

Závislost na drogách, alkoholu a tabáku jako závažný problém dnešní mládeže

Bc. Miroslav Štěpán

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Miroslav ŠTĚPÁN**
Osobní číslo: **H10607**
Studijní program: **N 7501 Pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Závislost na drogách, alkoholu a tabáku jako
závažný problém dnešní mládeže.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti problematiky závislostí na drogách,
alkoholu a tabáku u mládeže.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu zaměřeného na zjištění postoje mládeže k drogám,
alkoholu a tabáku v závislosti na vybraných demografických faktorech.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, Karel., CSÉMY, Ladislav. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 1992.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav, PEPRNICOVÁ, Hana. Jak zůstat fit a předejít závislostem. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.

SKÁLA, Jaroslav, BLAHOŠ, Jaroslav. Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost, zásady léčby glukokortikoidy. Praha: Avicentrum: 1986.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

27. dubna 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 27. 4. 2012



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou závislostí mládeže na drogách, alkoholu a tabáku. V práci jsou popsány nejdůležitější faktory, specifika a příčiny vzniku závislostí na návykových látkách u mládeže a také možnosti terapie a prevence v této oblasti. Důležitou součástí práce je pojednání o alkoholu a tabáku, drogách, které představují nemalé riziko pro mládež, a které jsou společností mnohdy velmi podceňovány a tolerovány. Výzkum v praktické části práce je zaměřen na zjištění rozdílnosti postojů k návykovým látkám u mládeže z města a mládeže z vesnice, a také na zjištění rozdílnosti postojů k návykovým látkám u žáků zlínských středních škol s různým zaměřením.

Klíčová slova: závislost, drogy, alkohol, tabák

ABSTRACT

Diploma thesis deals with addiction on drugs, alcohol and tobacco of young people. The most important factors, specifics and addictions on addictive substances creation cause as well as therapy possibilities and prevention in this area are described in this work. An important part of the thesis is a treatise about alcohol and tobacco, drugs that represent significant risk for young people, and which underestimated and very often tolerated by society. Research in practical part of the work is focused of differences detection in attitudes towards addictive substances among young people from village and young people from town and identifying the differences in attitudes towards those substances of various secondary school students in Zlín.

Keywords: addiction, drugs, alcohol, tobacco

Děkuji paní Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu a trpělivost při konzultacích.

Motto:

„Narkotika toliko odkládají splácení dluhu, jehož výše užíváním stále roste“

Jacques Tati

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 12 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 13 |
| 1 DROGY | 14 |
| 1.1 DROGY A ČLOVĚK, SPOLEČNÍCI V CELÉ HISTORII LIDSTVA..... | 15 |
| 1.2 ODBORNÉ POJMY Z PROBLEMATIKY ZÁVISLOSTÍ | 16 |
| 1.3 DROGOVÁ ZÁVISLOST | 17 |
| 1.4 PŘÍČINA VZNIKU ZÁVISLOSTÍ..... | 20 |
| 1.5 OSOBNOST MLADISTVÝCH A SKLONY K DROGOVÉ ZÁVISLOSTI | 21 |
| 1.6 MLÁDEŽ, PROSTŘEDÍ A DROGY | 22 |
| 1.6.1 Vážnost situace v České republice | 24 |
| 1.7 FORMY POŽÍVÁNÍ DROG..... | 26 |
| 1.8 POSTOJE VEŘEJNOSTI K DROGÁM | 27 |
| 2 ALKOHOL | 30 |
| 2.1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU | 30 |
| 2.2 ALKOHOL A MLADÍ LIDÉ..... | 32 |
| 2.3 OKOLNOSTI PŘI VZNIKU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU U MLADISTVÝCH..... | 34 |
| 3 TABÁK | 36 |
| 3.1 DOBROVOLNÉ UŽÍVÁNÍ JEDU | 37 |
| 3.2 TABAKISMUS JAKO DROGOVÁ ZÁVISLOST | 38 |
| 3.2.1 Tabák, alkohol, káva a dráždidla jako začarovaný kruh závislosti | 40 |
| 3.3 VYMÝVÁNÍ MOZKŮ | 41 |
| 4 PREVENCEU MLÁDEŽE A LÉČBA JIŽ ZÁVISLÉ MLÁDEŽE | 44 |
| 4.1 DĚTI A MLADISTVÍ JAKO CÍLOVÁ SKUPINA, PREVENCE V SOUVISLOSTI S VĚKEM..... | 44 |
| 4.2 VČASNÉ ROZPOZNÁNÍ NÁVYKOVÉHO PROBLÉMU U DÍTĚTE | 48 |
| 4.3 JAK ZÍSKAT DŮVĚRU DĚTÍ, ANEB „NEJLEPŠÍ PREVENCE“ | 49 |
| 4.4 LÉČBA A SOCIÁLNÍ REHABILITACE ZÁVISLÝCH OSOB..... | 50 |
| 4.5 TERAPIE ALKOHOLOVÉ A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI NEZLETILÝCH..... | 52 |
| 4.5.1 Rodinná terapie | 54 |
| 4.6 NALEZENÍ ODBORNÉ POMOCI | 55 |
| 4.7 SOCIÁLNÍ PRÁCE V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ | 57 |
| 4.8 TERÉNNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG..... | 58 |
| 4.9 DALŠÍ MOŽNOSTI NALEZENÍ POMOCI. | 60 |
| 4.10 ZVYKY V RODINĚ ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO UŽÍVÁNÍ DROG U DĚTÍ | 61 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 64 |
| 5 POSTOJE MLÁDEŽE K DROGÁM, ALKOHOLU A TABÁKU | 65 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5.1 | VÝZKUMNÝ CÍL | 65 |
| 5.2 | DRUH VÝZKUMU | 66 |
| 5.3 | VÝZKUMNÝ PROBLÉM | 66 |
| 5.4 | HYPOTÉZY A PROMĚNNÉ | 66 |
| 5.5 | VÝZKUMNÝ VZOREK | 68 |
| 5.6 | VÝZKUMNÉ METODY | 71 |
| 5.7 | ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT | 71 |
| 6 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 72 |
| 6.1 | POPISNÁ ČÁST VÝSLEDKŮ | 72 |
| 6.2 | VYHODNOCENÍ STATISTICKY VÝZNAMNÝCH ROZDÍLŮ V POSTOJÍCH MLÁDEŽE Z MĚSTA A VESNICE K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM | 81 |
| 6.3 | VYHODNOCENÍ STATISTICKY VÝZNAMNÝM ROZDÍLŮ V POSTOJÍCH K NÁVYKOVÝM LÁTKÁM U ŽÁKŮ RŮZNÝCH TYPŮ ŠKOL | 85 |
| 6.4 | VYHODNOCENÍ STATISTICKY VÝZNAMNÝCH ROZDÍLŮ V POSTOJÍCH MLÁDEŽE U RŮZNĚ ORIENTOVANÝCH OTÁZEK | 88 |
| 6.5 | ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ VÝZKUMU | 91 |
| | ZÁVĚR | 93 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 94 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 98 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 99 |
| | SEZNAM TABULEK | 100 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 101 |

ÚVOD

Lidé a drogy, dva nerozluční „přátelé“ jdoucí ruku v ruce dějinami lidstva. Pokud se zamyslíme i nad těmi nejstaršími kulturami naší planety, vždy vedle těchto kultur existovalo určité množství látek, které reprezentanti jednotlivých společností využívali k náboženským rituálům, rozšiřování vědomí či relaxaci. Tento smysl využívání přírodních drog se dodnes zachoval u šamanů v některých odlehlých částech Amazonského pralesa a dalších koutech světa, které ještě nebyly plně zdecimovány dnešní moderní civilizací a s ní souvisejícími sociopatologickými jevy. V dnešní moderní civilizaci je ovšem situace zcela jiná. K přírodním drogám přibýly drogy chemicky vyrobené a především se změnil přístup lidí k drogám samotným. Lidé začali tyto látky zneužívat a začali si vytvářet závislosti. Možná by mohl někdo namítnout, že toto téma není příliš moderní a že už v této oblasti bylo mnoho poznatků objeveno. Domnívám se však, že řešení sociopatologických jevů by nemělo být otázkou aktuálnosti či zajímavosti pro větší část momentální společnosti, ale že veškeré tyto jevy si zasluhují mimořádnou pozornost ze strany odborníků. To je také hlavním důvodem, proč jsem si zvolil toto téma.

Cílem práce je utvořit informační celek o závislostech na alkoholu, tabáku a nealkoholových drogách a možnostech prevence a léčby v této oblasti pomáhajících profesí. Práce objasňuje především nejrozmanitější faktory a vlivy, které mohou hrát ať už zásadní či doprovodnou roli při vzniku závislostí na nejrůznějších návykových látkách u mládeže. Práce by především měla objasnit přístup mládeže k návykovým látkám a možnosti pozitivního ovlivnění postojů mládeže k zneužívání těchto látek. Konkrétnější popis závislosti jsem si vybral pouze u dvou legálních a o to nebezpečnějších drog pro mládež, určitý konkrétnější prostor je vyhrazen pro závislost na tabáku a alkoholu.

V praktické části je prezentován kvantitativní výzkum, který je zaměřen především na zjištění rozdílů v postojích mládeže z města a vesnice k návykovým látkám a také na rozdílnosti postojů žáků různě zaměřených středních škol ve Zlíně. Přínos práce by měl být především pro odborníky pracující na prosazení preventivních programů pro mládež i do oblastí s menšími městy a vesnicemi. Práce by mohla podepřít tyto zájmy. Další přínos může mít práce i pro sociální pedagogy, kteří by chtěli v této oblasti pracovat, jelikož obsahuje přehled práce s klienty i uplatnění sociální práce v této oblasti pomáhajících profesí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGY

Ve spisovné češtině má toto slovo především význam „omamující prostředek“ popřípadě „dráždivý přípravek“. Slovo droga se často spojuje v sousloví jako uklidňující droga, omamná droga, ostrá droga, povzbuzující droga atd. Můžeme tedy říci, že se jedná o nějakou látku, která má určitý účinek na lidský organismus a především na lidskou psychiku. Co se týče minulosti, pojem „droga“ označoval surovinu rostlinného nebo živočišného původu používanou jako léčivo. Toto označení se ještě někdy udržuje mezi lékárníky a některými jinými vzdělanými odborníky. Ze širokého povědomí bylo však již vytlačeno (Nožina, 1997).

„Drogy v obecném slova smyslu jsou jakékoliv látky přírodní či uměle vyrobené, které, jsou-li vpraveny do organismu, mění jednu či více funkcí orgánu nebo systému. Drogy v užším slova smyslu jsou látky, které se užívají, lépe řečeno zneužívají, ke změně duševního stavu, tzn. Nálad, prožívání stavu bdělosti či útlumu, a chování. Tyto změny jsou způsobeny vlivem drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti“ (Riesel, 1999, s. 7).

Drogou můžeme nazvat přírodní či syntetickou látku, která splňuje dva základní požadavky. Prvním požadavkem je, že má tzv. psychotropní účinek. Ovlivňuje nějakým způsobem prožívání člověka a jeho okolní reality, mění vnitřní naladění člověka a působí celkově na psychiku jedince. Druhým požadavkem je, že látka může vyvolávat závislost. Má tedy něco co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování dá nazvat „potenciál závislosti“. Při uvědomění těchto požadavků, můžeme zjistit, že jsme drogami obklopeni skutečně na každém kroku (Presl, 1995).

Po přečtení předešlých odstavců může nabýt člověk dojmu, že pojmem „droga“ může být označeno daleko více látek, než pouze ty opravdu nejznámější jako měkké a tvrdé drogy, které nesou menší či větší riziko. Pojmem „droga“, tedy v tom opravdu nejširším pojetí, můžeme označit například i některé potraviny, které mají, byť neznatelný, účinek na lidský organismus a psychiku. Pojem „droga“ se také zcela běžně používá mezi bylináři, kteří tak označují veškeré komponenty bylinných směsí. Na většině bylinných čajů můžeme přečíst, že obsahuje určité procento té či oné drogy. Tato práce ovšem pojednává o „drogách“ v užším pojetí, tedy o látkách, které se odborníky nazývají návykové a omamné látky, které nesou určitá negativní rizika pro uživatele.

1.1 Drogy a člověk, společníci v celé historii lidstva

Problém drog, tedy látek využívaných pro ovlivnění psychiky, je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy můžeme najít již ve Starém zákoně i starších náboženských textech. Drogy byly v celé historii lidstva součástí všech kultur a náboženství, a to včetně toho, které tvoří základní kámen proamerické civilizace, tedy křesťanství. Požívání vína při eucharistii není ničím jiným než požíváním psychotropní látky. Obdobou těchto praktik je požívání psychotropních kaktusů praktikované americkými indiány nebo kouření konopí v Indii. Drogy, ať už legální či nelegální, se od počátku historie lidstva používají coby „sociální mazadlo“ a také způsobují určité problémy. Co se týče konkrétních poznatků, tak dnes je již známo, že 5000 let př. Kr. Sumeřané užívali opium. Tento fakt se dokládá i tím, že pro něj měli ideogram, který zní „hul“ a překládá se jako „radost“ nebo „veselí“. Také Egypťané nezůstávali příliš pozadu a začali se zabývat pro změnu výrobou alkoholu, známé jsou především popisy tehdejších pivovarů. Nejranějším historickým dokladem o požívání makových semínek je z roku 2500 př. Kr. a zasloužili se o něj obyvatelé v jezerních oblastech dnešního Švýcarska. Náš letopočet již skýtal nástup vína, silných čajů a rozšíření opia. V Číně a na celém Dálném východě. Velmi významným mezníkem, tedy alespoň pro mou práci, ale věřím, že i pro evropskou populaci, byl rok 1493, kdy Kryštof Kolumbus a jeho posádka představují Evropě po návratu z Ameriky tabák. Mezi rozvojem těchto pestrých látek a produktů však již v minulosti existovaly i snahy o potlačení konzumace některých z nich. Například v Egyptě bylo v šestnáctém století zakázáno pití kávy a v sedmáctém století ruský car Michal Fjodorovič trestá každého, u koho se najde tabák. Kolem roku 1650 je také v Bavorsku, Sasku a Curychu zakázáno požívání tabáku, prohibice je však neefektivní. Extrémem již byl trest smrti za požití tabáku, který nařídil osmanský sultán Murad IV. Každopádně se i přes uvedené výjimky dále „drogy šířily. V roce 1690 Byl v Anglii vydán zákon pro podporu destilace brandy a alkoholu z obilí. V roce 1762 anglický lékař Thomas Dover zavádí předepisování „diaforetického“ prášku, který doporučuje především při léčení dny. Tento zázračný lék byl později nazýván jako „doverský pudr“ a na příštích 150 let se stal nejmasověji užívaným opiovým přípravkem. Mezi opravdu významné mezníky patří také rok 1844, kdy byl izolován čistý kokain. Dále se vyvíjí situace jako na miskách vah, na jednu stranu vznikají protialkoholní a protidrogové asociace, na druhou ligu pro svobodu člověka. Některé drogy jsou pojímány také jako léky a pro tento účel byly také původně vytvořeny. Například Sigmund Freud léčil kokainem deprese a to i na sobě samém. V roce 1898 dochází k dalšímu významnému objevu. V Německu je syn-

tetizován diacetylmorphin známý lidově jako heroin. Heroin se původně používal výhradně jako lék, nebyly mu připisovány žádné vlastnosti, kterými by mohl přispět k závislosti. V roce 1938 chemik z basilejských laboratoří firmy Sandoz, dr. Albert Hoffaman, syntetizuje LSD a začínají pokusy použití LSD jako léku. V roce 1967 vydává americký tabákový průmysl na podporu a propagaci kouření 250 milionů dolarů (Zábranský, 1997).

Pojednání o vývoji drogové problematiky v kontextu historie lidstva jsem záměrně zakončil informací o částce, kterou byla podporována propagace kouření v Americe. Amerika je celkově zvláštní a protichůdná země, co se týče vývoje drogové scény. Na jedné straně svoboda slova projevu a smýšlení a na straně druhé potlačování, prohibice a někdy nepřiliš vhodné zacházení s lidmi, kteří s drogami pouze experimentují či jsou rekreační uživatelé. Tato platforma se již však přelila i do zemí ostatních. Naštěstí v dnešní době se mnoho zemí a především těch evropských odvrací od známé „války proti drogám“ a začíná si uvědomovat, že ta k ničemu nevede. Mnoho drog bylo vyrobeno především pro lékařské a léčebné účely a v čisté formě nejsou o nic nebezpečnější jako dnešní silnější druhy léků. Na morfiu vzniká také velmi silná závislost a přece si bez něj dnešní lékařství, především pomoc vážně nemocným lidem od bolestí, nedokážeme představit. Stejná situace je i u psychiatrů, kteří měli obrovské úspěchy v léčení psychických nemocí a poruch pomocí LSD, to však mnohdy nemohli používat právě kvůli zákonům a silným protidrogovým tendencím, které mnohdy přinesly odpor a více závislých lidí, než těch, které rádoby ochránili. Je tedy vhodné uvědomit si, že za dnešní situaci nemohou ani tak drogy samotné, ale spíše celospolečenská situace a forma ochrany před těmito patologickými jevy. Výsledky výzkumů však poukazují na jediné. Forma ochrany společnosti je nevhodná a přináší spíše opačné výsledky, než by chtěla.

1.2 Odborné pojmy z problematiky závislostí

Nejzákladnějším termínem v této problematice bude nejspíše „úzus“. Jedná se o termín vyjadřující užití či užívání drogy ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce a společnosti. Jedná se o užívání drog v kontrolovatelném a omezeném množství, které nepoškozuje zdraví člověka, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry uživatele a jeho rodiny. U mladistvých a dětí nenarušuje proces dospívání. Jako synonymum můžeme použít i termín „konzumace“. Dalším termínem je „abúzus“ vyjadřující zneužívání drogy. V českém kontextu může spíše vyjadřovat nadužívání drogy. Může se jednat o velmi časté užívání drog, užívání příliš velkého množství drogy nebo její užívání za nepřijatelné situace,

například ženami v průběhu těhotenství, dospělými osobami při práci. „Abúzus“ je takovým užíváním drog, které ovlivňuje nepříznivě fyzický i duševní vývoj člověka. Jedná se o škodlivé ovlivňování dospívání a dozrávání celého organismu, ať už u dětí, dospívajících či dospělých. Toto zneužívání nemusí vést ve všech případech k návyku, skrývá však v sobě nebezpečí zvyšování dávek drogy, stejně jako rostoucí závislost na droze. U Abúzu existuje tedy forma s návykem a bez návyku. U formy bez návyku pouze člověk překračuje normální velikost dávky, ale pořád ještě k droze netíhne a dokáže se svobodně rozhodovat a to i tehdy, pokud začne drogu zneužívat častěji. Při formě s návykem člověk drogu nutně potřebuje, nedokáže se svobodně rozhodovat a nedokáže si jí odepřít. Posledním termínem spojovaným s drogami je „misúzus“, kterým bývá označena nevhodná aplikace léků. Zde není rozhodující, zda je lék získán od lékaře či ilegální cestou (Nožina, 1997).

Terminologie v oblasti závislostí se udržela po řadu let prakticky totožná. Tyto termíny můžeme také nalézt v řadě již opravdu starších knih. Tento fakt také vypovídá o tom, že závislosti nejsou pouze problémem dnešní doby, ale člověka provázejí dějinami. Před rokem 1989 můžeme hovořit spíše o dopadech alkoholu a tabáku na populaci. Samozřejmě i tehdy bylo nemalé procento alkoholiků i dětí zneužívajících alkohol a svědčí o tom i zájem a výzkumy českých vědců jako je Jaroslav Skála, Jan Mečír či Julius Bartošek. U nealkoholových drog nebyla situace až tak vážná a to především díky naší měně, která neměla „sílu“ za hranicemi země a nebylo tedy v zájmu hlavních distributorů drog, rozjíždět zde jakékoliv větší obchodování. Tato situace ovšem přinesla větší problémy lidem inklinujícím celkově k závislostem, kteří měli obrovskou touhu zkusit něco jiného než alkohol a cigarety. Začali se zde objevovat amatérské pokusy o výrobu nekvalitních drog z léků, které měly opravdu velmi závažné následky pro uživatele.

1.3 Drogová závislost

„Závislost na drogách, včetně alkoholu, je jedna z cest, jimiž lidé pod vlivem mechanismů, kterým nerozumějí, se snaží vystupňovat své životní síly fiktivním způsobem“ (Skála, 1988, s. 5).

Drogová závislost je psychický fenomén charakterizovaný především neodolatelným nutkáním k určitému typu chování s přáním pozměnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek látky a neschopnost omezit určitý typ chování a řadu nepříjemným pocitů při absenci drogy v organismu. Experti Světové zdravotnické organizace definují drogovou

závislost jako psychický, někdy i fyzický stav, který je charakteristický změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně, především pro její psychické účinky, a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v těle. Stav drogové závislosti je již mnoho let řazen mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy. Některé závislosti mají přesné označení v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Drogové závislosti jsou tedy považovány za onemocnění, které je tím pádem možno diagnostikovat, měly by se léčit a především by se jim mělo předcházet prevencí. Míra rizika navození závislosti na určitou látku je různá. Od velmi vysokého rizika například u heroínu přes antipyretika a analgetika až k antibiotikům s minimálním rizikem závislosti (Binder, Vavřínková, 2006).

Drogová závislost obecně znamená, že člověk ve stavu závislosti přestal být svobodný vůči droze- vytvořil si na ni vazbu, droga se mu stala součástí jeho života. Drogu potřebuje, aby se cítil či „fungoval dobře (to ovšem neznámá, že když ji má, skutečně se dobře cítí – o tom by mohl vyprávět ne jeden kuřák). Ve vyhraněných případech může dojít až k „zotročení“ drogy. Můžeme říci, že závislost v našem slova smyslu je potřeba drogy získaná především učením. V každém případě je nutné hovořit o onemocnění, které má negativní důsledky pro jedince a společnost (Nožina, 1997).

Závislost na drogách je chorobnou a vystupňovanou formou návyku. Je provázena nutkáním pokračovat v tomto chování, tedy zneužívání drogy bez jakéhokoli ohledu na její škodlivost a možné dopady. Člověk je nucen získat drogu jakýmkoli prostředky, aby zneužívání drogy mohlo pokračovat dále. V tomto stádiu již postižený dosahuje intoxikace s psychickými změnami, a také se brání střízlivosti, která je provázena nepříjemnými stavy, jež nutí postiženého drogu opět užít (Riesel, 1999).

Důležitým faktem, který je mnohdy zastírán společností, je zcela oprávněné zařazení mnoha zcela dostupných léků mezi drogy, na něž může vzniknout také návyk nebo dokonce závislost. Určitě ve svém okolí znáte jednu či více osob, které zcela bezmyšlenkovitě užívají ihned léky proti bolesti, jen když je trošku bolí hlava či užívají omamné léky na spaní hned, jak nemohou hodinu usnout. V horších případech je berou již preventivně před spaním, aby byla dostupnost spánku stoprocentní. Někteří odborníci zcela jednoznačně přisuzují těmto lékům status „drogy“ a vědí, že tyto léky mohou mít stejné následky, jako některé zakazované drogy. Vystává otázka, proč některé látky jsou označovány za „kruté drogy“ hodné odsuzování a látky s podobnými účinky a možnými následky jsou propagovány reklamami a doporučovány již velmi mladým lidem. Odpovědí bude nejspíše „byznys“.

Farmaceutický průmysl je jeden z průmyslů na světě, ve kterém „protéká“ nejvíce peněz. Také zákazník zneužívající léky vydrží podstatně déle, než narkoman na heroinu. Heroin byl původně také lék. Stejná situace je u alkoholu a tabáku. Alkohol má za následek velké množství cirhóz, případů podlomeného zdraví, cigarety zas decimují populaci rakovinou plic a nejenom jí. Přesto jsou propagovány a nabízeny v reklamách. Při hlubším zamyšlení může člověk najít určitou spojitost, legální jsou především ty látky, které jdou vyrobit na domácí půdě či v okolních zemích a jde na nich vydělat poměrně slušný zisk peněz. Následky, rizika a zničené životy uživatelů v náruči závislosti jdou jaksí stranou.

Závislost na droze může být fyzická, při které trvá nutkání drogu opakovaně zneužívat bez ohledu na její škodlivé následky. Pro tento typ závislosti jsou charakteristické nepříjemné obtíže, které vznikají při nemožnosti aplikace další dávky drogy z jakýchkoliv důvodů. Psychická závislost je ovšem neméně trýznivá a mnohokrát je neprávem označována za méně nebezpečnou, což samozřejmě není pravda (Riesel, 1999).

Fyzická závislost na drogách je stavem lidského organismu, který vzniká již dlouhodobějším a častým příjmem drog do těla. U některých drog však může jít o pouhé týdny, kdy se stačí fyzická závislost projevit, ve výjimečných případech stačí dokonce pouhých pár dnů. Organismus, který je fyzicky závislý na drozese přizpůsobil, vytvořil si „pseudopotřebu“, zahrnul jí do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu drogy, na které je organismus závislý, reaguje poruchou neboli abstinenčními příznaky. Psychická závislost je duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje především přáním jedince drogu opět aplikovat. Může se jednat o pouhé přání člověka, kterému lze v rámci možností odolat, může se však také jednat o dychtivé, neodolatelné a opakující se nutkání drogu požit, a to i v případech kdy člověk své jednání považuje za nerozumné a je si toho vědom. Psychická závislost je vázána na zkušeni i jiných prožitků, než je samotná pasivní konzumace drogy. Psychická závislost je tedy závislost na okolnostech objevující se při konzumaci drogy. Může se jednat o určitou společnost lidí, dobu užití, formu drogy nebo rituál při užití drogy. Teoreticky lze říci, že u této formy závislosti, by neměly dostavit žádné tělesné obtíže při přerušení kontaktu s drogou. Zpravidla jsou však projevy naší psychiky doprovázeny projevy fyzickými, například třesem, pocením a jinými projevy, tedy klamnými abstinenčními příznaky (Nožina, 1997).

Je poměrně těžké z pozice nezávislého člověka, který nikdy nebyl závislý na heroinu či pervitinu, rozhodnout zda je horší fyzická či psychická závislost. Jako příklad jsem uvedl tyto dvě drogy z toho důvodu, že jsou typickými „vlajkonoši“ těchto forem závislostí. Na

pervitinu vzniká velmi silná psychická závislost a na heroinu právě fyzická, o čemž svědčí i fyzické obtíže při odvykání závislých na heroinu.

1.4 Příčina vzniku závislostí

V posledních asi dvaceti letech, odborníci kladou zvláštní důraz na studium farmakologických a biologických aspektů závislosti, jejichž poznání by mohlo velmi mimořádně přispět k prevenci i samotné léčbě závislosti na drogách. Mezi příčinami vzniku závislosti na návykových látkách lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů. Jedná se o vztah droga, člověk a prostředí. Odborníci se v posledních letech také shodují na faktu, že drogové závislosti je třeba studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují. Je tedy mezi nimi určitý vztah vždy. K závislosti dochází tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislostem s drogou, která u tohoto jedince vyvolává nutkavou potřebu znovu a znovu drogu užívat. K těmto možnostem dochází zpravidla v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují. Můžeme zde zařadit návštěvu diskotéky, návštěva různých part a mnoho dalších situací. Současně s rozvojem stavu závislosti na droze je na různých úrovních lidského organismu pozorována řada změn v reaktivitě při opakovaném podání drogy. Znalost mechanismů drogových závislostí je však doposud nedostatečná, ovšem řada poznatků je již úspěšně používána v léčbě toxikomaní nebo alespoň při zmírnění příznaků u omezení aplikace drogy nebo stavů předávkování (Binder, Vavřínková, 2006).

Mnoho odborníků se shoduje v jednom názoru, a to v tom, že návyk a jeho vystupňovaná chorobná forma, tedy závislost, vznikají a vyvíjejí se na základě kombinace mnoha nejrůznějších faktorů. Návyk je tedy výsledkem vzájemného působení vlivu drogy na osobnost jedince v čase, za přispění zpomalovacích či urychlovacích prvků ze strany společnosti a prostředí, životních podmínek a spouštěcích mechanismů. Obecným prvkem při rozvíjení návyku na drogu je její opakované užití. Jedná se o učení prožívat život s drogou, s její pomocí i účastí. Opravdovým posilujícím faktorem vždy bývá počáteční pozitivní zkušenost s drogou, ale také snadnost užívání této drogy díky toleranci společnosti a její dosažitelnost. Mechanismus účinku drog na nervovou soustavu není úplně přesně znám. Předpokládá se, že působí na různých úrovních centrální nervové soustavy, na buněčné a podbuněčné úrovni. Drogy, tedy spíše jejich metabolity, se vážou na specifické receptory v mozku, které blokují pro své potřeby a svojí látkovou výměnu. Narušují tak vnitřní pro-

středí buněk, jejich látkovou výměnu, energetické poměry a zprostředkování vedených informací. Velmi důležitým faktorem drog je jejich schopnost penetrace, to znamená rychle a účinně působit hlavně na centrální nervovou soustavu. Tato vlastnost je pak pozorovatelná a srovnatelná jako schopnost vyvolávat intoxikaci a návykovost (Riesel, 1997).

V moderních přístupech řešení problematiky příčin vzniku závislostí na omamných látkách můžeme vidět značný posun. Zatímco dříve se spíše řešil problém samotný s již konkrétními dopady, dnes se řeší problematika komplexněji. To, že je závislost bio-psycho-sociální problém, je zcela nevyvratitelný fakt. I dítě, které nemá žádné predispozice k jakýmkoliv návykům, má doma milující rodinu, může doplatit na nevhodné vrstevníky ve svém okolí a zmařit svůj život v prahnutí po droze. Prostředí je tedy spolu s biologickými předpoklady a psychickým laděním velmi důležitý faktor.

1.5 Osobnost mladistvých a sklony k drogové závislosti

Z celé řady nejrůznějších pozorování můžeme odvodit fakt, že problém není nikdy v droze samotné, ale především v člověku, který se neustále cítí být lákán a popřípadě neodolá svodu zpět na jednoduchých zdrojích uspokojení. V dřívější době se usuzovalo, že jsou osobnosti, které jsou více zranitelné obecně, a to také ve vztahu k drogám. Tito lidé mají jakýsi handicap a pro drogu sahají při řešení potíží ve svém životě. Dnes však již víme, že drogy zneužívají zcela normální, nijak nehandicapovaní mladiství z důvodů jiných než psychogenních, a víme s jistotou, že čím dříve mladiství s drogou začínají, tím více jsou vážně ohroženi hrozbou závislosti. Někteří odborníci mají názor, že závislou na drogách se může stát jakákoliv osobnost člověka, jestliže jedinec zneužívá drogu příliš často. Ovšem jistá pravděpodobnost sklonu ke zneužívání ať už tvrdých drog, alkoholu či tabáku existuje u mladistvých, kteří trpí poruchami chování, kteří prožili či právě prožívají velkou zátěž, utrpěli úraz hlavy nebo poškození mozku při porodu nebo také prožili v kojeneckém věku či později zánět mozkových blan. Nepříznivou okolností se zde stává především nedostatek vytrvalosti, nestálost a neklid, vedoucí již ve školním věku záškoláctví a nejrůznějšímu selhávání ve škole. Ovšem tyto okolnosti nevedou k závislostem nějak zákonitě či osudově, vždy záleží na výchově a také na prostředí, ve kterém dítě či mladistvý žije. Mnohdy se mohou v tom pozitivnějším případě rozvinout umělecké vlohy či jiné dovednosti a zaměření. Kvalitní, velmi citlivá a individualizovaná výchova rodičů, později samozřejmě i pe-

dagogů, může zcela vyhrát nad dispozicemi či sklonem ke zneužívání návykových látek (Riesel, 1997).

Kromě osobností objektivně závislých na návykových látkách ukázaly novější práce, opírající se o epidemiologické výzkumy, že je značný počet jedinců, které lze považovat za osobnosti „inklinující“ k návykovým látkám, tedy osobnosti, které jsou reálně více ohroženy některou formou závislosti (Bergeret, 1995).

1.6 Mládež, prostředí a drogy

Konzumace návykových látek, zejména drog, se v posledních letech stává jedním z nejzávažnějších sociálně patologických jevů jak u mládeže navštěvující školu, tak i u populace mimoškolní. Tento negativní jev se významně promítá do životního stylu jednotlivých typů lidí a někdy ovlivňuje i existenci ostatních negativních jevů jako je trestná činnost, riziková a nežádoucí sexualita u dětí a mládeže a problémy další. Jelikož se četnost konzumentů drog rok od roku zvyšuje a věkový průměr snižuje, stává se tento jev vážným a plošným ohrožením dětské i dospívající populace. Výzkumy poukazují na potřebu primární prevence, která by měla splňovat hlavně to, aby se dítě již od raných let pohybovalo v neohrožujícím prostředí. Hlavní roli zde hraje volný čas dětí, ve kterém se mohou děti a mládež rozvíjet, vzdělávat, aktivně odpočívat, relaxovat, ale také se při nedostatečném naplnění volného času mohou dostat k drogám. Jak se bude vyvíjet životní styl dětí a formy využití volného času nezáleží pouze na dětech samotných, ale na celé společnosti. Jde především o to, jaké podmínky dětem a mládeži poskytne pro správný vývoj (Falář a kol., 2004).

Největší problém mládeže ve vztahu k návykovým spočívá především v přesvědčení mladých lidí, že si pouze užijí „krásu“ drog a pěkné stavy spojené s jejich aplikací a nebudou muset později platit žádnou daň. To je však ten největší omyl a doplácí na něj spousta mladých lidí, kteří si nepřipouští, že občasné zalaškování si s drogou může přerůst v obrovský a prakticky definitivní životní pád. Jako příklad je vhodné uvést občasné užívání pervitinu. Téměř většina mladých lidí, kteří po alkoholu a tabáku začali experimentovat s pervitinem, ho užívali opravdu pouze rekreačně. Rekreační užívání pervitinu však mnohdy přechází k častějšímu zneužívání, jelikož na pervitinu vzniká poměrně kvalitní psychická závislost. Pouze hlupák si může myslet, že udrží vše zcela pod kontrolou a pervitin bude opravdu relaxační záležitost. Po zalíbení se pervitinu psychice mladého člověka zbývá jen jediné,

buď nutkání přemocet, nebo ve zneužívání pokračovat. I překonaná a zdánlivě poražená závislost na pervitinu není žádnou výhrou a může to být boj na celý život, jelikož člověk si velmi dobře pamatuje, jaký klid by mu přineslo jedno „šlehnutí“, pokud nemá zrovna ten nejlepší den. Ať už se jedná o cigarety, alkohol či nejrůznější drogy, platit svoji daň bude každý, někdo dříve, někdo později, neunikne jí však nikdo (John, Presl, 1996).

Velmi důležité je také to, kde se mládež a děti s drogou setkávají. Doma v rodině se můžou setkat například s kouřením cigaret či popíjením alkoholu. Postupem času na diskotékách či jiných místech se člověk setkává s nealkoholickými drogami. Zneužívání prášků se může dcera naučit od své matky a takovýchto situací může být v životě mnoho. Nejdůležitějším faktorem prostředí je bezpochyby rodina. Mnohdy se dobrá rodina přirovnává k inkubátoru psychického zdraví a nelze tento fakt vyvrátit. Rodina by měla vybavit dítě především správnou orientací v oblasti životních hodnot, volby chování v určitých situacích a také odolnosti proti nejrůznějším svodům. Zde pak můžeme hovořit dnes o velmi časté a rizikové situaci, kterou je rozpad rodiny. Rozpad rodiny bývá mnohdy těžkým stresem pro děti a mladistvé, i když to nemusí být znát hned. Úkol rodičů je tedy především vytvořit příznivé výchovné klima. Samozřejmě však musí být spolupráce i ze strany mladistvého, která hraje mnohdy velmi zásadní roli (Riesel, 1997).

Podle mého názoru je také rodina tím nejzákladnějším článkem prevence ať už závislostí na omamných látkách či dalších patologických jevů. Většina mladých lidí, kteří mají problémy se zneužíváním alkoholu či drog a které osobně znám, měli opravdu nevhodné podmínky v dětství a v rodině celkově. Mnoho z nich pochází z neúplných či rozvedených rodin nebo z rodin, kde „pokulhávalo“ plnění některé funkce rodiny. Mohu také potvrdit fakt, že mnoho mladých lidí silně závislých na nikotinu, pochází právě z rodin, kde se setkávali s touto drogou již od velmi raného věku, většinou díky bezohledným rodičům, kteří kouří doma v obytných prostorech. Ovšem i mezi mladými se najdou výjimky či velmi silné osobnosti, které odolají.

Nepříliš šťastnou skutečností však zůstává, že se všechny děti bez výjimky budou muset, ať už dříve či později, rozhodnout, jaký zvolí přístup k alkoholu, tabáku a drogám celkově. Při této volbě mladých lidí budou vždy doléhat nejrůznější tlaky ze všech stran, nejvíce však ze strany kamarádů a vrstevníků. Buď mladý člověk odolá či nebude mít chuť experimentovat, ale také může podlehnout své zvědavosti, která je podpořena dostupností nejrůznějších omamných látek. Užívání drog však nemusí mít zcela ve všech případech prvotního viníka ve špatně fungujících rodinách. Někteří mladiství se uchylují k drogám i

přes fakt, že jim rodiče dali jen to nejlepší a již od malička měli vstřícný a fungující domov. Neměli bychom také zapomenout na obrovský vliv médií, které reprezentují alkohol, cigarety a tvrdší drogy jako něco fascinujícího dnes dokonce něco kultivovaného. Tlaky na mladé lidi jsou dnes opravdu obrovské (Elliottová, 1994).

Pokud si uvědomíme situaci dnešní společnosti, je pravdou, že obrovský, ne-li zásadní vliv na tvorbu názorů a postojů mnoha lidí, především těch v pubertě, mají média. Svým „hladem“ po senzaci prakticky vytváří z opilých či „sjetých“ celebrit opravdové hrdiny, samozřejmě hrdiny pro mnoho mladých lidí. Dospělý člověk by si však měl uvědomit, že i jeho informovanost o problematice závislostí na omamných látkách může být ovlivněna poznatky z médií a může být tedy výrazně zkreslena a poměrně slušně může uhýbat od opravdové reality.

Na přelomu 20. Století byly považovány za sociálně patologické jevy především sebevražda, homosexualita, alkoholismus, prostituce, později narkomanie a drogové závislosti. V našich podmínkách se začíná zabydlovat přesvědčení, že tyto patologické jevy jsou nevyhnutelné, stanou se součástí naší kultury a v procesu socializace si mladí lidé začnou, v podobě různých vzorců a norem, konzumaci drog osvojovat od útlého dětství (Gulová, 2011).

1.6.1 Vážnost situace v České republice

Problémy s nealkoholickými drogami a zneužívání těchto drog mládeží u nás roste. Přibývá také lidí, kteří vyhledávají častěji odbornou pomoc. Jedná se především o dospívající a mladé dospělé, kteří jsou závislí na pervitinu. Jedna zahraniční studie prokázala, že u velké části dospívajících nastává krátce předtím, než přejdou k nelegálním drogám, výrazný vzestup spotřebovaného množství alkoholu a tabáku. O tom, že i dospívající u nás v zemi, přecházejí k tzv. tvrdým drogám, přes alkohol a tabák, svědčí zde v České republice prováděná studie. Co se týče klinické praxe, často se v naší zemi setkáváme s kombinovanými závislostmi mladistvých. Především kombinace závislosti na alkoholu a jiné droze. Mezi velmi časté kombinace patří závislost na alkoholu a pervitinu. Situace je taková především díky zvýšené dostupnosti alkoholu a jiných drog. Dalším velmi důležitým faktorem je přílišné pracovní zaměření rodičů, kdy nemají čas na své děti. Tento vztah mezi nedostatkem času na své děti a inklinací k drogám těchto dětí, můžeme vidět na faktu, že největší problémy v Evropě, co se týče mladistvých a drogového zneužívání, má Velká Británie. V této

zemi tráví průměrně rodiče nejdelší dobu ve svém zaměstnání. U nás v zemi je také problémem nabízení alkoholu i jiných návykových látek formou přímé i nepřímé reklamy. Nejrozšířenější návykové látky jsou alkohol a tabák. V poslední době se mezi mladými výrazně rozmohlo zneužívání marihuany a velmi nebezpečného pervitinu. To však není konečný výčet. Velmi oblíbenou skupinou omamných látek u naší mládeže jsou i těkavé látky, které se čichají. Podle výzkumu prováděného v roce 1998 v České republice mělo zkušenost s alkoholem 85,5% jedenáctiletých chlapců a 80,2 % stejně starých dívek. 6,1% jedenáctiletých chlapců bylo dvakrát a více opilých a i u jedenáctiletých dívek to činilo celá 2% (Nešpor, 2001).

Jelikož byla zmíněna Velká Británie, nebylo by od věci zmínit i jednu zajímavost. Velká Británie si „dovolila“ poskytovat heroin závislým osobám, což je pro mnoho zemí včetně naší, naprosto nepředstavitelná forma obrany závislých proti „černému“ trhu drog. Velmi známou a velmi diskutovatelnou osobou je psychiatr John Marks, který poskytoval klientům heroin i kokain na lékařský předpis. S kvalitní drogou z lékárny vystačili závislí daleko déle a díky naprosté čistotě drogy byly i zdravotní následky užívání sníženy na minimum. To jen pro zajímavost menší vsuvka o Velké Británii (Nerad, Neradová, 1998).

Podobné myšlenky o čistotě drog jsou již ověřeny mnoha vědci a výsledky by mohly být zohledněny i v naší zemi. Například předpoklad, že požívači heroinu umírají takřka výhradně na předávkování drogou, se ukázal jako nepravdivý už při pouhé analýze této drogy. Kdyby některý člověk vypil láhev whisky zředěné 95% vody a ihned umřel, nejspíše by se hledala příčina úmrtí v přidané vodě, než v samotném alkoholu. Nevýhodou je, že stejný postup se neděje již u drog. Drtivou většinu případů totálně zničeného zdraví narkomanů či případů otravy drogou má za následek příměs, kterou je droga „říznutá“. Například běžně prodávaný heroin na ulicích USA obsahoval pouhopouhých 6,3 % drogy a zbytek byly nejrůznější chemické jedy. Některé vzorky při analýze odborníku obsahovaly dokonce i 3,8 % drogy, zbytek opět nejrůznější chemikálie (Escohotado, 2003).

Předchozí myšlenku jsem aplikoval do této kapitoly z jednoho důvodu, a to především proto, že zcela jednoznačně vystihuje prakticky největší problém drog, který je i v České republice, tím je čistota drog. Pokud si představíme téměř utopickou představu, že by se u nás prodávaly pouze drogy v nejčistší kvalitě, narkomani by měli více času pro zásadní změnu a rozhodnutí jít do boje se závislostí a měli by k tomu podstatně silnější zdraví.

V roce 2001 byl stav problematiky zneužívání drog v České republice ve znamení růstu. Zvýšila se četnost experimentálního a rekreačního užívání konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými. Dnes již můžeme hovořit o konopí jako jakési alternativě alkoholu dnešní mladé generace. V tomto roce také bylo zaznamenáno další šíření heroinu mimo primárně zasažené oblasti Prahy a severních Čech. Ve vztahu k situaci v EU je situace v České republice v roce 2001 ještě příznivá a jedná se pouze o jakési přibližování se k situaci v okolních státech. V této době se také poměrně výrazně změnila situace u pervitinu. Již se nedalo hovořit pouze o malých skupinkách obklopujícího „vaříče“. Tato koncepce byla nahrazena klasickou sítí, především ruskojazyčného trhu. Tento vývoj je paradoxně podporován narůstajícím policejním tlakem na samozásobitelské skupiny, jejichž místo zabírají dealeri vysoce organizovaných skupin, místo řady vzájemně nepropojených „minitrhů“. Dalo by se tedy říci, že u nás vzniká velmi silný a organizovaný pervitinový trh, jehož další rozvoj nelze předvídat (Radimecký, 2003).

I když byla před několika roky situace s problematikou zneužívání drog u nás lepší, než v ostatních státech EU, nemůžeme propadat přílišnému optimismu. Pro člověka zajímavějšího se o tuto oblast je jasné, že ve všech státech probíhalo určité konečné ustálení počtu závislých a docházelo již pouze k menším nárůstům či poklesům celkového počtu těchto závislých na návykových látkách. Ovšem tomuto ustálení v každé zemi předcházely poměrně významný nárůst uživatelů omamných látek. Zahraniční odborníci varovali své české kolegy několik let zpátky, že Českou republiku teprve čeká opravdu významný nárůst drogově závislých, než se konečně ustálí na určitou hranici. Situaci také zhoršuje fakt možného zkreslení statistických výsledků. Kdo se dnes bude také chlubit, že je závislý na drogách. Musíme tedy brát v potaz i skutečnost, že opravdový počet závislých nám není zcela znám a mohl by někdy i překvapit.

1.7 Formy požívání drog

Pokud máme hovořit o formách požívání drog, pojem, který by měl být vysvětlen jako první je zcela jistě „užívání“ drogy. „Užívání“ může být náhodné, občasné, rekreační a víkendové, pravidelné, a to v množství stejném či stoupajícím, což se týká i frekvence. Dá se říci, že při „užívání“ drogy je aplikace drogy tak mírná, že neškodí danému jednotlivci ani celé společnosti. Příkladem zde může být lékařsky zdůvodněné užívání léků nebo i mírné požívání alkoholu v konzumentském rozsahu. Pokud však dojde k záměrnému užití

drogy s účelem toxikomanským, jedná se již o „zneužívání“ drogy. Při „zneužívání“ drogy s motivem hédonistickým, tedy především proto, aby si člověk způsobil potěšení nebo s motivem toxikomanským, kdy dochází ke stavu otravy drogou a nastává změněný duševní stav, se jedná většinou již o časté užití drogy, které již výrazně ovlivňuje duševní i tělesný stav jedince, ale také jeho sociální vztahy. Aby mohla být některá látka zneužita jako droga, musí se jednat o takové požívání drogy, které nelze ospravedlnit žádnými lékařskými důvody. Dalším významným termínem je „zneužívání drog bez návyku“. Při této formě požívání drogy ještě nedochází k pravidelnému puzení k užívání či nadměrného užití drogy. Je zde pořád zachována svoboda rozhodování. Opakem je „zneužívání s návykem“. Tento pojem můžeme použít, pokud již dochází k nutkání vzít si drogu a je výrazně omezena svoboda rozhodování. Při návyku je nutno dávku zvyšovat, protože stávající množství nepůsobuje takovou změnu psychiky, pro kterou je droga zneužívána. Organismus, konkrétněji nervové buňky, začíná vstupující drogu tolerovat. To je způsobeno především tím, že specifické receptory v mozku, do kterých droga postupně vstupuje, se stávají výrazně méně citlivými. Také zpomalené vstřebávání drogy či její zrychlené odbourávání v látkové výměně těla může urychlovat vznik návyku na drogu. Jako zajímavost mezi požíváním drog je forma nazývána „doping“. Zde se jedná o zvláštní formu zneužívání farmakodynamicky významných látek za účelem zvýšené bdělosti a výkonnosti. Tato forma požívání je známa především u sportovců snažících se vyhrát závod a také u studentů před zkouškou. Každopádně i u této formy požívání hrozí riziko otravy či návyku a měl by si být tohoto faktu člověk vědom (Riesel, 1997).

1.8 Postoje veřejnosti k drogám

Díky mnoha dotazníkovým šetřením a průzkumům se podařilo získat poměrně slušné množství informací o postojích lidí k drogám. Vždy se předpokládá, že určitý průzkum veřejného mínění je schopen zjistit, co si lidé skutečně myslí a že výsledky a lze použít pro směřování drogové politiky. Postoje jsou však obvykle v těsné korelaci s chováním, protože lidé se snaží snižovat rozpor mezi tím, co dělají a o čem jsou ve skutečnosti přesvědčeni. Častěji je přesvědčení přizpůsobováno chování, než naopak. Důvody, proč lidé mění své chování, jsou složité. Největším problémem spočívá v tom, že jsou postoje často nepřiměřeně zjišťovány. Většinou pokud člověk nezaujímá k určité problematice nějaké vyhraněné stanovisko, často papouškuje to, co slyšel z médií nebo na různých neefektivně vedených preventivních akcích. Někdy se však lze setkat s předpoklady, že měnící se postoje mo-

hou způsobit změny v chování. Pro takové tvrzení jsou však sporné důkazy. To lze doložit na příkladu dlouhodobých trendů v prevenci užívání omamných látek v USA. Rozsah užívání drog v USA stále narůstal od poloviny šedesátých let a svého vrcholu dosáhl kolem roku 1979. Poté do roku 1993 užívání klesalo, než se tento trend opět obrátil a byl zase na vzestupu. Průzkumy prováděné na školách naznačovaly, že vzestup nebo pokles užívání drog jsou doprovázeny snížením nebo zvýšením negativních postojů k drogám. Někteří odborníci tvrdí, že změny v postojích a vnímání rizika drog o rok nebo dva předcházejí změnám v užívání drog. Lze tedy říci, že pokud chce společnost zmírnit zneužívání drog, měla by se zaměřit na postoje a názory celé společnosti vůči drogám. Osmdesátá léta byly v USA obdobím strategií typu „řekni drogám ne“. V této době byly zahájeny například preventivní programy D.A.R.E. Jednalo se o preventivní programy na školách vedené policií. Všichni těmto programům připisovali velké úspěchy, záhadou už zůstává, proč tedy od roku 1993 začalo zneužívání drog opět stoupat. Nashromážděné poznatky z evaluačních studií naznačují, že D.A.R.E program, neměl na užívání drog žádný vliv, ačkoli příznivci tohoto programu stále trvají na tom, že ano. Alternativní hypotéza by mohla vzít v úvahu širší kontext. Osmdesátá léta byla v USA Reaganovou érou. Lidé tehdy začali chodit více do kostela, vyzdvihovala se důležitost rodiny a víry, došlo ke snížení studentského odporu. Tyto fakty naznačují, že s největší pravděpodobností funguje systém: změna postojů vede ke změně chování (Hartnoll, 2005).

Předchozí pojednání o postojích společnosti vůči drogám do práce zařazují především z důvodu toho, že můj výzkum v praktické části práce se zaměřuje na zjištění postojů mládeže vůči návykovým látkám. Přesto, že neexistují naprosto finální a jednoznačné výsledky, zda může měnit postoj chování či chování postoj, to že mezi těmito proměnnými je souvislost, je věc neoddiskutovatelná. Je jasné, že pokud má mladý člověk již vryté určité postoje k návykovým látkám, především díky výchově rodičů, může to velmi ovlivnit budoucí chování a opravdový přístup k drogám, alkoholu a tabáku. Ovšem systém může fungovat i opačně a osobně tomu věřím. Přeci jenom každému z nás se v životě stala situace, kdy měl k některé věci poměrně negativní postoj a najednou se ocitl v situaci, kdy z jakýchkoliv důvodů musel či chtěl provést určité chování a zjistil, že věc, ke které měl spíše negativní postoj, nemusí být až tak negativní, jak se zdála původně. V tomto případě dochází tedy ke změně postojů na základě chování, které dříve dotyčný jedinec neprovozoval. Stejný systém vidím i u zneužívání drog. Důkazem jsou drogově závislí mladiství, kteří měli od malička velmi vhodnou a láskyplnou výchovu a měli docela racionální přístup a

postoje k návykovým látkám. Poté však přišla puberta a rizikovější chování s vrstevníky, které mnohdy ovlivnilo postoje k drogám natolik, že i tito jedinci podleli těžké závislosti.

2 ALKOHOL

Mnoho publikací pojednávajících o drogách a alkoholu vždy rozdělují tyto dva pojmy od sebe již v samotném názvu publikace a vytváří dojem, že alkohol drogou není. Je to nejspíše právě kvůli pochopení ze strany společnosti, která alkohol a drogy prozatím pořád rozděluje. Široká veřejnost má prozatím tendenci a nejspíše ji bude mít i v budoucnu, alkohol s ostatními drogami nespojovat (Šedivý, Válková, 1988).

„Alkohol (etanol, etylalkohol, chemicky C_2H_5-OH) patří do skupiny látek, která se nazývá alkoholy. Alkohol je sloučenina získaná kvašením cukru. Chemická látka, která je v pivu, vínu, lihovinách, které jsou tak často v naší společnosti užívané, tím intoxikujícím prvkem je etylalkohol (etanol)“ (SANANIM, 2007, s. 138).

Alkohol je v podstatě nervový jed, který nejprve ochromuje činnost buněk a postupně je i ničí. Pokud je podán ve větší dávce, může způsobit otravu ústřední nervové soustavy. Smrteľná dávkou pro dospělého může být již 300 gramů čistého absolutního alkoholu, u dítěte stačí pouhých 30 gramů (Bartošek, 1963).

2.1 Závislost na alkoholu

„Závislost se definuje jako stadium periodické nebo chronické otravy, škodlivé pro jednotlivce i pro společnost, vyvolané požíváním přirozené nebo syntetické látky“ (Mečíř, 1989, s. 39).

Pokud se jedná o závislost na alkoholu, je důležité zdůraznit skutečnost, že se objevují nové a nové poznatky o vlivu alkoholu na lidský organismus. Například se ukázalo, že na organismus škodlivě nepůsobí pouze etylalkohol, ale i jiné alkoholy obsažené v alkoholických nápojích. Nejzhooubněji působící je amylalkohol. Jedná se také i o množství jiných látek jako například acetaldehyd objeven ve „whisky“ nebo také železo, měď a dokonce i kobalt (Mečíř, 1989).

Člověka, který je závislý na alkoholu bychom mohli definovat jako jedince, kterému požívání alkoholických nápojů zavinuje trvající problém v některé oblasti jeho života. „Pijácká kariéra“ má čtyři období. Každé toho období je značeno určitými příznaky pozorovatelnými na člověku. Pokud tyto příznaky zjistíme, můžeme poměrně jistě určit období, v jakém se daný jedinec nachází. První stádium je stádiem počátečním. Člověk poznává účinky alkoholu jako drogy, která mu přináší pocit dobré nálady. Během kratší či delší doby, což

je závislé na konkrétním jedinci, musí být dávka alkoholu zvyšována, aby bylo dosaženo stejného účinku zvýšení „dobré nálady“ jako dříve. Také přestávky mezi jednotlivým popíjením se zkracují. V tomto stadiu se člověk příliš neopíjí a konzumuje jen takové množství alkoholu, aby byl podnapilý. Často lidé v tomto údobí říkají, že pijí pouze pro dobrou náladu, ale pro nic víc. Alkohol je v této fázi prozatím drogou, která jedinci stále „dává“ ale prozatím nic „nebere“. Druhé stádium tzv. stadium varovné, může u někoho nastat i po letech, u někoho jen po měsících. V tomto stadium již nedochází pouze k mírným podnapilostem, ale občas i k opravdovým opilostem. Konzument v této fázi postupně snáší stále větší a větší dávky alkoholu, opíjení má četnější frekvenci. Jelikož již trvá déle, než dojde ke zlepšení nálady díky požití alkoholu, nestačí mu jen pár piv jako dříve, postupně přechází na silnější piva či lihoviny. Bylo by nápadné či společensky nevhodné, pokud by „píjan“ popíjel o samotě a tak v tomto období vyhledává společníky. V tomto stadiu je taková společnost nezbytná. Jsou to kamarádi, pro které se objednáva „runda“ a sází se na nepsaný zákon či víru v to, že kamarád štědrost oplatí. Jsou dokonce „píjáci“, kteří rádi za druhé pouze platí a pobízejí všechny k pití alkoholu, jen aby se mohli na někoho vymluvit. Z rozvinutého druhého stádia se přibližně každý sedmý až desátý uživatel dostává do třetího rozhodného stádia, kdy se stává na alkoholu závislým. V tomto stádiu se již objevují tzv. „okénka“, což je ovlivnění alkoholem, které nemusí značit ani velkou opilost, avšak poznamenaný člověk si na druhý den na některé momenty nevzpomíná. Příčinou těchto mezer může být rychle stoupající hladina alkoholu v krvi a přecitlivělost chronicky poškozeného nervového systému. Dostavuje se často strach a nejistota. Postižený obchází své přátele a vyptává se, zda včera něco neprovedl, a aby se dozvěděl více, často podniká okružní jízdu po všech hospodách, které má ve zvyku navštěvovat. V tomto stadiu ztrácí závislý nad alkoholem kontrolu. Mnoho postižených touto závislostí si jen zřídka kdy přiznají, že se k opilosti dopravují pouze ze tří piv. Na druhou stranu také dokážou postižení sedět a opíjet se do doby, než zavřou podnik či jim dojdou peníze. Pokud jim dříve alkohol pomáhal řešit některé problémy, v tomto stadiu, které trvá léta i desetiletí mu všechny problémy alkohol komplikuje a znásobuje. Ve čtvrtém, konečném stadiu dochází u závislého k tzv. ranním douškům. Nedokáže začít den bez pravidelného přísunu alkoholu hned po ránu, který musí být pravidelně po nějakém čase opakován. Jedinec není zcela opilý, ale také není střízlivý. Mnohdy mu hladina alkoholu neklesne na nulu i po několik dní. Jeho „tahy“ mohou trvat tři dny nebo také tak dlouho dokud jej fyzicky či finančně nezničí. Nejvýznamnějším rysem tohoto stádia je však snížení odolnosti vůči alkoholu. Dříve mělo

požívání alkoholu stoupající tendenci a nyní se dokáže postižený opít z velmi malého množství alkoholu. Je to způsobeno především narušenými játry a nervovým systémem (Skála, 1988).

Co se týče většiny osob závislých na alkoholu navštěvujících ať už manželské či rodinné poradny, nachází se většina ve fázi umožňující po určitou dobu nepít. Jedná se o týden, měsíc, ba i několik měsíců. Zde ovšem není žádná míra. Ne zcela nadarmo bývá jako první údaj úspěšnosti protialkoholní léčby zmiňována abstinence po roce (Novák, 2006).

2.2 Alkohol a mladí lidé

Požívání alkoholických nápojů mladými lidmi, přesněji tedy mladistvými a dětmi, není zcela určitě novým záporným jevem této doby. V posledních dvaceti až třiceti letech však statistické průzkumy v mnoha zemích, kupříkladu ve Skandinávii, USA, ale i u nás, prokázaly, že věková hranice, kdy se mladiství lidé seznamují s alkoholickými nápoji nejrůznějšího typu, se snižuje a naopak četnost požívání alkoholu se zvyšuje. 22 spolehlivých studií prokázalo, že například kolem roku 1950 bylo až 80 % zcela abstinující mládeže a pouze 20 % mládeže mělo zkušenosti s alkoholem, v roce 1975 již byla situace zcela opačná, celých 80 % procent mládeže mělo již zkušenosti s alkoholem a abstinujících bylo pouze 20 %. Velkým problémem u mladých lidí je především řízení motorového vozidla ve spojení s ovlivněním alkoholem. Druhým, poměrně významným problémem je spojení zneužívání alkoholu mladistvými a kriminalitou. Ne však všichni mladí lidé, kteří začali pít alkohol před dovršením plnoletosti, musí mít zákonitě v budoucím životě problém s alkoholem. Každopádně riziko tu je a není příliš malé. Mnohé výzkumy dokázaly, že rodinná výchova je velmi důležitým faktorem při vytváření vztahu mladistvých k alkoholu (Skála, 1988).

Co se týče rozdílnosti mezi chlapci a dívkami, existují v dnešní době ne příliš výrazné, ale také ne úplně zanedbatelné rozdíly. Časté pití alkoholických nápojů udávají ve výzkumech častěji chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je jednoznačně pivo. U dívek není zaznamenávána tak výrazná preference nápoje jako u chlapců, nicméně od roku 1995 vzrůstá procento dívek, které pravidelně také konzumují pivo. V samotném roce 1995 byly dívkami nejvíce konzumovány destiláty. V roce 1999 již přibylo více konzumentů jakýchkoliv druhů alkoholických nápojů ze stran obou pohlaví. V letech 1999 až 2007 bylo mož-

né sledovat mírný pokles častého pití u chlapců a stabilizace u dívek. Výsledky výzkumů naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou podstatně rozšířené u chlapců a stávají se také běžnější u dívek. V roce 2007 se odhadovalo, že 23 % populace chlapců a 17% populace dívek ve věku 16 let spadalo do této formy rizikového pití. V západoevropských zemích se stal novým fenoménem „alkopops“. Jedná se o vyrobené alkoholizované limonády. U nás oblibu „alkopops“ potvrzuje výzkum z roku 2007, podle něj „alkopops“ pilo někdy v životě 41% všech dotázaných. Pravidelné požívání „alkopops“ není ovšem zdaleka tak rozšířené a hodnotami se blíží popíjení vína. Pro mladé lidi jsou tyto výrobky atraktivní především vzhledem a také očekávaným účinkem, jelikož bývají často prezentovány spíše jako osvěžující, případně energetický nápoj než jako alkohol (Csémy, Chomynová, Sladílek, 2009).

V dnešní době je alkohol některými lidmi pojímán zcela regulérně jako tvrdá droga. Někteří vědci, propagující své myšlenky formou nejrůznějších dokumentů o návykových látkách, řadí také alkohol do tvrdých drog. Pokud vezmeme v potaz mnoho zmařených mladých životů, narušeného zdraví dlouhodobým požíváním alkoholu, narušenou psychiku člověka, může nás napadnout, že vědci propagující tyto informace, nemusejí být až tak daleko od pravdy. Nejvíce zarážející je však v dnešní době lhostejnost rodičů. Někteří dokonce umožní přístup velmi malým dětem k alkoholu. Podobné výroky jako „však ať si lízne“, mohou nejen dítěti, ale i rodičům zcela změnit život.

Největším rizikem požívání alkoholu dětmi a mladistvými je to, že u nich může dojít k otravě i po velmi malých dávkách, obzvláště tehdy, pokud je to první zkušenost s alkoholem. Dalším vážným rizikem je fakt, že v dospívání se podstatně rychleji rozvíjí závislost na alkoholu, než v dospělosti. Navíc nebezpečné pití alkoholu ohrožuje dospívající samo o sobě. Je také dobré brát v úvahu skutečnost, že zneužívání alkoholu v dospívání zvyšuje riziko přechodu k jiným návykovým látkám. Většina našich dospívajících se k nelegálním drogám dostává právě přes alkohol a tabák. Velmi významným argumentem je také to, že k nejčastějším příčinám úmrtí dětí a dospívajících patří především úrazy, otravy, sebevraždy a dopravní nehody, které jsou velmi často spojené s užitím alkoholu (Csémy, Peprnicová, Nešpor, 1999).

Játra mladých lidí odbourávají alkohol pomaleji, je to dáno také tím, že děti a dospívající mají menší hmotnost těla. I opravdu malé množství alkoholu u dětí může vyvolat velmi silnou otravu. Tkáně mladistvých, které přicházejí do styku s alkoholem, jsou výrazněji

ohroženy při nádorových onemocněních, u ženského pohlaví se zvyšuje i riziko rakoviny prsní žlázy. V České republice je povolení nákupu alkoholu od 18 let, v USA a Japonsku je to 21 let, Švédsko 20 let a Norsko 18 let pro pivo a 20 let pro ostatní alkoholické nápoje (Nešpor, 1995).

V lékařských kruzích jsou zaznamenány případy, kdy například dvouletý chlapec měl prokázanou cirhózu jater, která vznikla po denním užití půl litru vína. Mezi osmiletými až dvanáctiletými jsou cirhózy této provenience již častějším nálezem. Existují i poměrně jinak fungující rodiny, kde je například podáváno dětem i litr vína denně. U těchto dětí byly zjištěny poruchy spánku, dráždivost, obnubilace, zrakové halucinace a jiné příznaky. Je známo, že toxicita alkoholu je pro dětský organismus daleko vyšší než u dospělých jedinců. Je to dáno nejen tím, že mají děti a mladiství nižší hmotnost, ale mají i nižší výkonnost fermetů štěpících alkohol (Mečíř, 1989).

Shrnutím lze říci, že rizika při požívání alkoholu mladistvými a dětmi jsou vyšší právě díky větší zranitelnosti organismu dítěte, který se teprve vyvíjí. Především případy mohou přispět k myšlence, že zodpovědnosti není nikdy dosti a alkohol by měl být zcela nepřístupný dětem.

2.3 Okolnosti při vzniku závislosti na alkoholu u mladistvých

Psychiatrická praxe ukázala, že při rozboru takto složitých fenoménů, je především třeba nejenom hodnotit osobnost pacienta, ale také všechny vlivy, které přispěly k jejímu formování, ale i ty, které tuto osobnost nadále formují a ovlivňují. Než dojde k úplnému rozvoji nějaké choroby, má opravdu rozhodující míru odpovědnosti, mimo genetické vlivy, užší i širší společnost a její postoje i opatření. Je iluzorní snažit se zatím o nalézání jediné nejdůležitější příčiny vzniku alkoholové závislosti u mládeže. Při bádání můžeme vystopovat mnohé vlivy, které vedou k opakovanému zneužívání alkoholu, a tím umožňují vznik samotného návyku. Je možno zachytit i doprovodné somatické změny. Dokonce se již více ujasňuje podstata biochemických změn, podmiňujících vznik závislosti. Je především důležité prosazení odmítavého postoje k alkoholu v celé společnosti a dodržení zásady od všech, že závislý na alkoholu, který uvedl svoji závislost do stadia klidu, nesmí alkohol vůbec požit, aby nedošlo k recidivě závislosti. Zcela jisté je, že čím je „piják“ mladší, čím více je jeho osobnost odchylnější od normy, čím je méně kontroly a vlivů omezujícího pití,

tím je větší šance k získání závislosti na alkoholu. Přístup k nezletilému, který trpí alkoholovou závislostí, musí být naprosto individualizovaný (Mečř, 1989).

Zvýšení rizika závislosti na alkoholu může být i u dalších problémů, které mladiství prožívají. Zvýšené riziko můžeme nalézt u duševních poruch a poruch chování, Nedostatek způsobů jak zvládat stresové situace, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, sklony k násilí a agresivitě, špatné sebeovládání a nižší inteligence. Jsou však i činitelé, kteří možnost závislosti na alkoholu u mladistvých snižují. Je to například vysoká míra duševního zdraví, dobré tělesné zdraví, pozdní setkání s alkoholem, dovednosti v mezilidských vztazích, schopnost vytvářet citové vazby, dobré sebevědomí, dobré zvládnutí stresových situací. Může se však také jednat o špatné snášení alkoholu, vyšší inteligenci, schopnost plánovat a řešit problémy, schopnost navodit si příjemné stavy zdravými způsoby (Csémy, Nešpor, 1997).

Na řadu se dostává otázka, která mohla stát stejně dobře v úvodu cest značených alkoholem, ale i drogami a škodlivým kouřením cigaret. „Proč?“ Z krátkého slova se začíná odvíjet bludná spirála, po které se již vydalo a stále se vydává mnoho mladých poutníků vstříc okovům drogy v přesvědčení, že dosáhnou vytoužené svobody. Ti, kteří se při cestě těchto poutníků setkají s nimi samotnými, ať už v jakékoliv části cesty, například v roli terapeuta či strážců zákona, uvádějí na základě své zkušenosti, že příčin je vždy vícero a i účinky těchto příčin jsou natolik propojené, že pokusy o jejich přesné ohraničené vydělení a dokonalou definici končí takřka vždy nezdarem. Mnohdy jsou tyto domněnky příčin polovičaté a nepůsobí vždy přesvědčivě. Tyto praktické zkušenosti však již potvrdily několik významných shod v názorech a zkušenostech odborníků či lidí z praxe. Mezi důležité faktory jsou nejčastěji zařazovány radikální sociálně ekonomické změny, kterými prošla prakticky většina zemí na celém světě. Projevuje se to především v mohutné urbanizaci, vyspělejší technické inovaci, sociální migraci, která není plně kontrolována a také nejdůležitější změna v životním stylu mládeže a životních hodnot vůbec (Šedivý, Válková, 1988).

Vymezení všech vlivů, které mohou působit na vznik závislosti na alkoholu u mladého člověka je opravdu těžká věc a asi se nikdy nepodaří sestavit komplexní seznam příčin. Co člověk, to originál a samozřejmě s originálním vnímáním určitých podnětů. Co může ovlivnit jednoho, druhého může nechat zcela v klidu. Osobně největší vliv přikládám rodinnému prostředí a úzké skupině vrstevníků, se kterými se mladý člověk stýká nejčastěji. Mnoho mladých lidí nepilo několik let a nakonec se z nich stali závislí na alkoholu především z důvodu, že začali navštěvovat kolektiv, kde se alkoholu meze nekladly.

3 TABÁK

Někomu může připadat řazení tabáku mezi návykové drogy příliš přehnané. Bohužel je to zařazení zcela oprávněné. Je pravdou, že účinky tabáku na lidský organismus se neprojevují tak rychle a dramaticky jako u jiných drog, ovšem vzhledem k rozšířenosti kouření jsou citelné. Naprostá většina dospívajících, kteří začali kouřit, toho v dospělosti lituje (Nešpor, Csémy, 1997).

Již delší dobu se zdá, že především mladí lidé v naší společnosti nedostávají zcela objektivní informace o kouření a jeho významu. Je to velká škoda a nebezpečí, jelikož kouření a návyk na něj je velmi škodlivý a to především po stránce zdravotní. Nebezpečí, které sebou nese užívání tabáku je všeobecně podceňováno a to především proto, že nepůsobí okamžité poruchy chování a devastaci jedince, jak to můžeme vidět u jiných drog. Ovšem zdravotní následky v pozdějším věku jsou však zdrcující a mnohdy se vyrovnávají následkům drog jiných. Tabák byl vždy pěstován spíše jako lék či okrasná rostlina, teprve v poslední řadě jako droga. Účinnou látkou tabáku je nikotin a mnoho dalších, ne zcela známých látek organických i anorganických. Z těch vysoce škodlivých je to především kyanovodík, amoniak, kysličník uhličitý, metan, sirovodík, metylalkohol a jiné. Přes všechno podcenění nikotinu ze strany společnosti, je právě nikotin vzorovou drogou a splňuje její parametry. Je toxický, má také psychotropní účinky a je návykový. Jedná se o drogu, která byla naší civilizací přijatá, oblíbená a také tolerovaná. Tím pádem nemáme z kouření strach a vypovídají o tom miliony kuřáků (Riesel, 1999).

Tabák je zcela právem řazen v mezinárodní klasifikaci nemocí mezi drogy. Podle odhadů umírá denně v České republice na následky kouření tabáku 63 lidí. Toto číslo je mnohem větší, než u kterékoliv návykové látky. Tabák neohrožuje pouze dýchací soustavu a plíce, jak se mnozí mladiství domnívají. Ohrožuje prakticky celé tělo, podílí se na vzniku mnoha rakovinných onemocnění, cévních a srdečních chorob a mnoho jiného. I když spotřeba tabáku ve vyspělých zemích mírně klesá, v rozvojových zemích naopak stoupá. Je to možné vysvětlit i tak, že přes všechny přímé i nepřímé reklamy podporující tabákový průmysl je v rozvojových zemích mnoho snah o prevenci a ochranu obyvatel před tabákem. Dá se tedy říci, že tyto země z části brání společnost před škodlivým kouřením, ale nebrání již exportu tabákových výrobků do jiných zemí, především těch rozvojových. Zdravotní škody způsobené kouřením přicházejí ve většině případů později, o to však je těžší se této závislosti zbavit (Nešpor, Mullerová, 1997).

Tabák je opravdu významným problémem dnešní společnosti a také dnešní mladé generace. Počáteční „frajerství s cigem“ v koutku úst se mnohdy po několika letech proměňuje v beznaděj v úmyslu zbavit se tohoto zlovyku. Člověk mnohdy racionálně ví, že si prakticky platí nemalé peníze za ničení svého zdraví, ale nemůže přestat. Také mnoho sociálně slabých rodin pokračuje v kouření, i když jim rozpočet nestačí skoro ani na základní potřeby rodiny. V těchto příkladech můžeme vidět zákeřnost závislosti na nikotinu a logicky uvažující člověk uzná, že se opravdu jedná o drogu se všemi mínusy, jaké drogy přinášejí.

3.1 Dobrovolné užívání jedu

Nikotin je ve své podstatě prudký jed a může způsobit i akutní otravu nikotinem. Nikotin je tak prudký jed, stejně jako například cyankáli. K smrtelné otravě stačí již 50 mg látky. Toto množství je obsaženo v jedné cigaretě, naštěstí se při kouření z jedné cigarety vstřebává přibližně pouze 2 mg. U doutníku to může být až 10 mg. Množství vstřebávání nikotinu se zvyšuje například pitím odvaru z tabáku, známého v některých kulturách. Otrava nikotinem se projevuje především studeným potem a bledostí, bolestí hlavy, skleslostí a zvracením. K smrtelné otravě dochází spíše výjimečně u nekuřáků či dětí a u těch, kteří překročili únosnou dávku. Byly i případy otrav po nechtěném požití látek určených k hubení hmyzu s obsahem nikotinu až 20 %. U nikotinu však může nastat i chronická otrava. K té dochází u navyklých a dlouholetých kuřáků. Tkáně těla si na nikotin vytvářejí toleranci, účinnost nikotinu tedy klesá podle toho, jak si na něj tělo již zvyklo. Tolerance v tomto případě umožňuje či spíše nutí zvyšovat množství vykouřeného tabáku a tím se do těla dostává větší a větší množství nikotinu, který za cenu chronické otravy působí kýženou změnu duševního stavu a nálady. Na chronické otravě se samozřejmě i podílejí další škodlivé látky, které jsou v kouři z tabáku obsaženy. Nikotin také obsahuje psychotropní látky a má psychotropní účinky, které jsou podkladem návyku a závislosti stejně jako je tomu u heroínu a kokainu. Všechny tyto drogy se vážou na specifické receptory buněk mozku a po určitou dobu je blokují a vyřazují je z jejich normální funkce. Po stránce psychické není účinek nikotinu až tak dramatický. U nikotinu nedochází k nápadné euforii nebo útlumu či podráždění, které by měly za následek poruchy myšlení a vnímání. Dochází spíše k vyvážení psychiky (Riesel, 1999).

V dnešní době mnoho lidí řeší, zda požívá opravdu plnohodnotné potraviny, pije nezávadnou vodu, zda hygienické prostředky neobsahují škodlivé látky pro lidský organismus a snaží se vyhýbat co nejvíce jedovatým látkám a jedům. Přesto i mezi těmito lidmi se na-

jdou výjimky, které si během celodenního vyhýbání se nejrůznějším škodlivým vlivům z prostředí, vpraví do organismu za pomoci několika cigaret takové množství jedů a chemických látek, že jejich soupis by byl zajímavý pro nejednoho chemika. Riskují vědomě tyto rizika, jen aby do sebe dostali svého psychického pomocníka- nikotin.

Nikotin je velmi toxická a bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku. Užívání nikotinu jako psychotropní látky je vázáno na tabák, resp. na jeho kouření. Jiné aplikační formy (speciální žvýkací tabák či šňupání) nejsou příliš rozšířené. Pokusy o užití jinou aplikační formou (např. odvar z cigaret) mohou končit i smrtí, nikotin je poměrně toxický (SANANIM, 2007).

3.2 Tabakismus jako drogová závislost

Kouření přechází v návyk asi u 50 % osob, které započaly kouřit. Tento přechod návyku v závislost záleží především na tom, jaké množství zneužívané drogy je aplikováno, ale také na jiných faktorech. Je již dokázáno, že k prevenci drog a alkoholu je zapotřebí především prevence v kouření, jelikož tabák stejně tak jako pivo, uvádějí mladé lidi do drogového světa a jsou to zcela jednoznačně opravdové startovací drogy. Podobná tvrzení, že dospívající, kteří nikdy nezačali s kouřením tabáku, zřídka kdy užívají jiné drogy, se opravdu blíží pravdě. K cigaretě a pivu by se dalo ještě přiřadit prostředí hospody či jejího ekvivalentu a „brána“ do světa drog je pro mladého člověka otevřena. Tam totiž začíná marnění volného času mladých lidí, formování svérázné pospolitosti lidí, kteří chodí často do hospody a tráví tam veškerý svůj volný čas pitím a povídáním. Ovšem odvyknout kouření je nesnadné, ale možné (Riesel, 1999).

„Nikotin, resp. Tabák vyvolává velmi silnou – psychosociální – závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost. Odvykací stav je doprovázen nervozitou, rozladěním. Podrážděností a neklidem. Tělesně dochází k množství příznaků, které jsou vyvolány narušením přenosu impulzů ve vegetativním nervovém systému.“ (SANANIM, 2007, s. 144).

Zprávy z USA mluví o výsledcích výzkumů, že návykové látky a také alkohol svými důsledky ničí ročně desetitisíce lidí, kdežto kouření a závislost na něm odpovídá 400 000 úmrtí, popřípadě se na nich podílí (Mečř, 1989).

Kouření je v podstatě naučené chování a proto je velmi těžké s ním skoncovat. Člověk by si měl uvědomit, jak dlouho trvalo, než se stal kuřákem. Chování kuřáka si člověk osvojuje velmi pomalu, někdy řadu měsíců a v některých případech dokonce i řadu let. Proto ani zbavit se poté tohoto zdravotně závadného zlozvyku je otázka delší doby. Většinou u kouření nastupuje první závislost sociální. Člověk kouří především v určité společnosti, kde je mu dobře a kde i ostatní členové holdují nikotinovému opojení. Zůstat nekuřákem ve společnosti, kde se kouří a kde je člověku opravdu příjemně, je velmi těžká věc. Proto také po nějakém čase většina lidí podlehne a zapálí si cigaretu s ostatními. Kouření ve společnosti určitých lidí je tedy závislost sociální, do které spadá i samotný rituál kouření. Jde především o žmoulání cigarety či olíznutí před zapálením, poklepávání cigaretou o popelník, což se velmi výborně hodí i v situacích, kdy stydlivý člověk neví co s rukama při rozhovoru s ostatními lidmi. Poté přechází závislost i do formy závislosti psychické. Cigareta se stává pro člověka jakousi „berličkou“ při řešení nejrůznějších náročných situací všedního dne a stává se samozřejmou součástí životního stylu daného jedince. Hlavními znaky, že člověk přešel již do formy psychické závislosti, je kouření po jídle, po práci, ve stresu, při návalu práce, při odpočinku, při kávě, při telefonování, po sexu a mnoha jiných činnostech. Teprve po určité době, která je individuální podle dispozic jedince, vzniká fyzická neboli drogová závislost na nikotinu. Ve většině případů se vyvíjí po dvou letech kouření. Nemusí však k ní dojít u všech kuřáků. Někteří lidé zůstanou kuřáky svátečními bez závislosti na nikotinu celý život. To jsou však spíše výjimky. Asi 85 % kuřáků v České republice však trpí závislostí na nikotinu (Králíková, Kozák, 1997).

Pokud máme hovořit o míře zneužívání nikotinu, je dobré začít úplně prvním typem kuřáka, kterým je kuřák příležitostný. Na základě kuřáckých zvyklostí, které ho stimulují, kouří občas, aniž by měl větší potřebu zakouřit si. Takový typ kuřáka, pokud se potřeba uspokojení objeví, ji buď uspokojí, nebo vůbec ne, a nečiní jim to větší problémy. Dalším typem je kuřák návykový. Kouří především ze zvyku ve vleku kuřáckých zvyklostí a napodobení. Psychodynamické procesy však nejsou ještě tak fixovány, aby mohla propuknout psychická závislost. Kouření ještě mohou ukončit bez větší námahy. Při překročení tohoto typu se můžeme setkat s typem kuřáka s psychickou závislostí. U těchto kuřáků stojí v popředí požitek z vůně, chuť a celkový kuřácký ceremoniál. Můžeme do tohoto typu kuřáků také zařadit ty, kteří jsou motivováni prožíváním uvolněním, uklidněním, odstraněním pocitu dystrofie a prázdnoty. Posledním typem je již kuřák s psychickou a také fyzickou závislostí. Zde již do popředí vystupují farmakodynamické účinky nikotinu, které kuřák vyhledává

pro emočně-vegetativní prožitky. Na tělesnou závislost upozorňuje bušení srdce, návaly pocení, neklid a třes vždy po vysazení tabáku. Hlavní příčinou těchto abstinenčních příznaků je pokles krevního tlaku a krevního cukru (Mečíř, 1989).

Závislost na nikotinu je naprosto dokonalá ukázka toho, jak může společnost postupně svojí „tolerancí“ nebo spíše velkou dávkou lhostejnosti, přijmout užívání tohoto jedu jako zcela běžnou věc. Na světě existuje velké množství přírodních či přírodou inspirovaných drog, kterým se kromě zneužívání nezodpovědnými lidmi přisuzují i významné léčebné účinky ať už na fyzickou či psychickou stránku člověka. V této souvislosti nelze nezpomenout například českou kapacitu v oblasti psychiatrie Stanislava Groffa, který učinil velmi významné výsledky ve zkoumání léčby psychicky nemocných pacientů za pomoci LSD v USA. Tyto drogy, byť i ty opravdu nejpřírodnější s ověřenými pozitivními účinky na lidský organismus či psychiku, jsou netolerovány a zákonem zakazovány. Nutno podotknout, že léčebné účinky nejsou vyzdvihovány jen nějakou skupinou zneužívající zmíněné drogy ve snaze ospravedlnit své jednání, ale v dnešní době se již jedná o opravdu solidní vědecké výsledky. Nyní se zamysleme nad tabákem a nikotinem. Oproti alkoholu, u kterého se občas objeví i studie prokazující i některé pozitivní vlivy na lidský organismus v požití malých dávek, se u tabáku nedá hovořit o naprosto žádných pozitivních vlivech na organismus člověka a i přesto se jedná o naprosto tolerovanou drogu podporovanou masivní reklamou. Je jasné, že když mladý člověk vidí od rána desítky lidí s cigaretou, krabičky cigaret v každém obchodě a restauraci, mnohdy může nabýt dojmu, že kouření není možná ani tak nebezpečné, když v podstatě kouří kde kdo, opak je však pravdou. U cigaret je opravdu velké nebezpečí ve zkrácení vnímaných rizik ať už dospělých či mládeže.

3.2.1 Tabák, alkohol, káva a dráždidla jako začarovaný kruh závislosti

U kouření, nebo tedy spíše závislosti na nikotinu se dá hovořit o začarovaném kruhu, ve kterém se mnohdy mohou vyskytnout i další návykové látky či jejich nejrůznější kombinace. Kouření tedy není zcela izolovaný jev. Některé zvyklosti kuřáků, například ty stravovací, podporují kouření. Kuřák si to nemusí ani uvědomovat a dopouští se zásadních chyb, které ho v tomto návyku podporují a je proto těžké zbavit se závislosti na nikotinu samotném. Jedná se především o pití alkoholu, kdy tento rituál je velmi často spojován s kouřením, dále se může jednat o pití kávy, čaje, nejrůznějších dráždivel, koření, ale také omeze-

ný pohyb či naopak hektický styl života, přispívá k nadměrnému zneužívání tabáku. Co se týče tabáku, alkoholu a kávy, vytvářejí ukázkový kruh, jehož prvky se navzájem podporují. Dalo by se říci, že vytvářejí alianci neblahých faktorů. Tento kruh započíná sice podporován euforií, ale mnohdy končí nemocemi a depresemi. Zajímavým faktem je například to, že mladí lidé, kteří po válce pili alkohol minimálně, začali opravdu masivně pít v 70. letech poté, co jim dovolili kouřit ve školách. V Evropě se až do 19. století konzumovalo mnohem méně alkoholu, cukru, masa i kávy. Základem výživy byly především celozrnné obiloviny a zelenina a trocha mléčných výrobků. Postupem času se začaly konzumovat rychlé glycidy a dráždidla. Ve všech státech současně s těmito prvky stoupla i spotřeba kávy, alkoholu, cukru, masa i cigaret. Stejný jev dnes můžeme pozorovat ve třetině světa. Můžeme tedy říci, že změna výživy také velmi významně popostrčila člověka k tabáku, ale také jiné faktory, vyplývající především z rysů průmyslového života. Tyto faktory kupodivu vědci pokládají za méně významné, než výše zmíněné stravovací návyky. Tyto prvky začarovaného kruhu se často doplňují. Co je příjemnějšího, než si dát po dobrém jídle, v současné době plné umělých dráždidel či cukru, pivo, šálek slazené kávy a cigaretu, aby nám lépe trávil? V tomto příkladu můžeme vidět spojení hned pěti prvků cyklu. Jsou to tabák, alkohol, káva, cukr a také sedavý způsob života (Comby, 2007).

Předchozí pojednání o „začarovaném kruhu“ se nedalo nezařadit do práce. Po přečtení mnoha knih zabývajících se závislostí na tabáku a jejího zbavení jsem nikde nenarazil na podobnou a takto zajímavou věc. Souvislost mezi stravovacími návyky v určitých obdobích lidstva a mírou zneužívání tabáku a alkoholu je velmi zajímavá. To, že je mnohdy cigareta spojená s kávou nebo pitím alkoholu, potvrdí ne jeden kuřák. Jak jsme se mohli dočíst v předchozím pojednání, existuje však i opačný mechanismus, a to, že samotné kouření může podporovat větší zneužívání alkoholu, jak tomu bylo v 70. letech, kdy bylo povoleno kouřit ve školách.

3.3 Vymývání mozků

Proč vůbec méně či více rozumný člověk začne kouřit? Abychom si mohli odpovědět na tuto otázku, musíme nejprve zkoumat mocné účinky našeho „spícího partnera“, neboli podvědomí. Všichni se s oblibou považují za inteligentní a rozumné tvory, kteří si sami určují svoji životní cestu a cíl. Ve skutečnosti je devadesát devět procent našeho života předurčeno. Dalo by se říci, že každý člověk je produktem společnosti, ve které vyrůstá, a především ta stanoví, jaké rozhraní oblečení bude onen člověk nosit, v jakých domech bu-

de bydlet, jaké základní vzorce chování bude používat. Podvědomí má důležitý vliv na nás a dokonce, když jde o fakta, a ne o názory, nechají se miliony lidí podvádět. Dříve, než li Kryštof Kolumbus obeplul svět na své plachetnici, všichni věřili, že svět je plochý, dnes již víme, že je Země kulatá. Pokud by se někdo snažil napsat i deset knih, že je Země opravdu plochá, dnes by již nikoho nepřesvědčil, ačkoliv drtivá většina lidí nebyla ve vesmíru a neviděla naši planetu z této perspektivy. Pracovníci v reklamě velmi dobře znají, jak silný je vliv sugesce člověka na podvědomí, proto také vídáme na každém rohu tolik billboardů či reklam v novinách. Pokud si člověk myslí, že je to jen pouhé vyhazování peněz pro reklamní společnosti a nemá to žádný vliv na to, kolik lidí dnes kouří, velmi se mýlí. Naše podvědomí denně bombardují poselství, která nám namlouvají, že cigarety nás uvolní, dodají odvahy a sebedůvěry a že cigareta je vlastně ta nejskvělejší věc na této planetě. Mnoho lidí si může pomyslet, že právě napsané řádky jsou trošku přehnané, ale opak je pravdou. Stačí se podívat na jakýkoliv film, v němž bude někdo zakrátko popraven nebo zastřelen, co bude nejspíše jeho posledním přáním? Správně- cigareta. I taková hloupost jako je kratičká scéna z filmu, která sice nemá přílišný vliv na naše vědomí, má obrovský vliv na podvědomí. To už si velmi rádo přisvojí toto poselství, aniž by o tom člověk věděl. Dalo by se shrnout, že taková scénka z filmu nese v sobě poselství a výrok: „To nejdrahocennější na tomto světě, moje poslední myšlenka a můj poslední čin, je cigareta“. Samozřejmě i v každém válečném filmu dostane ihned raněný voják svoji cigaretu. Reklama na cigarety již nesmí být vysílána v televizi, proč by se však měla vysílat v reklamním čase, když je přímo zapojena a propojena s pořady, které běží v hlavním vysílacím čase. O velkolepých reklamách na cigarety při sportovních závodech, kdy společnosti propagující tabák sponzorují týmy, už ani nemluvě. Je velkou ironií osudu, že nejmocnějším faktorem při tomto vymývání mozků je kuřák samotný. Nelze tvrdit, že kuřáci jsou nějak tělesně změkčilí lidé se slabou vůlí. Člověk musí mít naopak dobrou kondici, aby se vypořádal s jedem. To je také jedním z důvodů, proč jsou mnohými kuřáky přehlíženy statistiky o škodlivosti kouření. Člověk si mnohdy raději pamatuje na někoho z okolí, který kouřil denně dvě krabičky cigaret, celý život nebyl nemocný a dožil se osmdesátí, než mnoho ostatních, kteří mají zdravotní problémy či už jako poměrně mladí lidé zemřeli na nemoci, u kterých hrály obrovské role právě vykouřené cigarety. Pokud by člověk provedl malou anketu, nejspíše by zjistil, že mezi populací kuřáků jsou mnohdy jinak velmi silné osobnosti. Rozsah vymývání mozků je v posledních letech až neuvěřitelný. Všichni se bouří proti lidem čichajícím těkavé látky či aplikující heroin a sami jsou zapojeni či zcela jednoznačně tolerují zneuží-

vání drogy daleko nebezpečnější z celkového měřítka. Největší zájem na tomto přístupu a zcela společensky uznaného chování, kterým již dnes kouření bezesporu je, mají vlády určitých zemí, které od kuřáků vybírají miliardy na daních z tabáku (Carr, 2003).

Čím to je, že se lidé dnes dívají na čichání toluenu, heroinovou narkomanií atd. jako na velké zlo, zatímco na drogu, za kterou utrácí velkou část svých peněz a která skutečně pomalu zabíjí, si dokázali osvojit jako zcela normální společenskou záležitost? Velkou částí se na tom podepisuje vědomí, že to dělají ostatní lidé, tak proč to nezkusit taky. Mladý člověk vyrůstající v dnešní společnosti má mnohdy pocit, že mu něco chybí. Z mnoha stran je na něj valen reklamní materiál a pro některé jedince je velmi obtížné ovládnout pocit, že jim něco chybí, posléze jim však chybí především svoboda, kterou jim vezme závislost na nikotinu (Carr, 1985).

„Vymývání mozků“ je fenomén dnešní doby. Nejedná se pouze o podvědomé vštěpování informací o „důležitosti“ alkoholu a tabáku pro lidi, jedná se o širokou a rozsáhlou oblast reklamy, která se snaží vychovat si nové a nové konzumenty té nejvyšší kvality. Domnívám se, že společnost celkově, ale především odborníci v oblasti prevence závislostí by měli tuto stránku problematiky dětem objasňovat co nejvíce. Je zcela jednoznačné, že podprahová reklama zcela jistě funguje a je financována velmi vysokými částkami, jelikož obchodníci velmi dobře vědí, že přináší své zisky. Vhodným příkladem může být i reklama v dětských pořadech, kdy se snaží nejrůznější velké korporace vychovat si zákazníka již od velmi raného věku. Především v USA to byl jednu dobu velmi řešený problém, který se dostal dokonce k soudu. Pedagogové, vychovatelé, sociální pedagogové a nejrůznější pracovníci pracující s dětmi či mládeží, by si měli tento fakt uvědomit a vnést ho do profesionálního a kladného působení na děti a mládež.

4 PREVENCEU MLÁDEŽE A LÉČBA JIŽ ZÁVISLÉ MLÁDEŽE

Tato část diplomové práce se bude zabývat především souhrnem preventivních praktik, které se odborníkům v oblasti drogové problematiky osvědčily přímo v praxi a kontaktu s klienty, popřípadě které doporučují pro přímou aplikaci v přirozeném prostředí klientů, tedy v rodině. Dále se bude tato kapitola zabývat tím, jak může odborník, ale třeba také rodič působit na dítě, které již má návyk na určitou drogu či kombinaci drog.

4.1 Děti a mladiství jako cílová skupina, prevence v souvislosti s věkem

Cílová skupina dětí a mladistvých nebývá pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Statistiky naopak dokazují, že zneužívání drog se velmi často odehrává ve věku patnáct až devatenáct let. V roce 2001 do této kategorie spadalo 47,5 % uživatelů drog a celá polovina si aplikovala drogy již nitrožilně. U věkové skupiny do patnácti let není situace až tak závažná, ale alarmující je fakt zjištění věku prvního užití drogy, který se posouvá už i na čtrnáct let. Důležitost práce s mládeží nespočívá pouze v jejich počtu, ale vyžaduje mimořádné schopnosti odborného pracovníka. Ten by měl být nejen profesionálem v oboru závislostí, dobrým poradcem či psychoterapeutem, ale měl by mít také velmi dobré znalosti z oblasti dětského a adolescentního vývoje, znalost sociální problematiky včetně základních charakteristik současné rodiny a v neposlední řadě by měl disponovat osobností, která je zralá, stabilní a přijatelná pro děti a jejich rodiny. Pro zjednodušení si můžeme tuto cílovou skupinu rozdělit do dvou podskupin. Jedna skupina jsou děti do patnácti let a druhá jedinci nad patnáct let, tedy dospívající. V práci s adolescenty zneužívající omamné látky je velkým problémem to, že jsou v podstatě bez neurotických příznaků. Často se tedy odborníci setkávají s klienty, kteří se přinejlepším chtějí zbavit problému spojeného s užíváním drog, ale schází jim skutečná motivace k osobnostní změně. Abychom byli schopni adolescenta skutečně zaujmout a oslovit, měli bychom především vytvořit vztah, který je zajímavý a atraktivní, ale také nový a ničím nezatížený. Tento pracovní vztah by měl být svobodný a bezpečný, ale také jasně vymezený. Měl by saturovat potřeby jedince, ale také umožnit dospívajícímu být slabý, dělat chyby, přiznat své nedostatky. Mezi významné prvky v práci s adolescenty patří tzv. zážitková terapie. Většinou se jedná o atraktivní zátěžové programy v přírodě, jako je horolezectví či vodáctví a klienti se v nich musí naučit vyrovnávat se s různými zátěžemi. U dětí je situace poměrně obtížnější. Je to dáno především nedostatkem potřeby odpoutat se ze závislého postoje. Děti jsou do-

sud vázány na rodičovské postavy a jejich chování bývá ve většině případů reakcí na vnější impulzy. Je tedy potřeba nejen pečovat o samotné dítě, ale o celý systém, ve kterém se dítě pohybuje. Přináší to naději, že pokud se změní systém, ve kterém dítě žije, změní se i přístup dítěte, ovšem spolupráce s rodiči bývá mnohdy velmi náročná. Pokud však má odborník pracovat pouze s dítětem, jeví se tato spolupráce téměř beznadějná. Hlavním cílem při práci s dětmi je tedy především motivace rodičů k aktivitě při navozování změny v systému, ve kterém dítě žije. Mezi nejefektivnější způsoby práce při problému zneužívání drog dětmi je rodinná terapie, nejlépe s celým rodinným systémem. Tato práce vyžaduje určitý um a znalosti a pracovník musí být přijatelný jak pro dítě, tak pro rodiče. Při práci s dospívajícími, dětmi a jejich rodinami je potřeba počítat s masivními obrannými reakcemi a odpory, které je potřeba umět efektivně zpracovávat (Broža, 2003).

Shrnutím by se dalo říci, že odborník, který chce pracovat s cílovou skupinou dětí a mladistvých závislých na drogách musí počítat s tím faktem, že nebude muset pracovat pouze s klientem samotným, ale že se jedná o komplexnější přístup, kdy je velmi žádoucí pracovat s celou rodinou klienta. Tyto specifika práce s mládeží také nesou specifické požadavky na osobu pracovníka.

Pokud má být prevence drogových závislostí u mládeže účinná, měla by začínat již od útlého dětství. Například užívání návykových látek, zejména alkoholu a tabáku nebo experimentování s nimi u dětí v mladším školním věku, tedy zhruba od šesti do dvanácti let, není u nás v zemi žádnou vzácností. Dokonce se již v tomto věkovém rozmezí můžeme výjimečně setkávat s dětmi, které jsou již na návykových látkách plně závislé. V tomto věku by již měla začínat specifická prevence, která bere v úvahu konkrétní návyková rizika, aby byla prevence v oblasti mládeže komplexní. Důležité jsou zde také již opravdu objektivní informace o škodlivosti a návykovosti, alkoholu, tabáku a jiných drog. Také je třeba vydvíhat hodnotu zdraví a posilovat přání dětí být zdravý. Návykové látky včetně alkoholu a tabáku by měly být v domácnosti dítěti zcela nepřístupné. Rodiče by také měli jednoznačně zakazovat pití alkoholu a kouření cigaret. Mnoho lidí si může myslet, že takové zákazy mohou vyvolat spíše opačný účinek, existují však doklady o tom, že tomu tak není. Všeobecný zákaz pití alkoholu a to třeba i na Silvestra, dává dítěti najevo, že to s takovým zákazem rodiče myslí opravdu vážně. Takové dítě je ve vztahu k alkoholu opatrnější, i když není pod přímým dohledem rodičů. Dítě by také nemělo vyrůstat jako dříví v lese. Rodiče musí dbát, aby si dítě pokud možno neublížilo nebo aby mu neublížil někdo jiný. Rodiče mohou v tomto směru spolupracovat v rámci rodiny i s dalšími spolehlivými do-

spělými mimo rodinu. Rodinné prostředí by mělo být hlavně předvídatelné a bezpečné. Velmi důležitá je také podpora zdravého sebevědomí a také to, aby mělo dítě možnost projevit, co cítí. Zdravé sebevědomí souvisí totiž s vědomím vlastní ceny a s odhodláním chránit své zdraví. Po tomto období a zvládnutí preventivních kroků nastává období dospívání, které je vymezeno asi od dvanáctého do dvacátého roku jedince. Jedná se o poměrně dlouhé životní pásmo čítající kolem osmi let života mladého člověka. Každému je nejspíše jasné, že přístup k dvanáctiletému dítěti a dvacetiletému „dítěti“ se bude velmi lišit. Přesto existují určité zásady a postupy, které jsou pro celé období dospívání společné. V dospívání získává obrovský význam vrstevnická společnost. Je v zájmu rodičů, aby vrstevníci navzájem rozvíjeli spíše ty dobré stránky svých osobností než ty záporné. Kamarádi, kteří pijí alkohol, kouří, popřípadě berou i jiné drogy jsou nejrizikovějším činitelem pro dítě vůbec. Například i mladá slečna, která se přátelí s chlapcem zneužívající návykové látky, má velké riziko ohrožení, že sama bude mít s těmito návykovými látkami problémy. Rodiče by měli tedy dospívající podporovat v nalezení dobrých přátel a také v kvalitních zálibách. Dospívání je také období, kdy se mladý člověk začne připravovat na své budoucí povolání a na život mimo dosavadní rodinu. Tato situace vyvolává mnohdy velkou hladinu stresu a to i u dětí, které se výborně učí. O to složitější je toto období pro dospívající, kteří mají studijní problémy a nedostali se ani na školu, jakou původně chtěli. Rodiče by měli umožnit rozvoj schopností a nadání, ale na druhou stranu neklást nároky, které dítě nedokáže splnit. I u dospívajících by měla rodina zajistit přiměřený dohled a také i zde platí, že nejlepší variantou je vřelá a středně omezující výchova, která by měla být přiměřena věku. I pro dospívající je velkou výhodou stabilní a předvídatelné rodinné prostředí. Rodiče musejí být připraveni řešit se svými dětmi mnohdy velmi ožehavé otázky, včetně ty o návykových látkách, a měli by dítě nechat projevit své názory k této problematice (Nešpor, 2001).

Dospívání a prevence s ní spojená se může ještě rozdělit do dvou skupin rad. První skupina rad je konkrétně zaměřena na děti od sedmého do dvanáctého roku. Informace poskytované dětem tohoto věku by měly být velmi konkrétní. Je třeba pokračovat ve vštěpování důležitosti zdraví a povzbuzovat přání být fit a zdravý. Postupně je třeba tyto informace přeměnit v pravidla a návyky, které musejí být rodiči srozumitelně vysvětleny. Později nabývá na významu získávání dovedností. Opravdová cílená prevence zaměřená proti škodám způsobeným tabákem, drogami a alkoholem by měla začít již opravdu v tomto věku. Další skupina rad je pro děti a dospívající od třináctého do dvaadvacátého roku. Tento věk je pro

každého jedince velmi náročný. Dochází zde k tělesnému i duševnímu dozrávání jedince. Objevuje a také rozvíjí schopni řešit různé problémy, rozhodovat se, abstraktně myslet, vytvářet nejrůznější hypotézy a věci si spojovat. Dítě se také postupně osamostatňuje a začíná se připravovat na svůj vlastní život. Často bývá tento vývoj provázen vzpourou. Rámec rodiny si dospívající doplňuje o rámec kamarádů a vrstevníků. Kritičnost vůči rodičovské autoritě, pokud je přijata s láskou, je pro utváření budoucí osobnosti nutná. Úkolem pozdního dospívání je především rozhodování o budoucí profesi, vytváření základu samostatného života a navazování budoucích dlouhodobějších citových vztahů. Neúspěchy v těchto oblastech jsou trýznivé a velmi ovlivňující. Pro mladé lidi tohoto věku je obzvláště důležitá jejich vrstevnická skupina, která může zapůsobit na fakt, že se dospívající alkoholu a drogám celkově vyhne nebo se naopak dostane do závislosti. Dospělý se zde může nabízet jako zdroj informací, zároveň by však měl povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Měl by vždy počítat s tím, že mladí lidé se nespokojí pouze s pasivním přijetím informace, ale budou chtít diskutovat o problémech. Prevence v této skupině je snad vůbec nejdůležitější, jelikož se jedná o nejvíce ohroženou skupinu. V dospívání se velmi rychle vytváří návyk na jakoukoliv návykovou látku. V prevenci hrají obzvláště důležitou roli programy za účasti připravených vrstevníků tzv. „peer programy“. Jeden takový vzorový program v americkém státě New Jersey zahrnuje nácvik dovedností potřebných, aby mohl mladý člověk pracovat se skupinou, dále se učí dorozumívání, rozhodování a řešení problémů v oblasti problematiky návykových látek. Takto připravení dospívající lidé pak pracují se svými o něco mladšími spolužáky nebo mladými lidmi ze svého okolí. Dále například organizují za pomoci dospělých různé večírky bez drog a alkoholu, vedou různé diskusní skupiny, poskytují potřebným radu a oporu v problémových situacích (Nešpor, Csémy, 1993).

Vytvořit nějakou dokonalou a zcela efektivní prevenci, například v oblasti zneužívání u alkoholu, je zcela nemožné. Množství faktorů ovlivňujících sklony k rizikovému chování je poměrně velké. Dokazuje to mnoho výzkumů prováděných v mnoha zemích naší planety. V některých zemích se výsledky shodují na určité skupině nejdůležitějších faktorů a některé země mají výsledky zcela odlišné. Odborníci musí především brát v potaz kontext své země a vědět, že nejenom ve světě, ale i v různých částech jednoho státu může být problematika závislostí poměrně odlišná (Berglund, 2003).

4.2 Včasné rozpoznání návykového problému u dítěte

Pokud se u dítěte objevil problém s alkoholem či drogami, je velmi důležité na to přijít co nejdříve, jelikož pokud se začne řešit problém dítěte co nejdříve, je největší šance na vyléčení dítěte. Léčba počínajících problémů totiž bývá mnohem snazší a daleko účinnější než léčba již plně rozvinuté závislosti. Navíc se mohou rodiče vyhnout určitým chybám, které by jinak vůbec neudělali. Třeba neodjedou na dovolenou do zahraničí a nenechají svůj byt napospas dítěti s problémem a jeho kamarádům a pak také nemusí shánět rodinný majetek po nejrůznějších zastavárnách. Následující řádky nemohou nahradit důkladné vyšetření odborníkem. Správně posoudit návykový problém bývá někdy i pro zkušeného odborníka, zvláště když nemá k dispozici všechny potřebné údaje o klientovi. Velmi závažné je především to, pokud rodiče zjistí u dítěte více známek. Neměli by podceňovat ani konzumaci alkoholu a tabáku mladistvým. Podle zahraničních výzkumů může právě přemíra užívání tabáku a alkoholu signalizovat přechod k jiným návykovým látkám. Mezi příznaky nejvyšší vážnosti patří především to, pokud se dítě samo přizná ke zneužívání návykové látky. Každé užití však ještě neznamená to, že je dítě závislé. Pokud chceme hovořit o určení toho, zda je opravdu mladistvý závislý na nějaké látce, měl by tento mladistvý splňovat alespoň tři z šesti následujících znaků: silná touha nebo nutkání návykovou látku užívat, zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce či látkám, tělesné odvykací potíže po vysazení či zmírnění dávky, zvyšování dávek drogy, zanedbávání zájmů kvůli droze a v poslední řadě pokračování v užívání drogy i přesto, že je mladistvý seznámen se škodlivými dopady užívání drogy na jeho zdraví. O závislosti dospívajícího může člověk informovat i jeho spolužák, učitel, soused nebo jakákoliv jiná osoba z okolí. Mnohdy člověk takovou informaci pokládá za nespravedlivé nařčení. Člověk by však neměl podléhat rozčílení a předem by neměl odmítat možnost, že jsou informace pravdivé. Ve většině případů se při takovém informování jednalo skutečně opravdu a pomohlo to zachránit nejen mladý lidský život. Proto je důležité tyto informace nebrat na lehkou váhu. Dalšími známkami, že není něco v pořádku, je situace, kdy se u mládeže nacházejí přímo drogy či pomůcky k jejich aplikaci. Mládež nemusí mít ani znatelné stopy po vpichu. Mnoho drog se dá aplikovat nejrůznějšími způsoby a nemusí být k tomu zapotřebí injekční stříkačka. Pokud již máme hovořit o známkách ovlivnění návykovou látkou, je velmi důležité, o jakou návykovou látku se jedná. To, že je dítě či dospívající opilý pozná asi většina dospělých lidí, ale co látky jiné? Podobné příznaky jako opilost mají i některé tlumivé léky, ovšem z dítěte nejde cítit alkohol. U mládeže zneužívající pervitin se zase projevuje nadměrná a často

naprosto bezúčelná aktivita. Zornice má jedinec často rozšířeny. Poměrně typickým příznakem je po odeznění účinku drogy dlouhý spánek, někdy i vícedenní. Jedinec totiž po požití stimulantů nespí i několik dní a musí tento spánkový dluh napravit. U halucinogenů, například LSD, se projevují halucinace a iluze, časté je také pohroužení se do sebe sama. Po odeznění účinku jsou časté deprese. Dítě na heroinu je naopak utlučené, spavé, také pohroužené do vnitřního světa, má zúžené zornice na světlo, dech je pomalejší a euforie často přechází v nezáměr a depresi. U těkavých látek je určení nejspolehlivější, dítě zapáchá látkou, kterou čichá. Vedle výše zmíněných typických příznaků jsou i příznaky méně výrazné, kterých si ovšem vnímavý rodič, učitel či vychovatel může všimnout také. Dítě se mnohdy v objetí závislosti přestává stýkat se svými dosavadními kamarády a vrstevníky, uzavírá se často do sebe a hodně často se začne stýkat s lidmi staršími. Dítě také může vypadat nezdravě a neduživě, měli bychom mít však na mysli, že se může jednat o jiný zdravotní problém. U dítěte narůstá spotřeba peněz, zanedbává péči o svůj zevnějšek, zhoršuje se prospěch ve škole, začíná mít neomluvené hodiny a pozdní příchody do školy, začíná být nespolehlivé a nedodržuje sliby a je náladové a podrážděné (Nešpor, 2001).

4.3 Jak získat důvěru dětí, aneb „nejlepší prevence“

Základní pravidlem je, že pokud s Vámi chce dítě o něčem povídat, dospělý se mu musí opravdu věnovat. Pro rodiče to mnohdy znamená vypnutí televizoru či odložení časopisu. Pokud začneme být opravdu všímavými, zjistíme, že dítě s námi nekomunikuje pouze slovy, ale k vyjádření používá i gesta, výraz tváře, tón hlasu a držení těla. Člověk tedy musí pochopit, co říká dítě i mimoslovně. Mimoslovní sdělení totiž bývá často významnější. Dítě bychom měli povzbuzovat, aby s námi mluvilo, a přitom ho neodrazovat přílišným vyptáváním. Slova jako „fakt“?, „skutečně“?, podporují domněnku dítěte, že vás rozhovor s ním opravdu zajímá. Také se musí člověk připravit, že ne všechny odpovědi dítěte v diskuzi budou zrovna příjemné a měl by se ovládat, jinak nikdy už nic z dítěte nedostane. Zkuste především vyjádřit vlastními slovy to, co vám dítě řeklo, a zeptejte se ho, zda to myslelo opravdu takto, aby nedocházelo k nedorozumění. Pozor také na tón hlasu. Například slovo „hmm“ se dá říci tak, že může dítě motivovat k dalšímu rozhovoru, ale dá se říci i tak, že rozhovor může zcela jednoznačně ukončit. Pokud je to možné, dospělý by si měl denně vyhradit alespoň chvíli času, tedy pokud je to možné. I pět minut denně může velmi

posilovat vztah mezi dítětem a dospělým. Zkušení terapeuti doporučují každý den v týdnu navečer, ptát se dítěte či dospívajícího, zda ho potkalo nějaké nebezpečí. Největší chybou je lhaní dítěti. Pokud je to jen možné, dítěti nesmí dospělý lhát. Dospělý musí umět přiznat, že neví odpověď na danou otázku, měl by se umět omluvit, při pochybení z jeho strany. Tím se důvěra dítěte neztrácí, ba naopak., posiluje se tím vzájemný vztah ještě více (Nešpor, Csémy, 1993).

Existují také jednoznačné názory odborníků, shodující se v tom, o čem s dětmi mluvit, a především jakým způsobem s nimi komunikovat o určité oblasti problematiky alkoholu, tabáku a drog celkově. Někteří rodiče však řeší dilema, zda mají o drogách začít preventivně hovořit sami nebo počkat, až děti začnou o problematice hovořit sami. V tomto případě je to něco podobného jako s tématem sexu. Čekat na to, až děti začnou o tomto tématu hovořit sami, by mohlo trvat velmi dlouho. Vše také záleží na osobnosti dítěte. Některé jsou od přírody zvědavé a nedělá jim problém zeptat se téměř na cokoli, jiné to nedokážou a nezeptají se nikdy. Slovo „droga“ se již běžně točí okolo dětí od jejich raného dětství a existuje tedy mnoho příležitostí, kdy může rodič využít situace a téma drog začít rozvíjet. Například u opravdu malých dětí je možné drogu přirovnávat k „černokněžníkovi“, který ve všech pohádkách sice splní člověku všechna přání, ale poté mu musí člověk sloužit jako otrok. Děti však nikdy nestrašíme smrtí, která může nastat při silné závislosti na drogách. Nadměrná obava sice může dítě na nějaký čas opravdu odrazovat, ale později však může taková informace vést k odmítnutí celého postoje. Většinou se tak tomu děje, když později dítě zjistí, že jeho kamarádi kouří marihuanu či experimentují s jinými drogami a ještě žijí. Poté dítě začne považovat rodičovské varování za příliš přehnané a strach z „drog“ v mnoha případech upadne na bod mrazu (Hajný, 2001).

4.4 Léčba a sociální rehabilitace závislých osob

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpící závislostí představuje poměrně velmi široké spektrum nejrůznějších metod a přístupů ke klientovi. Některé můžeme vzájemně kombinovat a některé nikoliv. Odborníci se mohou pouze domnívat, které metody budou nejvhodnější pro určité skupiny lidí. Pojetí léčby by mělo korespondovat s komplexností pro-

blému závislosti na návykových látkách, což vyžaduje mezioborový přístup. Metody a přístupy v léčbě a sociální rehabilitaci musí tuto komplexnost respektovat, pokud chceme, aby byly skutečně účinné a vycházely především vstříc potřebám klientů a pacientů. V opačném případě, kdy jsou nevhodně zvolené a navazované složky léčebného systému, oslabuje to jejich celkový potenciál a možnosti. Zásadní podmínkou efektivnosti celkového programu je jeho schopnost vyjít vstříc opravdovým a nikoliv domnělým potřebám klientů. V praxi to znamená stálé přizpůsobování programu nejen ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale především směrem měnícím se potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty. Žádný program nemůže být všeobjímající a nemůže zcela plnit veškeré požadavky na něj kladené. Nejde zde totiž o požadavky pouze ze strany klientů a jejich rodin, ale jedná se také o požadavky ze strany poskytovatelů finančních prostředků a také o tlak společnosti. Výslednicí těchto protichůdných sil je v optimálním případě dynamická rovnováha kopírující měnící trendy v oblasti užívání drog a související s měnícími se potřebami různých věkových a sociálních skupin uživatelů (Dvořák, 2003).

Proti návykovým látkám, které škodí jednotlivci i společnosti, se musí všichni lidé spojit a snažit se především o snížení jejich dostupnosti a samozřejmě snížení poptávky po nich. Nikdo a také nic nás nemůže spolehlivě před škodlivými drogami ochránit, není vyvinutá žádná protilátka proti drogám ani žádný „drogový inzulin“. Celospolečenské preventivní programy již přináší své „ovoce“ a mají svůj hmatatelný úspěch. Změnily se například výživové stereotypy Finů a snížila se jejich úmrtnost na srdeční infarkt. V Anglii a USA klesl počet kuřáků a výrazně ubylo úmrtí spojených se zhoubným nádorem plic. Ve Francii se zase podařilo snížit konzumaci alkoholu, a výrazně klesla úmrtnost na cirhózu jater u mužů (Riesel, 1999).

Problém nejspíše nebude opravdu pouze v samotných drogách, ale především v lidech, lépe řečeno v přístupu lidí a celé společnosti k návykovým látkám. Nejde zde o nějaké snahy vytvoření asketické populace a odsuzování těch, jež inklinují k návykovým „pomocníkům“. Jde především o to, aby společnost nebrala současnou situaci v oblasti návykových látek za samozřejmou a žádným způsobem nenapravitelnou.

4.5 Terapie alkoholové a drogové závislosti nezletilých

Překonat problémy vlastního dítěte, ať už jde o různé drogy či alkohol, není pro naprostou většinu rodičů nic jednoduchého. Pokud jde o vlastní dítě, mnohdy „ztratí hlavu“, i odborníci na problematiku závislostí. Rodiče by se především neměli stydět vyhledat odbornou pomoc a nikdy by to neměli brát jako své rodičovské selhání. Na druhou stranu však nesmí rodiče čekat, že jim odborník dítě „spraví“ bez jejich pomoci, nejlépe na počkání a se zárukou, jako třeba pokažený budík. Odborníci vždy potřebují a vyžadují spolupráci také s rodiči a nikoliv pouze s mladistvým. Co se týče důležitých faktů o léčbě, provádí se za stejných podmínek, jako kdyby se jednalo o jakoukoliv jinou nemoc. Pacient je samozřejmě chráněn lékařským tajemstvím a je dobré vědět, že některá pracoviště nabízejí i možnost anonymního poradenství. Jen naprostá menšina dětí a dospívajících vyhledá léčbu sama. Nejčastěji požadují léčbu svého dítěte právě rodiče a ještě častěji samotné dítě léčbu odmítá. V takových případech se jednoznačně doporučuje vyhledat pomoc sám. Tím, že si rodiče promluví o svých starostech s odborníkem, mohou získat větší jistotu a nadhled, který se může hodit v jednání s dítětem. Pomoc mohou rodiče hledat v centrech krizové intervence, na lince důvěry, u manželského či rodinného poradce, ale také u psychiatrů nebo psychoterapeutů. Rodiče by měli především motivovat dítě ke změně. Dítěti by mělo být jasné, že se mu vyplatí, když s drogami včetně alkoholu přestane. Dítě je na rodičích závislé v mnoha směrech. Rodiče v tomto případě mohou dát najevo, že si představují jiná pravidla soužití a že nepřízpůsobivé a pro dítě škodlivé chování může vést k nejrůznějším sankcím, například odepření kapesného či dárků. Dítě by také mělo vědět, že jsou za ně rodiče i právně zodpovědní a pokud by se to vymklo zcela kontrole, budou se muset obrátit o pomoc k úřadům, což by mohlo znamenat i odebrání dítěte do dětského domova. Rodiče by měli šetřit planými výhrůzkami a nesplněnými sliby. To co stanoví, si musí rozmyslet předem a neustupovat od toho. Dobrá taktika je vyhledání spojenců. Tlak k léčbě z více stran je dozajista účinnější. Pokud budou na dítě naléhat i ostatní členové rodiny, přátelé odborníci a ostatní, naděje na úspěšnou léčbu vysoce vzrůstá. Rodiče by se také neměli odradit prvotními odmítnutími léčby ze strany dítěte. Nabídka léčby musí být vždy opakována. Ochota ze strany dítěte pro léčbu by měla být oceněna, a to každý projev ochoty k léčbě. Rodiče musí dát najevo, že vědí, jak je takový krok pro dítě těžký a mělo by být pochváleno především jeho rozumné chování (Nešpor, Csémy, 1993).

Typickým projevem osoby závislé například na alkoholu při terapii je tzv. racionalizace. Jedinec srší výmluvami, odvolává se na to, že druzí přece pijí více a podobných výmluv

můžeme zaznamenat na desítky. Podobná diskuze by se neměla v jakékoliv poradně vůbec připouštět. S podnapilým nebo opilým však nemá cenu diskutovat ani doma, natož v poradně. Nejlépe je věci zařídit tak, aby jedinec co nejdříve usnul, diskuze však nemá význam ani v pozdější situaci kocoviny. Je sice pravda, že jedinec, který má kocovinu, je vláčnější a mnohé slíbí, ovšem nemá to žádný pozdější význam, když kocovina odstoupí. Zásadně tedy musí ať už rodina či odborník spolupracovat s klientem, jen když je zcela střízlivý. Horší situace však nastává, pokud není klient střízlivý skoro nikdy. V takovém případě musí být klient co nejvíce motivován, aby alespoň v době sezení nebyl pod vlivem alkoholu (Novák, 2006).

Co se týče úspěšnosti různých forem poradenství, odborníci mají již jasno. Jedna rozsáhlá studie ohledně závislosti na kokainu porovnávala čtyři různé druhy léčby. Jednalo se o skupinové poradenství samotné, skupinové poradenství s individuálním poradenstvím, skupinové poradenství s kognitivní psychoterapií a skupinové poradenství s podpůrnou expresivní psychoterapií. Z hlediska snížení míry užívání bylo nejúspěšnější skupinové a individuální poradenství dohromady. Další tři formy poradenství měly vzájemně podobné výsledky (Schulte a kol., 2010).

Velmi významným faktem, který by měl terapeut či člověk pracující se závislými vědět je, že závislí mohou trpět psychickými poruchami. Drogy celkově jsou látky psychoaktivní a ovlivňují psychiku, vnímání i stav vědomí. Některé návykové látky působí budivě, například pervitin a jiné zase naopak tlumí, zde můžeme hovořit o opiátech. Dlouhodobé dráždění či útlum mozkových center vede k poruchám nervového systému. Většina závislých má poruchy spánku. Velmi častá, především u dlouhodobého braní pervitinu, je psychóza. Jedná se o stav, ve kterém člověk trpí nepříjemnými pocity a halucinacemi. Psychózy jsou především nebezpečné tím, že člověk neví, že všechno kolem je jen pouhý výplod jeho vlastní fantazie a pod dojmem bludů může ublížit sobě i někomu jinému. Psychózy však mohou přijít i po dlouhodobém braní opiátů. Doba, než psychózy propuknou, je u každého člověka jiná, avšak každý narkoman by měl s psychózou dříve či později počítat. O to více s tím má počítat pracovník se závislými (Krekulová, 1999).

V praxi jsou pracovníci, pracující s klienty se závislostí, lidé, kteří jsou často nastavení na pomáhání a jsou plni entuziasmu. Dalo by se říci, že mnoho z nich by se nejrady rozdalo. Ve většině případů jsou na začátku své kariéry bez hlubších zkušeností. Práce se závislými je však tvrdá škola. Pracovník by si však měl uvědomit, že nemůže spasit svět a že není jediným možným zdárným řešením klientova problému. Také je důležité, aby pracovník

věděl, že klientovi může pomoci jedině tehdy, pokud o pomoc klient opravdu sám stojí (Bobek, Peniška, 2008).

To, že má například některá rodina dítě závislé na alkoholu či drogách, není pro rodinu jednoduché a často mají tendenci tento fakt popírat před okolím. Toto naučené popírání problému může vnést rodiče i do terapie a sezení. Zkušený terapeut by měl rodinu přesvědčit, že tyto skryté tajemství nemusejí být ku prospěchu situace a měl by je obeznámit, že o problému ví, a že před ním nemusí nic předstírat či zatajovat. Zjednodušeně lze říci, že dobrý terapeut přesvědčí rodinu, že jí chce pomoci a potřebuje k tomu co nejvíce informací, které jsou základem pro další odbornou pomoc (Ritvo, Glick, 2002).

V případě zjištění závislosti u dítěte by rodiče neměli propadat panice a beznaději. Příčin vzniku závislosti u dítěte může být velmi mnoho a nemusí se jednoznačně jednat o selhání rodinné výchovy, avšak ani to nelze stoprocentně vyloučit. Rodiče by si měli uvědomit, že pokud má dítě potíže s omamnými látkami je druhořadé, kdo nese na situaci největší vinu, ale nejdůležitější je vyhledat včasné odbornou pomoc. Poté bude dostatek času uvědomit si možné příčiny této situace.

4.5.1 Rodinná terapie

Na rodinnou terapii přicházejí klienti s problémy, které se jim nepodařilo plně vyřešit pomocí vlastních zdrojů. Většinou tito klienti vyzkoušeli již všemožné varianty postupu proti problému, ale nepomohlo to nebo to dokonce situaci ještě mnohonásobně zhoršilo. Mnohdy tito klienti dostanou mnoho cenných rad od příbuzných, přátel nebo jiných lidí z jejich okolí, kterými by se mohli nebo chtěli řídit. Od terapeuta však je vyžadováno něco jiného. V moderní rodinné terapii je terapeut stále méně odborníkem na to, jak by měla vypadat správná rodina či jak nejlépe vychovávat děti. Právě naopak by měl být čím dál větším odborníkem na komunikaci a hledání správné a originální cesty pro rodinu, opouštět slepé uličky a prozkoumávat neustále nové možnosti (Gjuričová, Kubička, 2003).

Rodinná terapie zaujímá zvláštní a významné postavení v léčbě mladistvých závislých na drogách. Čím větší je počet členů rodiny podílející se na rodinné terapii, tím je obtížnější zajistit aktivní účast a aktivní podíl všech členů rodiny. I přes mnohé obtíže, které rodinná terapie přináší, může být v určitých případech užitečná a někdy i klíčová. Rodinnou terapii by měl odborník doporučit v případech, kde současné interpersonální konflikty nebo problémy komunikace přímo přispívají ke škodlivému užívání návykových látek. Jedná se například o situace, kdy člověk konzumuje alkohol a je to jeho forma „útěku“ před hádkami.

mi s partnerem, či kompenzace „bolavé duše“ po hádce. Dalším případem může být ten, kdy se dítě cítí zklamáno či podraženo rodiči a zneužívání návykových látek je jakási forma „odplaty“. Rodinná terapie je také velmi účinná v případech, kdy členové rodiny nevědomky umožňují závislému pokračování v návykovém chování. Typickým příkladem je to, že se o problému v rodině nemluví a všichni dělají, že problém neexistuje nebo také podnikají jiné a nepříliš efektivní kroky, než aby se problému postavili tváří v tvář. Nejdůležitějším prvkem rodinné terapie je především to, že nepomáhá pouze závislé osobě, ale i ostatním členům rodiny, na které má negativní chování závislého člena vliv, což je velmi přínosný fakt (Rotgers, 1999).

4.6 Nalezení odborné pomoci

V každém kraji nebo pražských obvodech pracují AT ordinace. Tyto ordinace poskytují pomoc dětem ale i dospělým a ne vždy mívají velkou zkušenost s dospívajícími či dětmi. Mají však rozsáhlou zkušenost s problematikou drog a alkoholu. Dále se může jednat o nízkoprahová zařízení či specializovaná zařízení pro děti a mládež, která má problémy s návykovými látkami. Tyto zařízení nekladou až tak velké požadavky na podmínky léčby a bývají přijatelná i pro mladé lidi, kteří váhají, jestli léčbu přijmout nebo ne. Další možností jsou ambulance dětské a dorostové psychiatrie poskytující péči dětem a mládeži do 18 let. To se samozřejmě týká i problémů s alkoholem a drogami. Odborníci těchto zařízení mají velké zkušenosti s mládeží, ovšem již nemusí mít tak velké zkušenosti s problematikou drog a alkoholu. Velmi dobrou službu také prokazují linky důvěry a centra krizové intervence. Kromě samozřejmě telefonické porady bývá možné toto zařízení i navštívit, některá poskytují i krátkodobější pobyty. Mohou rodiče také informovat o možnostech další léčby dítěte, mohou nabídnout krátkodobou psychoterapii, někde pracují i s rodinami. Dalším možným zařízením, které lze využít je lůžkové zdravotnické zařízení pro děti včetně těch psychiatrických. Velkou výhodou je možnost základní školní docházky během léčby dětí a především také zkušenosti pracovníků těchto zařízení právě s dětmi. Dospívající s vážnějšími problémy s návykovými látkami zde nebývají příliš ochotně přijímáni, vzhledem k riziku, které mohou představovat pro mladé pacienty s jinými problé-

my. Existují také specializovaná protialkoholní a protitoxikomanská oddělení. Jejich úroveň je různá a mohou poskytovat velmi kvalitní a odbornou péči. Nejvíce jsou zaměřeny na lidi středního věku, ale řada z nich je ochotna přijímat i pacienty, kteří nedosáhli věku 18 let. Pozitivní výsledek léčby vyžaduje také intenzivní spolupráci rodiny v léčbě i soustavném doléčování. Také by se nemělo zapomínat na terapeutické komunity. Při dlouhodobém léčení mohou trvat i rok a déle. Většinou se zaměřují na pacienty, kterým je kolem 18 let. Velkou výhodou je právě to, že se závislý dostává do jiného prostředí, než ve kterém zneužívá návykovou látku či více těchto látek. Terapeutické komunity většinou přijímají již stabilizované pacienty, kteří nemají odvykací příznaky (Nešpor, Csémy, 1993).

První terapeutická komunita vznikla ve Velké Británii za druhé světové války. Pracuje na základě principů aktivního podílení se pacientů na léčení, vytvoření kvalitní komunikace na všech úrovních, podíl členů na rozhodování a jiné. Terapeutické komunity pro léčbu závislosti však mají navíc určité zvláštnosti. Patří k nim především vnitřní diferenciací skupiny. Členové, kteří jsou v ní déle a osvědčili se, získávají oproti nováčkům řadu výhod, jež se týkají propustek či většího soukromí. Zároveň se však od těchto členů očekává větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě ostatních. Většina terapeutických komunit má jasná pravidla. Je zcela zakázáno do komunit přinášet alkohol či jiné drogy. Závažné porušení skoro vždy znamená přerušování léčby a vyloučení člena komunity. Léčba v této komunitě může trvat několik týdnů, ale třeba i dva roky. Ačkoliv je dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě velmi účinná, není přijatelná pro všechny závislé. Mnoho z nich na tuto léčbu vůbec nenastoupí nebo ji předčasně ukončuje (Nešpor, 1995).

Co se týče režimu v terapeutické komunitě, měl by mít za úkol vést klienty k uvědomění si běžné reality a její důležitosti pro normální fungování. Zde můžeme využít především výhodu pravidelnosti, ale také přizpůsobení se oprávněným požadavkům většiny, vést klienty k uvědomění sounáležitosti mezi členy komunity, vést je k odpovědnosti, kterou má klient k ostatním členům a odpovědnosti ostatních za něho. Jde tedy primárně o získání sociálních dovedností, přijetí a pochopení jejich důležitosti pro běžný život. Aby k tomuto faktu mohlo dojít, je potřeba vytvořit takový režim komunity, který bude naprosto srozumitelný a bude důsledně vycházet ze skutečných potřeb provozu komunity. Také se musí brát v potaz, aby na klienty byly kladeny přiměřené a zvládnutelné požadavky. Režim komunity je prvek, který svojí pravidelností a jasností vytváří pozadí celého terapeutického procesu v terapeutické komunitě. Za podobu režimu nesou největší odpovědnost terapeuti, ale neměli by být zároveň těmi, kdo se stará o naplnění režimu (Broža, 2007).

4.7 Sociální práce v terapeutické komunitě

V odborných kruzích, které se točí okolo léčby drogově závislých, panuje shoda v tom, že sociální práce je nedílnou součástí léčebného procesu. Otázkou ale jistě zůstává, jak sociální práci definovat, jakým způsobem ji začleňovat do léčby klientů a především jaké aktivity by se měly v rámci těchto služeb rozvíjet. Taktéž je důležité stanovit, jaké profesionální dovednosti by měl mít sociální pracovník pracující v terapeutické komunitě. Velmi velkou výhodou je, že sociální práci můžeme pojímat jako nedílnou součást léčebného procesu v komunitě. V podstatě se pak stává sociální práce součástí každodenního dění v komunitě, potažmo i součástí individuálního vývoje klienta. V odborných týmech velmi často chybějí profesionální sociální pracovníci, jejichž náplní by bylo řešení sociálních problémů klientů komunity. Sociální práce v terapeutické komunitě by měla mít stanoveny své cíle. Za základní cíl bychom mohli považovat pokus o maximální možnou míru sociální stabilizace klienta ve smyslu nastolení takové životní situace, která nebude v budoucnosti komplikovat, nebo dokonce znemožňovat udržení a rozvoj již dosažených pozitivních změn a abstinenci od návykových látek. Již konkrétnějším cílem je motivace klienta k řešení své nepřilíh dobré situaci. Práce na motivaci klienta je dlouhodobý proces, který může být podpořen vhodně zvoleným přístupem. U části klientů se může pracovník setkat s nechutí své problémy řešit a to nejen v začátcích léčebného působení. Pracovník musí zvolit individuální přístup ke každému klientovi a zjistit, co u konkrétní osoby zabírá a co ji nejvíce motivuje. Zcela konkrétním cílem sociální práce v komunitě je definování jednotlivých problémů a vytvoření plánu řešení. Naplnění tohoto cíle je velmi obtížné, jelikož klienti mají většinou sami zkreslené představy, v jaké jsou sociální situaci doopravdy. K naplnění tohoto cíle je tedy potřeba kontinuální spolupráce mezi sociálním pracovníkem a klientem s návazností na spolupráci s dalšími potřebnými institucemi. Neméně důležitým cílem sociální práce v komunitě je podpora sociálních dovedností klientů. Naplňování tohoto konkrétního cíle vyplývá z dlouhodobé a pravidelné spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem. Klient by měl být schopen zorientovat se ve svých problémech a na základě těchto znalostí vyhledat vhodná řešení a pomoc dalších institucí. Mezi dovednostmi sociálního pracovníka pak musí patřit především vedení klienta k samostatnosti a schopnost odhadnout míru asistence a vlastní angažovanosti během řešení problémů klienta (Makovská-Dolanská, 2007).

4.8 Terénní práce s uživateli drog

Terénní práce neboli streetwork je slovo v anglickém jazyce doslova znamenající práci na ulici. Ulicí v tomto případě není myšlena pozemní komunikace v pravém slova smyslu, nýbrž jakékoli otevřené neinstitucionalizované prostředí a patří sem jak prostředí zastřešené, tak nezastřešené. Streetwork je definován nejenom způsobem pracovní činnosti, ale také cílovou skupinou, o níž se zajímá (Bednářová, Pelech, 2003).

Cílem terénní práce s uživateli drog je vyjít vstříc cílové skupině populace. Většina jiných způsobů intervence je institucionalizovaná a spoléhá na to, že jednotlivci sami vyhledají pomoc. Terénní práce spočívá ve vyhledávání klientů mimo rámec některé instituce. Terénní pracovníci vyhledávají jednotlivce závislé na drogách, aby jim přímo v komunitě poskytl informace a služby. Můžou tedy intervenovat v počáteční fázi drogové dráhy konzumenta, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům užívání drog. Hlavními důvody, proč vznikla terénní práce, byly především ty důvody, že cílové skupiny populace se nedařilo účinně oslovit existujícími způsoby intervence a že existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. Většina uživatelů omamných látek ve většině evropských měst není v kontaktu s existujícími institucionalizovanými službami. Terénní práce s drogově závislými se proto zaměřuje především na ty jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu se středisky poskytující služby v oblasti prevence a snižování rizika šíření viru HIV a kteří takovou pomoc nejvíce potřebují. Cílovou populaci lze vymezit jako skupinu „nitrožilních uživatelů drog“ (Rhodes, 1999).

Terénní práce s uživateli drog má však i užší pojetí své cílové skupiny. Jde o klientelu obtížně dosažitelnou, skrytou populaci, která má minimální motivaci sociální služby vyhledat a řešit často závažné zdravotní problémy, sociální problémy, psychologické a právní problémy. Můžou zde spadat tzv. experimentátoři. Jedná se většinou o mladé lidi, kteří jsou v počátcích a prvních stadiích drogových experimentů. Dále to mohou být „děti ulice“, které nacházejí přechodný azyl na drogových bytech a bývají jak ve fázi experimentu, tak i závislosti. Zařadit zde však můžeme i pravidelné uživatele drog, jejichž zdravotní a sociální stav není ještě debaklový a kteří nejsou tudíž v kontaktu s žádnou pomáhající institucí. Dále jsou zde problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří nejsou schopni pomoc vyhledat, i kdyby o ni stáli. Dalo by se říci, že terénní práce se zaměřuje především na ty jedince, kteří se chovají rizikově a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu. Zde se již dostáváme k hlavnímu cíli terénní práce.

Mělo by jím být navázáno s klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně pak motivovat klienty ke změně rizikového způsobu života a intervencemi také působit směrem ke stabilizaci životního stylu. Navázání kontaktu mezi pracovníkem a klientem by bylo obtížné, pokud by neměl pracovník co klientovi nabídnout. Pracovník by si měl být tedy vědom, co by měl a může skutečně klientovi nabídnout. Mezi hlavní složky terénní práce s uživateli drog patří především výměna injekčního materiálu a dezinfekčních či hygienických pomůcek, poskytování nejrůznějších informací, sociální a zdravotní poradenství a také krizová intervence (Hrdina, Korčíšová 2003).

Některá kontaktní centra nabízejí i služby jako například monitoring drogové scény orientovaný na skrytou populaci uživatelů drog, socioterapeutickou pomoc, zprostředkování odborného vyšetření nebo léčení, bezplatné poskytování kondomů, testování na přítomnost protilátek viru HIV ve slinách, zabezpečení minimálního potravinového a vitaminového programu umožňující přežití, provozování krizové linky (Bednářová, Pelech, 2003).

Specifickou variantou terénní práce může být terénní práce prováděná vrstevníky. Od klasické terénní práce se liší ve dvou bodech. Za prvé se snaží k dosažení změny chování uvnitř specifické věkové skupiny uživatelů drog. Za druhé usiluje o změnu chování prostřednictvím osvěty v rámci určité věkové skupiny za pomoci právě těch pracovníků, kteří patří do cílové populace a mají v ní statut vrstevníků. Mezi hlavní důvody, proč provádět terénní práci za pomoci vrstevníků patří především to, že se nedaří efektivně oslovit cílovou populaci existujícími klasickými způsoby intervence a existující způsoby intervence neposkytují právě ty služby, které by cílová populace potřebovala. Klasická terénní práce je také omezena ze dvou hlavních důvodů. Terénní pracovníci mohou kontaktovat pouze omezené množství uživatelů drog a za druhé mohou dosáhnout individuální změny v chování pouze u omezeného množství klientů. Klíčovým důvodem pro práci mezi vrstevníky je především to, že tato forma terénní práce má potenciál překonat tato omezení tradiční formy terénní práce (Rhodes, 1999).

Terénní práci s uživateli drog můžeme zařadit mezi poměrně náročné profese a to především z psychického hlediska. Pracovník se mnohdy cítí zranitelný, především pokud ví, že pracuje s lidmi HIV pozitivními či jinak infekčně nemocnými. Pracovník především musí překonat veškeré předsudky a strach, aby mohl dobře vykonávat tuto profesi. Osobnost pracovníka musí být především pevná, odolná a také pevně rozhodnuta, že může, byť nevelké části klientů pomoci z „drogového pekla“ či je zavčas vtáhnout zpět do normálního života, než do něj opravdu upadnou. Pokud vezmeme v potaz překonání veškerých před-

sudků a lidských „strachů“, můžeme zde spíše hovořit o životním poslání, než pouze o nějaké profesi.

4.9 Další možnosti nalezení pomoci.

Mimo jiné existují i organizace jako „anonymní alkoholici“ či „anonymní narkomani“. První jmenovaná organizace byla založena roku 1935 v USA a po jejím vzoru se rozšířila do mnoha zemí i k nám do České republiky. „Anonymní narkomani“ měli za vzor právě organizaci „anonymních alkoholiků“ a vznikla díky ní. Princip těchto organizací je především v anonymním scházení se alkoholiků či narkomanů za účelem vzájemné podpory, rady a pomoci. Při spojitosti s narkomany bychom neměli opomenout K-centra. Jsou to netradiční centra pro mladé lidi závislé na nealkoholových drogách. V centrech mohou využít některé sociální služby a mohou být navedeni na další léčbu své závislosti na návykových látkách. Centra bývají ve většině velkých měst. Existují také porady pro odvykání kouření, jedna z nich pracuje například v Praze v Národním centru podpory zdraví. Všechny tyto formy léčby, které nejrůznější organizace nabízejí, mohou být podporovány mnohými druhy terapií. Může se jednat o rodinnou terapii, arteterapii či muzikoterapii, ale může se jednat o podporu i v rámci nejrůznějších druhů relaxací či tělesných cvičení (Nešpor, 1995).

Co se týče konkrétní představy počtu zařízení a služeb pro drogově závislé v České republice, například v roce 2002 fungovalo u nás celkem 95 nízkoprahových zařízení, 24 terapeutických komunit a jiných pobytových zařízení, 19 psychiatrických léčeben, 9 center poskytujících metadonovou substituci a 19 detoxikačních jednotek. Mimo jmenované zařízení existuje ještě také síť již zmiňovaných AT poraden a psychiatrických oddělení nemocnic poskytujících služby závislým na drogách pomocí buprenofinové substituce, kde je hlavním lékem Subutex, který mohou předepisovat všichni praktičtí lékaři. Co se týče poskytovaných služeb a léčby, nejvíce jich zprostředkovává Praha, Moravskoslezský, Jihomoravský a Ústecký kraj. Naopak omezené nabídky těchto služeb má Karlovarský, Liberecký, Královéhradecký a Pardubický kraj. V Karlovarském a Pardubickém kraji jsou jedinou službou nízkoprahová zařízení (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004).

Pokud nebudeme příliš lpět na rozdílnosti nabídky služeb drogově závislým v jednotlivých krajích, můžeme uznat, že v České republice je poměrně slušné množství institucí, na které se lze obrátit při problému drogové závislosti dítěte či mladistvého. Tato různorodost zařízení či nabízených služeb bude nejspíše reflektovat různorodost problematiky závislostí. Neexistuje žádná obecná příčina, indispozice, obecný způsob rodinné výchovy či obecná osobnost člověka, která by zcela jednoznačně mohla za fakt, že člověk spadl do zneužívání omamných látek. Co člověk, to jeho originálně získaná závislost. Existuje obrovské množství faktorů, které se mohou podílet na závažné situaci závislosti, ale jen stěží určíme pouze jeden hlavní a zcela zásadní. Vždy se jedná o souhru většího či menšího počtu negativně působících faktorů jak z „vnitřku“ člověka, tak z jeho prostředí. Při vzniklém problému by tedy rodiče neměli hledat obecného viníka situace, ale zkusit se zamyslet i nad těmi zdánlivě nesouvisejícími detaily. V první řadě však musí vyhledat odbornou pomoc a přicházet na tyto detaily společně a ve spolupráci s odborníky.

4.10 Zvyky v rodině zvyšující riziko užívání drog u dětí

Odborníci pracující s rodinami se závislým dítětem či dětmi, začali pozorovat určité faktory, které se v mnoha rodinách opakovaně objevují, a domnívají se, že tyto faktory, lépe řečeno rodinné zvyky, přispívají velkou měrou k situaci „drogového“ problému. Velkým tématem je pak svoboda. Toto téma je v rodině vždy velmi důležité. Svoboda velmi úzce souvisí s nezávislostí a ta opět stojí proti závislosti, ať už na drogách či lidech. Svobodu lze chápat zjednodušeně. Můžeme ji chápat jako právo na to, dělat si co chcí nebo v její složitě podobě jako možnost svobodně se rozhodnout pro svou cestu a přijmout všechny důsledky svého chování. Také se velmi často říká, že naše svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého. Rizikovým prostředím může být tedy rodina, kde panuje až extrémní svoboda, která již hraničí s chaosem a lhostejností a na straně druhé rodiny, kde jsou si všichni tak blízko, že bez sebe neudělají ani krok a představují jakési „dokonalé hnízdečko“. Dalším velmi významným faktorem jsou předčasně zralé děti. Tento úkaz se děje častěji u holčiček než kluků. Často rodinná anamnéza vykazuje nemocnou, opuštěnou a mnohdy nešťastnou matku. Problém je zde především v tom, že taková dívenka může později ve své spolehlivé roli ustrnout. Dalším rizikovým faktorem je také to, pokud je dítě důvěrníkem některého z rodičů. Jasným signálem toho, že není něco v pořádku, je například to, když si matka stěžuje dvanáctiletému dítěti na manžela a nalézá v dítěti spřízněnou bytost pro sdílení

svých trpkých pocitů. Dítě samozřejmě taková vložená důvěra těší, problém je však v tom, že není na roli zpovědníka připraveno, především emočně. Rozumem sice rozumí situaci, ale srdcem může být nezralé, zranitelné a zneužitelné. Z výpovědí toxikomanů také často zaznívá, že neměli v rodině nikoho, s kým by se mohli opravdu ztotožnit a kdo by byl jejich vzorem. Pokud je dítě důvěrníkem rodiče, je zcela jasné, že rodič, který nezvládá své problémy a musí je ventilovat s dítětem, nemůže být vzor, se kterým by se dítě chtělo ztotožnit. Klasickým faktorem, který je jistě znám i laické veřejnosti a nejenom odborníkům je situace, kdy chtějí mít rodiče doma hodné a dokonalé dítě. Mnohdy to velmi dobře vychází, ale i zde je „kámen úrazu“. Na dítě, které se stane až příliš hodným a slušným, mnohdy přestanou dávat rodiče později pozor a není zde jakákoliv kontrola, která chybí pak především v pubertě. Rodiče si totiž velmi často myslí, že pokud nepotřebovalo dítě kontrolu do puberty, proč by ji potřebovalo v pubertě, což je chyba obrovská. Také dítě, které se snažilo být hodné několik let, najednou zjistí, že pod vlivem alkoholu či jiných drog dokáže být více spontánní, dokáže říci lidem, co si myslí bez výčitek svědomí a nalézá v droze své nové útočiště. Ovšem problémy s drogami se objevují i v rodinách s příliš autoritativními rodiči nebo alespoň jedním z nich. Přílišná kontrola a náročnost jsou pro dítě stejně rizikové jako přílišná benevolence a nezájem o dítě. Také nadměrný stud pěstovaný v dítěti, může být velmi kvalitním spouštěčem patologického jednání dítěte v budoucnu. Pocit studu narušuje sebeúctu asi nejvíce ze všeho. Stud je v naší kultuře užíván ke kontrole nevhodného chování, například sexuálního či agresivního. Stud má tedy smysluplné využití a signalizuje nám, že se blížíme k hranici nějaké společenské normy. Často se však stud projevuje v nadměrné míře a v nevhodných souvislostech. Mnoho dětí se například stydí mluvit před více lidmi, chlapci se stydí projevit své city a takových situací můžeme v životě nalézt mnoho. Rodiče by si měli uvědomit, že pokud se sami stydí za to, jak žijí, přenášejí tento postoj i na své děti, které s tím budou mít v budoucnu nemalé problémy, které také budou velmi rozmanitě řešit (Hajný, 2001).

Výchova dětí v rodině je poměrně náročný úkol. Závislosti na drogách u mládeže velmi často souvisí s formou výchovy v rodině a celkově s prostředím rodiny. Najít však nějaký všeobecný a nejlepší způsob výchovy, který by platil celkově na veškeré děti a přinášel jen ty nejlepší výsledky, asi neexistuje. Co dítě, to originál a zvědavý rodič, kterému nejsou jeho děti lhostejné, často sám nalezne, co nejvíce na dítě působí a co ho rozvíjí správným směrem. Ze strany rodičů to vyžaduje především objektivnost a zvolení „zlaté střední ces-

ty“. Žádné extrémny ve výchově neplatí a mnohdy přinášejí více škody, než užitku. Tohoto faktu by si měl být vědom každý rodič.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 POSTOJE MLÁDEŽE K DROGÁM, ALKOHOLU A TABÁKU

Následující část práce se bude zabývat kvantitativním výzkumem, který byl zaměřen na zjištění postojů k návykovým látkám u zlínských středoškoláků. Konkrétněji šlo o zjištění postojů těchto středoškoláků k drogám, alkoholu a tabáku. Nejvíce mě ve výzkumu zajímalo, zda existují statisticky významné rozdíly v postojích mezi středoškoláky žijící ve městě a středoškoláky žijící na vesnici. Nápad pro tento výzkum vznikl po rozhovoru s pracovníkem nízkoprahového zařízení, který ze své zkušenosti sdělil, že panuje neochota, především ze strany menších měst a vesnic, zavádět do těchto oblastí různé projekty preventivního charakteru, jelikož ve všeobecném podvědomí lidí pořád přebývá názor, že na vesnicích není mládež tak ohrožena sociopatologickými jevy, jako mládež ve městech. Proto jsem chtěl zjistit, zda existují rozdíly v postojích k návykovým látkám u mládeže z města a mládeže z vesnice či nikoliv. Do výzkumu jsem zařadil dvě školy, kterých by se měla problematika návykových látek alespoň částečně dotýkat a dvě školy, jichž se problematika návykových látek nedotýká. Z tohoto důvodu byla do výzkumu zařazena škola s pedagogickým a zdravotnickým zaměřením, jelikož jsem se domníval, že budoucí pedagogové i zdravotníci se mohou setkávat v budoucnu s mládeží či lidmi závislími na návykových látkách. Pro doplnění jsem do výzkumu zařadil školu s ekonomickým zaměřením a školu se zaměřením na ochranu majetku a osob (v grafech je tato škola popsána jako „bezpečnost“). Tento výběr škol byl cílený z důvodu, abych mohl jako vedlejší cíl výzkumu zjistit i rozdílnosti v postojích mezi takto zaměřenými školami. Výzkum a dotazníkové šetření na školách bylo obeznámeno třídním učitelům, kteří požádali o souhlas s rozdělením dotazníků ředitele těchto škol. Nejvíce mě překvapila ochota středoškoláků a nelhostejnost vůči tématu, na které je můj výzkum zaměřen.

5.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit postoje žáků zlínských středních škol k drogám, alkoholu a tabáku. Ze získaných dat byly vyhodnoceny odlišnosti v postojích mládeže žijící na vesnici a mládeže žijící ve městě. Dále probíhalo vyhodnocení odlišností postojů mezi školami, jichž se tematika závislosti dotýká a škol, jejichž obory nemají s tematikou nic společného. V poslední řadě byl zájem zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly mezi

různě zaměřenými otázkami z dotazníku. Konkrétně mezi otázkami týkajícími se nejbližších osob respondentů a otázkami ostatními. Specifikaci blízkosti osob vůči respondentu jsem pro přehlednost uvedl rovnou u výpočtů vztahující se k této oblasti.

5.2 Druh výzkumu

Abych vyzkoumal opravdu to, na co byl můj výzkum zaměřen, tedy rozdílnosti v postojích k návykovým látkám u mládeže z města a vesnice, rozhodl jsem se pro kvantitativní výzkum. Díky kvantitativnímu výzkumu jsem měl možnost shromáždit poměrně velký počet dat, která byla vhodná pro potvrzení či vyvrácení předem stanovených hypotéz

5.3 Výzkumný problém

Jelikož bylo hlavním cílem výzkumu zkoumat rozdílnost postojů mládeže z vesnice a města k určitým typům návykových látek, výzkumný problém zněl „jak se mění postoje mládeže k drogám, alkoholu a tabáku v souvislosti s geografickými faktory?“

5.4 Hypotézy a proměnné

Jelikož jsem v mém dotazníkovém šetření sjednotil zvláště data pro postoje k drogám, postoje k alkoholu a postoje k tabáku, zvolil jsem vytvoření několika obecných hypotéz, které jsou rozvinuty na hypotézy konkrétní, podle zkoumání určité skupiny dat.

H₁ Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k návykovým látkám:

H_{1a} Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám.

H_{1b} Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

H_{1c} Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

H₂ Mezi zkoumanými školami existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k návykovým látkám:

H_{2a} Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám.

H_{2b} Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

H_{2c} Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

H_{2d} Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám.

H_{2e} Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

H_{2f} Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

H₃ Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k návykovým látkám u otázek dotazníku týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

(Blízké osoby respondentů jsou definovány u výpočtů vztahujících se k těmto hypotézám.)

H_{3a} Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

H_{3b} Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

H_{3c} Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

Proměnné, které se vztahují k H₁:

Nezávisle proměnná: bydliště

Závisle proměnná: postoj k návykovým látkám (vypočítáno jako průměrné hodnoty všech otázek z dotazníku).

Proměnné, které se vztahují k H₂:

Nezávisle proměnná: typ školy

Závisle proměnná: postoj k návykovým látkám (vypočítáno jako průměrné hodnoty všech otázek z dotazníku).

Proměnné, které se vztahují k H₃:

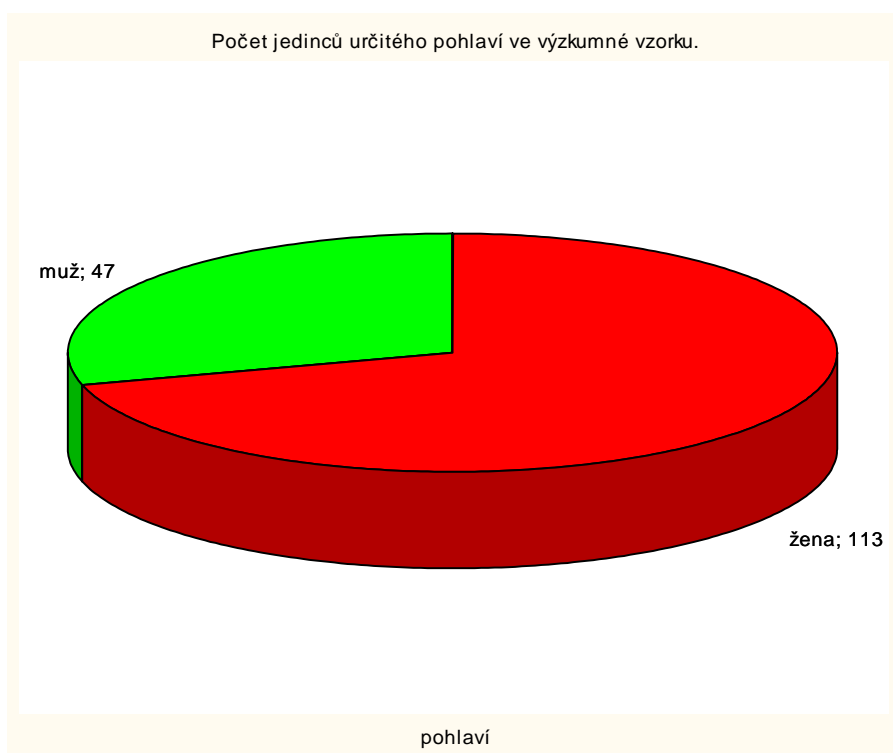
Proměnné: průměrný postoj - blízcí (vypočítáno z otázek týkajících se nejbližších lidí respondentů), průměrný postoj - ostatní (vypočítáno z otázek ostatních, které se netýkají nejbližších osob respondentů).

5.5 Výzkumný vzorek

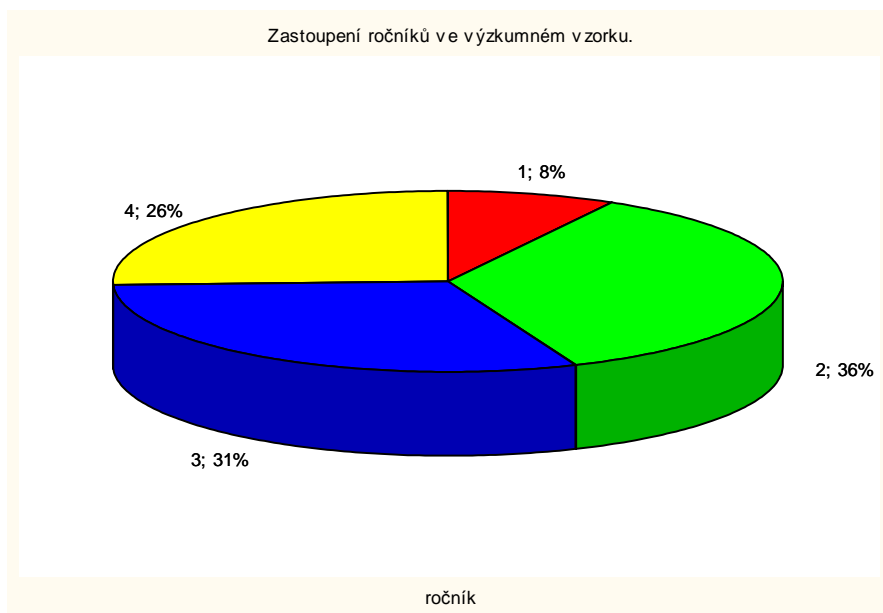
Ve výzkumu jsem se rozhodl pro záměrný výběr výzkumného vzorku. Zaměřil jsem se přímo na žáky středních škol ve Zlíně. Pro větší zajímavost výzkumu jsem si vybral cíleně dvě školy, kterých se problematika návykových látek alespoň částečně dotýká. Jedná se o pedagogicky a zdravotnický zaměřenou školu. Předpokládal jsem totiž, že absolventi takto zaměřených škol se mohou v budoucnu setkávat s dětmi či lidmi závislými na návykových látkách. Další dvě školy, jejichž zaměření se nedotýká problematiky návykových látek, jsem vybral právě proto, aby mohly být mezi těmito typy škol vyhodnoceny rozdíly v postojích žáků. Zaměření dvou posledních škol je na ochranu majetku a osob a ekono-

mické zaměření. V každé ze škol jsem získal dvacet respondentů žijících trvale na vesnici a dvacet respondentů žijících trvale ve městě, aby mohl být realizován hlavní cíl výzkumu. Celkový počet respondentů byl 160. Pro lepší představu o vlastnostech výzkumného vzorku můžeme shlédnout následující grafy.

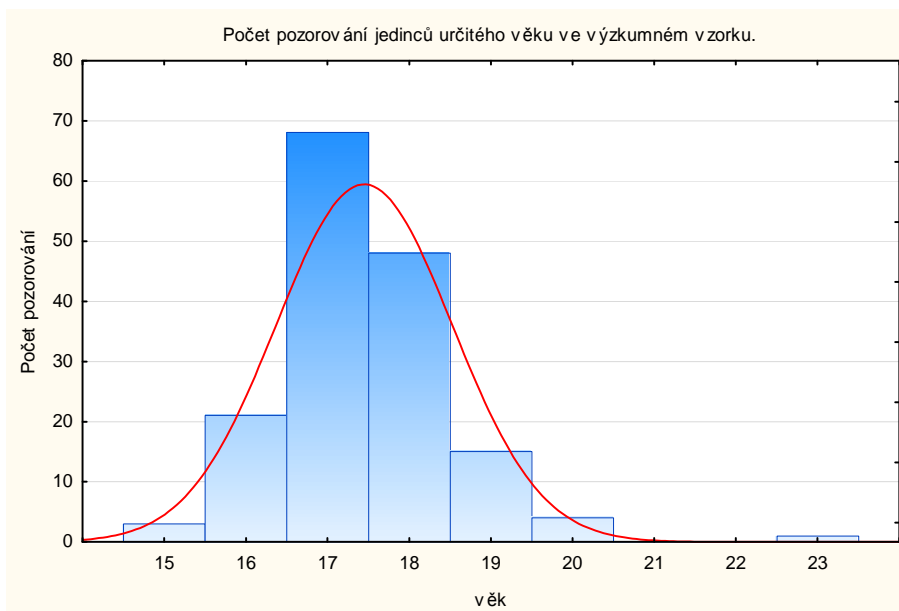
Graf č. 1. Zastoupení určitého pohlaví ve výzkumném vzorku



Graf č. 2. Zastoupení jednotlivých ročníků ve výzkumném vzorku



Graf č. 3. Počty jedinců určitého věku ve výzkumném vzorku



5.6 Výzkumné metody

Vzhledem ke zvolení kvantitativního výzkumu, který měl získat větší množství dat, jsem následovně zvolil jako výzkumnou techniku dotazník s jednotlivými škálami pro tři různé typy návykových látek, na které je zaměřen můj výzkum. Na číselných škálách mohli respondenti zaznamenat své postoje, jelikož každé číslo škály značilo nějaké slovní vyjádření postoje respondenta. Všechny otázky v dotazníku byly tedy formulovány tak, aby mohl respondent opravdu vyjádřit svůj postoj za pomoci škály. V dotazníku bylo deset otázek a u každé otázky byly tři škály. Jedna pro drogy, druhá pro alkohol a třetí pro tabák. Díky deseti otázkám jsem získal třicet odpovědí. Tuto formu dotazníku jsem zvolil především proto, abych nezatěžoval respondenty přebytečným množstvím otázek.

5.7 Způsob vyhodnocení dat

Celkově se podařilo shromáždit 160 dotazníků, z čehož 80 bylo od žáků trvale bydlících na vesnici a 80 od žáků trvale bydlících ve městě. Samotný dotazník umožňoval zpracování dat zvlášť pro drogy, alkohol a tabák a vznikly tak tři tabulky zpracované v programu Excel. Takto vyhodnocené data umožnily zkoumat i rozdílnosti postojů mládeže k jednotlivým typům návykových látek. Tabulky s daty vypracované v programu Excel byly následně importovány do Programu Statistica10, kde již bylo možné zjistit statisticky významné rozdíly a mohl jsem tak ověřit hypotézy. Po prozkoumání normality dat jsem přistoupil v programu Statistica10 na neparametrickou statistiku a díky ní dospěl k výsledkům. Pro výpočet dat a následovné přijetí či zamítnutí hypotéz H_1 a H_2 byl použit Mann-Whitneyův U- test, který je vhodný pro výpočet statisticky významných rozdílů ve dvou méně početných skupinách. Pro výpočty vztahující se k hypotéze H_3 byl použit Znaménkový test.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části práce jsem prezentoval výsledky výzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjištění rozdílnosti postojů mládeže z města a mládeže z vesnice k návykovým látkám. Celkově jsem zde zařadil všechny výsledky tak, abych mohl přijmout či zamítnout hypotézy, které byly stanoveny předem. Pro popisnou část výsledků výzkumu by bylo vhodné připomenout, že dotazník obsahoval škálu, kdy význam čísel je následující: 1 - vůbec nevadilo, 2 - spíše nevadilo, 3 - je to jeho věc, 4 - spíše vadilo, 5 - velmi vadilo.

6.1 Popisná část výsledků

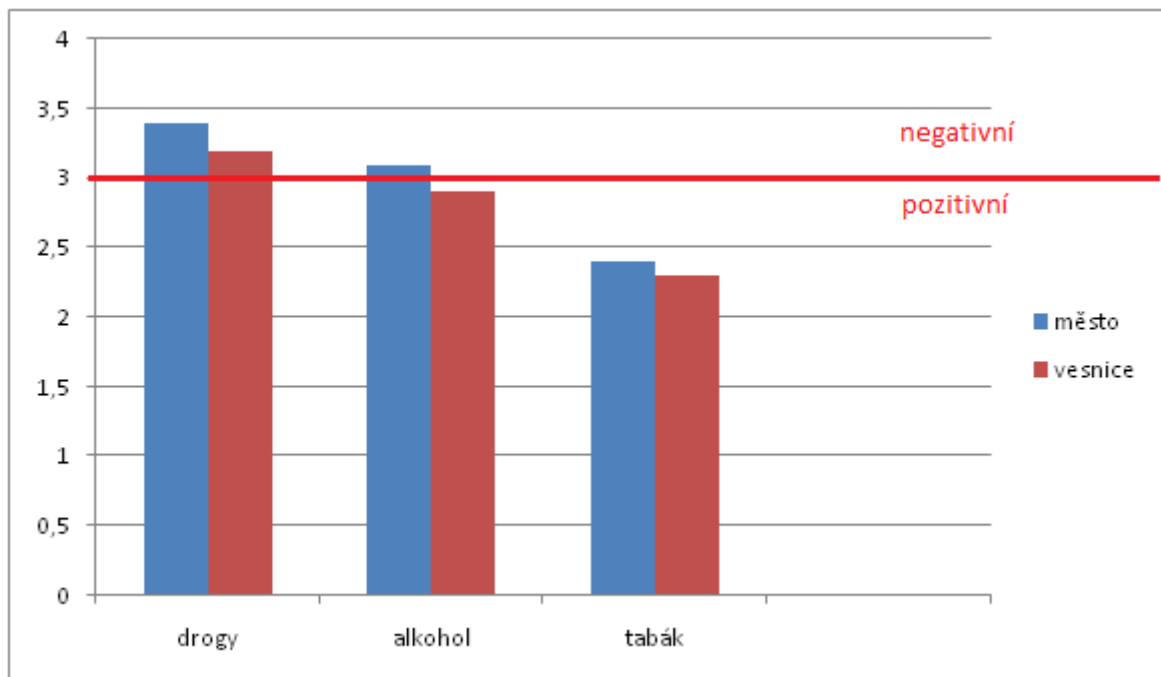
Přesto, že praktická část práce byla uchopena tak, aby byly známy zcela přesné výpočty statisticky významných rozdílů za pomoci testů ve statistickém programu, rozhodl jsem se v rámci větší přehlednosti či zajímavosti pro čtenáře, zařadit i několik popisných grafů, které znázorňují výpočty průměrných postojů v jednotlivých oblastech výzkumu. Jelikož mohli respondenti zaznamenávat v dotazníku své postoje na škále s čísly 1 až 5, kdy číslo 3 reprezentovalo neutrální postoj respondenta, aplikoval jsem do každého grafu znázorněnou červenou linii na hodnotě 3, která znázorňuje neutralitu, tedy neutrální postoj. Nahoru od červené čáry je poté oblast negativně laděných postojů a pod čarou je oblast postojů laděných pozitivněji. Čtenář tak může vidět, do které oblasti postoje respondentů zasahují, zda se pohybují v pozitivní části či překračují neutrální hodnotu a pohybují se v části negativní. V teoretické části jsem nejprve vyhodnotil průměry postojů u některých otázek dotazníku, které mě přišly nejzajímavější. Výsledky byly uvedeny níže.

Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 1.

Otázka č. 1: Představte si nějakého člena rodiny, který nezneužívá tvrdé drogy, alkohol a ani nekouří. Jak byste přijímali fakt, že tento člen rodiny byl v minulosti těžce závislý (užíval každý den) na drogách, alkoholu či tabáku?

U vyhodnocení otázky číslo 1 bylo zjištěno, že průměrné hodnoty postojů mládeže z města k návykovým látkám, byly negativnější jak u drog, alkoholu tak i tabáku.

Graf č. 4. Vyhodnocení otázky č. 1

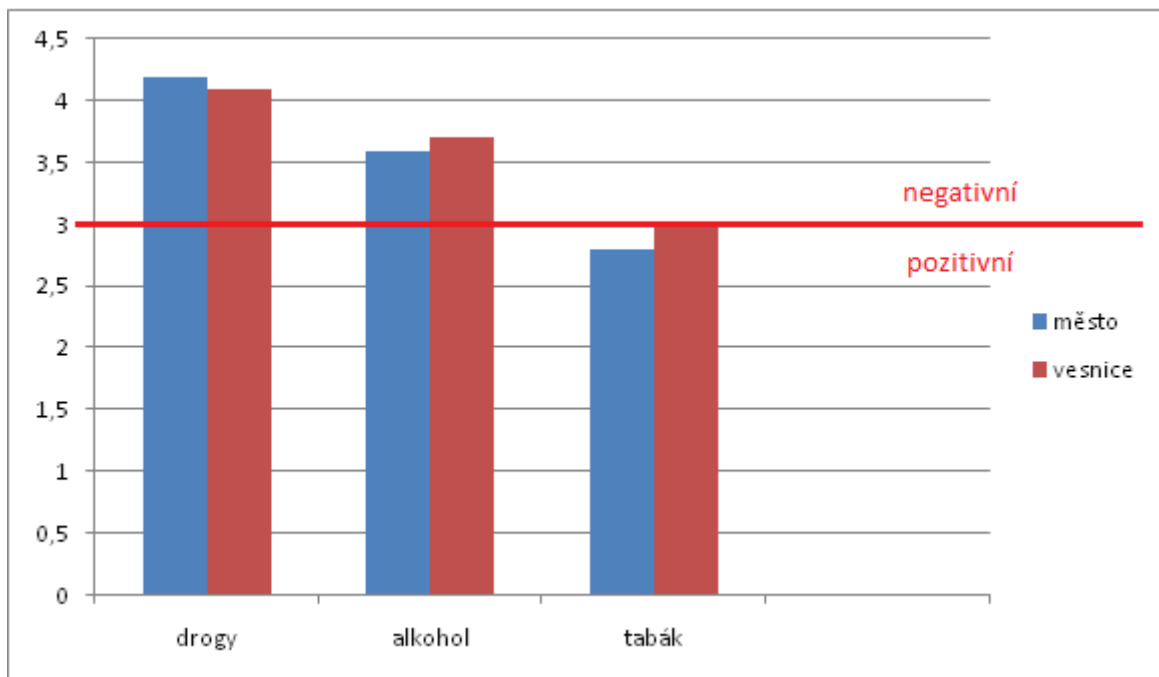


Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 3.

Otázka č. 3: Jak byste hodnotili fakt, že Váš velmi dobrý kamarád, který neměl dříve žádné problémy se závislostmi, najednou začal zneužívat ve velké míře (téměř každý den) drogy, alkohol či tabák?

Při zpracování dat, vztahujících se k této dotazníkové otázce bylo zjištěno a zaznamenáno více negativních postojů u mládeže z města vůči drogám. Naopak více negativních postojů k tabáku a alkoholu bylo zjištěno u mládeže z vesnice.

Graf č. 5. Vyhodnocení otázky č. 3

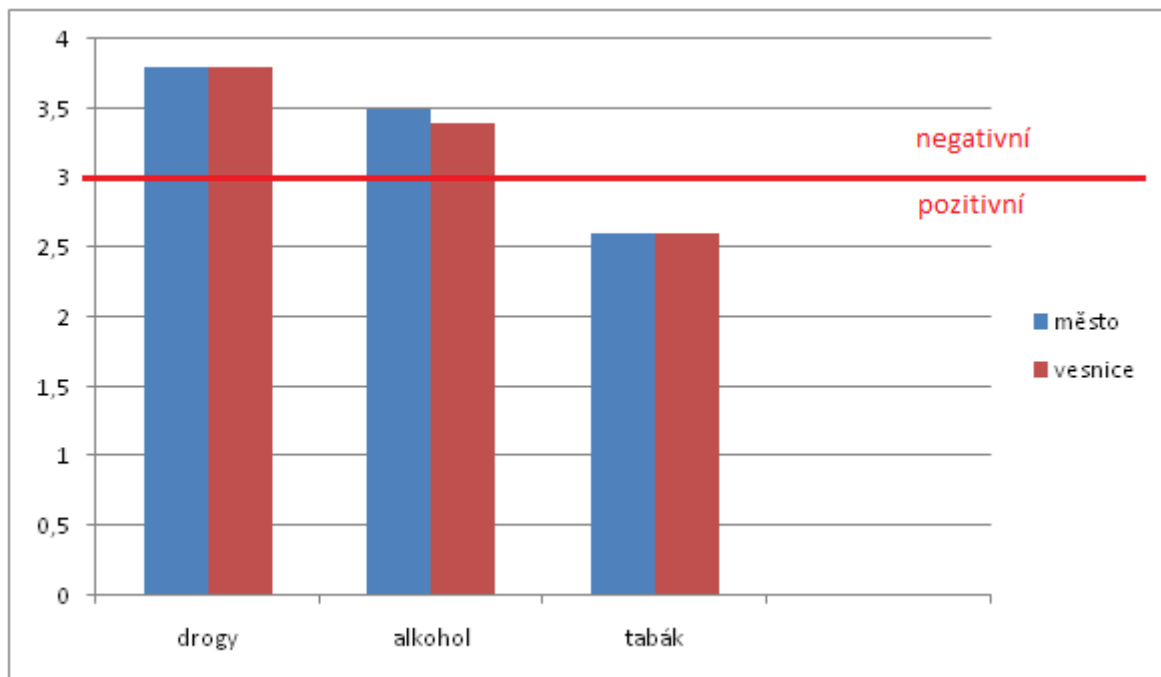


Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 5.

Otázka č. 5: Představte si, že nastoupíte do zaměstnání, které vás velmi baví, naplňuje a je velmi slušně finančně ohodnoceno. Jak byste přijali zjištění, že Váš nejbližší kolega má problémy se silnou závislostí (užívá každý den) na drogách, alkoholu či tabáku?

Zajímavé bylo zjištění, že v této otázce se shodla mládež z města a vesnice v postojích vůči drogám a tabáku. Byly zde vypočítány zcela totožné průměrné hodnoty postojů. Jediný rozdíl byl zaznamenán v postojích k alkoholu, kdy mládež z města měla více zaznamenaných negativních postojů vůči alkoholu.

Graf č. 6. Vyhodnocení otázky č. 5

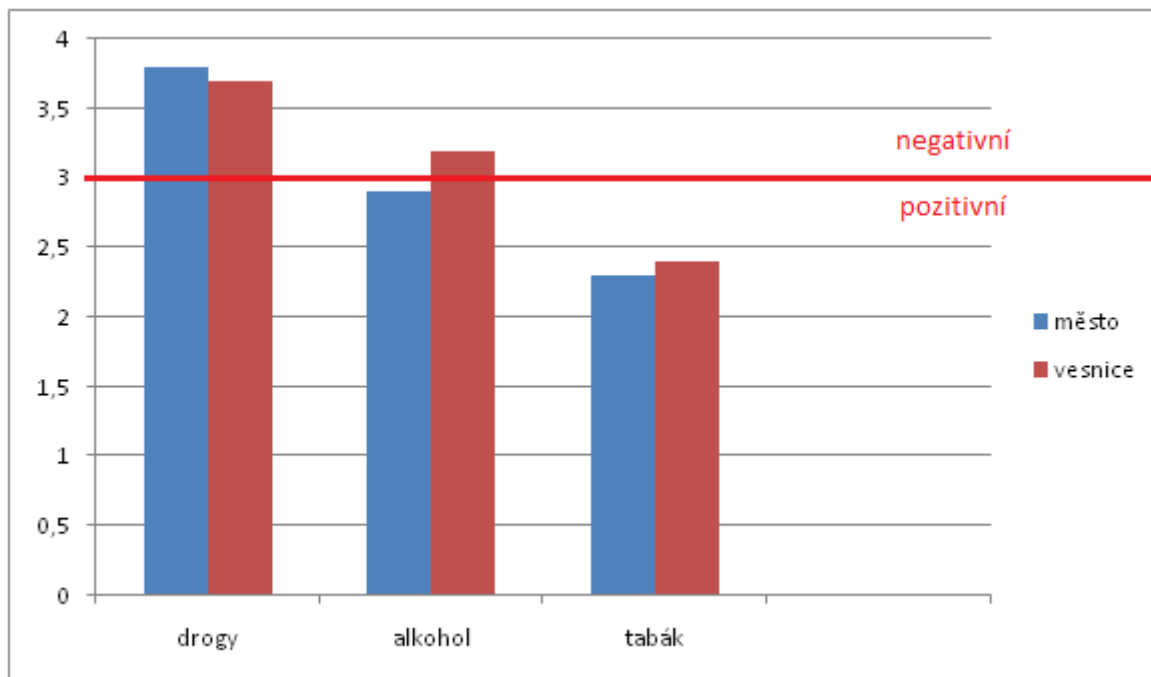


Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 7.

Otázka č. 7: Nějaký čas váš učí nový, velmi sympatický učitel. Jde říci, že si s ním celá třída velmi rozumí a spolupráce je na vysoké úrovni. Jaký postoj byste zaujali po zjištění, že tento učitel občas (jedenkrát až dvakrát týdně) holduje drogám, alkoholu či tabáku?

Vyhodnocení této otázky mě zajímalo velmi. Byl jsem zvědav, která návyková látka bude nejméně tolerována u učitele. Vyhodnocení přineslo závěry, které by nejspíše čekala většina lidí. Nejvíce negativních postojů mládeže bylo zaznamenáno vůči drogám, poté vůči alkoholu a nejméně negativních postojů bylo zaznamenáno u tabáku. V následujícím grafu si můžeme všimnout, že průměrný postoj u tabáku se pohybuje v oblasti pozitivních postojů.

Graf č. 7. Vyhodnocení otázky č. 7

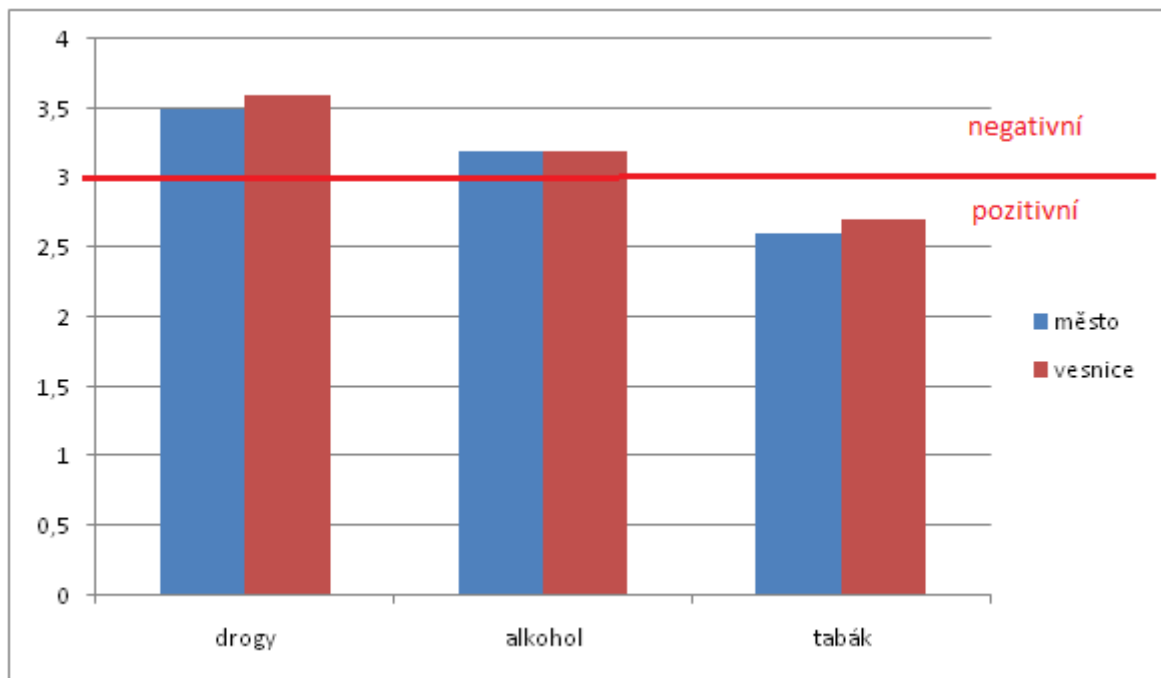


Vyhodnocení dotazníkové otázky číslo 9.

Otázka č. 9: Každý z nás má v životě určité idoly, oblíbené zpěváky či oblíbené sportovce. Jaký postoj byste zaujali k takovému člověku, kterému jste velmi fandili, po zjištění, že má silnou závislost (látku zneužívá denně) na drogách, alkoholu či tabáku?

Vyhodnocení poslední otázky z okruhu otázek, které byly z hlediska zajímavosti vybrány záměrně, přineslo další informace. Průměrný postoj mládeže z města a vesnice byl totožný vůči alkoholu. Více negativních postojů vůči drogám a tabáku bylo zaznamenáno u mládeže z vesnice. Průměrný postoj k tabáku se opět pohybuje v oblasti pozitivních postojů.

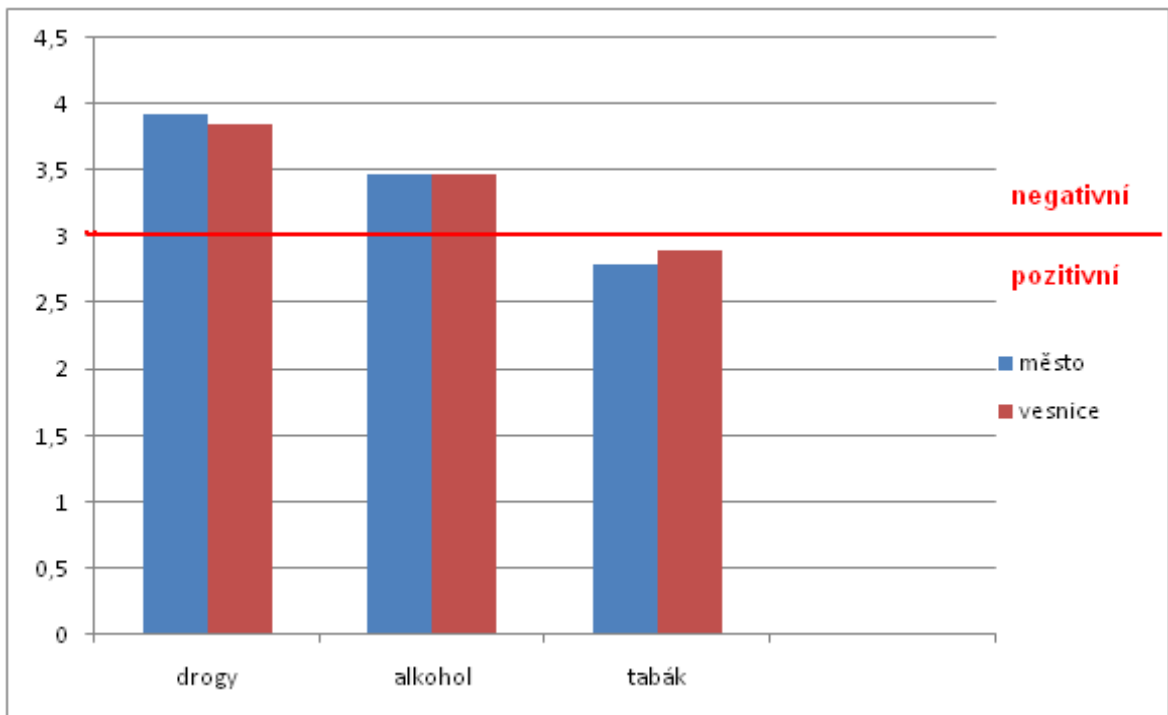
Graf č. 8. Vyhodnocení otázky č. 9



Celkové srovnání

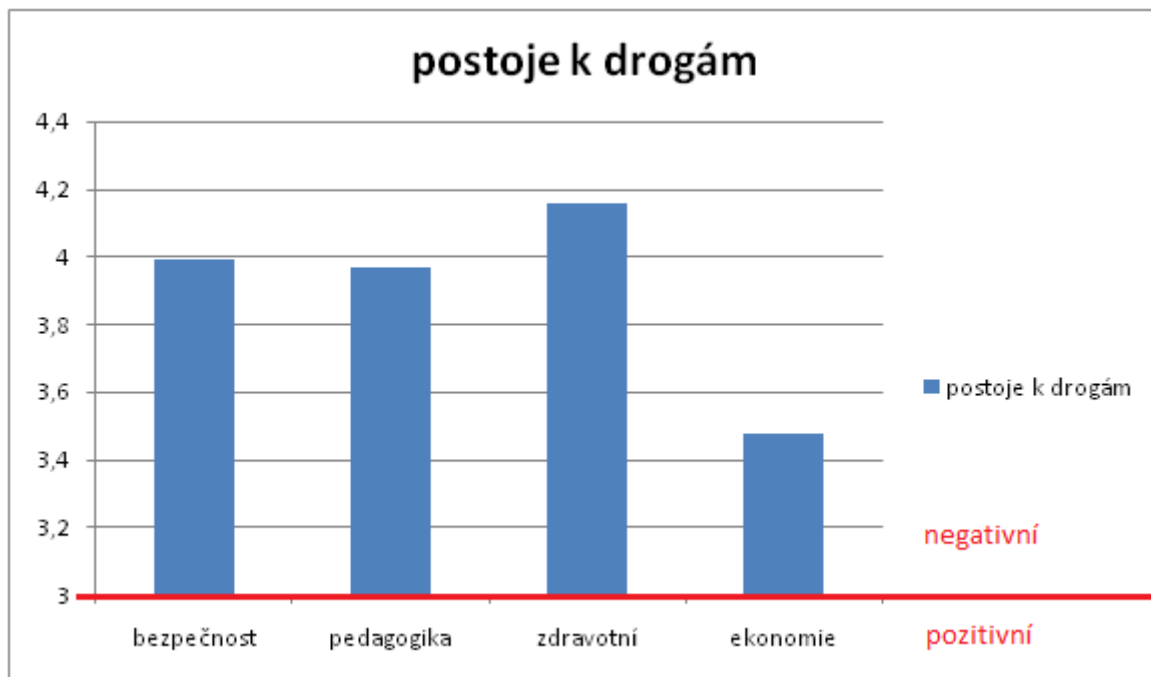
Průměrná hodnota postojů mládeže z města k drogám činí 3,9. U mládeže z vesnice byla zaznamenána průměrná hodnota 3,8. Obě hodnoty se pohybují v negativní části grafu. Můžeme však konstatovat, že u mládeže z vesnice bylo zaznamenáno více pozitivnějších postojů k drogám. Průměrná hodnota postojů mládeže z města k alkoholu činí 3,4 a stejná průměrná hodnota postojů byla zaznamenána i u mládeže z vesnice. Co se týče průměrné hodnoty postojů mládeže k tabáku, tak mládež z města vykazuje hodnotu 2,8 a mládež z vesnice 2,9. Více pozitivních postojů k tabáku bylo tedy zaznamenáno u mládeže z města. Odlišnosti průměrných hodnot můžeme vidět v následujícím grafu.

Graf č. 9. Rozdílnost postojů mládeže z města a vesnice k návykovým látkám



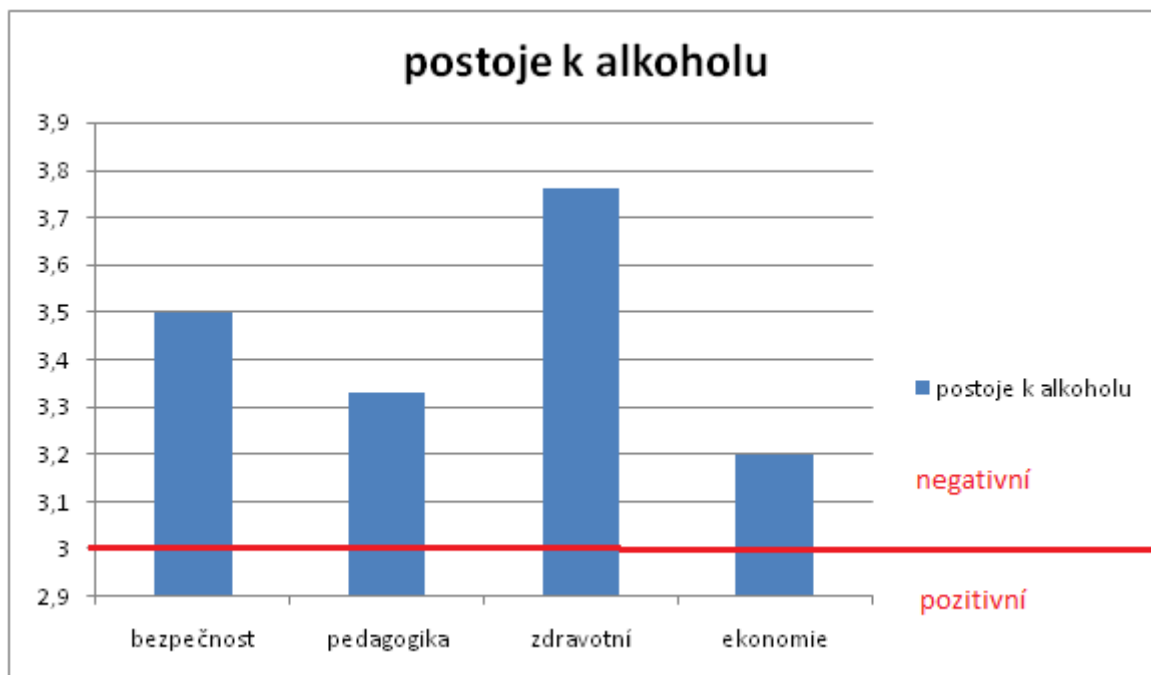
Dále mě ve výzkumu zajímalo, zda existují rozdíly v postojích u různě orientovaných škol. Do výzkumu jsem tedy záměrně zařadil dvě školy, které by mohly vykazovat nejspíše negativnější postoje k návykovým látkám. Vsadil jsem na pedagogicky a zdravotnický zaměřenou školu, kterých se tato problematika alespoň částečně dotýká, a žáci těchto škol by měli mít alespoň částečné povědomí o nebezpečnosti těchto látek. Výsledek, že na zdravotnický zaměřené škole bylo zaznamenáno nejvíce negativních postojů vůči drogám, je tedy uspokojivý. Nejvíce pozitivních postojů vůči drogám bylo zaznamenáno na ekonomické škole. Více informací lze získat z následujícího grafu, který se týká rozdílnosti postojů žáků různě orientovaných škol k drogám.

Graf č. 10. Průměrný postoj k drogám na vybraných školách



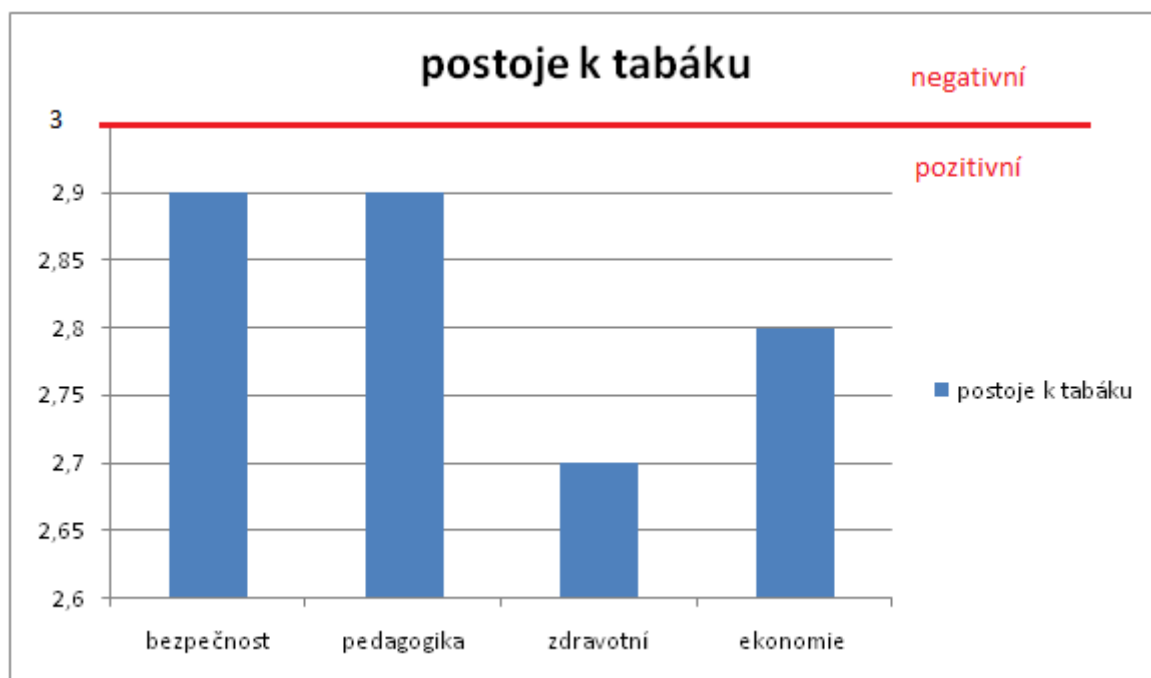
Jelikož jsem zkoumal rozdílnost postojů na různých školách k drogám, bylo vhodné vyhodnotit i rozdílnosti postojů vůči alkoholu. Nejvíce pozitivních postojů k alkoholu bylo opět zaznamenáno u žáků ekonomicky zaměřené školy. Průměrná hodnota je 3,2. Na druhém místě, co se týče nejvíce zaznamenaných pozitivních postojů vůči alkoholu, je pedagogicky zaměřená škola s průměrnou hodnotou 3,33. Poté následuje škola se zaměřením na ochranu majetku a osob. Zdravotnický zaměřená škola měla opět nejvíce zaznamenaných negativních postojů i vůči alkoholu. Vyhodnocení nalezneme v následujícím grafu.

Graf č. 11. Průměrný postoj k alkoholu na vybraných školách



Pro porovnání postojů na různě orientovaných školách zbyly již jen data vztahující se k tabáku. Nejvíce negativních postojů vůči tabáku bylo zaznamenáno u žáků školy se zaměřením na ochranu majetku a osob a na pedagogicky zaměřené škole. Průměrná hodnota 2,9 se shoduje u obou škol. Velkým překvapením je, že nejvíce pozitivních postojů vůči tabáku bylo zaznamenáno u žáků na zdravotnický orientované škole, kteří měli naopak k drogám a alkoholu vždy nejvíce negativních postojů, ze všech škol. Více informací nabízí následující graf.

Graf č. 12. Průměrný postoj k tabáku na vybraných školách



6.2 Vyhodnocení statisticky významných rozdílů v postojích mládeže z města a vesnice k návykovým látkám

V této části práce byly zaznamenány nejdůležitější výsledky výzkumu, tedy ty, na které byl zaměřen z hlavní části tento výzkum. Níže se čtenář může dozvědět, zda existují statisticky významné rozdíly mezi postoji mládeže z města a vesnice k jednotlivým typům návykových látek.

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{1a} .

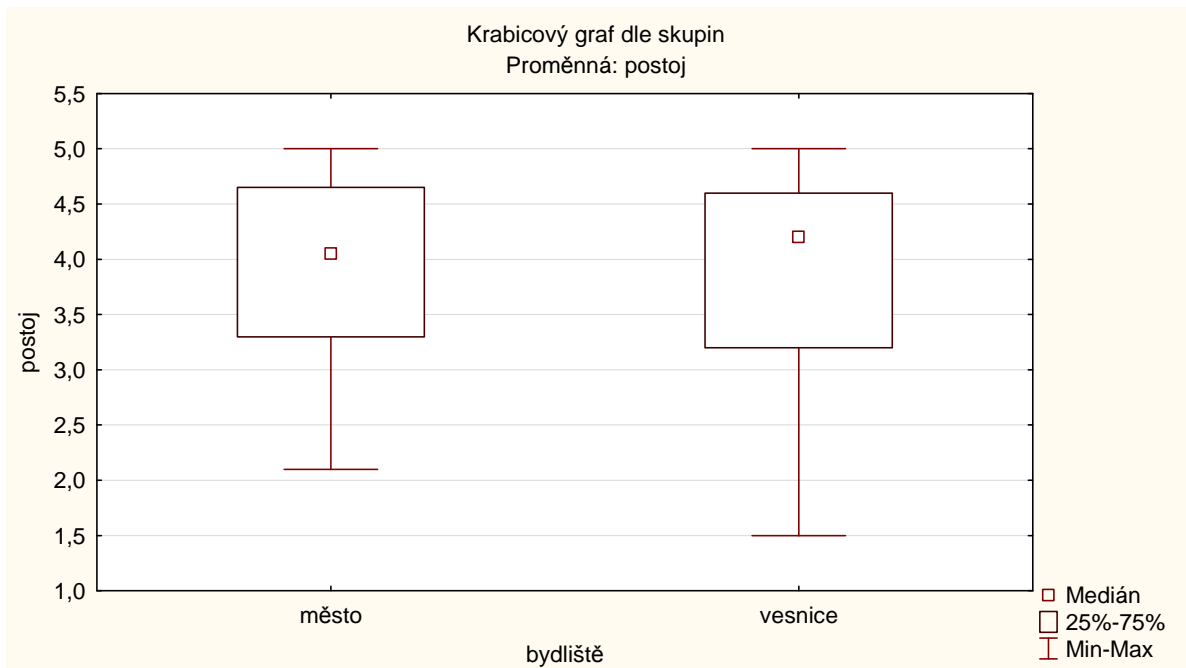
Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám.

Tabulka č. 1. Postoje mládeže z města a vesnice k drogám

| Mann-Whitneyův U test (List1 v Diplomová práce) | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|----------|----------|----------|------------|----------|
| Dle proměn. bydliště | | | | | | | |
| Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
| Proměnná | Sčt poř. město | Sčt poř. vesnice | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. |
| průměr | 6485,500 | 6394,500 | 3154,500 | 0,153568 | 0,877951 | 0,153687 | 0,877857 |

Graf č. 13. Postoje mládeže z města a vesnice k drogám



Výpočet vztahující se k hypotéze H_{1b} .

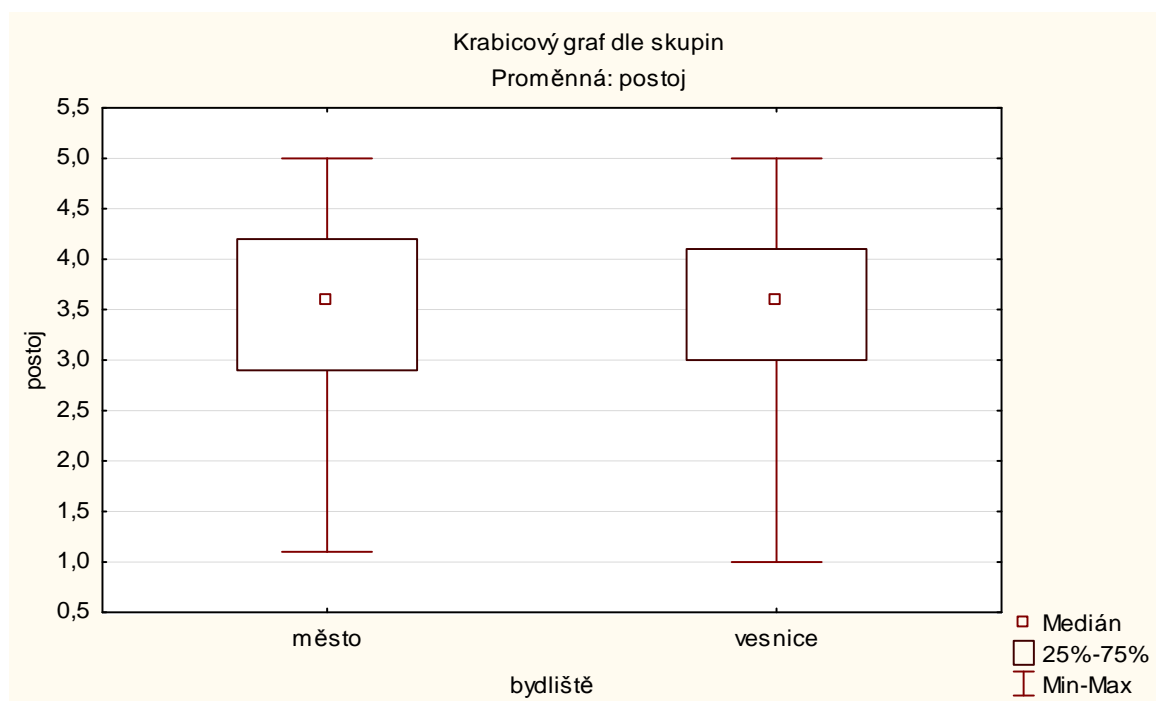
Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

Tabulka č. 2. Postoje mládeže z města a vesnice k alkoholu

| Mann-Whitneyův U test (Diplomová práce) | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|----------|----------|----------|------------|----------|
| Dle proměn. bydliště | | | | | | | |
| Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
| Proměnná | Sčt poč. město | Sčt poč. vesnice | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. |
| průměr | 6453,500 | 6426,500 | 3186,500 | 0,044364 | 0,964614 | 0,044385 | 0,964597 |

Graf č. 14. Postoje mládeže z města a vesnice k alkoholu



Výpočet vztahující se k hypotéze H_{1c} .

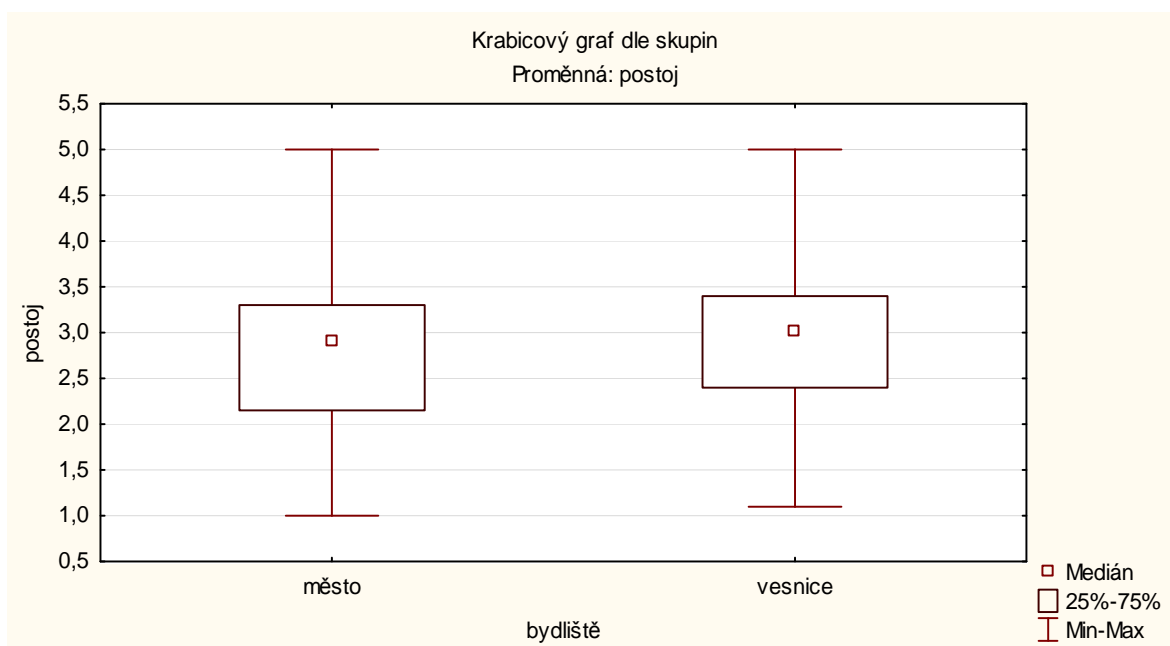
Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

Tabulka č. 3. Postoje mládeže z města a vesnice k tabáku

| Mann-Whitneyův U test (Diplomová práce) | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|----------|----------|----------|------------|----------|
| Dle proměn. bydliště | | | | | | | |
| Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
| Proměnná | Sčt poř. město | Sčt poř. vesnice | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. |
| průměr | 6124,000 | 6756,000 | 2884,000 | -1,07668 | 0,281624 | -1,07739 | 0,281305 |

Graf č. 15. Postoje mládeže z města a vesnice k tabáku



6.3 Vyhodnocení statisticky významným rozdílů v postojích k návykovým látkám u žáků různých typů škol

Pro následující srovnání rozdílností postojů mládeže k návykovým látkám u různě orientovaných škol byly použity vždy data jedné školy, jejíž absolventi se mohou v budoucnu setkávat s problematikou návykových látek a druhé školy, jejíž absolventi by neměli ve svém oboru řešit problematiku návykových látek. Srovnával jsem tedy postoje k drogám, alkoholu a tabáku u studentů pedagogicky zaměřené školy a studentů se zaměřením na ochranu majetku a osob. Předpokládal jsem totiž, že studenti pedagogicky zaměřené školy se ve své budoucí profesi mohou s problematikou návykových látek u mládeže setkávat. Pro další srovnávání a větší zajímavost výzkumu jsem vytvořil další dvojici z ekonomicky a zdravotnický zaměřené školy. Předpokládal jsem, že studenti zdravotnické školy se také mohou ve své budoucí profesi setkávat s problematikou závislých lidí na návykových látkách a tudíž bylo pro mě zajímavé zjistit rozdíly mezi touto školou a školou se zaměřením ekonomickým.

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{2a} .

Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám.

Tabulka č. 4. Postoje k drogám u dvou různě orientovaných škol

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (pedoch1) Dle proměn. škola Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|--------------------|----------|----------|----------|------------|----------|-------------------|
| | Sčt poř. SOŠ- och. | Sčt poř. SŠŠ- ped. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1 str. přesné p |
| průměr | 1673,500 | 1566,500 | 746,5000 | 0,509993 | 0,610057 | 0,510604 | 0,609629 | 0,608551 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{2b} .

Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

Tabulka č. 5. Postoje k alkoholu u dvou různě orientovaných škol

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (pedoch1) Dle proměn. škola Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|-----------------------|----------|----------|----------|---------------|----------|---------------------|
| | Sčt poř. SOŠ- och. | Sčt poř. SSŠ- ped. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1str. přesné p |
| průměr | 1641,500 | 1598,500 | 778,5000 | 0,202073 | 0,839860 | 0,202192 | 0,839767 | 0,837002 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{2c} .

Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi školou s pedagogickým zaměřením a školou se zaměřením na ochranu majetku a osob, neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

Tabulka č. 6. Postoje k tabáku u dvou různě orientovaných škol

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (pedoch1) Dle proměn. škola Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|-----------------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|---------------------|
| | Sčt poř. SOŠ- och. | Sčt poř. SSŠ- ped. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1str. přesné p |
| NProm | 1551,000 | 1689,000 | 731,0000 | -0,659142 | 0,509805 | -0,659815 | 0,509373 | 0,51186 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{2d} .

Jelikož úroveň p nepřesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout alternativní hypotézu:

H_A Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám

Tabulka č. 7. Postoje k drogám na ekonomické a zdravotnické škole

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (ped eko) Dle proměn. typ školy Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|------------------------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------------------|
| | Sčt poř. SŠ- ekon. | Sčt poř. SŠ- zdrav. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1 str. přesné p |
| průměr | 1242,500 | 1997,500 | 422,5000 | -3,62768 | 0,000286 | -3,63020 | 0,000283 | 0,000207 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{2e} .

Jelikož úroveň p nepřesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout alternativní hypotézu:

H_A Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu.

Tabulka č. 8. Postoje k alkoholu na ekonomické a zdravotnické škole

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (zdraveko1) Dle proměn. škola Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|-----------------------|----------|----------|----------|---------------|----------|----------------------|
| | Sčt poř. SŠ- zdrav. | Sčt poř. SŠ- ekon. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1 str. přesné p |
| průměr | 1881,000 | 1359,000 | 539,0000 | 2,506662 | 0,012188 | 2,507868 | 0,012147 | 0,011639 |

Výpočet se vztahuje k hypotéze H_2f .

Jelikož úroveň p přesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout nulovou hypotézu:

H_0 Mezi školou se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku.

Konkrétnější výsledky můžeme vidět v následující tabulce:

Tabulka č. 9. Postoje k tabáku na ekonomické a zdravotnické škole

| Proměnná | Mann-Whitneyův U test (zdraveko1) | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|----------|-----------|----------|------------|----------|------------------|
| | Dle proměn. škola | | | | | | | |
| Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$ | | | | | | | | |
| | Sčt poř. SŠ- zdrav. | Sčt poř. SŠ- ekon. | U | Z | p-hodn. | Z upravené | p-hodn. | 2*1str. přesné p |
| průměr | 1579,500 | 1660,500 | 759,5000 | -0,384900 | 0,700312 | -0,385268 | 0,700039 | 0,698301 |

6.4 Vyhodnocení statisticky významných rozdílů v postojích mládeže u různě orientovaných otázek

V této části výzkumu bylo mým cílem zjistit statisticky významné rozdíly v postojích mládeže u otázek, které se týkají osob, které jsou respondentům velmi blízké a otázek ve kterých figurují osoby, jež nejsou respondentům blízké. Blízkost jsem blíže specifikoval jako vztah respondenta a osob v rodině, s nejlepším kamarádem, partnerem či blízkým kolegou v práci.

Abych mohl zkoumat rozdíly, rozdělil jsem dotazník na dvě oblasti. Do první oblasti spadají otázky z dotazníku 1, 3, 4, 5, 8, 10, které se týkají výhradně členů rodiny respondenta, partnera, blízkého profesního kolegy či nejlepšího kamaráda. Do druhé oblasti jsem zařadil

otázky z dotazníku 2, 6, 7, 9, které se týkají osob, se kterými není respondent v přímém kontaktu, nebo mu nejsou tyto osoby příliš blízké podle výše uvedené specifikace.

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{3a} .

Jelikož úroveň p nepřesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout alternativní hypotézu:

H_A Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

Tabulka č. 10. Postoje k drogám u různě orientovaných otázek

| Dvojice proměnných | Znaménkový test (drogy v Diplomová práce) Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | |
|--------------------------------|---|-----------------|----------|----------|
| | Počet různých | procent $v < V$ | Z | p-hodn. |
| průměr-blízké & průměr-ostatní | 140 | 37,14286 | 2,958040 | 0,003096 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{3b} .

Jelikož úroveň p nepřesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout alternativní hypotézu:

H_A Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k alkoholu u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

Tabulka č. 11. Postoje k alkoholu u různě orientovaných otázek

| Dvojice proměnných | Znaménkový test (Diplomová práce) Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$ | | | |
|---------------------------------|---|--------------------|----------|----------|
| | Počet různých | procent $v < V$ | Z | p-hodn. |
| průměr- blízcí & průměr ostatní | 146 | 25,34247 | 5,876002 | 0,000000 |

Výpočet vztahující se k hypotéze H_{3c} .

Jelikož úroveň p nepřesáhla hodnotu hladiny 0,05, na které je test významný, můžeme přijmout alternativní hypotézu:

H_A Existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k tabáku u otázek týkajících se blízkých osob respondentů a otázek, které se blízkých osob respondentů netýkají.

Tabulka č. 12. Postoje k tabáku u různě orientovaných otázek

| Dvojice proměnných | Znaménkový test (Diplomová práce) Označené testy jsou významné na hladině $p < ,0500$ | | | |
|--------------------------------|--|--------------------|----------|----------|
| | Počet různých | procent $v < V$ | Z | p-hodn. |
| Průměr-blízcí & průměr ostatní | 144 | 34,72222 | 3,583333 | 0,000339 |

6.5 Závěrečné shrnutí výzkumu

Výzkum přinesl mnoho zajímavých poznatků a vyhodnocení dat mě umožnilo přijmout či vyvrátit předem stanovené hypotézy. Jak jsem předpokládal, tak opravdu nejvíce negativních postojů bylo zaznamenáno u mládeže vůči drogám. Více pozitivních postojů mládeže bylo zaznamenáno vůči alkoholu. Nejvíce pozitivních postojů mládeže však bylo zaznamenáno vůči tabáku. Při zhlédnutí výše vložených grafů, mohl čtenář zjistit, že postoje vůči tabáku se naprosto ve všech grafech popisné části pohybovaly vždy v pozitivní části grafu. Průměrné postoje mládeže vůči tabáku byly tedy vždy pozitivně laděné. Domnívám se, že to poukazuje na opravdovou realitu dnešní společnosti, kdy nejenže mládež zneužívá tabák čím dál více, ale mizí i negativní postoje vůči tabáku u mládeže a ve všeobecném povědomí se s postojem ztrácejí i objektivní informace o opravdové škodlivosti tohoto zlozvyku. Co se týče hlavního cíle výzkumu, tedy zda ještě opravdu existují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže z města a vesnice vůči návykovým látkám, bylo zjištěno jak u drog, alkoholu a tabáku, že neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže z města a vesnice. Doufám, že výsledky mého výzkumu by mohly motivovat k výzkumům dalším, například v celém kraji a mohly by přispět k zavádění preventivních projektů pro mládež i do méně obydlených oblastí. Zajímavé bylo také srovnání dvou škol, pedagogicky zaměřené a školy se zaměřením na ochranu majetku a sob. Domníval jsem se, že budoucí pedagogové by v budoucnu mohli být v kontaktu s mládeží, která zneužívá návykové látky a budou mít tedy i rozdílné postoje, než žáci školy druhé. Mezi těmito školami však neexistují statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám, alkoholu a tabáku. Jiná situace byla u dalších dvou škol, kdy jsem vybral pro srovnání školu se zdravotnickým a ekonomickým zaměřením. Domníval jsem se totiž, že budoucí zdravotníci se mohou taktéž v budoucnu setkávat se závislými lidmi či mládeží stejně jako pedagogové. U zdravotnický zaměřené školy a ekonomicky zaměřené školy byly zaznamenány statisticky významné rozdíly v postojích mládeže k drogám a alkoholu, nikoliv vůči tabáku. Zdravotnický zaměřená škola mě překvapila právě tím, že u žáků této školy bylo zaznamenáno nejvíce negativních postojů vůči drogám a alkoholu a naopak nejvíce pozitivních postojů k tabáku ze všech škol vůbec. Toto zjištění mě velmi překvapilo, jelikož kdo by měl vědět více o opravdových rizicích spojených se zlozvykem kouření tabáku, než mladí lidé, kteří se budou v budoucnosti pohybovat v oblasti zdravotnictví a budou se setkávat s dopady tohoto zlozvyku u mnoha lidí. Závěrem lze říci, že byl splněn především hlavní cíl výzkumu, ale také vedlejší a přidružené cíle. Proběhlo ověření veškerých hypotéz a

přijmutí patřičných výsledků. Výzkum nejenže poskytl informace vztahující se k cíli výzkumu, ale poskytl i mnoho jiných zajímavých informací.

ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se snažil především o seskupení co nejvíce zajímavých informací z oblasti problematiky závislosti mládeže na drogách, alkoholu a tabáku. Jednalo se především o informace o nejrůznějších faktorech, které hrají zásadní či doprovodnou roli při vzniku závislostí na návykových látkách u mládeže. Konkrétní popis závislostí jsem vybral u tabáku a alkoholu a to především z toho důvodu, že jsou to drogy velmi nebezpečné a zároveň společností zcela tolerované. Cílem teoretické části práce bylo také sjednotit informace týkající se odborných zařízení pracujících se závislou mládeží a ostatními klienty. Šlo mi především o porovnání široké palety poskytovaných služeb těchto zařízení a možný přínos pro klienty. Dále byla snaha o popsání důležitosti sociální práce v této oblasti sociopatologických jevů u mládeže.

Po utvoření teoretického rámce práce jsem mohl započít kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v postojích k návykovým látkám u mládeže z města a vesnice. Vedlejším cílem výzkumu bylo také zjistit rozdíly v postojích u žáků různě orientovaných středních škol. Výsledky hlavního cíle výzkumu dopadly podle předem stanovených hypotéz. Bylo zjištěno, že mezi mládeží z města a vesnice neexistují statisticky významné rozdíly v postojích k drogám, alkoholu i tabáku.

Zjištěné výsledky a informace by mohly vybízet k dalším a větším výzkumům, které by mohly být nápomocny pro motivaci k pronikání co největšího počtu preventivních programů pro mládež i do méně osídlených oblastí, v čemž vidím hlavní přínos mé práce. Rozdíly mezi vesnicí a městem se v mnohých oblastech v dnešní době srovnávají, popřípadě zcela mizí, a to především ve zneužívání návykových látek. Je pravdou, že mládež z města je ovlivněna daleko větším počtem negativních faktorů, ale u mládeže z vesnice hraje u některých jedinců zásadní roli nuda a nemožnost plnohodnotného využití volného času. V souvislosti s dnes již poměrně snadným přístupem k návykovým látkám se „rodí“ problém, který se bude muset v budoucnosti zcela jistě řešit. Věřím, že má práce přinesla odpovídající podklady pro to, aby se v určitých organizacích, zabývajících se prevencí u mládeže, začalo přemýšlet i o působení v oblastech s menšími městy či vesnicemi. Přínos mé práce může být také pro všechny sociální pedagogy, kteří by chtěli v této oblasti pracovat. Do práce totiž byl zařazen výčet zařízení, kde je uplatnění sociálních pedagogů možné a bylo zde popsáno i prolínání sociální práce s prací ostatních odborníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠEK, Julius, 1963. Alkohol, práce, zdraví. Praha: Práce.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH, 2003. Slabikář sociální práce na ulici: Supervize, streetwork, financování. Brno: Doplněk. ISBN 80-7239-148-8.

BERGERET, Jean, 1995. Toxikomanie a osobnost. Praha: Victoria. ISBN 80-7187-003-X.

BERGLUND, Mats a Egon JONSSON, Sten THELANDER, 2003. Treating alcohol and drug abuse: an evidence basedreview. Weinheim: Wiley-WCH. ISBN 352-73-068-2-X.

BOBEK, Milan a Petr PENÍŠKA, 2008. Práce s lidmi: učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese: s úvodem do filozofie práce s lidmi, současné vědy a psychologie. Brno: NC. ISBN 978-80-903858-2-5.

BROŽA, Jiří, 2003. Děti a mladiství. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

BROŽA, Jiří, 2007. Klíčová pravidla a režim. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe. Praha: Magistrát hl. m. Prahy. ISBN 978-80-7106-937-9.

CARR, Allen, 2003. Jak přestat kouřit: easyway, revoluční světový bestseller, který vás odnaučí kouřit- jednou provždy. Praha: EarthSave. ISBN 80-903085-2-X.

CSÉMY, Ladislav, Pavla CHOMYNOVÁ a Petr SLADÍLEK, 2009. Evropská školní Studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumů v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978- 80-87041-94-9.

COMBY, Bruno, 2007. Jak se zbavit závislosti na tabáku: Praktický a účinný rádce, jak konečně přestat s kouřením. Hodkovičky: Pragma. ISBN 978-80-7349-077-5.

DVOŘÁK, Dušan, 2003. Sociální rehabilitace. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

ELLIOTTOVÁ, Michele, 1995. Jak ochránit své dítě. Praha: Portál.

ISBN 80-7178-419-2.

FALÁŘ, Josef a kol., 2004. Dynamika drogové scény a sociálního klimatu mládeže 1997-2001: výsledky projektu studie aktuálního stavu ohrožené populace dětí a mládeže v rámci prevence sociálně patologických jevů. II. část. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-21-0.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA, 2003. Praha: Grada. ISBN 80-247-0415-3

GULOVÁ, Lenka, 2011. Sociální práce: pro pedagogické obory. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-3379-1.

HAJNÝ, Martin, 2001. O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace. Praha: Grada. ISBN 80-247-0135-9.

HARTNOLL, Richard, 2005. Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe: co jsme se naučili a co bychom se ještě naučit měli. Praha: Úřad vlády České republiky. 80- 86734-45-5.

HRDINA, Petr a Blanka KORČIŠOVÁ, 2003. Terénní programy. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

JOHN, Radek a Jiří PRESL, 1996. Drogy!: sto šest otázek a odpovědí. Praha: Medea kultur.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK, 1997. Jak přestat kouřit. Praha: Maxdorf.
ISBN 80-85800-62-4.

KREKULOVÁ, Laura, 1999. Když už bereš: informace pro uživatele. Praha: Triton.
ISBN 80-7254-064-5.

LEJČKOVÁ, Pavla, Viktor MRAVČÍK a Josef RADIMECKÝ, 2004. Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu. Praha: Úřad vlády České republiky.
ISBN 80-86734-15-5.

MAKOVSKÁ - DOLANSKÁ, Pavla, 2007. Pohledy sociální práci v terapeutické komunitě. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. Terapeutická komunita pro drogově závislé II., Česká praxe. Praha: Magistrát hl. m. Prahy. ISBN 978-80-7106-937-9.

MEČÍŘ, Jan, 1989. Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Praha: Avicentrum.

NERAD, Jindřich a Ludmila NERADOVÁ, 1998. Drogy a mýty: drogová problematika z Nizozemské perspektivy. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-309-8.

NEŠPOR, Karel, 2001. Vaše děti a návykové látky. Praha: Portál.

ISBN 80-71-78-515-6.

NEŠPOR, Karel, 1995. Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech.

Praha: Portál. ISBN 80-7178-086-3.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1993. Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, Karel a Marie MULLEROVÁ, 1997. Jak přestat brát drogy: svépomocná příručka. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, Karel, Hana PEPRNICOVÁ a Ladislav CSÉMY, 1999. Jak zůstat fit a předejít závislostem. Praha: Portál. ISBN 80-7178-229-8.

NOVÁK, Tomáš, 2006. Manželské a rodinné poradenství. Praha: Grada.

ISBN 80-247-1316-0.

NOŽINA, Miroslav, 1997. Svět drog v Čechách. Praha: KLP. ISBN 80-85917-36-X

PRESL, Jiří, 1995. Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X.

RADIMECKÝ, Josef, 2003. Přehled drogové problematiky v České republice v r. 2001. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

RIESEL, Petr, 1999. Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy. Olomouc: Votibia. ISBN 80-7198-348-9.

RHODES, Tim, 1999. Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-71-5.

RITVO, Eva C. a Ira D. GLICK, 2009. Párová a rodinná terapie: stručný sprievodca. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 978-80-88952-56-5.

ROTGERS, Frederick a kol., 1999. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada.

ISBN 80-7169-836-9.

SANANIM, 2007. Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.

SCHULTE, Bernd a kol., 2010. Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN978-80-7440-042-1.

SKÁLA, Jaroslav, 1988. Až na dno!?. Vyd. 4. Praha: Avicentrum.

ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ, 1988. Lidé, alkohol, drogy. Praha: Naše vojsko.

VAVŘÍNKOVÁ, Blanka a Tomáš BINDER, 2006. Návykové látky v těhotenství. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš a kol., 1997. Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- EU Evropská unie.
- D.A.R.E Preventivní program proti zneužívání drog u mládeže (Drug abuse resistance education)
- USA Spojené státy americké
- HIV Human Immunodeficiency Virus - Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|-------|
| Graf č. 1. Zastoupení určitého pohlaví ve výzkumném vzorku..... | s. 69 |
| Graf č. 2. Zastoupení jednotlivých ročníků ve výzkumném vzorku..... | s. 70 |
| Graf č. 3. Počty jedinců určitého věku ve výzkumném vzorku..... | s. 70 |
| Graf č. 4. Vyhodnocení otázky č. 1..... | s. 73 |
| Graf č. 5. Vyhodnocení otázky č. 3..... | s. 74 |
| Graf č. 6. Vyhodnocení otázky č. 5..... | s. 75 |
| Graf č. 7. Vyhodnocení otázky č. 7..... | s. 76 |
| Graf č. 8. Vyhodnocení otázky č. 9..... | s. 77 |
| Graf č. 9. Rozdílnost postojů mládeže z města a vesnice k návykovým látkám..... | s. 78 |
| Graf č. 10. Průměrný postoj k drogám na vybraných školách..... | s. 79 |
| Graf č. 11. Průměrný postoj k alkoholu na vybraných školách..... | s. 80 |
| Graf č. 12. Průměrný postoj k tabáku na vybraných školách..... | s. 81 |
| Graf č. 13. Postoje mládeže z města a vesnice k drogám..... | s. 82 |
| Graf č. 14. Postoje mládeže z města a vesnice k alkoholu..... | s. 83 |
| Graf č. 15. Postoje mládeže z města a vesnice k tabáku..... | s. 84 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1. Postoje mládeže z města a vesnice k drogám.....s. | 82 |
| Tabulka č. 2. Postoje mládeže z města a vesnice k alkoholu.....s. | 83 |
| Tabulka č. 3. Postoje mládeže z města a vesnice k tabáku.....s. | 84 |
| Tabulka č. 4. Postoje k drogám u dvou různě orientovaných škol.....s. | 85 |
| Tabulka č. 5. Postoje k alkoholu u dvou různě orientovaných škol.....s. | 86 |
| Tabulka č. 6. Postoje k tabáku u dvou různě orientovaných škol.....s. | 86 |
| Tabulka č. 7. Postoje k drogám na ekonomické a zdravotnické škole.....s. | 87 |
| Tabulka č. 8. Postoje k alkoholu na ekonomické a zdravotnické škole.....s. | 87 |
| Tabulka č. 9. Postoje k tabáku na ekonomické a zdravotnické škole.....s. | 88 |
| Tabulka č. 10. Postoje k drogám u různě orientovaných otázek.....s. | 89 |
| Tabulka č. 11. Postoje k alkoholu u různě orientovaných otázek.....s. | 90 |
| Tabulka č. 12. Postoje k tabáku u různě orientovaných otázek.....s. | 90 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Vyplněný dotazník

PŘÍLOHA P I: VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK

Dotazník: Postoje mládeže k drogám, alkoholu a tabáku a jejich zneužívání.

Vážení studenti. Právě se Vám dostal do rukou dotazník, který slouží pro sběr dat k výzkumu v praktické části mé diplomové práce. Dotazník je zcela anonymní. Dotazníkem chci zjistit Vaše postoje k drogám, alkoholu a tabáku. Odpovědi (čísla na škále), které značí Váš postoj, sek křížkují. Při jakýchkoliv nejasnostech mě můžete kontaktovat: sunflowersman@seznam.cz. Děkuji za ochotu a čas, který budete věnovat dotazníku.

Bc. Miroslav Štěpán, Univerzita Tomáše Bati- Fakulta humanitních studií.

Vyplňte prosím: Věk : 16

Označte podtržením:

Pohlaví: muž · žena

Ročník: · první · druhý · třetí · čtvrtý

Typ školy: · střední škola · gymnázium · SOU Zaměření školy: _____

Místo bydliště: · vesnice · město

Ukázka vyplnění otázky podle postojů tazatele:

Jaký postoj byste zaujali, při zjištění, že Váš kamarád jednou týdně zneužívá:

| Váš postoj: | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je to jeho věc | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|-------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogy | 1 | 2 | (3) | 4 | |
| alkohol | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| tabák | | 2 | (3) | 4 | 5 |

Tázaný označil v řádku se škálou určenou pro drogy číslo 5, znamená to tedy, že by mu velmi vadilo, pokud by jeho kamarád zneužíval jednou týdně drogy. V řádku se škálou určenou pro alkohol označil dotázaný číslo 3, čímž dává najevo, že je to věc kamaráda (zaujímá tedy neutrální postoj). V posledním řádku určeného pro tabák, tázaný označil na škále číslo 1, což znázorňuje postoj tazatele, že by mu vůbec nevadilo, pokud by jeho kamarád zneužíval jednou týdně tabák.

1. Představte si nějakého člena rodiny, který nezneužívá tvrdé drogy, alkohol a ani nekouří. Jak byste přijímali fakt, že tento člen rodiny byl v minulosti těžce závislý (užíval každý den) na:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogách | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Jaký postoj zaujmete, pokud byste měli přestoupit na školu, o které je Vám známo, že tamní žáci, v poměrně velké míře (téměř každý den) holdují:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogám | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3. Jak byste hodnotili fakt, že Váš velmi dobrý kamarád, který neměl dříve žádné problémy se závislostmi, najednou začal zneužívat ve velké míře (téměř každý den):

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkohol | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabák | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. Představte si, že v budoucnu budete mít dítě. Jaký postoj byste zaujali při zjištění, že experimentuje (užívá je jednou, dvakrát týdně) s:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogami | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabákem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Představte si, že nastoupíte do zaměstnání, které Vás velmi baví, naplňuje a je i velmi slušně finančně ohodnoceno. Jak byste přijali zjištění, že Váš nejbližší kolega má problémy se silnou závislostí (užívá každý den) na :

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogách | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Jaký postoj zaujímáte k Vaším vrstevníkům či známým, kteří nabízejí ostatní mládeži ve Vašem okolí:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkohol | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabák | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Nějaký čas Vás učí nový, velmi sympatický učitel. Jde říci, že si s ním celá třída velmi rozumí a spolupráce je na vysoké úrovni. Jaký postoj byste zaujali po zjištění, že tento učitel občas (jedenkrát až dvakrát týdně) holduje:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogám | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Jak byste přijali fakt, že Váš současný (či budoucí partner) Vám zatajil informaci, že má problémy se závislostí (látku zneužívá denně) na:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogách | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Každý z nás má v životě určité idoly, oblíbené zpěváky či oblíbené sportovce. Jaký postoj byste zaujali k takovému člověku, kterému jste velmi fandili, po zjištění, že má silnou závislost (látku zneužívá denně) na:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogách | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholu | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabáku | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Každý člověk měl ve svém dětství určitou opravdovou autoritu a vzor, který mnohdy velmi ovlivnil jejich další počínání. Mohl to být skvělý a motivující učitel, trenér, velmi moudrý rodič či prarodič a jiní. Jaký postoj byste zaujali po zjištění, že Vaše životní autorita, která Vás poměrně pozitivně ovlivnila do dalších let Vašeho života, měla v době působení na Vás problémy s:

| <i>Váš postoj:</i> | Vůbec nevadilo | Spíše nevadilo | Je mi to jedno | Spíše vadilo | Velmi vadilo |
|--------------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| drogami | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| alkoholem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| tabákem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |