97	7	18,92

Z tabulky č. 5, ve které jsou pouze dvě odpovědi na danou otázku, je na první pohled zřejmé, že u studentů G a OA převládá odpověď NE (73,53 % - 25 studentů a 70,97 % - 22 studentů), avšak u studentů SOU je tomu právě naopak, kde z 81,08 % převládá odpověď ANO a to v počtu 30 studentů.

Graf 5 - Kouříte nyní?



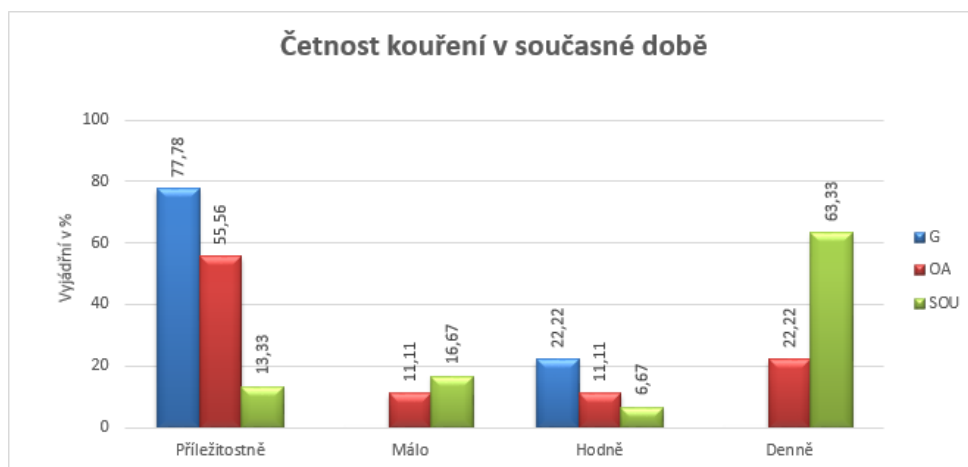
Na grafu č. 5 je zřetelné, že studenti G a OA jsou ze 2/3 nekuřáci, studentů ze SOU nekouří pouze 1/5.

Tabulka 5.1 - Četnost kouření

Četnost kouření v současné době						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Příležitostně	7	77,78	5	55,56	4	13,33
Málo	0	0	1	11,11	5	16,67
Hodně	2	22,22	1	11,11	2	6,67
Denně	0	0	2	22,22	19	63,33

V tabulce č. 5.1 jsou zapsány odpovědi pouze studentů, kteří odpověděli kladně na otázku, zda v současné době kouří. Je potřeba vzít v potaz skutečnost, že studentů, kteří kouří je na G a OA jen 1/3, zatímco na SOU kouří 3/4 studentů.

Graf 5.1 - Četnost kouření



Na grafu č. 5.1 je přehledně znázorněna četnost kouření studentů. Ačkoliv na gymnáziu a obchodní akademii kouří shodně jen 1/3 studentů, je patrné, že kouří převážně příležitostně. Studenti G uvedli, že kouří ze 77,78 % v počtu 7 studentů příležitostně zbytek studentů (22,22 % - 2 studenti) uvedlo, že kouří hodně. Studenti OA udávají, že kouří z 55,56 % v počtu 5 studentů příležitostně, (22,22 % - 2 studenti) denně a 11,11 % uvedlo, že kouří málo a hodně. Na první pohled je z grafu patrné, že ze 3/4 kuřáků na SOU, jich 63,33 % v počtu 19 studentů kouří denně, 16,67 % v počtu 5 studentů málo, jen 13,33 % v počtu 4 studentů příležitostně a 6,67 % v počtu 2 studentů hodně.

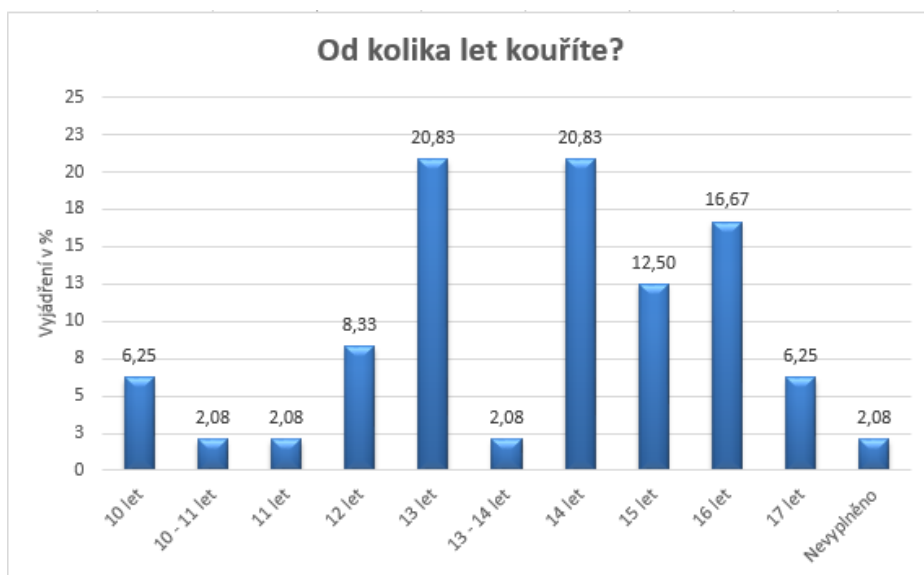
Tabulka 6 - Od kolika let kouříte?

Od kolika let kouříte?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
10 let	0	0	0	0	3	10
10 - 11 let	0	0	0	0	1	3,33
11 let	0	0	0	0	1	3,33
12 let	1	11,11	0	0	3	10
13 let	2	22,22	0	0	8	26,67
13 - 14 let	0	0	0	0	1	3,33
14 let	3	33,33	2	22,22	5	16,67
15 let	2	22,22	2	22,22	2	6,67
16 let	1	11,11	2	22,22	5	16,67
17 let	0	0	3	33,33	0	0
Nevyplněno	0	0	0	0	1	3,33

V tabulce č. 6 je vidět, že s kouřením mladiství nejvíce začínali mezi 13 až 15 rokem života. U gymnázia věk 14 let je zastoupen 33,33 % v počtu

3 respondentů, v OA se největší průměr - 33,33 % též v počtu 3 respondentů posouvá na hranici 17 let a v SOU je věk 13 let zastoupen 26,67 % 8 respondenty. Zajímavý je fakt, že tři studenti SOU uvádí, že začali kouřit v pouhých 10 letech.

Graf 6 - Od kolika let kouříte?



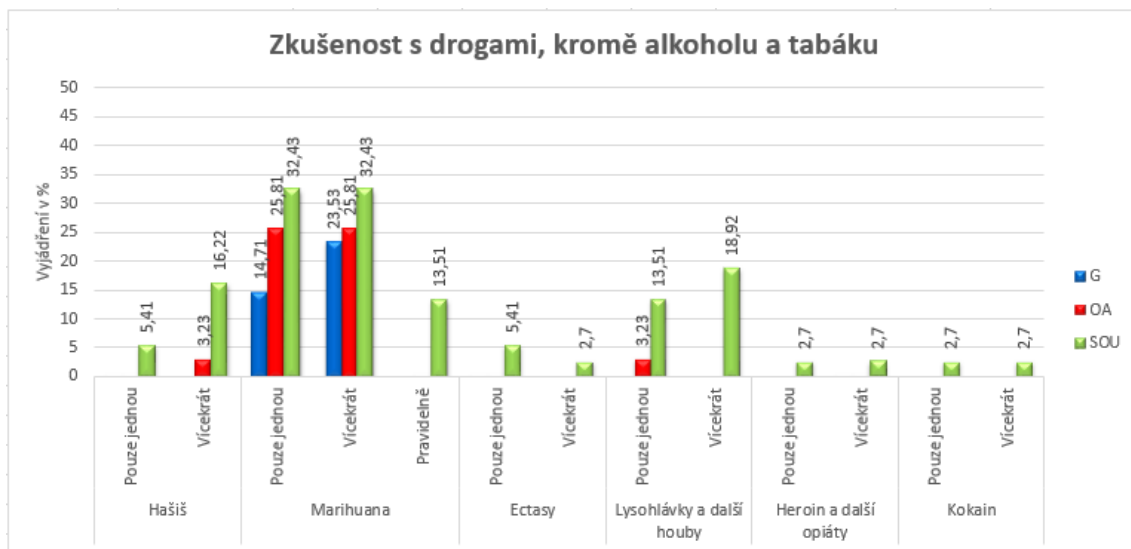
Z grafu č. 6 je patrné, že nejčastěji mladiství začali kouřit ve 13 či 14 roce svého života. Velmi často ale začínali třeba až v 16 roce.

Tabulka 7 - Zkušenost s drogami, kromě alkoholu a tabáku

Zkušenost s drogami, kromě alkoholu a tabáku							
Název drogy	Odpověď	Název školy					
		G		OA		SOU	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
Hašiš	Nikdy	34	100	29	93,55	29	78,38
	Pouze jednou	0	0	0	0	2	5,41
	Vícekrát	0	0	1	3,23	6	16,22
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	1	3,23	0	0
Marihuana	Nikdy	21	61,76	15	48,39	8	21,62
	Pouze jednou	5	14,71	8	25,81	12	32,43
	Vícekrát	8	23,53	8	25,81	12	32,43
	Pravidelně	0	0	0	0	5	13,51
	Neznám	0	0	0	0	0	0
Ecstasy	Nikdy	34	100	28	90,32	34	91,89
	Pouze jednou	0	0	0	0	2	5,41
	Vícekrát	0	0	0	0	1	2,7
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	3	9,68	0	0
Rajský plyn	Nikdy	34	100	30	96,77	34	91,89
	Pouze jednou	0	0	0	0	0	0
	Vícekrát	0	0	0	0	0	0
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	1	3,23	3	8,11
Lysohlávky a další houby	Nikdy	34	100	29	93,55	25	67,57
	Pouze jednou	0	0	1	3,23	5	13,51
	Vícekrát	0	0	0	0	7	18,92
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	1	3,23	0	0
Heroin a další opiáty	Nikdy	34	100	30	96,77	35	94,59
	Pouze jednou	0	0	0	0	1	2,7
	Vícekrát	0	0	0	0	1	2,7
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	1	3,23	0	0
Kokain	Nikdy	34	100	30	96,77	35	94,59
	Pouze jednou	0	0	0	0	1	2,7
	Vícekrát	0	0	0	0	1	2,7
	Pravidelně	0	0	0	0	0	0
	Neznám	0	0	1	3,23	0	0

V tabulce č. 7 jsou uvedené odpovědi studentů na otázku: „Vyzkoušel(a) jste někdy jiné drogy, než jsou alkohol a tabák?“. Pokud studenti uvedli, že drogy užívají, je to barevně znázorněno. Na první pohled je patrné, že jednoznačně největšími konzumenty drog jsou studenti SOU. Studenti gymnázia uvedli zkušenosti pouze s marihuanou a u studentů OA to byla zkušenost s marihuanou a pak ojediněle hašiší, lysohlávkami a dalšími houbami. Z tabulky je také patrné, že rajský plyn studenti buď neužili, nebo ho neznají.

Graf 7 - Zkušenost s drogami, kromě alkoholu a tabáku



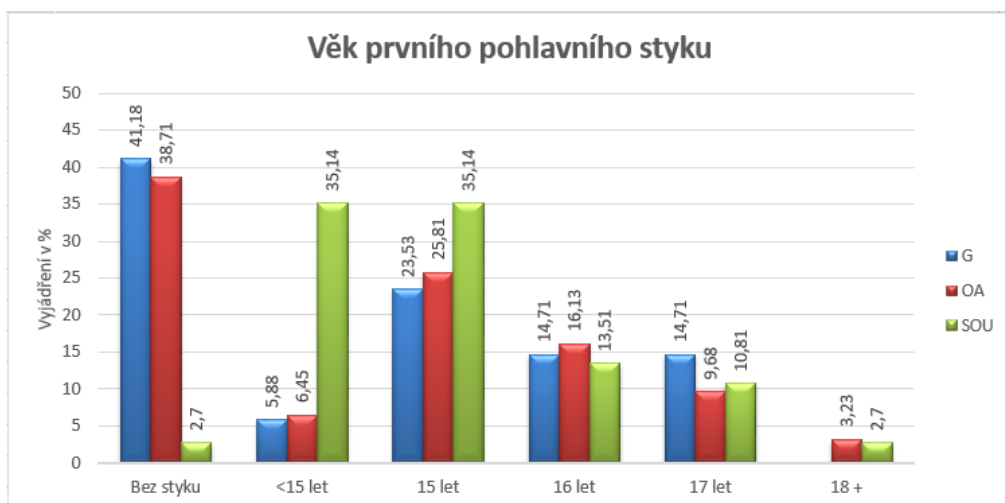
V grafu č. 7 si můžete všimnout, že pokud někdy studenti Gymnázia či OA vyzkoušeli nějakou zakázanou drogu, byla to ve většině případů jen marihuana. Studenti SOU až v 33 % (12 studentů) požili marihuanu vícekrát než jednou.

Tabulka 8 - Sexuální život

Odpověď	Věk prvního pohlavního styku					
	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Bez styku	14	41,18	12	38,71	1	2,7
<15 let	2	5,88	2	6,45	13	35,14
15 let	8	23,53	8	25,81	13	35,14
16 let	5	14,71	5	16,13	5	13,51
17 let	5	14,71	3	9,68	4	10,81
18 +	0	0	1	3,23	1	2,7

Tabulka č. 8 se zabývala věkem prvního pohlavního styku. Celkově asi nejvíce mladistvých zažilo svůj první pohlavní styk v 15 letech. Zajímavostí tabulky je, že pouze jeden student SOU zatím pohlavní styk neprovozoval. Zatímco u gymnázia či obchodní akademie s pohlavním stykem nemá zkušenost kolem 40 % studentů (G - 14 studentů, OA - 12 studentů).

Graf 8 - Sexuální život



Jak je již z grafu č. 8 patrné průměrný věk prvního pohlavního styku je 15 let. Avšak u SOU stejnou hodnotu tj. 35,14 % tedy 13 respondentů uvedlo, že k pohlavnímu styku došlo před patnáctým rokem.

Tabulka 9 - Použitá ochrana (možno uvést více možností)

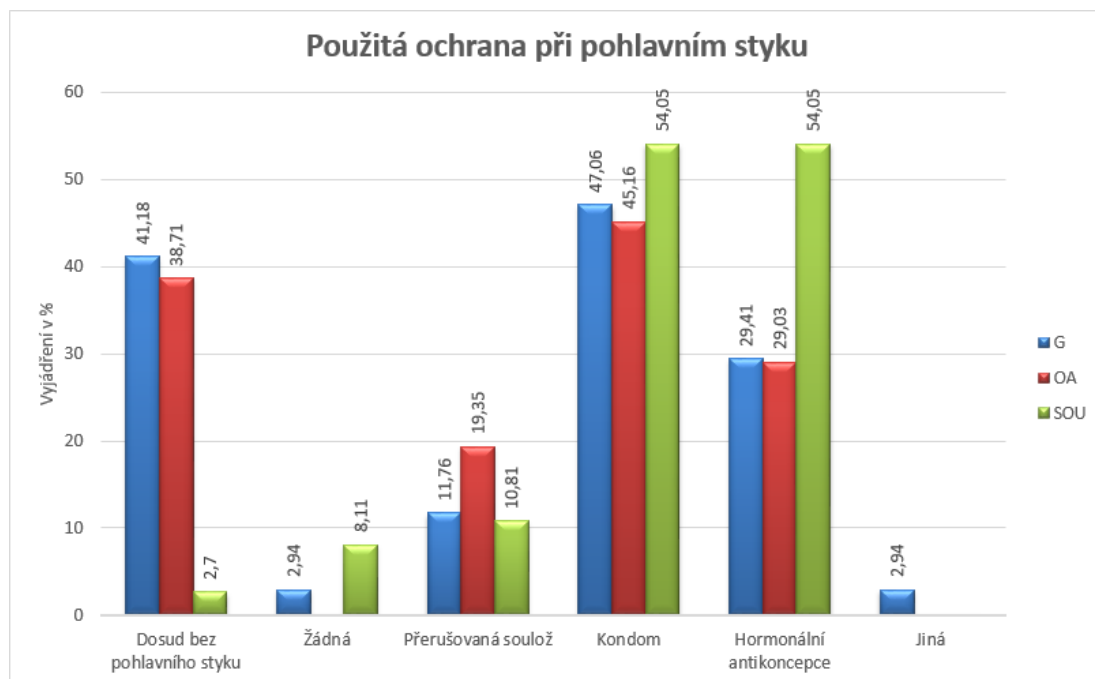
Použitá ochrana při pohlavním styku						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Dosud bez pohlavního styku	14	41,18	12	38,71	1	2,7
Žádná	1	2,94	0	0	3	8,11
Přerušovaná soulož	4	11,76	6	19,35	4	10,81
Kondom	16	47,06	14	45,16	20	54,05
Hormonální antikoncepce	10	29,41	9	29,03	20	54,05
Jiná	1	2,94	0	0	0	0

V tabulce č. 9 je barevně znázorněno světlou barvou, kolik studentů je dosud bez pohlavního styku. Lze tam tedy vyčíst, že dosud pohlavně neaktivních studentů na G a OA je okolo 40 %, (gymnázium - 14, obchodní akademie - 12 studentů) zatímco na SOU je pohlavně neaktivní pouze 1 člověk, což jsou téměř 3 % z celkového počtu studentů.

Dalším barevným znázorněním, tentokrát tmavou barvou, je počet v % vyjádření s největším počtem odpovědí. Z tabulky je tedy patrné, že studenti G a OA používají téměř z 50 % (G - 16 a OA - 14 respondentů) kondom, hormonální antikoncepci pak volí zhruba 30 % studentů (na gymnáziu 10 a na obchodní akademii 9 respondentů).

Na třetím místě je pak přerušovaná soulož - téměř 12 a 20 %, 4 a 6 respondentů). Studenti SOU udávají stejný počet (54,05 % - 20 respondentů) u kondomu i hormonální antikoncepci, přerušovanou soulož praktikuje necelých 11 % studentů a to v počtu 4 studentů.

Graf 9 - Použitá ochrana



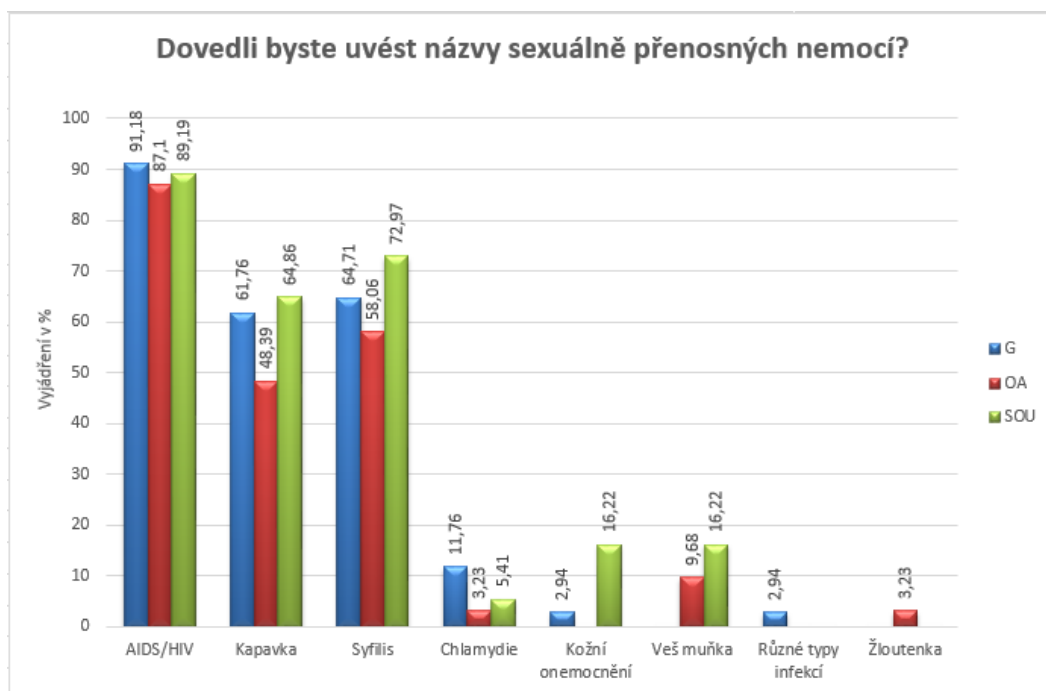
Z grafu č. 9 vyplývá, že nejoblíbenější ochranou při pohlavním styku je kondom. Na druhém místě skončila hormonální antikoncepce, u studentů G a OA je používána asi v 30 % - (10 a 9 studentů) a studenti SOU se chrání hormonální antikoncepcí v 50 % - 20 studentů. Téměř všichni však nějakou antikoncepci užívají.

Tabulka 10 - Sexuálně přenosné nemoci

Dovedli byste uvést názvy sexuálně přenosných nemocí?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
AIDS/HIV	31	91,18	27	87,1	33	89,19
Kapavka	21	61,76	15	48,39	24	64,86
Syfilis	22	64,71	18	58,06	27	72,97
Chlamydie	4	11,76	1	3,23	2	5,41
Kožní onemocnění	1	2,94	0	0	6	16,22
Veš muňka	0	0	3	9,68	6	16,22
Různé typy infekcí	1	2,94	0	0	0	0
Žloutenka	0	0	1	3,23	0	0
Neuvedeno	3	8,82	3	9,68	2	5,41
Uvedeno nesprávně	1	2,94	3	9,68	2	5,41

Z tabulky č. 10 je patrné, jak moc jsou studenti G, OA a SOU informovaní o SPN (sexuálně přenosných nemocech). V podstatě znají AIDS, Kapavku a Syfilis. Pár studentů si vzpomnělo ještě na nějaké, ale je to spíše výjimečné. Mezi nesprávně uvedenými byla: Neplodnost, kvasinková infekce a ebola.

Graf 10 - Sexuálně přenosné nemoci



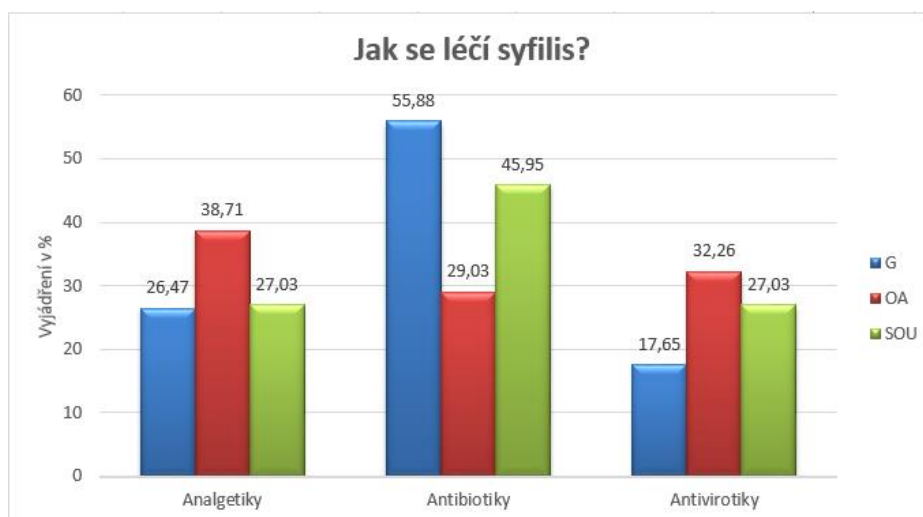
Z grafu č. 10 se dovídáme, že studenti jsou schopni vyjmenovat sexuálně přenosné nemoci. Mezi nejčastěji uvedené patří AIDS, Kapavka a Syfilis.

Tabulka 11 - Léčba „syfilis“

Jak se léčí syfilis?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Analgetiky	9	26,47	12	38,71	10	27,03
Antibiotiky	19	55,88	9	29,03	17	45,95
Antivirotiky	6	17,65	10	32,26	10	27,03

Z tabulky č. 11, která se zabývala léčbou syfilidy, je jasné, že tato otázka byla pro studenty oříškem. Studenti G a SOU označili správnou odpověď antibiotiky přibližně v 50 % - 19 studentů gymnázia a 17 studentů ze středního odborného učiliště, u OA odpověděla správně necelá třetina studentů a to v počtu 9 studentů.

Graf 11 - Léčba „syfilis“



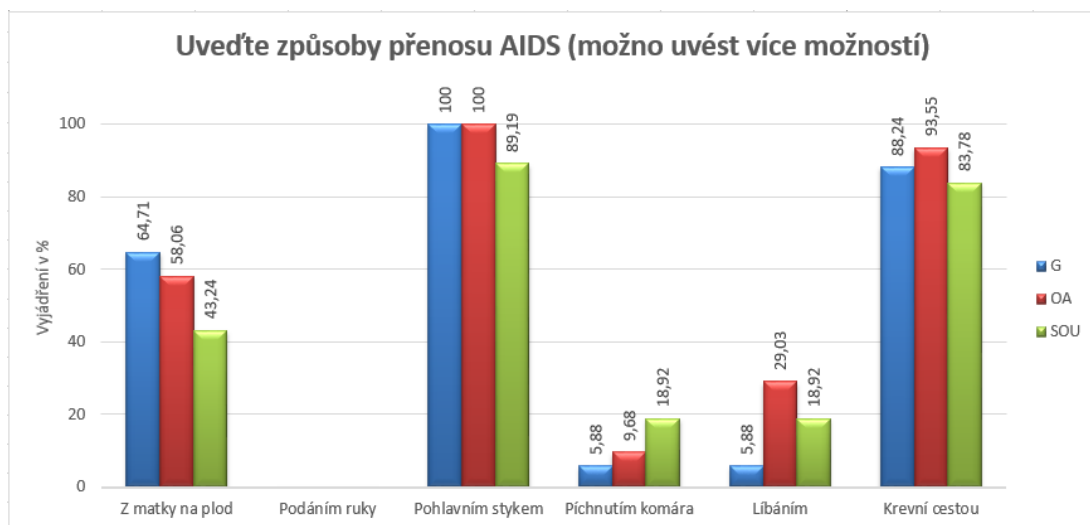
Z grafu č. 11 je na první pohled znatelné, že studenti neznají odpověď na tuto otázku a zřejmě se tedy jedná o náhodné tipování.

Tabulka 12 - Způsoby přenosu AIDS (možno uvést více možností)

Uvedte způsoby přenosu AIDS (možno uvést více možností)						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Z matky na plod	22	64,71	18	58,06	16	43,24
Podáním ruky	0	0	0	0	0	0
Pohlavním stykem	34	100	31	100	33	89,19
Píchnutím komára	2	5,88	3	9,68	7	18,92
Líbáním	2	5,88	9	29,03	7	18,92
Krevní cestou	30	88,24	29	93,55	31	83,78

V tabulce č. 12 mohli studenti odpovědět více možnostmi. Téměř všichni (98 studentů) uvedlo odpověď pohlavním stykem, 90 % (90 studentů) označilo jako další možnost krevní cestou, a poslední správná odpověď z matky na plod se objevila jen v 50 % (56) dotazovaných.

Graf 12 - Způsoby přenosu AIDS (možno uvést více možností)



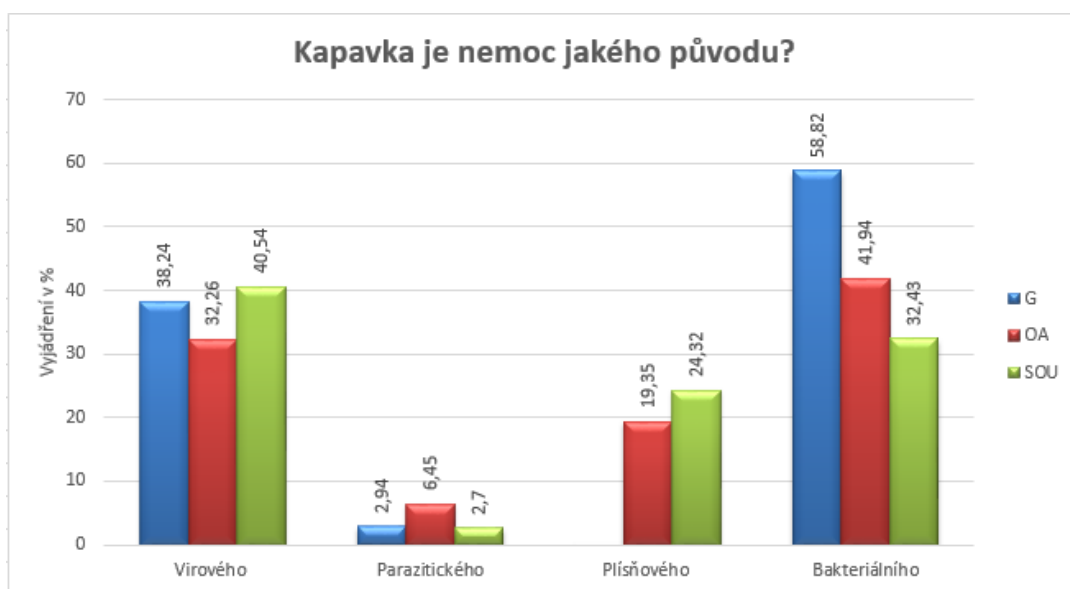
Graf č. 12 vypovídá o tom, že studenti ve většině případů vědí, jak je možné přenést nemoc AIDS. Pouze kolem 10 % (12 studentů) si myslí, že je možný přenos při píchnutí komárem. Zajímavým faktem na grafu je otázka líbání, až 29 % - 9 dotazovaných studující OA si myslí, že takový přenos je možný.

Tabulka 13 - Kapavka

Kapavka je nemoc jakého původu?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Virového	13	38,24	10	32,26	15	40,54
Parazitického	1	2,94	2	6,45	1	2,7
Plísňového	0	0	6	19,35	9	24,32
Bakteriálního	20	58,82	13	41,94	12	32,43

Z tabulky č. 13 není jasná přesná odpověď. Bohužel studenti o správné odpovědi nemají ponětí.

Graf 13 - Kapavka



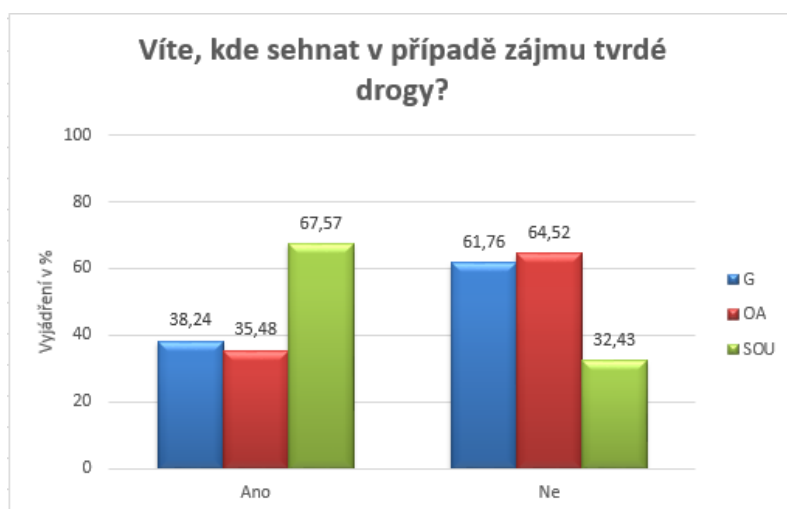
Z uvedených odpovědí v grafu č. 13 je zřejmé, že se respondenti nejčastěji rozhodovali mezi virovým či bakteriálním původem. Nejvíce se asi trefili studenti gymnázia a to v 58 % v počtu 20 studentů.

Tabulka 14 - Možnost tvrdých drog

Víte, kde byste mohl(a) sehnat tvrdé drogy, v případě zájmu?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	13	38,24	11	35,48	25	67,57
Ne	21	61,76	20	64,52	12	32,43

Z tabulky č. 14 vyplývá, že studenti G a OA asi v 60 % (21 respondentů z gymnázia a 20 respondentů z obchodní akademie) neví, kde by si tvrdé drogy mohli sehnat. Respondenti ze SOU až v 68 % (25 respondentů) vědí, jak si sehnat tvrdé drogy.

Graf 14 - Možnost tvrdých drog



Z grafu č. 14 se dá určit, že studenti G a OA spíše nevědí, kde tvrdé drogy sehnat, naopak je tomu však u studentů SOU.

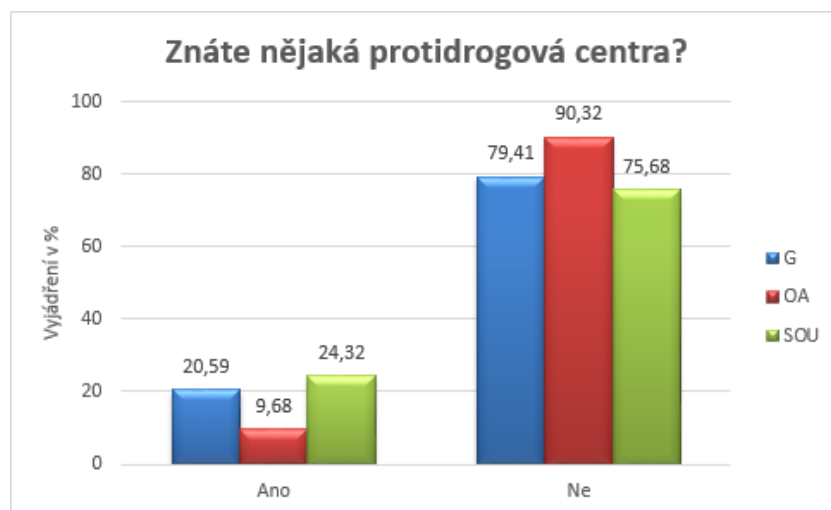
Tabulka 15 - Protidrogová centra

Znáte nějaká protidrogová centra?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Ano	7	20,59	3	9,68	9	24,32
Ne	27	79,41	28	90,32	28	75,68

Tabulka č. 15 se zabývá problematikou protidrogových center. Dotazovaní téměř v 80 % (83 studentů) neznají žádné protidrogové centrum (G - 79 % - 20 studentů,

SOU - 76 % - 28 studentů) u OA se nevědomost pohybuje až kolem 90 % - v počtu 28 studentů.

Graf 15 - Protidrogová centra



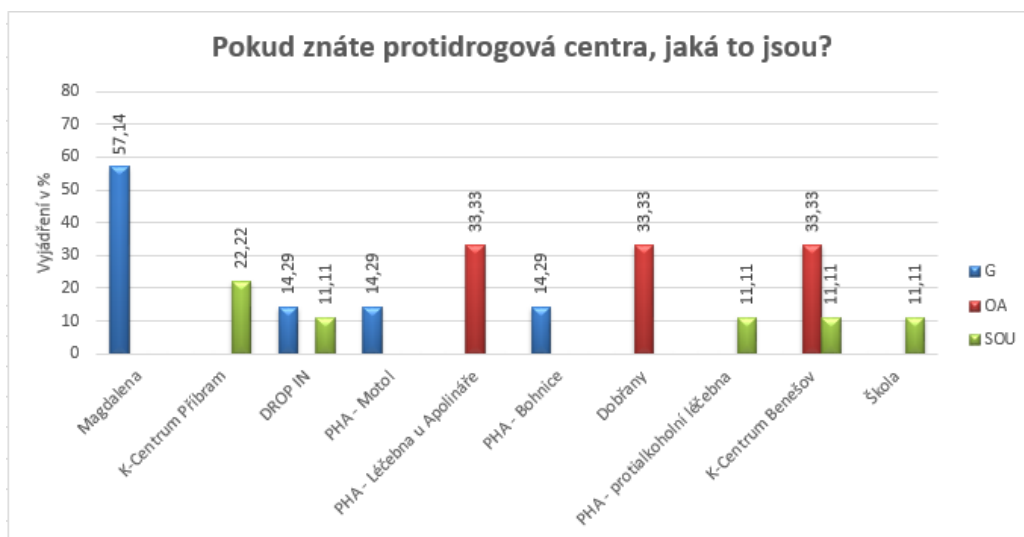
Z grafu č. 15 je zřejmé, že u studentů jasně převažuje odpověď ne, tedy neznají žádná protidrogová centra.

Tabulka 15.1 - Znalost protidrogových center

Pokud znáte protidrogová centra, jaká to jsou?						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Magdalena	4	57,14	0	0	0	0
K-Centrum Příbram	0	0	0	0	2	22,22
DROP IN	1	14,29	0	0	1	11,11
PHA - Motol	1	14,29	0	0	0	0
PHA - Léčebna u Apolináře	0	0	1	33,33	0	0
PHA - Bohnice	1	14,29	0	0	0	0
Dobřany	0	0	1	33,33	0	0
PHA - protialkoholní léčebna	0	0	0	0	1	11,11
K-Centrum Benešov	0	0	1	33,33	1	11,11
Škola	0	0	0	0	1	11,11
Neuvedeno	0	0	0	0	2	22,22
Nesprávně uvedeno	0	0	0	0	1	11,11

Nesprávně byla uvedena 1 odpověď - Detox, což je 11,11 % z celkových odpovědí od studentů SOU. Odpovědi pod čarou (neuvedeno, nesprávně uvedeno) nebyly do grafu zahrnuty.

Graf 15.1 - Znalost protidrogových center

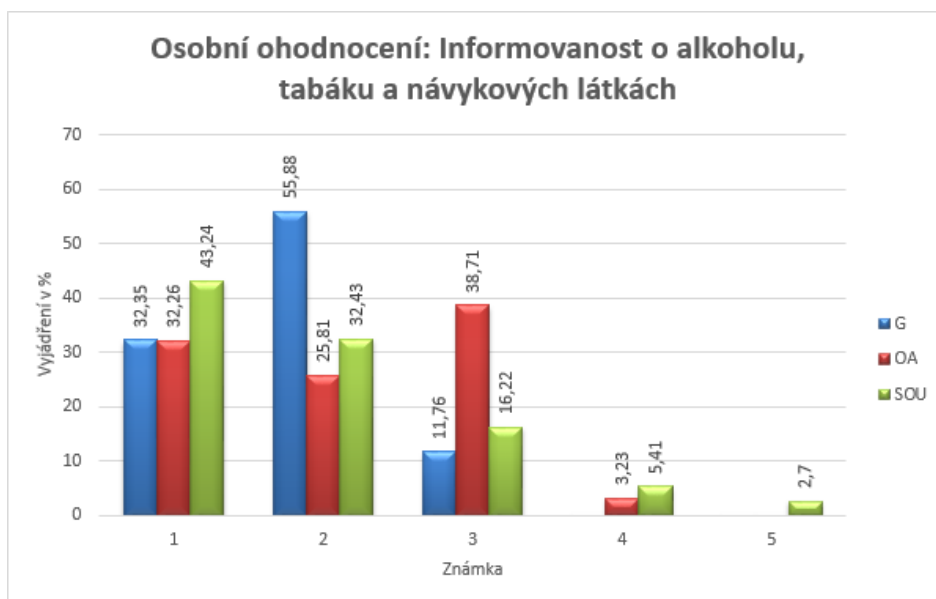


Tabulka 16 - Osobní ohodnocení I.

Osobní ohodnocení: Informovanost o alkoholu, tabáku a návykových látkách						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
1	11	32,35	10	32,26	16	43,24
2	19	55,88	8	25,81	12	32,43
3	4	11,76	12	38,71	6	16,22
4	0	0	1	3,23	2	5,41
5	0	0	0	0	1	2,7

Z tabulky č. 16 lze odvodit, že studenti SOU se považují ve 43 % (16 studentů) za výborně informované v oblasti alkoholu, tabáku a návykových látek. Studenti gymnázia ohodnotili své znalosti v 56 % (19 studentů) známkou 2. Za průměrně informované ve výši 39 % (12 studentů) se považují respondenti z OA.

Graf 16 - Osobní ohodnocení I.



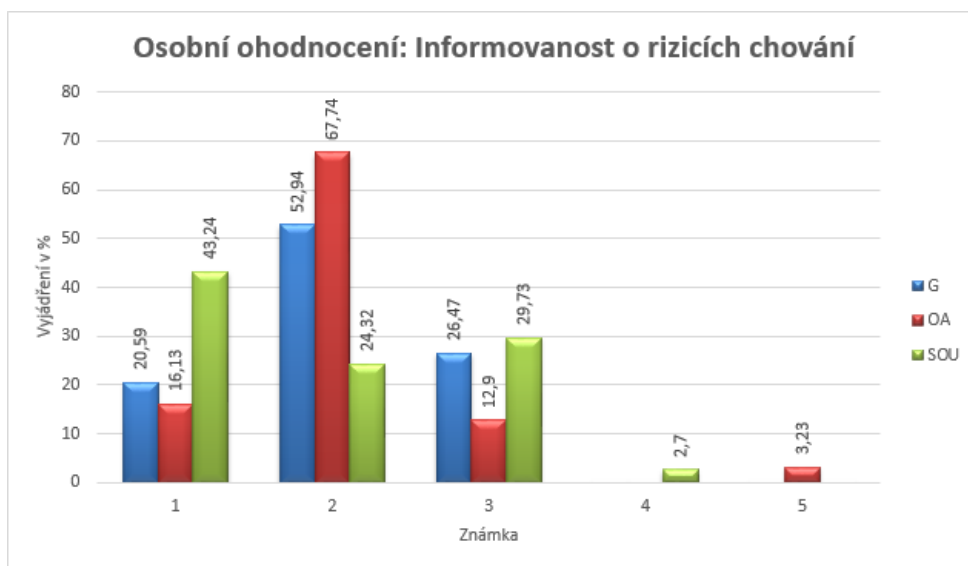
Z grafu č. 16 je na první pohled znát, že respondenti se ve většině považují za minimálně průměrně informované. Nejvíce studentů by se ohodnotilo stupněm známky 2.

Tabulka 17 - Osobní ohodnocení II.

Osobní ohodnocení: Informovanost o rizicích chování						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
1	7	20,59	5	16,13	16	43,24
2	18	52,94	21	67,74	9	24,32
3	9	26,47	4	12,9	11	29,73
4	0	0	0	0	1	2,7
5	0	0	1	3,23	0	0

Z tabulky č. 17 je patrné, že studenti G a OA se nejčastěji ohodnotili známkou 2. Zatímco studenti SOU své znalosti nejvíce hodnotí známkou 1.

Graf 17 - Osobní ohodnocení II.



Z grafu č. 17 lze určit, že nejčastěji se respondenti ohodnotili známkou dva, tedy se považují za dobře informované v oblasti rizikového chování. Zbytek dotazovaných považuje svou informovanost buď o něco lepší či horší. Známkou 4 či 5 se ohodnotilo jen mizivé procento respondentů.

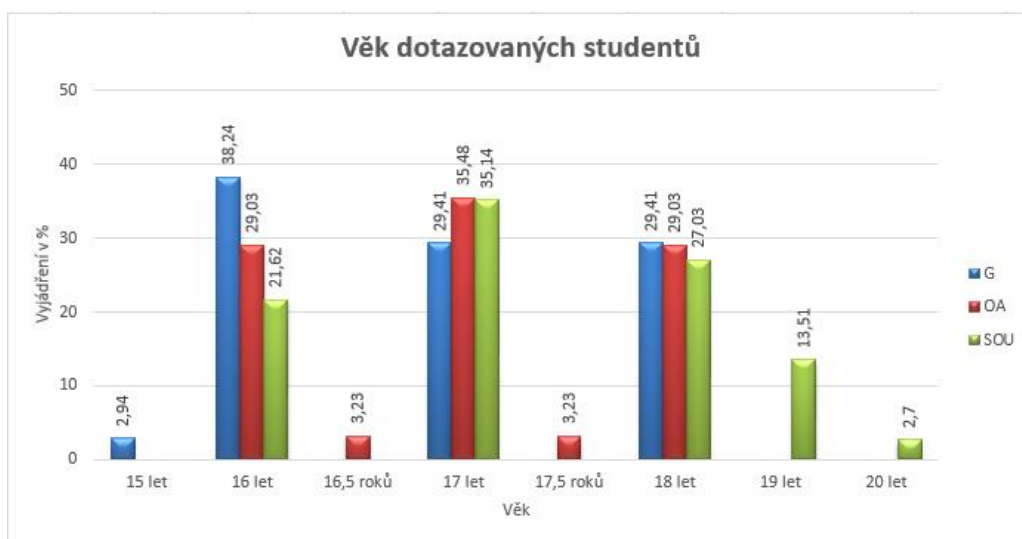
Tabulka 18 - Věk

Věk dotazovaných studentů						
Odpověď	Název školy					
	G		OA		SOU	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
15 let	1	2,94	0	0	0	0
16 let	13	38,24	9	29,03	8	21,62
16,5 roků	0	0	1	3,23	0	0
17 let	10	29,41	11	35,48	13	35,14
17,5 roků	0	0	1	3,23	0	0
18 let	10	29,41	9	29,03	10	27,03
19 let	0	0	0	0	5	13,51
20 let	0	0	0	0	1	2,7

Z tabulky č. 18 vyčteme věk respondentů. Nejmladším respondentem je patnáctiletý student z G a nejstarším dvacetiletý student ze SOU. V G máme největšími procenty (38,24 % - 13 studentů) zastoupeny šestnáctileté respondenty, v OA a v SOU to jsou respondenti sedmnáctiletí. (OA - 35,48 % - 11 studentů, SOU 35,14 % - 13 studentů).

Průměrný věk studentů celkově je 17,1.

Graf 18 - Věk



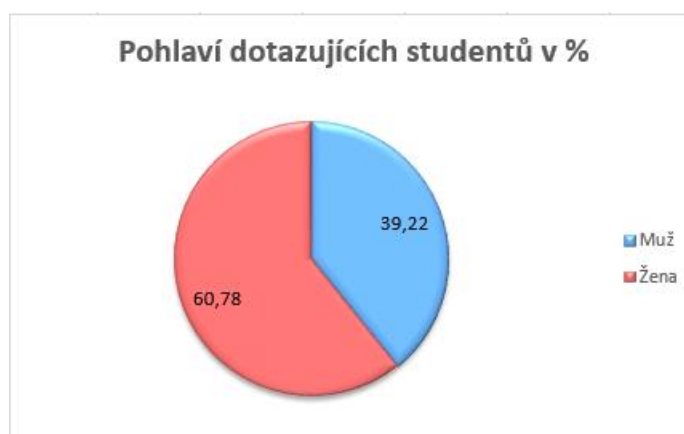
V grafu č. 18 je podrobně znázorněn věk všech dotazovaných.

Tabulka 19 - Pohlaví

Pohlaví dotazovaných studentů								
Odpověď	Název školy						Celkem	
	G		OA		SOU			
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Muž	12	35,29	13	41,94	15	40,54	40	39,22
Žena	22	64,71	18	58,06	22	59,46	62	60,78

Jak je z tabulky i grafu patrné přes 60 % (62) respondentů bylo ženského pohlaví.

Graf 19 - Pohlaví



Tabulka 20 - Zastoupení středních škol

Zastoupení středních škol		
Odpověď	Počet	%
G	34	33,33
OA	31	30,39
SOU	37	36,27

Graf 20 - Zastoupení středních škol



Ověření výzkumných předpokladů

Předpoklad č. 1 se potvrdil, neboť studenti G a OA dle výsledků výzkumu mají méně zkušeností s experimentováním s drogou, než studenti SOU. Studenti gymnázia uvedli zkušenosti pouze s marihuanou, u studentů OA to byla zkušenost též s marihuanou a pak ojediněle s hašiší, lysohlávkami a dalšími houbami, kdežto studenti SOU, až v 33 % požili marihuanu vícekrát než jednou a též necelých 14 % ji užívá pravidelně.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil, pouze u otázky č. 13 (jakého je kapavka původu) SOU odpovědělo správně pouze 30 %, nejlépe dopadlo gymnázium s 60 % správných odpovědí. U otázky č. 11 (jak se léčí syfilis) SOU nastejno s G se pohybovalo kolem poloviny správných odpovědí, OA správně odpověděla pouze v necelé třetině dotázaných. U dalších otázek č. 10, 12, 14, 15, 16 dle uvedených odpovědí vyšla jako vítězná, tudíž znalostí v oblasti prevence a následků rizikového chování měla nejvíce.

Předpoklad č. 3 se nepotvrdil, neboť u OA a G nemá s pohlavním stykem zkušenost kolem 40 % respondentů, ale zároveň u SOU téměř 100 % již tuto zkušenost má (pouze 1 dotázaný odpověděl záporně). Hormonální antikoncepce byla uvedena jako druhá nejčastější ochrana. Dle výsledků výzkumu u OA a G je na prvním žebříčku uvedena ochrana kondom, u SOU byla hormonální antikoncepce ve stejném procentuálním vyjádření jako kondom, tj. 54,05 %.

Předpoklad č. 4 se potvrdil, neboť téměř 2/3 dotázaných studentů z G a OA mělo zkušenost s kouřením u SOU to bylo téměř 100 %. Studentů G a OA kouří kolem 30 %, kdežto u SOU počet kuřáků přesahuje 80 % a zároveň pro 63,33 % je tato droga každodenní záležitostí. Též druhá část tohoto předpokladu se potvrdila, neboť mladiství s touto drogou začali již na ZŠ. Největší procenta jsou ve věku 13, 14 let - dokonce 6,25 % respondentů uvedlo, že kouří již od 10 let.

Předpoklad č. 5 se potvrdil, přes 84 % dotazovaných respondentů se nepovažuje za abstinenty. Průměrným věkem prvního ochutnání je 15 rok. Téměř 90 % studentů již zažilo stav silné opilosti, pouze u OA zaznamenáváme necelých 65 %. U některých respondentů opravdu dochází k pravidelné konzumaci (alespoň 1x týdně) a to u G v 11,76 %, u OA 16,13 % a nejvíce u SOU v 21,62 %.

DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit rizikové chování mládeže a zjistit informovanost o prevenci a následcích plynoucích z tohoto chování.

Byly osloveny tři střední školy v menším středočeském městečku Sedlčany. Dotazníky byly rozdány osobně, tudíž došlo k 100 % návratnosti. Šetření se účastnilo 102 respondentů. Nejmladším je patnáctiletý student z gymnázia a nejstarším dvacetiletý ze středního odborného učiliště. Průměrný věk respondentů činil 17 roků. Přes 60 % respondentů bylo ženského pohlaví, zbylých necelých 40 % pohlaví mužského.

Šetřením jsme zjistili, že pouhých 16 % respondentů se hlásí k abstinování. Stav silné opilosti zažilo u dvou středních škol (G a SOU) přes 85 % studentů, u OA to bylo okolo 65 %. Mezi nejčastější stavy silné opilosti studenti uvedli: pocit uvolnění, zhoršené sebeovládání, poruchy paměti a obtížnou řeč. Téměř 2/3 dotázaných studentů z G a OA uvedlo zkušenost s tabákem, u SOU to bylo téměř 100 % a zároveň přes 80 % studentů z učiliště přiznává, že kouří i nyní. Mladiství s kouřením začínali nejvíce mezi 13 až 15 rokem života. Opět co se týká zkušeností s drogami kromě alkoholu a tabáku mají největší zkušenost respondenti ze SOU (v 33 % požili marihuanu vícekrát než jednou). To samé lze vyčíst z tabulky o sexuálním životě, kdy pouze jeden student ze SOU uvedl, že ještě neměl pohlavní styk. Zatímco kolem 40 % studentů G a OA tuto zkušenost nemá. Průměrným věkem prvního pohlavního styku je patnáct let. Mezi nejčastěji užívanou ochranu studenti uvedli: kondom, hormonální antikoncepci a přerušovanou soulož.

Dále jsme zjistili, že studenti jsou schopni vyjmenovat sexuálně přenosné nemoci. Mezi nejčastěji uvedené patřili: AIDS, Kapavka a Syfilis (bohužel již u léčby syfilis a kapavky studenti naprosto tápali). U způsobů přenosu AIDS téměř všichni uvedli správnou odpověď a to pohlavním stykem, 90 % studentů označilo jako další možnost krevní cestou a pouze v 50 % odpovědělo správně variantou z matky na plod. Co se týká obstarání tvrdých drog jasno má střední odborné učiliště a to v 67 %, zatímco studenti gymnázia a obchodní akademie v 60 % neví, kde by tvrdé drogy sehnali. Většina respondentů nezná protidrogová centra. U OA se tato nevědomost pohybuje až kolem 90 %. Dále jsme sledovali osobní ohodnocení studentů

ohledně informovanosti o rizicích chování a též o informovanosti o alkoholu, tabáku a návykových látkách. S překvapením zjišťujeme, že studenti se v průměru hodnotí stupněm známky 2, studenti SOU v mnoha případech dokonce známkou 1.

Samozřejmě je mnoho okolností, které mohou mít vliv na výsledky tohoto šetření a zároveň by je tedy čtenáři měli vzít v patrnost.

ZÁVĚR

V teoretické části práce byly zpracovány a rozděleny do šesti kapitol základní teoretické poznatky týkající se charakteristiky adolescence, druhů rizikového chování. V kapitole 4 jsme podrobně rozebrali návykové látky (alkohol, tabák, drogy). Kapitola 5 se zabývala sexuálním chováním. Teoretickou část zakončila kapitola 6 o prevenci rizik.

Následným šetřením jsme zjistili odpověď na tyto otázky:

Kdo se hrdě hlásí k abstinování, co s nimi udělala opilost, zdali se opíjí nadále, proč si kouřením ničí zdraví a s touto drogou začínají tak časně, jakou mají zkušenost s tvrdými drogami, kdy začínají pohlavně žít, používají ochranu, znají sexuálně přenosné nemoci a případně jejich léčbu, vědí kde sehnat tvrdé drogy, kde nalézt protidrogová centra, jsou dostatečně informováni o všech rizicích?

Drogy se dají sehnat v mnoha klubech, diskotékách, zákoutích měst. Jsou prostředkem zábavy, vypěstovali jsme si je pro naše potěšení, jenž se nám, naší hloupostí vymklo z rukou. Nejen jako rodiče, pedagogové, ale vůbec celá společnost musíme nadále působit na mladé lidi, kteří aniž by chtěli, musí za sebe samé převzít odpovědnost. Samotná rodina pokládá základní kámen, další sociální vztahy musí na tyto základy navazovat, samozřejmě bez pozitivního vztahu k sobě samému toho nedosáhneme.

Droga nám ukazuje pouze dvě cesty. Tou jednou je cesta života a druhou bohužel cesta smrti. Boj se závislostí je velmi těžkým bojem, ve kterém ne vždy je člověk vítězem. Nechtějme být vyřazení. Život je nádherným darem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jar., *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
3. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-432-X.
4. MARHOUNOVÁ, J. a NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišti a gambleré*. 1.vyd. Praha: Empatie, 1995. 112 s. ISBN 80-901618-9-8.
5. NEŠPOR, K. *Kouření, pití, drogy*. Praha: Portál 1994, 125 s. ISBN 80-7178-023-5.
6. PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
7. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-515-6.
8. LESLIE, I. *Léky a drogy. Z anglického originálu*, Praha: Dokořán, 2006. 144 s. ISBN 80-7363-061-3.
9. GOHLERT, Fr., Ch a KUHN, Fr., *Od návyku k závislosti. Z německého originálu*, Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
10. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog – zásady a praxe. Z francouzského originálu*, Boskovice: Albert, 1999. 72 s. ISBN 80-85834-71-5.
11. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
12. PRUCHA, J. *Pedagogický výzkum*. Praha: Karolinum, 1995.
13. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
14. J. HOSEK, *Sám proti alkoholu*.
15. J. HELLER, O. PECINOVSKÁ a KOLEKTIV, *Závislost známá neznámá*, Vyd. Grada Publishing, spol. s r. o. 1996, ISBN 80-7169-277-8.
16. V. BUDINSKÝ, *Jak přestat kouřit*.
17. J. MACHOVÁ, J. HAMANOVÁ, *Reprodukční zdraví v dospívání (příručka k sexuální výchově)*, Jinočany 2002.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1:	Jste abstinent(ka)?.....	-42-
Tab. 1.1:	Alkohol - první ochutnání.....	-43-
Tab. 2:	Stav silné opilosti.....	-44-
Tab. 2.1:	Nejčastější stavy.....	-45-
Tab. 3:	Býváte opilý?.....	-46-
Tab. 4:	Zkušenost s tabákem.....	-47-
Tab. 5:	Kouříte nyní?.....	-48-
Tab. 5.1:	Četnost kouření.....	-48-
Tab. 6:	Od kolika let kouříte?.....	-49-
Tab. 7:	Zkušenost s drogami, kromě alkoholu a tabáku.....	-51-
Tab. 8:	Sexuální život.....	-52-
Tab. 9:	Použitá ochrana.....	-53-
Tab. 10:	Sexuálně přenosné nemoci.....	-55-
Tab. 11:	Léčba „Syfilis“.....	-56-
Tab. 12:	Způsoby přenosu AIDS.....	-57-
Tab. 13:	Kapavka.....	-58-
Tab. 14:	Možnost tvrdých drog.....	-59-
Tab. 15:	Protidrogová centra.....	-59-
Tab. 15.1:	Znalost protidrogových center.....	-60-
Tab. 16:	Osobní ohodnocení I.....	-61-
Tab. 17:	Osobní ohodnocení II.....	-62-
Tab. 18:	Věk.....	-63-
Tab. 19:	Pohlaví.....	-64-
Tab. 20:	Zastoupení středních škol.....	-65-

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1:	Jste abstinent(ka)?.....	-42-
Graf 1.1:	Alkohol - první ochutnání.....	-43-
Graf 2:	Stav silné opilosti.....	-44-
Graf 2.1:	Nejčastější stavy.....	-45-
Graf 3:	Býváte opilý?.....	-46-
Graf 4:	Zkušenost s tabákem.....	-47-
Graf 5:	Kouříte nyní?.....	-48-
Graf 5.1:	Četnost kouření.....	-49-
Graf 6:	Od kolika let kouříte?.....	-50-
Graf 7:	Zkušenost s drogami, kromě alkoholu a tabáku.....	-52-
Graf 8:	Sexuální život.....	-53-
Graf 9:	Použitá ochrana.....	-54-
Graf 10:	Sexuálně přenosné nemoci.....	-55-
Graf 11:	Léčba „Syfilis“.....	-56-
Graf 12:	Způsoby přenosu AIDS.....	-57-
Graf 13:	Kapavka.....	-58-
Graf 14:	Možnost tvrdých drog.....	-59-
Graf 15:	Protidrogová centra.....	-60-
Graf 15.1:	Znalost protidrogových center.....	-61-
Graf 16:	Osobní ohodnocení I.....	-62-
Graf 17:	Osobní ohodnocení II.....	-63-
Graf 18:	Věk.....	-64-
Graf 19:	Pohlaví.....	-64-
Graf 20:	Zastoupení středních škol.....	-65-

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Průvodní dopis pro ředitele škol

Příloha 2: Dotazník

Příloha č. 1 - Průvodní dopis pro ředitele škol

Jana Zelenková, Nechvalice 58, 264 01 Sedlčany

Gymnázium

a Střední odborná škola ekonomická

Nádražní 90

264 80 Sedlčany

Vážený pane řediteli,

S laskavostí Vás žádám o povolení k provedení dotazníkového šetření u studentů druhého a třetího ročníku Gymnázia a Obchodní akademie.

Jsem studentkou PF JCU v Českých Budějovicích, obor – Učitelství odborných předmětů a v současné době vypracovávám bakalářskou práci. Tématem mé BP je „Rizikové chování středoškolské mládeže“.

Ve své práci budu porovnávat studenty gymnázia, obchodní akademie a středního odborného učiliště. Dotazník je anonymní a bude pouze použit ke statistickému zpracování v mé bakalářské práci. Uvedený dotazník přikládám k této žádosti.

Samozřejmě, pokud bude z Vaší strany zájem se seznámit s výslednými údaji, ráda Vám je po jejich vyhodnocení poskytnu.

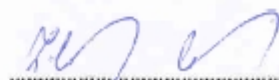
Velmi Vám děkuji za spolupráci.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Jana Zelenková



V Sedlčanech dne 8-12-2014



ředitel

Jana Zelenková, Nechvalice 58, 264 01 Sedlčany

SOU Sedlčany

Ing. Jiří Janů

Petra Bezruč 364

264 01 Sedlčany

Vážený pane řediteli,

S laskavostí Vás žádám o povolení k provedení dotazníkového šetření u studentů druhého a třetího ročníku Vašeho učiliště.

Jsem studentkou PF JCU v Českých Budějovicích, obor – Učitelství odborných předmětů a v současné době vypracovávám bakalářskou práci. Tématem mé BP je „Rizikové chování středoškolské mládeže“.

Ve své práci budu porovnávat studenty gymnázia, obchodní akademie a středního odborného učiliště. Dotazník je anonymní a bude pouze použit ke statistickému zpracování v mé bakalářské práci. Uvedený dotazník přikládám k této žádosti.

Samozřejmě, pokud bude z Vaší strany zájem se seznámit s výslednými údaji, ráda Vám je po jejich vyhodnocení poskytnu.

Velmi Vám děkuji za spolupráci.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Jana Zelenková





V Sedlčanech dne 12.12.2014


ředitel

Dotazník k BP

Dobrý den, mé jméno je Jana Zelenková. V současné době dálkově studuji třetím ročníkem na PF JCU v Českých Budějovicích obor „Učitelství odborných předmětů.“

Součástí mé BP je výzkum v oblasti rizikového chování středoškolské mládeže. Cílem práce bude zmapovat informovanost mládeže o prevenci a následcích plynoucích z rizikového chování a zároveň zjistit rizikové chování středoškolské mládeže v oblastech konzumace alkoholu, kouření, experimentování s drogami a sexuálním životem.

Dovoluji si Vám předložit osobně vytvořený dotazník, který je samozřejmě anonymní a jeho výsledky poslouží k šetření, které je součástí praktické části mé bakalářské práce. Dotazník distribuji ve třech vybraných středních školách a to v Sedlčanech.

S laskavostí bych Vás chtěla požádat o jeho vyplnění, které Vám zabere maximálně deset minut. Důležité je zodpovědět na všechny uvedené otázky a taktéž pravdivě odpovédět. Správnou odpověď prosím označte v rámečku křížkem. Není-li uvedeno v zadání jinak, vždy jen jednu možnost.

Srdečně Vám děkuji za Váš čas a přeji hezké dny

Jana Zelenková

1. Zařadil(a) byste se mezi osoby označované „abstinent“, nepijete vůbec alkohol?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud požíváte alkohol, v kolika letech jste prvně ochutnal(a)?

.....

2. Zažil(a) jste někdy stav silné opilosti, tj. stav kdy jste měl(a) níže uvedené příznaky chování?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, uveďte jaké. (možno více odpovědí)

- ☐ Pocity uvolnění
- ☐ Zhoršené sebeovládání
- ☐ Zpomalenost
- ☐ Obtížná řeč
- ☐ Poruchy paměti
- ☐ Jiné

3. Stává se Vám v současné době, že býváte opilý?

- ☐ Vůbec
- ☐ Zřídka
- ☐ 1x týdně
- ☐ Vícekrát v týdnu
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ Vícekrát v měsíci

4. Kouřil(a) jste již někdy? (i jen 1 cigaretu)

- ☐ Ano
- ☐ Ne

5. Kouříte nyní?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, kouříte:

- ☐ Příležitostně
- ☐ Málo
- ☐ Hodně
- ☐ Denně

6. Od kolika let kouříte?

7. Vyzkoušel(a) jste někdy jiné drogy, než jsou alkohol a tabák?

Hašiš

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Lysohlávka a další houby

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Marihuana

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Heroin a další opiáty

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Ecstasy

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Kokain

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Rajský plyn

- ☐ Nikdy
- ☐ Pouze jednou
- ☐ Vícekrát
- ☐ Pravidelně
- ☐ Neznám

Jiné (uved'te jaké)

.....

8. Kdy (v kolika letech) jste měl(a) první pohlavní styk?

- ☐ Dosud ne
- ☐ Před 15. rokem života
- ☐ V 15 letech
- ☐ V 16 letech
- ☐ V 17 letech
- ☐ V 18 letech a později

9. Jakou používáte ochranu (myšleno oba partneři)? Možno zaškrtnout více možností.

- ☐ Dosud bez pohlavního styku
- ☐ Žádnou
- ☐ Přerušovanou soulož
- ☐ Kondom
- ☐ Hormonální antikoncepci
- ☐ Jinou (uved'te jakou)

10. Dovedli byste uvést názvy sexuálně přenosných nemocí?

.....
.....

11. Jak se léčí syfilis?

- ☐ Analgetiky
- ☐ Antibiotiky
- ☐ Antivirotiky

12. Uved'te způsoby přenosu AIDS. Možno uvést více možností.

- ☐ Z matky na plod
- ☐ Podáním ruky
- ☐ Pohlavním stykem
- ☐ Píchnutím komára
- ☐ Líbáním
- ☐ Krevní cestou

13. Kapavka je nemoc.

- ☐ Virového původu
- ☐ Parazitického původu
- ☐ Plísňového původu
- ☐ Bakteriálního původu

14. Víte, kde byste mohl(a) sehnat tvrdé drogy, v případě zájmu?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

15. Znáte nějaká protidrogová centra?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Pokud ano, jaká?

.....

16. Myslíte si, že máte dostatek informací ohledně alkoholu, tabáku a návykových látek?

Ohodnoťte se stupnicí jako ve škole.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

17. Kdybyste se měli ohodnotit kolik máte informací o rizicích chování, jak byste se

ohodnotili? Označte se jako ve škole od stupně 1-5.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

18. Věk

.....

19. Pohlaví

- ☐ Muž
- ☐ Žena

20. Jste studentem/studentkou?

- ☐ Gymnázia
- ☐ OA
- ☐ SOU