

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zneužívání návykových látek u adolescentů
Substance use and abuse in adolescents

Kristýna Fikarová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (B7506)

Studijní obor: B SPPG (7506R002)

2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zneužívání návykových látek u adolescentů vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. 4. 2019

.....

podpis

Děkuji své vedoucí práce doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za trpělivost a vstřícnost, za její cenné rady a odborné vedení při realizaci této bakalářské práce. Dále děkuji všem osloveným učitelům a studentům vybraných škol za ochotu a spolupráci, která byla potřeba pro zhotovení výzkumného šetření. A nakonec děkuji svým blízkým za podporu při studiu a při psaní této bakalářské práce.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zmapovat problematiku užívání návykových látek u adolescentů se zaměřením na cigarety, marihuanu a alkohol. Teoretická část práce se v úvodu věnuje základním pojmům v oblasti závislosti a následně popisuje charakteristiku, účinky a rizika třech zmíněných návykových látek.

Dalšími tématy, která jsou součástí teoretické části, jsou příčiny užívání návykových látek a k nim patřící bio-psycho-socio-spirituální model závislostního chování, dále prevence užívání návykových látek v České republice, důsledky plynoucí z jejich užívání a specifika užívání návykových látek u mladistvých. Poslední kapitolou teoretické části je stručné představení studie ESPAD, na níž plynule navazuje praktická část.

Praktická část se za využití kvantitativní metody ve formě dotazníku zaměřuje na prevalenci užívání návykových látek mezi studenty dvou středních škol a jedné školy základní v Severních Čechách. Výsledky výzkumného šetření přinesly zajímavá zjištění. U dívek byl například oproti chlapcům zjištěn vyšší výskyt denního kouření cigaret a pravidelného pití alkoholu. Dalším zajímavým poznatkem byla mj. u většiny respondentů neznalost možných negativních důsledků v souvislosti s užíváním marihuany v dospívání.

KLÍČOVÁ SLOVA

Cigarety, marihuana, alkohol, mladiství, závislost, prevence

ABSTRACT

The aim of this thesis is to map the issue of substance abuse in adolescents focused on cigarettes, marijuana and alcohol. The theoretical part of the thesis deals with the basic terms in the field of addiction and then describes the characteristics, effects and risks of the three mentioned addictive substances.

Other topics included in the theoretical part, are the causes of substance abuse and bio-psycho-socio-spiritual model of addictive behavior, substance abuse in the Czech Republic, the consequences of their use, and the specifics of substance abuse among adolescents. The last chapter of the theoretical part is a brief introduction to the ESPAD study, which is followed by the practical part.

The practical part, using quantitative methods in the form of a questionnaire, focuses on the prevalence of substance abuse among students from two high schools and one elementary school in northern Bohemia. The results of the research brought interesting findings. For example, the girls were found to have a higher incidence of cigarette smoking and regular alcohol drinking than the boys were. Another interesting finding was, among others, the ignorance of possible negative consequences in connection with the abuse of marijuana in adolescence.

KEYWORDS

Cigarettes, marijuana, alcohol, adolescents, addiction, prevention

Obsah

1	ÚVOD.....	8
2	ZÁKLADNÍ POJMY.....	10
3	NÁVYKOVÉ LÁTKY A JEJICH RIZIKA	13
3.1	Návykové látky dle MKN-10.....	13
3.2	Alkohol.....	14
3.3	Nikotin.....	17
3.4	Marhuana	19
4	UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK MLADISTVÝMI.....	23
4.1	Příčiny	23
4.1.1	Nejčastější příčiny užívání drog u dětí a mladistvých	23
4.1.2	Bio-psycho-socio-spirituální model závislostního chování.....	25
4.2	Znaky závislosti	31
4.3	Prevence	32
4.3.1	Primární prevence	32
4.3.2	Sekundární prevence.....	34
4.3.3	Terciární prevence	35
4.4	Specifika působení návykových látek u mladistvých	36
5	DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	37
5.1	Legislativní důsledky	37
5.2	Zdravotní důsledky.....	39
5.3	Sociální důsledky	40
6	STUDIE ESPAD Z ROKU 2015 a 2016.....	42
7	PRAKTICKÁ ČÁST	45
7.1	Výzkumné šetření.....	45
7.1.1	Stanovení cílů	45
7.1.2	Metodika výzkumu	46
7.1.3	Hypotézy	47
7.1.4	Analýza výsledků.....	47
7.1.5	Závěr výzkumného šetření.....	82
8	ZÁVĚR.....	85

9	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	88
10	PŘÍLOHY	90

1 ÚVOD

Stále aktuálnějším tématem, nejen v České republice, je zneužívání návykových látek. Mezi nejčastěji diskutované návykové látky u nás patří mimo jiné nikotin, konopí a alkohol. V současné době je relativně jednoduché získat k nelegálním návykovým látkám přístup, a to dokonce i pro mladistvé. Čeští šestnáctiletí studenti mají podle studie ESPAD nadprůměrné zkušenosti s konopnými látkami, v porovnání s ostatními studenty z Evropy. Nejen marihuana, ale i cigarety a alkohol jsou hlavním tématem této bakalářské práce.

Téma *Zneužívání návykových látek u mladistvých* jsme vybrali na základě bezprostředních negativních zkušeností s užíváním konopných látek u blízkého člověka, který je užíval právě ve věku šestnácti let. Postupně jsme docházeli ke zjištění, že mnohé děti a mladiství nepovažují užívání marihuany za příliš zdravotně rizikové ani za nebezpečné. Na druhé straně jsme se setkali s několika rodiči, kteří považují kouření marihuany za velice nebezpečné. Na druhé straně jsme se setkali s rodiči, kteří kouření marihuany považují za velice nebezpečné.

Mnozí lidé tvrdí, že kouření marihuany je horší a nebezpečnější než pití alkoholu, jiní zase tvrdí opak. Názory lidí se liší nezávisle na věku. Někteří negativní rizika plynoucí z užívání nebo nadužívání návykových látek podceňují a jsou tolerantní, druzí reagují vůči uživatelům naprosto nesmířlivě, až agresivně.

Ve své práci se soustředíme především na tři návykové látky: konopí, nikotin a alkohol. V teoretické části se zaměříme na vymezení pojmů marihuana, cigarety a alkohol. U každé z těchto návykových látek uvedeme stručnou charakteristiku, dále jejich krátkodobé i dlouhodobé účinky, a nakonec rizika jejich užívání nebo nadužívání. V této práci nebudou chybět ani informace o rizicích spojených s užíváním návykových látek a jejich účincích, které platí nejenom pro děti a mladistvé. Představíme také specifika užívání návykových látek u mladistvých. Další, bezpochyby důležitou kapitolou, je etiologie příčin užívání návykových látek, kde nastíníme nejčastější známé příčiny užívání drog, zejména u mladistvých. Nutnou součástí této kapitoly bude představení bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostního chování, analýza a vysvětlení každé

z jeho složek. V krátké kapitole o znacích závislosti uvedeme, jaké znaky vykazuje chování uživatelů, aby byla stanovena diagnóza závislosti. V kapitole prevence stručně popíšeme charakteristiku primární, sekundární a terciární prevence v České republice, kde se sekundární a terciární prevence týká programu *Harm Reduction*, který slouží pro osoby závislé na těžkých drogách, jako jsou například opioidy. Nezbytnou součástí teoretické části budou jak zdravotní a sociální, tak legislativní důsledky užívání návykových látek. V závěru teoretické části stručně představujeme ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), soubor spolupracujících nezávislých výzkumných týmů ve více než čtyřiceti evropských zemích. Jedná se o největší nadnárodní výzkumný projekt o užívání návykových látek mezi adolescenty ve světě. Studie ESPAD v roce 2015 přinesla velice překvapivé výsledky českých studentů, které vyústily ve vznik validizační studie ESPAD v roce 2016. Výsledky této studie stručně popisujeme na konci teoretické části, na kterou navazuje praktická část (výzkumná).

V praktické části práce představíme vlastní výzkumné šetření, realizované prostřednictvím kvantitativního výzkumu ve formě dotazníku na dvou středních a jedné základní škole v severních Čechách. Hlavním cílem šetření bude zjistit, kolik studentů má zkušenosti s cigaretami, alkoholem a marihuanou. Dílčími cíli budou otázky, v jakém věku se studenti poprvé setkali s těmito návykovými látkami, kdo jim tyto látky poprvé zprostředkoval a jak se případně staví k jejich užívání do budoucna. Prostřednictvím dotazníku dále zjistíme, kolik studentů má povědomí o negativních důsledcích způsobených užíváním marihuany v dospívání. Vyhodnotíme odpovědi celkem 240 respondentů. V kapitole Analýza dat budou k otázkám vytvořeny grafy, případně tabulky, sloužící pro lepší přehlednost výsledků. V závěrečné části práce zrekapitulujeme obecné zhodnocení dotazníkového šetření, které bude vycházet z předcházející podrobněji zpracované analýzy, a pokusíme se odhadnout budoucí vývoj v oblasti užívání návykových látek mladistvými v České republice.

2 ZÁKLADNÍ POJMY

Droga

Existuje celá řada definicí toho, co vlastně droga je. Podle psychiatra MUDr. Jiřího Presla nejjednodušeji poznáme drogu tak, že splňuje dva základní požadavky. Za prvé má takzvaný psychotropní účinek, to znamená, že nějakým způsobem **ovlivňuje naše vnímání a prožívání** okolní reality a **mění naše vnitřní naladění**. Za druhé může vyvolat **závislost** (Presl, 1995).

Dnes je droga nejčastěji vnímána jako něco, co je **povzbuzující**, nebo **omamné**.

Droga může být **přírodní nebo syntetická** – uměle vyrobená. Drogy působí na centrální nervovou soustavu – funkce mozku se pozmění, což má vliv mj. na vnímání, myšlení, náladu, chování i jednání člověka. Obecně se nejčastěji o drogách říká a ví, že jsou **škodlivé a nelegální**. Existuje ale řada drog, které jsou legální, jako je například káva nebo alkohol. Drogy, ať už jsou legální nebo ne, mohou mít jak negativní, tak pozitivní účinky. I u těch nejvíce tolerovaných a zdánlivě zcela neškodných drog se může objevit postupný vznik závislosti.

U nás v České republice dělíme drogy na lehké / měkké (káva, veškeré tabákové výrobky, produkty konopí – marihuana, hašiš, aj.) a těžké / tvrdé (kokain, heroin, LSD, aj.), ale tento způsob dělení je značně nepřesný. „*Podle mého názoru je daleko vhodnější a srozumitelnější způsob užívání v Holandsku, kde se drogy dělí na skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a na skupinu s rizikem nepřijatelným. První skupina je charakterizována tím, že drogy sem zařazené lze v podstatě konzumovat, tedy užívat v přijatelných intervalech a přijatelných množstvích – aniž v neúnosné míře dojde ke vzniku závislosti či k jiným negativním důsledkům*“ (Presl, 1995, s. 10). Procento populace, u které se vytvoří závislost nebo dojde ke ztrátě kontroly, není pro společnost natolik alarmující, aby byla zavedena přísná omezující opatření.

Užívání drog **poškozuje zdraví a kvalitu života**, a to nejen u uživatelů drog (příp. jejich blízkých), ale ohrožuje i zdravý vývoj společnosti jako celku. „*Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného*

zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně“ (Radimecký in Kalina, 2003, s. 25).

Adiktologie

Adiktologie je věda zabývající se etiologií (hledání příčin), prevencí, léčbou a výzkumem závislosti. V jejím rámci je také vytvořený **výzkum a poradenství**. Od roku 2001 vychází časopis Adiktologie, který může být užitečný jak pro odbornou, tak pro laickou společnost. Od roku 2005 existuje obor Adiktologie na Univerzitě Karlově v bakalářském i magisterském studiu (Špaleková, 2012).

Drogová závislost

Závislost je souborem tělesných (fyziologických), kognitivních (poznávajících) a behaviorálních (týkajících se chování) příznaků. Je to návyk, při kterém daná osoba cítí nekontrolovatelné **nutkání** opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky, které jsou povětšinou negativní. Nejznámějším znakem drogové závislosti je neodolatelná tužba po dané látce – tzv. **bažení** nebo *craving*.

Závislost dělíme na psychickou a fyzickou. Při psychické závislosti můžeme mluvit jako o prosté touze užívat určitou látku. Fyzická závislost vzniká v takovém případě, kdy nejsou podány další látky (dávka) a jako důsledek jsou **ohroženy fyziologické funkce organismu** závislého jedince.

Existuje také sociální závislost – to znamená užívání drogy z důvodu nějakého rituálu nebo tradice v rámci společnosti (např. přípitek).

Pokud dojde k opravdové drogové závislosti, je třeba chápat ji jako **onemocnění** (Presl, 1995).

Úzus

Úzus neboli uzance (zaběhaný postup) vychází z latinského *usus* = užití, dovednost, zvyk. Je to označení pro nějaké pravidlo nebo zvyk, který není nikde psaný, není povinný, ale v určité oblasti je všeobecně přijímaný a respektovaný. Úzus může také spočívat v tom, že je obvyklé uznávat chování, které se odklání od normy.

Abúzus

Abúzus znamená **nadměrné užívání**, nadužívání nebo zneužívání návykových látek (drog). Jinak řečeno jde o patologické, škodlivé zneužívání látek.

Abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom je znám také pod slangovým výrazem jako tzv. „abst'ák“. Jedná se o soubor příznaků, který má složku **psychickou** (úzkost, neklid, předrážděnost, únavnost, agresivita, spavost, vyčerpanost, pasivita, nutkavá potřebu vzít si drogu znovu atd.) a **fyzickou** (neboli tělesnou; nejružnější tělesné obtíže, křeče, průjmy, bolesti svalů a kloubů, zácpy, pocení, slzení atd.). Abstinenční syndrom se může objevit jako jeden z více projevů již patrné drogové závislosti. Projevuje se u každého člověka jinak, po různě dlouhé době, s různou intenzitou. Abstinenční syndrom může být u některých silnějších drog i **smrtelný**.

„Jednou ze základních vlastností drog je schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové výměny. Organismus si na původně novou látku, se kterou se opakovaně setkává, zvyká. To vede ke dvěma důležitým projevům. Jednak dochází u většiny drog k tzv. vzestupu tolerance, čili k tomu, že organismus reaguje za určitou dobu na původně dostatečné drogy nedostatečně, droga jakoby méně funguje. To vede k nutnosti zvyšovat dávky drogy potřebné k dosažení očekávaného efektu – tento vývoj je zejména charakteristický pro opiátové vlastnosti.“
(Presl, 1995, s. 12)

Po delším užívání některých drog dochází k nepříjemným stavům, kdy původní dávka už není dostačující. Uživatel takovou drogu užívá, aby mohl opakovaně prožívat „ten lepší stav“, než ve kterém je bez drogy. Po čase si organismus na takovou dávku postupně zvykne, a účinky nemusejí být člověku tak „příjemné“ jako ze začátku. Bohužel, po odeznění účinku drogy se uživatel cítí ještě hůře, takže je pro něj lepší dát si drogu znovu. Taková droga se tedy stává nutností.

3 NÁVYKOVÉ LÁTKY A JEJICH RIZIKA

3.1 Návykové látky dle MKN-10

MKN

MKN je publikací Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization*, WHO), která „kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností“ (ÚZIS ČR, 2018). MKN znamená plným názvem Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (v originále *International Classification of Diseases – ICD*).

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových látek (F10-F19)

- F10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F11 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- F12 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- F13 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- F15 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
- F16 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- F17 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- F18 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel
- F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

U položek v F10-F19 se používá následující členění na čtvrtém místě:

- .0 – Akutní intoxikace (akutní opilost u alkoholismu, „špatné cesty“ u drog, opilost NS, patologická intoxikace, stavy transu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou; nepatří sem intoxikace ve smyslu otravy z položek T36-T50)

- .1 – Škodlivé použití (abúzus psychoaktivní látky)
- .2 – Syndrom závislosti (chronický alkoholismus, dipsomanie, toxikomanie)
- .3 – Odvykací stav
- .4 – Odvykací stav s deliriem (delirium tremens; vyvolané alkoholem)
- .5 – Psychotická porucha (alkoholická: halucinóza, žárlivost, paranoia a psychóza NS)
- .6 – Amnestický syndrom (amnestická porucha vyvolaná drogami nebo alkoholem, Korsakovova psychóza nebo syndrom)
- .7 – Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem (alkoholická demence NS, chronický alkoholický mozkový syndrom, demence a jiné lehčí formy přetrvávajícího poškození kognitivních funkcí, „flashbacks“, psychotická porucha s pozdním nástupem vyvolaná psychoaktivní látkou, posthalucinogenní percepční porucha, reziduální: afektivní porucha nebo porucha osobnosti a chování)
- .8 – Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 – Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

3.2 Alkohol

Charakteristika

Alkohol, chemicky C_2H_5OH (etanol, etylalkohol), vzniká za chemického procesu kvašení (fermentace) z jednoduchých cukrů nebo z polysacharidů. Jednoduché cukry se vyskytují v ovoci, nejčastěji u plodů vinné révy. Polysacharidy pak v obilných zrnech (k výrobě piva; sladování), nebo v bramborách. Pokud chceme dosáhnout vyšší koncentrace alkoholu, je potřeba využít tzv. destilace, jelikož kvašením dosáhneme nejvyšší koncentrace pouze přibližně 17 %. Destilací musíme alkohol alespoň částečně separovat od vody. Při nedokonalých chemických procesech, ke kterým může dojít např. při domácí výrobě destilátů, vzniká směs etylalkoholu společně s metylalkoholem (neboli metanol), což je nejnižší alkohol, který ve výsledku může způsobit dokonce oslepnutí. Metanol je silně jedovatá, na nervy působící látka selektivně ovlivňující právě oční nerv. Kromě toho, metanol i etylalkohol mají jak charakteristiku nervového jedu, tak schopnost vyvolat metabolickou acidózu, i když u etylalkoholu v menší míře.

S termínem „alkoholismus“ přišel v roce 1849 švédský lékař Magnuss Huss. „Teprve o sto let později (v r. 1951, díky WHO) však začal být alkoholismus oficiálně považován za medicínský problém“ (Popov in Kalina, 2003). V celosvětovém žebříčku užívání alkoholu patří Česká republika mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. „V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok“ (Popov in Kalina, 2003, s. 151). Podle Popova (2003) pravidelná denní konzumace alkoholu, již v dávkách vyšších než 20 gramů u mužů a 18 gramů u žen, je riziková z důvodu možného návyku a později vytvoření závislosti na alkoholu. V psychiatrických lůžkových zařízeních z průmyslově vyspělých zemí představují závislí na alkoholu 30 – 40 % z celkového počtu pacientů (Popov in Kalina, 2003).

Účinky alkoholu

Psychoaktivní účinky, které nastupují po užívání alkoholu, závisí na množství alkoholu, způsobu užití a formě alkoholu. Na výsledném efektu se podílejí i biologické (zdravotní stav, osobní dispozice, kondice), psychologické (nálada, předvídání účinku alkoholu) a sociální (působení prostředí, ve kterém se pije; působení společnosti, kamarádů) vlivy.

V počátcích konzumace alkoholu (nebo při nižších dávkách alkoholu) se působení alkoholu projevuje stimulačně. Akutní intoxikace CNS alkoholem se většinou projevuje jako obvykle známá opilost bez komplikací. Po užití alkoholu dochází k povznesení nálady a stimulaci psychomotoriky, dále ke zvýšenému sebevědomí, snížení sebekritiky, výřečnosti, ztrátě zábrán a může dojít i k agresivnímu chování. Pokud člověk konzumuje alkohol nepřerušovaně po delší čas, nebo vypije v krátkém čase velké množství alkoholických nápojů s vyšším obsahem alkoholu, dochází k útlumu. Únava, snížená bdělost (somnia), spánek, eventuálně bezvědomí a smrt může pijáka potkat v důsledku hlavního efektu etylalkoholu na CNS. (Popov in Kalina, 2003)

Rizika užívání alkoholu

Při užívání alkoholu během historie vždy docházelo k mnoha různým problémům. Z tohoto důvodu se lidé mnohokrát **pokusili o zákaz alkoholu**, nebo alespoň nějaké omezení v užívání alkoholu. Jako příklad můžeme uvést pokus o prohibici alkoholu ve Spojených státech ve 30. letech 20. století nebo v bývalém Sovětském svazu v 80. letech minulého století. Ani jeden z těchto pokusů nebyl docela úspěšný.

Alkohol mnohdy napodobuje účinek některých jiných drog. Působí podobně jako kokain a amfetaminy a tím může vyvolat **pocity vzrušení, odstranění zábran a úzkostí**. Člověk se kolikrát cítí **sebejistě**, ale přitom může být neschopný jakékoliv akce.

Alkohol se velice snadno vstřebává do krevního oběhu přes sliznice v dutině ústní, žaludku, střevě a také při podání konečníkem. Při aplikaci na kůži **u novorozenců** může způsobit **těžkou intoxikaci** vedoucí až ke smrti. Mezi sekundární diagnózy u osob, které dlouhodobě užívají alkohol, jsou **jaterní cirhóza**, u žen častější výskyt **rakoviny prsu, postižení slinivky břišní** (zánět; může vést k rakovině slinivky břišní), **hypertenze** (vysoký krevní tlak), **srdeční choroby, cévní mozkové příhody** (mrtvice), **rakovina dutiny ústní** (dále jazyka, hltanu, hrtanu a jícnu – obzvláště při současném kouření nebo užívání nekvalitních alkoholických nápojů) a častější poranění v důsledku **úrazů vzniklých v opilosti**. Mezi časté sekundární psychiatrické diagnózy spjaté s alkoholismem patří **deprese, obsese a panická úzkostná porucha**.

Při dlouhodobém užívání alkoholu může dojít k **somatickému poškození**. Kvůli dráždivému účinku alkoholu dochází k poškození trávicího traktu, které má za následek například **záněty žaludku a střev, trávicí potíže a průjmy**. Jak je všeobecně známo, alkohol působí negativně nejenom na srdce, mozek a výše zmíněný trávicí trakt, ale také na játra. Nejdříve odumírají buňky v centru jaterních lalůček a postupně dochází k poškození vazivových trámců. Po takovém poškození již **nejsou játra schopna regenerace**.

U mužů alkoholiků probíhají hormonální změny, které mají za následek **sníženou produkci testosteronu**, a tím později dochází k impotenci.

Dochází k narušení srdečního oběhu a k postižení neurologické oblasti, což může způsobit i smrt.

Dlouhodobí abuzéři alkoholu se potýkají s psychickými komplikacemi, které se objevují po roky trvajícím užívání alkoholu. Nejdříve se mohou objevovat **halucinace** a paranoidně psychotická porucha, a později alkoholová demence. Naděje na zlepšení takového stavu je velice malá (Minařík, 2007).

Pití alkoholu dokonce může ovlivnit vznik některých druhů rakovin.

3.3 Nikotin

Charakteristika

„Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku“ (Minařík, 2007, s. 142). Jako psychotropní látky je užívání nikotinu vázáno na **kouření tabáku**. Další poměrně rozšířenou formou užívání tabáku je speciální **žvýkací tabák**. Jiná forma, která není tolik rozšířená, je **šňupání tabáku**. *„Pokusy o užití jinou aplikační formou (např. odvar z cigaret) mohou končit i smrtí, nikotin je poměrně toxický. Smrtelná dávka se pohybuje kolem 80 mg“* (Minařík, 2007, s. 142). Podle Králíkové (2003) však rychle vzniká tolerance.

Nikotin je jednou jedinou návykovou látkou ze 4000 až 5000 složek tabákového kouře. Stejně tak v samotném tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Závislost na tabáku začíná nejprve psychosociální závislostí (příklad: psychická - kuřák si dá cigaretu cestou do práce, je na to zvyklý; sociální - kuřák je zvyklý chodit na cigaretu společně s kamarády). Až později, po delším užívání tabáku (záleží na podobě receptorů v mozku) vzniká fyzická závislost. Fyzickou závislostí trpí přibližně 60 až 70 % kuřáků (Králíková in Kalina, 2003, s. 205).

Cigaretový tabák (v menší míře i dýmkový tabák) dnes obsahuje kolem 700 přidaných látek pro různé účely. Například několik desítek chemikálií, které mají co dočinění s psychosociální závislostí, je obsaženo v cigaretovém kouři pro ladné vinutí dýmu.

Účinky nikotinu

Akutními příznaky se rozumí nevolnost, bolesti hlavy, průjem nebo lokální podráždění sliznice. Takové příznaky některé odradí, jiní je překonají (většinou pod sociálním tlakem), a jelikož zde rychle vzniká tolerance, později se už nevyskytují. Abstinenční příznaky se objevují po několika hodinách od poslední dávky nikotinu. Jsou jimi například nezvladatelná touha po cigaretě (nebo jiné variantě tabáku), nervozita, náladovost, podrážděnost, smutek až deprese, únava nebo poruchy spánku.

Rizika užívání nikotinu

Užívání tabáku, co se týče psychologických a sociálních rizik, nevede ke změněným stavům psychiky. Je to legální a dostupná, tolerovaná droga, navíc psychicky bezpečná. Tato minimální psychologická a sociální rizika mohou lidem bránit uvědomění, že na druhé straně existují rizika somatická. *„Tabák prakticky zabije každého druhého svého konzumenta, jinak řečeno, kuřák zemře s pravděpodobností 1:1 v důsledku užívání tabáku, průměrně asi o 10 let dřív než nekuřák – ovšem citlivost na 4 – 5 tisíc látek tabákového kouře je individuální a není reálné ji konkrétně posoudit. Celosvětově nyní umírají ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 tisíc každý rok v důsledku nemocí způsobených tabákem. Ve dvacátém století má tabák na svědomí kolem 100 milionů obětí, ve 21. to už bude miliarda“* (Králíková in Kalina, 2003, s. 206).

Kouř, který se kuřákům dostává do plic, obsahuje obrovské množství různých druhů **chemických sloučenin** ve formě tuhých částic (nikotin, benzen a dehet) a **plynů** (oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd). Dosud bylo z tabákového kouře rozpoznáno **asi 60 karcinogenních látek**, tedy látek, které jsou schopné vyvolat některý druh rakoviny. Nikotin je jedna z nejsilnějších účinných látek a **jeden z nejtoxičtějších jedů**. Jedna cigareta obsahuje 2 mg nikotinu, z nichž se naštěstí většina spálí, a do těla se dostane minimální množství. Kouření **zvyšuje krevní tlak a srdeční tep**. Za příčinu závislosti na tabáku považujeme právě nikotin. Ten ale působí na psychiku různě a jeho účinek není zatím plně objasněn. Často je jeho působení popisováno jako **pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí**.

Relativně velkým problémem při kouření je zde **oxid uhelnatý**, který je nevyhnutelným důsledkem spalování. Způsobuje snížení schopnosti krve přenášet kyslík, což pro kuřáka znamená **až 15% deficit kyslíku**. Při kouření **stoupá produkce potu**

a může dojít k zúžení zornice. Účinky nastupují v rychlém tempu, krátce po užití, jelikož dochází k rychlému vstřebávání v plicních sklípcích. U nezkušeného kuřáka může dojít k **intoxikaci** (akutní otrava), která se projevuje bolestí hlavy, smrtelně studeným potem, zvracením, nevolností a závratí.

Velmi vysoké dávky vedou k **ochrnutí centrální nervové soustavy**. Smrt nastane z důvodu obrny **dýchacího centra**.

U dlouholetých kuřáků (chronické užívání nikotinu) dochází k poškození organismu. Nejzávažnějším rizikem je **poškození dýchacích cest plic**. To způsobuje opakující se záněty horních dýchacích cest, zhoubné nádory, a to především **nádory plic**. Dále dochází k **infarktům myokardu a k postižením na cévách dolních končetin**.

Kouření má **negativní vliv na pokožku a pleť uživatele**. Pokožka rychleji stárne. Je prokázáno, že kouření u žen může způsobit komplikace v průběhu gravidity. **Ohrožuje zdraví novorozence** i samotnou plodnost ženy. Kouření má za následek větší riziko **spontánního potratu** a u mužů ovlivňuje **potenci**.

Kouření má negativní následky i na osoby, které nekouří. Jsou to takzvaní **pasivní kuřáci**. Mnohdy jsou nuceni dýchat kouř ostatních kuřáků, kteří se pohybují kolem nich. Prvními oběťmi pasivního kouření jsou **děti kuřáků**, u kterých byly prokázány **častější záněty průdušek**, a další respirační choroby (Minařík, 2007).

3.4 Marihuana

Charakteristika

V taxonomii a botanice se obvykle, i přes poměrně značnou nejednotnost v minulosti, rozlišují tři druhy konopí: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* a *Cannabis ruderalis*. Podle Minaříka (2007) vedle těchto tří existují ještě další druhy *Cannabis*, a to určené pro průmyslové využití, kde je jen minimální obsah psychotropních látek. Všechny druhy konopí jsou dvoudomé rostliny, to znamená, že mají jak samčí, tak samičí rostliny. Dosahují vzrůstu maximálně dva metry. Samičí rostliny jsou mohutnější a významnější než samčí, a to z hlediska hospodářského, a hlavně z hlediska obsahu psychoaktivních látek. Konopí je dnes rozšířené prakticky po celém světě, pravděpodobně původně šířené z Asie. Prospívají mu oblasti s teplým klimatem, ale dá

se pěstovat i v České republice, především na severní a jižní Moravě. Konopí je zneužíváno na černém trhu ve dvou základních formách: marihuaně a hašiši.

Konopné drogy jsou běžně užívány především kouřením. Méně často se setkáme s perorálním užitím, například v různých pokrmech nebo nápojích (mléko, čaj). K takové přípravě je nutné, aby se účinné látky rozpustily v tucích, příprava je tedy složitější. Při perorálním užívání může dojít k předávkování, jelikož očekávaný stav přichází značně později než při kouření marihuany. První příznaky se dostaví asi za 30 minut, efekt stoupá pomalu. Vrcholu dosahuje po jedné až pěti hodinách a odeznívá po několika dalších hodinách. Uživatel tak netuší, kolik účinných látek již do sebe dostal.

Marihuana domácí produkce obsahuje 2 až 8 % psychoaktivních látek. Zahraniční obsah psychoaktivních látek se pohybuje od 6 do 14 %. Dnes se na černém trhu můžeme setkat s novými technologiemi pěstování marihuany při umělém osvětlení, navíc se pěstuje v živném roztoku bez půdy (hydroponie). „*Šlechtěné vysoce potentní odrůdy tak dosahují značně vysokého obsahu účinných látek přesahujícího někdy až hranici 20 %*“ (Miovský in Kalina, 2003, s. 175).

Účinky konopí

Psychicky aktivními látkami obsaženými v konopí jsou tzv. *cannabinoidy*. „*Pryskyřice obsahuje čtyři základní látky: D1 – tetrahydrocannabinol se třemi variantami, ze kterých dvě vznikají teprve ukládáním pryskyřice jako artefaktu: cannabidiol (CBD) a cannabinol (CBN)*“ (Miovský in Kalina, 2003, s. 174). Vědecký výzkum cannabidiolu v dnešní době ukazuje mnoho zdravotních přínosů, a právě proto stále častěji probíhají diskuze o užívání marihuany jako léčebného přípravku. Cannabidiol nezpůsobuje halucinace, není psychoaktivní. Jeho pozitivními účinky jsou například zvýšená chuť k jídlu, zmírnění nevolnosti a pocitů na zvracení a zmírnění pocitů úzkosti (CBD by mohl být v budoucnu lepší alternativou antidepresiv, které mívají nežádoucí účinky a jsou návykové). Dále působí jako antipsychotikum (schizofrenie), analgetikum a má protizánětlivé účinky. Některé studie naznačují, že by CBD mohl mít dokonce ochranné účinky proti vývoji některých druhů nádorů. Bohužel, v marihuaně dnes uměle pěstované pro rekreační účely, je obsah THC mnohem vyšší než obsah CBD. Psychicky nejaktivnějšími látkami obsaženými v marihuaně a hašiši jsou 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol, THC. Tato účinná látka se

váže na kanabinoidní receptory v mozku, na které se za normálních okolností vážou naše vlastní endogenní látky s podobným účinkem – anandamidy, vyvolávající pocity uvolnění a euforie. THC pak anandamidy vytěšňuje z vazby na kanabinoidní receptory, což má při dlouhodobém užívání THC za následek utlumení jejich produkce.

Nejčastějšími doposud popsanými příznaky užívání THC jsou překrvené spojivky, sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu nebo pocit hladu (z tohoto důvodu došlo také k experimentování při léčbě nechutenství), deformace ve vnímání času a prostoru, sluchové, hmatové a častěji zrakové iluze. Asi nejznámějším účinkem je dobrá nálada, euforie a záchvaty smíchu. Stav pod vlivem THC svádí k hlubokému zamýšlení se, ponoření se do vlastních nálad, pocitů, myšlenek a fantazií. Velmi ojediněle, většinou u osob k tomu disponovaných, se mohou objevit agresivní či depresivní rozlady nebo úzkostné stavy. Od příjemných stavů se intoxikovaný může dostat k těm nežádoucím. Nezřídka se intoxikace může projevit nevolností až zvracením (Miovský in Kalina, 2003, s. 174).

Při velmi častém a dlouhodobém užívání konopných látek se dostávají jemné poruchy některých z kognitivních funkcí, jako je zhoršení v oblasti krátkodobé paměti nebo schopnosti delšího soustředění se. U predisponovaných osob se mohou rozvíjet stavy deprese, úzkosti a napětí. Takové stavy mohou vyústit až v panickou poruchu, kdy může dojít k sebepoškozování, nebo naopak k agresivní vůči okolí.

Rizika užívání konopí

Dodnes není znám případ, kdy by se někdo předávkoval marihuanou s následkem smrti. „*Psychická závislost se dostavuje asi u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů*“ (Miovský in Kalina, 2003, s. 176). Je ale obecně známo, že **somatickou závislost konopné drogy nevyvolávají**. Nikde **nenarazíme ani na vzestup tolerance**, který u jiných návykových látek vede ke vzrůstajícím potřebným dávkám. O odvykacím stavu se dozvíme velmi málo. „*V literatuře někdy bývá popisován u výjimečných případů (např. Popov, 2001) odvykací stav projevující se psychomotorickým neklidem, podrážděností, nervozitou, úzkostí, depresivní rozladou, bolestmi hlavy*“ (Miovský in Kalina, 2003, str. 176). V tomto případě se podle Miovského často setkáme v literatuře s názorem, že se jedná o osoby se sklonem k somatizaci psychických problémů, k jejichž řešení plně stačí **psychoterapeutická intervence**.

Mnohdy můžeme slyšet o marihuaně o jako tzv. „**vstupní / iniciační / startovací droze**“, v angličtině pak „*gateway drug*“. Například v knize „Máme doma feťáka – abeceda osudů“ od Bedřicha Čermáka si můžeme všimnout, že skoro každý příběh začal užíváním marihuany, a až poté děti přešly na tvrdší drogy. Méně často si už všimneme, že tzv. „*stepping stone*“, což znamená právě přechod na tvrdší drogy, může být pití alkoholu a kouření cigaret. A podle Miovského je to právě tak. **Alkohol a cigarety** považuje za **největší riziko** v souvislosti s přechodem od lehčích drog k těžším. To samozřejmě neznamena, že marihuana nemůže být vodítkem k tvrdším drogám. Ve společnosti, kde se marihuana vyskytuje, se může objevit spousta dalších drog.

Při častém a dlouhodobém užívání marihuany se objevují **jemné poruchy kognitivních funkcí**, jako je zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se.

Uživatel marihuany, který nemá kontrolu nad pěstováním konopí (tedy nepěstuje si sám, shání marihuanu většinou přes kamarády) vlastně nikdy nemůže vědět, jaký obsah THC má právě ta rostlina, kterou si pořídil. Pokud se jedná o dlouhodobého uživatele, problém s vyšším množstvím THC by neměl být problém. Pokud by se ale dostalo většího množství THC uživateli, který není zvyklý pravidelně kouřit marihuanu, mohlo by mu způsobit značné potíže. Může se dostavit **nevolnost až zvracení, panika, pocity úzkosti, nadměrná únava nebo pocit chladu**. Pro nezkušeného uživatele to může být velmi nepříjemný zážitek, který by ho ale neměl ohrozit na životě. Výjimečně může dojít také k mírným stavům **zmatenosti**, které se projevují dezorientací, poruchami myšlení a emocí. U některých osob, které mají vrozenou či vytvořenou dispozici, „*může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Ty mohou při vystupňování přejít až do **panického stavu**, kdy hrozí nebezpečí **sebepoškození** či naopak **agrese k okolí***“ (Miovský in Kalina, 2003, str. 177)

Rizika v užívání marihuany se mohou projevit při **řízení motorových** (i nemotorových) **vozidel**. Je prokázáno, že THC negativně ovlivňuje schopnosti člověka v řízení motorových vozidel nebo obsluhu nebezpečných strojů a zařízení. Zde je ale nutné podotknout, že **po užití alkoholu je riziko vyšší**.

4 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK MLADISTVÝMI

4.1 Příčiny

Obecně existuje mnoho různých příčin, které vedou jednotlivce k užívání návykových látek. Odborníci říkají, že nejdůležitější je co nejrychleji najít příčinu užívání a snažit se ji odstranit. V případě, že se příčinu podaří včas odhalit, je větší pravděpodobnost, že se osobnost jednotlivce rychleji napraví.

4.1.1 Nejčastější příčiny užívání drog u dětí a mladistvých

Biologický předpoklad

„Skoro 50 % léčených má v rodině alespoň jednoho z rodičů závislého, proto se sami stanou rychleji závislými“ (Špaleková, 2011, s. 8). Znamená to, že přebírají vzorce chování od svých rodičů.

Tlak okolí nebo vliv rovnocenné skupiny

Jde o typickou touhu dítěte nebo mladistvého být stejný, nebo chovat se stejně, jako „ti ostatní“. Dítě chce někam patřit. Má pocit, že když se nebude chovat stejně, nebude dělat stejné věci, bude vyloučen ze skupiny. Má strach, že přijde o své kamarády, přičemž si neuvědomuje tlak z jejich strany. To nejhorší pro dítě v danou chvíli je, odlišovat se od ostatních. Potřebuje být přijato.

Přebírání vzorců chování dospělých a postojů rodičů

Často se setkáme s dětmi, jejichž rodiče je poučují o tom, že drogy a alkohol jsou špatné a nesmějí žádné drogy zkoušet. Děti to vědí nejenom od rodičů, ale většinou také ze školy, kde dnes pravidelně probíhají různé přednášky o drogách. Jistě existují také rodiče, kteří o drogách s dětmi nemluví vůbec, nepoučují je. Ale také existují rodiče, kteří se o své děti bojí, poučují je o drogách, ale přesto sami kouří cigarety a pijí doma alkohol. A toho si děti samozřejmě také všímají.

Zpočátku tedy mohou děti odmítat různé návykové látky, aby daly na rady svých rodičů. Na druhou stranu si samozřejmě uvědomují, že rodiče to mnohdy dělají také. V takovém případě v podstatě nevidí moc důvodů, proč si to alespoň nezkusit. Navíc, někdy mohou mít pocit, že pokud budou dělat to samé, co dělají jejich rodiče nebo jiní

dospělí, budou se cítit také více jako dospělí. Děti přece již od útlého věku **napodobují dospělého**. Tedy napodobit například otce kuřáka není žádný problém.

Životní krize nebo útek od problémů

Nejenom dospělí se musí pravidelně vyrovnávat se **stresem, zátěžovými situacemi a různými nepříjemnostmi**. V případě adolescentů může být jejich prožívání mnohem rizikovější.

Prostý rozvod rodičů, změna bydliště, školy, a tím i ztráta kamarádů a hledání nových, s sebou mohou nést velice špatné následky. Zvláště pak ve věku zhruba od 12 do 18 let. Mladiství se s takovými situacemi často ještě **nedokáží vyrovnat** bez následků. Jejich psychický stav se v krátké době výrazně mění a ať se rodiče snaží jakkoli, nic nemusí pomoci. Dítě se cítí **bezmocné** a nehodlá přijmout určitý fakt. Snaží se tedy najít způsob, jak se nepříjemných pocitů zoufalství zbavit. Jakmile někde narazí na drogy, je pro něj až moc snadné souhlasit a zbytečně odmítnout. Například po užití marihuany zjistí, že může alespoň na chvíli **zapomenout** na to, co se v jeho reálném životě děje. Nebo se mu to v tomto stavu nezdá být tak strašné nebo smutné. Naopak si to může velice užít. Bohužel, **po odeznění stavu se deprese vrátí**, dokonce se může stát, že se vrátí v ještě větší míře. To vede k dalšímu užití marihuany.

Únik před vnitřními emotivními problémy nebo depresí

Tato možnost úzce souvisí s výše popsanými důvody, které mohou vést k závislostnímu chování. „*Období dospívání je náročné. Je to věk, kdy rychle nastávají změny. Ne každý je připravený na tyto změny, protože může dojít k depresím. Deprese se může projevat jako problém s koncentrací, ztrátou zájmů, jako je vyhýbání se kamarádům, impulzivní chování, agrese, změna v návycích (stravování, spánek), projevy bezmoci, sebevražedné sklony, úvahy o smrti, porucha příjmu potravy, experimentování a pravidelné užívání drog*“ (Špaleková, 2011).

Touha po euforii

Někteří lidé, kteří již mají zkušenosti s drogami, tvrdí, že pokud vyzkoušíte určitou drogu, dostaví se vám velice **příjemné pocity**, budete se mít krásně, budete se smát, budete mít dost energie, nebudete myslet na povinnosti, zapomenete na různé aktuální starosti, apod. Samozřejmě i mladiství se s takovými lidmi setkají a často

takovým věcem věří. Totiž takové věci mohou být pravdivé. Ale každý člověk je jiný, a na stejnou drogu i na stejnou dávku reagovat úplně jinak. Tento fakt nemusí znát každý, a tedy drogu vyzkouší. Pravděpodobně právě proto, že se v danou chvíli necítí zrovna nejlépe a chce, aby se mu ulevilo. Chce se cítit svobodně, nemyslet na špatné věci, na povinnosti, na školu. Zkrátka chce na pár hodin „utéct“. Někteří lidé mohou brát drogy jen proto, že se nudí. Potom je ale velice pravděpodobné, že se stane na droze závislý, ať už fyzicky nebo psychicky.

Zvědavost a nuda

V období dospívání je **zvědavost a nuda** typická. A pokud se člověk nudí a později uslyší o něčem, co je prý skvělé a udělá ho to šťastným, proč by to neměl zkusit? Všechny tyto důvody jsou vcelku jasné a ve své podstatě pochopitelné. Proto by měly být předmětem diskuze o návykových látkách mezi dítětem a rodiči. Zvláště v období **puberty** nebo ještě před ní.

Se strachem o svoje dítě v souvislosti s návykovými látkami bojuje určitě každý rodič, kterému na jeho dítěti záleží. Pokud je tomu tak, sehnat si literaturu o této problematice nikdy není od věci. Sice neexistuje jedno jediné pravidlo, jak se chovat, pokud vaše dítě bere drogy, ale určitě se dá nastudovat, jakých chyb se raději vyvarovat, abychom situaci sami více nezhoršili. Každý rodič by se měl o téma drog zajímat. V opačném případě by ho to mohlo zbytečně překvapit a vyděsit (Špaleková, 2011).

4.1.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislostního chování

Bio-psycho-socio-spirituální model člověka (BPSS) je model, se kterým se začalo odborně pracovat zhruba od 70. let 20. století. Zjednodušeně jde o přístup k lidskému zdraví, ve kterém spiritualita hraje důležitou roli. Existuje zde předpoklad, že člověk je celistvá bytost. Věnujeme tedy pozornost vlastnostem naší psychiky, tělu i způsobu, jak fungujeme a jak se formujeme v mezilidských vztazích a ve vztahu k tomu, co je zdrojem naší víry.

Jak je zřejmé z názvu této kapitoly, bio-psycho-socio-spirituální model se skládá ze čtyř úrovní, a to biologické, psychologické, sociální a spirituální. V každé z těchto úrovní můžeme hledat příčiny závislostí na různých návykových látkách. Příčiny

závislostí jsou tedy velmi **komplexní**. U jednoho drogově závislého člověka se rozvíjí závislost například na základě nadměrného pití alkoholu (nebo užívání jiné návykové látky) kvůli psychologickým problémům, u jiného alkoholika můžeme vyvodit genetické (vrozené) dispozice anebo sociokulturní vazby (např. rituály) na užívání konkrétní návykové látky. Nejčastěji jde však o kombinaci několika různých faktorů.

Důsledkem zneužívání návykových látek jsou v podstatě nedobrovolné a nevědomé psychofyziologické stavy, které se umocňují, a člověk se ocitá v postupně se vytvářejícím **bludném kruhu**. Skoro každý orgán v těle člověka je určitým způsobem postižen abúzem návykových látek (Kudrle in Kalina, 2003).

Biologická úroveň

Již samotný novorozenec může mít „zkušenosti“ s návykovými látkami, a to ještě před samotným porodem nebo během něj. Známým příkladem je tzv. fetální alkoholový syndrom – soubor mentálních a tělesných vývojových vad lidského plodu, které jsou důsledkem excesivní konzumace alkoholických nápojů během těhotenství. Ethanol je totiž schopen probourat placentální bariéru a tak se dostat i do těla vyvíjejícího se plodu. U dětí alkoholiček byla prokázána zvýšená pravděpodobnost rizika vzniku závislosti v pozdějším věku. Podobně mohou účinkovat i jiné návykové látky za předpokladu, že je matka toxikomanka.

Za biologické faktory považujeme také podávání psychotropních, tlumivých látek v době porodního stresu, které ovlivňují neurobiologii jedince a tím také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období. Dalšími důsledky mohou být různé nemoci, traumata a další omezující a traumatizující faktory. Biologická úroveň je spolu s ostatními (psychologická, sociální a spirituální) v neustálé interakci a vzájemně se ovlivňují.

Existuje zatím jedna ověřená genetická souvislost týkající se zvýšené tolerance při konzumaci alkoholu u dětí rodičů závislých na alkoholu. Už od prvních zkušeností s alkoholem mají tyto děti vyšší toleranci vůči alkoholu než ostatní jedinci. Taková dispozice se může zdát být výhodná, jelikož jedinec snese více alkoholu než jiní vrstevníci, a přesto mu nemusí být v intoxikaci zle, dokonce i problémovější kocovina ho může minout.

Kámen úrazu nastává ve chvíli, kdy takový jedinec pije více a více, aby dosáhl stejného chtěného ovlivnění jako všichni ostatní. Postupem času se začne scházet spíše s těmi lidmi, kteří jsou už alkoholem vytrénovaní a zvládnou vypít alespoň podobné množství jako on sám. A najednou vzniká komplexní rizikový faktor složený z biologického faktoru v interakci s individuální a sociální potřebou.

Všude ve světě se rozvinuly epidemické vlny drogových závislostí. Biologickým faktorům tyto jevy však za vinu dávat nemůžeme, jelikož lidský genofond nebo další biologické dispozice se u člověka rozvíjejí značně pomaleji. Za tyto jevy mají zodpovědnost spíše „vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, jako je popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot apod.“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 91).

Ve vztahu k závislosti byly na základě výzkumů CNS (centrální nervové soustavy) identifikovány důležité neurotransmitery, neuromodulátory a neurohormony. Vědci odhalují souvislosti mezi změnami neurotransmise a elektrických potenciálů a mezi změnami afektivních a kognitivních funkcí a hladin neurotransmiterů. „Každý z nás má individuální „ustrojení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují změny, které jsou pak charakteristické pro změnu nálad, emocí a kognitivních funkcí“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 91). Například za zvýšení hladiny dopaminu mohou metamfetamin nebo kokain, tedy látky se stimulačním účinkem. Následkem toho jsou pocity euforie, vzrušení a bdělosti. Nejenže tyto látky zvyšují vyplavení dopaminu, ale brání jeho zpětnému vychytávání. Tedy zpočátku „pozitivní“ efekt je vyčerpán a nastupují opačné pocity, což vede k rozvoji potřeby další stimulace a tzv. *cravingu* (bažení). Později můžeme sledovat jisté depresivní nálady, které jsou neblahou součástí odvykacích stavů.

Naše tělo má svoje vlastní, přirozeně se vyskytující endogenní opioidy – endorfin a enkefalin. S nimi společně působí právě opiáty, které na opiátových vazebných místech zesilují účinek, a navíc působí proti tělu vlastním opioidům, jejichž produkce je tím utlumena. A to je druhý mechanismus, který je zodpovědný za bažení (Kudrle in Kalina, 2003).

Psychologická úroveň

Zde je zkoumán vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abúzu návykových látek a rozvoj závislosti. U biologických faktorů jsme se zmínili o postižení plodu v průběhu těhotenství nebo během něj. V období nitroděložního vývoje a porodu můžeme najít nejenom biologické faktory a vlivy, ale také psychogenní faktory, které s biologickými úzce souvisí. Jedná se o psychické zážitky jako prožívání toho, co případně působilo nějaké biologické poškození v perinatálním období. Například, pokud žena v průběhu těhotenství trpí stresem, ať už z jakéhokoli důvodu, informace o tomto stresu se přenáší i na plod. Pokud matka použije léky proti stresu (tlumivé látky), i tato informace se přenesou na plod, který ponese kód o efektu této působící látky při prožívaném stresu. Tento kód v dítěti zůstane a bude čekat na své oživení kdykoli, až bude dítě na světě. Jednou, až si potomek aplikuje stejně působící látku, zažije nový efekt, který je ale v podstatě poznaný, což může rychle posílit vznik návyku.

Dalšími významnými faktory jsou ty, které se objevují až v úrovni postnatální péče, tedy důležité je starat se o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování a podporovat ho v období puberty a dospívání. Rodiče si musí dávat pozor také na duševní poruchy a choroby, jako jsou úzkosti, deprese nebo psychotická onemocnění, a v takových případech poskytnout adekvátní pomoc. V opačném případě může dojít k rozvoji abúzu a vzniku závislosti, jako důsledek počáteční sebemedikace (jedinec si sám „naordinuje“ některou z návykových látek za účelem léčení nemoci, ulevení od bolesti, aj.). Na počátku užívání má anxiolytický (odstraňující nebo snižující úzkost) a antidepresivní účinek například alkohol. Později se však sám stává příčinou stavů, kvůli kterým jedinec začal původně pít (Kudrle in Kalina, 2003).

Sociální úroveň

Sociální úroveň se zaměřuje na jedince jako osobnosti, jejíž zrání se formuje vlivem vztahů s okolím, eventuálně může být toto zrání zbrzděné nebo deformované. *„Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností, jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování“* (Kudrle in Kalina, 2003, s. 92).

Rozlišný život můžeme pozorovat u jedinců z menší obce nebo vesnice a na druhé straně u jedinců z velkoměsta. Konkrétní okolnosti působící na jedince nalezneme přímo v prostředí samotných rodinných vztahů, pokud rodina nechybí vůbec. Na dospívání v procesu sociálního učení se podílí prvotně rodina se svými vlastními pravidly a morálkou.

V dnešní době se často mluví o rozpadu manželství a tedy rodin. V souvislosti s tím můžeme slyšet o nedostatku času, který je mladým lidem věnován, a tím pádem o negativním formování zrání mladých lidí. Mladí jsou přirozeně v závislé pozici a vyhledávají identifikační vzory mimo rodinu. Chytají se silných skupin nebo jedinců. To, co hledají, je pocit důležitosti, sounáležitosti, potřebnosti a směřování k nezávislosti.

Může se stát, že dítě vyrůstá v rodině, ve které je jiná osoba závislá na návykové látce. Pro dítě se takové chování může stát normou. Abúzus jednoho z rodičů (eventuálně obou rodičů) je třeba tajen a vydáván za únavu (opilost) nebo onemocnění (kocovina). Ať už jde o cokoli ve spojení s návykovými látkami v rodině, takové téma bývá tabuizováno. Pro jedince žijícího v prostředí se závislým to znamená dysfunkční vztahy. Jedinec je vystaven prudkým změnám nálad či postojů a nepředvídatelnosti příštích hodin, jelikož se rodičov stav neustále mění z intoxikace ke střízlivosti a naopak. V takovém prostředí je jedinec vystaven fyzickému nebo i emočnímu zneužívání, poslouchá různé sliby ze strany rodičů a později se dočká jejich neplnění. Nezřídka se takové dítě nebo mladistvý později také stává závislým jako důsledek tzv. kodependence – závislosti na druhém – a zároveň jako důsledek snahy o zmírnění prožívaného utrpení.

V procesu sociálního učení samozřejmě nesmí chybět styk s ostatními vrstevníky. Nejčastěji se pravděpodobně setkáme s typickým rčením: „*chytil se špatné party*“. Bohužel, tato možnost relativně často vede k začátku braní drog, a proto je nesmírně důležité snažit se být tím správným vzorem a dopřávat dítěti rozumné množství aktivit, jako jsou například různé kroužky anebo sporty (Kudrle in Kalina, 2003).

Spirituální úroveň

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za

každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 93).

Tato úroveň se stala populární nejvíce díky Anonymním alkoholikům, a to ve 12. krocích AA. Hovoří se zde o neurčité Vyšší moci, která má vrátit smysl našemu životu a pomoci uzdravit se. Pojem *spirituální* se zde odlišuje od pojmu *náboženský* v tradičním pojetí slova smyslu – „*Z Preambule AA: AA nejsou spřízněni s žádnou sektou, církví, politickou organizací ani s žádnou jinou institucí, nepřejí si zaplést se do jakékoliv rozepře, nepodporují žádné vnější programy ani žádným jiným programům neodporují.*“

Program AA vznikl v roce 1935 v americkém státě Ohio. Je to svépomocná mezinárodní skupina pro osoby postižené alkoholismem. Program AA tedy není založen na kvalifikované odborné pomoci, a i přesto je stále jedním z nejefektivnějších programů určených pro stabilizaci závislosti. Některé terapeutické programy dokonce dodnes přebírají zkušenosti z AA, jelikož jejich ideje jsou v praxi potvrzeny jako účinné. V České republice je program AA od roku 1990. Dnes zde existuje více než 60 skupin, například v Praze a Brně probíhají mítinky každý den.

Člověk, který sice již stabilizoval svoji abstinenci, se stále zabývá tématy své vlastní existence, (ne)smyslu života a bytí, depresí, smutku, pocitu ublíženosti, aj. Proto je důležité pracovat na vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí nebo hostility. Člověk nakonec musí přijmout reálné možnosti, které život nabízí a poskytuje. „*Objevují se tvrzení, že krize, kterou znamená závislost, je především duchovní krizí, žízni po celistvosti*“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 93).

Vědomí člověka je obvykle orientované na hmotnou realitu. Přístupy ve spirituální úrovni se zabývají právě objevováním významu jiných úrovní vědomí. Tyto stavy mohou přijít spontánně, ve formě krize, anebo jsou výsledkem empatického rozhovoru s blízkou osobou nebo terapeutem. Další způsoby, které nám mohou napomoci k vnímání života odlišným způsobem – aktivizaci vnitřního ozdravného potenciálu a spirituálního naplnění, jsou například relaxace, cvičení jógy, holotropní dýchání a jiné, tedy hlubinné zážitkové metody.

„Určité procento lidí dnes závislých na drogách hledalo původně v drogách naplnění této potřeby. ... Namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor

fatální vazbu na drogu jako závislý. ... Lze shrnout, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální“ (Kudrle in Kalina, 2003, s. 94). V posledních desetiletích můžeme pozorovat stále rostoucí zájem o spiritualitu v psychologii i ve zdravotnictví.

4.2 Znaky závislosti

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) má pro jedince užívání nějaké návykové látky přednost před něčím jiným, čeho si člověk dříve vážil a cenil. Toto onemocnění se charakterizuje silnou a přemáhající touhou užívat psychoaktivní látku. Jedinec si takovou touhu uvědomuje, ale často ji nepřiznává. Často se může pokoušet touhu kontrolovat nebo úplně zastavit, většinou však neúspěšně.

Aby byla stanovena **diagnóza závislosti**, je nutné, aby se v posledním roce objevily alespoň tři z následujících znaků:

- *„silná touha a nutkání užívat látku,*
- *potíže v kontrole užívání látky,*
- *užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,*
- *průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu),*
- *zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,*
- *pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)“* (Orlíková, 2007, s. 19).

Znaky závislosti podle Karla Nešpora jsou, stejně jako u Orlíkové, silná touha nebo pocit puzení užívat látku (tzv. craving, bažení), potíže v sebeovládání, somatický (tělesný) odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

Již výše jsme uvedli druhy závislosti. Existuje závislost psychická, fyzická, popřípadě sociální. Lidé, kteří nemají vlastní zkušenosti se závislostí na některé z návykových látek, si často myslí, že fyzická závislost je příčina všech problémů. Pravdou je opak. To, co závislé nejčastěji vrací zpátky k droze, je právě **psychická**

závislost. Dá se ovlivnit mnohem hůře a není to zdaleka jen o „pevné vůli“. Různá léčebná zařízení, jako jsou například terapeutické komunity, existují hlavně kvůli psychické složce závislosti. Nabízejí dlouhodobou léčbu. Aby byla taková léčba úspěšná, je na tom třeba pracovat několik měsíců či let (Orlíková, 2007).

4.3 Prevence

4.3.1 Primární prevence

Jako primární prevenci označujeme **veškeré možné konkrétní aktivity**, které jsou uskutečňovány **s cílem předejít problémům a následkům**, které by mohly zapříčinit zneužívání návykových látek v budoucnu. Stejně tak se problémy mohou objevit spolu s ostatními sociálně patologickými jevy (SPJ). Prostřednictvím primární prevence se tedy jedná o snahu předejít problémům, případně **minimalizovat jejich negativní dopad a zamezit jejich rozšíření** (Marádová, 2006).

Primární prevence má tedy zabránit vzniku drogové závislosti, nejlépe zabránit nebo **předejít styku jedince s drogou**. Principem pro úspěšnost primární prevence drogové závislosti je **snížování nabídky drog** a zároveň **snížování poptávky po drogách. Děti a mládež jsou nejvíce ohrožovanou skupinou obyvatel**, a proto je převážná část specifických preventivních programů zaměřena právě na ně. Často také bývá součástí výchovně vzdělávacího procesu ve školách (Šustková-Fišerová, 2004).

Je velice obtížné dosáhnout uspokojivých výsledků, jelikož **děti a mládež jsou přímo obklopeni drogami**. Cigarety, alkohol a dnes i marihuanu dokážou sehnat relativně snadno a rychle. Nejčastěji s těmito drogami začnou kvůli skupině kamarádů, kterým se chtějí „vyrovnat“ tím, že je napodobí, budou se chovat jako oni a budou brát drogy jako oni.

Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi třemi vrcholy trojúhelníku: **uživatel, prostředí a droga**. Úkolem prevence je podpořit protektivní faktory, a naopak omezit ty rizikové, z nichž oba druhy faktorů se právě vážou na jednotlivé vrcholy trojúhelníku. U drogy sledujeme její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace, rozšíření, aj. Rizikovými nebo protektivními faktory u člověka jsou zejména osobní charakteristiky. Samozřejmě neexistuje struktura osobnosti, která by stoprocentně

předurčovala závislost nebo naopak, která by stoprocentně chránila před vznikem závislosti.

Riziko vzniku závislosti může zvýšit mnoho faktorů. U člověka jsou to například nízké sebevědomí a sebehodnocení, nedostatek asertivity (neschopnost čelit tlaku vrstevníků), poruchy chování, zdravotní handicap, nevhodné sociální vazby, stres a sklon k depresím. Podle Kaliny lze uvažovat o dvou typech osobnosti inklinující k problémům: „1) osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, 2) osoby extrovertované, se zvýšenou dráždivostí až agresivní“ (Kalina, 2003, s 275). Existuje představa, že osoby prvního typu mohou inklinovat spíše k drogám stimulačního typu a osoby druhého typu spíše k opiátům (pro pocit vnitřního zklidnění). Třetí vrchol trojúhelníku je prostředí, to znamená působení všeho, co je kolem nás, co nás obklopuje:

- 1) společnost: společnost, jíž jsme součástí a její postoje a normy, vztah a postoje k drogám, dostupnost drog, nabídka a poptávka po drogách, oslabení rodin, rozvodovost atd.,
- 2) rodinné prostředí: v této oblasti hraje velkou roli matka; matky závislých jsou často hyper protektivní nebo naopak hostilní, na druhé straně je typický chybějící, slabý otec nebo naopak tvrdě výkonově orientovaný; dále atmosféra v rodině, sourozenci, výchovný styl, míra lásky, péče a sounáležitosti, hodnoty a normy v rodině, užívání návykových látek v rodině aj.,
- 3) vrstevnické prostředí: jedná se hlavně o kamarády, partu a školu obecně; jedná se o velice důležitý faktor, který může hrát větší roli než droga sama – záleží totiž na hodnotách, životním stylu a módě konkrétní skupiny lidí (význam pro využití v prevenci ve strategii „peer“, vrstevnických programů).

V dnešní době se můžeme setkat s postojem, že užívání návykových látek mladistvými je „normální“. Podle mladých je normální spíše brát drogy než nebrat. Média tyto postoje často potvrzují. Úkolem primární prevence je mj. přesvědčit děti a mladistvé o tom, že drogy znamenají nebezpečí, že většina naší společnosti drogy neužívá, a že užívání drog nemohou vnímat jako „normální“ (Kalina, 2003, s 275).

4.3.2 Sekundární prevence

Zde se jedná o **včasnou intervenci, poradenství a léčení**. Během sekundární prevence se pracovníci snaží předejít vzniku, rozvoji a přetrvávání problémového užívání návykových látek u osob, které **jsou již drogou zasaženi** (Marádová, 2006).

Úkolem sekundární prevence je snaha o abstinenci závislého a co největší snížení újem na zdraví, které byly způsobeny toxickými účinky drog. Sekundární prevence tedy zahrnuje **veškeré léčebné programy**. Zde je zásadní komplexní přístup, který zahrnuje psychologický přístup, úpravu sociálního zázemí pacienta a eventuálně farmakoterapii. Kromě psychologických postupů nebo změn prostředí, lze použít náhradní aplikační formy drogy a **postupné snižování dávek** či podání jiných látek s podobnými nebo stejnými účinky jako původní droga. Taková látka je **méně návyková**. Nejznámější substituční léčbou je léčba heroinové závislosti pomocí metadonu. Tuto léčbu poskytují substituční centra. Naproti tomu Buprenorfin (Subutex) může být předepsán i psychiatrem nebo praktickým lékařem. Buprenorfin léčí opiátové závislosti (Šustková-Fišerová, 2004).

V České republice existují **substituční programy**:

- **subutex (neboli buprenorfin)**: je využíván k substituční terapii závislosti na opioidech (např. heroin), navozuje podobný stav, jen s nižší intenzitou a bez tzv „peaku“, což je krátce trvající intenzivní pocit po aplikaci heroinu; subutex se vyrábí ve formě tablet, které se rozpustí pod jazykem, je také návykový, ale v menší míře, stejně jako opioidy může být také zneužíván,
- **suboxone**: stejně jako subutex obsahuje aktivní složku buprenorfin, ale suboxone navíc obsahuje naloxone – v případě zneužití se dostaví vážné abstinenci příznaky; v případě podání léku pod jazyk (rozpuštění), jak je doporučeno, se naloxone nevstřebává, takže pacient ucítí jen účinek buprenorfinu; tedy naloxone se do suboxonu přidává, aby odradil od nesprávného použití nebo zneužití
- **metadon**: na rozdíl od suboxonu (parciální opiový agonista) je metadon plný opiový agonista, je to tekutý orální lék, který se podává pod přímým dohledem lékaře nebo na metadonové klinice, přesně vyměřené dávky

snižují riziko předávkování a snižují touhu po heroinu, je silně návykový, může způsobovat pocity euforie až halucinace, ve vyšších dávkách působí tlumivě, může vyústit až v zástavu dechu.¹

4.3.3 Terciární prevence

Do terciární prevence patří **sociální rehabilitace, podpora v abstinenci, ale i prevence rizik u uživatelů, kteří neabstinují**. Snaží se tu tedy předcházet vážným a trvalým zdravotním nebo sociálním poškozením, které by plynuly z užívání drog (Marádová, 2006).

Jinak řečeno se jedná o **snižování rizik při užívání drog**, tedy *Harm Reduction* (HR). Základem tohoto pohledu je **pragmatický přístup**. Nemůžeme usilovat o úplné odstranění drog a jejich užívání, jelikož je prakticky neodstranitelné. V *Harm Reduction* se snaží pracovat jenom tak, aby byly negativní důsledky užívání návykových látek co nejmenší, snaží se omezit či zmírnit riziko zdraví a život ohrožující infekce, které se šíří kvůli sdílení injekčních jehel při nitrožilní aplikaci drog. Tyto nemoci, jako je AIDS a hepatitidy B a C, se mohou šířit i nechráněným pohlavním stykem. Existují ale další rizika, jako je předávkování, ztráta lidské důstojnosti, vyloučení ze společnosti, aj. Mezi nejznámější postupy užívané v HR patří bezplatné poskytování kondomů a podávání důležitých informací (v oblasti bezpečného sexu, o možnostech léčby či jiné odborné pomoci, o rizicích vznikajících spolu se závislostí), nácvik bezpečnějšího užívání nástrojů pro aplikaci drog (zabránění šíření infekčních chorob, např. žloutenky) a výměna injekčních setů za sterilní – „výměnné programy“. Do oblasti HR patří také substituční programy (viz kapitola Sekundární prevence) a aplikační místnosti, tzv. „šlehárny“. Tištěné materiály s informacemi pro drogově závislé jsou specifické a jejich šíření musí být omezeno pouze na okruh klientů, kterým jsou určeny. Např. ve školách by mohly vyvolávat pobouření, obviňování nebo senzaci a mohly by „navádět“ mládež k braní drog. HR se tedy provádí v terénu nebo v nízkoprahových kontaktních centrech.²

¹ Informace o substitučních programech z internetového zdroje: <https://www.substitutni-lecba.cz/>

² Informace o HR získané z internetového zdroje: <https://www.drogy-info.cz>

Mezi další aktivity z HR patří i preventivní přítomnost zdravotníků a pracovníků protidrogových organizací na místech s velkou pravděpodobností výskytu a užívání drog a poskytování veškerých informací o službách, které pomáhají drogově závislým. **Informace** jsou podávány prostřednictvím letáků, internetových stránek nebo zdarma formou osobních konzultací. Důležitým principem HR je **nízkoprahový přístup**, což znamená, že služba musí být snadno přístupná pro všechny a má oslovit co nejvíce lidí, kteří jsou drogově závislí, nebo kteří závislí nejsou, ale vědí o někom, komu by mohli pomoci (Šustková-Fišerová, 2004).

4.4 Specifika působení návykových látek u mladistvých

Závislost na návykových látkách u mladistvých se vytváří podstatně rychleji než u dospělých. Dospělý často potřebuje roky nebo desítky let, aby se vyrovnal mladistvému, kterému na stejnou úroveň závislosti stačí pár měsíců. V dospívání je **častý sklon k riskování a málo zkušeností**. Proto zde existuje **vyšší riziko těžkých otrav**, a vedle toho i **vyšší riziko nebezpečného jednání** pod vlivem návykové látky. Při užívání návykových látek u mladistvých můžeme pozorovat **zřetelné zaostávání v psychosociálním vývoji**, tedy v oblasti vzdělávání, citového vyžívání, sebekontroly, sociálních dovedností, apod.

K větším problémům v souvislosti s rodinou, školou, trestnou činností a naproti tomu návykovými látkami může dojít i při pouhém **experimentování**. Případem experimentování může být také tendence k užívání více druhů návykových látek (ať už současně nebo zvlášť), což s sebou nese riziko otrav a řadu dalších komplikací. U dětí a dospívajících jsou sice časté recidivy závislostí a bouřlivý průběh v dospívání, ale dlouhodobá prognóza může být příznivější. Důvodem je tomu přirozený proces zrání, který může v léčbě nenápadně napomoci (Nešpor, 2000).

Děti a mladiství mají při užívání návykových látek pocit, že se jim nemůže nic stát. Neuvědomují si reálné situace a ztrácejí reálný odhad. **Zaostávají** v psychosociálním vývoji (Špaleková, 2011).

5 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

5.1 Legislativní důsledky

Právní rámec užívání drog a drogové závislosti je zakotven v **zákonu č. 40/2009 Sb., trestním zákonu.**

Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (§ 283)

- (1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.*
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1*
 - a) jako člen organizované skupiny,*
 - b) ač byl za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán,*
 - c) ve značném rozsahu, nebo*
 - d) ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let.*
- (3) Odnětím svobody na osm až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,*
 - a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví,*
 - b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch,*
 - c) spáchá-li takový čin ve velkém rozsahu, nebo*
 - d) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti mladšímu patnácti let*
- (4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán,*
 - a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob nebo smrt,*
 - b) spáchá-li takový čin v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu, nebo*

c) *spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech.*

(5) *Příprava je trestná.*

Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu (§284)

(1) *Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.*

(2) *Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.*

(3) *Odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.*

(4) *Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.*

Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku (§285)

(1) *Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci.*

(2) *Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci,*

(3) *Odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve větším rozsahu.*

(4) *Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ve značném rozsahu.*

Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu (§286)

- (1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.*
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,*
 - a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,*
 - b) spáchá-li takový čin ve značném rozsahu,*
 - c) spáchá-li takový čin ve větším rozsahu vůči dítěti, nebo*
 - d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.*

Šíření toxikomanie (§287)

- (1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.*
- (2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1*
 - a) jako člen organizované skupiny,*
 - b) vůči dítěti, nebo*
 - c) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem.*
- (3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 vůči dítěti mladšímu patnácti let.³*

5.2 Zdravotní důsledky

V případě aplikace **tvrdých drog** (šňupání, nitrožilní injekce) může být uživatel nakažen **HIV**, **virovou hepatitidou typu B a C**, může dojít k **poranění kůže**, cévních stěn (zápal žil, trombóza, zjizvení žil), bakteriální **infekci** krevních cév a srdečních

³ Citováno z internetového zdroje: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

chlopní. Dále může dojít k **abscesu**, což je dutina vzniklá zničením tkáně. Je vyplněná hnisem, obklopená zanícenou tkání a působí velké bolesti.

Dlouhodobé užívání pervitinu může poškodit zuby, způsobit problémy zraku a mnoho dalších komplikací. Poškození sliznice může být následkem šňupání jakékoli drogy. Součástí užívání drog mohou být také **pohlavně přenosné nemoci**, také jako třeba následek promiskuity, prostituce.

Toxické příměsi a účinky drog mohou vést k onemocnění jater a ledvin. Také může dojít k **narušení imunitního systému**, kvůli čemuž může dojít k dalším různým komplikacím, jako například k zánětu kloubů a revmatickým problémům. Kouření marihuany a tabáku způsobuje **plicní a kardiovaskulární onemocnění** (infarkt, rakovina plic, atd.). **Psychické problémy** představují nebezpečí, zvláště **u mladistvých**. Takovými problémy jsou deprese, úzkost, maniodepresivní chování, schizofrenie a další (Špaleková, 2011).

5.3 Sociální důsledky

Užívání návykových látek s sebou nese mnoho životních problémů, které jsou způsobeny nepřímo. Sociální důsledky tedy neplynou přímo ze samotné aplikace drogy, ale z následného chování jedince k okolí. Sociální dopady způsobené závislostmi představují opravdová utrpení, která nežádka závislého donutí vyhledat odbornou pomoc.

Následující sociální důsledky neplatí pro všechny drogy a pro všechny jedince. Čím tvrdší droga (např. opiáty), tím spíše předpokládáme horší následky.

Ztráta zaměstnání bývá jedna z prvních smutných zkušeností závislých. Závislý člověk se ve svém zaměstnání začne chovat jinak, ztrácí schopnost soustředění se, je nervózní, může se začít chovat nevhodně jak ke svému zaměstnavateli, tak ke svým kolegům a přestává dbát o svůj zevnějšek, aniž by si to uvědomoval. Takové, a možné další příčiny vedou ze strany zaměstnavatele k rozvázání pracovního poměru. Na druhé straně existují závislí, kteří nemají (a třeba ještě nikdy neměli) žádné zaměstnání a hledají ho, ale na pohovorech se jim nedaří ze stejných nebo podobných důvodů, které jsou uvedeny výše.

Dalším důležitým důsledkem užívání návykových látek je **odcizení rodiny**. Rodiče, případně sourozenci nebo další rodinní příbuzní, se většinou zpočátku snaží závislému pomoci. Pokud se situace nelepší, závislý může začít doma krást jakékoli věci, které mají alespoň nějakou hodnotu, za účelem koupení další dávky. Závislý může začít být agresivní, dokonce i ke svým nejbližším. Když už si rodiče neví rady, dochází na ostré hádky a nakonec k „vyhození“ závislého na ulici.

Podobné je to se **ztrátou přítele/přítelkyně**. Závislý člověk je pro ostatní lidi jen zátěží, které se nakonec rádi zbaví. Kamarádi a přátelé jsou mnohdy těmi posledními, kteří zbývají. Se závislým se rychle rozloučí, stejně jako rodina a partner. Bohužel, na řadu přicházejí noví kamarádi, a to z řad dalších uživatelů návykových látek. Tímto se závislý může snadno dostat ještě hlouběji do problémů.

Pokud rodiče nebo partner vyhodí závislého z domova, stává se z něj **bezdomevec** nebo tzv. **squatter**. Squatting znamená obsazování domů, budov nebo pozemků, které jsou opuštěné, squatter je nevlastní ani je nemá v nájmu, a tedy nemá žádné povolení k jejich užívání. V České republice může být takové chování považováno za trestný čin. Pokud je závislý člověk bez domova, patří do velmi rizikové skupiny trestných činů. Závislý potřebuje sehnat peníze buď na další dávku drogy, nebo jen na samotné přežití. Stává se z něj **kriminálník**, jelikož se snaží obstarat peníze různou nelegální činností.

K obstarání peněz si mohou závislé dívky pomoci i **prostitucí** – mezi dívkami, které poskytují sexuální služby, je výrazně větší množství uživatelů drog než u jiných dívek stejného věku.

Mezi závislými lidmi je také vyšší procento **sebevražd a pokusů o sebevraždu**. Může to být důsledkem účinku nějaké návykové látky (halucinace, pocit, že může létat), nebo důsledkem jejího odeznění a následného pocitu bezvýchodné situace, beznaděje, bolesti, deprese, úzkosti, aj.⁴

⁴ Kapitola Sociální důsledky převzaty z internetového zdroje: <https://www.substitutni-lecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>

6 STUDIE ESPAD Z ROKU 2015 a 2016

ESPAD je Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, anglicky *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. ESPAD je soubor spolupracujících nezávislých výzkumných týmů ve více než čtyřiceti evropských zemích. Jedná se o největší nadnárodní výzkumný projekt o užívání návykových látek mezi adolescenty ve světě.

Konečným cílem projektu je opakovaně sbírat a porovnávat údaje o užívání návykových látek mezi 15 až 16letými studenty v co největším počtu evropských zemí. Studie ESPAD je realizovaná již od roku 1995, a to v pravidelných čtyřletých intervalech. Česká republika je do tohoto projektu zapojena od roku 2003.

Šesté vlny studie v roce 2015 se zúčastnilo dohromady 35 zemí Evropské unie, včetně České republiky. Do analýzy dat z června 2015 bylo zahrnuto 208 škol a 309 tříd z celé ČR. Cílovou skupinou byli studenti narození v roce 1999, tedy děti z 9. tříd základních škol a 1. ročníky středních škol. Po kontrolách a čištění tvořilo výběrový soubor celkem 2738 studentů narozených v roce 1999.

Hlavní výsledky studie ESPAD 2015 v ČR:

- výrazný pokles prevalence kouření cigaret u 16letých (jak u jednorázových zkušeností, tak u denních a silných kuřáků), výraznější pokles byl zaznamenán u chlapců, rozdíly mezi dívkami a chlapci se vyrovnávají;
- výrazný pokles konzumace alkoholu u chlapců i dívek, upřednostňovaným alkoholickým nápojem zůstává dlouhodobě pivo, až za ním destiláty;
- pozorovaný nárůst průměrného věku prvních zkušeností s alkoholem a cigaretami (sledovaný již v letech 2007 a 2011) pokračuje, konzumace návykových látek, včetně konopných drog, se posouvá do vyššího věku;
- pozorovaný pokles zkušeností mladistvých s nelegálními drogami pokračuje, k významnému poklesu dochází u chlapců, kdežto u dívek se situace nezměnila, a tak se rozdíly mezi dívkami a chlapci vyrovnávají;
- v rámci Evropy jsou zkušenosti 16letých Čechů s návykovými látkami nadprůměrné, nejvyšší výskyt užívání v životě i v posledních 12 měsících se

objevuje u konopných látek, co se týče užívání ostatních látek, jsou výsledky českých studentů srovnatelné s průměrem ostatních evropských zemí;

- téměř dvojnásobně vyšší užívání návykových látek vykazovali studenti středních škol bez maturity a odborných učilišť – rozsah užívání návykových látek se tedy liší s ohledem na typ studované školy;
- dlouhodobě vysoká zůstává subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu a cigaret (i přesto, že tyto látky by těmto studentům neměly být volně dostupné), na druhé straně dostupnost konopných látek se od roku 2007 snižuje, za varovný trend lze označit zaznamenaný opětovný nárůst dostupnosti pervitinu a extáze (od roku 2003 se podle subjektivně vnímané dostupnosti snižovala extáze, od roku 1999 pervitin);
- šestnáctiletí studenti nepovažují příležitostné kouření cigaret, přeměřené pití alkoholu ani příležitostné užívání konopných látek za příliš zdravotně rizikové, ale od roku 2007 narůstá počet respondentů, kteří vnímají zdravotní rizika spojená s intenzivním kouřením cigaret a intenzivním pitím alkoholu, dále klesá počet studentů, kteří považují experiment s pervitinem a konopnými látkami za velké riziko;
- Relativně stabilní je podíl studentů, kteří uvádí, že rádi čtou knihy, věnují se koníčkům a sportují, hraní počítačových her je od roku 2003 skoro stejné, ale výrazně se zvýšil podíl studentů, kteří ve volném čase surfují na internetu a naopak, od roku 2011 dochází k poklesu podílu dospívajících, kteří svůj volný čas tráví s přáteli chozením po venku a večer chozením na zábavy (diskotéky, večírky, ...)

Jelikož studie ESPAD z roku 2015 přinesla velmi překvapivé výsledky, validizační studie ESPAD z roku 2016 byla realizována z důvodu ověření těchto výsledků. Studii realizovalo Národní monitorovací středisko spolu s Národním ústavem duševního zdraví a společností ppm factum a.s. (sběr dat).

Výsledný soubor z roku 2016 tvořilo dohromady 2471 studentů ve věku od 15 do 16 let, ze 115 základních a středních (všech typů) škol. Tato ověřovací studie potvrdila výsledky z roku 2015 (viz Příloha č. 1). Výskyt rizikovější konzumace alkoholu a také

pravidelného kouření cigaret se stejně jako ve studii z roku 2015 objevoval více u chlapců než dívek, stejně tak chlapci častěji uváděli zkušenosti s užíváním nelegálních látek.

U chlapců i dívek, co se týče nelegálních drog, byly nejčastěji uváděny zkušenosti s užíváním konopných látek. Potvrdil se trend postupného vyrovnávání zkušeností s užíváním návykových látek mezi dívkami a chlapci.

Porovnané studie ESPAD z let 2015 a 2016 naleznete na konci této práce v přílohách (Příloha č. 1).

7 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této práce a její následující kapitoly jsou zaměřené na realizaci průzkumu o **prevalenci užívání návykových látek u mladistvých** (cigarety, marihuana a alkohol), o postojích respondentů k užívání těchto návykových látek, o věku, ve kterém dochází poprvé k užívání návykových látek (k tomu také, kdo jim tyto látky poprvé zprostředkoval), o důvodech, proč dané látky respondenti užívají, a nakonec o povědomí negativních důsledků v souvislosti s užíváním marihuany v dospívání.

7.1 Výzkumné šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bude zjistit, kolik studentů má zkušenosti s cigaretami, marihuanou a alkoholem. Vybranou výzkumnou metodou je dotazník sloužící ke sběru dat na vybraných středních školách (gymnáziium a střední zdravotnická škola) a na základní škole v severních Čechách.

7.1.1 Stanovení cílů

Hlavním cíl výzkumného šetření: Zjistit, kolik studentů má zkušenosti s cigaretami, marihuanou a alkoholem.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

- a) Zjistit, zdali existují rozdíly ve zkušenostech s výše určenými návykovými látkami mezi gymnáziem a střední zdravotnickou školou.
- b) Zjistit, v jakém věku nejčastěji děti začínají s užíváním těchto návykových látek.
- c) Zjistit, od koho poprvé dané návykové látky dostali, tedy kdo jim návykovou látku zprostředkoval.
- d) Zjistit, jaké pocity (prožitky) studentům přináší užívání marihuany.
- e) Zjistit, kolik studentů ví (nebo alespoň tuší), že užívání marihuany v dospívání s sebou nese větší rizika než užívání marihuany v dospělosti.
- f) Zjistit, jaké důvody obecně mají děti pro to, aby užívaly návykové látky.

7.1.2 Metodika výzkumu

Jako technika ke sběru dat výzkumného šetření byla vybrána a použita **kvantitativní metoda ve formě polostrukturovaného dotazníku**, jehož účelem je hromadné získávání údajů.

Výhodou dotazníku je následné získání velkého množství dat (s méně podrobnými informacemi) v širším okruhu lidí za krátký čas. Pro vyplnění dotazníků byl vybrán tzv. reprezentativní vzorek, jelikož není možné zkoumat celou populaci. Dotazníkové šetření bylo vytvořeno samostatně autorkou, a to v aplikaci Microsoft Office Word.

Dotazník obsahoval celkem osm otázek (tři se dále větví, a to v závislosti na předchozích odpovědích), zahrnujících otázky především uzavřené, otázky s jednou možnou odpovědí, či s možností označit více vyhovujících odpovědí. Ukázka nevyplněného dotazníku je v Příloze č. 3.

Respondenti měli k dispozici dotazníky v tištěné podobě ve třech různých školách v severních Čechách: gymnázium, střední škola zdravotnická a základní škola. Dotazníky byly rozdávány v průběhu června roku 2018.

Na gymnáziu byly dotazníky rozdány do prvního, druhého a třetího ročníku, stejně tak na zdravotnické škole. Na základní škole byly dotazníky rozdány dětem z 8. a 9. třídy. Jedná se tedy o skupinu studentů ve věku od 13 do 20 let (nejčastěji od 15 do 18 let), průměrný věk byl 16,38 let. Tato věková skupina byla vybrána z důvodu, že se u ní již předpokládají alespoň nějaké zkušenosti s určenými návykovými látkami, u nejmladších respondentů očekáváme teprve počátek užívání návykových látek.

Výsledky výzkumu nemůžeme převádět na všechny české studenty z důvodu nízkého počtu respondentů oproti celkovému počtu všech možných studentů České republiky ve věku od 13 do 20 let.

7.1.3 Hypotézy

Podle výše vypsáných cílů a částečně podle studie ESPAD z let 2015 a 2016 jsme si určili hypotézy:

- 1) Výskyt pravidelného kouření cigaret, konzumace alkoholu a užívání konopných látek je vyšší u chlapců než u dívek.
- 2) Studenti ze střední zdravotnické školy mají více zkušeností s užíváním návykových látek, než studenti gymnázia.
- 3) Většina studentů neví o negativních dopadech v souvislosti s užíváním konopných látek během dospívání.

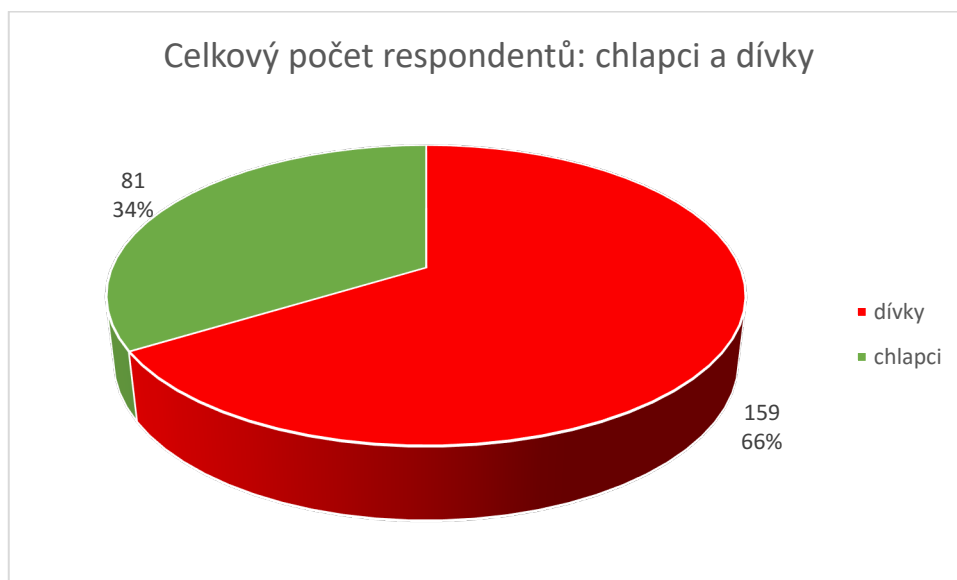
7.1.4 Analýza výsledků

Tato kapitola se zaměřuje na výsledky dotazníku, který byl sestaven právě pro potřeby výzkumu v této bakalářské práci. Pro výzkumné šetření bylo vybráno a zúčastnilo se 267 respondentů, z nichž pouze **240 respondentů** bylo možné zahrnout do celkové analýzy, dohromady se tedy dalo pracovat s necelými 90 % vyplněných dotazníků.

1. otázka: Pohlaví

Dotazníky vyplnilo dohromady **81 chlapců** (33,75 %) a **159 dívek** (66,25 %). Výrazný rozdíl pohlaví je dán především díky výraznému zastoupení děvčat ve zdravotnické střední škole a větším zastoupením děvčat na gymnáziu. Je tedy třeba počítat s odchylkami mezi odpověďmi chlapců a dívek zvláště, kterými se zabýváme níže (viz Srovnání: chlapci a dívky).

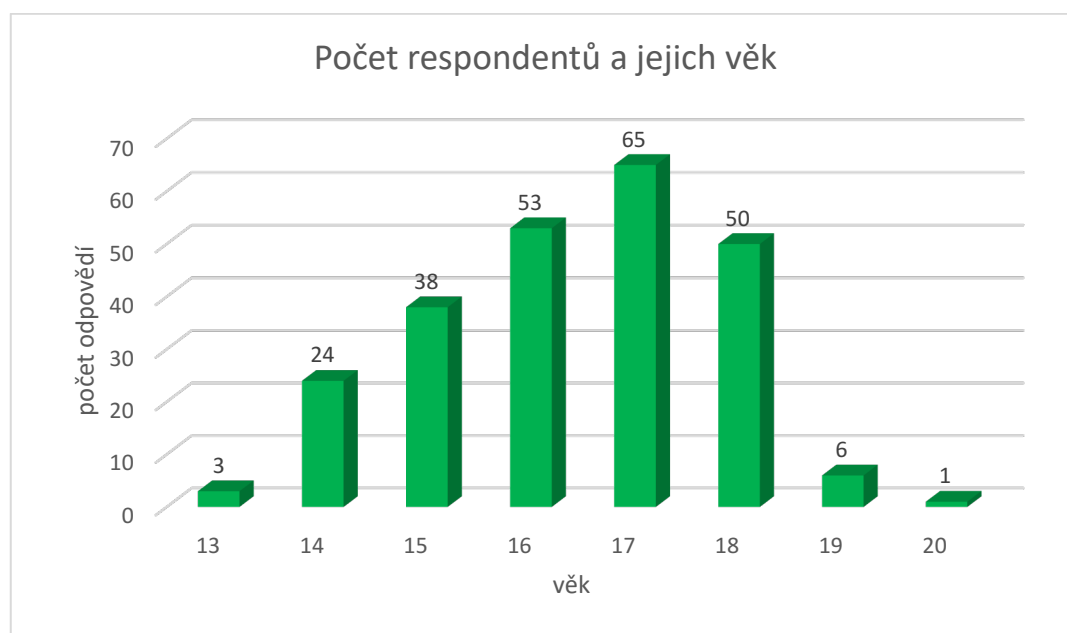
Graf 1: Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů



2. otázka: Věk

Respondentů bylo dohromady 240. Průměrný věk respondentů byl 16,38 let. Třináctiletí respondenti byli pouze tři (1,25 %), čtrnáctiletých bylo už značně více, a to 24 (10 %), 38 patnáctiletých (15,8 %), 53 šestnáctiletých (22,08 %), 65 sedmnáctiletých, těch bylo nejvíce (27,08 %), 50 osmnáctiletých (20,8 %), devatenáctiletých bylo pouze šest (2,5 %) a dvacetiletý byl jen jeden (0,42 %). **Většina** respondentů byla ve věku **od 15 do 18 let**. Průměrný věk byl 16,38 let. Nízký počet studentů ve věku 13 a 14 let je dán menším počtem respondentů z 8. a 9. třídy základní školy (dohromady 60 respondentů) oproti počtu respondentů z gymnázia a střední zdravotnické školy (dohromady 180 respondentů).

Graf 3: Otázka č. 2 - Věk respondentů



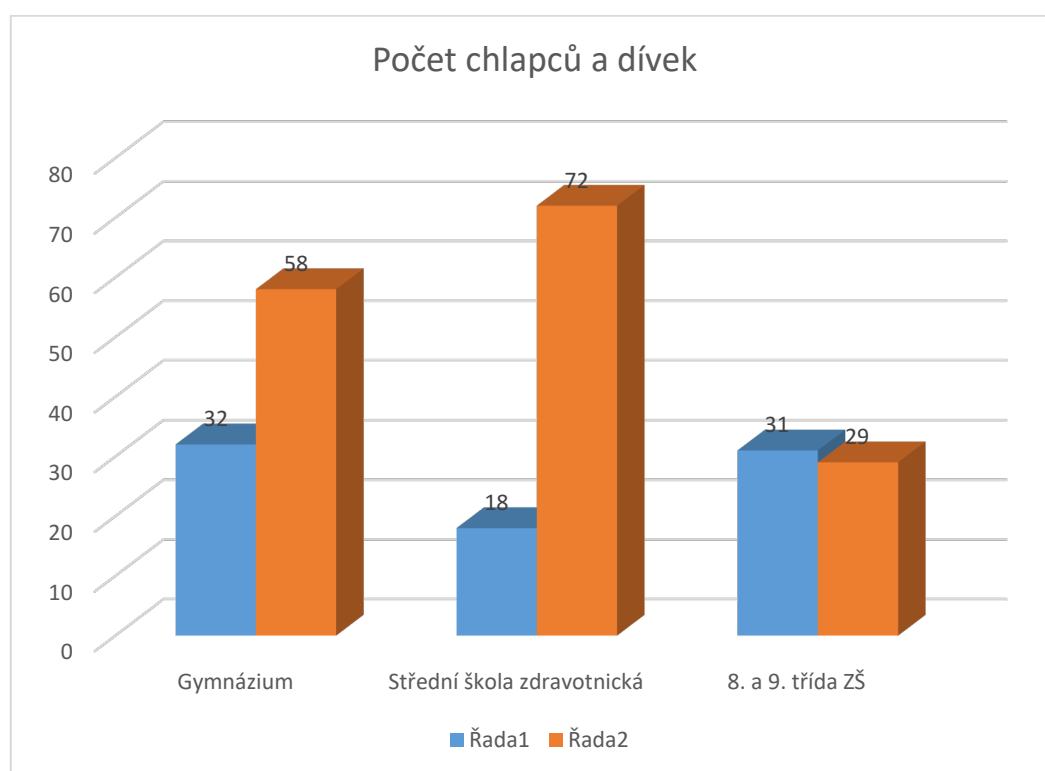
Tabulka 1: Věk respondentů

Věk	Počet odpovědí	Počet odpovědí v procentech
13	3	1,25
14	24	10
15	38	15,8
16	53	22,08
17	65	27,08
18	50	20,8
19	6	2,5
20	1	0,42

3. otázka: Studovaná škola

Dotazníky vyplnilo 32 chlapců (35,5 %) a 58 dívek (64,5 %) z gymnázia, 18 chlapců (20 %) a 72 dívek ze střední školy zdravotnické (80 %) a 31 chlapců (51,6 %) a 29 dívek ze základní školy (48,4 %).⁵ Rozdíl mezi počtem chlapců a dívek je výrazný zejména na střední zdravotnické škole (1:4), drtivou většinu uchazečů o studium zdravotnických oborů představují dívky. Výrazný rozdíl mezi počtem chlapců a dívek je vidět také na gymnáziu s poměrem zhruba 1:2, kde je dívek také více.

Graf 2: Počet chlapců a dívek zobrazený na třech školách



Modré sloupce představují počet chlapců, oranžové počet děvčat.

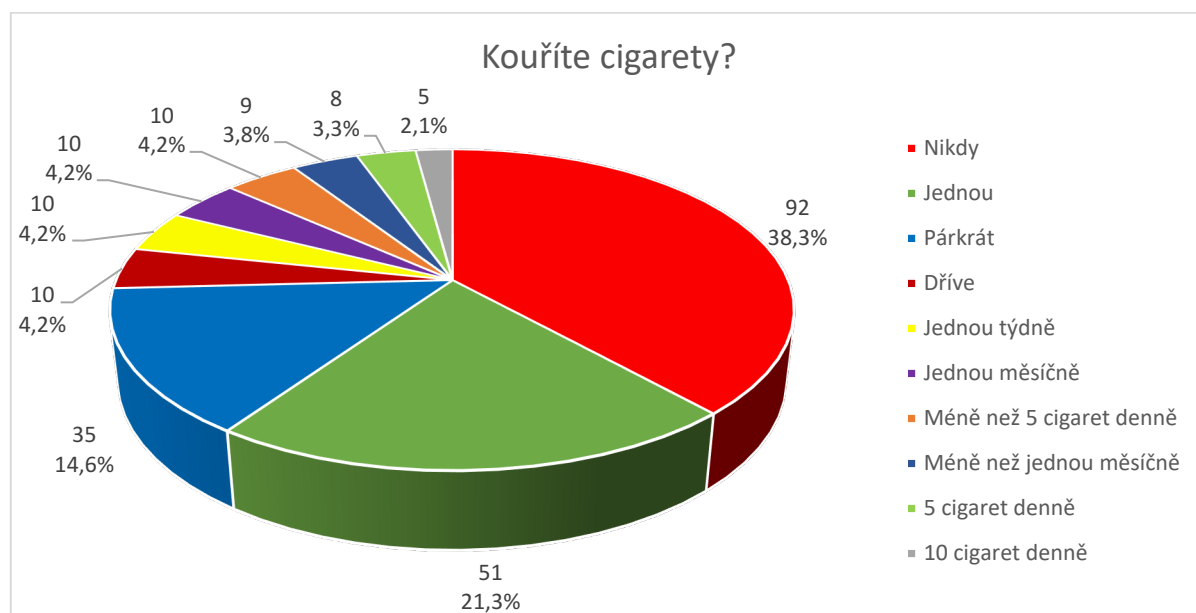
⁵ Uvedená procenta představují podíl chlapců a dívek zvlášť z každé ze tří škol.

4. otázka: Kouříte cigarety?

Z celkového počtu 240 respondentů/studentů **92 z nich (38,3 %) odpovědělo, že nikdy neměli cigaretu**. Dalších **51 respondentů (21,3 %)** uvedlo, že zkusili kouřit cigaretu jen **jednou**. **Párkrát** zkusilo cigaretu **35 respondentů (14,6 %)**, v minulosti (*dříve*) pravidelně kouřilo 10 respondentů (4,2 %). Následují příležitostní kuřáci: *Jednou týdně* i *jednou měsíčně* kouřilo 10 studentů (4,2 %), *méně než jednou měsíčně* kouřilo 9 studentů (3,8 %). A nakonec pravidelní kuřáci: *méně než 5 cigaret denně* kouřilo 10 studentů (4,2 %), *asi 5 cigaret denně* kouřilo 8 studentů (3,3 %) a *asi 10 cigaret denně* kouřilo 5 studentů (2,1 %). Příležitostných bylo 29 kuřáků (12 %) a 23 pravidelných (9,6 %), **dohromady 52, tedy 21,6 %**, zbytek respondentů buď nikdy nekouřil, kouřil v minulosti, nebo si to jen zkusil. Alespoň jednou v životě kouřilo 148 respondentů (61,6 %).

Graf 4 ukazuje odpovědi všech 240 respondentů. V této otázce mohli označit pouze jednu odpověď. Odpovědi uvedené v grafu jsou oproti dotazníku zkrácené z důvodu větší přehlednosti (např. první odpověď „Nikdy“ v dotazníku zní: „Ne, nikdy jsem neměl/a cigaretu“).

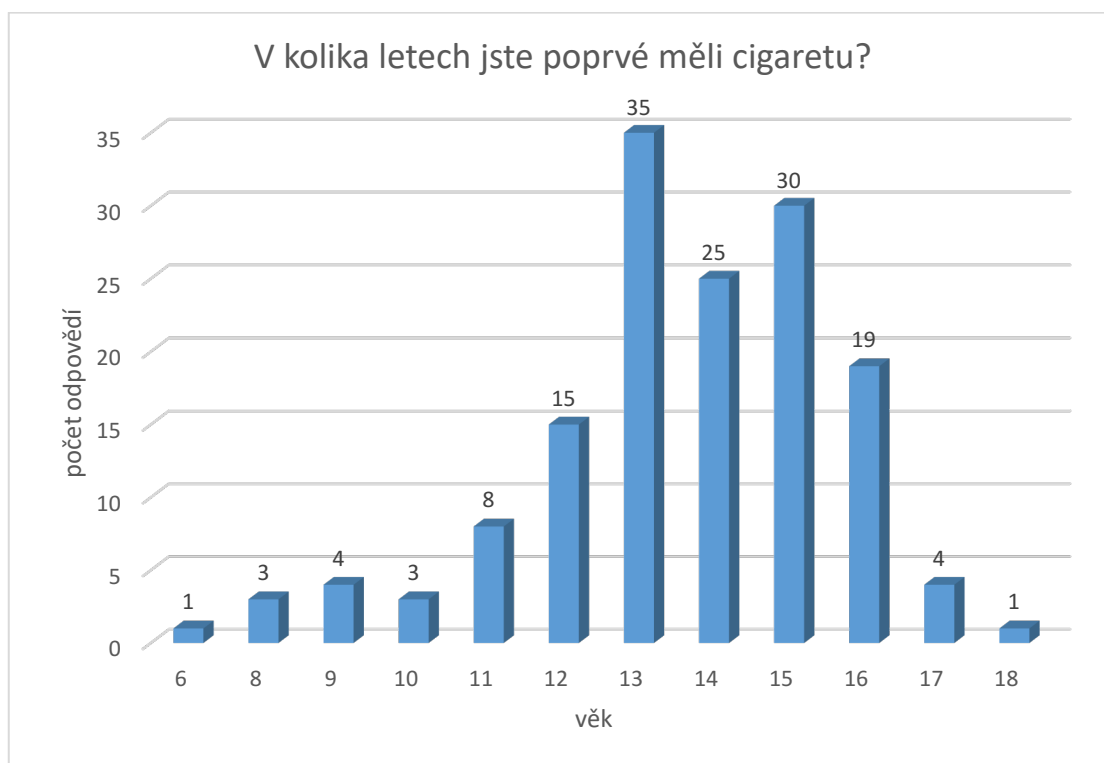
Graf 4: Otázka č. 4 – Kouříte cigarety?



Podotázka: V kolika letech jste poprvé měl/a cigaretu?

Alespoň jednou v životě mělo cigaretu **148 studentů** z celkových 240. Podle grafu lze usoudit, že studenti mají první přímé zkušenosti s cigaretami spíše ve věku od 12 do 16 let. **Mezi 12 a 16 lety zkusilo cigaretu dohromady 124 studentů (83,78 %)** ze 148. Nejvíce odpovědí sčítáme ve věku **13 let (35 studentů; 23,7 %)**, dále ve věku 15 let (30 studentů; 20,3 %), 14 let (25 studentů; 16,9 %), 16 let (19 studentů; 12,8 %) a 12 let (15 studentů; 10,1 %). **Výjimky** tvoří počátky kouření v 6 letech (1 student; 0,7 %), v 8 letech (3 studenti; 2 %), v 9 letech (4 studenti; 2,7 %), v 10 letech (3 studenti; 2 %) a v 11 letech (8 studentů; 5,4 %). Výrazně později v porovnání s předešlými odpověďmi začali někteří studenti kouřit (nebo jen zkusili kouřit) v 17 letech (4 studenti; 2,7 %) a v 18 letech (1 student; 0,7 %).

Graf 5: Podotázka k otázce č. 4 – Kolik vám bylo let, když jste zkusil/a první cigaretu?

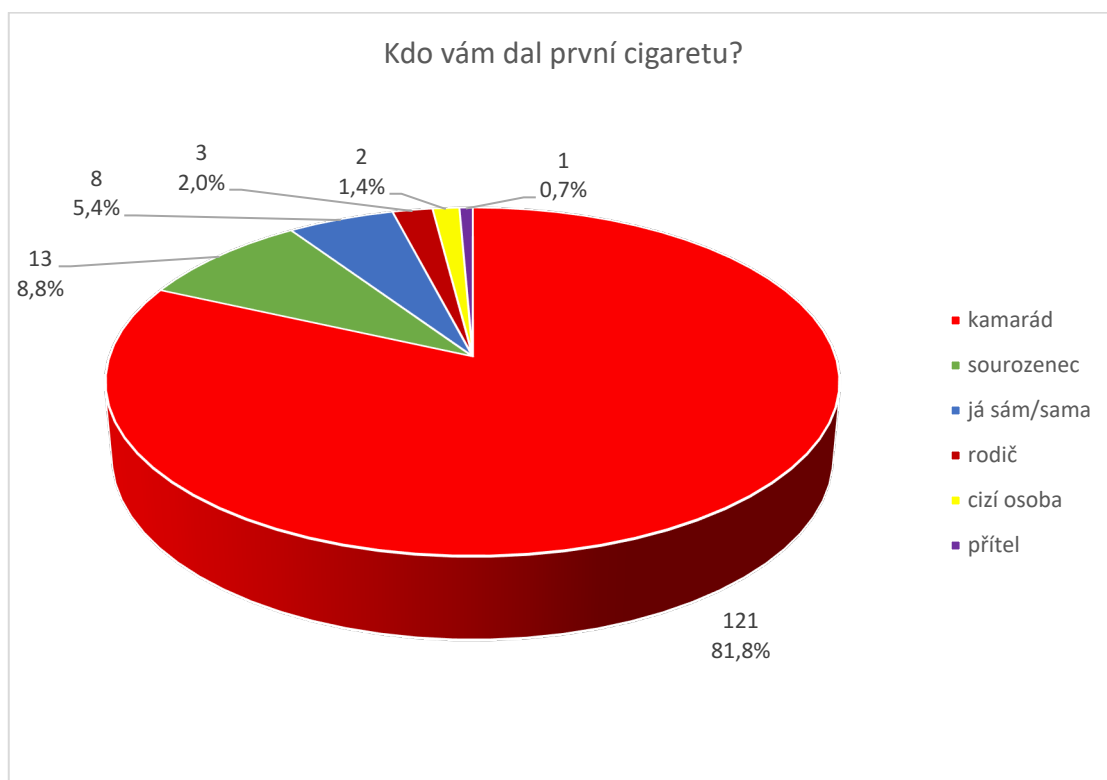


Podotázka: Kdo vám dal první cigaretu?

Nejčastější osobou, která přivede druhého obecně k vyzkoušení některé z návykových látek, zde ke kouření cigaret, je kamarád. Ze 148 možných **121** respondentů (**82 %**) uvedlo, že dostali cigaretu **od kamaráda**. Druhou nejčastější odpovědí byl **sourozenec/jiný rodinný příbuzný** se **13** odpověďmi (**9 %**), poté 8 studentů (5 %) odpovědělo, že si opatřili cigaretu *sami*. Třem studentům (2 %) dali cigaretu **vlastní rodiče**, dvěma studentům (1,4 %) dala cigaretu *cizí osoba* a jeden student (0,7 %) uvedl jinou, vlastní, odpověď, že mu dal cigaretu jeho *přítel* (myšleno partner).

V Grafu 6 jsou některé odpovědi oproti odpovědím z dotazníku zkrácené (např. „kamarád“ je v dotazníku doplněn o případného spolužáka, tedy v dotazníku odpověď zní: „kamarád/spolužák“. Studenti mohli označit jednu odpověď.

Graf 6: Podotázka k otázce č. 4 – Kdo vám dal první cigaretu?



Podotázka: Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a kouřit?

Na otázku, zdali někdy uvažovali, že by přestali kouřit, odpovědělo dohromady 53 studentů. Označit mohli pouze jednu odpověď. Z nich **33 studentů (62 %)** odpovědělo, že ***má v plánu přestat kouřit***. Šestnáct studentů (30 %) odpovědělo, že *spíše nemají v plánu s kouřením přestat* a čtyři (8 %) studenti odpověděli, že *nemají důvod k tomu, aby přestali*. Dohromady tedy **20 studentů z 53 (38 %) neplánovalo** s kouřením přestat.

V dotazníku zní odpovědi přesně takto: „Ano“ – „Ano, mám v plánu s tím přestat“, „Ne“ – „Ne, nemám k tomu důvod.“ Odpověď „Spíše ne“ je stejná.

Graf 7: Podotázka k otázce č. 4 – Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a kouřit?

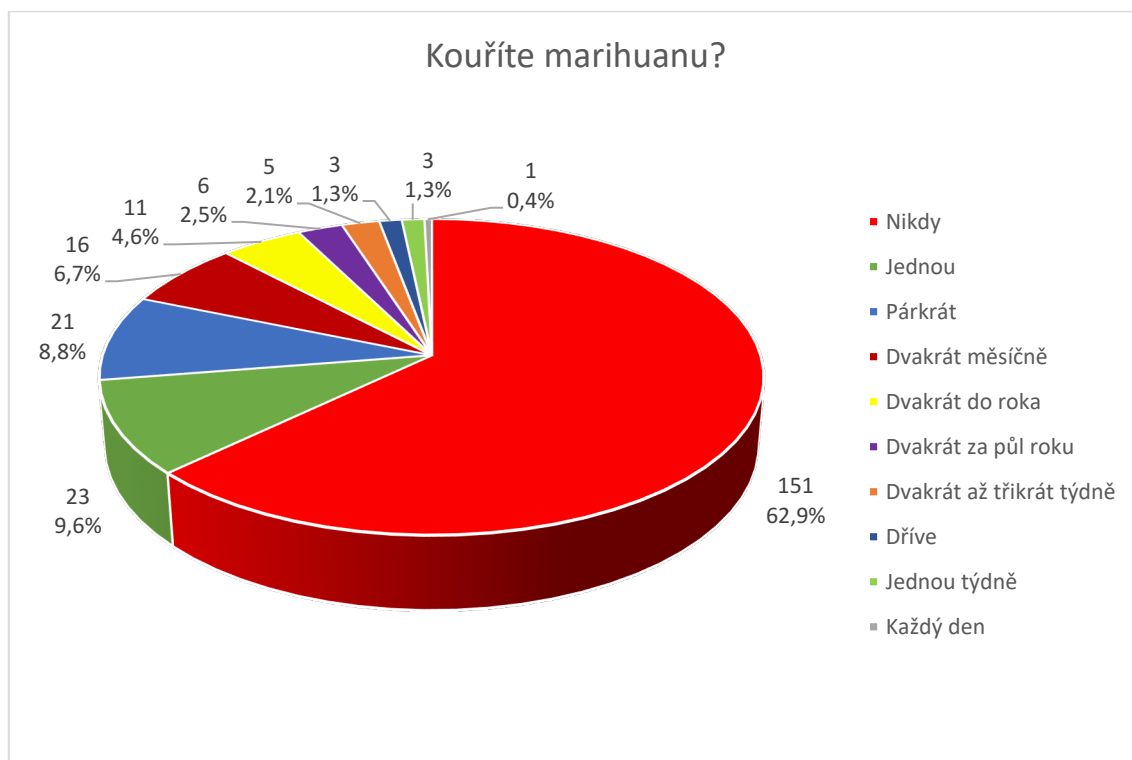


5. otázka: Kouříte marihuanu?

Z celkového počtu 240 studentů **151 z nich (63 %)**, tedy většina, odpověděla, že **nikdy nezkusili kouřit marihuanu**. Jednou zkusilo marihuanu 23 studentů (10 %), párkrát zkusilo marihuanu 21 studentů (9 %). Příležitostně kouřilo marihuanu 33 studentů (13,75 %), konkrétně: maximálně dvakrát do měsíce 16 studentů (7 %), dvakrát do roka nebo méně 11 studentů (5 %) a maximálně dvakrát za půl roku 5 studentů (2 %). Tři studenti (1 %) uvedli, že kouřili marihuanu dříve. Zbylých 8 studentů (3,3 %) kouřilo marihuanu **pravidelně**, konkrétně: dvakrát až třikrát týdně 5 (2,1 %), jednou týdně tři (1,3 %) a každý den jeden (0,4 %). Celkově alespoň jednou v životě zkusilo kouřit marihuanu 89 studentů (37 %) z 240, tedy **více než jedna třetina**.

Odpovědi v Grafu 8 jsou seřazeny od největšího počtu odpovědí po nejmenší počet odpovědí. Některé otázky jsou v grafu zkrácené, např. „Nikdy“ zní v dotazníku takto: „Ne, nikdy jsem nekouřil/a marihuanu“. V této otázce mohli respondenti označit pouze jednu odpověď.

Graf 8: Otázka č. 5 – Kouříte marihuanu?



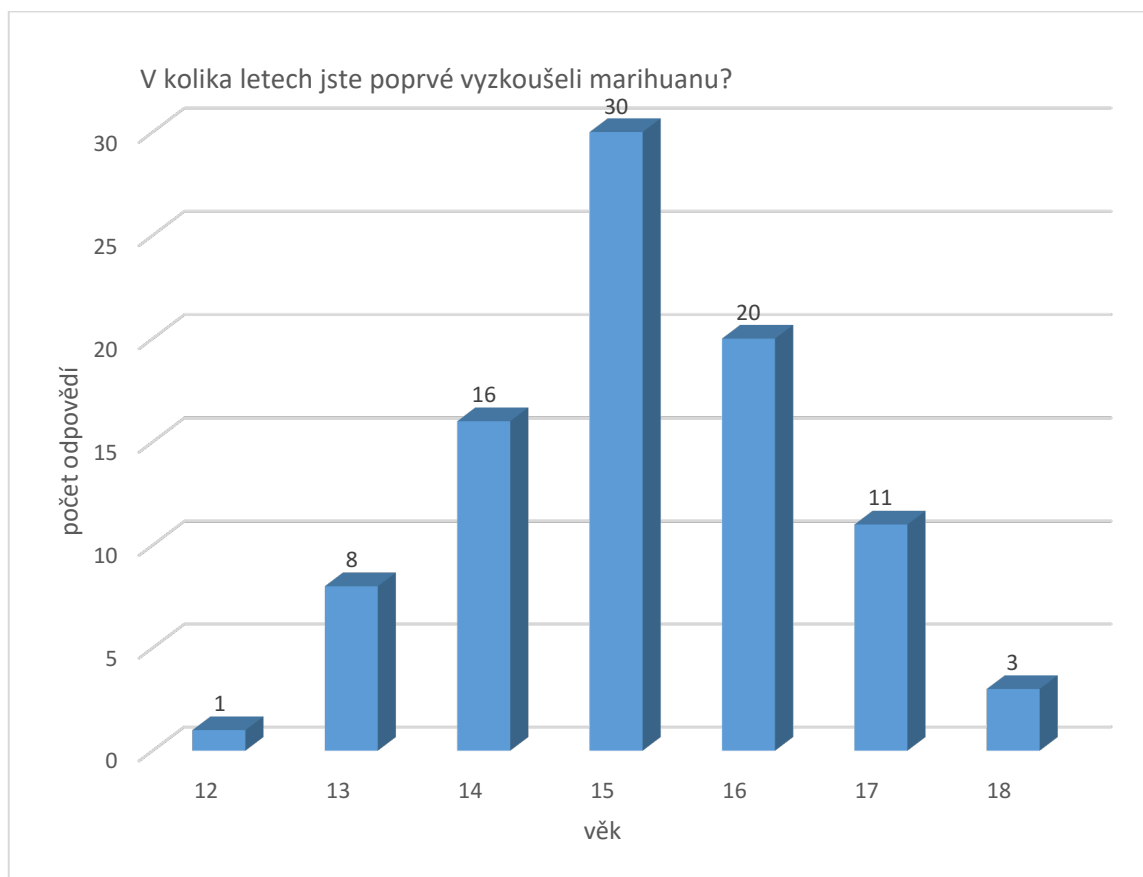
Podotázka: Kolik vám bylo let, když jste poprvé zkusil/a marihuanu?

Vzhledem k nižším zkušenostem s užíváním marihuany, v porovnání se zkušenostmi s kouřením cigaret, je věkové rozpětí prvního užití marihuany menší.

Alespoň jednou zkusilo marihuanu 89 studentů z celkových 240. Jako nejčastější odpověď uváděli studenti **první užití marihuany v 15 letech** (30 studentů; 33,7 %), dále v 16 letech (20 studentů; 22,5 %), ve 14 letech (16 studentů; 18 %), v 17 letech (11 studentů; 12,4 %) a ve 13 letech (8 studentů; 9 %).

Výjimkou je začátek užívání marihuany ve 12 letech (1 student; 1,1 %) a nejpozdější uvedený věk byl 18 let (3 studenti; 3,4 %). Nejvýraznější počet odpovědí můžeme sledovat ve věku **od 14 do 16 let** věku.

Graf 9: Podotázka k otázce č. 5 – Kolik vám bylo let, když jste poprvé zkusil/a marihuanu?

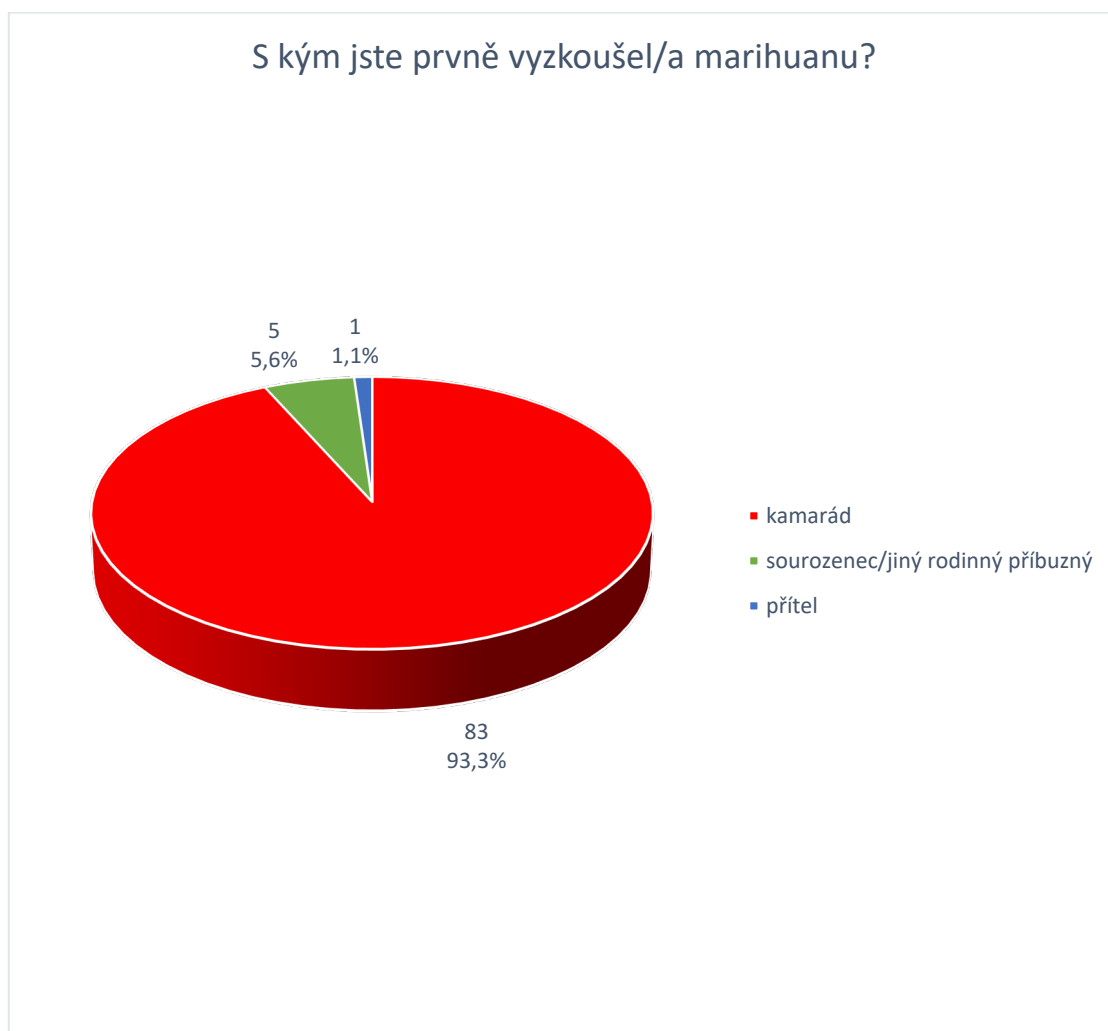


Podotázka: S kým jste prvně vyzkoušel/a marihuanu?

Stejně jako u kouření cigaret, byl **nejčastější odpovědí kamarád**. Odpověď *kamarád* označilo **83 (93,3 %) z možných 89 studentů**.

Druhou nejčastější odpovědí byl, opět jako u kouření cigaret, **sourozenec/jiný rodinný příbuzný**, s **5 odpověďmi (5,6 %)**. Jeden student (1,1 %) odpověděl slovně (možnost „Jiná“), že mu marihuanu poskytl jeho *přítel* (myšleno partner).

Graf 10: Podotázka k otázce č. 5 – S kým jste prvně vyzkoušel/a marihuanu?



Podotázka: Uvažovali jste někdy, že byste přestal/a marihuanu užívat?

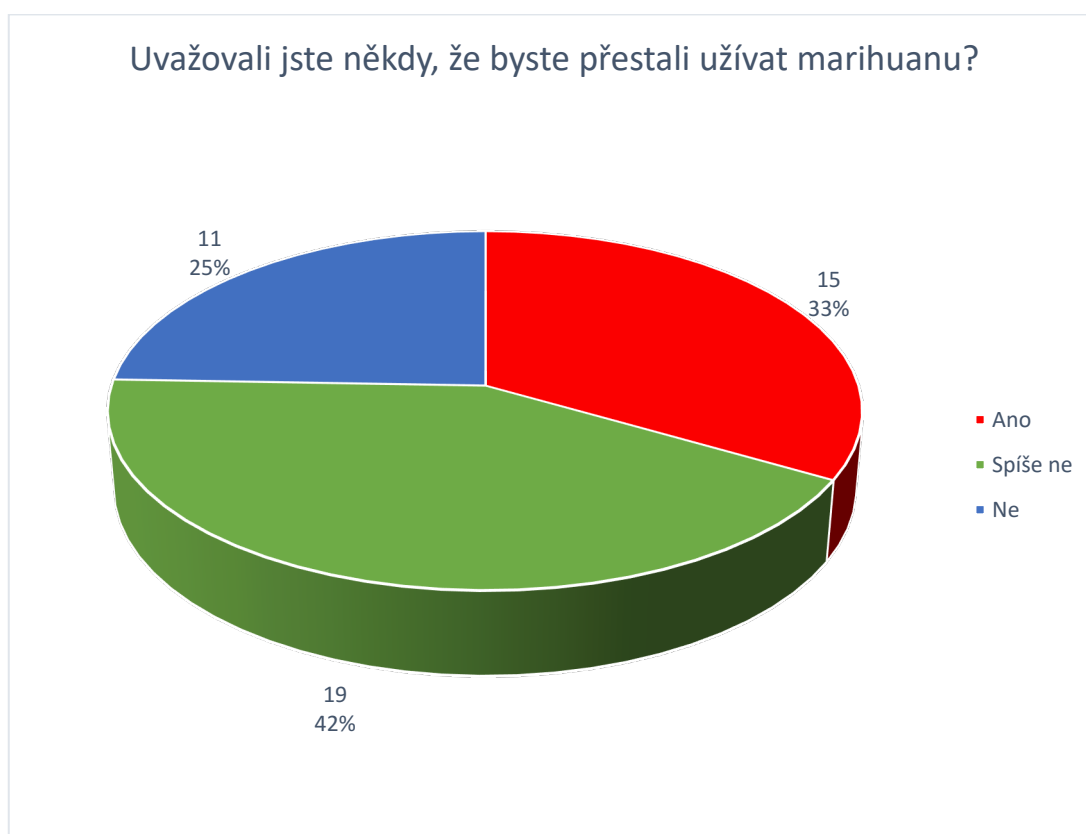
Většina odpovědí naznačuje, že studenti *nemají v plánu přestat* marihuanu užívat. Pouze 15 (33 %) studentů odpovědělo, že *mají v plánu s užíváním marihuany přestat*.

Devatenáct studentů (42 %) spíše nechce přestat a 11 studentů (25 %) odpovědělo, že nemá důvod s tím přestat.

Dohromady tedy **hodlá pokračovat v kouření marihuany 30 studentů (67 %)** ze 45 možných (100 %).

U této otázky mohli respondenti označit pouze jednu odpověď.

Graf 11: Podotázka k otázce č. 5 – Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a kouřit marihuanu?

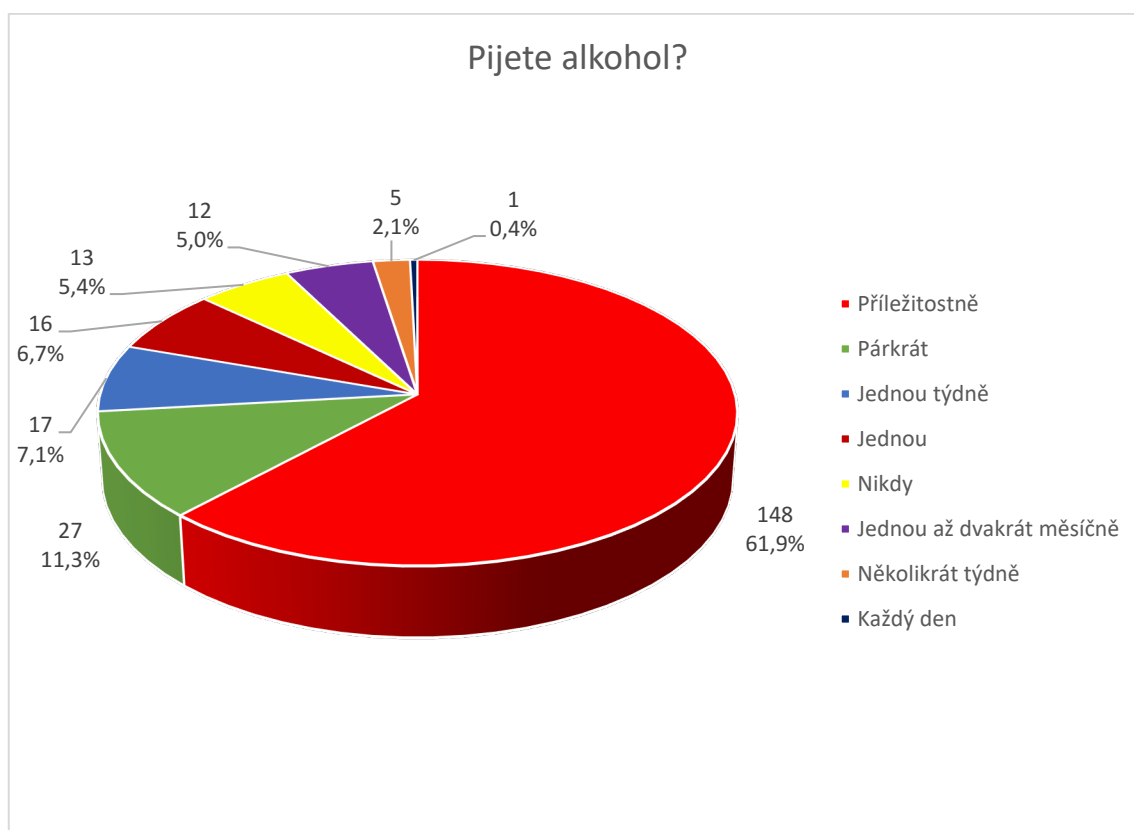


6. otázka: Pijete alkohol?

Z celkového počtu 240 studentů jich **148 (62 %) odpovědělo, že piji příležitostně**, myšleno na oslavách, při přípitcích. Druhá nejčastější odpověď byla, že 27 studentů zkusilo alkohol jen **párkrát (11,3 %)**. *Jednou* zkusilo alkohol 16 studentů (6,7 %), **nikdy nezkusilo alkohol pouze 13 studentů (5,4 %)**. Dvanáct studentů (5 %) pilo *jednou až dvakrát do měsíce*, 17 studentů (7,1 %) uvedlo, že piji *jednou týdně*, 5 studentů (2,1 %) pilo *několikrát týdně* a pouze jeden student (0,4 %) uvedl, že pije *každý den*. **Pravidelně pilo dohromady 35 studentů z 240 (14,6 %)**.

Některé odpovědi jsou v porovnání s odpověďmi v dotazníku z důvodu větší přehlednosti zkrácené, např. „*Příležitostně*“ zní v dotazníku takto: „*Ano, příležitostně (oslav, přípitky)*“. Odpovědi v grafu jsou seřazeny od největšího počtu odpovědí k nejmenšímu počtu odpovědí. V této otázce bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Graf 12: Otázka č. 6 – Pijete alkohol?



Podotázka: V kolika letech jste se poprvé napil/a alkoholu?

U alkoholu a jeho prvního užití můžeme sledovat nejvyšší věkové rozpětí ze všech sledovaných návykových látek (cigarety, marihuana a alkohol).

Jako nejvýraznější období pro první vyzkoušení alkoholu můžeme označit věk **10 let (22 odpovědí; 9,2 %)** a **12-16 let (171 odpovědí, 71,25 %)**.

Zbývajících 20 % odpovědí se objevuje ve věku 4 až 9 let a dále v 11, 17 a 18 letech.

Graf 13: Podotázka k otázce č. 6 – V kolika letech jste se poprvé napil/a alkoholu?



Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	Počet odpovědí	Počet odpovědí v procentech
4	2	0,83
5	5	2,08
6	5	2,08
7	2	0,83
8	3	1,25
9	5	2,08
10	22	9,16
11	8	3,33
12	32	13,33
13	39	16,25
14	33	13,75
15	44	18,33
16	23	9,58
17	2	0,83
18	2	0,83

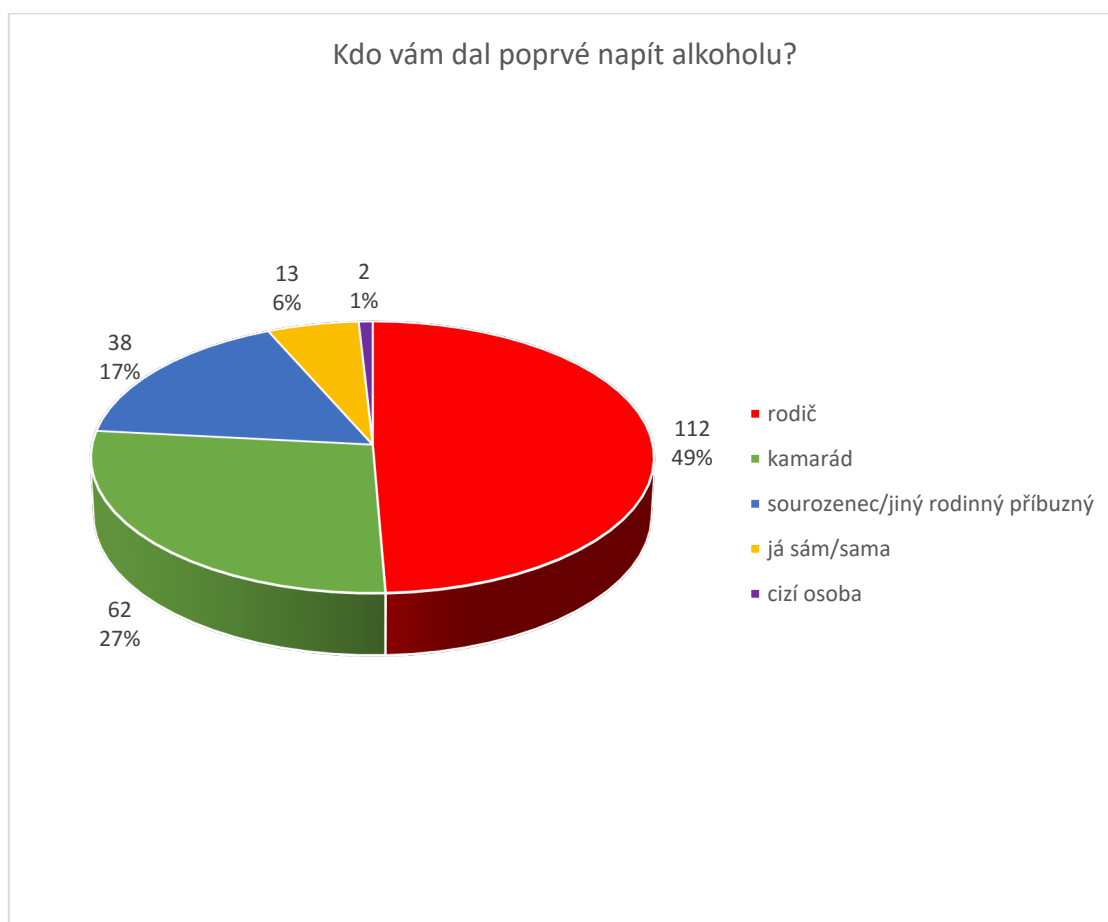
Podotázka: Kdo vám dal poprvé napít alkoholu?

Co se týká věku, kdy respondenti poprvé ochutnali alkohol, byla drtivá většina z nich nezletilá, podobně jako u marihuany a cigaret. Z 227 respondentů, kteří alespoň jednou zkusili pít alkohol, jich 112 z nich (49 %) odpovědělo, že jim poprvé dal napít vlastní **rodič**. V tomto ohledu bylo věkové rozpětí respondentů nejširší (viz Graf 13, Tabulka 12).

Ve 27 % to byl **kamarád** (62 odpovědí), dále v 17 % **sourozenec/jiný rodinný příbuzný** (38 odpovědí) a **já sám/sama** s 6 % (13 odpovědí). *Cizí osobu* uvedli pouze dva respondenti (1 %).

Odpověď *kamarád* zní v dotazníku přesně takto: *kamarád/spolužák*.

Graf 14: Podotázka k otázce č. 6 – Kdo vám dal poprvé napít alkoholu?



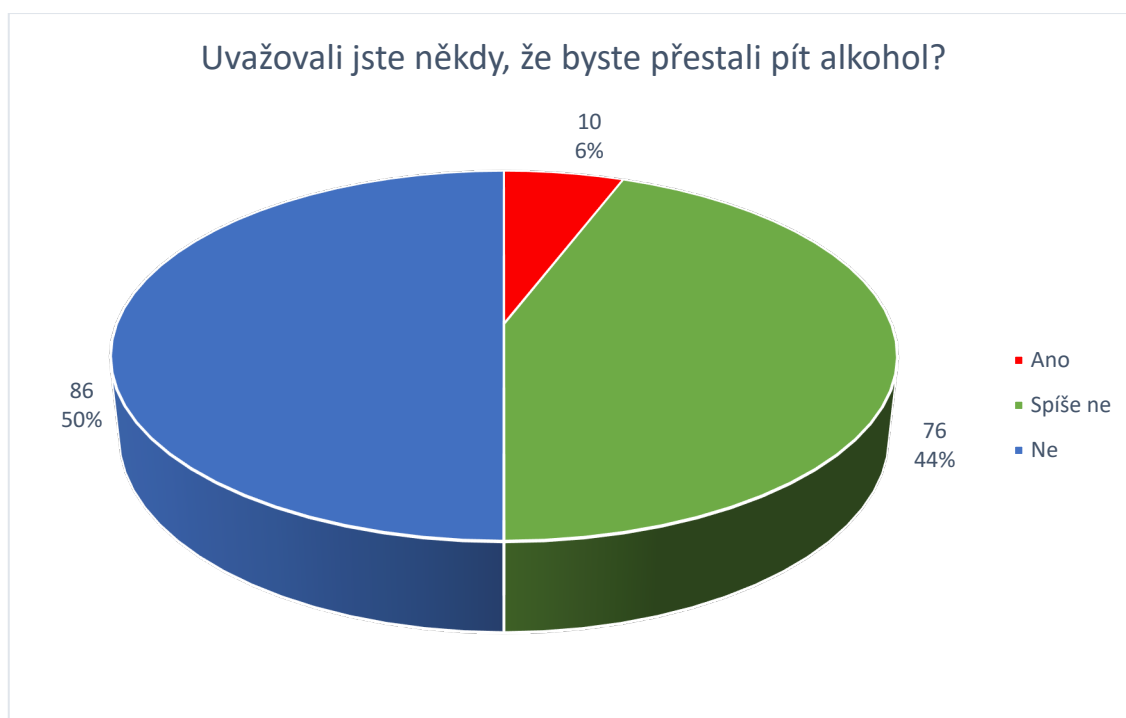
Podotázka: Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a pít alkohol?

Na otázku, zdali respondenti někdy uvažovali, že by přestali pít alkohol, odpovídali většinou negativně. Dohromady **162** z možných **172 respondentů (94 %)** odpovědělo, že **nemají v plánu přestat s pitím alkoholu**. Deset **zbývajících respondentů (6 %)**, kteří mají alespoň jednu zkušenost s alkoholem, odpovědělo, že **mají v plánu s pitím alkoholu přestat**.

Výsledky mohou souviset mj. se skutečností, že téměř polovině respondentů zprostředkoval alkohol sám jejich rodič – pro dítě nebo dospívajícího takové gesto může znamenat, že sám rodič alkohol nepovažuje za příliš nebezpečný. Většina respondentů, možná i rodičů, zřejmě podceňuje rizika spojená s užíváním alkoholu oproti cigaretám a marihuaně (viz výsledky užívání cigaret a marihuany výše).

Odpovědi v Grafu 15 *Ano* a *Ne* zní v dotazníku přesně takto: *Ano, mám v plánu s tím přestat* a *Ne, nemám k tomu důvod*. Odpověď *Spíše ne* je v grafu i dotazníku stejná.

Graf 15: Podotázka k otázce č. 6 – Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a pít alkohol?



7. otázka: Jaké pocity (prožitky) vám přináší užívání marihuany?

Následující graf ukazuje odpovědi na otázku *Jaké pocity (prožitky) vám přináší užívání marihuany?*. V této otázce bylo povoleno označit více než jednu odpověď.

Minimálně jednou v životě vyzkoušelo marihuanu **89 respondentů** z celkových 240. Tento graf nám ukazuje dohromady **114 odpovědí**, někteří respondenti tedy **označili určitě více než jednu odpověď**. Tato otázka také umožňovala odpovědět svými slovy, tedy možností *jiné*. Takových odpovědí je dohromady pět, (Tabulka 3).

Odpovědi v Grafu 16 jsou oproti odpovědím z dotazníku zkrácené z důvodu větší přehlednosti. Odpovědi v dotazníku zní přesně takto:

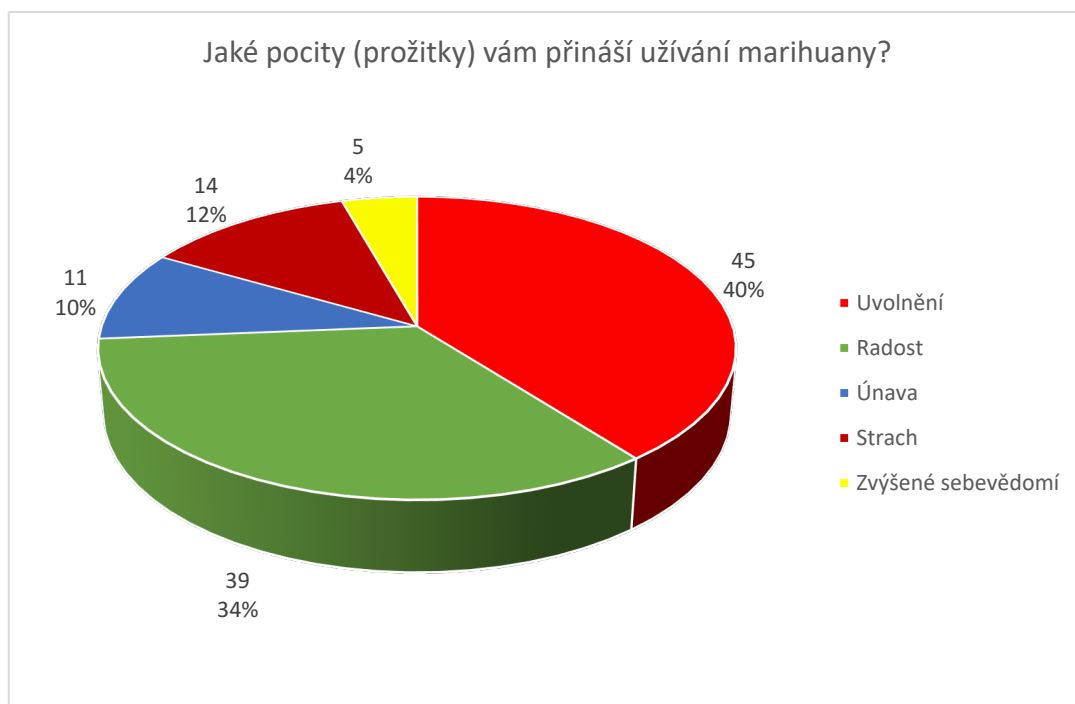
- Pocit **uvolnění**
- **Radost** ze života, lepší nálada
- **Únava** a vyčerpání
- Pocity **strachu**, úzkosti a deprese
- Pocit **zvýšeného sebevědomí**

Nejčastější odpovědí byl *pocit uvolnění* se **45 odpověďmi (40 %)** a *radost ze života, lepší nálada* s **39 odpověďmi (34 %)**.

Třetí nejčastější odpovědí byly *pocity strachu, úzkosti a deprese* se **14 odpověďmi (12 %)**, dále *únava a vyčerpání* s **11 odpověďmi (10 %)** a s nejmenším počtem 5 (4 %) odpovědí *pocit zvýšeného sebevědomí*.

Zdá se, že pocity po užití marihuany jsou spíše pozitivní. Označená odpověď *pocity strachu, úzkosti a deprese*, mohli někteří respondenti pochopit jako pocity, které vnímají až po delší době po užití (např. po třech hodinách po užití marihuany) nebo po dlouhodobém užívání marihuany. Zároveň to může znamenat pocity způsobené bezprostředně po užití marihuany.

Graf 16: Otázka č. 7 – Jaké pocity (prožitky) vám přináší užívání marihuany?



Tabulka 3: Odpovědi „jiné“ k otázce č. 7

Odpověď („jiné“)	Počet respondentů
<i>Tlumí mou bolest</i>	1
<i>Lepší koncentrace, kreativita</i>	1
<i>Pocit bez starostí</i>	1
<i>Hlad</i>	1
<i>Záchvaty smíchu, dokud mi není zle</i>	1

Odpověď *tlumí mou bolest* není jasná – nevíme, zda respondent myslel psychickou nebo fyzickou bolest.

8. otázka: Myslíte si, že užívání marihuany ve vašem věku je stejně rizikové, jako například ve 30 letech života?

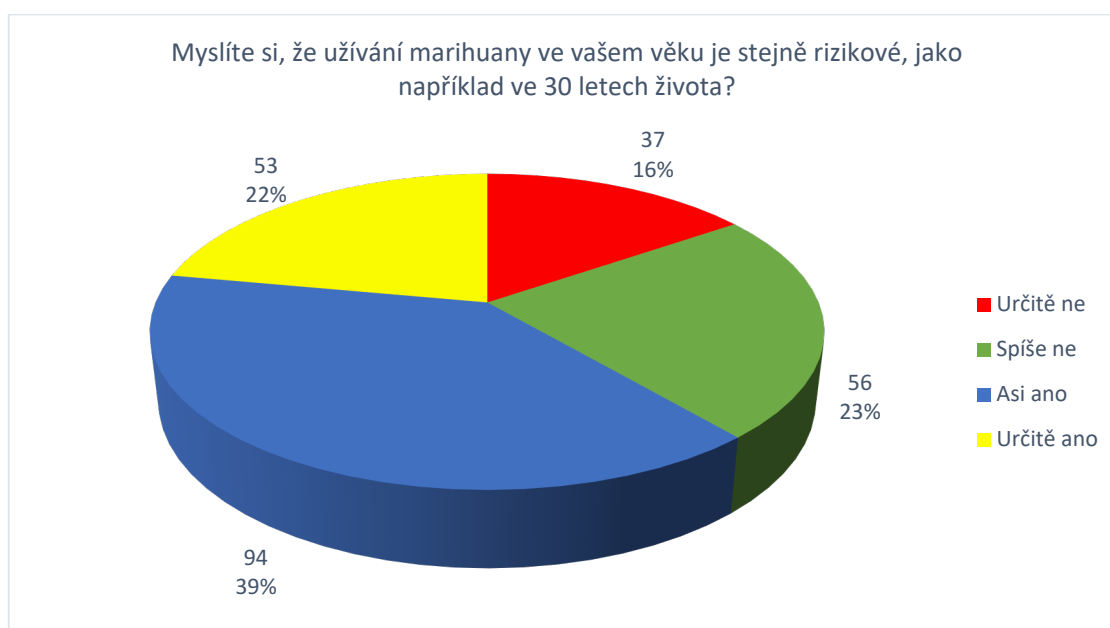
Z grafu je zřejmé, že většina respondentů neví o rizicích spojených s užíváním marihuany v dětství/dospívání. Z celkových 240 respondentů 147 z nich odpovědělo (61,25 %), že riziko užívání marihuany během dospívání je asi nebo určitě stejné, jako v dospělosti. Zbylých 93 studentů (38,75 %) alespoň tuší, že riziko užívání marihuany je větší v průběhu dospívání než v dospělosti, z toho 37 z nich (16 %) si tím je jistých. Dá se říci, že pouze 93 studentů z 240 odpovědělo správně, zbylých 147 nikoli.

Všechny odpovědi v Grafu 17, kromě odpovědi *Asi ano*, jsou oproti odpovědím v dotazníku zkrácené z důvodu větší přehlednosti.

Odpovědi v dotazníku zní přesně takto:

- *Určitě ne*, u dospívajících je riziko negativních důsledků větší
- *Spíše ne*, myslím si, že riziko je vyšší u dospívajících
- *Určitě ano*, žádné rozdíly v tom nejsou

Graf 17: Otázka č. 8 – Myslíte si, že užívání marihuany ve vašem věku je stejně rizikové, jako například ve 30 letech života?



9. otázka: Drogu/drogy užívám, protože:

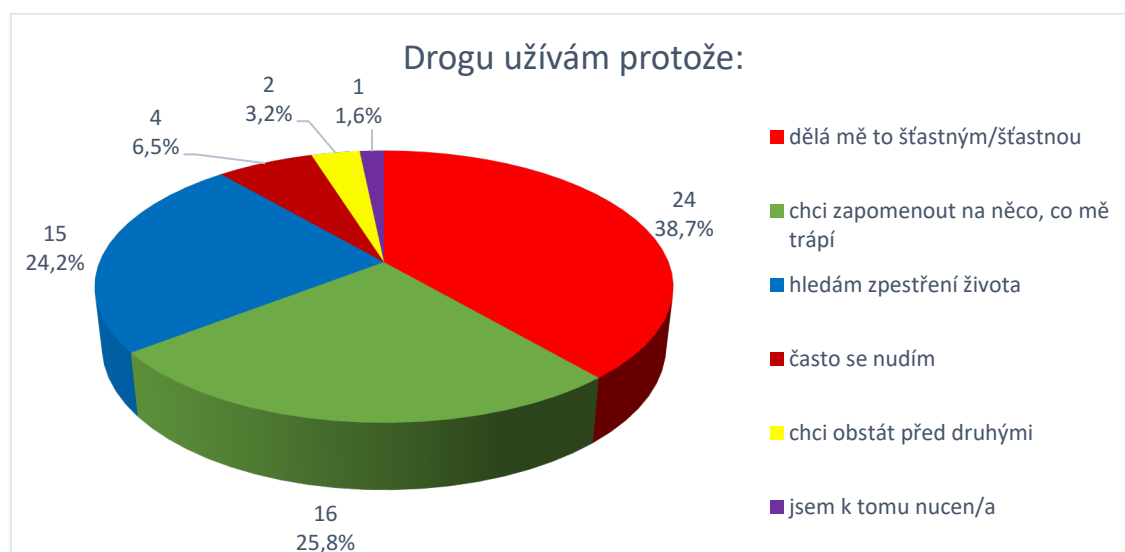
Nejčastější označenou odpovědí bylo: *dělá mě to šťastným/šťastnou* (24 odpovědí; 38,7 %). Druhá nejčastější odpověď byla: *chci zapomenout na něco, co mě trápí* (16 odpovědí; 25,8 %). Třetí relativně častou odpovědí bylo: *hledám zpestření svého života* (15 odpovědí; 24,2 %).

Méně častými odpověďmi byly: *často se nudím* se 4 odpověďmi (6,5 %), *chci obstát před druhými, nechci se ztrapnit tím, že si jako jediný/jediná nedám* se dvěma odpověďmi (3,2 %) a pouze jednou byla označena odpověď *jsem k tomu nucen/a* (1,6 %).

V této otázce bylo povoleno označit více než jednu odpověď. Na tuto otázku se nám dostalo dohromady **62 základních odpovědí** a 17 odpovědí „jiných“ (umožnění vlastní odpovědi studenta). Odpovědi se mohou vztahovat jak na cigarety a marihuanu, tak na alkohol. K této otázce byla přidělena také možnost *Jiné*, pro případ nevyhovujících základních odpovědí. Jejich výčet ukazuje Tabulka 4 (níže). Přesný počet respondentů odpovídajících na tuto otázku není znám. Některé odpovědi v grafu jsou oproti odpovědím v dotazníku zkrácené z důvodu větší přehlednosti. Zkrácené odpovědi v grafu zní v dotazníku přesně takto:

- *Hledám zpestření svého života*
- *Chci obstát před druhými, nechci se ztrapnit tím, že si jako jediný/jediná nedám*

Graf 18: Otázka č. 9 – Drogu/drogy užívám, protože:



Tabulka 4: Odpovědi „jiné“ k otázce č. 9

<i>Odpověď („jiné“)</i>	<i>Počet respondentů</i>
<i>Baví mě to</i>	<i>1</i>
<i>Uvolňuje mě to</i>	<i>2</i>
<i>Je potom sranda</i>	<i>1</i>
<i>Alkohol mi chutná</i>	<i>1</i>
<i>Zvyšuje mi to chuť k jídlu (marihuana)</i>	<i>1</i>
<i>Chuť a příležitost</i>	<i>1</i>
<i>Zvýšená kreativita, koncentrace</i>	<i>2</i>
<i>Lepší komunikace</i>	<i>1</i>
<i>Nechci žít nudný a stereotypní život</i>	<i>1</i>
<i>Jsem na nikotinu závislá</i>	<i>1</i>
<i>S kamarády je pak větší zábava</i>	<i>1</i>
<i>Z frajeřiny</i>	<i>1</i>
<i>Marihuana tlumí mou depresi</i>	<i>1</i>
<i>Unikám tak od starostí</i>	<i>1</i>
<i>Příležitostná změna pohledu na život</i>	<i>1</i>

SROVNÁNÍ: CHLAPCI – DÍVKY

Chlapců bylo dohromady 81, tj. pouze 33,75 %, dívek bylo 159, tj. 66,25 %. Vysoký rozdíl mezi počtem chlapců a počtem děvčat je dán převážným zastoupením děvčat na střední zdravotnické škole a dále větším zastoupením děvčat na gymnáziu. Chlapců je z toho důvodu **téměř dvakrát méně** než děvčat a je třeba počítat se značnou nepřesností výsledků celé této části výzkumu (počet chlapců je oproti počtu děvčat o tolik nízký, že jen těžko můžeme výsledky tohoto výzkumu převádět na všechny české chlapce a dívky). Počet dívek a chlapců z 8. a 9. třídy je téměř vyrovnaný.

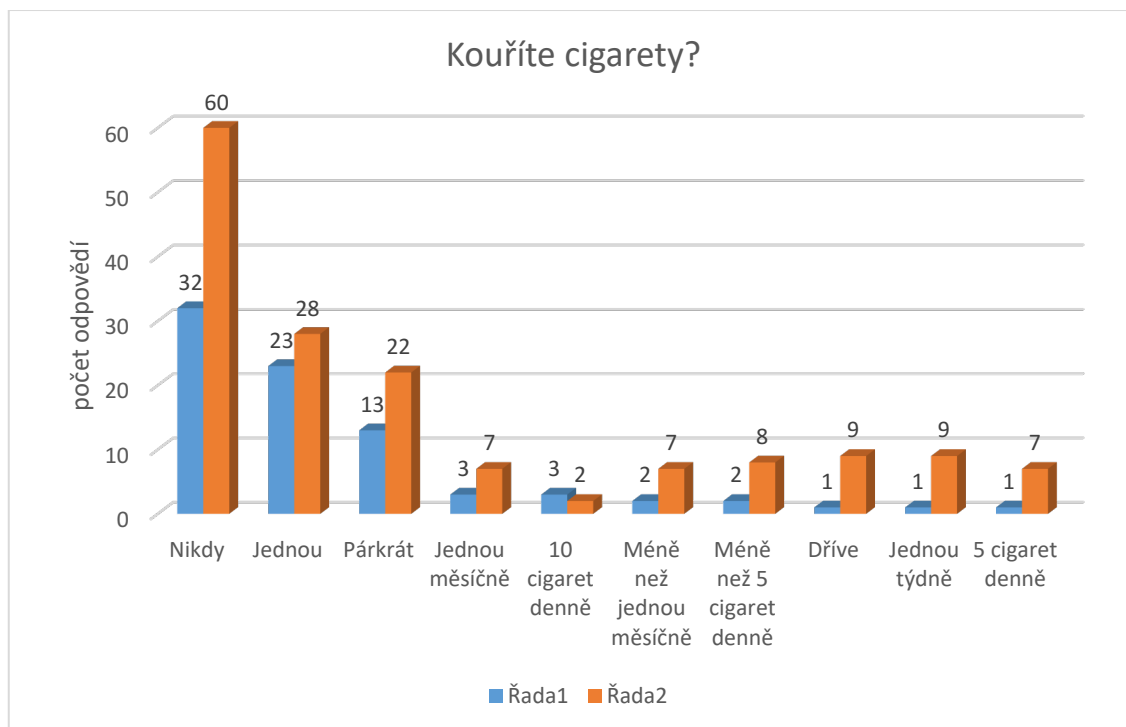
Všechny odpovědi v následujících grafech a tabulkách jsou zkrácené oproti odpovědím v dotazníku z důvodu větší přehlednosti.

Otázka č. 4: Kouříte cigarety?

V následujícím grafu můžeme sledovat rozdíly odpovědi na otázku „*Kouříte cigarety?*“ mezi chlapci (levé sloupce) a dívkami (pravé sloupce). Na první pohled se zdají být rozdíly markantní. Jelikož je chlapců téměř dvakrát méně než dívek, výsledný rozdíl nakonec není skoro žádný. O něco viditelnější můžeme sledovat rozdíly v Tabulce 5, kde jsou konkrétní odpovědi zúžené do odpovědí *Příležitostně* a *Pravidelně*.

Chlapců, kteří kouřili příležitostně, bylo **šest (7,4 %** všech chlapců), oproti tomu **dívek** bylo **23 (tj. 14,5 %** všech dívek). Pravidelně kouřilo **6 chlapců (7,4 %)** a **17 dívek (10,7 %)**. Pouze jeden chlapec (1,2 %) uvedl, že kouřil dříve, kdežto děvčat, které kouřily dříve, bylo devět (5,7 %). Zbytek odpovědí je v podstatě bez rozdílů. Příležitostně nebo pravidelně kouřilo dohromady 12 chlapců (14,8 %) a 40 dívek (25,2 %). Jelikož bylo chlapců téměř dvakrát méně než děvčat, můžeme konstatovat, že dívek kuřáček bylo více než chlapců kuřáků s poměrem 10:3.

Graf 19: Otázka č. 4 – Kouříte cigarety? (chlapci – dívky)



Řady 1 (modrá barva) představují všechny chlapce, řady 2 (oranžová barva) představují všechna děvčata. Pro snazší a přehlednější vyhodnocení výsledků slouží Tabulka 5 (níže).

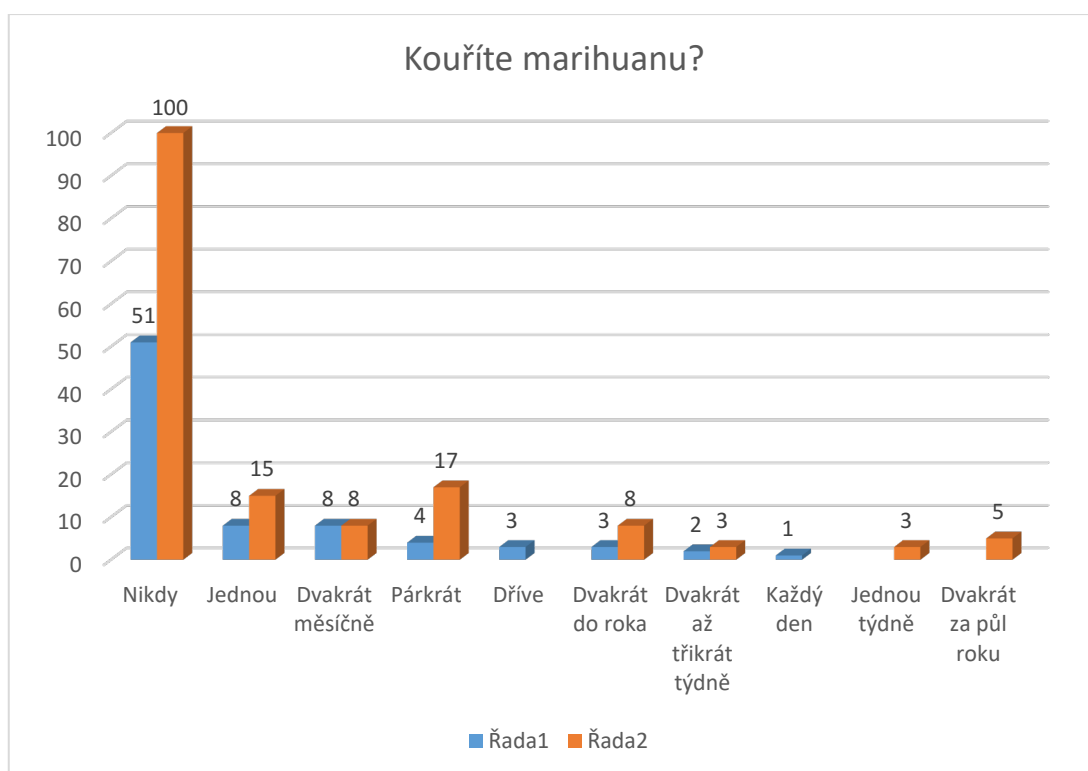
Tabulka 5: Otázka č. 4 – Kouříte cigarety? (chlapci – dívky)

Odpovědi	Všichni chlapci	Všechna děvčata
<i>Nikdy</i>	32 (49,5 %)	60 (37,7 %)
<i>Jednou nebo párkrát</i>	36 (44,4 %)	50 (31,4 %)
<i>Dříve</i>	1 (1,2 %)	9 (5,7 %)
<i>Příležitostně</i>	6 (7,4 %)	23 (14,5 %)
<i>Pravidelně</i>	6 (7,4 %)	17 (10,7 %)

Otázka č. 5: Kouříte marihuanu?

Stejně jako ke grafu u otázky kouření cigaret (předešlá otázka), i zde byla vytvořena tabulka pro lepší přehled a viditelnost výsledků. S ohledem na odpovědi uvedené v procentech můžeme říci, že rozdíly mezi chlapci a děvčaty nejsou téměř žádné. Odpovědi na tuto otázku jsou až překvapivě **vyrovnané**.

Graf 20: Otázka č. 5 – Kouříte marihuanu? (chlapci – dívky)



Řady 1 (modrá barva) představují všechny chlapce, řady 2 (oranžová barva) představují všechna děvčata. Pro snazší a přehlednější vyhodnocení výsledků slouží Tabulka 6 (níže).

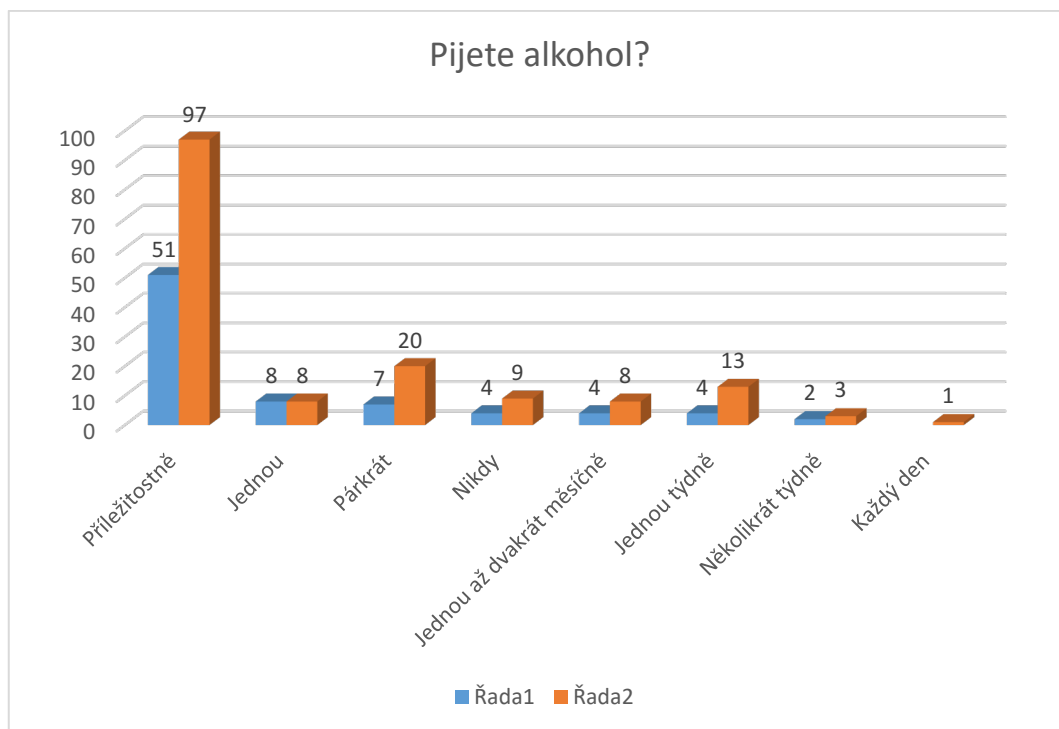
Tabulka 6: Otázka č. 5 – Kouříte marihuanu? (chlapci – dívky)

<i>Odpovědi</i>	<i>Všichni chlapci</i>	<i>Všechna děvčata</i>
<i>Nikdy</i>	51 (63 %)	100 (63 %)
<i>Jednou nebo párkrát</i>	12 (14,8 %)	32 (20 %)
<i>Dříve</i>	3 (3,7 %)	0 (0 %)
<i>Příležitostně</i>	12 (14,8 %)	21 (13 %)
<i>Pravidelně</i>	3 (3,7 %)	6 (4 %)

Otázka č. 6: Pijete alkohol?

A nakonec, stejně jako u předešlých otázek v kapitole Srovnání: chlapci a dívky, je evidentní, že zkušenosti s alkoholem jsou u chlapců a dívek překvapivě vyrovnané. Nejlépe jsou výsledky vidět na odpovědích v procentech v Tabulce 7.

Graf 21: Otázka č. 6 – Pijete alkohol? (chlapci – dívky)



Řady 1 (modrá barva) představují všechny chlapce, řady 2 (oranžová barva) představují všechna děvčata. Pro snazší a přehlednější vyhodnocení výsledků slouží Tabulka 7 (níže).

Tabulka 7: Otázka č. 6 – Pijete alkohol? (chlapci – dívky)

Odpovědi	Všichni chlapci	Všechny dívky
<i>Nikdy</i>	4 (5 %)	9 (6 %)
<i>Jednou nebo párkrát</i>	15 (19%)	28 (17 %)
<i>Příležitostně</i>	51 (64 %)	97 (61 %)
<i>Pravidelně</i>	10 (12 %)	25 (16 %)

SROVNÁNÍ: GYMNÁZIUM – STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA

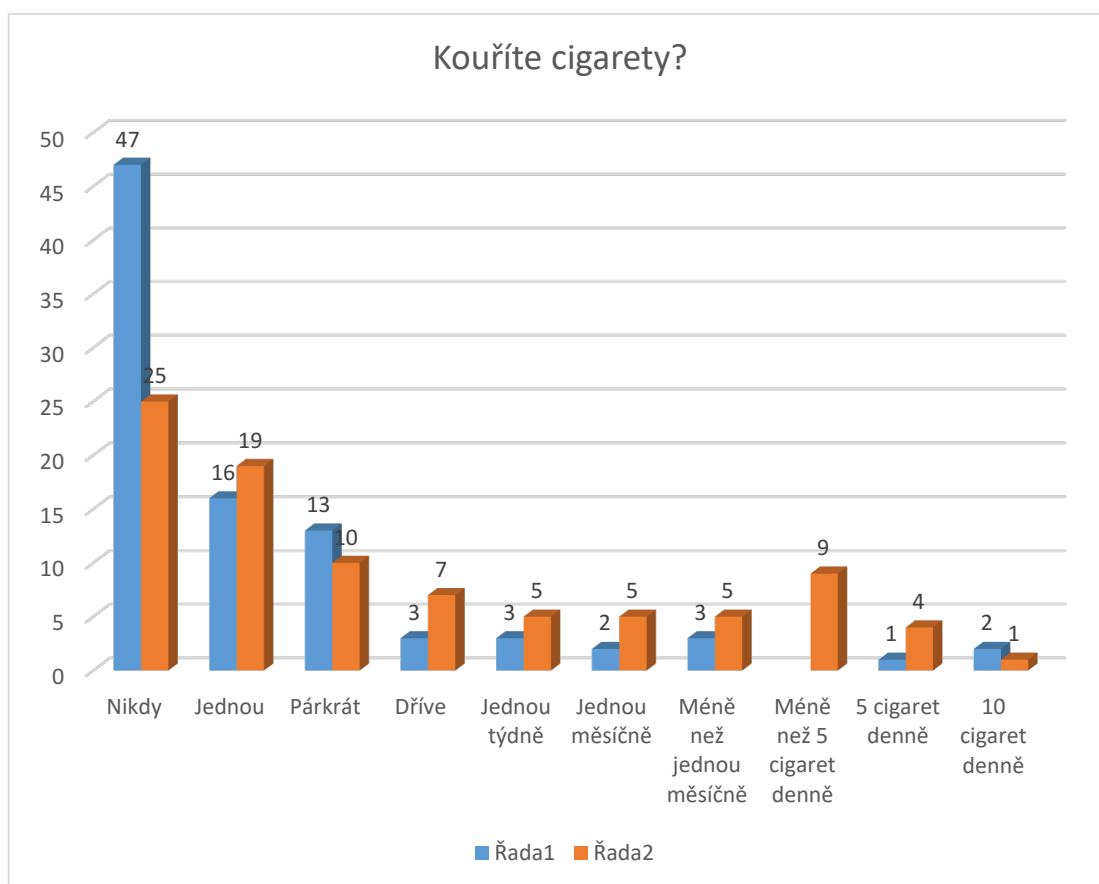
V této kapitole jsme porovnali odpovědi z dotazníků na dvou různých školách: gymnázium a střední zdravotnická škola (dále jen SZŠ). Respondentů z gymnázia bylo dohromady 90, součet respondentů ze SZŠ činil rovněž 90. Dívek z gymnázia bylo dohromady 58, chlapců 32. Dívek ze SZŠ bylo dohromady 72, chlapců pouze 18. Dohromady tedy **180 studentů, 90 z gymnázia, 90 ze střední zdravotnické školy,** přesně 1:1.

Otázka č. 4: Kouříte cigarety?

K otázce, zda studenti kouří cigarety, odpovědělo 47 respondentů z gymnázia (52,2 %), že *nikdy* neměli cigaretu. Stejnou odpověď označilo jen 25 studentů ze SZŠ (27,7 %). Studentů, kteří nikdy nezkusili kouřit cigarety, je tedy na gymnáziu téměř **dvakrát více** než studentů na SZŠ. Jednou nebo párkrát zkusilo kouřit cigarety 26 studentů (28,8 %), a to jak na gymnáziu, tak na SZŠ. V minulosti kouřili jen tři studenti gymnázia (3,3 %) a sedm studentů ze SZŠ (7,7 %). U zbylých jednotlivých odpovědí se mezi gymnáziem a SZŠ nevyskytují výrazné rozdíly.

Abychom lépe viděli výsledné součty odpovědí, vytvořili jsme Tabulku 8, kde je již zřetelné, že kuřáků ze SZŠ bylo dohromady více než kuřáků z gymnázia: odpověď *příležitostně* označilo **8 studentů z gymnázia (8,8 %)** a **15 studentů ze SZŠ (16,5 %)**, odpověď *pravidelně* označili jen **tři studenti z gymnázia (3,3 %)** a **14 studentů ze SZŠ (15,5 %)**.

Graf 22: Otázka č. 4 – Kouříte cigarety? (Gymnázium – SZŠ)



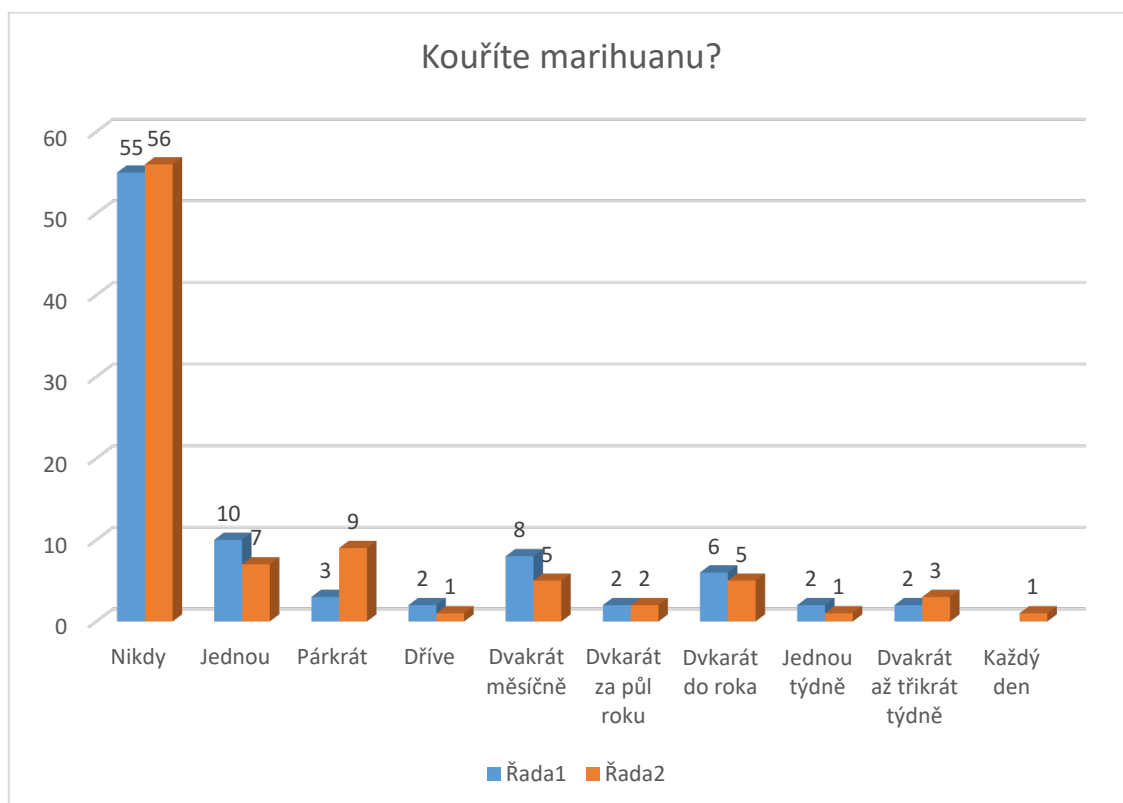
Tabulka 8: Otázka č. 4 – Kouříte cigarety? (Gymnázium – SZŠ)

<i>Odpověď</i>	<i>Gymnázium</i>	<i>SZŠ</i>
<i>Nikdy</i>	<i>47 (52,2 %)</i>	<i>25 (27,7 %)</i>
<i>Jednou nebo párkrát</i>	<i>29 (32,2 %)</i>	<i>29 (32,2 %)</i>
<i>Dříve</i>	<i>3 (3,3 %)</i>	<i>7 (7,7 %)</i>
<i>Příležitostně</i>	<i>8 (8,8 %)</i>	<i>15 (16,5 %)</i>
<i>Pravidelně</i>	<i>3 (3,3 %)</i>	<i>14 (15,5 %)</i>

Otázka č. 5: Kouříte marihuanu?

Na otázku, zda respondenti někdy kouřili marihuanu, se nám od dvou různých škol dostalo **velmi podobných** počtů jednotlivých odpovědí. Odpověď *nikdy* označilo 55 studentů gymnázia a 56 studentů SZŠ. Odpověď *jednou* nebo *párkrát* označilo dohromady 13 z gymnázia studentů (14,4 %) a 16 studentů ze SZŠ (17,6 %). Dříve kouřili marihuanu dva studenti z gymnázia a jeden ze SZŠ. *Příležitostně* kouřilo marihuanu 16 studentů z gymnázia (17,6 %) a 12 ze SZŠ (13,2 %), *pravidelně* kouřili marihuanu 4 studenti z gymnázia (4,4 %) a 5 ze SZŠ (5,5 %). **Příležitostných nebo pravidelných kuřáků** marihuany bylo dohromady 20 studentů z gymnázia (22 %) a 17 studentů ze SZŠ (18,7 %). Dohromady to znamená 69 studentů ze 180, kteří alespoň jednou v životě vyzkoušeli marihuanu, z gymnázia jich bylo 35 a ze SZŠ 34.⁶

Graf 23: Otázka č. 5 – Kouříte marihuanu? (Gymnázium – SZŠ)



⁶ Všechna uvedená procenta v tomto odstavci se vztahují ke každé ze dvou škol zvlášť.

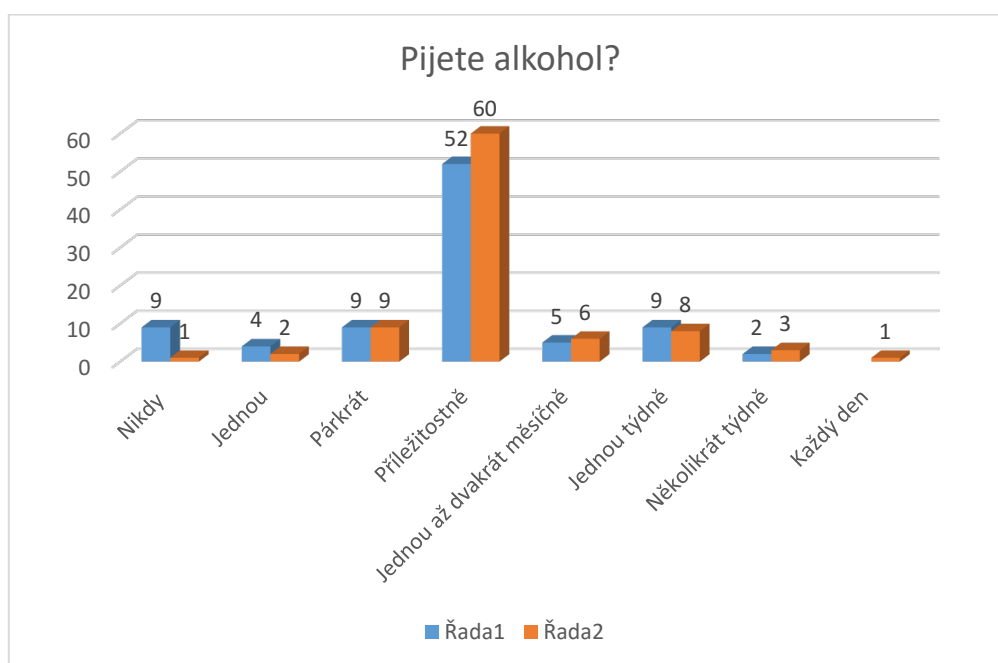
Tabulka 9: Otázka č. 5 – Kouříte marihuanu? (Gymnázium – SZŠ)

<i>Odpovědi</i>	<i>Gymnázium</i>	<i>SZŠ</i>
<i>Nikdy</i>	55 (61,1 %)	56 (62,2 %)
<i>Jednou nebo párkrát</i>	13 (14,4 %)	16 (17,6 %)
<i>Dříve</i>	2 (2,2 %)	1 (1,1 %)
<i>Příležitostně</i>	16 (17,6 %)	12 (13,2 %)
<i>Pravidelně</i>	4 (4,4 %)	5 (5,5 %)

Otázka č. 6: Pijete alkohol?

Stejně jako u marihuany, ani zde jsme se nedočkali významnějších rozdílů. Pro snadnější vyhodnocování jsme odpovědi od *jednou až dvakrát měsíčně* do *každý den* spočítali dohromady, a jsou v tabulce pod názvem *pravidelně* (viz Tabulka 10). Odpovědi se u každé otázky mezi dvěma školami liší maximálně o osm. Z tohoto důvodu rozdíly mezi školami nepovažujeme za podstatné.

Graf 24: Otázka č. 6 – Pijete alkohol? (Gymnázium – SZŠ)



Tabulka 10: Otázka č. 6 – Pijete alkohol? (Gymnázium – SZŠ)

Odpověď	Gymnázium	SZŠ
<i>Nikdy</i>	9 (10 %)	1 (1,1 %)
<i>Jednou nebo párkrát</i>	13 (14,4 %)	11 (12,2 %)
<i>Příležitostně</i>	52 (57,7 %)	60 (66,6 %)
<i>Pravidelně</i>	16 (17,7 %)	18 (19,8 %)

7.1.5 Závěr výzkumného šetření

Na začátku praktické části této práce jsme si určili hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření, ke kterým jsme získali odpovědi již v kapitole Analýza dat. Zde si shrneme nejdůležitější poznatky související s určenými cíli.

Zjistili jsme, že alespoň jednou v životě kouřilo cigaretu/cigarety 148 respondentů, tedy 61,6 %. **Denních kuřáků bylo celkem 23, tedy 9,6 %** respondentů. Ve studii ESPAD bylo denních kuřáků 16,4 % v roce 2015 a 12,9 % v roce 2016. Počet kuřáků mezi studenty (ve věku 16 let) má dle studie ESPAD klesající tendenci. Výsledky naší studie jsou tedy v souladu se závěry studie ESPAD.

Co se týká počtu uživatelů marihuany, výsledky naší studie a studie ESPAD jsou opět velmi vyrovnané. Celoživotní prevalence užití **marihuany** v naší studii čítala **89 respondentů**, tedy **37 %**, a ve studii **ESPAD 36,8 %**.

Výsledná data naší studie týkající se konzumace alkoholu srovnávat se studií ESPAD nemůžeme. Důvodem je kladení odlišného typu otázek. Celkem 148 respondentů (61,9 %) uvedlo, že pijí alkohol pouze příležitostně (oslavy, přípitky). Pravidelných konzumentů alkoholu bylo celkem 35 (14,6 %).

Jedna z otázek kladených respondentům byla, v jakém věku poprvé vyzkoušeli návykové látky. Největší četnost odpovědí u cigaret byla mezi 12 a 16 lety. Obdobně u marihuany byla nejčastější odpověď mezi 13. a 17. rokem života. Odpovědi respondentů týkající se prvního užití alkoholu se pohybovaly v poměrně širokém rozmezí od 4 do 18 let.

Na otázku, od koho respondenti poprvé dostali cigarety nebo marihuanu, byla nejčastěji označovaná odpověď *kamarád*. V případě alkoholu byla odpověď *kamarád* až na druhém místě, kdy na prvním místě byl **rodič**. Cigaretu dostali od rodiče tři respondenti, marihuanu nedostal od rodiče ani jeden. Toto zjištění může naznačovat, že jsou to právě rodiče, kdo podceňuje možná rizika související s konzumací alkoholu u dětí a mladistvých, kdy alkohol nepovažují za tak nebezpečný jako cigarety a marihuanu. Takové chování rodiče si dítě pravděpodobně zapamatuje, a do budoucna může automaticky považovat alkohol za relativně bezpečnou návykovou látku, alespoň oproti jiným návykovým látkám, jako jsou právě cigarety a marihuana. Rodičů kuřáků není málo

a jistě existují i rodiče, kteří užívají marihuanu. Proč rodiče nedají dítěti ochutnat cigarety nebo marihuanu? Proč dělají rozdíly mezi těmito třemi návykovými látkami? Dítě by se správně před dosažením dospělosti nemělo setkat s žádnou z nich.

Nejvíce kladných odpovědí na otázku, zdali studenti někdy uvažovali, že by přestali užívat tyto návykové látky, jsme spočítali u cigaret (62 %), poté u marihuany (33 %) a na posledním místě byl alkohol pouze se 6 % odpovědí. Výsledky u této otázky naznačují, že studenti pravděpodobně považují cigarety za nejvíce zdravotně rizikové, naopak rizik při/po užívání alkoholu se drtivá většina studentů nebojí. Může to souviset s předchozí otázkou, kdy téměř polovině dotazovaných poprvé poskytl alkohol vlastní rodiče.

U otázky, jaké pocity (prožitky) studentům přináší užívání marihuany, studenti nejčastěji označovali odpověď *pocit uvolnění a radost ze života, lepší nálada* (dohromady 74 % odpovědí).

Došli jsme k závěru, že **většina studentů neví o rizicích spojených s užíváním marihuany v dospívání**, myslí si (nebo si jsou dokonce jistí), že mezi užíváním marihuany v dospívání a užíváním marihuany v dospělosti není žádný rozdíl. Těchto studentů bylo dohromady 147 (61 %).

Z výsledných součtů odpovědí k poslední otázce dotazníku vyplývá, že studenti drogu/drogy užívají, protože *je to dělá šťastnými, chtějí zapomenout na trápení a hledají zpestření života* (dohromady 88,7 %).

Určili jsme hypotézy:

- 1) Výskyt pravidelného kouření cigaret, konzumace alkoholu a užívání konopných látek je vyšší u chlapců než u dívek.
- 2) Studenti ze střední zdravotnické školy mají více zkušeností s užíváním návykových látek, než studenti gymnázia.
- 3) Většina studentů neví o negativních dopadech v souvislosti s užíváním konopných látek během dospívání.

K hypotéze 1):

Dívek kuřaček bylo více než chlapců kuřáků. Kuřaček bylo 25,2 %, kuřáků jen 14,8 %. Dívek, které pravidelně kouřily marihuanu, bylo 17 %, chlapců 18,5 %. Rozdíly

v otázce marihuany mezi chlapci a dívkami byly nepatrné, ale celkově byl výskyt pravidelného kouření marihuany větší u chlapců. Podobně jako u cigaret, dívek, které pravidelně pily alkohol, bylo 16 %, chlapců 12 %. Z celkových výsledků tedy vyplývá, že **hypotéza nebyla potvrzena.**

K hypotéze 2):

Pravidelných a příležitostných kuřáků bylo na gymnáziu 12,1 %, na SZŠ 32 %. Marihuanu kouřilo pravidelně 22 % studentů z gymnázia a 18,7 % ze SZŠ. Alkohol pilo pravidelně 17,7 % studentů z gymnázia a 19,8 % studentů ze SZŠ. Studenti ze SZŠ mají více zkušeností s kouřením cigaret a s pitím alkoholu. S marihuanou mají více zkušeností studenti z gymnázia. **Hypotéza tedy nebyla potvrzena.**

K hypotéze 3):

Studentů, kteří neví o negativních dopadech v souvislosti s užíváním konopných látek během dospívání, bylo 61 %. **Hypotéza byla potvrzena.**

8 ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo odpovědět na otázku, kolik studentů má zkušenosti s kouřením cigaret, užíváním marihuany a pitím alkoholu. Denních kuřáků bylo celkem 23, tedy 9,58 % respondentů. Dá se říci, že uvedená procenta korespondují s výsledky ze studií ESPAD z let 2015 a 2016. Podle těchto studií je totiž šestnáctiletých kuřáků, zejména chlapců, čím dál méně, takže zkušenosti s kouřením cigaret se mezi dívkami a chlapci postupně vyrovnávají.

V roce 2015 bylo ve studii ESPAD uvedeno 16,4 % studentů, kteří kouřili denně. O rok později jich bylo už jen 12,9 %. Ve studii ESPAD bylo v roce 2016 zaznamenáno více chlapců kuřáků, než dívek kuřáček. Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že dívek kuřáček je více než chlapců kuřáků, což potvrzuje prognózu uvedenou v roce 2015 a validizovanou v roce 2016 ve studii ESPAD. Zkušenosti s kouřením marihuany a pitím alkoholu byly v našem výzkumném šetření mezi chlapci a děvčaty velmi vyrovnané. Celkem bylo pravidelných uživatelů marihuany 25 (10,4 %) a pravidelných uživatelů alkoholu bylo 35 (14,6 %).

Dalším poznatkem ze studie ESPAD bylo, že rozsah užívání návykových látek se liší s ohledem na typ studované školy - vyšší výskyt užívání legálních i nelegálních drog vykazovali studenti středních škol bez maturity a odborných učilišť. Z našeho výzkumného šetření skutečně plyne, že studenti ze střední zdravotnické školy mají více zkušeností s kouřením cigaret. Naproti tomu zkušenosti s alkoholem jsou mezi žáky dvou různých typů škol téměř shodné (liší se o 2,1 %), a zkušenosti s marihuanou má dokonce větší počet studentů gymnázia, s rozdílem 3,3 % oproti střední zdravotnické škole, což pro nás bylo překvapením.

Ze tří určených hypotéz se potvrdila pouze jedna: *„Většina studentů neví o negativních dopadech v souvislosti s užíváním konopných látek během dospívání.“* O možných zdravotních rizicích v souvislosti s kouřením (nebo jiným způsobem užití) marihuany nevědělo celkem 147 studentů, tedy 61 % všech dotazovaných. Zbylé dvě hypotézy, které zněly *„Výskyt pravidelného kouření cigaret, konzumace alkoholu a užívání konopných látek je vyšší u chlapců než u dívek“* a *„Studenti ze střední zdravotnické školy mají více zkušeností s užíváním návykových látek, než studenti gymnázia“*, nebyly potvrzeny. První uvedená hypotéza nebyla potvrzena, jelikož dívek,

které pravidelně kouřily cigarety a pily alkohol, bylo více než chlapců. Hypotéza by byla platná za předpokladu, že by se jednalo pouze o marihuanu, kde uživatelů bylo více mezi chlapci. Druhá uvedená hypotéza nebyla potvrzena, protože uživatelů marihuany bylo více na gymnáziu (s rozdílem 3,3 %). Kuřáků a uživatelů alkoholu bylo sice více na střední zdravotnické škole (u cigaret dokonce s rozdílem 19,9 %, u alkoholu jen 2,1 %), ale hypotéza nemohla být potvrzena z důvodu převyšujícího počtu uživatelů marihuany na gymnáziu.

V České republice platí zákaz prodeje cigaret a alkoholu osobám mladším 18 let. Prodej konopných látek je nelegální, s výjimkou marihuany na lékařský předpis. Přesto však mají děti a mladiství relativně snadný přístup nejen k těmto třem, ale i dalším návykovým látkám. V dnešní době je velice těžké zabránit dětem ve styku s drogami.

Dá se říci, že kouření cigaret a marihuany i pití alkoholu je pro pubertální jedince trend. Všechny tyto činnosti jsou často vnímány jako něco, co se dnes „nosí“, co je „in“, a některé děti mohou začít s užíváním návykových látek proto, aby se neodlišovaly od ostatních.

V současnosti patří mezi populární například tzv. *vaping* (česky vapování), tedy kouření elektronických cigaret. Při kouření e-cigaret jejich uživatelé vydechují větší množství páry, což mnozí považují za zábavné. Hlavním lákadlem u e-cigaret může být jak velké množství páry, tak její příjemné vůně s možností jejich širokého výběru. Novinkou na trhu jsou také zařízení IQOS a GLO, které fungují na principu zahřívání tabáku. Výrobci obou uvedených kuřáckých pomůcek lákají uživatele na elegantní vzhled přístroje a údajně zdravější variantu kouření. IQOS se stal velice populárním i díky youtuberům, bloggerům a dalším známým osobnostem, jako jsou herci nebo zpěváci. Ti totiž přesvědčují svoje fanoušky, aby IQOS začali používat také. Problém je, že velká část fanoušků, která celebrity sleduje na sociálních sítích, je nezletilá.

Dalším podobným příkladem může být kouření marihuany v mnoha mládeži přístupných filmech nebo hudebních klipech. Není potom divu, že děti považují užívání návykových látek za normální. Herci, zpěváci, youtuberi, bloggeři, sportovci, představitelé státu a další známé osobnosti jsou v současnosti pro mnoho dětí a

dospívajících výrazným vzorem, především díky sociálním sítím, na kterých se celebrity prezentují.

O to, aby mezi mladistvými bylo co nejméně těch, kteří užívají návykové látky, by se měli snažit nejenom policisté, učitelé nebo lékaři, ale celá společnost, počínaje rodinou. Cigarety i alkohol se postupně zdražují, což může mít pozitivní vliv na užívání těchto látek v dospívání. Příznivým poznatkem je, že prevalence užívání návykových látek u adolescentů se podle studie ESPAD snižuje, u cigaret ale může být příčinou právě přechod na elektronické cigarety, které součástí studie ESPAD nejsou.

Domníváme se, že nejlepší prevencí v oblasti užívání návykových látek je smysluplné vyplnění volného času dětí a dospívajících. Těmito aktivitami máme na mysli různé koníčky, sport, hru na hudební nástroje, výtvarné kroužky, a podobně. V tomto smyslu by rodina měla vytvářet motivující prostředí pro seberealizaci dítěte, podporovat jeho aktivní zájmy, a s dospívajícími si v atmosféře důvěry povídat a sdílet s nimi názory i aktivity.

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

LITERATURA

- 1) KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- 2) KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- 3) *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1996. ISBN 80-901856-4-9.
- 4) ČERMÁK, Bedřich. *Máme doma feťáka: abeceda osudů*. Brno: Facta Medica, 2015. ISBN 978-80-88056-01-0.
- 5) GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.
- 6) NEŠPOR, Karel a Ladislav CSĚMY. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- 7) MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.
- 8) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-x.
- 9) *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 10) PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-x.
- 11) LORENCOVÁ, Radmila. *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. Praha: Dauphin, 2011. ISBN 978-80-7272-247-1.
- 12) ŠPALEKOVÁ, Marta a kolektiv. *Výchovné poradenství: Nástrahy dnešní doby*. Praha: Dr. Josef Raabe, 2011. ISBN 978-80-87553-22-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) Anonymní alkoholici: 12 kroků AA. *Anonymní alkoholici* [online]. Praha [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/>
- 2) MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, říjen, 2018 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
- 3) Zákon č. 40/2009 Sb.: Trestní zákoník. *Zákony pro lidi* [online]. Praha, 2009, 8. 1. 2009 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- 4) Substituční léčba: Sociální dopady drogové závislosti. *Substituční léčba* [online]. Praha [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: <https://www.substitutnic-lecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>

10 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2016, užívání návykových látek mezi šestnáctiletými studenty – srovnání studie ESPAD 2015 a validizační studie ESPAD 2016

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2016

tabulka 2-10: Vybrané ukazatele užívání návykových látek mezi 16letými studenty – srovnání studie ESPAD 2015 a validizační studie ESPAD 2016, v %

Typ návykové látky	Validizační studie ESPAD 2016			ESPAD 2015
	Chlapci (n=1317)	Divky (n=1154)	Celkem (n=2471)	Celkem (n=2738)
Kouření v posledních 30 dnech				
Kouření cigaret	26,3	27,9	27,0	29,9
Denní kouření	14,2	11,2	12,9	16,4
Silné kouření (11 a více cigaret denně)	4,9	3,1	4,1	4,4
Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech				
Pítí nadměrných dávek (5 a více sklenic)	42,8	36,7	40,0	41,9
Časté pítí nadměrných dávek (3krát a častěji)	14,9	8,4	11,9	12,2
Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog				
Konopné látky	32,7	31,1	32,0	36,8
Extáze	3,7	2,9	3,3	2,7
Pervitin a amfetaminy	1,1	1,4	1,2	1,4
Kokain	1,5	1,5	1,5	1,4
Heroin a jiné opiáty	1,2	0,9	1,1	0,7
LSD	3,6	3,1	3,4	3,8
Halucinogenní houby	4,3	3,2	3,8	3,3
Anabolické steroidy	3,1	2,4	2,8	3,3
Těkavé látky	7,1	6,4	6,8	5,7
Prevalence v posledních 12 měsících				
Konopné látky	24,1	23,6	23,9	27,0
Extáze	2,6	1,8	2,3	1,7
Pervitin a amfetaminy	0,6	1,0	0,8	0,8
Kokain	0,6	0,7	0,7	0,8
Heroin a jiné opiáty	0,5	0,6	0,5	-
LSD	1,8	1,5	1,6	1,7
Halucinogenní houby	1,5	1,2	1,4	1,1
Anabolické steroidy	1,3	1,4	1,3	2,0
Těkavé látky	4,0	2,8	3,4	2,8
Prevalence v posledních 30 dnech				
Konopné látky	12,0	8,0	10,2	12,8
Extáze	1,1	0,5	0,8	0,6
Pervitin a amfetaminy	0,4	0,4	0,4	0,4
Kokain	0,2	0,5	0,3	0,3
Heroin a jiné opiáty	0,2	0,1	0,2	-
LSD	0,7	0,7	0,7	0,8
Halucinogenní houby	0,5	0,3	0,4	0,4
Anabolické steroidy	0,6	0,6	0,6	0,8
Těkavé látky	2,1	1,5	1,8	1,0

Zdroj: Chomynová a kol. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2016b)

Příloha č. 2: Oslovení respondentů

Vážení respondenti, vážené respondentky,

*obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma: „**Zneužívání návykových látek u mladistvých**“.*

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je ANONYMNÍ a dobrovolná. Předem děkuji za spolupráci.

*Správné odpovědi **zakroužkujte**, případně doplňte slovně nebo čísly.*

Příloha č. 3: Dotazník pro respondenty

Autor: Kristýna Fikarová, studentka Univerzity Karlovy, obor Speciální pedagogika

- 1) Pohlaví:**
- a) Muž
 - b) Žena
- 2) Věk:**
- 3) Ročník (ve škole):**
- 4) Kouříte cigarety?**
- a) Ne, nikdy jsem neměl/a cigaretu
 - b) Ne, ale jednou jsem to zkusil/a
 - c) Ne, ale párkrát jsem to zkusil/a
 - d) Ne, ale dříve jsem kouřil/a
 - e) Ano, příležitostně (např. na oslavě, v hospodě, ...)
 - I. Asi jednou týdně
 - II. Asi jednou do měsíce
 - III. Méně než jednou do měsíce
 - f) Ano, pravidelně
 - I. Méně než 5 cigaret denně
 - II. Asi 5 cigaret denně
 - III. Asi 10 cigaret denně
 - IV. Zhruba 1 krabičku cigaret denně
 - V. Více než jednu krabičku cigaret denně
 - g) Kolik vám bylo let, když jste zkusil/a první cigaretu?
 - h) Kdo vám dal první cigaretu?
 - I. Cizí osoba
 - II. Kamarád / spolužák
 - III. Sourozenec / jiný rodinný příbuzný
 - IV. Rodič
 - V. Jiná odpověď:
 - i) Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a kouřit?
 - I. Ne, nemám k tomu důvod
 - II. Spíše ne

III. Ano, mám v plánu s tím přestat

5) Kouříte marihuanu?

- a) Ne, nikdy jsem nekouřil/a marihuanu
- b) Ne, ale jednou jsem to zkusil/a
- c) Ne, ale párkrát jsem to zkusil/a
- d) Ne, ale dříve jsem marihuanu kouřil/a
- e) Ano, příležitostně
 - I. Maximálně dvakrát do měsíce
 - II. Maximálně dvakrát za půl roku
 - III. Dvakrát do roka nebo méně
- f) Ano, pravidelně
 - I. Asi jedenkrát týdně
 - II. Dvakrát až třikrát do týdne
 - III. Každý den
 - IV. Několikrát za den
- g) Kolik vám bylo let, když jste poprvé zkusil/a marihuanu?
- h) S kým jste prvně vyzkoušeli marihuanu?
 - I. Cizí osoba
 - II. Kamarád / spolužák
 - III. Sourozenec / jiný rodinný příbuzný
 - IV. Rodič
 - V. Jiná odpověď:
- i) Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a marihuanu užívat?
 - I. Ne, nemám k tomu důvod
 - II. Spíše ne
 - III. Ano, mám v plánu s tím přestat

6) Pijete alkohol?

- a) Ne, nikdy jsem nepil/a alkohol
- b) Ne, ale jednou jsem to zkusil/a
- c) Ne, ale párkrát jsem to zkusil/a
- d) Ne, ale dříve jsem pil
- e) Ano, příležitostně (oslavy, přípitky)

- f) Ano, pravidelně
 - I. Jednou až dvakrát do měsíce
 - II. Asi jednou týdně
 - III. Několikrát týdně
 - IV. Každý den
- g) Kdo vám dal poprvé napít alkoholu?
 - I. Cizí osoba
 - II. Kamarád / spolužák
 - III. Sourozenec / jiný rodinný příbuzný
 - IV. Rodič
 - V. Jiná odpověď:
- h) Kolik vám bylo let, když jste poprvé zkusil/a pít alkohol?
- i) Uvažoval/a jste někdy, že byste přestal/a pít?
 - I. Ne, nemám k tomu důvod
 - II. Spíše ne
 - III. Ano, mám v plánu s tím přestat

7) Jaké pocity (prožitky) vám přináší užívání marihuany?

- a) Pocit uvolnění
- b) Pocit zvýšeného sebevědomí
- c) Radost ze života, lepší nálada
- d) Pocity strachu, úzkosti, deprese
- e) Únava a vyčerpání
- f) Jiné:

8) Myslíte si, že užívání marihuany ve vašem věku je stejně rizikové, jako například ve 30 letech života?

- a) Určitě ne, u dospívajících je riziko negativních důsledků větší
- b) Spíše ne, myslím si, že riziko je vyšší u dospívajících
- c) Asi ano
- d) Určitě ano, žádné rozdíly v tom nejsou

9) Drogu/drogy užívám, protože:

- a) Chci obstát před druhými, nechci se ztrapnit tím, že si jako jediný/á nedám

- b) Často se nudím
- c) Hledám zpestření svého života
- d) Jsem k tomu nucen/a
- e) Chci zapomenout na něco, co mě trápí
- f) Dělá mě to šťastným/šťastnou
- g) Jiné: