

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Miloš Valík

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

Sociálně patologické jevy a mládež

Social-pathological phenomena and teenagers

Autor: Miloš Valík

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

Studijní program: Sociální pedagogika

Specializace: Výchovná a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 5. 12. 2011

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

2. prosince 2011

.....

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D.
za trpělivost, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

ANOTACE

VALÍK, M. *Sociálně patologické jevy a mládež* : bakalářská práce. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2011, 81 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Klíčové pojmy: drogy, mládež, sociálně patologické jevy

Bakalářská práce mapuje zatížení dnešní mládeže jednotlivými druhy sociálně patologických jevů se zaměřením na oblast závislostí. Popisuje vliv rodinného a společenského prostředí na zneužívání tabáku, alkoholu a marihuany mládeží.

Snaží se zachytit reálný stav v této oblasti. Pojednává také o příčinách vzniku těchto jevů, zabývá se i jejich prevencí. Praktická část zkoumá zkušenosti a postoje studentů k užívání tabáku, alkoholu a marihuany v souvislosti s velikostí jejich bydliště. V závěru porovnává výsledky získané na vybraných středních školách.

ABSTRACT

VALÍK, M. Social-pathological phenomena and teenagers : A Thesis. České Budějovice : University of South Bohemia, Pedagogical faculty, 2011, 81 pages. A Thesis Supervisor Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Key words: drugs, teenagers, social-pathological phenomena

This thesis deals with problems of charge present teenagers some types of social-pathological phenomena with a view to domain dependences. It describes the influence of family and social milieu to teenager's perverting of tobacco, alcohol and marihuana.

The thesis tries catch the real situation in this domain. It dissertates about causes of origin these phenomena and deals with their prevention too. Practical part this thesis investigates experiences and positions students to usage of tobacco, alcohol and marihuana in connection with size their domicile. In the conclusion of the thesis there is a comparison results from choice secondary schools.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Vymezení základních pojmů	9
1.1.1 Sociální patologie.....	9
1.1.2 Sociální deviace.....	10
1.1.3 Rizikové chování.....	10
1.1.4 Sociálně patologické jevy – obecně	11
1.2 Problematika závislostí.....	13
1.2.1 Závislosti	13
1.2.2 Typy závislostí	13
1.2.3 Charakteristika závislosti a její důsledky	13
1.2.4 Proč se stáváme závislými.....	16
1.2.5 Vliv rodinných vztahů na vznik závislosti	18
1.3 Jednotlivé druhy drog a jejich charakteristika	20
1.3.1 Tabák.....	20
1.3.2 Alkohol.....	21
1.3.3 Canabinoidy	23
1.3.4 Stimulancia.....	24
1.3.5 Halucinogeny	26
1.3.6 Opiáty	27
1.3.7 Další psychotropní látky.....	28
1.3.8 Těkavé látky	28
1.4 Prevence sociálně patologických jevů.....	29
1.4.1 Povinná prevence	29
1.4.2 Instituce v systému prevence.....	30
1.4.3 Minimální preventivní program	30
1.5 Prevalence a incidence návykových látek v České republice	32
1.5.1 Vymezení pojmu	32
1.5.2 Reálný stav	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
2.1 Cíle praktické části bakalářské práce	36
2.2 Výzkumné předpoklady.....	36
2.3 Metody výzkumu.....	36
2.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	37
2.5 Stručný popis výzkumného prostředí.....	37
2.5.1 VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Praha 1, Alšovo nábřeží 6	37
2.5.2 Střední odborná škola strojní a elektrotechnická, Velešín, U Hřiště 527	37
2.5.3 VOŠ, SPŠ automobilní a technická, České Budějovice, Skuherského 1274/3.....	38
2.6 Charakteristika respondentů	39
2.6.1 Poměr chlapců a dívek	39
2.6.2 Věk respondentů.....	40
2.6.3 Bydliště respondentů	41
2.7 Výsledky dotazníkového šetření.....	43
2.7.1 Souvislost mezi kouřením rodičů a jejich dětí.....	43
2.7.2 Souvislost mezi kouřením cigaret a užíváním marihuany	51
2.7.3 Míra zatížení respondentů SPJ dle velikosti bydliště	60

2.8	Vyhodnocení praktické části	62
3	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ	66
	Seznam literatury:.....	66
	Seznam elektronických zdrojů:.....	67
	SEZNAM ZKRATEK	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70
	PŘÍLOHY.....	71
	Příloha I – Dotazník pro studenty středních škol	72
	Příloha II – Věk prvního kontaktu s kouřením a alkoholem.....	74

ÚVOD

Téma své bakalářské práce Sociálně patologické jevy a mládež, jsem si vybral proto, že je to v dnešní době velmi diskutované a aktuální téma, které se zabývá problémy dnešních dětí a mládeže, snaží se hledat příčiny těchto jevů a nacházet cesty, jak těmto jevům předcházet.

V současné době jsme svědky nárůstu sociálně patologických jevů v celé společnosti a mládež samozřejmě není výjimkou. Nadějí na změnu této ne příliš uspokojivé situace v dané oblasti je také včasná a efektivní prevence, ve které má jedno z předních míst jistě i škola. Základní a střední školy často kladou při prevenci sociálně patologických jevů důraz především na prevenci drogových závislostí. Považují totiž oblast závislostí, jistě oprávněně, za velmi rizikovou. Protože jsem v každodenním styku s učiteli a studenty středních škol a často se s nimi na toto téma bavím, zajímalo mě tedy, co si myslí o programech primární prevence, které na jejich školách probíhají, jaké mají znalosti návykových látek a někdy i zkušenosti s nimi.

V teoretické části se zaměřuji na podrobné prostudování témat sociálně patologických jevů, na základě studia odborné literatury. Ujasnění termínů sociální patologie a sociálně patologické jevy. Vymezení tohoto termínu pro tuto práci.

V první části se věnuji vymezení pojmu sociálně patologický jev a rozčlenění těchto jevů do užších okruhů. Ve druhé části se podrobněji zabývám otázkou závislostí a jejich rozdělením.

V části povinná prevence je zmíněna oblast minimální prevence prováděné na jednotlivých stupních škol.

V další části se snažím o zachycení reálného stavu v oblasti sociálně patologických jevů, kontaktu školy se sociálně patologickými jevy a reakci na situaci.

V praktické části jsem se rozhodl více se zaměřit na okruh závislostí, zejména na problematiku související s požíváním alkoholu, kouřením tabákových výrobků - cigaret a marihuany, protože tyto látky jsou dnes v naší společnosti nejfrekventovanější a mezi dnešní mládeží bohužel běžně dostupné. Cílem praktické části je zjistit pomocí dotazníkové metody zkušenosti mládeže s některými drogami a porovnat zjištěné údaje z různých škol.

V závěru praktické části se zabývám vyhodnocením výzkumných předpokladů a možnostem prevence výskytu některých jevů.

V části závěr se věnuji celkovému shrnutí bakalářské práce.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Sociální patologie

Pro vymezení pojmu sociálně patologický jev si nejprve přiblížíme pojem sociální patologie.

Všeobecná encyklopedie DIDEROT uvádí: „*Patologie sociální, souhrnný pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí (disfunkční) společenské jevy, tedy pro společnost nebezpečné formy → chování deviantního. Též studium příčin vzniku a existence těchto jevů. Pojem zaveden H. Spencerem, který hledal analogii mezi nemocí organismu a poruchami chodu společnosti. Později patologie sociální nahrazována pojmy sociální → dezorganizace a sociální → deviace.*“¹

Velký sociologický slovník tento pojem navíc rozvádí takto: „*Sociální patologie je označení pro jevy, které společnost klasifikuje jako nežádoucí (sociálně-patologické), protože porušují sociální, morální či právní normy společnosti (často např. kriminalita, toxikomanie, vandalismus, domácí násilí a další) jakož i pro příčiny těchto jevů. Pojem sociální patologie zavedl Herbert Spencer jako sociální paralelu biologických onemocnění, sociologové odmítající biologismus místo tohoto pojmu používají označení sociální deviace či sociální dezorganizace. Émile Durkheim sociální patologii chápal jako vědu o způsobech chování odchýlných od stanovených norem, vnímal však tyto negativní skutečnosti jako neoddělitelnou součást života společnosti, která má zároveň i jisté pozitivní funkce.*“²

Z uvedeného vyplývá, že sociálně patologické jevy jsou odvislé od stanovených norem té které společnosti. Může tedy dojít k situaci, že v jedné společnosti bude jev označen jako sociálně patologický, zatímco v jiném typu společnosti bude tento jev v souladu s jejími společenskými normami.

¹ DIDEROT: velká všeobecná encyklopedie 3. Praha, 2000, s. 66.

² Velký sociologický slovník II. Praha, 1996, s. 758.

1.1.2 Sociální deviace

Deviace (z lat. *de-viare*, odchýlit se z cesty) znamená odchylku, v češtině obvykle jednání člověka nebo skupiny, které se odchyluje od sociální, kulturní nebo morální normy. Takové jednání se označuje jako deviantní a jednající člověk jako deviant.³

Pojem sociální deviace je sociologický pojem z počátku 20. století označující sociální chování, které porušuje nějakou sociální normu a je proto určitou částí společnosti odmítáno. Tato odchylka od normy může být negativní (častější případ), ale i pozitivní. Pro odchylku od většiny v příznivém směru se v sociologii používá pojem pozitivní deviace.

Opakem deviantního chování je chování konformní. Vnímání deviací se mění v závislosti na kulturním prostředí, na sociálním prostoru a času. Hodnocení určitého chování jako deviace je závislé na hodnotícím subjektu a na jeho pojetí společenských norem, například i náboženská, ideová nebo mocenská menšina může považovat za deviantní jednání většiny, a současně být sama většinou považována za deviantní.

Pojem se začal užívat na počátku 20. století a měl obvykle jistý hodnotící náboj: deviace není odchylka, nýbrž úchylka a deviantní jednání je vadné. V této souvislosti pojem převzala psychologie, sexuologie a další společenské vědy. Během 20. století se tato hodnotící složka poněkud oslabila, takže dnes se slovo může použít i v téměř hodnotově neutrálním významu.

1.1.3 Rizikové chování

Rizikovým chováním rozumíme chování, v jehož důsledku může docházet k prokazatelnému nárůstu výchovně vzdělávacích, zdravotních, sociálních a dalších rizik pro jedince nebo společnost.

Rizikové chování je široký pojem zahrnující nejenom jednání vedoucí k úrazům, ale i závislostem, ohrožení dalších lidí, škodám na majetku atd.

Vzorci rizikového chování přitom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi.

Nejčastější typy rizikového chování:

- závislostní chování, tzn. užívání všech návykových látek?
- závislost na procesech, gambling, netolismus
- agrese, šikana, kyberšikana, vandalismus

³ KOLEKTIV AUTORŮ. *Slovník cizích slov*. Praha, 1996. s54.

- homofobie, rasismus, intolerance, xenofobie
- rizikové sporty, rizikové chování v dopravě
- negativní působení sekt
- sexuální rizikové chování
- prekriminalita, drobné krádeže
- záškoláctví aj.

Rizikovým chováním tedy rozumíme jakékoli cílené jednání nebo aktivitu jednotlivce, jehož následkem může být zranění, smrt, trvalé postižení nebo jiné snížení kvality života riskujícího nebo dalších lidí, stejně jako narušení vztahů, psychiky nebo i ekonomické a hmotné škody. Tyto aktivity provádí jedinec cíleně, sám nebo ve skupině s dalšími.

Za prevenci rizikového chování považujeme takové typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních, terapeutických či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho rozvoji, minimalizování již existujících projevů rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky.

1.1.4 Sociálně patologické jevy – obecně

Základním znakem sociálně patologického jevu je zřetelná odchylka od sociálního standardu společnosti. Negativní nebo nezdravé, nenormální nebo obecně nežádoucí, tedy patologické jevy ve společnosti jsou dle různých autorů posuzovány poněkud rozdílně.

Na přelomu 20. století byly mezi sociálně patologické jevy řazeny především: kriminalita, sebevražednost, alkoholismus, homosexualita (a jiné sexuální odchylky), prostituce, rozvodovost, případně i nezaměstnanost a válka. Později k nim přibyly zejména narkomanie, chuligánství a šikana.⁴

V současné době se odborný výraz „patologické jevy“ často používá v souvislosti s problémy spojenými jak s nevhodným působením rodiny, tak s nevhodným chováním v dětském věku a dospívání. Základním znakem sociálně patologického jevu je i zde zřetelná odchylka od sociálního standardu společnosti.

Profesor Rudolf Kohoutek sociálně patologické jevy definuje jako: společensky nežádoucí jevy (např. nezaměstnanost, chudoba, vysoká rozvodovost, extrémně zvýšená nemocnost) a především společensky nebezpečné jevy (např. poruchy chování, násilí,

⁴ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha, 2001. s.68.

vandalismus, terorismus, šikana, kriminalita, rasismus, drogové závislosti, alkoholismus, prostituce, pornografie, gamblerství.⁵

Telcová uvádí, že sociálně patologický jev je obecně takové chování jedince, které je charakteristické především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot. Je to chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ve svém důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám a deformacím. Jako oblasti výskytu sociálně patologických jevů uvádí mezilidské vztahy, návyky, agresivitu, sekty, kulty a jiná společenská uskupení, kriminalitu, hráčství, sex, rasovou problematiku.⁶

Sociálně patologické jevy u dětí a mládeže podle této autorky jsou především:

- násilí a šikanování
- záškoláctví, kriminalita, delikvence, vandalismus a jiné formy násilného chování
- ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže
- xenofobie, rasismus, intolerance a antisemitismus
- divácké násilí
- komerční sexuální zneužívání dětí
- syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- sekty a sociálně patologická náboženská hnutí
- netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling), tj. nedrogové závislosti
- užívání návykových látek (drogové závislosti).⁷

Za nejzávažnější sociálně patologické jevy se považuje kriminalita (ublížení na zdraví, majetku, krádeže apod.), šikana, xenofobie a rasismus, záškoláctví, gambling, vandalismus, sprejerství, zneužívání dětí a žen, prostituce, domácí násilí, agresivita a především zneužívání drog.

⁵ SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. *Sociálně patologické jevy*. [online]. 2011. [cit. 19. října 2011].

Dostupný na World Wide Web: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>>.

⁶ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno, 2003, s. 9 - 25.

⁷ POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno, 2003, s. 9 - 25.

1.2 Problematika závislostí

1.2.1 Závislosti

Závislost je dnes často skloňovaný výraz. Často se o závislostech hovoří v médiích. Jak už tak bývá u nás, bohužel mnohdy zvykem, názory se vydávají za fakta, zaměňují se pojmy s dojmy a výsledek je takový, že pod pojmem závislost si každý představuje něco jiného.

Pro mně je problematika závislostí zajímavá mimo jiné, také z toho důvodu, že rozpoznat člověka pod vlivem omamných látek není vždy jednoduché, ale z hlediska jeho vlastní bezpečnosti i bezpečnosti ostatních lidí na dílně nutné. Člověk by totiž neměl zapomínat, že v jednom z psychiatrických významů je závislost nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho dlouhodobé důsledky.⁸

1.2.2 Typy závislostí

Závislost je problém vždy rázu psychického, ke kterému se někdy přidává i závislost fyzická. Závislost může být různého druhu podle objektu či činnosti ke které se závislost vztahuje. Předmětem závislosti se může kromě užívání návykových látek stát tak běžná věc jako je např. sledování televize, hraní počítačových her, posílání SMS zpráv, nakupování, žvýkání žvýkaček, sex, návštěvy kosmetického salonu, plastického chirurga či posilovny, opalování či třeba práce (workoholismus). „*Závislost vzniká v okamžiku, kdy nedokážeme odolat své vášni, ačkoli si uvědomujeme, že nám škodí a odsuzuje nás k sociální izolaci.*“⁹

1.2.3 Charakteristika závislosti a její důsledky

Poněkud zjednodušená definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí zní takto: „*Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák.*“¹⁰

Někteří posuzovatelé pokládají za drogu všechno, co už ve svých potřebách uspokojený organismus nepotřebuje. Může jít o jídlo - zvláště sladkosti, pití - zejména

⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 33.

⁹ PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 14.

¹⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 56.

chuťové dráždivé nápoje působící na činnost vyšší nervové soustavy, ale i leccos jiného, např. sexualitu - její projevy a frekvenci koitů, či některé jiné emočně nabitě vztahy mezi lidmi.

Méně přísní posuzovatelé pokládají za drogu vše, co má rychlý a výrazný účinek na lidskou psychiku. Nejčastěji se drogou rozumějí psychoaktivní látky (včetně alkoholu). U nás jsou v současnosti nejvíce užívanými drogami kofein (obsažený v kávě a čaji), nikotin (obsažený v cigaretách, doutnících atd.) a alkohol (obsažený v nápojích).

Závislost na drogách byla dříve definována Světovou zdravotnickou organizací jako stav fyzické a psychické vazby jedince na jednu nebo více drog, užívaných průběžně, se škodlivými následky jak pro jedince, tak pro společnost.¹¹

Nyní dle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti chápán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány, alkohol nebo tabák.¹²

Mezinárodní klasifikace dále uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení z jejího účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

¹¹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 55.

¹² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 56.

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání.¹³

Všeobecně je známo, že tabák, alkohol (tzv. legální drogy) a marihuana jsou u nás tři nejdostupnější drogy pro mládež. Jsou označovány jako vstupní drogy, neboť to jsou drogy nejčastěji užívané, když s nimi mládež začíná experimentovat. Otevírají dveře dalším drogám. Platné zákony u nás zakazují prodej alkoholu a tabákových výrobků osobám mladším osmnácti let. Přesto, jak uvádí L. Csémy má v Čechách s opilostí zkušenost 20 % mládeže do 18ti let, kouří u nás až 30 % dětí mladších 15ti let a 800 000 dětí je na kouření závislých.¹⁴ Podle Školského zákona je ve všech školách absolutní zákaz kouření (jen pedagogové vědí, co úsilí stojí, aby byl tento zákaz dodržován), v okolí škol však běžně potkávám desetileté děti s cigaretou. Na šíření nikotinismu se podílí do značné míry a často vliv party, skupiny vrstevníků i nesprávný příklad a vzor dospělých.

Protože dospělí kuřáci si většinou už plně uvědomují nebezpečí svého zlovyku a mnozí by i rádi přestali, tabákoví výrobci se ve snaze prodávat, v reklamě zaměřují na mládež a leckdy i děti školního věku.

Reklamu laděnou do pocitů „svobody“ vnímají nejvíce pozitivně právě děti a mládež ve věku puberty, kdy se dotváří jejich osobnost a projevuje snaha získat nezávislost na svých rodičích. Naivně kouří své první cigarety a pod zdánlivým dojmem „svobody a nezávislosti“ u nich velmi rychle vzniká drogová závislost na nikotinu. U dětí tato drogová závislost navíc vzniká mnohem rychleji než u dospělých a zbavit se jí se většině kuřáků již do konce života nepodaří. Podle Presla patří závislost na nikotin k nejsilnějšímu a nejhůře léčitelnému.¹⁵ Kouření dětí a mládeže je jedním z největších nebezpečí přímo ohrožující jejich život. Děti si toto nebezpečí ještě neuvědomují a poškozování vlastního zdraví si většinou vůbec nepřipouštějí. Později v dospělosti, až si toto nebezpečí plně uvědomí, je už pozdě..

Myslím si, že dokud se bude tolerovat nedodržování zákonů o prodávání cigaret a alkoholu mladistvým, o zákazu kouření na veřejných prostranstvích a dokud ve filmech a televizních pořadech bude každý druhý hrdina „pálit“ jednu cigaretu za druhou a vydatně se „posilovat“ alkoholem se tato situace příliš nezlepší.

¹³ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 57.

¹⁴ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 115.

¹⁵ PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 9

1.2.4 Proč se stáváme závislími

Někdy se říká, že potenciálně závislý je každý z nás, ale někteří šťastní na předmět své závislosti nikdy nepřijdou. Nemyslím si, že je to pravda. Podle mého názoru musí člověk závislost nejdříve získat. Úkolem společnosti tedy je, aby získání závislosti bylo co nejvíce ztíženo.

Pokud si položíme otázku, z jakých příčin se lidé stávají závislími, nenajdeme jednoduchou odpověď. Na vzniku závislosti se spolupodílejí jednak faktory psycho-biologické, jednak faktory sociální. Věnujme nejdříve určitý prostor tématu genetické podmíněnosti vzniku závislostí.

Z bulletinu Národního monitorovacího střediska vybereme následující fakta:

Závislost na alkoholu a na nealkoholových drogách má společný genetický základ.¹⁶

Na základě adopční studie a studií dvojčat lze tedy předpokládat, že geny ovlivňují vznik alkoholismu a drogové závislosti asi ze 40 - 60 %. Geny se tedy podílejí na vzniku alkoholismu a drogové závislosti přibližně stejnou měrou jako prostředí.¹⁷

Lynn uvádí, že dědičnost sklonů k alkoholismu je přibližně 0,47. Šerý a Zvolský dospívají k velmi podobnému závěru - podle jejich názoru ovlivňují geny vznik alkoholismu asi ze 40 - 60 %. U kouření se uvádí míra dědičnosti okolo 0,31.¹⁸

Ze srovnání zdrojů je zřejmá výrazná shoda zjištěných údajů. Celkem jednoznačně se jeví i pohlavní determinace závislostí.

Z několika nezávisle provedených studií lze vyvodit, že závislost na alkoholu a jiných drogách je přenášena z otců na syny a z matek na dcery.¹⁹

Vágnerová považuje závislost na užívání psychoaktivní látky za multifaktoriálně podmíněnou poruchu. Zohledňuje vliv složení psychoaktivní látky či genetické dispozice (u alkoholu udává hodnotu 25 - 50 %).

¹⁶ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Zaostřeno na drogy 3/2007, s. 1. [online]. 2007. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaoastroeno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007>.

¹⁷ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 3/2007, s. 3. [online]. 2007. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaoastroeno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007>.

¹⁸ BAKALÁŘ, P. *Tabu v sociálních vědách*. Praha, 2003, s. 279.

¹⁹ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 3/2007, s. 4. [online]. 2007. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaoastroeno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007>.

Jako další faktor uvádí biologický základ, který může ovlivnit fyziologické reakce (průběh metabolického zpracovávání apod.) a poslední psychické faktory, kde také analyzuje druhy motivace.

Obvykle jde o projev potřeby:

- uniknout něčemu negativnímu, např. vyřešit problémy
- získat něco pozitivního, např. dosáhnout uspokojení nebo slasti
- sociální konformity, uchování určitých vztahů, akceptace skupinou apod.

Jako další psychické faktory ovlivňující vznik závislosti uvádí:

- emoční prožívání
- způsob uvažování a hodnocení situace
- faktor učení
- tendence k určitému způsobu chování
- osobnostní vlastnosti.

Nakonec výčet faktorů zakončuje sociálními faktory:

- společnost
- městské prostředí
- rodina
- sociální skupina
- nižší úroveň vzdělání
- sociální deprivace.²⁰

Důvody vedoucí k nadměrnému užívání drog považuje Pipeková za důležitou součást a podmínku pro vznik a vývoj závislostního chování.

Rozlišuje tyto nejčastější motivace:

- motivace interpersonální, např. touha komunikovat
- motivace sociální, např. potřeba prosadit si sociální změny
- motivace fyzická, např. přání fyzického uspokojení
- motivace senzorická, např. přání stimulovat smysly, potřeba smyslové či sexuální stimulace
- motivace emocionální, např. uvolnění od psychické bolesti
- motivace politická, např. nedodržovat společenská pravidla
- motivace intelektuální, např. dosáhnout intelektuální kurióznosti
- motivace kreativně estetická, např. vylepšit uměleckou tvorbu
- motivace filosofická, např. objevovat významné hodnoty
- motivace antifilosofická, např. zklamání při hledání smyslu života

²⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 550 - 552.

- motivace spirituálně mystická, např. vyznávat ortodoxní víru
- motivace specifická, např. prožít dobrodružství, získat ocenění určitých osob.²¹

Pro lepší pochopení příčiny vzniku závislosti u současné mládeže je třeba mimo fyzických, psychických a sociálních předpokladů vzít v úvahu i to, jaké vlastně dnešní děti prožívají dětství. S vývojem civilizace se po celá staletí zlepšovalo postavení a práva dětí až do současného stavu, kdy je o ně v České republice dostatečně postaráno. Vystupuje zde tedy otázka, zda pouze materiální zabezpečení a dostatek svobody představují pro nezralou dětskou bytost zcela ideální prostředí.

Helus vyjadřuje znepokojení nad současným stavem a popisuje dětství medializované, kde mimo jiné dochází k narušení hodnoty autentických osobních zážitků. Dále analyzuje tzv. konzumní dětství, dětství emocionálně přetížené nebo třeba scholarizované dětství. Srovnává proplánované, opečovávané a urychlované dětství proti dětství zanedbanému nebo jinde zase agresivní a viktimizované dětství.²²

V prostředí plném nejrůznějších tlaků, požadavků a množství nezpracovaných podnětů může disponovaný jedinec podlehnout závislosti přinášející jistou formu úniku. Z výše uvedeného tedy jasně vyplývá, že příčiny toxikomanie mladistvých nelze hledat jen ve zvědavosti teenagera nebo jeho touze po experimentu. Vágnerová se na základě studií různých autorů zmiňuje o tendenci k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšujícím pravděpodobnost užití nějaké psychotické látky.²³

1.2.5 Vliv rodinných vztahů na vznik závislosti

Někteří odborníci se shodují na významu rodinného prostředí v životě člověka.

Koťa považuje rodinu za tradiční společenství osob, které lze najít v nějaké podobě v každé známé kultuře. Zároveň dodává, že rodina slouží jako zprostředkující skupina mezi jedincem a společností.²⁴ Lze tedy říci, že rodina je nejdůležitějším činitelem socializace, která je ovlivňována nejen rodinnou výchovou, ale i soužitím rodičů a členů rodiny vůbec. To se do rodinné výchovy promítá.²⁵

Heller předpokládá nepříznivý vliv na děti v případě závislosti jednoho z rodičů či vychovatelů. Nevhodné utváření základních sociálních vztahů v rodině se závislostí, nedostatečné vytváření základní potřeby životní jistoty, nedostatek vhodných

²¹ PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, 1998, s. 212.

²² HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*, Praha, 2004, s.64 - 79.

²³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 552 - 553.

²⁴ JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, Praha, 2004, s.38.

²⁵ NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha, 2004, s. 220.

identifikačních vzorů a posunutý model rodinného soužití jsou poruchy způsobené konzumem alkoholu a vedou k vážným důsledkům ve vývoji osobnosti dítěte.²⁶

Vliv chování rodičů (ve smyslu vzorce chování) na eventuální míru závislosti dítěte je však pravděpodobně zanedbatelný. Cloninger zjistil, že být vychováván v rodině alkoholika neznamena vyšší riziko silnějšího alkoholismu.²⁷

Nešpor uvádí některé typické rysy rodin, kde se vyskytuje závislost:

- Pseudoindividuace (zdánlivé osamostatnění) - popsal J. Hayley. Jedná se o odmítání autority rodičů, zároveň ovšem menší schopnost se o sebe postarat a selhávání v životních situacích.
- Triangulace (vytváření trojúhelníků) - stěhuje si matce na otce a otci na matku, prarodičům na rodiče, rodičům na prarodiče, terapeutovi na rodiče, rodičům na terapeuta...
- Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic - spojení např. mezi vše odpouštějící matkou a dospívajícím proti přísnému a rodině vzdálenému otci.
- Patologická rovnováha - pití jednoho z partnerů je tolerováno výměnou za to, že druhý má mimomanželský vztah apod.
- Umožňování - "Umožňovač" je člen rodiny, který usnadňuje návykové chování. Vyřizuje problémy s úřady a soudy, poskytuje závislému hotovost apod.
- Omezení komunikace - člověk s návykovým problémem se často vyhýbá komunikaci s ostatními členy rodiny nebo naopak, např. otec, proti kterému je matka v koalici se závislým synem, tráví více času v práci.
- Odcizení, vzdálení, dezintegrace rodiny - omezená komunikace a rostoucí problémy vedou k odcizení a rozpadu rodiny.
- Opakovaná volba nevhodného partnera nebo partnerky - po rozvodu s mužem závislým na alkoholu si žena najde muže s podobným problémem.

Nešpor zmiňuje ještě další problémy, jako třeba primitivnější a přímočařejší projevy konfliktů, orientaci problémového dítěte k vrstevníkům, kteří také berou drogy, časté téma smrti a obtížnější přizpůsobení takové rodiny v širší společnosti.²⁸

Někteří autoři upínají svoji pozornost také ke vzdělávání rodičů.

²⁶ PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, 1998, s.216.

²⁷ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zaostřeno na drogy 3/2007*, s. 3. [online]. 2007. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007>.

²⁸ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, 2000, s.81 - 84.

Na závěr této kapitoly je potřebné se ještě zastavit u některých funkcí rodiny, abychom si lépe uvědomili její význam pro člověka s drogovou závislostí.

Koťa spatřuje primární funkci rodiny v tom, že už od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte. Zprostředkující funkci poznává v předávání základní stupnice hodnot jedinci. Socializační funkce rodiny jsou velice široké. Rodina zajišťuje uspokojení biologických potřeb dítěte, dále podmínky pro jeho zrání a růst, ale připravuje jej také na přijetí rolí a vzorů jednání.²⁹

I když se problém zejména drogové závislosti nedá odstranit, existuje však možnost udržet problémy spojené s užíváním návykových látek v určitých mezích, daných na jedné straně účinnou prevencí a na straně druhé komplexní léčbou. Nelze tu samozřejmě vynechat ani správně cílenou represi.

Přesto, že v současnosti problémy se závislostmi narůstají, věřím že vhodnou osvětou, upevňováním rodinných vztahů a rozumnou prevencí se podaří tento vývoj zvrátit.

1.3 Jednotlivé druhy drog a jejich charakteristika

1.3.1 Tabák

Kouření tabákových výrobků je hlavní příčinou úmrtí v mnoha společnostech - příčinou, které se lze vyhnout. Kuřáci mají osmkrát vyšší pravděpodobnost, že si přivodí srdeční chorobu než nekuřáci. Asi třicet procent případů úmrtí na rakovinu má vazbu na kouření. Chronická plicní choroba jako je rozedma plic a chronický zánět průdušek se u kuřáků vyskytnou desetkrát častěji než u nekuřáků. Odhaduje se, že v České republice denně umírá na následky kouření tabáku 63 lidí.³⁰

Cigaretový kouř obsahuje zhruba 4000 chemikálií, z nichž některé jsou známé karcinogeny, například dehet či formaldehyd. Další toxiny mohou způsobit podráždění očí, nosu a krku. Oxid uhelnatý, další složka cigaretového kouře se slučuje s hemoglobinem v krvi a vytváří carboxylhemoglobin, látku, která se stětvává se schopností organismu získávat a používat kyslík.

²⁹ JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha, 2004, s. 38.

³⁰ NEŠPOR, K., CSĚMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s.68.

Snad nejnebezpečnější látkou v tabákovém kouři je však nikotin. Jedná se o tzv. mitotický jed, postihující buněčné jádro. Protože nikotin je vysoce návykový, ti, kteří propadli kouření, zjišťují, že je nesmírně obtížné přestat kouřit. „*Existuje celá řada „závislých“, kteří se dokázali zbavit „tvrdých“ drog, ale nikdy nedokázali přestat kouřit.*“³¹

1.3.2 Alkohol

Přesto, že jde o legální a široce tolerovanou drogu, má poměrně vysoké riziko ztráty kontroly a vzniku závislosti.

Alkohol (ethanol) vzniká biochemickými procesy při kvašení ze sacharidů. Vyšší koncentrace alkoholických nápojů se dosahuje destilací. Pro představu - dvanáctistupňové pivo obsahuje 3 - 4 %, víno kolem 10 - 18 %, destiláty 40 % alkoholu.

Tolerance vůči nadměrné konzumaci alkoholu je u nás příliš vysoká. Závislosti na alkoholu u nás propadne 4 až 5 % pravidelných konzumentů.³²

Přechod od škodlivého užívání k závislosti probíhá většinou nenápadně, postupně se zvyšuje tolerance vůči alkoholu, ztrácí kontrola užívání, člověk začíná zanedbávat povinnosti i zájmové činnosti.

Pro děti a dospívající je alkohol mnohem nebezpečnější než pro dospělé, neboť vážně poškozuje dosud nezralé orgány. Již poměrně malé množství v těle dokáže vyvolat otravu. Vyvíjející se organismus nedokáže účinně alkohol z těla odbourávat. Také návyk na alkohol se vytváří poměrně rychle. Proto se společnost před zneužíváním alkoholu snaží děti chránit. U nás se zakazuje prodávat alkoholické nápoje mladistvým do 18 let.

Přesto je alkohol pro dospívající snadno dostupný a na různých večírcích a diskotékách se ho konzumuje velké množství. Děti často pijí alkohol ze strachu, že když odmítnou, budou vypadat hloupě. Kamarádi je hecují, nebo pijí všichni ostatní a oni nechtějí zůstat

pozadu. Na večírcích se navíc kombinuje mnoho druhů alkoholu nebo se pijí míchané nápoje, u nichž je těžké odhadnout skutečný obsah alkoholu, a v důsledku toho se děti opijí mnohem rychleji.

Rozlišujeme 3 stadia opilosti:

- 1.stadium (1 - 1,5 ‰ v krvi) spokojenost, živá mimika, výřečnost, smích

³¹ PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 9.

³² PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 8.

- 2. stadium (1,5 - 3 ‰ v krvi) člověk se stává nekritický, křičí, zpívá, má závratě, vidí dvojité
- 3. stadium (3 - 4 ‰ v krvi) únava, spavost, zvracení, při větších dávkách bezvědomí.³³

Konzumace alkoholu má za následek množství závažných změn v chování. Dokonce i malé dávky snižují úsudek a koordinaci. Nízké až střední dávky alkoholu zvyšují výskyt nejrůznějšího agresivního jednání. Střední až vyšší dávky alkoholu působí výrazné zhoršení vyšších duševních funkcí a značně snižují schopnost člověka učit se novým poznatkům a pamatovat si je. Velmi vysoké dávky mohou způsobit smrt.

Je-li alkohol kombinován s dalšími sedativy, potom i jeho podstatně menší dávky mohou způsobit hluboké bezvědomí, předávkování drogami dokonce smrt.

Následky krátkodobého pití alkoholu:

- v opilosti se mladí lidé uchylují k věcem, které by střízliví nikdy nedělali - oddávají se sexu s neznámými osobami, riskují cestou domů z večírku, sedají za volant, ztrácejí pud sebezáchovy apod.
- oslabení pozornosti, zpomalené reakce na změnu prostředí, snížená koordinace pohybů, což má za následek především úrazy a zvýšené riziko dopravních nehod
- tendence se prosazovat, agresivní chování (konflikty, rvačky, znásilnění)
- poruchy vidění, problémy s chůzí a rovnováhou (důsledkem může být vážný úraz)
- žaludeční potíže, zvracení
- při předávkování ztráta vědomí (nebezpečí udušení vlastními zvratky)
- otrava alkoholem, nutnost dítě ve vážném stavu hospitalizovat, otrava může skončit i tragicky
- na diskotékách se míchají energetické nápoje s alkoholem a jejich konzumace může vést k srdečnímu kolapsu.

Následkem dlouhodobého pití alkoholu dochází:

- ke vzniku závislosti
- k somatickým poškozením, která se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu
- ke zvýšení rizika vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva
- k poškození srdce, vysokému krevnímu tlaku
- ke ztrátě přátel a rozpadu rodiny.

³³ KOL. AUTORŮ. *Rizikové chování dětí - příčiny, následky, prevence*. [online]. 2011. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na Word Wide Web: <http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf>.

Chronické užívání je dlouhotrvající zneužívání alkoholu, které se projevuje ve fyzické i psychické oblasti a vede až k závislosti na alkoholu, která je svou závažností srovnatelná se závislostí na opiátech a projevuje se fyzickými abstinenciálními příznaky.³⁴

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. Každý občan České republiky vypije ročně v průměru deset litrů čistého lihu na osobu. Problémy s alkoholem má asi jedna desetina celé české populace - cca milion lidí.³⁵

1.3.3 Canabinoidy

1.3.3.1 Marihuana

Pravděpodobně nejznámější a nejužívanější drogou, zejména mezi nezletilými a mladistvými, je marihuana. Jsou to sušené listy a květenství samičích rostlin konopí setého. Konopí je jednoletá dvoupohlavní rostlina, v našem klimatickém pásmu může dorůstat několika metrů. Marihuana se nejčastěji kouří, drogy z konopí se však také přidávají do nápojů, cukrovinek apod. Účinnou psychoaktivní látkou je konopí delta - 9 - tetrahydrokannabinol (THC), který je 4000 x účinnější než alkohol. Marihuana, která je převážně užívána ke kouření, obsahuje 426 chemických látek, jejichž množství se během spalování zvýší až na 2000. Cigareta marihuany obsahuje obvykle 3 až 5 mg THC v 1 g. Jedna cigareta však může obsahovat i 100 mg THC.

Účinek THC závisí na množství, způsobu a frekvenci užívání a také na fyzických a psychických dispozicích uživatele. Jestliže je marihuana kouřena, účinkuje mnohem déle než v případě polykání. Při průměrné dávce se účinky projevují již v několika minutách po požití a přetrvávají 3 až 8 hodin.³⁶

Marihuana mění chemii mozku a to ovlivňuje myšlení. Konzumace může vyvolávat stavy agrese, úzkosti nebo paniky. Při aplikaci se objevují poruchy vnímání, emocí, citů, myšlení, dochází k poruše tělesného schématu ve vztahu k okolí, depersonalizaci, zrakovým halucinacím, poruše prostorového vnímání a sebehodnocení.

Obsah rakovinotvorných látek je v marihuaně šestnáctkrát vyšší než v tabáku, kromě toho je uváděno kolísání nálad, zpomalení životního rytmu se ztrátou hodnot, menší

³⁴ NÁRODNÍ INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ. *Alkohol – charakteristika*. [online]. 2009. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-alkohol>>.

³⁵ KOL. AUTORŮ. *Rizikové chování dětí - příčiny, následky, prevence*. [online]. 2011. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf>.

³⁶ KOMOROUS, J. *Lovci smrti*. Praha, 2009, s. 132.

péče o zevnějšek, neplodnost u mužů, u žen poruchy menstruačního cyklu, citové otupění a ztráta zodpovědnosti, která může skončit až schizofrenií.³⁷

Po vykouření jediné cigarety lze prokázat 40 až 50 % THC v buněčných membránách po 4 - 8 dnech, 10 až 20 % po 30 dnech a 1 % dokonce po 48 - 138 dnech. Při pravidelném užívání se drogy z konopí hromadí v organismu.³⁸

1.3.3.2 Hašiš

Jedná se o usušenou pryskyřici získávanou z vrcholků samičích rostlin konopí. Obsahuje stejnou účinnou látku (THC) jako marihuana ovšem asi desetkrát koncentrovanější. K velkým sociálním rizikům marihuany a hašiše patří podněcování sklonu k násilnosti, poruchy paměti, nezájem a apatie. Na rozdíl od laických názorů drogy z konopí vyvolávají psychickou a dokonce také fyzickou závislost. Mimořádně nebezpečná je marihuana a hašiš pro lidi s nemocným srdcem, vysokým krevním tlakem a pro jedince psychicky labilní.³⁹ Všechny návykové látky z konopí, stejně jako další drogy, jsou mnohem nebezpečnější, pokud jsou užívány v dětství a dospívání.

1.3.4 Stimulancia

Čelní místo mezi drogami zaujímají stimulační látky. Stimulancia působí povzbuzení tělesné i duševní, zvyšují bdělost, mírní únavu a chuť k jídlu. Vyšší dávky vyvolávají potřebu překotné činnosti, úzkost, neklid, nespavost, náladovost, hádavost a agresivitu. Po odeznění účinku následuje skleslost, ospalost, deprese a vyčerpání. Velké dávky mohou způsobit srdeční selhání, dochází k otravám z předávkování.

1.3.4.1 Metamfetamin - pervitin

Metamfetamin byl poprvé syntetizován v roce 1888 v Japonsku.⁴⁰ Pervitin je v České republice jednou z nejužívanějších drog. Pervitin se nejčastěji užívá injekčně nebo se také může šňupat. Psychická závislost na látkách tohoto typu se vyvíjí rychle a přetrvává díky silné touze dosáhnout maximální euforie a vzrušení. K dosažení požadovaného účinku musí být množství zvyšováno. Následkem tohoto zvyšování mohou být akutní i chronické otravy, nápadné jsou široké nereagující zorničky, třes a stav zmatenosti, akutní intoxikace s paranoidními projevy, často nerozeznatelnými od pravé

³⁷ KOMOROUS, J. *Lovci smrti*. Praha, 2009, s. 133.

³⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 60.

³⁹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1995, s. 61.

⁴⁰ GOODYER, P. *Drogy + teenager*. Praha, 2001, s. 88.

schizofrenie („stíha“). Pervitin vyvolává závažné duševní onemocnění, tzv. toxickou psychozu spojenou se vztahovačností, pocity ohrožení a pronásledování. Užívání pervitinu může vést ke zvýšené agresivitě.⁴¹ Vzhledem k často nedokonalé pokoutní výrobě je pervitin na černém trhu mnohdy znečištěn různými nebezpečnými příměsemi.

1.3.4.2 Extáze

Extáze patří mezi stimulační tvrdé drogy. Svým složením je velmi podobná pervitinu. Na extázi stejně jako na ostatní deriváty amfetaminu vzniká psychická závislost. Extáze je nejpopulárnější „taneční droga“. Byla objevena v roce 1912 a používala se k potlačení chuti k jídlu. V polovině osmdesátých let byla postavena mimo zákon. Užití extáze vede k poruchám termoregulace organismu a zvýšení tělesné teploty, což může vést až k životu ohrožující dehydrataci. Některé údaje naznačují, že extáze může působit poškození jater a mozku, srdeční selhání, a případně i sebevražedné deprese.⁴² Na tanečních akcích se jako extáze prodávají různé nebezpečné nebo naopak neúčinné náhražky.

1.3.4.3 Kokain

Nejúčinnější stimulační látka přírodního původu. Kokain je extrahován z listů rostliny koky, která je již od dávných dob kultivována v Andách a Jižní Americe. Listy této rostliny jsou ve zmíněné oblasti žvýkány pro osvěžení a pro odstranění pocitu únavy. Čistý kokain, základní psychoaktivní složka, byl poprvé izolován v osmdesátých letech devatenáctého století. Byl používán jako anestetikum především v oční chirurgii. Ilegální kokain je distribuován jako bílý krystalický prášek často ředěný různými dalšími přísadami. Nejobvyklejší způsob aplikace je šňupání cestou nosních průduchů. Formou kokainu určenou ke kouření je Crack. Je to vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Má mohutnější a rychlejší efekt než formy jiné, rychle vyvolává závislost.

Při užívání cracku hovoříme o čtyřech následujících a po sobě jdoucích stádiích.

- první stádium – euforie: toto stádium je charakterizováno euforií, emoční labilitou, anorexií (nechutenstvím), hyperaktivitou, nespavostí, zvýšením bdělosti, zvýšením motorických funkcí
- druhé stádium – dysforie: toto stádium je charakterizováno smutkem, melancholií, apatií. Potížemi v pozornosti a koncentraci, anorexií a nespavostí

⁴¹ PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 11.

⁴² GANERI, A. *Drogy – Od extáze k agonii*. Praha, 2001, s. 33.

- třetí stadium – paranoia: toto stadium je charakterizováno podezřívavostí a paranoií značného stupně, halucinacemi a nespavostí.
- čtvrté stadium – psychóza: toto stadium je charakterizováno emocionální necitlivostí, paranoidními představami, nespavostí, dezorientací a ztrátou kontroly impulzivního jednání.

Chronické užívání kokainu může způsobit vážné poškození respiračního, kardiovaskulárního a nervového systému. Kouření kokainu zvyšuje krevní tlak a může způsobit mozkové hemoragie nebo cévní příhody, srdeční rytmus může být nepravidelný, může dojít ke zvýšení počtu tepů, kouření vyvolává poškození plic, chrapot, bronchitis, neurologická poškození a ztrátu váhy. Uživatelé závislí na kokainu trpí celkovým tělesným vyčerpáním z nedostačující výživy a podlomeným zdravím, jsou též emocionálně necitliví. Předběžné výzkumy ukazují, že u některých uživatelů kokainu se může vyvinout obrácená tolerance na kokain. Stejná dávka nebo dokonce malé množství drogy může způsobit těžkou paranoiou, křeče nebo dokonce smrt.⁴³

Podle dostupných informací zatím kokain nepatří v České republice mezi nejvíce zneužívané drogy, ale přesto v poslední době zjišťujeme stoupající tendenci jeho konzumace na nelegálním trhu v naší republice.

Do této skupiny stimulancií patří dále i amfetamin, efedrin, fenmetrazin a různé léky.

1.3.5 Halucinogeny

Skupina látek, které vyvolávají halucinace čili poruchy vnímání, nejčastěji zrakové. Intoxikovaný člověk vidí, slyší nebo jinak vnímá neexistující osoby a předměty. Slyší neexistující zvuky, mění se vnímání prostoru i času. Pod vlivem takového vnímání někdy i jedná. Halucinogeny způsobují měnící se nálady (od smíchu po těžké deprese), prožitek může být až děsivý - hrozí riziko sebevražd v důsledku nadměrného sebevědomí nebo naopak pod vlivem depresivních nálad.

Velmi rychle vzniká fyzická i psychická závislost spojená s abstinenčními příznaky, poruchy sebeovládání, vztahovačnost, někdy i bez požití drogy dochází k prožívání jejího účinku (flash back) .

⁴³ KOMOROUS, J. *Lovci smrti*. Praha, 2009, s. 137.

Nejznámějším zástupcem z této skupiny drog je LSD. Je to syntetický halucinogen vynalezený roku 1938. V padesátých letech 20. století se LSD používalo jako léčebný prostředek v psychiatrii.

Většina ostatních halucinogenů pochází z rostlin a hub (např. psilocybin v lysohlávkách nebo meskalin z kaktusu Peyotl), na přelomu století byl meskalin syntetizován.

Zkušenost s lysohlávkami má v České republice asi 5 - 9 % středoškoláků. Dostupnost této houby je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace. Opakované užití výrazně poškozuje ledviny a játra.⁴⁴

V Evropě roste přibližně dvacet druhů halucinogenních rostlin (např. lysohlávky), ve střední a jižní Americe se vyskytuje asi sto třicet typů těchto rostlin.⁴⁵

1.3.6 Opiáty

Získávají se z máku nebo se vyrábějí polosynteticky či synteticky. Vyvolávají tělesnou závislost a mají dosti typický odvykací syndrom.

1.3.6.1 Heroin

Heroin diacetylmorfin je derivátem morfinu. Je nejzlobnějším látkou morfinové skupiny, vyznačuje se nejvyšší návykovostí. Do mozku proniká prudčeji než morfin, s kratším účinkem. Heroin i ostatní opiáty se obvykle kouří nebo užívají injekčně. Po aplikaci způsobuje asi na jednu až sedm hodin stav oblužení, dochází k ovlivnění dechového centra, což může vést až k úmrtí. Po požití se zúží zornice, nastane celkový útlum. Tuto nepříznivou skutečnost se toxikomané snaží odstranit tím, že současně s heroinem berou například pervitin nebo kokain. Rychle se rozvíjí somatická i psychická závislost a tolerance. Abstinenční příznaky se projevují ihned po odeznění účinku aplikované dávky. Při rozvinuté fázi závislosti jsou při denních aplikacích překračovány dávky, které pro nezávislého člověka představují dávky smrtelné.⁴⁶

Heroin je tvrdá droga s nejvyšším rizikem tělesné závislosti. Heroinová závislost vede k těžkým tělesným abstinčním příznakům. Presl uvádí, že: „*Uživatelé si rychle*

⁴⁴ KOL. AUTORŮ. *Rizikové chování dětí - příčiny, následky, prevence*. [online]. 2011. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na Word Wide Web: <http://www.urazydety.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf>.

⁴⁵ GOODYER, P. *Drogy + teenager*. Praha, 2001, s. 160.

⁴⁶ KOMOROUS, J. *Lovci smrti*. Praha, 2009, s. 121.

zvyšují tělesnou toleranci a potřebují stále vyšší a vyšší dávky, podstupují denní riziko závažného tělesného poškození či smrtelného předávkování. Závislost na heroinu připraví člověka dříve či později o vše co mu bylo dříve drahé.“⁴⁷

Při tzv. substituční léčbě heroinové závislosti se u některých lidí používá pod lékařským dohledem opiát metadon jako dlouhodobá náhražka heroinu. Metadon má delší účinek a podává se obvykle ústy, ale odvykací syndrom po metadonu je delší. Metadonový program má několik cílů. Jednak chce závislému pomoci v tom, aby si drogu neopatřoval za cenu páchání trestné činnosti, a také se snaží narkomana vrátit do společnosti. Podle odhadů je v České republice přes pět tisíc problémových uživatelů heroinu.⁴⁸

Mezi další opiáty patří morfin a kodein, který může sloužit také jako surovina k výrobě dalších drog.

1.3.7 Další psychotropní látky

Analgetika (léky proti bolestem), barbituráty, hypnotika, sedativa aj. (např. benzodiazepiny - Diazepam). Vyvolávají relaxaci a celkový tělesný a duševní útlum. Projevem je zpomalené myšlení a řeč, apatie, ospalost, náladovost, opilé vzezření. Tlumivé látky vyvolávají psychickou a fyzickou závislost, existuje vysoké riziko předávkování drogy, otravy s následným bezvědomím až smrtí. Při chronickém užívání jsou časté poruchy tělesných orgánů (játra, plíce, mozek, krvetvorba), zvýšená únavnost a psychická závislost.

1.3.8 Těkavé látky

Těkavé látky vyvolávají psychický útlum, poruchy vnímání, zhoršování paměti, otupělost - uživatelé působí zasněným či ospalým dojmem. Mají rozšířené zornice, zarudlé oči, jsou patrné stopy chemikálií v obličeji, na rukou a na oděvu. Čichači těkavých látek (např. toluen) podstupují extrémně vysoké riziko smrtelného předávkování. Čichání toluenu vede postupně k celkové deprivaci organismu. Toluén ohrožuje nejmladší část rizikové populace.

⁴⁷ PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. Praha, 2008, s. 10.

⁴⁸ GANERI, A. *Drogy – Od extáze k agonii*. Praha, 2001, s. 137.

1.4 Prevence sociálně patologických jevů

1.4.1 Povinná prevence

Primární prevence je tradičně jedním ze čtyř pilířů české strategie protidrogové politiky. Tvorba koncepce, obsahové náplně a koordinace primární prevence rizikového chování u dětí a mladistvých spadá v ČR do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, konkrétně je pak oblast prevence v kompetenci Úseku prevence a institucionální výchovy. Problematika užívání návykových látek je jedním z typů rizikového chování.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR je koordinátorem prevence rizikového chování, resp. prevence užívání návykových látek na úrovni horizontální, kde má za úkol aktivně spolupracovat s věcně příslušnými rezorty v rámci mezirezortních orgánů a struktur.

Dále pak Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR spolupracuje se samosprávou (kraji a obcemi), s poskytovateli poradenských, vzdělávacích a metodických služeb v primární prevenci (ostatní přímo řízené organizace MŠMT, nestátní neziskové organizace, vysoké školy, poradenská zařízení krajů).

V r. 2009 byl zřízen Výbor pro koordinaci primární prevence, poradní orgán Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR, jehož hlavním cílem je koordinace činností na mezirezortní, krajské i regionální úrovni, sjednocování postupů a přístupů v oblasti prevence rizikového chování.

Na vertikální úrovni Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR metodicky vede a koordinuje krajské školské koordinátory prevence (pracovníci krajských úřadů), oblastní metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školní metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních).⁴⁹

Páteř systému prevence výskytu sociálně patologických jevů v resortu školství, mládeže a tělovýchovy tedy tvoří - odborný pracovník Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, krajský školský koordinátor prevence, okresní metodik prevence a školní metodik prevence.

Zásadní význam pro prevenci mají i nevládní organizace, které vhodnou formou doplňují činnost institucí veřejné správy a dalších subjektů.

⁴⁹ KOLEKTIV AUTORŮ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha, 2010, s. 35.

Činnost institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je provázána s činností institucí v působnosti dalších resortů, které prevenci realizují nebo na její realizaci participují.

1.4.2 Instituce v systému prevence

Do systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy patří jednotlivé instituce a organizace veřejné správy a další subjekty. Jedná se především o:

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a jeho vybrané přímo řízené organizace, odbory školství, mládeže a tělovýchovy na krajských úřadech (s platností od 1. 1. 2001),
- základní, střední a speciální školy,
- školní družiny, školní kluby, domovy mládeže,
- střediska pro volný čas dětí a mládeže,
- pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče,
- školská zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.⁵⁰

Každá škola zajišťuje tvorbu a naplňování tzv. minimálního preventivního programu. Jedná se o program prevence sociálně patologických jevů u žáků školy, který zahrnuje různé preventivní akce, diskuze, a to jak v hodinách relevantních předmětů (např. občanské výchovy), tak mimo školu (např. besedy v kontaktním centru pro drogově závislé).

1.4.3 Minimální preventivní program

Základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje Minimální preventivní program, který je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit v základních školách, středních školách a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Minimální preventivní program je koncepčním dokumentem školy o podpoře zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování. Jeho realizace je pro každou školu a každé uvedené školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce.

⁵⁰ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. [online]. 2011. [cit. 19. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.msmt.cz>.

Mezi hlavní aktivity škol a uvedených školských zařízení v rámci Minimálního preventivního programu patří:

- odpovědnost za systematické vzdělávání školních metodiků prevence a dalších pedagogických pracovníků v metodikách preventivní výchovy, v netradičních technikách pedagogické preventivní práce s dětmi a mládeží (interaktivní techniky, nácviky praktických psychologických a sociálně-psychologických dovedností, techniky rozvíjení osobnosti, metody vytváření pozitivních vztahů mezi žáky apod.) a v řešení problémových situací souvisejících s výskytem sociálně patologických jevů,
- systémové zavádění etické a právní výchovy, výchovy ke zdravému životnímu stylu a jiných oblastí preventivní výchovy do výuky jednotlivých předmětů, ve kterých ji lze uplatnit,
- uplatňování různých forem a metod působení na jednotlivce a skupiny dětí a mládeže zaměřeného na podporu rozvoje jejich osobnosti a sociálního chování,
- vytváření podmínek pro smysluplné využití volného času dětí a mládeže,
- spolupráce s rodiči a osvětová činnost pro rodiče v oblasti zdravého životního stylu a v oblasti prevence problémů ve vývoji a výchově dětí a mládeže,
- průběžné sledování konkrétních podmínek a situace ve škole nebo školském zařízení z hlediska rizik výskytu sociálně patologických jevů a uplatňování různých forem a metod umožňujících včasné zachycení ohrožených dětí a mladistvých,
- diferencované uplatňování preventivních aktivit a programů speciálně zaměřených na jednotlivé rizikové skupiny dětí a mládeže,
- poskytování poradenských služeb školního metodika prevence a výchovného poradce žákům a jejich rodičům a zajišťování poradenských služeb specializovaných poradenských a preventivních zařízení pro žáky, rodiče a učitele.⁵¹

Minimální preventivní program je pravidelně jednou ročně vyhodnocován. Sledována je celková účinnost Minimálního preventivního programu (do jaké míry bylo dosaženo stanovených cílů) i jeho průběh (jak program postupoval). Měřena je také efektivita jednotlivých aktivit, které byly v rámci Minimálního preventivního programu realizovány. Tento c je také každoročně aktualizován tak, aby odpovídal případným změnám v oblasti sociálně patologických jevů u žáků konkrétní školy.

Za nejčastěji uváděné nedostatky školských Minimálních preventivních programů lze v roce 2009, dle hodnocení jednotlivých krajů, považovat nedostatek finančních

⁵¹ MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže.* [online]. 2011. [cit. 19. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.msmt.cz>.

prostředků na realizaci preventivních aktivit, nízkou podporu školních metodiků prevence vedením škol i ostatními kolegy a formální pojetí Minimálního preventivního programu.⁵²

1.5 Prevalence a incidence návykových látek v České republice

1.5.1 Vymezení pojmu

Prevalence vyjadřuje rozšíření užívání drog v populaci a počet uživatelů drog v dané zemi či komunitě. Slouží k posouzení, zda prováděná opatření odpovídají skutečnému rozsahu problému a zda se soustředí na odpovídající části populace.

Incidence měří rychlost, s níž v populaci přibývají osoby, které poprvé v životě vyzkoušely drogu. Má význam pro monitorování nárůstu nových uživatelů a pro správné zacílení preventivních aktivit podle požadavků protidrogového akčního plánu a strategie EU.

Pro preventivní práci jsou obzvláště důležité informace o změnách incidence či o okolnostech těchto změn.⁵³

1.5.2 Reálný stav

Současný reálný stav v naší zájmové oblasti můžeme odhadovat podle již provedených dosavadních šetření a dostupných spolehlivých informací. Současný stav bývá popisován ve Výroční zprávě o stavu drog v České republice, kterou každoročně zveřejňuje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, a také v dalších publikacích.

Jak uvádí Csémy v projektu Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2007 se ukazuje, že čeští studenti, ve srovnání s ostatními státy, které se projektu zúčastnily, ve vyšší míře kouří cigarety a pijí alkohol. Převyšují vysoce evropský průměr pokud jde o celoživotní zkušenosti s marihuanou. Pokud se však přihlíží k více indikátorům současně, pak čeští dospívající nepatří mezi rizikovější, pokud jde

⁵² KOLEKTIV AUTORŮ. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009. Praha, 2010, s. 35.

⁵³ NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy 7/2003, s. 2. [online]. 2003. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2003_zaostrreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2003_07_cislo_7_2003>.

o užívání ilegálních drog, i když mají nejvíce zkušeností s marihuanou, avšak určitě patří do skupiny se zvýšeným rizikem ve vztahu k alkoholu.⁵⁴ Mezi šestnáctiletými studenty je celkem 25,2 % denních kuřáků cigaret a jakýkoliv alkoholický nápoj pilo v životě 97,4 % studentů. Při analýze se pak ukázaly statisticky významné rozdíly mezi regiony.⁵⁵

V roce 2008 proběhly v České republice dva průzkumy v dospělé populaci - celopopulační šetření zaměřené výhradně na užívání nelegálních drog a šetření zaměřené obecně na zdraví obyvatel. Obě studie se metodologicky významně odlišovaly a poskytly i rozdílné výsledky. Podle první z nich (na vzorku respondentů ve věku 15 - 64 let) má alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných nelegálních drog 37 % populace, s konopnými látkami 34 % a zkušenost s jinou drogou než marihuanou 17 % populace. V posledním roce konopné látky užilo 15 % respondentů, v posledním měsíci 9 % dotázaných. Podle druhé studie (na vzorku respondentů ve věku 15 a více let) užilo jakoukoliv nelegální drogu alespoň jednou v životě 15 %, konopné látky také 15 % a jinou drogu než konopnou 4 % respondentů.⁵⁶

Přes uvedené rozdíly výsledky obou studií ukazují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami, v populaci stoupá, přičemž největší nárůst se týká konopných drog. Zatímco v letech 2002 a 2004 uvedla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů, v r. 2008 ve studii zaměřené na užívání nelegálních drog to byla již třetina. Po extrapolaci na populaci České republiky ve věku 15 - 64 let lze počet denních nebo téměř denních uživatelů konopných drog odhadnout na cca 57 tisíc osob.⁵⁷

Nejdostupnější nelegální drogou v České republice je marihuana, vysoká je dlouhodobě také dostupnost pervitinu. V souvislosti s oběma drogami byl také tradičně zaznamenán nejvyšší počet záchytů. Roste domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém množství. Objem zachycené marihuany se oproti minulým letům více než ztrojnásobil a výrazně se zvýšil i počet odhalených pěstíren a zabavených rostlin konopí.

Nejvyšší prevalence v rámci Evropy zaznamenala Česká republika v souvislosti s konzumací alkoholu, cigaret a konopných látek. Z mezinárodního srovnání školní studie

⁵⁴ CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v ČR v r. 2007*. Praha, 2009, s. 84.

⁵⁵ CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v ČR v r. 2007*. Praha, 2009, s. 47.

⁵⁶ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2008>.

⁵⁷ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2008>.

ESPAD vyplývá, že Česká republika patří v Evropě mezi země s nejvyššími prevalencemi užívání většiny sledovaných drog s výjimkou těkavých látek. U konopných drog dosahuje Česká republika zdaleka nejvyšších prevalencí v Evropě, alespoň jednu zkušenost s užitím konopné látky má 45 % českých šestnáctiletých.⁵⁸

V prostředí (noční) zábavy jsou stále nejpopulárnějšími nealkoholovými drogami konopné látky a extáze, aktuálně rostou zkušenosti s užíváním pervitinu a kokainu.

Konopné drogy jsou na celém světě i v České republice nejužívanějšími ilegálními drogami. Komerční trh s konopnými drogami (marihuanou a hašišem) se u nás otevřel v 90. letech 20. století. Česká republika patří v současné době mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných látek. Většina dospělé populace označuje získání konopné drogy za obtížné, nicméně tři čtvrtiny respondentů ve věku 15 - 24 let jej považují za snadné. Nejčastějším místem získání konopných drog v Česku jsou bary, restaurace nebo kluby. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že konopnou drogu naposledy získaly zdarma.⁵⁹

Konopná droga byla nejčastěji získána od kamaráda, příbuzného nebo partnera. Prodejci bývají často také konzumenty a obvykle neprodávají jiné drogy. Maloobchodní ceny marihuany a hašiše zůstávají stabilní, marihuana se prodává za cca 200 Kč/g, hašiš za 250 Kč/g. Většina uživatelů konopných drog označila Českou republiku jako zemi původu naposledy získané marihuany. V České republice se také nachází několik desítek tzv. grow shopů, které prodávají techniku pro pěstování marihuany. Semena pro pěstování konopných rostlin lze získat i v rámci sociálních sítí nebo prostřednictvím internetu z tuzemska i ze zahraničí. Počet záchytů marihuany se ročně pohybuje kolem 550 – 600 a celkový objem zachycené marihuany narůstá, počet zachycených rostlin konopí se v roce 2008 meziročně zvýšil téměř čtyřnásobně.⁶⁰

V roce 2009 nebyla v České republice provedena žádná školní studie zabývající se tematikou drog (poslední výsledky jsou uvedeny ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2008). Bylo však uskutečněno několik menších studií a projektů v dospělé populaci. Při zohlednění výsledků studií provedených v dospělé populaci v letech 2008 - 2009 dosahuje míra celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé

⁵⁸ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2008>.

⁵⁹ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2008>.

⁶⁰ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2008>.

populaci cca 30 %, extáze 5 - 10 %, pervitinu přibližně 4 % a kokainu 2 %. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 11 - 15 %, extáze 3 - 4 %, pervitinu do cca 1,5 % a kokainu cca 0,5 %.

Mezi mladými dospělými (15 - 34 let) je míra prevalence užití konopných drog v posledním roce 22 - 28 %, extáze 3 - 8 %, pervitinu do 3 % a kokainu přibližně 0,5 - 1,5 %. Průzkumy provedené v prostředí tanečních akcí a (noční) zábavy ukazují na výrazně vyšší míry prevalence užívání nelegálních drog v této specifické subpopulaci mladých dospělých - vedle konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny.⁶¹

Přesto, že výskyt a užívání drog každým rokem mírně stoupá věřím, že vhodnou prevencí a osvětou, zejména mezi mládeží, lze tento nedobrá vývoj zastavit a zvrátit.

⁶¹ DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2008>.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle praktické části bakalářské práce

Cílem praktické části mé bakalářské práce je za pomoci dotazníkového šetření detailně popsat zkušenosti, postoje a reálný stav v oblasti požívání alkoholu a kouření tabákových výrobků - cigaret a marihuany mezi mládeží. Analyzovat některé souvislosti mezi situací v rodinném prostředí a užíváním sledovaných látek. Ověřit, zda existují rozdíly v souvislosti s velikostí bydliště respondentů a porovnat výsledky získané na třech středních školách z různých regionů.

2.2 Výzkumné předpoklady

K ověření jsem si stanovil tři výzkumné předpoklady:

- 1. Pokud nekouří rodiče, nekouří ani jejich děti (otázky č. 3, 4 v dotazníku).
- 2. Kdo nekouří cigarety, většinou nekouří ani marihuanu (otázky č. 4, 6 v dotazníku)
- 3. Ve větším městě je vyšší míra zatížení sledovanými sociálně patologickými jevy než na vesnici (otázky č. 1, 4, 5, 6, 7 v dotazníku)

2.3 Metody výzkumu

Praktická část bakalářské práce je založena na dotazníkovém šetření. Pro šetření jsem použil nestandardizovaný anonymní tištěný dotazník vlastní konstrukce.

Dle Novotné je dotazník formulář, do kterého jsou zaznamenávány výpovědi respondentů, ať se jedná o metodiku dotazníku nebo rozhovoru. Formulář dotazníku je tedy nástrojem sběru anketních dat. Dotazník je buď individuální nebo hromadný.⁶²

Dotazník určený k šetření v této bakalářské práci je individuální, obsahuje jak otázky uzavřené tak i otevřené. Vyplňování dotazníků proběhlo na všech školách v listopadu 2011 během 14 dnů bez mé osobní účasti.

První okruh otázek v dotazníku má informativní charakter. Jedná se převážně o identifikační uzavřené otázky, které mají za cíl zjistit věk, pohlaví, bydliště a typ rodiny, ze které respondenti pocházejí.

⁶² NOVOTNÁ, E. *Lokální ankety*. Praha, 2008, s. 19.

V druhé části dotazníku se ptám na postoj rodičů ke kouření a následně na vztah respondentů k jednotlivým drogám.

Další část dotazníku je zaměřena na zjišťování prvních zkušeností s jednotlivými drogami. V poslední části dotazníku jsou dotazy na oblast komunikace v rodině a kontakt s okolím.

2.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti výzkumu této bakalářské práce, kteří odpovídali na otázky z dotazníku, studují různé typy středních škol. Věk žáků se pohyboval v rozmezí od 16 do 20 let. Celkový počet respondentů ve výzkumu čítá 151 osob.

2.5 Stručný popis výzkumného prostředí

2.5.1 VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Praha 1, Alšovo nábřeží 6

Moderně vybavená zdravotnická škola s téměř 65 letou tradicí. Školu absolvovalo více než 18 000 studentů. Řada z nich se proslavila v oborech, které vystudovali a pak v nich celá léta působili. Veškerá povinná odborná praxe žáků se realizuje ve smluvních zdravotnických zařízeních nejen v Praze, ale i po celé České republice. Na této škole jsou zastoupeny studijní obory VOŠ a SZŠ.

Studijní obory VOŠ:

- Dipl. dentální hygienista
- Dipl. farmaceutický asistent
- Dipl. oční optik
- Dipl. zubní technik
- Dipl. zdravotní laborant

Studijní obory SZŠ:

- Aplikovaná chemie
- Asistent zubního technika
- Chemicko-farmaceutická výroba
- Laboratorní asistent
- Oční optik

2.5.2 Střední odborná škola strojní a elektrotechnická, Velešín, U Hřiště 527

Strojařská škola s dlouholetou tradicí a zkušenostmi s výukou strojních a elektrotechnických oborů.

Specifikem školy je její dlouhodobé zaměření na problematiku automatických obráběcích strojů řízených počítačem.

Školní areál je co do výstavnosti a technického vybavení jedním z nejmodernějších v celém Jihočeském kraji. Jeho součástí je školní budova, hala pracovního vyučování, devíti podlažní budova domova mládeže s kapacitou 360 lůžek, sportovní hala, školní kuchyně a jídelna, školní hřiště a další zařízení.

Obory ukončené maturitní zkouškou:

- Elektrotechnika
- Mechanik seřizovač - programátor CNC obráběcích strojů
- Mechanik seřizovač - mechatronik
- Informatika v ekonomice
- Letecký mechanik
- Mechatronik
- Počítačové systémy
- Programátor CNC obráběcích strojů

Obory ukončené výučním listem:

- Elektromechanik pro zařízení a přístroje
- Jemný mechanik
- Obráběč kovů

2.5.3 VOŠ, SPŠ automobilní a technická, České Budějovice, Skuherského 1274/3

Škola má více než čtyřicetiletou tradici výuky oborů v oblasti autoopravárenství a je současně jednou z největších a nejlépe vybavených škol, vyučujících automobilní a strojírenské obory v rámci celé České republiky. Na této škole jsou zastoupeny studijní obory VOŠ, SPŠ, SOU a nástavbové studium.

Studijní obory VOŠ:

- Strojírenská výroba
- Diagnostika a servis silničních vozidel
- Provoz a ekonomika dopravy

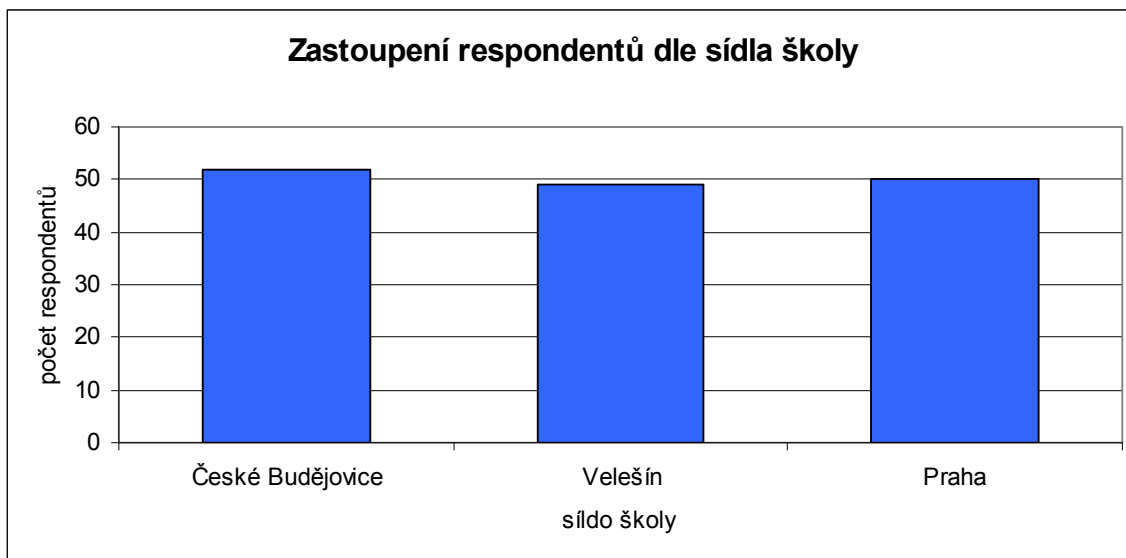
Studijní obory SPŠ:

- Diagnostika motorových vozidel
- Provoz a ekonomika dopravy
- Autotronik
- Mechanik seřizovač

Učební obory SOU:

- | | |
|------------------|----------------|
| - Automechanik | - Obráběč kovů |
| - Autoelektrikář | - Lakýrník |
| - Karosář | - Prodavač |
| - Zámečnick | - Tiskař |
| - Nástrojař | |

Rozložení dotazovaných v závislosti na sídle školy zobrazuje následující graf:



Graf 1: Zastoupení respondentů dle sídla školy

2.6 Charakteristika respondentů

2.6.1 Poměr chlapců a dívek

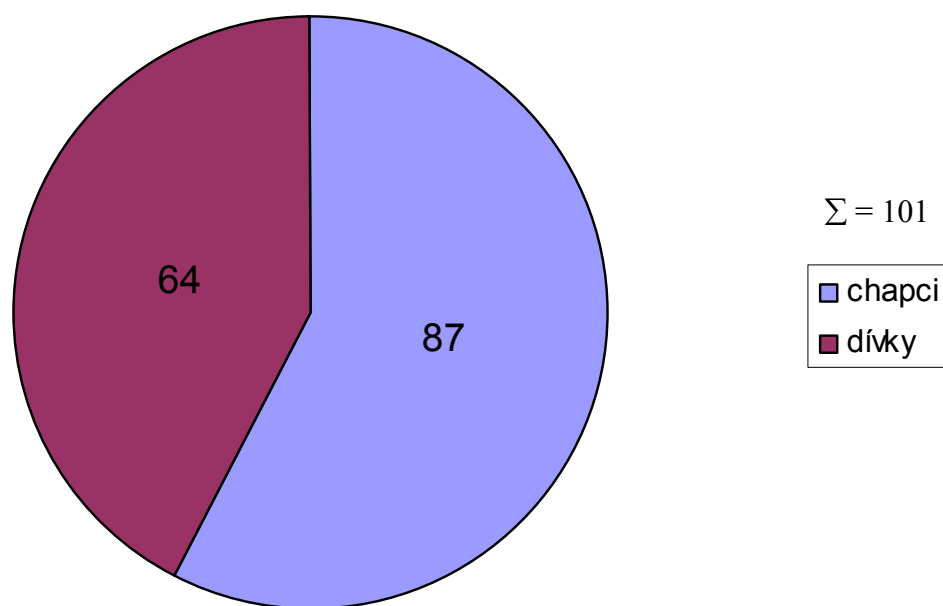
Počet chlapců a dívek odpovídajících v dotazníku je rozdílný. Je to způsobeno typem školy a především výběrem jednotlivých oborů, kde průzkum probíhal.

V Českých Budějovicích, kde není mezi 52 respondenty žádná dívka jde spíše o chlapecké obory, např. mechanik - seřizovač, zámečnick či obráběč kovů.

Ve Velešíně, kde je mezi 49 respondenty třetina dívek byl do průzkumu zahrnut i obor informatika v ekonomice, kde studují také dívky.

V Praze na zdravotnické škole je mezi 50 respondenty 47 dívek což je způsobeno odborným zaměřením této školy.

Poměrné zastoupení respondentů dle pohlaví je znázorněno v následujícím grafu:



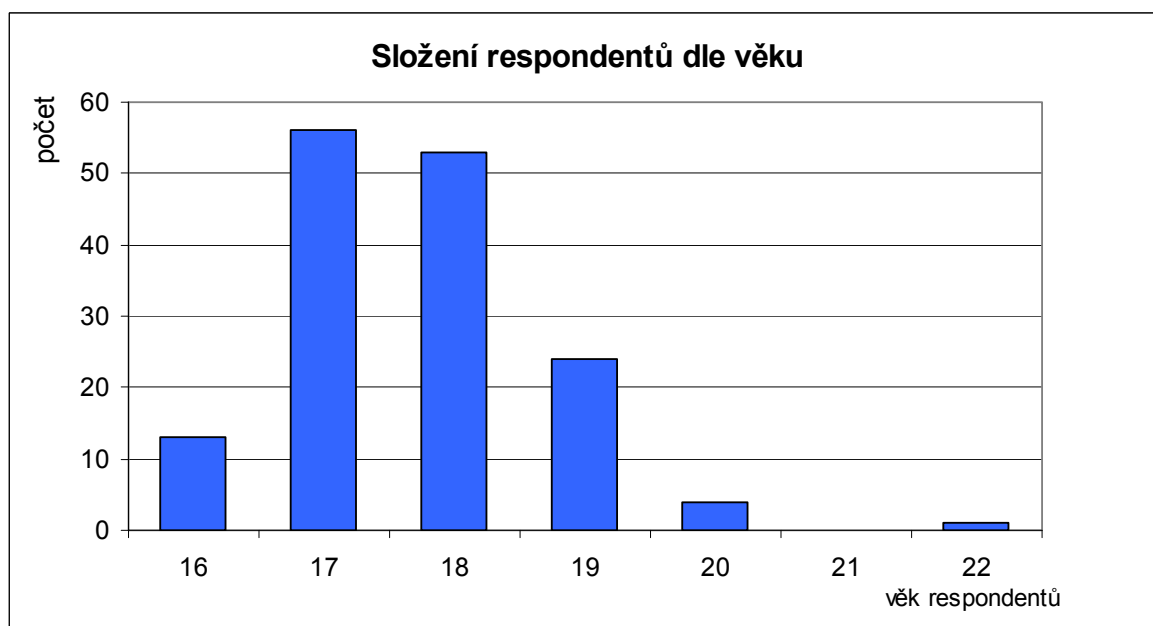
Graf 2: Zastoupení respondentů výzkumu dle pohlaví

2.6.2 Věk respondentů

Největší zastoupení mají studenti ve věku 17 , 18 a 19 let.

Nejvyšší počet odpovídajících respondentů, tj. 56 studentů, odpovídá věku 17 let. Naopak nejméně odpovídalo respondentů ve věku 16 a 20 let. Ve vzorku se objevili také 4 dvacetiletí a 1 dvaadvacetiletý respondent. Průměrný věk respondenta je 18 let.

Přehledné věkové složení respondentů představuje níže uvedený graf:



Graf 3: Složení respondentů dle věku

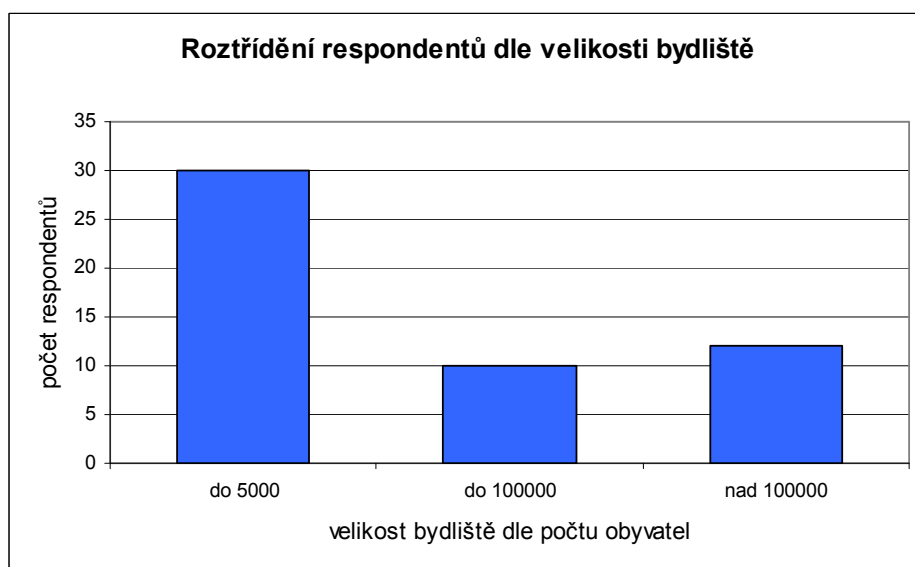
2.6.3 Bydliště respondentů

Z dotazníků dále vyplynulo, že na všech dotazovaných školách jsou zastoupeni žáci bydlící jak ve městě, tak i na venkově.

Rozdělením respondentů podle místa bydliště zjistíme, že 45 % odpovídajících žije v sídlech do 5 000 obyvatel. To odpovídá počtu 68 respondentů. Zbývajících 55 % žije v sídlech do 100 000 obyvatel (39 respondentů - 26%) a v sídlech nad 100 000 obyvatel (44 respondentů - 29 %).

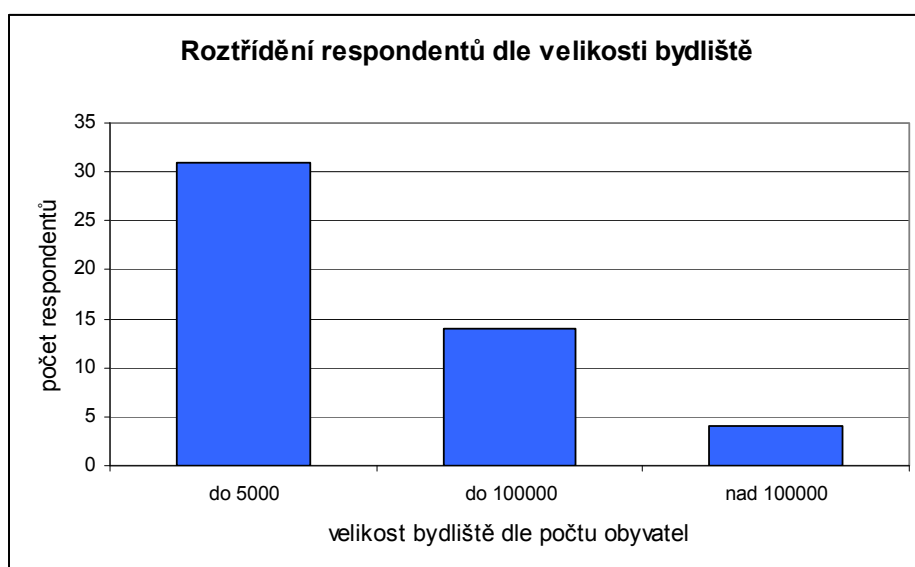
Výše uvedené rozdělení je názorně zobrazeno v následujících grafech.

1) zjištěné roztržidění na VOŠ a SPŠ České Budějovice



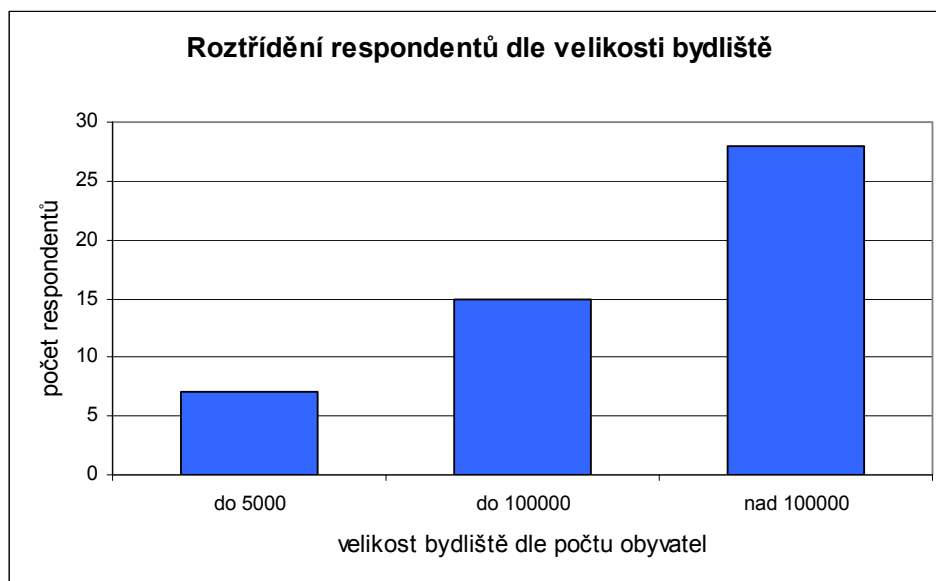
Graf 4: Roztržidění respondentů dle velikosti bydliště

2) zjištěné roztržidění na SOŠ Velešín



Graf 5: Roztržidění respondentů dle velikosti bydliště

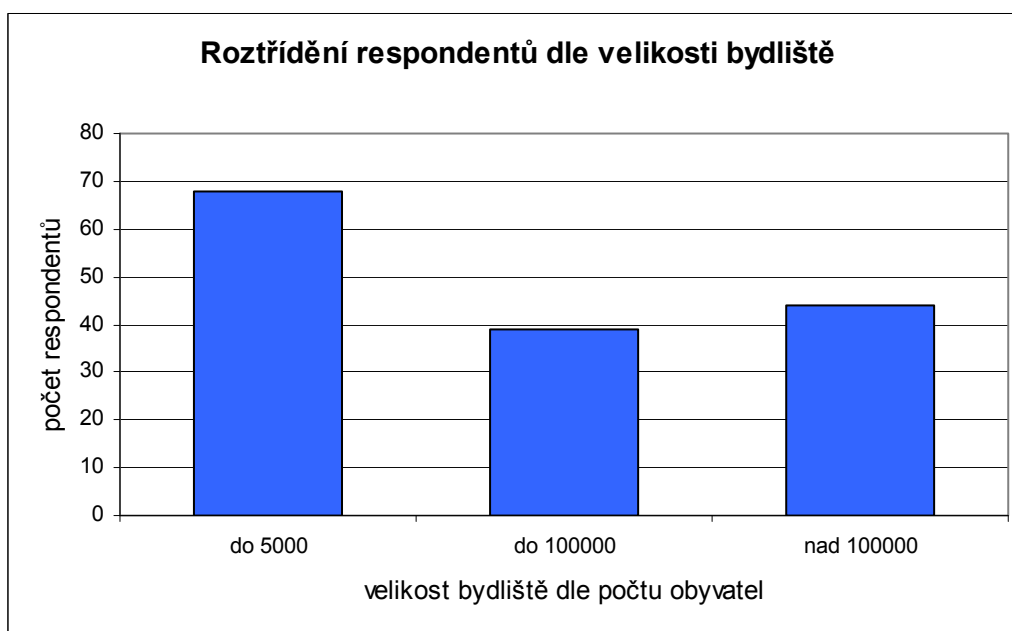
3) zjištěné roztrídění na VOŠ a SZŠ Praha



Graf 6: Roztrídění respondentů dle velikosti bydliště

Bydliště do 5000 obyvatel nejčastěji uvedli žáci ze SOŠ Velešín. Bydliště do 100000 obyvatel uvedli nejčastěji žáci z VOŠ a SPŠ České Budějovice a VOŠ a SZŠ Praha. Je to dáno jednak velikostí sídla školy a také rozlohou jejího spádového území.

Souhrnné zastoupení počtu studentů dle velikosti bydliště je uvedeno v následujícím grafu:



Graf 7: Souhrnný diagram zastoupení dle velikosti bydliště

2.7 Výsledky dotazníkového šetření

Celkové výsledky v jednotlivých oblastech:

2.7.1 Souvislost mezi kouřením rodičů a jejich dětí

O souvislostech mezi kouřením rodičů a dětí vypovídají následující tabulky.

Za každou zkoumanou školu jsou uvedeny tři dílčí a jeden souhrnný soubor tabulek.

Dílčí tabulky uvádějí výsledky zkoumání podle velikosti bydliště respondentů.

Souhrnný soubor poté vyjadřuje výsledky za celou školu ve zkoumané oblasti.

První z tabulek vždy vypovídá o kouření rodičů v rodině respondenta. Další tabulky uvádějí počty respondentů a častost kouření v závislosti na kouření rodičů.

VOŠ a SPŠ České Budějovice

1) Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 30

Tabulka 1 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	4
Kouří jeden z rodičů	9
Nekouří	17

Tabulka 2 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	2

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	2
Nekouřím	13

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 50 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 89 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 24 % dětí

- 2) Bydliště: do 100 000 obyvatel
Počet respondentů: 10

Tabulka 3 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	1
Kouří jeden z rodičů	4
Nekouří	5

Tabulka 4 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	0

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 100 % dětí
v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 100 % dětí
v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 60 % dětí

- 3) Bydliště: nad 100 000 obyvatel
Počet respondentů: 12

Tabulka 5 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	3
Kouří jeden z rodičů	2
Nekouří	7

Tabulka 6 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	3

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 67 % dětí
v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 0 % dětí
v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 57 % dětí

Souhrnná tabulka za VOŠ a SPŠ České Budějovice

Počet respondentů: 52

Tabulka 7 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	8
Kouří jeden z rodičů	15
Nekouří	29

Tabulka 8 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	3

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	10
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	6
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	2
Příležitostně	3
Nekouřím	18

Souhrnné výsledky za VOŠ a SPŠ České Budějovice :

v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 62,5 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 80 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 38 % dětí

Ze souhrnných výsledků vyplývá, že nejméně kuřáků pochází z rodin ve kterých nekouří žádný z rodičů.

Z provedeného šetření vyplývá, že na sledované škole v Českých Budějovicích je 54 % kuřáků.

Velké rozdíly u dílčích výsledků jsou zřejmě způsobeny malým počtem respondentů v některých kategoriích.

SOŠ Velešín

- 1) Bydliště: do 5 000 obyvatel
Počet respondentů: 31

Tabulka 9 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	8
Kouří jeden z rodičů	11
Nekouří	12

Tabulka 10 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	4

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	9

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 63 % dětí
v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 64 % dětí
v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 25 % dětí

- 2) Bydliště: do 100 000 obyvatel
Počet respondentů: 14

Tabulka 11 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	3
Kouří jeden z rodičů	5
Nekouří	6

Tabulka 12 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	2

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 67 % dětí
v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 40 % dětí
v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 67 % dětí

3) Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 4

Tabulka 13 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	1
Kouří jeden z rodičů	2
Nekouří	1

Tabulka 14 Kouření rodičů

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 100 % dětí
v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 100 % dětí
v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 100 % dětí

Souhrnná tabulka za SOŠ Velešín

Počet respondentů: 49

Tabulka 15 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	12
Kouří jeden z rodičů	18
Nekouří	19

Tabulka 16 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	4

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	9
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	7

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	4
Nekouřím	11

Souhrnné výsledky za SOŠ Velešín:

v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 67 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 61% dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 42 % dětí

Ze souhrnných výsledků vyplývá, že nejméně kuřáků pochází z rodin ve kterých nekouří žádný z rodičů.

Z provedeného šetření vyplývá že na sledované škole ve Velešíně je 55 % kuřáků.

I zde jsou velké rozdíly u dílčích výsledků zřejmě způsobeny malým počtem respondentů v některých kategoriích.

VOŠ a SZŠ Praha

1) Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 7

Tabulka 17 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	1
Kouří jeden z rodičů	3
Nekouří	3

Tabulka 18 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 100 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 67 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 33 % dětí

2) Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 15

Tabulka 19 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	3
Kouří jeden z rodičů	5
Nekouří	7

Tabulka 20 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	3

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 67 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 40 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 57 % dětí

3) Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 28

Tabulka 21 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	7
Kouří jeden z rodičů	14
Nekouří	7

Tabulka 22 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	7

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	5

Výsledky v tomto vzorku: v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 86 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 50 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 29 % dětí

Souhrnná tabulka za VOŠ a SZŠ Praha

Počet respondentů: 50

Tabulka 23 Kouření rodičů

Rodiče	
Kouří oba	11
Kouří jeden z rodičů	22
Nekouří	17

Tabulka 24 Kouření dětí

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	2

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	8
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	11

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	10

Souhrnné výsledky za VOŠ a SZŠ Praha :

v rodině, ve které kouří oba rodiče kouří 82 % dětí

v rodině, ve které kouří jeden z rodičů kouří 50 % dětí

v rodině, ve které rodiče nekouří kouří 41 % dětí

Ze souhrnných výsledků vyplývá, že nejméně kuřáků pochází z rodin ve kterých nekouří žádný z rodičů.

Z provedeného šetření vyplývá že na sledované škole v Praze je 54 % kuřáků.

I zde jsou velké rozdíly u dílčích výsledků zřejmě způsobeny malým počtem respondentů v některých kategoriích.

Souhrnné výsledky za šetření o souvislostech mezi kouřením rodičů a dětí.

Ze souhrnných výsledků za všechny tři zúčastněné školy vyplývá, že děti z rodin kde jsou oba rodiče nekuřáky kouří nejméně. Přesto kouří přibližně 40 % respondentů z této skupiny. Z šetření také vyplynulo že míra prevalence kouření se u všech škol pohybuje okolo 55%. Z výsledků také vyplynulo, že kouření či nekouření rodičů nemá na kouření dětí pravděpodobně zásadnější vliv.

2.7.2 Souvislost mezi kouřením cigaret a užíváním marihuany

Z následujících tabulek spolu s porovnáním dotazníků lze vysledovat souvislost mezi kouřením cigaret a užíváním marihuany, případně jiné psychotropní látky.

I zde jsou za každou zkoumanou školu uvedeny tři dílčí a jeden souhrnný soubor tabulek.

Dílčí tabulky uvádějí výsledky zkoumání podle velikosti bydliště respondentů.

Souhrnný soubor poté vyjadřuje výsledky za celou školu ve zkoumané oblasti.

První z tabulek vždy vypovídá o kouření respondenta a je ještě rozdělena podle kouření rodičů. Další tabulka poskytuje údaje o užívání marihuany a případně i jiných drog respondenty.

VOŠ a SPŠ České Budějovice

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 30

Tabulka 25 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	2

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	2
Nekouřím	13

Tabulka 26 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	4
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	4

Užívám marihuanu:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	4
Užívám jinou drogu:	
Ano (houby, LSD)	1
Ne	8

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	2
Odmítám	13
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	17

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 14, což činí 46,7 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 9, což činí 30 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Jeden uživatel marihuany zároveň užívá i jinou drogu.

Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 10

Tabulka 27 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	0

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Tabulka 28 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	1

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	4
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	4

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	3
Užívám jinou drogu:	
Ano (LSD, MDMA)	1
Ne	4

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 8, což činí 80 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 2, což činí 20 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Jeden uživatel marihuany zároveň užívá i jinou drogu.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 12

Tabulka 29 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	3

Tabulka 30 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	3

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	2
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	2

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	6
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	7

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 6, což činí 50 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 3, což činí 25 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Žádný respondent neuvádí užívání jiné drogy.

Souhrnné tabulky za VOŠ a SPŠ České Budějovice

Počet respondentů: 52

Tabulka 31 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	3

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	10
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	6
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	2
Příležitostně	3
Nekouřím	18

Tabulka 32 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	6
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	8

Užívám marihuanu:	
Denně	3
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	10
Užívám jinou drogu:	
Ano (LSD, houbičky)	1
Ne	14

Užívám marihuanu:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	1
Příležitostně	4
Odmítám	22
Užívám jinou drogu:	
Ano (LSD,MDMA)	1
Ne	28

Souhrnné výsledky za VOŠ a SPŠ České Budějovice :

celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 28, což činí 53,8 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 14, což činí 26,9 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Dva uživatelé marihuany uvádí také užívání jiné drogy.

Z šetření tedy vyplývá, že kdo nekouří cigarety nekouří ani marihuanu. Opačně to ovšem neplatí. Dva respondenti ze sledované školy z Českých Budějovic se také přihlásili k užívání jiných drog.

SOŠ Velešín

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 31

Tabulka 33 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	4

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	9

Tabulka 34 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	6
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	8

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Odmítám	6
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	11

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	10
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	12

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 15, což činí 48,4 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 9, což činí 29 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Žádný respondent neuvádí užívání jiné drogy.

Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 14

Tabulka 35 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	2

Tabulka 36 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	2
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	3

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	3
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	0
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	5

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	5
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	6

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 8, což činí 57,1 % .

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 7, což činí 50 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Žádný respondent neuvádí užívání jiné drogy.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 4

Tabulka 37 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Tabulka 38 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	1

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	2

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	1

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 4, což činí 100 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 1, což činí 25 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Žádný respondent neuvádí užívání jiné drogy.

Souhrnné tabulky za SOŠ Velešín

Počet respondentů: 49

Tabulka 39 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	4

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	9
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	7

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	4
Nekouřím	11

Tabulka 40 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	9
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	12

Užívám marihuanu:	
Denně	2
Max. 1x týdně	4
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	5
Odmítám	7
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	18

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Odmítám	16
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	19

Souhrnné výsledky za SOŠ Velešín:

celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 27, což činí 55,1 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 17, což činí 34,7 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není ani uživatelem marihuany. Žádný respondent také neuvádí užívání jiné drogy.

Z šetření je zřejmé, že kdo nekouří cigarety nekouří ani marihuanu. Opačně to ovšem ani zde neplatí. K užívání jiných drog se ze sledované školy z Velešína nepřihlásil žádný z respondentů.

VOŠ a SZŠ Praha

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 7

Tabulka 41 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	0

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	2

Tabulka 42 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	0
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	1

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	1
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	3

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	2
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	3

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 4, což činí 57,1 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 4, což činí 57,1 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Žádný respondent neuvádí užívání jiné drogy.

Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 15

Tabulka 43 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	3

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	3

Tabulka 44 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	2
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	3

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Odmítám	4
Užívám jinou drogu:	
Ano (MDMA)	1
Ne	4

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	5
Užívám jinou drogu:	
Ano	0
Ne	7

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 8, což činí 53,3 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 4, což činí 26,7 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Jeden uživatel marihuany zároveň užívá i jinou drogu.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 28

Tabulka 45 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	1

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	5
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Nekouřím	7

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	2
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	0
Nekouřím	5

Tabulka 46 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	4
Odmítám	2
Užívám jinou drogu:	
Ano (MDMA)	2
Ne	3

Užívám marihuanu:	
Denně	0
Max. 1x týdně	3
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	2
Odmítám	9
Užívám jinou drogu:	
Ano (MDMA)	4
Ne	10

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Odmítám	5
Užívám jinou drogu:	
Ano (LSD, MDMA)	2
Ne	5

Výsledky : celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 15, což činí 53,6 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 12, což činí 42,9 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není uživatelem marihuany. Osm respondentů uvádí také užívání jiné drogy.

Souhrnné tabulky za VOŠ a SZŠ Praha

Počet respondentů: 50

Tabulka 47 Kouření

Kouří oba rodiče	
Kouřím:	
Denně	7
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	1
Nekouřím	2

Kouří jeden z rodičů	
Kouřím:	
Denně	8
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	11

Rodiče nekouří	
Kouřím:	
Denně	4
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Nekouřím	10

Tabulka 48 Užívání marihuany

Užívám marihuanu:	
Denně	2
Max. 1x týdně	1
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	4
Odmítám	4
Užívám jinou drogu:	
Ano (MDMA)	2
Ne	9

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	4
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	3
Odmítám	14
Užívám jinou drogu:	
Ano (MDMA)	5
Ne	17

Užívám marihuanu:	
Denně	1
Max. 1x týdně	0
Max. 1x měsíčně	0
Příležitostně	4
Odmítám	12
Užívám jinou drogu:	
Ano (LSD, MDMA)	2
Ne	15

Souhrnné výsledky za VOŠ a SZŠ Praha:

celkový počet kuřáků v tomto vzorku je 27, což činí 54 %.

celkový počet uživatelů marihuany v tomto vzorku je 20, což činí 40 %.

Z porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák není ani uživatelem marihuany. Žádný respondent také neuvádí užívání jiné drogy.

Z šetření vyplývá, že kdo nekouří cigarety nekouří ani marihuanu. Opačně to ovšem ani zde neplatí. K užívání jiných drog se ze sledované školy z Prahy přihlásilo devět respondentů.

Souhrnné výsledky za šetření o souvislostech mezi kouřením cigaret a užíváním marihuany.

Ze souhrnných výsledků za všechny tři zúčastněné školy vyplývá, že žádný nekuřák není ani uživatelem marihuany. Z šetření také vyplynulo že míra prevalence kouření se u všech škol pohybuje okolo 55 %. U uživatelů marihuany jsou výsledky rozdílnější a pohybují se v rozpětí od 27 do 40 procent. Z průzkumu také vyplynulo, že k užívání jiných drog se z celkového počtu 151 respondentů přihlásilo 11 osob což činí 7,3 % respondentů.

2.7.3 Míra zatížení respondentů SPJ dle velikosti bydliště

Pro zjištění míry zatížení respondentů sledovanými druhy sociálně patologických jevů byli respondenti nejdříve roztrženi do skupin podle velikosti bydliště (viz graf č.7). Dále bylo zachováno jejich roztržení dle sídla školy.

Ze sebraných dat byla sestrojena níže uvedená tabulka

Do sloupců podle velikosti bydliště jsou zanesené počty uživatelů jednotlivých látek a vyjádření tohoto počtu v procentech. Do řádek pak druhy omamných látek při zachování skupin škol.

V pravé části tabulky jsou zanesené výsledky podle druhu užívaných látek a sídla škol.

Ve spodní části tabulky jsou výsledky podle druhu užívaných látek a velikosti bydliště respondentů.

Mimo tabulku jsou látky „jiné drogy“. Zjištěné počty jsou z tabulek č. 24, 28, 44, 46.

Počty respondentů v jednotlivých skupinách podle velikosti bydliště.

Do 5000 obyvatel – 68 respondentů

Do 100000 obyvatel – 39 respondentů

Nad 100000 obyvatel – 44 respondentů

Tabulka 49 Míra prevalence vybraných druhů drog

Velikost bydliště dle počtu obyvatel		Do 5000 obyvatel		Do 100000 obyvatel		Nad 100000 obyvatel		Σ	
Sídlo školy	SPJ	osob	%	osob	%	osob	%	osob	%
České Budějovice	Tabák	14	46,7	8	80	6	50	28	53,8
	Alkohol	30	100	9	90	11	91,7	50	96,2
	Marihuana	9	30	2	20	3	25	14	26,9
Velešín	Tabák	15	48,4	8	57,1	4	100	27	55,1
	Alkohol	28	90,3	13	92	4	100	45	91,8
	Marihuana	9	29	7	50	1	25	17	34,7
Praha	Tabák	4	57,1	8	53,3	15	53,6	27	54
	Alkohol	6	85,7	13	86,7	26	92,9	45	90
	Marihuana	4	57,1	4	26,7	12	42,9	20	40
Σ	Tabák	33	48,5	24	61,5	25	56,8	82	54,3
	Alkohol	64	94,1	37	94,9	41	93,2	142	94
	Marihuana	22	32,4	13	33,3	16	36,4	51	33,8

Výsledky:

Míra zatížení respondentů s bydlištěm do 5000 obyvatel.

Počet respondentů 68

Tabák 33 osob 48,5 %

Alkohol 64 osob 94,1 %

Marihuana 22 osob 32,4 %

Jiné drogy 1 osoba 1,5 %

Míra zatížení respondentů s bydlištěm do 100000 obyvatel.

Počet respondentů 39

Tabák 24 osob 61,5 %

Alkohol 37 osob 94,9 %

Marihuana 13 osob 33,3 %

Jiné drogy 2 osoby 5,1 %

Míra zatížení respondentů s bydlištěm nad 100000 obyvatel.

Počet respondentů 44

Tabák 25 osob 56,8 %

Alkohol 41 osob 93,2 %

Marihuana 16 osob 36,4 %

Jiné drogy 8 osob 18,2 %

2.8 Vyhodnocení praktické části

Vyhodnocení výzkumných předpokladů

Předpoklad číslo 1:

Pokud nekouří rodiče, nekouří ani jejich děti (otázky č. 3, 4 v dotazníku).

Analýzou výsledků souhrnných tabulek č. 8, 16, 24 bylo zjištěno, že v rodinách nekouřících rodičů je 40 % kouřících dětí.

Předpoklad č. 1 nebyl potvrzen.

Předpoklad číslo 2:

Kdo nekouří cigarety, většinou nekouří ani marihuanu (otázky č. 4, 6 v dotazníku).

Z výsledků souhrnných tabulek č. 31, 32, 39, 40, 47, 48 a porovnání dotazníků vyplývá, že žádný nekuřák nekouří marihuanu.

Předpoklad č. 2 byl potvrzen.

Předpoklad číslo 3:

Ve větším městě je vyšší míra zatížení sledovanými sociálně patologickými jevy než na vesnici (otázky č. 1, 4, 5, 6, 7 v dotazníku).

Podle výsledů v tabulce č. 9 je zřejmé, že v případě tabáku a alkoholu tento předpoklad neodpovídá pravdě.

Předpoklad č. 3 nebyl potvrzen.

Vyhodnocením dotazníků jsem došel i některým dalším zajímavým výsledkům.

Zajímavé údaje, zejména z hlediska prevence nám poskytují tabulky vypovídající o prostředí a věku prvního kontaktu s kouřením a alkoholem (Příloha II).

K prvním kontaktům s marihuanou dochází většinou až po opuštění základní školy.

Na otázku č. 12: „Moji rodiče ví kde trávím volný čas“ odpovědělo jen 9 respondentů (5 %), že vždy, 12 (7 %), že většinou a 122 (81%), že někdy. Jen 8 (tj. 5 %) respondentů odpovědělo, že se rodiče nezajímají. Z tohoto výsledku vyplývá, že 95 % rodičů má jen velmi omezený přehled o volném čase svých dětí.

O drogách, alkoholu a kouření doma otevřeně hovoří 125 respondentů (83 %).

Člověka, který má problém s drogami, alkoholem nebo kouřením osobně zná 136 odpovídajících (90 %). Svědčí to o tom, že závislý člověk není v naší společnosti žádným vzácným jevem.

Při porovnání výsledků z hlediska škol dojdeme ke zjištění, že v oblasti kouření není ve zkoumaných vzorcích žádný výrazný rozdíl a počet kuřáků se shodně pohybuje kolem 54 % respondentů. V oblasti zatížení alkoholem je stav již poněkud rozdílný, když VOŠ a SZŠ Praha na straně jedné dosahuje 90 % a VOŠ a SPŠ České Budějovice dosahuje 96,2 % na straně druhé. Naprosto opačná situace je však u užívání marihuany kde Praha dosahuje 40 % uživatelů a v Českých Budějovicích se k užívání marihuany hlásí „jen“ 27 % respondentů. Obdobná situace je i v užívání jiných drog, převážně extáze, kde se v Českých Budějovicích k užívání hlásí dva respondenti, ve Velešíně žádný a v Praze devět respondentů.

Zjištěné výsledky naznačují, že účinná prevence by měla být přesněji zacílená nejen co do obsahu, ale také věku. Snahou školy i společnosti obecně by měla být nabídka motivujícího prostředí a v oblasti volného času možnost poskytnout dítěti místo drogy vhodnou alternativu ve formě zájmové činnosti. Také rodina by měla přispět citlivým a vnímavým a přístupem ke svým dětem.

3 ZÁVĚR

V teoretické části jsem se na základě studia odborné literatury zaměřil na vymezení základních pojmů v oblasti sociální patologie a sociálně patologických jevů. Při práci s odbornou literaturou a dalšími informačními zdroji jsem zjistil, že i když odborníci stanovují a používají různé definice sociálně patologických jevů, na obsahu a oblasti výskytu těchto jevů, panuje shoda.

V oblasti problematiky závislostí lze na základě dřívějších studií usuzovat, že závislost na alkoholu a nealkoholových drogách má společný genetický základ. Jestliže se geny podílejí na vzniku závislostí asi ze 40 – 60 %, zbývá zhruba stejný prostor i pro působení prostředí. Ačkoli se odborníci shodují na důležitosti rodinného prostředí v životě člověka, v jeho významu na vzniku závislostí se rozcházejí.

Téma drog se ukázalo jako velice rozsáhlé. Zaměřil jsem se tedy pouze na klasifikaci drog a jejich charakteristiku z hlediska působení na organismus a vzniku závislosti. Věnoval jsem se především tabáku, alkoholu a canabinoidům, protože jde o látky nejvíce dostupné a mezi mládeží nejužívanější.

Prevence sociálně patologických jevů přes poměrně dobře propracovaný systém a zapojení spolupracujících institucí nedosahuje požadované efektivity. Jako příčiny této skutečnosti bývají nejčastěji označovány nedostatek finančních prostředků a formální pojetí preventivních programů. Prevalence v oblasti drog přes snahu o prevenci každým rokem mírně stoupá.

Praktická část přinesla řadu zajímavých údajů o postoji respondentů i jejich rodičů ke kouření. O vztahu respondentů k ostatním drogám, o věku a o okolnostech prvních zkušeností s jednotlivými drogami. Zajímavé jsou i údaje z oblasti komunikace v rodině a o kontaktu s okolím.

V praktické části práce vyšlo celkem jednoznačně najevo, že vliv rodinného prostředí na vznik kuřáckého návyku je velice malý. Předpoklad číslo 1: „Pokud nekouří rodiče, nekouří ani jejich děti“ nebyl potvrzen. Naproti tomu předpoklad číslo 2: „Kdo nekouří cigarety, většinou nekouří ani marihuanu“ potvrzen byl. Tento výsledek svědčí o provázanosti kouření cigaret a následně i marihuany. Výsledek předpokladu číslo 3, kdy se v případě užívání alkoholu a kouření cigaret nepotvrdilo vyšší zatížení větších měst než venkova zase svědčí o tom, že efekt zatížení se v případě jednotlivých látek může dost výrazně lišit. Mnohé další údaje získané v praktické části nám spolu s poznatky z části teoretické mohou pomoci k účinnějšímu zacílení preventivních programů. Kombinací

prevence působící na rodiče i děti se jistě dá dosáhnout lepších výsledků ve všech otázkách sociálně patologických jevů.

Činnost v této oblasti vyžaduje dlouhodobé cílené působení, a přesto že se nemusí pokaždé projevit očekávané zlepšení, neznamená to, že děláme něco špatně, ale potvrzuje se jenom fakt, že závislosti obecně a drogové zvlášť představují složitý problém, jak pro jedince tak i pro společnost. Podle mého názoru je úkolem společnosti, školy, pedagogů, studentů i jejich rodičů, aby problém drogových závislostí řešili a snažili se mu účinně předcházet.

Seznam použitých pramenů

Seznam literatury:

1. BAKALÁŘ, P. *Tabu v sociálních vědách*. Praha: Votobia, 2003. 343 s. ISBN 80-7220-135-2.
2. GANERI, A. *Drogy – Od extáze k agonii*. Praha: Amulet, s. r. o., 2001. 150 s. ISBN 80-86299-70-8.
3. GOODYER, P. *Drogy + teenager*. Praha: Slovanský dům, 2001. 162 s. ISBN 80-86421-44-9.
4. HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004. 240 s. ISBN 80-7178-888-0.
5. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 286 s. ISBN 80-7178-535-0.
6. JEDLIČKA, R., KLÍMA P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Thermis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.
7. KOL. AUTORŮ. *Diderot: velká všeobecná encyklopedie 3*. Praha: Diderot, 2000. 639 s. ISBN 80-902723-5-5.
8. KOL. AUTORŮ. *Velký sociologický slovník II*. Praha: Karolinum, 1996. 758 s. ISBN 80-7184-311-3.
9. KOMOROUS, J. *Lovci smrti*. Praha: Naše vojsko, 2009. 247 s. ISBN 978-80-206-1008-9.
10. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. Praha: Akademie věd České republiky, 1998. 287 s. ISBN 80-200-1290-7.

11. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag a. s., 1995. 160 s.
12. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-432-X.
13. NOVOTNÁ, E. *Lokální ankety*. Praha: Oeconomica, 2008. 55 s. ISBN 80-245-0829-X.
14. PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 408 s. ISBN 80-85931-65-6.
15. POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s., 2003. 194 s. ISBN 80-86568-02-4.
16. PRESL, J. *Drogy, mýty a realita*. Praha: Medea Kultur s. r. o., 2008. 27 s.
17. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 345 s. ISBN 80-7178-802-3.

Seznam elektronických zdrojů:

1. DROGY-INFO.CZ. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2008*. [online]. 2009. [cit. 31. listopadu 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2008>.
2. KOL. AUTORŮ. *Rizikové chování dětí - příčiny, následky, prevence*. [online]. 2011. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na Word Wide Web: <http://www.urazydeti.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf>.

3. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. [online]. 2011. [cit. 19. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.msmt.cz>>.
4. NÁRODNÍ INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ. *Alkohol – charakteristika*. [online]. 2009. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <<http://www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-alkohol>>.
5. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zaostřeno na drogy 3/2007*. [online]. 2007. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaoastre_no_na_drogy_2007_03_cislo_3_2007>.
6. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zaostřeno na drogy 7/2003*. [online]. 2003. [cit. 20. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2003_zaoastre_no_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2003_07_cislo_7_2003>.
7. SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. *Sociálně patologické jevy*. [online]. 2011. [cit. 19. října 2011]. Dostupný na World Wide Web: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>>.

Seznam zkratek

1. ČR	Česká republika
2. ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
3. LSD	Diethylamid kyseliny sorgové - halucinogenní látka
4. MDMA	Extáze – stimulační droga
5. MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
6. SPJ	Sociálně patologické jevy
7. THC	Tetrahydrokanabinol – psychoaktivní látka

Seznam příloh

- PŘÍLOHA I. Dotazník pro studenty středních škol
- PŘÍLOHA II. Věk prvního kontaktu s kouřením a alkoholem

Přílohy

Příloha I – Dotazník pro studenty středních škol

Dotazník je anonymní.

Vyberte vždy pouze jednu možnost a označte nebo doplňte příslušný text

Je mi let.

Jsem chlapec ☐ dívka ☐

1. Žiji ve městě: pod 5000 obyvatel ☐, do 100 000 obyvatel ☐, nad 100 000 obyvatel ☐

2. Pocházím z úplné rodiny (žiji s oběma rodiči): ano ☐, ne ☐

3. Moji rodiče: kouří oba dva ☐, kouří jeden z rodičů ☐, nekouří ☐

4. Kouřím cigarety: denně ☐, max. 1x týdně ☐, max. 1x měsíčně ☐, příležitostně ☐,
nekouřím ☐

5. Dám si alkohol: denně ☐, max. 1x týdně ☐, max. 1x měsíčně ☐, příležitostně ☐,
odmítám alkohol ☐

6. Dám si marihuanu: denně ☐, max. 1x týdně ☐, max. 1x měsíčně ☐, příležitostně ☐,
odmítám marihuanu ☐

7. Užívám jinou psychotropní látku: ano ☐ kterou?....., neužívám ☐

8. V kolika letech jsem měl první zkušenost s kouřením,

9. V kolika letech jsem měl první zkušenost s alkoholem,

10. V kolika letech jsem měl první zkušenost s marihuanou, nebo jinou omamnou látkou
.....,

11. Má první zkušenost s kouřením byla: s kamarády ☐, sám ☐, v rodině ☐, jinde ☐

12. Má první zkušenost s alkoholem byla: s kamarády ☐, sám ☐, v rodině ☐, jinde ☐

13. Marihuanu mohu sehnat: od přátel ☐, od dealera ☐, ve škole ☐, jinde ☐

14. Moji rodiče ví kde trávím volný čas: vždy ☐, většinou ☐, někdy ☐, nezajímají se ☐

15. O drogách, alkoholu a kouření doma otevřeně hovoříme: ano ☐, ne ☐

16. Znáám osobně člověka, který má podle mne problém s drogami, alkoholem nebo
cigaretami: ano ☐, ne ☐

Děkuji za váš čas a pravdivé zodpovězení otázek.

Příloha II – Věk prvního kontaktu s kouřením a alkoholem

Zajímavé údaje, zejména z hlediska prevence nám poskytují následující tabulky vypovídající o prostředí a věku prvního kontaktu s kouřením a alkoholem.

VOŠ a SPŠ České Budějovice

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 30

Tabulka 49 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	16
Průměr	12,4
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	25
Sám	2
V rodině	1
Jinde	0
Nezkusil	2

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8
Nejstarší	17
Průměr	13,4
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	24
Sám	1
V rodině	4
Jinde	0
Nezkusil	1

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13,4 roku.

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 83%

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 80%

Bydliště: do 100 000 obyvatel
Počet respondentů: 10

Tabulka 50 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření		Alkohol	
První zkušenost s kouřením - věk:		První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8	Nejmladší	12
Nejstarší	16	Nejstarší	16
Průměr	12,6	Průměr	13,6
První zkušenost s kouřením - s kým:		První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	9	S kamarády	7
Sám	1	Sám	1
V rodině	0	V rodině	1
Jinde	0	Jinde	1
Nezkusil	0	Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,6 roku.
průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13,6 roku.
první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 90 %.
první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 70 %.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel
Počet respondentů: 12

Tabulka 51 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření		Alkohol	
První zkušenost s kouřením - věk:		První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8	Nejmladší	10
Nejstarší	15	Nejstarší	15
Průměr	12,1	Průměr	12,5
První zkušenost s kouřením - s kým:		První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	10	S kamarády	11
Sám	0	Sám	0
V rodině	0	V rodině	1
Jinde	0	Jinde	0
Nezkusil	2	Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,2 roku.
průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 12,5 roku
první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 83 %.
první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 91 %.

Souhrnná tabulka za VOŠ a SPŠ České Budějovice

Počet respondentů: 52

Tabulka 52 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření		Alkohol	
První zkušenost s kouřením - věk:		První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	7	Nejmladší	10
Nejstarší	16	Nejstarší	15
Průměr	12,2	Průměr	13,2
První zkušenost s kouřením - s kým:		První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	44	S kamarády	42
Sám	3	Sám	2
V rodině	1	V rodině	6
Jinde	0	Jinde	1
Nezkusil	4	Nezkusil	1

Souhrnné výsledky za VOŠ a SPŠ České Budějovice :

průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,2 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13,2 roku.

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 83 %.

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 80 %.

Z provedeného šetření je vidět, že první kontakty s kouřením a alkoholem nastávají už v době docházky na základní školu a probíhají většinou ve společnosti kamarádů. S velikostí bydliště se průměrný věk prvního kontaktu výrazně neliší.

SOS Velešín

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 31

Tabulka 53 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	6
Nejstarší	17
Průměr	12,7
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	23
Sám	1
V rodině	2
Jinde	0
Nezkusil	5

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	15
Průměr	13,8
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	18
Sám	3
V rodině	8
Jinde	1
Nezkusil	1

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,7 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13,8 roku.

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 74 %

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 58 %

Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 14

Tabulka 54 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	5
Nejstarší	17
Průměr	12,2
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	10
Sám	1
V rodině	0
Jinde	2
Nezkusil	1

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8
Nejstarší	14
Průměr	12,5
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	13
Sám	0
V rodině	1
Jinde	0
Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,2 roku.
 průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 12,5 roku.
 první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 71 %.
 první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 92 %.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel
 Počet respondentů: 4

Tabulka 55 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	13
Nejstarší	15
Průměr	14
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	4
Sám	0
V rodině	0
Jinde	0
Nezkusil	0

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	13
Nejstarší	15
Průměr	14
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	3
Sám	0
V rodině	1
Jinde	0
Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 14 roků.
 průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 14 roků
 první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 100%
 první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 75%

Souhrnná tabulka za SOŠ Velešín

Počet respondentů: 49

Tabulka 56 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	5
Nejstarší	17
Průměr	13
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	37
Sám	2
V rodině	2
Jinde	2
Nezkusil	6

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	15
Průměr	13,5
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	34
Sám	3
V rodině	10
Jinde	1
Nezkusil	1

Souhrnné výsledky za SOŠ Velešín:

průměrný věk první zkušenosti s kouřením 13 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13.5 roku

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 76%

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 69%

Z provedeného šetření je i zde vidět, že první kontakty s kouřením a alkoholem nastávají už v době docházky na základní školu a probíhají většinou ve společnosti kamarádů. Poměrně velké zastoupení – 20 % má v první zkušenosti s alkoholem rodina.

VOŠ a SZŠ Praha

Bydliště: do 5 000 obyvatel

Počet respondentů: 7

Tabulka 57 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	6
Nejstarší	16
Průměr	12,5
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	5
Sám	0
V rodině	2
Jinde	0
Nezkusil	0

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	14
Průměr	13
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	5
Sám	0
V rodině	1
Jinde	1
Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,5roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 13 roku.

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 71%

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 71%

Bydliště: do 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 15

Tabulka 58 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	6
Nejstarší	17
Průměr	12,4
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	11
Sám	1
V rodině	0
Jinde	2
Nezkusil	1

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8
Nejstarší	14
Průměr	12,6
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	13
Sám	0
V rodině	1
Jinde	1
Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12,4 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 12,6 roku.

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády – 73 %.

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády – 87 %.

Bydliště: nad 100 000 obyvatel

Počet respondentů: 28

Tabulka 59 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	12
Průměr	11
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	23
Sám	1
V rodině	2
Jinde	0
Nezkusil	2

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	8
Nejstarší	14
Průměr	12,3
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	20
Sám	0
V rodině	7
Jinde	1
Nezkusil	0

Výsledky v tomto vzorku: průměrný věk první zkušenosti s kouřením 11 roků.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 12,3 roků

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 82 %

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 71 %

Souhrnná tabulka VOŠ a SZŠ Praha

Počet respondentů: 50

Tabulka 60 První kontakt s kouřením a alkoholem

Kouření	
První zkušenost s kouřením - věk:	
Nejmladší	6
Nejstarší	17
Průměr	12
První zkušenost s kouřením - s kým:	
S kamarády	39
Sám	2
V rodině	4
Jinde	2
Nezkusil	3

Alkohol	
První zkušenost s alkoholem - věk:	
Nejmladší	7
Nejstarší	15
Průměr	12,6
První zkušenost s alkoholem - s kým:	
S kamarády	38
Sám	0
V rodině	9
Jinde	3
Nezkusil	0

Souhrnné výsledky za VOŠ a SZŠ Praha :

průměrný věk první zkušenosti s kouřením 12 roku.

průměrný věk první zkušenosti s alkoholem 12.6 roku

první zkušenost s kouřením byla nejčastěji s kamarády - 78%

první zkušenost s alkoholem byla nejčastěji s kamarády - 76%

Z provedeného šetření je i zde vidět, že první kontakty s kouřením a alkoholem nastávají už v době docházky na základní školu a probíhají většinou ve společnosti kamarádů. Se stoupající velikostí bydliště průměrný věk prvních zkušeností s kouřením a alkoholem mírně klesá. Poměrně velké zastoupení – 18 % má i zde v první zkušenosti s alkoholem rodina.