

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Miroslav Slezák

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Lehké drogy pohledem žáků druhého stupně základních škol

Miroslav Slezák

Bakalářská práce

2021

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Miroslav Slezák**
Osobní číslo: **H17266**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Téma práce: **Lehké drogy pohledem žáků druhého stupně základní školy**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Zásady pro vypracování

Teoretická část bude zaměřena na vymezení základních pojmů a problematika bude teoreticky popsána – druhy lehkých drog, prevence, možnosti léčby, motivace k užívání návykových látek a také vývoj zájmu o lehké drogy v České republice.

V praktické části bude proveden kvantitativní výzkum s cílem zjistit, jakou zkušenost a povědomí o lehkých drogách mají žáci druhého stupně základních škol. Dalším cílem výzkumného šetření bude zjistit, s jakou formou prevence ze strany škol a rodičů se žáci setkali. Ke sběru dat bude sloužit anonymní dotazník, který bude distribuován na vybraných základních školách v Královéhradeckém kraji.

Rozsah pracovní zprávy:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6
KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie, no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.
ŠTASTNÁ, Lenka a Matúš ŠUCHA. Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let. V Praze: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2010. Monografie. ISBN 978-80-254-6806-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Adriana Sychrová, Ph.D.**
Katedra věd o výchově

Oponent bakalářské práce: **PhDr. Jana Křišťálová**
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**

doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.
děkan

Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci s názvem Lehké drogy pohledem žáků druhého stupně základních škol jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2021

Miroslav Slezák

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Adrianě Sychrové, Ph.D. za odborné rady a pomoc při konzultacích, které mi při psaní práce velice pomohly. Dále bych chtěl poděkovat respondentům, kteří se dobrovolně stali součástí mého výzkumu. Také děkuji své rodině za podporu a trpělivost.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá vztahem žáků druhého stupně základních škol k lehkým drogám. Teoretická část bude zaměřena na vymezení základních pojmů a problematika bude teoreticky popsána – druhy lehkých drog, prevence, možnosti léčby, motivace k užívání návykových látek a také vývoj zájmu o lehké drogy v České republice. V praktické části bude proveden kvantitativní výzkum s cílem zjistit, jakou zkušenost a povědomí o lehkých drogách mají žáci druhého stupně základních škol. Dalším cílem výzkumného šetření bude zjistit, s jakou formou prevence ze strany škol a rodičů se žáci setkali. Ke sběru dat bude sloužit anonymní dotazník, který bude distribuován na vybraných základních školách v Královéhradeckém kraji.

KLÍČOVÁ SLOVA

drogy, lehké drogy, drogová prevence, školní prevence

TITLE

Light drugs from the point of middle school students

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the relationship of middle school students to light drugs. The theoretical part of this thesis will be focused on the definition of basic terms and the issue will be theoretically described – various types of light drugs, prevention, treatments options, motivation behind addictive substances use and the development of interest in light drugs in the Czech Republic. Quantive methodology will be used in the practical part in order to find out what experience and what degree of awareness of light drugs pupils in second grade of primary schools have. Another goal of the research will be to find out what form of prevention from schools and from parents students have encountered. An Anonymous questionnaire will be used to collect data, which will be distributed at selected primary schools in the Hradec Králové Region.

KEY WORDS

drugs, light drugs, drug prevention, school prevention

Obsah

ÚVOD	10
1 DĚLENÍ DROG	11
1.1 Legální a nelegální drogy	11
1.2 Lehké drogy a tvrdé drogy	12
1.3 Drogy s mírným a vysokým rizikem závislosti	12
1.4 Tlumivé, stimulační a halucinogenní drogy	13
2 JEDNOTLIVÉ DROGY A JEJICH ÚČINKY	14
2.1 Tabák a tabákové výrobky	14
2.2 Konopné drogy	15
2.3 Alkohol	16
2.4 Zkušenost dětí ve školním věku s lehkými drogami	17
3 MOTIVACE K UŽÍVÁNÍ DROG U MLADÝCH LIDÍ	19
3.1 Příčiny užívání drog	19
3.1.1 Člověk, který má zájem drogy užívat	19
3.1.2 Prostředí	20
3.2 Vývoj dítěte ve školním věku	22
4 PREVENCE	25
4.1 Primární prevence	25
4.1.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti	26
4.1.2 Všeobecná primární prevence	28
4.1.3 Selektivní primární prevence	28
4.1.4 Indikovaná primární prevence	28
4.2 Sekundární prevence	29
4.2.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti	30
4.3 Terciární prevence	31
4.3.1 Harm Reduction	31
4.3.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti	33
5 DROGOVÁ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICE	34
5.1 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	34
5.2 Léčebné programy pro uživatele drog	34
5.2.1 Terénní programy	34
5.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra	35
5.2.3 Detoxifikační jednotky	35

5.2.4	Ambulantní léčba	36
5.2.5	Denní stacionáře	36
6	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
6.1	Cíle výzkumného šetření	37
6.2	Stanovení hypotéz.....	37
6.3	Charakteristika výzkumného souboru	38
6.4	Realizace výzkumného šetření	38
6.5	Vyhodnocení a interpretace dat	39
6.6	Verifikace hypotéz.....	63
6.7	Porovnání výsledků vlastního výzkumu s dalšími výzkumy a daty	66
6.8	Závěr výzkumného šetření.....	67
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM ZDROJŮ	71
	Tištěné zdroje	71
	Internetové zdroje	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	PŘÍLOHY.....	77

ÚVOD

U dětí na základních školách stoupá zkušenost s nejen lehkými neboli měkkými drogami. Ve své bakalářské práci se budu soustředit především na drogy lehké, jelikož právě s nimi se jedinci setkávají nejčastěji v brzkém věku. Ačkoli se má práce soustředí na drogy lehké, je nezbytné si zmínit i alkohol, jelikož se jedná o nejužívanější drogu v dětské populaci vůbec. Dále je potřeba si uvědomit, že děti ve školním věku jsou specifická skupina, která je v určitém stádiu vývoje. Nabízí se tedy otázka, proč se stále častěji a stále v mladším věku setkáváme s dětmi, které mají nějakou zkušenost s drogami. Jaké jsou hlavní motivy u žáků základních škol k vyzkoušení nějakého druhu drogy a pokud se stane dítě závislým na droze, kde a jak je možné ho z drogové závislosti léčit v takto nízkém věku v České republice?

Teoretická část práce bude rozdělena do pěti hlavních kapitol. První kapitola se bude věnovat rozdělení drog, jelikož jsou drogy děleny několika způsoby. V této kapitole bude také vysvětlen rozdíl mezi drogami lehkými a tvrdými. Na tuto kapitolu navážu kapitolou, kde budou popsány lehké drogy, konkrétně tabákové a konopné výrobky, které představují určité riziko pro uživatele a alkohol. V této kapitole budou uvedeny, kromě rizik, které určité skupiny drog mají, také statistiky, které ukážou, kolik jedinců má s určitou drogou zkušenosti v dospělosti, ale také v mládí a v dětské populaci. Třetí kapitola se bude zabývat jednou z hlavních otázek bakalářské práce – motivací k užití drog u mladých lidí, včetně dětí. Tato motivace je ovlivněna spoustou faktorů, jako například prostředím, ve kterém dítě vyrůstá. Jelikož jsou děti specifickou skupinou, bude potřeba uvést vývoj jedince ve školním věku, abychom problematice lépe porozuměli. Čtvrtá kapitola teoretické části se bude věnovat prevenci a jejím formám. V poslední kapitole teoretické části se budu věnovat drogové politice v České republice a možnosti léčby drogově závislých, včetně dětí.

V praktické části si přiblížíme pohled žáků druhých stupňů základních škol, kdy bude využito dotazníkové šetření za účelem zjistit, jakou motivaci k užití a jaké zkušenosti s lehkými drogami a alkoholem žáci mají. Část anonymního dotazníku se bude zabývat prevencí, kde mě bude zajímat názor žáků na účinnost protidrogových preventivních programů. Výsledky z praktické části budou porovnány s dostupnými daty z ostatních výzkumů.

1 DĚLENÍ DROG

Abychom pochopili kompletní problematiku, je důležité si drogy nejprve definovat a rozdělit je do několika skupin podle charakteristických vlastností. Drogy jsou látky, které ovlivňují prožívání reality, vyvolávají tedy psychotropní účinek a zároveň mohou vyvolat závislost (Presl, 1994).

Mnoho drog je schopných posílit jakési vyhledávací chování, které dostává drogu do tělesného systému. Uživatelé drog neboli návykových látek vyhledávají pozměněný stav vědomí, vnímání světa odlišné od každodenních aktivit. Je prakticky nemožné oddělit tento změněný stav od posilujícího efektu drogy, protože pozměněný stav vědomí může být psychologickou reflexí na proces posilování. Kromě drogy samotné hraje důležitou úlohu rovněž organismus - ne každý organismus snáší stejně tutéž látku. Z toho vyplývá, že existuje individuální snášenlivost a individuální reakce na každou drogu a v každém jednotlivém organismu. Důležitý je i způsob aplikace drogy a velikost dávky. Podstatné jsou také vlastnosti drogy. Drogy se navzájem liší různým potenciálem k vyvolání závislosti. Při tzv. tvrdých drogách vzniká závislost už po několika dnech a u velké části uživatelů, zatímco závislost na drogách lehkých ve většině případů vzniká až po delší době (Freye, 2009).

V dnešní době se ve společnosti objevuje nespočet typů a druhů drog. Nejčastěji jsou drogy děleny do skupin podle:

- Legislativy
- Rizika pro uživatele
- Rizika závislosti
- Účinků na lidskou psychiku (NZIP, 2021).

1.1 Legální a nelegální drogy

Podle legislativy jsou drogy děleny na legální a nelegální. Legální drogy jsou takové, které jsou za určitých podmínek dostupné. Nejznámějšími legálními drogami v České republice jsou alkohol a tabákové výrobky, ale i léky, například benzodiazepiny¹ či morfin. Legální drogy neznamenají, že jsou zákonem podporovány, ale jsou tolerovány, přestože jedinec na ně může být závislý stejně, jako na drogy nelegální. Nelegální drogy jsou zákonem zakázány a jejich distribuce, výroba, užívání či držení je trestné. Mezi nelegální drogy patří například marihuana,

¹ Léky, které se nejčastěji používají při léčbě úzkosti, problémům se spaním či snížení svalového napětí.

kteřá je u mládeže nejvíce rozšířenou nelegální drogou, extáze, kokain a pervitin (Mravčík et al., 2020, NZIP, 2021).

1.2 Lehké drogy a tvrdé drogy

Lehké (=měkké) a tvrdé drogy jsou děleny v souvislosti s riziky pro uživatele návykových látek. Lehké drogy nepáchají tak velkou fyzickou škodu, nevzniká na nich tak rychle závislost a dopad užívání drogy na rodinu či společnost není tak velký jako u drog těžkých. Lehké drogy neznamenají drogy legální, stejně tak tvrdé drogy neznamenají drogy nelegální (NZIP, 2021).

„Označení měkké drogy neřeší, zda je či není droga legální. K „měkkým drogám“ patří jak legální tabák, tak nelegální marihuana. Označení měkká droga vyvolává klamný dojem, že tyto drogy nejsou tak nebezpečné, nicméně všichni ví, že neexistuje orgán v těle, který by kouření nepoškozovalo. Nicméně jejich užívání je společností víceméně tolerováno, protože dlouho nedevastuje život závislé osoby takovým způsobem, jako tvrdé drogy. Trestné je „dealerství“, pěstování, překupování a prodej nelegálních drog, prodej tabáku je regulován. Tvrdé drogy uživatele ničí mnohem rychleji jak po stránce zdravotní a sociální (vztahové), tak i ekonomické. Patří sem heroin, pervitin, kokain, ale také některé léky s analgetickými nebo narkotickými účinky nebo alkohol.

Je dobré si uvědomit, že rozdělení drog na měkké a tvrdé drogy je nepřesné a zkreslující. I na měkkých drogách lze získat závislost.“ (NZIP, 2021) .

Míra rizik	"Tvrdost"	Zástupci
Vysoká	Tvrdé	Toluen, Aceton, Heroin, Morfin, Crack
Vysoká až střední	Tvrdé	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	Tvrdé	Alkohol, Extáze
Relativně malá	Lehké	Marihuana, Hašiš, Tabákové výrobky
Prakticky bez rizika	Lehké	Čaj, Kofein

Tabulka 1- Rozdělení lehkých a tvrdých drog (z www.zachranny-kruh.cz)

1.3 Drogy s mírným a vysokým rizikem závislosti

Relativně nízké riziko u vzniku závislosti je například u marihuany, kofeinu či extáze. Naopak vysoké riziko z pravidla bývá u heroínu či pervitinu. Nešpor (2011) však uvádí, že závislost na jedné droze může „spustit“ závislost na droze jiné, ačkoli původní droga patřila mezi drogy s mírným rizikem závislosti. Jako příklad uvádí závislosti alkoholu, která posiluje

vznik závislosti na tabáku a posléze závislost na alkoholu s tabákem může vést k závislosti na dalších návykových látkách. Podle autora závislost na heroinu vzniká také z důvodu předchozí závislosti na tlumivých látkách a závislost na konopí může být cesta k závislosti na drogách s vyšším rizikem, například pervitin.

1.4 Tlumivé, stimulační a halucinogenní drogy

- Tlumivé drogy – Tlumivé drogy zpomalují reakce a uklidňují. Tento druh drog také způsobuje ospalost i spánek. U tlumivých drog se často setkáváme s abstinčním syndromem, jelikož na tyto drogy vzniká silná fyzická závislost. Mezi tyto drogy patří například heroin, alkohol či sedativa (NZIP, 2021).
- Stimulační drogy – Jedná se o přesný opak drog tlumivých, jelikož stimulační drogy jsou drogy povzbuzující. Po užití některé z drog se z pravidla zvyšuje aktivita a jedinec užívající drogu má pocit silné fyzické síly i euforie. Po vysazení se aktivita vytrácí a uživatel začíná přibírat na váze. Dlouhodobé užívání vede ke ztrátě kontaktu s realitou, vzniká toxická psychóza a uživatel se stává nebezpečným pro sebe i druhým lidem. Do této kategorie řadíme například kokain a pervitin. (Kalina, 2003, NZIP, 2021)
- Halucinogenní drogy – Největším nebezpečím u halucinogenních látek je nepředvídatelnost jejich působení. Jedná se o skupinu látek, jejichž společným jmenovatelem je schopnost změny vědomí a vnímání, například uživatel může mít zrakové halucinace či může intenzivněji vnímat prostor a barvy. Mezi zástupce halucinogenních látek patří především LSD, lysohlávky a konopné drogy. V důsledku působení těchto drog bývá časté, že se jedinec rozhodne vyzkoušet tvrdší drogy.

2 JEDNOTLIVÉ DROGY A JEJICH ÚČINKY

2.1 Tabák a tabákové výrobky

Tabákové výrobky řadíme mezi lehké neboli měkké drogy. Uživatelé se stávají fyzicky závislí na nikotinu (u 60 – 70 % uživatelů). V České republice se setkáváme s několika formami tabáku a jeho užíváním. Tabákové výrobky dělíme na dvě hlavní skupiny – bezdýmny tabák a hořící tabák. Bezdýmny tabák se dále rozděluje na tabák šňupací (aplikovaný vdechtem do dutin nosu) a orální, který se v moderní společnosti užívá jako tzv. porcovaný tabák nebo snus, který je však v Evropské unii zakázaný, s výjimkou Švédska (Kalina, 2003, Bezdýmny tabák, 2016).

„Tabák, který hoří známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety. Doutník je jen svinutý tabákový list, obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový, ale především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován, takže mezi 4. – 5. tisíci látek cigaretového kouře je dnes kolem 700 aditiv – látek přidaných pro různé účely [...]“ (Kalina, 2003, s. 205).

Národní výzkum užívání návykových látek uvádí, že v roce 2016 v České republice žilo 2,4 miliónů denních kuřáků starších patnácti let. Jedná se tedy o 25,3 % populace. Aktivní kuřáci jsou, stejně jako u konzumace alkoholu, především muži (34,5 % celkové dospělé populace). Výsledky posledních let naznačují, že ženy spíše kouřit přestávají. U mužů se procento uživatelů naopak zvyšuje (Mravčík et al., 2020).

„Současní kuřáci (denní a příležitostní) vykouřili nejčastěji 10-14 cigaret denně, a to jak komerčně, tak ručně balených. Denní kuřáci vykouřili v průměru 11,2 cigaret denně. Nejvyšší prevalenci (současného) kouření vykazovala do r. 2017 věková skupina 15-24 let, od r. 2018 skupina 25-44 let, v r. 2019 shodně skupina 25-44 a 45-64 let.“ (Mravčík et al., 2020, s. 64).

Sociální a psychologické riziko je u závislosti na tabáku minimální. Tabák je tedy, například oproti alkoholu, psychicky bezpečnou drogou, tudíž je i v České republice legální (ve většině formách). Riziko užívání tabákových výrobků však spočívá ve zdravotních problémech. Kuřáci se průměrně dožívají o 10 let méně než nekuřáci, ve světě v průměru zemřou čtyři milióny lidí a v České republice 23 tisíc v souvislosti s užíváním tabákových výrobků. U klasických cigaret také hovoříme o psychosociální závislosti. *„Psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít v ruce cigaretu, pohrávat si s ní. Je to závislost na předmětu ‚cigareta‘, bez ohledu na její složení. Tady spočívá léčba v psychobehaviorální intervenci, která rozbije zažitý stereotyp, vazbu určité situace na kouření cigarety.“* (Kalina, 2003, s. 206).

Fischer a Škoda (2009) uvádí následující typologii kuřáků:

- Příležitostný kuřák – Jedinec, který nemá fyzickou, ani psychickou potřebu kouřit. Zakouří si při nepravidelné situaci, většinou ve společnosti.
- Návykový kuřák – Jedinec kouří při pravidelných situacích, ale kdykoli může s kouřením přestat. Příkladem bývají lidé, co si zakouří vždy při pití kávy.
- Kuřák s psychickou závislostí – Kuřáka cigarety uklidňuje, kouří z požitku
- Kuřák s psychickou a fyzickou závislostí – Kuřák při delší absenci cigarety cítí fyzickou i psychickou nevolnost (bolest hlavy, nevolnost, pocení, třes atd.)

„Závislost na nikotinu lze snadno a rychle určit podle odpovědi na dvě klíčové otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více obvykle znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 minut po probuzení).“ (Kalina, 2003, s. 207).

Léčba závislých kuřáků je především hodně zdlouhavá, jelikož si kuřáci svoji závislost vytváří mnoho let, většinou od mladistvého věku a nelze tedy očekávat rychlý účinek léčby. Pro zbavení se závislosti je nezbytná vlastní vůle kuřáka s kouřením přestat. Za nejdůležitější období léčby se považují první tři měsíce, kdy se nejvíce jedinců ke kouření vrátí. S poměrně velkou úspěšností (10 – 20 % abstinence po roce) se setkáváme u náhradní terapie nikotinem (NTN). Této terapie známe několik forem, například žvýkačky a náplasti s nikotinem, a tyto prostředky nejsou „lékem proti kouření“, nýbrž se jedná o přípravky, které slouží jako lék proti vzniku abstinčních příznaků (Kalina, 2003).

2.2 Konopné drogy

V České republice v souvislosti s konopnými drogami nejvíce hovoříme o marihuaně a hašiši. Obě tyto formy jsou nelegální. Marihuana domácího původu obsahuje 2 – 8 % aktivních látek, v zahraničí až 14 %. „Vylepšení“ pěstování marihuany přineslo pěstování při umělém osvětlení. Takto vyšlechtěná marihuana může přesahovat i 20 % obsahu účinných látek. Hašiš můžeme nazvat jako „silnější marihuana“, jelikož obsah aktivních látek se pohybuje kolem 40 % (Kalina, 2003).

V roce 2019 v České republice bylo 26 % populace, kteří někdy zkusili nějakou konopnou látku. Mužská část populace se s těmito drogami setkávala častěji – téměř 35 %. U žen se procento uživatelů pohybovalo lehce přes 18 %. (Mravčík et al., 2020). Oblíbenost konopných látek narůstala v 90. letech 20. století mezi tehdejšími středoškoláky. V roce 1994

se zkušenost s konopnými produkty pohybovala mezi 15 – 20 %, v roce 2000 se s nějakou formou konopné drogy setkalo 35 – 50 % mladých studentů (Kalina, 2003).

Účinek po vykouření drogy nastupuje rychle, maximálně po několika minutách a trvá velmi individuálně v rámci hodin (průměrně 3 až 6). Jedinec, který drogu užil, pociťuje sucho v ústech, hlad a mohou se objevit také sluchové, hmatové a zrakové deformace. Po užití marihuany či hašiše se také objevuje euforická nálada, která může vyústit až v dlouhodobý smích. Účinky působení ovlivňuje také nálada uživatele. Při trvající depresi nebo při užívání na nepříjemném místě mohou nastoupit nežádoucí účinky, především paranoidní stav, kdy má jedinec pocit, že je někým sledován (přáteli, nepřáteli, policií) (Kalina, 2003).

Odbornou péči většinou sami nevyhledávají samotní uživatelé, nýbrž na popud rodiny, přátel, partnerů, či školy (Kalina, 2003).

2.3 Alkohol

Přestože alkohol patří mezi tvrdé drogy, je potřeba ho uvést, jelikož je jedná o nejvíce používanou drogu v České republice jak v dospělé, tak i mladistvé populaci. Jedná se také nejčastěji o první drogu, se kterou se člověk setkává, především už v dětském věku. Typickým alkoholickým nápojem pro naše území je pivo, v jehož konzumaci jsme každoročně na prvním místě celosvětových tabulek. Průměrně ho každý v České republice vypije 160 litrů za rok (Kalina, 2003).

„Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20 – 60 g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách [...] vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé, závislí na alkoholu 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení.“ (Kalina, 2003, s. 151).

Další novější výzkumy ukazují, že v roce 2019 necelých 9 % populace v České republice pilo alkohol denně (12,7 % mužů, 4,6 % žen) (Mravčík et al., 2020).

Alkohol je snadno dostupný a lehce na něm lze získat závislost. Jsou známy příklady, kde se objevují dědičné faktory závislosti na alkoholu. Přesto však neexistuje výzkum, který by potvrdil vyšší pravděpodobnost vzniku či předpoklad k alkoholismu v souvislosti s dědičností. Souvislost současné závislosti u rodičů a potomka je dána za vinu výchově, nikoli genetickým předpokladům. Závislost u rodičů na alkoholu, především u matky, je však pro dítě nebezpečná.

Pokud žena v těhotenství konzumuje alkohol, mluvíme o fetálním alkoholovém syndromu (FAS), který nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu. FAS má řadu projevů. Mezi projevy patří poruchy růstu, deformity v obličejí, postižení CNS. Matky, které pijí alkohol v době těhotenství, nemusí vždy porodit potomka s FAS, pravděpodobnost je však veliká. Závislost vzniká nenápadně, v původních stádiích lze jen velmi těžko rozeznat od „klasické“ konzumace. V pozdějších fázích, v tzv. rozvinuté závislosti, začíná mít závislý jedinec odvykací příznaky, které může řešit například pitím alkoholu hned po probuzení. U častého konzumování alkoholu se nejdříve posiluje tolerance k jeho účinkům. Závislý alkoholik nejdříve dokáže vypít velké množství alkoholu a jeho okolí na něm nepozoruje téměř žádné změny. S postupem času se tolerance k alkoholu snižuje a závislý jedinec působí na své okolí přesně opačným dojmem, kdy i jedinec při nízké konzumaci alkoholu působí velmi opilým dojmem (Kalina, 2003, Mečír, 1990).

Účinky alkoholu na psychické i fyzické zdraví se mění podle konzumovaného množství u jedince. *„Akutní intoxikace CNS alkoholem se projevuje většinou jako prostá (nekomplikovaná) opilost (ebrieta, ebrietas, simplex). Při nižších dávkách a na začátku konzumace se působení alkoholu projevuje stimulačně. Dochází k psychomotorické excitaci s elací nálady, mnohomluvnosti, zvýšenému sebevědomí, posléze se objevuje snížení sebekritičnosti a zábrán, agresivita. Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů (zejména nápojů s vyšším obsahem alkoholu) a při déle trvající nepřerušené konzumaci dochází k projevům hlavního efektu etylalkoholu na CNS, kterým je útlum. Objevuje se únava, spánek, případně bezvědomí a smrt.“* (Kalina, 2003, s. 152).

2.4 Zkušenost dětí ve školním věku s lehkými drogami

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2018, jejíž autorem je Mravčík a kolektiv (2019), se odkazuje na mezinárodní studii HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children), která se zaměřuje na životní styl žáků starých 11 – 15 let, tedy žáků druhých stupňů základních škol. Nejnovější studie proběhla v roce 2018. Mezi nejvíce užívané lehké drogy mezi dětmi patří kouření, přestože počet dětí, kteří mají s cigaretami zkušenost, v poslední době klesá. Mírně poklesla i zkušenost s konopnými výrobky *„Ze studie HBSC 2018 vyplývá, že mezi 15letými klesla v období 2010–2018 zkušenost s cigaretami někdy v životě ze 70 % na 37 % u chlapců a ze 75 % na 40 % u dívek. Pravidelně kouří 11 % chlapců a dívek. Přes uvedený pokles denní kouření v r. 2018 uvedlo 8 % chlapců a 7 % dívek. Zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě uvedlo celkem 20,0 % chlapců a 17,0 % dívek, což je další pokles od r.*

2014, kdy zkušenost s konopím uvedlo 22,8 % chlapců a 23,3 % dívek. V posledních 30 dnech užilo konopné látky celkem 8,0 % chlapců a 7,0 % dívek (shodně jako v r. 2014).“ (Mravčík, et al., 2019, s. 5).

Přestože alkohol nepatří mezi lehké drogy, je potřeba ho zmiňovat i v souvislosti se zkušeností dětí s alkoholem, jelikož patří mezi snadně dostupnou a nejčastěji konzumovanou drogu mezi dětmi. Výsledky studie HSBC z roku 2018 týkající se konzumace alkoholu u dětí byly zveřejněny ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog (Mravčík et al., 2020) na jaře 2020. Stejně jako u kouření tabákových cigaret, tak i u konzumace alkoholu u dětí klesá. „Zkušenost s konzumací alkoholu mělo 17 % 11letých, 43 % 13letých a 76 % 15letých, přibližně polovina z nich uvedla pití alkoholu v posledních 30 dnech. Zkušenost s opilstostí (alespoň 2krát v životě) mělo necelé 1 % 11letých, 5 % 13letých a téměř 24 % 15letých. Výskyt opakované zkušenosti s opilstostí i výskyt opilstosti v posledních 30 dnech výrazně rostou mezi 13. a 15. rokem dětí.“ (Mravčík et al., 2020, s. 47). Žáci na českých základních školách však i přes pokles užívání návykových látek zůstávají nad evropským průměrem, především v konzumaci alkoholu (Mravčík et al., 2020).

Typ návykové látky	11 let (n=4380)		13 let (n=4654)		15 let (n=4343)	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Kouření cigaret						
Alespoň jednou v životě	5	2	17	19	37	41
Kouření v posledních 30 dnech	2	0	5	7	16	21
Konzumace alkoholu						
Alespoň jednou v životě	21	13	44	41	75	76
V posledních 30 dnech	10	5	20	19	47	49
Opilstost (2 a vícekrát v životě)	1	0	5	5	25	22
Opilstost v posledních 30 dnech	2	0	4	4	18	18
Užití konopných látek*						
Alespoň jednou v životě	–	–	–	–	20	17
V posledních 30 dnech	–	–	–	–	8	7

Pozn.: *Užití konopných látek bylo zjišťováno jen mezi 15letými (žáci 9. tříd).
Zdroj: Univerzita Palackého v Olomouci (2019a), Inchley a kol. (2020)

Obrázek 1 - Užívání návykových látek v dětské populaci z (Mravčík et al., 2020, s. 48)

3 MOTIVACE K UŽÍVÁNÍ DROG U MLADÝCH LIDÍ

Při pohledu na historii užívání drog si můžeme všimnout, že drogy měly zpravidla privilegované postavení a byly chápány jako něco vzácného, výjimečného, případně nebezpečného. Jejich užívání bylo ohraničené šamanskou a duchovní tradicí, spojovalo se s přísnými pravidly obřadů (např. halucinogeny k vyvolání transu), případně se drogy staly v některých zemích pomůckou pro zlepšení pracovní výkonnosti (např. žvýkání koky u amerických indiánů). Později v novověku s jeho civilizačními technickými inovacemi, které určovaly rychlý a konzumní životní styl, došlo k „vynětí“ drog z kontroly původních společenství, drogy ztratily na své výjimečnosti a byly „zpřístupněny“ širokým masám neškolených uživatelů bez vymezení jakéhokoliv kontextu užívání (Bělík et al., 2017).

Při pátrání, proč se to vlastně stalo, proč se lidé uchylují k drogám stále častěji, se bohužel nedozvíme přesnou odpověď. I navzdory mnoha preventivním činnostem se stále objevují nové případy jedinců závislých na drogách. Faktem ale zůstává, že lidé jsou sociální bytosti, které chtějí zapůsobit na druhé a rovněž často vyhledávají nejrůznější potěšení a pozitivky. Tyto faktory pomáhají vysvětlit, proč lidé dělají některé věci, které by neměli, kam se řadí i užívání drog (Du, 2020).

3.1 Příčiny užívání drog

Problematika konzumace nelegálních drog a vznik drogových závislostí jsou v celosvětovém měřítku považovány za významné problémy. Z podrobnější analýzy existence a vzniku drogové závislosti vyplynulo, že existuje několik faktorů, které tuto závislost podmiňují, a proto se nazývají rizikovými. Jen těžko lze hovořit o izolovaném působení jednotlivých faktorů, protože nejčastěji se na vzniku drogové závislosti podílejí společně, přičemž u každého jednotlivce mohou mít tyto faktory rozdílný význam a důležitost. U někoho vznikne závislost pod vlivem skupiny, u jiných hrají roli vážné osobní problémy, pocity opuštěnosti, někdy i zvědavost a dostupnost drogy. Z celého spektra možných příčin vzniku drogové závislosti se nejčastěji vyčleňují vztahy mezi drogou, osobností a prostředím (Fischer, Škoda, 2014).

3.1.1 Člověk, který má zájem drogy užívat

Některé specifické vlastnosti mohou zvyšovat riziko vzniku drogové závislosti (psychické problémy, poruchy, neurotismus, zdravotní problémy, bolesti hlavy, které často vedou k nadužívání léků atd.). Autoři se na problematiku osobnosti závislého dívají různě. Někteří

uvádějí vyšší dispozice k drogové závislosti u lidí nejistých, hysterických, schizoidních, u jedinců s nízkým sebevědomím, kteří se mohou obrátit k drogám z důvodů sociální opory, nebo pro potřeby snížení úzkosti. Tito autoři tvrdí, že vztah k psychotropním látkám mají spíše lidé psychicky narušení. Nemusí jít přitom vždy o výrazné psychické poruchy, ale stačí i lehké abnormality (Goodyer, Pánek, 2001).

Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která spolu s kompenzací osobnosti rozhoduje o vzniku závislosti na drogách. Kalina (2013) popisuje charakteristiky osobnosti, které vedou k závislosti. Jedná zejména o emoční nezralost, nejistotu, emoční nestabilitu, nízkou frustrační toleranci a nedostatečnou sebekázeň.

Ohroženi jsou také lidé, včetně dětí, které jsou vystaveny častým a těžkým stresujícím situacím. Autoři jako Martinková (2018) nebo Kalina (2003) uvádějí, že existují zhruba dva typy osobností se sklonem k sociálně nepřizpůsobivému chování, do čeho můžeme zařadit i užívání drog. Jeden typ má vybudovaný dostatečně silný obranný systém morálních a racionálních principů chování, projevuje se hrubostí, sklonem k bitvám a nesmyslným rebeliím, druhý typ se vyznačuje naopak křehkým obranným systémem charakteristickým kolísavým sebehodnocením, přecitlivělostí, častou nemocností, sklonem k útěkům a vyhýbání se konfliktům.

Navzdory všem odhadům, teoretické studie se obecně shodují, že neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, jaká je osobnost závislého. Ne v každém dřímá predisponující patologie a mezi pacienty nemocničních zařízení jsou i drogově závislí, kteří jsou vzdělání, sečtělí, se zájmem o filozofickou literaturu, často sami tvůrci poezie, jemní a citliví lidé, kteří neunesli složitost moderního světa a stali se závislými na droze. Neexistuje tedy stabilní osobnostní struktura závislého jedince, což potvrzuje fakt, že závislost může vzniknout v jakékoliv osobnostní struktuře (Nešpor et al., 1998).

3.1.2 Prostředí

Na užívání drog a vznik závislostí bezpochyby působí i faktory prostředí (jako např. sociální skupiny - přátelé, škola nebo rodina).

„Velký vliv na způsob výchovy dítěte v rodině mají také osobnostní rysy rodičů. Jestliže jeden z rodičů nebo oba dva mají asociální sklony, může být dítě nepříznivě ovlivněno nežádoucím vzorem otcova nebo matčina jednání a může si navyknout na obdobný způsob života. Například, když oba rodiče nebo jeden z nich zneužívá drogy, ať už alkoholové nebo

nealkoholové, čímž dochází ke ztrátě schopnosti řádného plnění rodičovských povinností, jejich děti jsou morálně i ekonomicky zanedbávány a často je rodičovský příklad přivádí k zneužívání drog.“ (Juráková, 1999, s. 50).

U rodiny je důležité se zastavit u otázky výchovy. Do jaké míry je vhodné dítě kontrolovat, trestat, určovat mu náplň volného času? Na tyto otázky není snadné odpovědět, ale zmíníme alespoň určité rizikové faktory výchovy, které se mohou podílet na vzniku závislosti. Mezi tyto rizikové způsoby výchovy patří zejména: (Štablová, Brejcha, 2005).

- Výchova neadekvátní věku, přílišné rozmazlování nebo nadměrná kritičnost k chování dítěte, jakož i hyperprotektivní chování rodiče.
- Neschopnost pochopit dítě, na základě čehož se dítě potřebuje prosadit a získat pocit vlastní hodnoty a důležitosti.
- Nedodržení daného slova, jde o nevhodné chování rodičovského identifikačního vzoru.
- Špatný příklad v oblasti vztahu k drogám.
- Neschopnost otevřené konverzace o tabuizovaných tématech. Sem patří i zastrasování drogami.
- Neschopnost umožnit dítěti prosadit se v rodině a demonstrovat svou individualitu.
- Kategorické odsuzování osob, které slouží mládeži jako vzor.
- Nezáměr o volný čas dítěte a nedostatečná podpora vhodných aktivit.
- Neschopnost naslouchat dítěti.
- Neochota a odmítání získat si o drogách dostatek objektivních informací.
- Tendence hledat jednoduché a rázně řešení.

V rodinné anamnéze osob závislých na drogách nacházíme v horších případech kromě nevhodné výchovy i případy těžkého alkoholismu a jiných drogových závislostí rodičů. Častokrát jsou to děti z neúplných rodin nebo z dětských domovů. Přitom vycházíme z faktu, že tyto osoby trpí výraznou citovou deprivací a chybí jim pocit sounáležitosti. Tímto způsobem se stávají rizikovou skupinou z hlediska drogových závislostí a kriminality (Švihovec et al., 2018).

Kromě rodiny nesmíme opomíjet ani otázku vhodných kamarádů, protože nejčastěji nabídnou drogu mladému člověku přátelé. Pocity sounáležitosti ve skupině a zvědavost jsou klasickými spouštěči drogového užívání (Martinková, 2018).

„U mladých dospívajících najdeme touhu jednat sami, sami se rozhodovat, ale také pocity opuštěnosti, pocity nejistoty, neklidu, vzdorovitosti. Přítomen je vždy jednak protest a

jednak snaha splynout se společností. Výrazná je snaha po uvolnění, svobodě, volném životě s vrstevníky, dospívající se v tomto období již nepovažují za děti a také se to snaží dokazovat." (Juráková, 1999, s. 50).

Další důležitou sociální skupinou, která může mít na užívání drog vliv, je škola. Často se setkáváme s případy vzniku drogové závislosti mezi žáky, a to i přes organizovanou primární prevenci (dnes již téměř na každé škole) (Kalina, 2013).

K uvedenému modelu příčin vývinu abúzu drog a drogové závislosti přidávají Fischer a Škoda (2014) tzv. „urychlující faktory“, čímž myslí různé vlivy vedoucí k prvnímu kontaktu jedince s drogou, které oslabují jeho zábrany a faktory, které vedou k opakování užití. K takovým faktorům patří psychický stres, frustrace, psychická traumata či konflikty. Příznaky tělesných chorob nebo psychických poruch mohou také vést k opakovanému užívání psychoaktivních látek a urychlit vznik závislosti.

Někteří autoři (Freye, 2009, Du, 2020) uvádějí ještě tzv. „průběhové faktory“, a to:

- vznik a opakování situací, ve kterých se podařilo dosáhnout účinky a uspokojení pomocí návykové látky;
- nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situace s uspokojivým výsledkem.

3.2 Vývoj dítěte ve školním věku

Aby dítě dosáhlo tzv. školní zralosti, mělo by být schopno analyticko-syntetického vnímání (=mozek informace rozloží a poté je sestaví do celistvých vjemů), které mu umožňuje rozeznávat zvukové a vizuální prvky. Školně zralý jedinec je schopný úmyslné pozornosti, přiměřeně komunikuje pomocí plynulých vět. Dítě si podněty úmyslně zapamatovává, rozlišuje fantazii a realitu, stejně jako hru od povinností. S nástupem do školy sociálně a emočně zralý žák dokáže ovládat své city i své momentální potřeby. Dítě by mělo být také tělesně, psychicky, duševně i kognitivně zralé. U duševních a kognitivních předpokladů hrají roli vrozené dispozice, ale i způsob, jakým bylo dítě vychovááno. U tělesné připravenosti je důležitá přiměřeně vyvinutí hrubá i jemná motorika, ale také váha i výška dítěte (Šimíčková-Čížková, 1999).

U mladšího školáka ustupuje impulzivita, labilita a egocentrismus. Naopak narůstá schopnost autoregulace, která souvisí se schopností přizpůsobit se a přijmout jistá pravidla chování. Normy jedinec nejenom přijímá, ale také vytváří svojí interakcí se skupinou. Přichází akceptace sociální role školáka jako doplnění jednoho aspektu své osobní identity, a to jak v

podřízené pozici ve vztahu k instituci, respektive k učitelům, či souřadné roli spolužáka ve vztahu k vrstevníkům. Role žáka se postupně mění a vyvíjí tak, jak se dítě adaptuje na školu a vztah k učitelům se časem stává neutrálnějším. Důležitým faktem je, že dítě není akceptováno učitelem automaticky, ale s jistým očekáváním plnění povinností. Dítě s nástupem do školy ztrácí částečně jistotu a bezpečí, avšak v souladu se ztrátou je nuceno se osamostatnit, přijmout zodpovědnost a nést následky za vlastní jednání. Ve vztahu s okolím si dítě začíná uvědomovat odlišné potřeby jiných lidí a také již chápe nutnost komunikace, sdílení či spolupráce. Potřebu citové jistoty a bezpečí jedinci nabízí právě vrstevníci, stejně tak jako vytvářejí ideální skupinu pro srovnání a seberealizaci. Je kladen důraz na společné zájmy, společné prožitky a identifikaci se skupinou stejného pohlaví, což lze považovat jako přípravu na partnerství, rodičovství a profesionální uplatnění v pozdějším věku (Vágnerová, 1999).

Období puberty jedinci se odehrává mezi 12. – 15. rokem života jedince a jedná se o přechod mezi dětstvím a dospělostí. Jedná se o důležité biologické období, které je charakterizováno fyzickými a psychickými změnami, které vedou k přípustné změně identity. Samotní pubescentní ke svým výkyvům v chování přistupují různě, někteří se stydí, jiní jsou na něj pyšní (Vágnerová, 2005). Z výše zmíněných důvodů můžeme toto období nazývat obdobím „bouří a stresů“ (Šimíčková-Čížková, 1999).

Langmeier a Krejčířová (2006) tvrdí, že dospívání doprovází emoční instabilita a jedinec nemusí porozumět svým pocitům, což může vést k uzavření pubescenta do sebe samotného. Dále tuto fázi rozdělují na dvě období – fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. Fáze prepuberty neboli první pubertální fáze se dá definovat pohlavním dospíváním. U dívek dochází k pohlavnímu dospívání až o 2 roky dříve než u chlapců. Na první pubertální fázi navazuje druhá pubertální fáze, která bývá označována jako fáze vlastní puberty, která končí dosažením reprodukčních schopností, které chlapci dosahují opět až o 2 roky déle oproti dívkám. Dále zde tito autoři pracují s pojmem sekulární akcelerace, který znamená, že se během posledního století urychlil růst i vývoj jedinců.

Vzhledem k větší kapacitě paměti se v tomto období rozvíjí účinnější strategie zapamatování. Přístup k učení je systematictější, díky schopnosti selekce podstatných informací. Jedinec zpracovává větší množství informací, lépe ovládá svoji pozornost, ale mění se i jeho motivace k učení, kde pubescentovi především splňuje pouze nároky, které pokládá za nezbytné (Vágnerová, 2005).

V sociálním vývoji je typickým znakem snaha po nezávislosti, i když jedinec je stále fixován na rodinu, citové vazby se uvolňují a dochází k vyhledávání i jiných vrstevnických

skupin, například podle zájmů nebo se tvoří různé party. Typickým znakem tohoto období je navazování prvních vztahů s opačným pohlavím. Nekritičnost partnera, neuváživost v jednání ve vztahu, hledání citové spřízněnosti či získávání erotických zkušeností je spojeno s prožíváním prvních lásek, se kterými jsou spjaty často i bolestné prožitky. Sebecit je nevyvážený a bude vybudován až na základě získávání zkušeností (Vágnerová, 2005).

4 PREVENCE

Protidrogovou prevencí rozumíme zejména snahu, aby zejména mladí lidé vůbec nezačínali s užíváním návykových látek. Pokud jedinec s užíváním drog již začal, preventivní opatření by měla pomoci s užíváním přestat či alespoň užívání omezit. Protidrogová prevence se začala nejvíce rozvíjet od konce 20. století a stala se samostatným vědním oborem, jehož cílem bylo vytvoření představ o faktorech, které jedince nutí k užívání návykových látek. Vědci došli k závěrům, že jednotlivci mohou mít předpoklady k oblibě návykových látek už od raného stádia vývoje, kde hlavní roli hraje zanedbávání rodičovské péče, které nemá souvislosti pouze s užíváním drog, ale i s dalším delikventním chováním – agresivita, sexuální násilí atd. Faktory ovlivňující náchylnost k užívání návykových látek se liší podle věku. Vztahy v rodině jedince ovlivňují do dětství, maximálně do rané dospělosti. V pozdějších fázích vývoje jedince jeho náchylnost k užívání drog nejvíce ovlivňují sociální prostředí, ve kterých se jedinec nachází. Nejčastěji tímto místem bývá škola či pracoviště (Bareš, 2014).

Sociální prostředí v souvislosti s protidrogovou prevencí popisuje také Kalina (2003), který zdůrazňuje důležitost matky a otce. Závislí uvádějí, že jejich matky bývaly příliš protektivní, nebo o ně neprojevovaly žádný zájem. Důležitým faktorem bývají dále vrstevníci. *„Toto tzv. referenční prostředí je pro dítě a pro dospívajícího mladého člověka velmi důležité. Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě a životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnějším faktorem než droga sama.“* (Kalina, 2003, s. 274).

S primární prevencí souvisí rizikové a protektivní faktory, které se vážou k bio-psycho-sociálnímu modelu, který znázorňuje drogu, uživatele drogy a prostředí. Každý pojem z tohoto modelu obnáší výše zmíněné faktory. Rizikové faktory jsou faktory, které zvyšují riziko, protektivní neboli ochranné faktory riziko snižují. Preventivní opatření by měla rozvíjet protektivní faktory a omezovat faktory rizikové (Kalina, 2003).

Preventivní opatření se skládají z několika fází. Všeobecně známé je rozdělení na primární, sekundární a terciární prevenci, které se používá spíše v evropských zemích. (Kalina, 2003). Dále lze prevenci dělit na všeobecnou, selektivní a indikovanou.

4.1 Primární prevence

„Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám

na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.“ (Nešpor, 2011, s. 133-134)

Primární prevencí se hlouběji zajímá Kalina (2003), který ve své publikaci zmiňuje důležitost rodinného prostředí a úlohu škol v České republice. V rodině by se nemělo soustředit pouze na prevenci u dětí, nýbrž i u dospělých například v jejich zaměstnání.

„Programy pro školy a trénink pedagogů v oblasti primární prevence patří k nejčastějším aktivitám tohoto druhu u nás. Je nezbytné, aby metodika ‚učení učitelů‘ (,teaching teachers‘) počítala s tím, že pedagog je potencionálním nositelem preventivního poselství nejen pro žáky, ale rovněž pro rodiče.“ (Kalina, 2003, s. 279).

Dále autor dělí primární prevenci podle velikosti cílové populace na:

- Makroprostředí – Snaha zaujmout co největší masu lidí pomocí například billboardů. Může se jednat o kampaně, které ale nebývají zcela účinné, jelikož nejsou přímo a konkrétně adresovány. Je tudíž téměř nemožné zacílit na skupinu či jedince se specifickými potřebami.
- Mezoprostředí – Jedná se protidrogová preventivní opatření, která jsou cílena na určité skupiny a konkrétní lokality, například druhý stupeň základních škol. Jsou nezbytné dlouhodobé a kontinuální programy jinak tyto opatření ztrácí význam.
- Mikroprostředí – Primární prevence je prováděna na malé skupiny lidí, například šestý ročník základní školy. Z důvodu nízkého počtu jedinců lze preventivní programy připravovat na konkrétní problematiku (Kalina, 2003).

4.1.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Primární, sekundární i terciální prevence se zajímají o biologické, psychologické, sociální a spirituální předpoklady, které by měly být rozvíjeny a které tvoří bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k prevenci a moci.

U primární prevence do biologických předpokladů patří zájem o své tělo – například stravování či správná léčba nemocí. Návykové látky začínají být velmi často prvně užívány jako léky s tlumícími účinky.

Mezi nejčastější psychologické předpoklady, které vedou k zneužívání návykových látek je touha poznat nové prožitky a nuda. Primární prevencí u těchto předpokladů je například učení se komunikaci a intimnosti ve vztazích, učení se asertivitě a velmi důležité je také smysluplné zvládnání volného času.

V souvislosti se sociálními předpoklady mluvíme o sociálním prostředí. Častým důvodem začátku užívání návykových látek bývá vyčlenění ze skupiny, snaha ztotožnit se s nějakou skupinou či nízký sociální status. Z těchto důvodů je třeba v primární prevenci pracovat s menšinami a sociálně slabšími jedinci.

U spirituálních předpokladů rizikovými faktory užívání drog je „*absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority*.“ (Kalina, 2008, s. 19). Rizikovým chováním také bývá, že se jedinec příliš soustředí na materiální zisky (Kalina, 2008).

V dnešní době, díky několika leté praxi již lze říci, které způsoby primární prevence jsou vhodné a které jsou nevhodné. Typickým příkladem nevhodné prevence je tzv. „prostě řekni ne“. Tento přístup byl přitom dlouhodobě vzorovým přístupem v USA v 80. letech a sloužil i v prevenci AIDS. Dále by preventivní akce neměly být pouze jednorázové, ale naopak pravidelné. Primární prevence by měla být kontinuální proces, který se skládá z několika diskuzí a přednášek, které by měly být vedeny formou interakčního učení. Diskuse by měla být otevřená a moderovaná. Realizátoři primární prevence by měli být řádně kvalifikováni, nemělo by se tedy jednat o náhodný výběr specialistů, kterými jsou například neškolení policisté v oblasti prevence (Kalina, 2003).

Nešpor (2011) uvádí následující zásady, které je nutné dodržovat, aby programy primární prevence byly efektivní:

- „*Program začíná pokud možno brzy a odpovídá věku.*“
- *Program je malý a interaktivní.*
- *Program zahrnuje podstatnou část žáků*
- *Program zahrnuje získávání relevantních sociálních dovedností a dovednostní potřebných pro život, včetně dovedností odmítání, zvládání stresu atd.*
- *Program bere v úvahu místní specifika.*
- *Program využívá pozitivní vrstevnické modely.*
- *Program zahrnuje legální i nelegální návykové látky.*
- *Program zahrnuje i snižování dostupnosti návykových rizik i poptávky po nich.*
- *Program je soustavný a dlouhodobý.*
- *Program je komplexní a využívá více strategií (např. prevenci ve školním prostředí i práci s rodiči).*
- *Program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat.“* (Nešpor, 2011, s. 134).

V americké společnosti se k původnímu rozdělení prevencí přidaly termíny všeobecná, selektivní a indikovaná prevence, se kterými pracuje především primární prevence (McGrath, 2007).

4.1.2 Všeobecná primární prevence

Všeobecná prevence se zaměřuje na celou populaci (např. veškeré obyvatelstvo určité země, místní komunitu, školu nebo městskou čtvrť), přičemž preventivní programy mají přinést prospěch každému členovi dané populace.“ (McGrath, 2007, s. 14). Aby myšlenka této zmíněné citace mohla být zrealizována, je nezbytné, aby se s jedinci začalo pracovat již od raného vývoje jejich osobnosti.

Jedná se o programy, které jsou cíleny na větší skupiny osob a zároveň tyto skupiny nejsou děleny podle míry rizika. Na realizaci těchto programů stačí v současné době středoškolské vzdělání a tyto programy nejčastěji bývají realizovány lidmi z praxe, například záchranáři. Cílem všeobecné prevence je zejména oddálit zamezit užívání návykových látek (Martanová, 2014).

4.1.3 Selektivní primární prevence

Selektivní prevence pracuje s jedinci, kde je potencionální užívání drog, objevují se u nich rizikové faktory a rizikové chování. Rozpoznat rizikovou skupinu lze především na základě biologických a psychologických předpokladů – například se jedná o děti uživatelů návykových látek či studenty, kteří nedokončili školu. (McGrath, 2007, Martanová, 2014).

„Není posuzována aktuální situace jednotlivce, hodnotí se pouze na základě své příslušnosti k popisované skupině (např. Romové, třída na základní škole praktické apod.) a na základě této příslušnosti je navržen selektivní program. Patří sem i různé intenzivní nespécifické sociálně-psychologické skupinové programy posilující např. sociální dovednosti, komunikaci, vztahy atd. Vzhledem k práci s cílovou skupinou se zvýšeným rizikem, se zde klade větší důraz na vzdělání preventisty.“ (Martanová, 2014).

4.1.4 Indikovaná primární prevence

Již z názvu vyplývá, že indikovaná prevence se soustředí na jedince, ale i na skupiny, kde velmi působí rizikové faktory. Hlavní podstatou indikované prevence je výběr jedince do tohoto programu, který probíhá screeningem, dotazníkovým šetřením atd. Kromě oddálení

užívání drog u vybraného jedince, je také běžné, že odborníci pracují i s aktivními uživateli návykových látek. Nejedná se tedy o záležitost pouze primární prevence (Martanová, 2014).

4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence nastává u osob, které se stali závislími a přetrvává u nich užívání návykových látek. Pro tento druh prevence je nutný včasný zákrok odborníka, jeho pravidelné návštěvy a léčba, kterou lze vést několika způsoby.

„Léčba se principiálně rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a v posledním směru na léčbu s udržovací substitucí, kdy je podávána v terapeutickém záměru substituční látka. Tak to známe například u opiátové substituce metadonem² nebo buprenorfinem³. U tohoto typu léčby není vždy cílem abstinence.“
(Kalina, 2008, s. 20)

Kalina (2008) ve své publikaci uvádí, že léčit by se měli i blízcí příbuzní závislého jedince pomocí nemedicínských postupů, například resocializace. Autor uvádí, pokud se staneme závislími a chceme svoji situaci změnit, měli bychom dodržovat tzv. léčebné působení, což je:

- *„zastavením,*
- *odpoutáním od prostředí, které mi umožňovalo žít závislým způsobem života*
- *detoxifikací v širším slova smyslu (substance, vztahy, prostředí, návyky),*
- *pohledem zpět na uplynulé životní události,*
- *konfrontací s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo*
- *konfrontací s tím, co já jsem poškodil nebo koho jsem zranil*
- *rozpoznáváním, pochopením a přijetím odpovědnosti a svůj život,*
- *vytvářením si náhledu na souvislosti abúzu návykové látky a špatné životní strategie,*
- *znovu-objevováním pocitů a emocí a učením se jejich adekvátnímu vyjadřování a vlastnění pocitů (namísto projekce),*

² Syntetický látka užívaná pro léčbu závislých na narkotikách. Vydrží účinkovat 24 až 48 hodin denně. Lidem, kteří se léčí ze závislosti na heroinu stačí aplikovat dávku pouze jednou denně. Rizikem při pravidelném užívání je vytvoření silné závislosti.

³ Syntetická látka, která se používá pro léčbu závislých především na heroinu. Hlavním rozdílem oproti heroinu bývá opožděný nástup účinku i po několikátém podání. Po ukončení léčby a vysazení jsou abstinenci příznaky mírnější, ale dlouhodobější než po heroinu.

- *možností uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště),*
- *hledáním smyslu života, životních hodnot,*
- *hledáním vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já,*
- *hledáním nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě,*
- *upevňováním hodnot souvisejících s nabytou absencí.“ (Kalina, 2008, s. 20).*

4.2.1 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Stejně jako u výše zmíněné primární prevence, tak i u sekundární prevence se zaměřuje na biologické, psychologické, sociální a spirituální předpoklady. Biologické předpoklady se soustředí na léčbu nemocí, které utvořili závislost na návykové látce a léčbu nemocí, které závislost nadále udržují.

Pokud chceme znát psychologické předpoklady jedince, je nezbytné znát celý jeho životní příběh v souvislosti s nástupem závislosti a následně je nutné zjistit, v jakém období začala závislost vytvářet psychologické problémy. (Kalina, 2003). „*Psychodiagnostika slouží k identifikaci následných psychických změn – poruch osobnosti, depresivními symptomatiky či psychotických alterací – projevujících se poruchami vnímání a bludnými intepretacemi a myšlenkami.*“ (Kalina, 2008, s. 21). Terapeutický personál má snahu pacientům vysvětlit výše zmíněné souvislosti a také v tuto fázi probíhá snaha, aby pacienti vzali za své chování a činy zodpovědnost (Kalina, 2003).

Kalina (2003, s. 147) tvrdí, že sociální předpoklady „*jsou v léčbě reflektovány na úrovni sociální práce a výrazně ovlivňují prognózu výsledků léčby a dalšího uplatnění klienta. Patří sem pomoc při hledání zaměstnání, v kontaktu s úřady či zdravotními pojišťovnami.*“ Sociální předpoklady jsou zkoumány také z důvodu zjištění, které sociální předpoklady podněcovaly vznik závislosti či závislost jedince podporovaly. Mezi typické příklady patří vliv vrstevníků – vliv party. Spirituální předpoklady jsou založeny na filosofii „Anonymních alkoholiků“ (Kalina, 2008).

Pokud by mělo dojít k úplnému uzdravení závislého jedince, pak musí léčba probíhat na všech čtyřech výše zmíněných úrovních.

Kalina (2003) tvrdí, že pro terapeuty je nezbytné pochopit změněné vědomí a jeho význam u pacientů, které se mění nejčastěji v brzké fázi užívání návykových látek. „*Podle našich zkušeností je terapeutické využití změněných stavů vědomí na nedrogové bázi také*

nejmocnějším nástrojem vedoucím k podpoře úzdravy na konci tohoto vývoje.“ (Kalina, 2003, s. 147).

4.3 Terciární prevence

„Pod pojmem terciální prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciální prevencí: 1. resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, 2. intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat (souborně zvané ‚harm reduction‘), se zaměřují především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog.“ (Kalina, 2008, s. 22).

4.3.1 Harm Reduction

Přestože se pojem Harm Reduction (dále HR), v předkladu snižování škod, objevoval ve společnosti odjakživa, byl definován až koncem 20. století. HR se objevoval a objevuje ve všech oblastech rizikového chování, tedy i u problematiky drogové závislosti. Model HR je charakteristický svojí snahou, aby důsledky chování v souvislosti s užíváním drog byly minimální, nikoli snahou o úplnou abstinenci drogově závislých, jelikož se jedná o jedince, kteří nemají motivaci s užíváním přestat. (Kalina, 2003) Stručněji řečeno lze říci, že HR je soubor strategií a přístupů. Do těchto strategií patří například strategie bezpečného užívání, ale i strategie vedoucí k abstinenci. V drogové problematice se HR soustředí na okolnosti užívání i užívání samotné (Kalina, 2008).

„Základní principy a strategie Harm Reduction

- 1. Harm Reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti.*
- 2. Harm Reduction považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstijnícím klientem.*
- 3. Harm Reduction uplatňuje nízkoprahový přístup.“ (Kalina, 2003, s. 265)*

HR souvisí také se strategií ochrany veřejného zdraví – Public Health, jelikož se model HR snaží o snižování škod nejen u jedince, ale i celé společnosti. Kromě drogové problematiky je jako příklad strategie HR zmiňován boj proti šíření HIV, kde se služby například snažili nabízet zadarmo prezervativy či možnost vzdělání ohledně bezpečného sexu. (Kalina, 2003).

Z důvodu, že se HR netýká pouze jedince, nýbrž celé společnosti, tento přístup dělíme na následující úrovně: individuální, komunitní, společenské (Newcombe in Kalina, 2008).

„Přístup harm reduction:

- *se vyhýbá zhoršování poškození způsobeného užíváním drog;*
- *zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi;*
- *maximalizuje možnosti intervence;*
- *je založen na upřednostňování dosažitelných cílů;*
- *je neutrální k legalizaci nebo dekriminlizaci;*
- *je jasně odlišený od války proti drogám. (Hunt in Kalina, 2008, s. 100-101)*

K přístupu HR část populace přistupuje kriticky včetně odborníků v daných oborech. Kritické názory se nejčastěji opírají o tři základní modely pohledů na závislost – model morální, model nemoci a adaptivní model. Zastánci morálního modelu se distancují od pomoci člověku, který sám nemá motivaci se polepšit a tohoto člověka vidí jako slabého a morálně zkaženého. Model nemoci se opírá o myšlenku, že závislí jedinci jsou nevléčitelně nemocní a veškeré další jejich osobní problémy (psychické i fyzické) plynou z této závislosti. Jedinou akceptovatelnou možností léčby je trvalá abstinence. Psychologický pohled na věc nám přináší adaptivní model, který klade na vývoj člověka, především v raném dětství. Zastánci tohoto modelu tvrdí, že léčba je možná pouze v případě, kdy jsou známy a vyléčeny příčiny závislosti, které podle této teorie vznikají v minulosti, konkrétně v období pubescence a adolescence, jelikož užívání návykových látek v tomto věku mladí lidé berou jako kompenzační mechanismus svých problémů (Kalina, 2003).

Podle Hunta (In Kalina, 2008) odpůrci nejčastěji tvrdí, že Harm Reduction nefunguje. Tento názor se objevoval především v počátcích těchto programů. Efektivita HR programů byla potvrzena 42 studií ohledně výměny jehel s ohledem na šíření HIV. Z těchto 42 studií mělo 28 studií pozitivní efekt, ale i přesto se objevují názory, že například výměny jehel zabraňují se závislým léčit k úplné abstinenci. Další názor se opírá o názory, že pokud HR nechalo uživatele drog spadnout „na dno“, mohla by se u nich vytvořit motivace k úplné abstinenci. Někteří kritici se zastávají názoru, že HR přímo podporuje užívání drog. Tito kritici mají představu, že jedinec, který drogy nezačal užívat, si díky způsobům HR může domnívat, že užívání návykových látek je bezpečné. Pokud by toto tvrzení bylo pravdivé, HR by podkopával snahu primární prevence. Zastánci HR se odkazují opět na programy výměn injekčního materiálu, jehož studie neprokázaly nárůst nových uživatelů z důvodu zavedení přístupu HR.

4.3.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Terciární prevence, stejně jako primární a sekundární, také pracuje s tímto modelem závislosti. Zlepšování biologických předpokladů závisí zejména na předcházení přenosným onemocněním – například programy na výměnu jehel. Psychologická pomoc je řešena formou rodinného, skupinového a individuálního poradenství ve všech fázích vývoje závislosti. U tohoto modelu závislosti se využívají zejména sociální přístupy, které mají za práci především pomoc sociálně zajistit jedince trpící drogovou závislostí. Pokud se závislý potýká již terminálním vývojem choroby, spirituální přístup má snahu smířit závislého se smrtí. (Kalina, 2008).

5 DROGOVÁ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICE

V květnu 2019 vláda České republiky vydala Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027. Hlavním cílem strategie je snižování negativních důsledků vyplývajících z užívání návykových látek následujícím způsobem:

- Posílení prevence a zvyšování informovanosti
- Kvalitní a dostupná síť adiktologických služeb
- Efektivní regulace trhů s návykovými látkami (Národní strategie, 2019).

5.1 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) zodpovídá především za prevenci na školách, včetně protidrogové prevence, a zabezpečuje následující činnosti:

- *„Koncepti, obsah a koordinaci v oblasti specifické primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy.*
- *Zpracovávání metodických, koncepčních a dalších materiálů související s problematikou specifické primární prevence rizikového chování.*
- *Průběžné plnění úkolů vyplývajících z vládních usnesení, strategií a koncepcí a z nich vyplývajících akčních plánů jednotlivých resortů.*
- *Spolupráci s poradními orgány vlády, profesními sdruženími, pedagogickými iniciativami, nevládními neziskovými organizacemi v oblasti působnosti zabývajícími se výchovou a vzděláváním dětí a mládeže [...].“ (MŠMT, nedat.).*

5.2 Léčebné programy pro uživatele drog

Léčba drogově závislých v České republice probíhá několika možnými způsoby. Systém péče se skládá ze sítě poradenských, léčebných a sociálních služeb.

5.2.1 Terénní programy

Terénní programy jsou založeny na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a „harm reduction“ (viz kapitola Terciární prevence). Mimo dospělou populaci terénní programy se soustředí také na děti, které žijí na ulici nebo v bytě s drogově závislými. Tento typ služby je specifický tím, protože klient si pomoc nevyhledává sám, ale terénní pracovník mu pomoc nabízí (Richterová in Kalina, 2008).

5.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Oproti terénním programům nízkoprahová kontaktní centra pomáhají drogově závislým uživatelům, kteří již mají nějakou motivaci ke změně. Mimo samotné uživatele tyto centra nabízí i odbornou pomoc blízkým závislého (Richterová in Kalina, 2008)

Pro pomoc dětem a mladistvým existují nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM), které jsou téměř totožné s centry pro dospělé a mají následující cíle:

- Podpora pro zvládnutí obtížných životních situací
- Sociálně terapeutické činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv (SKP centrum, nedat.).

5.2.3 Detoxifikační jednotky

Jedná se o službu, která vede ke zvládnání odvykacích stavů. Tyto jednotky bývají součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo mohou být i samostatně (Richterová in Kalina, 2008).

„Cílem léčby je zvládnout odvykací stav a intoxikaci. Důvody, proč chce klient detoxifikaci, jsou však často různé. Důvody, kdy klient je motivován k abstinenci a chce se léčit, či je indikovaná detoxifikace ze zdravotních důvodů, jsou všeobecně přijímány a akceptovány. Některé detoxifikační jednotky však odmítají klienty, kteří chtějí pouze snížit toleranci vůči droze a chvíli si od užívání odpočinout.“ (Richterová in Kalina, 2008, s. 375).

V České republice existuje Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC), které vzniklo v roce 2003, které se stará o děti a mladistvé do 18 let. Toto zařízení využívá následující prostředky:

- Psychiatrická, psychologická a pediatriká diagnostika
- Farmakoterapie
- Pravidelná vyšetření moči na přítomnost psychotropních látek
- Individuální a skupinová psychoterapie, individuální poradenství, rodinné poradenství (Koranda, 2016).

„DaDDC je tvořeno ambulantní a lůžkovou částí. Ambulantní část – psychiatrická příjmová ambulance a ordinace psychologa [...] Detoxikační centrum je lůžkové oddělení umístěné v 1. podlaží na ploše 418 m² se 14 lůžky v 5 pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti

pro terapeutické aktivity (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna). Ve sklepě budovy je též keramická dílna s vypalovací pecí. K terapeutickým účelům je využívána i rozlehlá terasa.“ (Koranda, 2016, s. 344)

5.2.4 Ambulantní léčba

Klient dochází nepravidelně do zdravotnického nebo nezdravotnického zařízení. Jedná se o formu léčby, kterou navštěvují dospělí, mladiství, ale i děti, které mají vlastní motivaci s užíváním návykové látky přestat. Ambulantní léčbu nevyužívá pouze uživatel návykové látky, ale i jeho blízcí, například rodiče. Adiktologické ambulance pro děti a dospívající mimo podporu při snaze přestat užívat drogy pomáhají žákům a studentům, kteří mají problémy se záškoláctvím, s prospěchem nebo s vyloučením ze školy (Richterová in Kalina, 2008).

5.2.5 Denní stacionáře

Jedná se o zařízení, kam klienti dochází pravidelně, ale nejedná se o rezidenční léčbu, protože stacionáře klientům nabízejí služby přes den. Na noc či o víkendech jsou klienti ve svém přirozeném prostředí. V České republice existuje mnoho stacionářů, které nabízí služby všem věkovým kategoriím, včetně dětí (Richterová in Kalina, 2008).

„Cílem léčby v denním stacionáři je změna životního stylu, jehož součástí je i abstinence jak od původní drogy, tak od spouštěcích drog. Mezi další cíle patří:

- *zlepšení psychického a fyzického zdraví;*
- *změna v sebepojetí a ve vztazích;*
- *získání a udržení sociálních dovedností;*
- *podpora a rozvoj osobního zrání.* (Richterová in Kalina, 2008, s. 380)

6 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Druhá část bakalářské práce je část praktická, ve které bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření, konkrétně metodou anonymních dotazníků. Kvantitativní výzkum předpokládá, že získaná data jsou nějakým způsobem měřitelná a statisticky zpracovatelná. (Reichel, 2009). Kvantitativní výzkum pracuje více s číselnými údaji a je prováděn na větším množství respondentů, hlavní metodou sběru dat bývá z pravidla dotazník (Gavora, 2000).

6.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit, jakou zkušenost s lehkými drogami mají žáci druhého stupně základních škol

Mimo zkušenost s návykovými látkami bylo také důležité zjistit, zda se žáci zúčastnili protidrogových preventivních programů na školách a kolikrát protidrogové preventivní programy navštívili. Dále jestli mají žáci z užívání drog obavy, a čeho se konkrétně nejvíce obávají, co žáci sami považují za lehké či tvrdé drogy, kdy se se poprvé setkali s konkrétními návykovými látkami a zda by si některé z lehkých drog dokázali obstarat, pokud by chtěli.

6.2 Stanovení hypotéz

Před vytvořením anonymních dotazníků byly sestaveny následující hypotézy:⁴

H1: Děti, které absolvovaly alespoň jeden preventivní program ve škole, mají častěji obavy z následků užívání drog než ty, které program nenavštívily.

H2: Chlapci se spíše, než děvčata dovídají informace o drogách od přátel než od rodičů.

H3: Děti, u kterých kouří matka i otec, se častěji domnívají, že jsou nebezpečné pouze tvrdé drogy než děti, u kterých nekouří nikdo z rodičů.

H4: Děti, které získaly dostatečnou nebo nedostatečnou známku na vysvědčení mají větší zkušenost s konopnými výrobky než děti, které tyto známky na vysvědčení nedostaly.

⁴ Hypotéza je výrok o dvou či více jevech, o kterých se domníváme, že jsou pravdivé, zároveň by však měly vycházet z poznatků zkoumaného problému. Souvisle s vytvořením hypotéz vznikají teorie, které následně verifikujeme (potvrzujeme) nebo falzifikujeme (vyvrácíme). Pokud je hypotéza falzifikována, neznamená, že je výzkum neplatný. Potvrzení či vyvrácení hypotéz je z vědeckého hlediska stejně cenné. (Reichel, 2009)

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 238 žáků druhého stupně Základní školy Boženy Němcové v Jaroměři a žáci Základní školy Jaroměř-Josefov v rozmezí od 11 do 15 let. Z důvodu dobrých vztahů na výše zmíněných školách byla bezproblémová domluva a distribuce dotazníků nám tedy byla výrazně ulehčena. Častou chybou bývá, že informace získané od základního souboru bývají zobecněny pro jiné základní soubory (Gavora, 2000). Mnou získané výsledky tedy platí pouze pro žáky výše zmíněných základních školy.

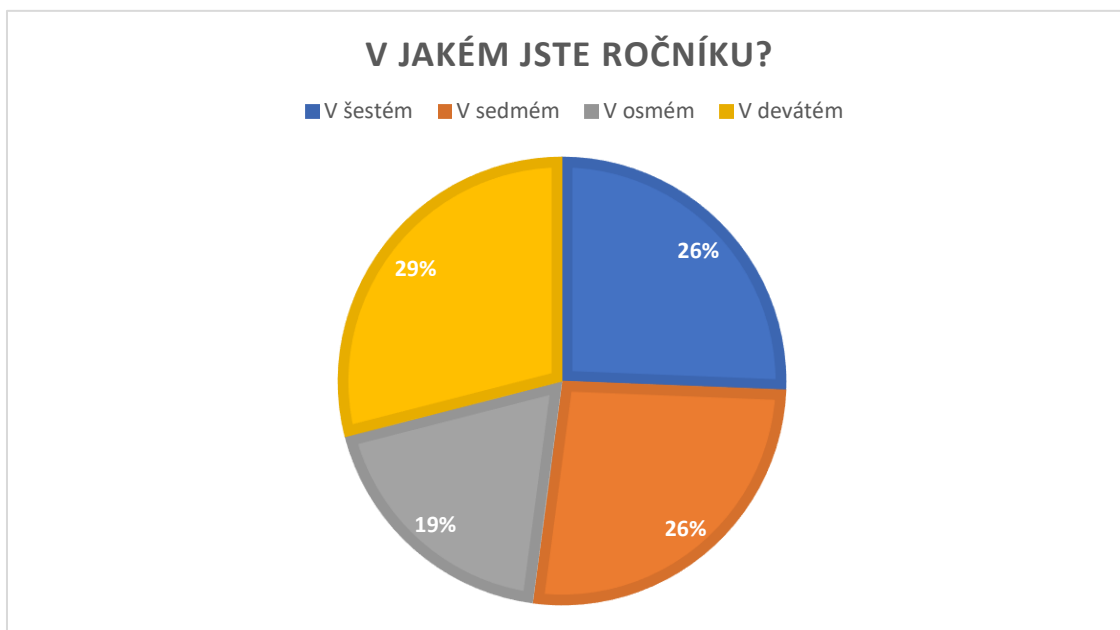
6.4 Realizace výzkumného šetření

Sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření. Základní školy, které se výzkumu účastnili, jsem osobně navštívil, kde jsem se dohodl s řediteli škol na formě a termínu distribuce. Ačkoli bylo domluveno, že anonymní dotazníky budou žáci vyplňovat v papírové formě při vyučovací hodině, vzhledem k pandemii Covid-19 jsem musel dotazníky distribuovat online. Výzkumu se zúčastnilo 238 respondentů ze základních škol v Jaroměři – Základní škola Boženy Němcové a Základní škola Jaroměř-Josefov. Sběr dat probíhal od 25. 2. do 1. 4. 2021.

6.5 Vyhodnocení a interpretace dat

V této kapitole jsou popsány jednotlivé odpovědi respondentů. Ke každé otázce je vytvořený graf, který uvádí především procentuální údaje a v následném komentáři jsou zmíněny jednotlivé počty respondentů.

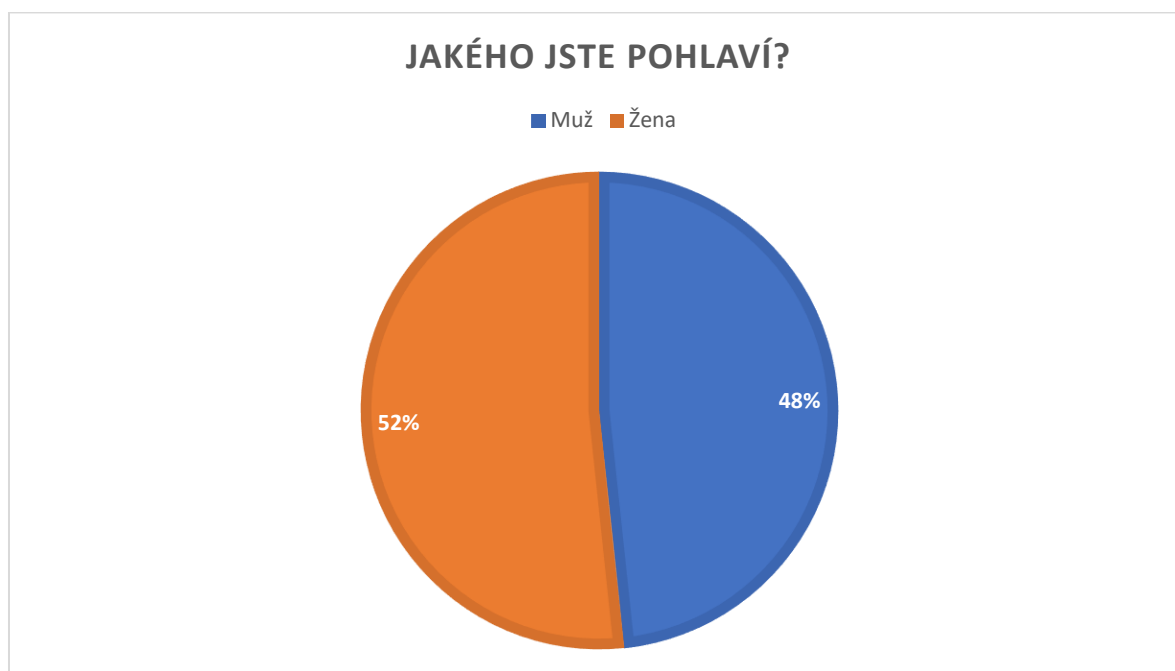
Otázka č. 1



Graf 1 – Ročník respondentů

První otázka se týká ročníků, které respondenti navštěvují. Z celkového počtu 238 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnil stejný počet žáků v šestém a sedmém ročníku (63). Nejméně odpovědí bylo získáno z osmého ročníku (45) a nejvíce z ročníku devátého (69).

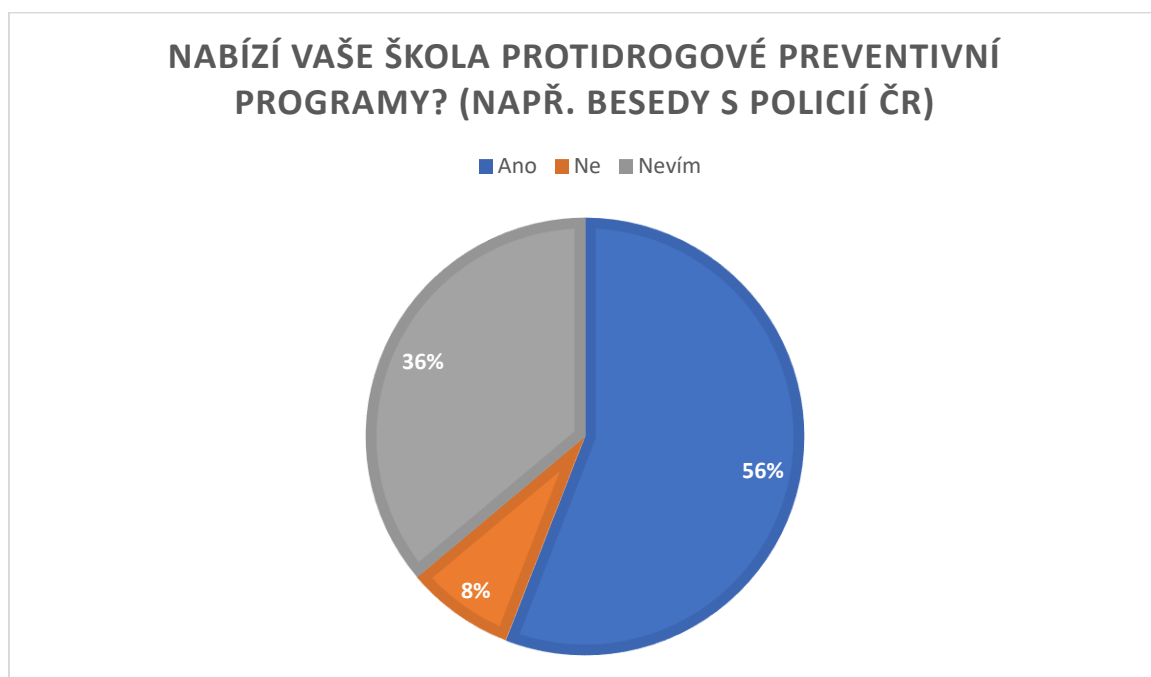
Otázka č. 2



Graf 2 -Pohlaví respondentů

Druhá otázka se týká pohlaví respondentů. Z celkového počtu 238 respondentů se výzkumu zúčastnilo 123 žen (52 %) a 115 mužů (48 %).

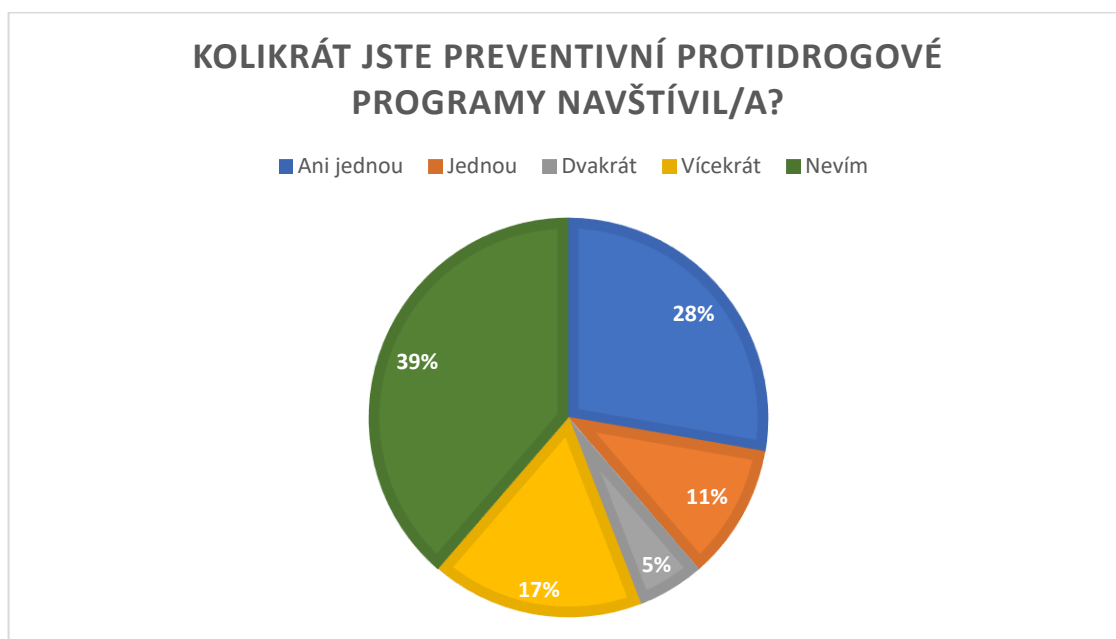
Otázka č. 3



Graf 3 -- Protidrogové preventivní programy

Třetí otázka se zaměřovala na povědomí respondentů o preventivních programech a odpovědi byly jednoznačně překvapivé, jelikož 86 respondentů (36 %) nemá tušení, jestli jejich škola preventivní programy nabízí. Ze škol, které se výzkumu zúčastnily, mám informace, že preventivní programy nabízí. 19 (8 %) respondentů si je jistých, že jejich škola preventivní programy neorganizuje a 133 (56 %) respondentů odpovědělo, že se škola na protidrogové prevenci podílí.

Otázka č. 4

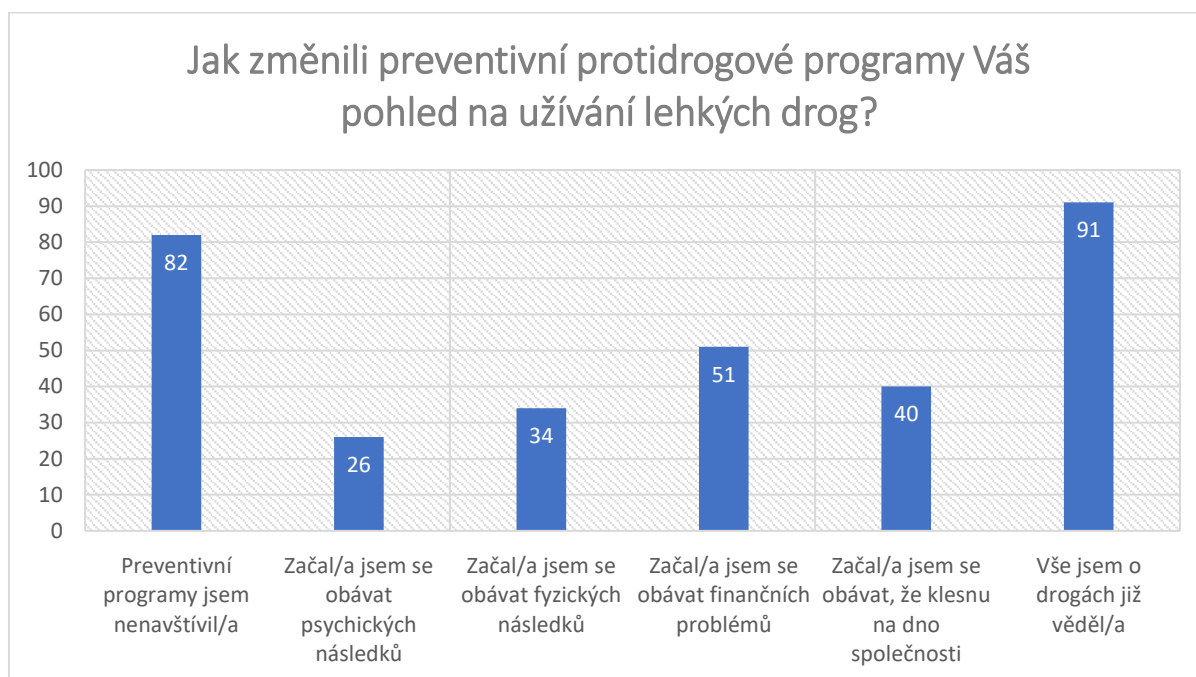


Graf 4 - Protidrogové preventivní programy

Čtvrtá otázka navazuje na otázku předchozí a také se týká prevence, konkrétně účasti respondentů na ní. Nejvíce žáků, konkrétně 92 (39 %) neví, kolikrát se preventivních protidrogových programů zúčastnili. 80 žáků (33 %) preventivní programy ohledně drog již navštívilo – z toho 26 (11 %) respondentů jednou, 13 (5 %) respondentů dvakrát a 41 respondentů (17 %) vícekrát. 66 respondentů (28 %) se s preventivními protidrogovými programy vůbec nesetkalo.

Z 66 respondentů, kteří se protidrogových preventivních programů nezúčastnili, se jedná o 55 žáků šestých a sedmých ročníků. Jedná se tedy o 45 % všech žáků šestých a sedmých ročníků.

Otázka č. 5



Graf 5 – Preventivní protidrogové programy

V páté otázce se ptám respondentů, jak a jestli změnili svůj postoj na užívání lehkých drog po návštěvě preventivních programů. Respondenti mohli uvádět více možností. Velké množství respondentů, konkrétně 82 (35 %) odpovědělo, že preventivní protidrogové programy nenavštívilo. 91 respondentů, tedy nejvíce ze všech dotazovaných, odpovědělo, že vše o lehkých drogách již znala (38 %). Nejméně respondentů, konkrétně 26, se obává psychických následků po užívání lehkých drog (11 %). 34 respondentů (14 %) se obává fyzických následků a 40 respondentů (17 %) se obává, že užívání lehkých drog může vést ke spadnutí na tzv. dno společnosti. Finančních problémů se obává 40 respondentů (21 %).

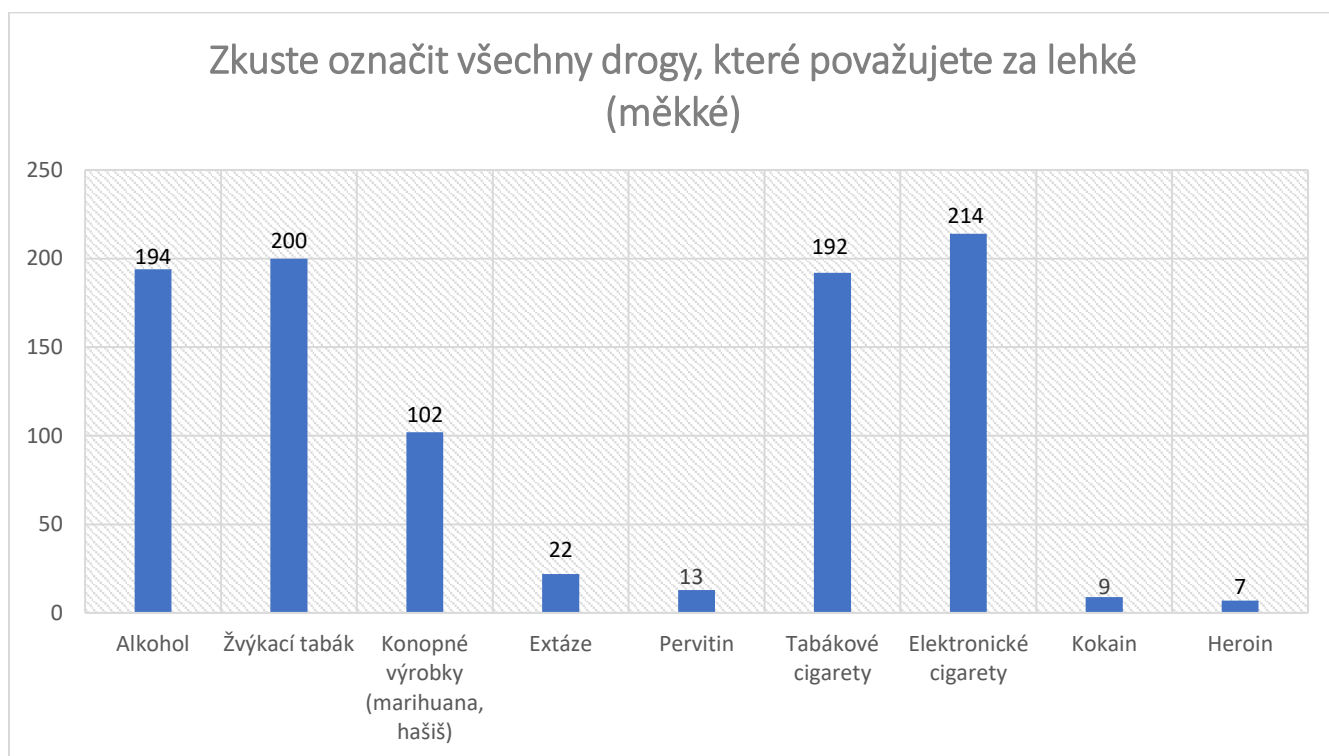
Otázka č. 6



Graf 6 – Rozdíl mezi měkkými a tvrdými drogami

V této otázce jsem se studentů ptal, zda se domnívají, že znají rozdíl mezi lehkými a tvrdými drogami. Z celkového počtu 238 respondentů se 148 (62 %) respondentů domnívá, že by dokázali drogy rozdělit. 90 respondentů (38 %) rozdíl nezná.

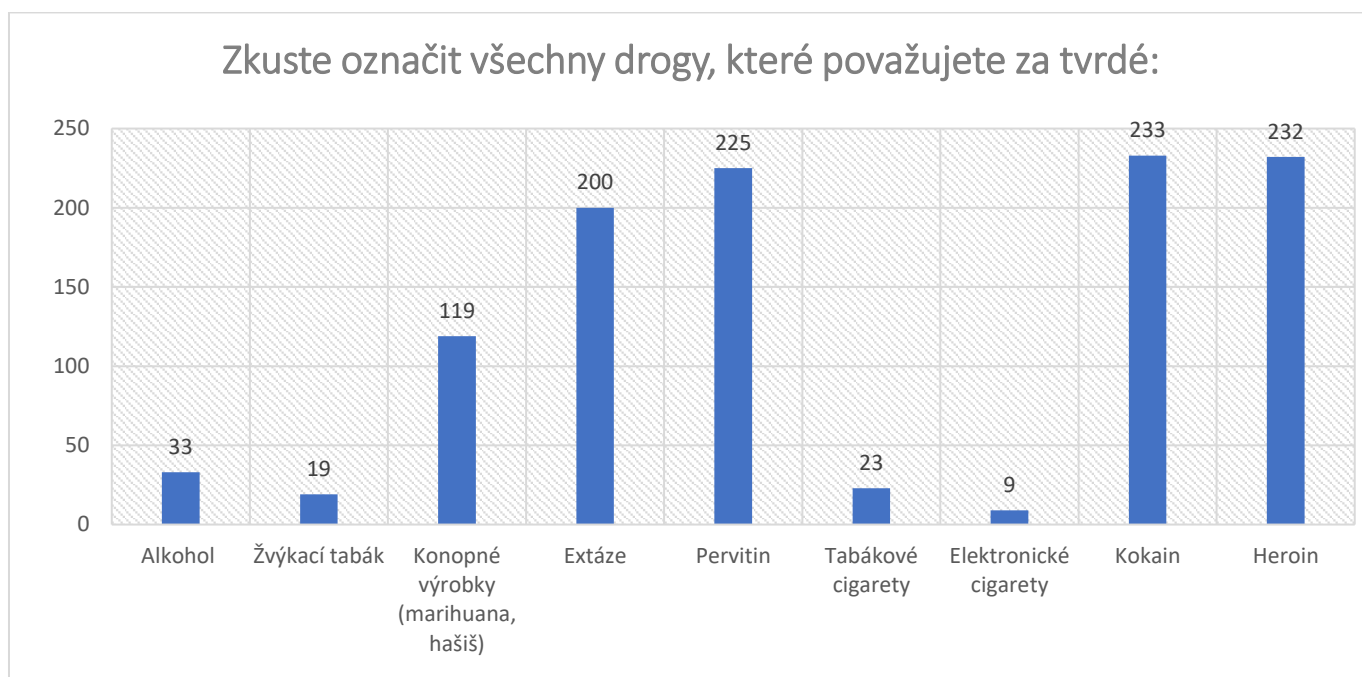
Otázka č. 7



Graf 7 – Měkké drogy

V této otázce respondenti mohli vybírat více možností a označit všechny drogy, které považují za lehké. Alkohol, přestože mezi lehké drogy nepatří, uvedlo 194 (82 %) respondentů i přesto, že 62 % ze všech respondentů v předchozí otázce uvedlo, že rozdíl mezi lehkými a tvrdými drogami zná. Žvýkáci tabák správně zařadilo 200 respondentů (84 %). Z 238 respondentů by pouze 102 (43 %) zařadilo konopné výrobky mezi drogy lehké, přestože konopné výrobky do lehkých drog řadíme. Respondenti správně nezařadili do lehkých drog extázi, pervitin, kokain a heroin. Tyto návykové látky zařadilo do lehkých drog pod 10 % respondentů. Většina z respondentů věděla, že tabákové i elektronické cigarety patří do lehkých drog. Elektronické cigarety uvedlo nejvíce respondentů, konkrétně 214 (90 %). Tabákové cigarety uvedlo 192 (81 %) respondentů z celkového počtu 238.

Otázka č. 8

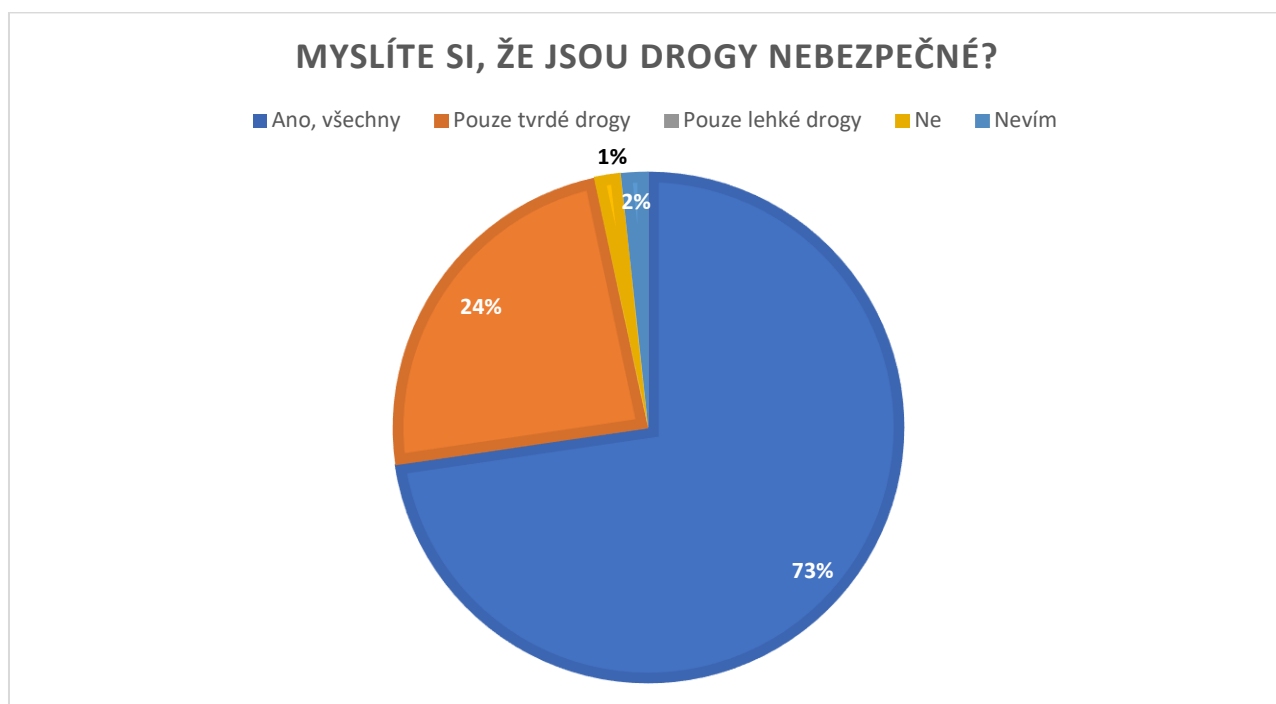


Graf 8 – Tvrdé drogy

V této, stejně jako předchozí, otázce měli respondenti rozdělit konkrétní drogy – nyní vybrat tvrdé drogy. Alkohol do tvrdých drog zařadilo pouze 33 respondentů (14 %). Přesně polovina respondentů řadí marihuanu do tvrdých drog. Drtivá většina respondentů správně rozdělila zbylé látky. Pervitin, kokain a heroin řadí do tvrdých drog přes 95 % respondentů.

Tato otázka souvisí s otázkou č. 7 a z odpovědí respondentů vyplývá, že většinu drog dokázali správně rozdělit na tvrdé a lehké. Alkohol, přestože patří mezi drogy tvrdé, však většina respondentů zařadila do lehkých drog. Tento názor respondentů pravděpodobně vyplývá z dostupnosti a konzumaci alkoholu ve společnosti. Z těchto odpovědí vyplývá, že si většina respondentů neuvědomuje riziko konzumace alkoholu, a proto ho řadí do drog lehkých. Konopné výrobky by polovina respondentů zařadila do drog tvrdých, přestože ji řadíme do drog lehkých. Mezi mladými lidmi se tedy také objevují rozdílné názory, například na kouření marihuany.

Otázka č. 9



Graf 9 – Nebezpečí drog

Z celkového počtu 238 respondentů 230 (97 %) respondentů uvedlo, že jsou alespoň některé drogy nebezpečné. Pro 173 (73 %) respondentů jsou všechny drogy nebezpečné. 57 (24 %) žáků odpovědělo, že jsou pro ně nebezpečné pouze tvrdé drogy. 4 (2 %) ze všech dotazovaných odpověděli, že nevědí, jestli jsou drogy nebezpečné. 4 (2 %) respondenti také uvedli, že drogy nebezpečné nejsou vůbec. Žádný z respondentů se nedomnívá, že jsou nebezpečné pouze lehké drogy.

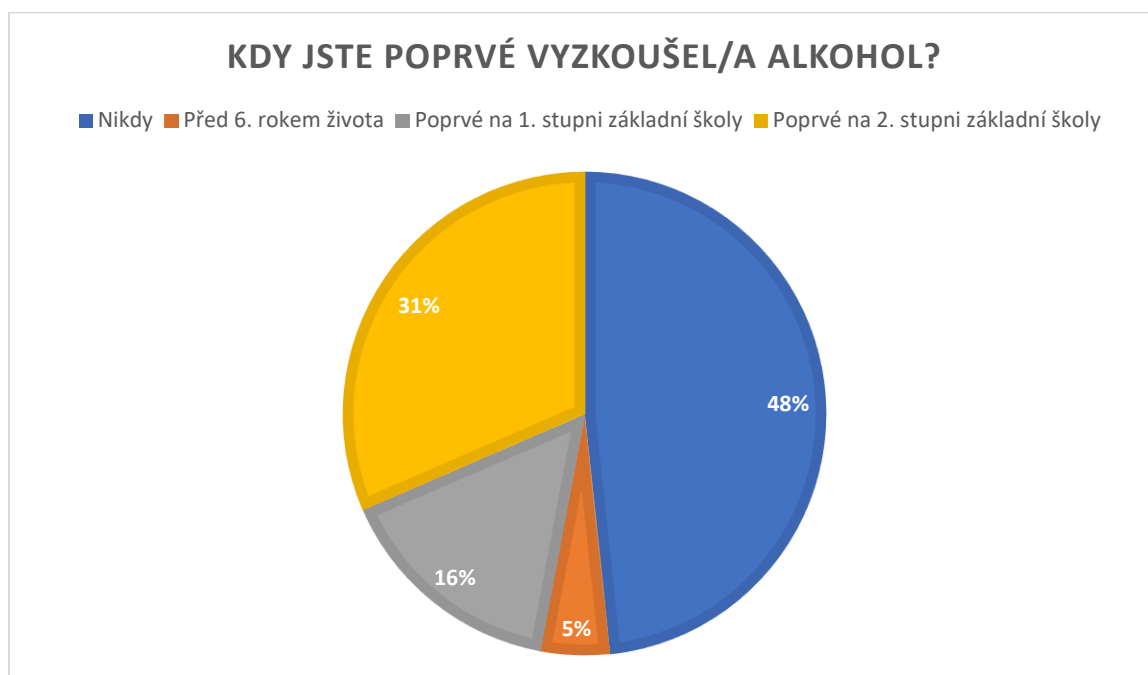
Otázka č. 10



Graf 10 – Ponětí o existenci drog

Respondenti uvádí, že se poprvé dozvěděli o existenci drog prostřednictvím médií. Z celkového počtu 238 respondentů uvedlo 108 (45 %) respondentů, že se o drogách dozvěděli díky médiím. 30 (13 %) respondentů uvedlo, že je o drogách informovali kamarádi. 49 (21 %) žáků uvedlo, že se o drogách dozvěděli ve škole. 32 (13 %) žáků získalo první informace o drogách doma. 19 (8 %) pak uvedlo možnost „další“, kde 17 (90 %) z těchto respondentů specifikovalo konkrétní médium (např. Youtube, Facebook atd.). Zbylí 2 respondenti odpověděli, že se o drogách dozvěděli ve filmech a v seriálech.

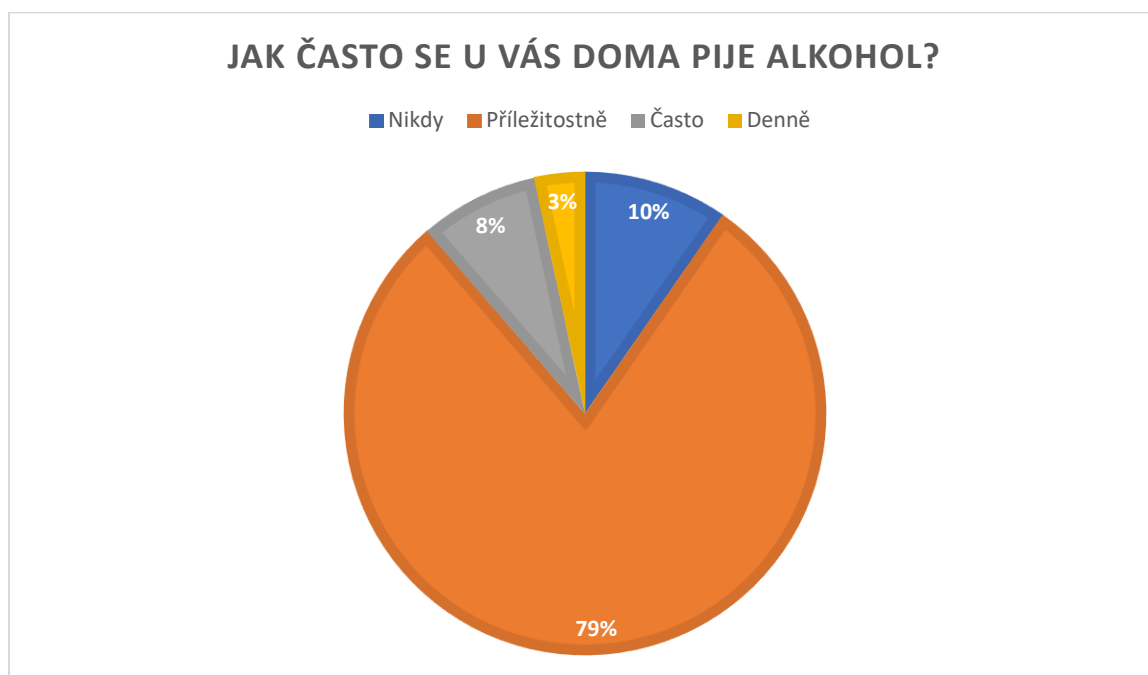
Otázka č. 11



Graf 11 – Zkušenost s alkoholem

Alkohol, ačkoli se jedná o tvrdou drogu, byl do mého výzkumu zařazen, protože jedná o velmi populární drogu již v dětském a mladistvém věku a širší veřejností je považován také na pomezí tvrdých a lehkých drog. S alkoholem se na druhém stupni základní školy setkala 123 (52 %) respondentů, z toho 11 (5 %) respondentů alkohol vyzkoušelo před 6. rokem života. Poprvé do styku s alkoholem na 1. stupni základní školy přišlo 37 (16 %) z dotazovaných. Na 2. stupni základní školy alkohol poprvé vyzkoušelo 75 (32 %) respondentů. Žádnou zkušenost s alkoholem nemá 115 (48 %). Z odpovědí vyplývá, že většina žáků na druhém stupni základních škol alkohol vyzkoušela.

Otázka č. 12



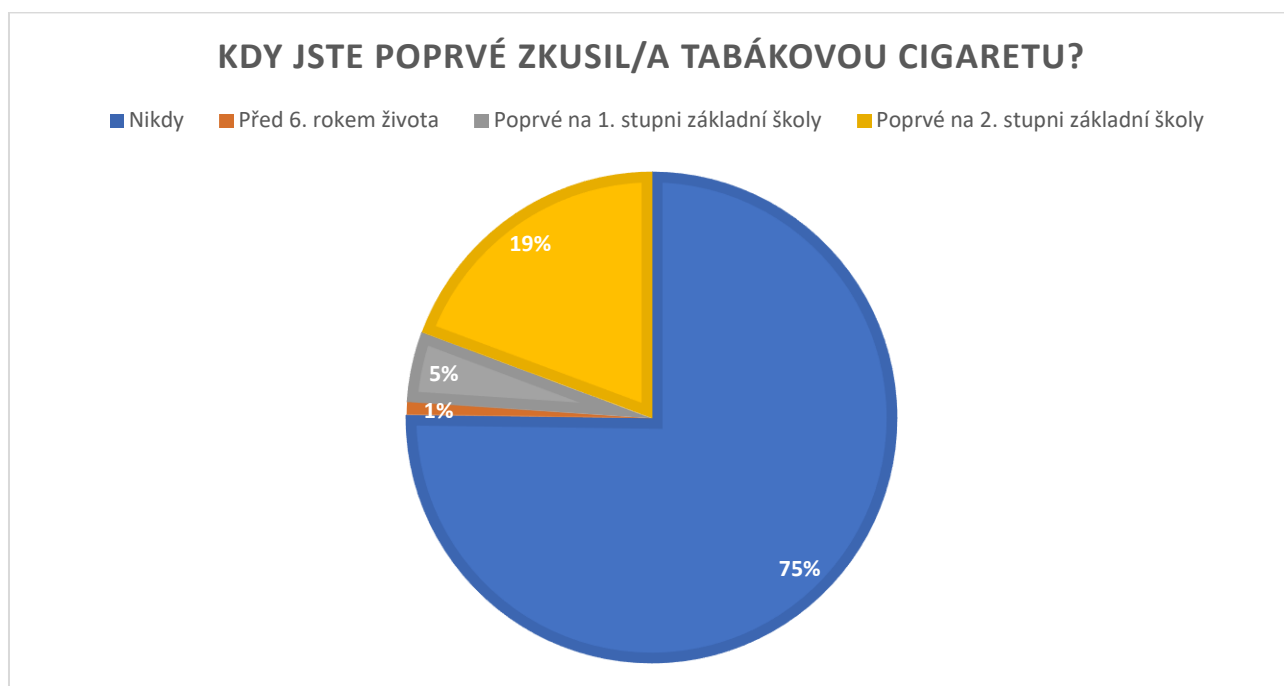
Graf 12 – Konzumace alkoholu v rodině

V nejvíce rodinách žáků druhého stupně základních škol se pije alkohol příležitostně. Tuto možnost uvedlo 188 (79 %) respondentů. Možnost „nikdy“ zvolilo 23 (10 %) respondentů. 19 (8 %) respondentů tvrdí, že se u nich v domácnosti často konzumuje alkohol. Nejméně respondentů, konkrétně 8 (3 %) uvedlo, že se u nich doma pije alkohol denně.

Z respondentů, kteří uvedli, že se v jejich domácnosti pije denně alkohol, má 75 % alespoň nějakou vlastní zkušenost s alkoholem. 68 % respondentů má zkušenosti s alkoholem, kteří uvedli, že se u nich doma alkohol konzumuje často. Respondenti, u kterých se v domácnosti konzumuje alkohol příležitostně, uvedli, že 50 % z nich má vlastní zkušenost s alkoholem. 48 % respondentů, u kterých se alkohol doma nepije, uvedlo, že nemá vlastní zkušenost s alkoholem.

Při porovnání výše zmíněných dat lze určit, že konzumace alkoholu v rodině má vliv na konzumaci alkoholu u dítěte samotného. O více než 25 % mají větší zkušenost s alkoholem respondenti, kteří uvedli, že se u nich doma alkohol často konzumuje oproti respondentům, u kterých se alkohol nekonzumuje vůbec.

Otázka č. 13



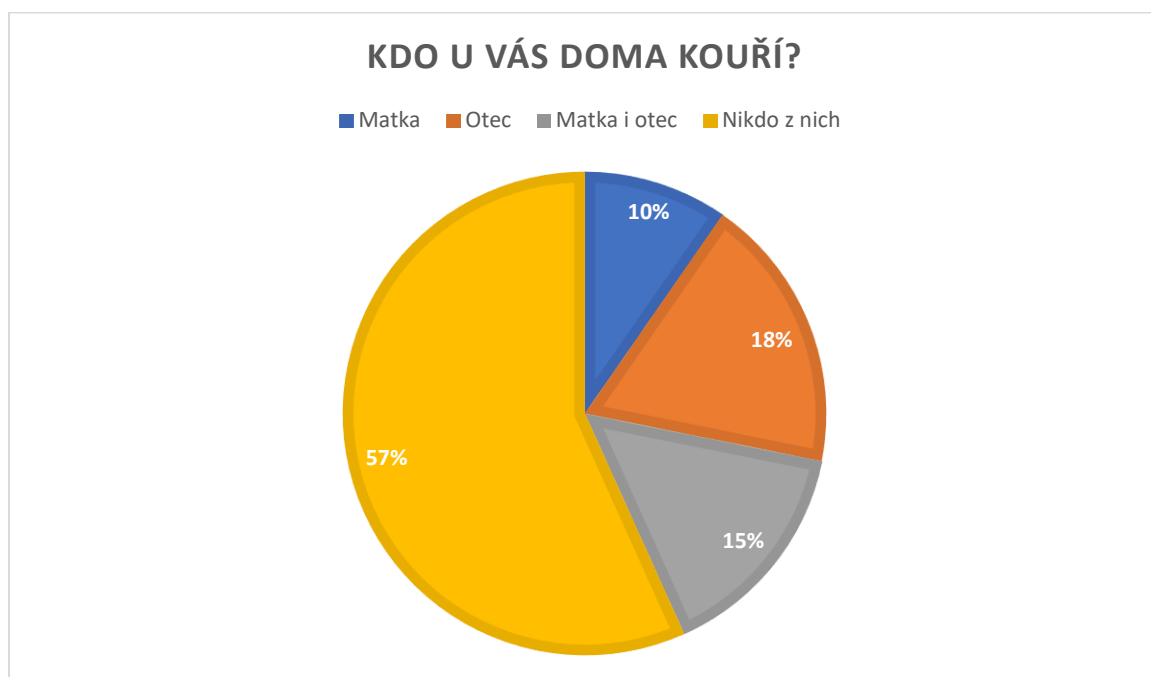
Graf 13 – Zkušenosti s tabákovou cigaretou

V této otázce jsem se respondentů dotazoval na zkušenosti s tabákovými cigaretami. 59 (25 %) respondentů již tabákovou cigaretu zkusilo. 2 (1 %) žáci poprvé kouřili před 6. rokem života. 11 (5 %) respondentů svoji první zkušenost s tabákovou cigaretou zažilo na 1. stupni základní školy. Nejvíce respondentů, kteří již mají zkušenost s kouřením tabákové cigarety, uvedlo, že cigaretu poprvé vyzkoušeli na 2. stupni základní školy – konkrétně 46 respondentů (19 %). Kouření tabákové cigarety nevyzkoušelo 179 (75 %) žáků.

Z odpovědí vyplývá, že každý čtvrtý žák (25 %) 2. stupně základní školy zkusil kouřit tabákovou cigaretu. Z respondentů, kteří tabákovou cigaretu zkusili, se jedná pouze o žáky osmých a devátých ročníků a 1 žáka ze sedmého ročníku.

Respondenti, kteří mají zkušenost s kouřením tabáku je nejvíce z devátého ročníku, konkrétně 34 a jedná se o 49 % všech žáků devátých ročníků.

Otázka č. 14

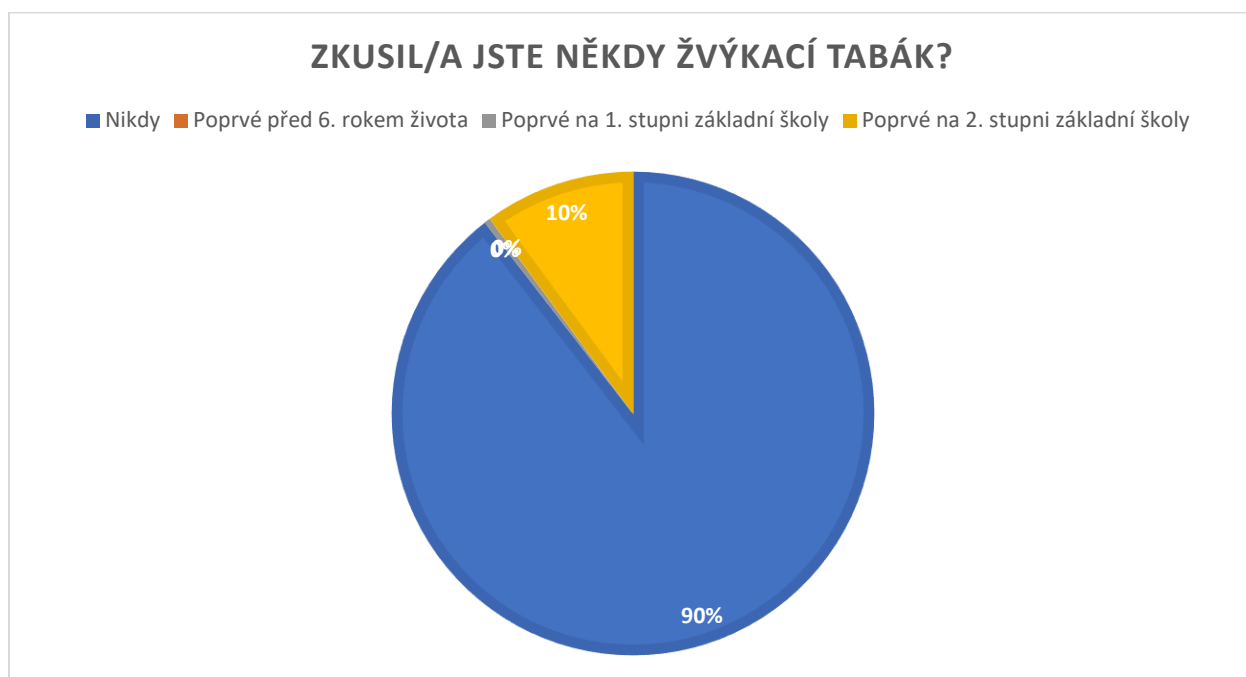


Graf 14 – Zkušenost s tabákovými cigaretami v rodině

V souvislosti s předchozí otázkou byli respondenti dotázáni na zkušenost s kouřením v jejich rodině. Z celkového počtu 238 respondentů je 135 (57 %) z nekuřáckých rodin. Nejmenší počet respondentů uvedl, že v jejich domácnosti kouří pouze matka, konkrétně 23 (10 %) z celkového počtu. 44 (18 %) respondentů uvedlo, že u nich doma kouří pouze otec a 36 (15 %) respondentů žije v domácnosti, kde kouří matka i otec.

Z respondentů, kteří mají zkušenost s kouřením cigaret, je 61 % z rodin, kde alespoň jeden z rodičů je kuřákem. Z dat vyplývá, že děti z kuřáckých rodin berou tabákové cigarety za nebezpečné téměř ve stejném procentu, jako děti z rodin nekuřáckých. 76 % respondentů, kteří uvedli, že u nich kouří oba z rodičů, mají obavy ze všech, tedy i lehkých drog, kam řadíme i tabákové cigarety. Toto procento se výrazně neliší od procenta dětí, u kterých nekouří oba rodiče – 80 %.

Otázka č. 15

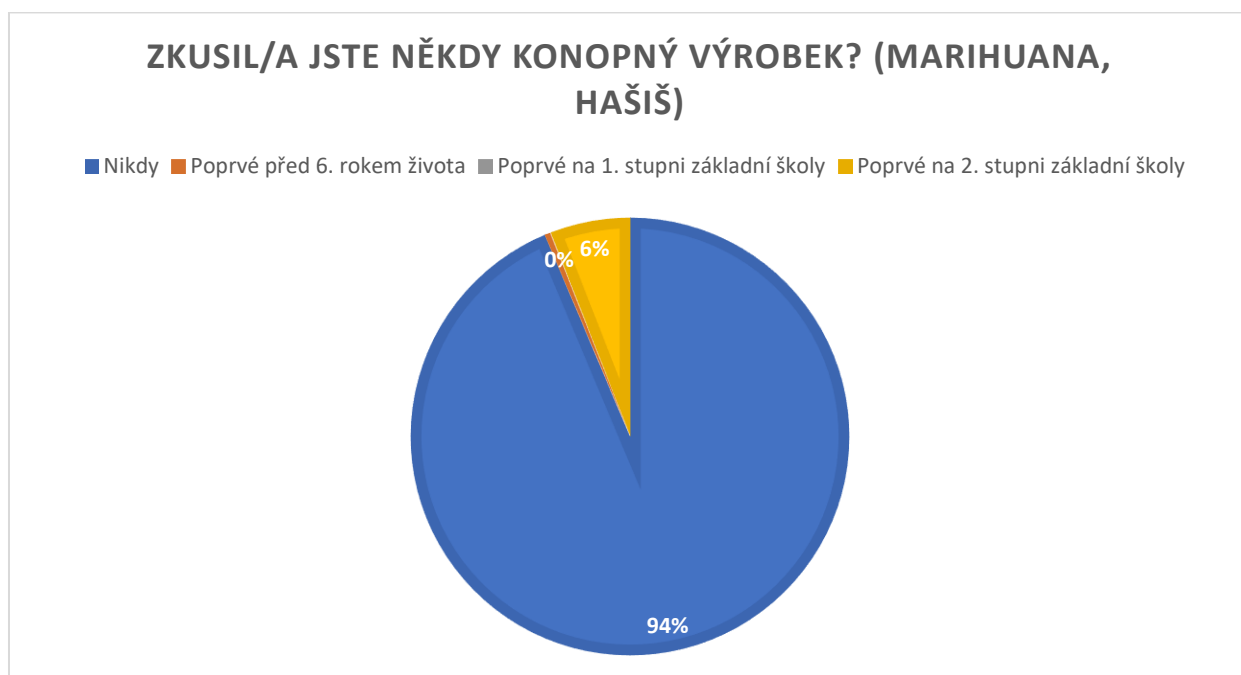


Graf 15 – Žvýkáci tabák

Zkušenost se žvýkáčím tabákem nemá na 2. stupni základní školy 213 (89,5 %) respondentů z celkového počtu 238 respondentů. 25 (11,5 %) respondentů uvedlo, že žvýkáci tabák již vyzkoušeli - 1 (0,4 %) respondent před 6. rokem života a 24 (10,4 %) respondentů žvýkáci tabák zkusilo na 2. stupni základní školy. Prvotní zkušenost se žvýkáčím tabákem na 1. stupni základní školy nemá nikdo z dotazovaných respondentů.

Z 25 respondentů, kteří žvýkáci tabák zkusili, je 21 respondentů, kteří také kouřili klasickou tabákovou cigaretu. Z těchto respondentů však 17 nemá zkušenosti s konopnými výrobky.

Otázka č. 16

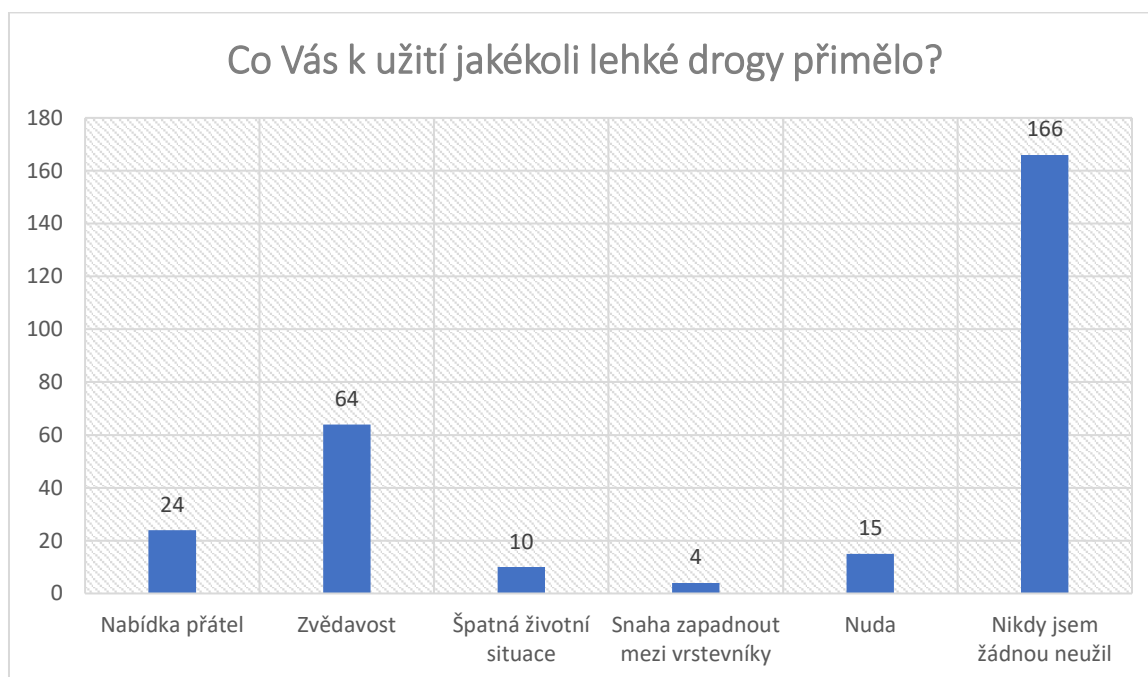


Graf 16 – Konopné výrobky

V této otázce jsem se respondentů ptal na jejich vlastní zkušenost s konopnými výrobky. Z celkového počtu 237 dotazovaných respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, nemá zkušenost s marihuanou či hašišem 222 (93 %) respondentů. 14 (6 %) respondentů konopný výrobek poprvé vyzkoušelo na 2. stupni základní školy – jedná se o 10 žáků, kteří navštěvují devátý ročník, 2 žáky osmého ročníku a jednoho žáka šestého ročníku. 1 respondent poprvé vyzkoušel konopný výrobek přes 6. rokem života a jedná se o žáka 6. ročníku.

Ze 14 respondentů, kteří se již setkali s marihuanou či hašišem, 11 uvedlo, že hlavním ovlivňujícím faktorem byla zvědavost. Pro 12 z těchto respondentů by nebylo těžké si obstarat tabákovou cigaretu a 3 respondenti uvedli, že by pro ně bylo těžké si obstarat konopný výrobek. Více než polovina z těchto respondentů (8) uvedla, že jsou pro ně nebezpečné pouze tvrdé drogy. Z těchto respondentů se 11 také setkalo s tabákovou cigaretou. S konopnými výrobky mají největší zkušenost respondenti z devátých tříd. 10 (15 %) ze všech žáků devátých tříd vyzkoušelo konopný výrobek.

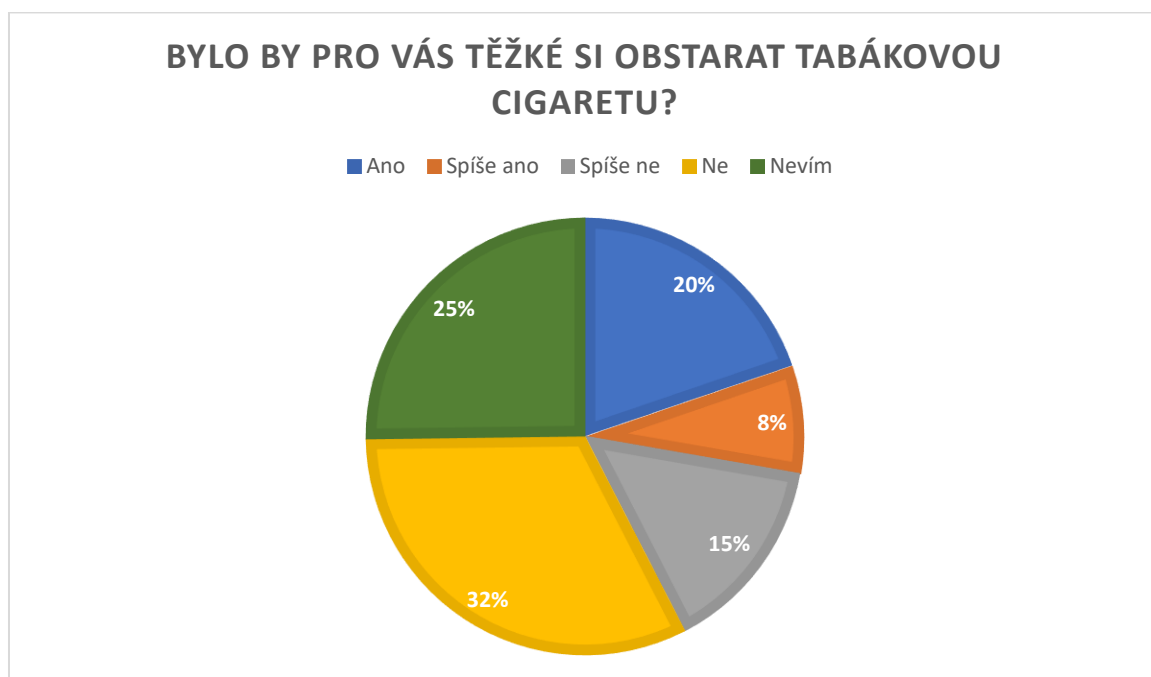
Otázka č. 17



Graf 17 – Motivace k užívání lehkých drog

V této otázce jsem se respondentů ptal na jejich motivaci k užití lehké drogy, respondenti mohli vybírat více faktorů, které je ovlivnili. U respondentů, kteří nějakou z drog vyzkoušeli, byla největším ovlivňujícím faktorem zvědavost. Z celkového počtu 238 respondentů 64 (27 %) uvedlo, že nějakou z drog zkusili ze zvědavosti. Nabídka přátel ovlivnila 24 (10 %) z dotazovaných respondentů, z nudy drogu vyzkoušelo 15 (6 % respondentů). 10 (4 %) žáků, kteří zkusili lehkou drogu, uvedlo, že hlavním faktorem, který je ovlivnil, byla špatná životní situace. Snaha zapadnout mezi vrstevníky ovlivnila nejméně respondentů, konkrétně 4 (2 %). Z celkového počtu 238 respondentů uvedlo 166 dotazovaných (70 %), že se žádnou lehkou drogu zatím neužili.

Otázka č. 18

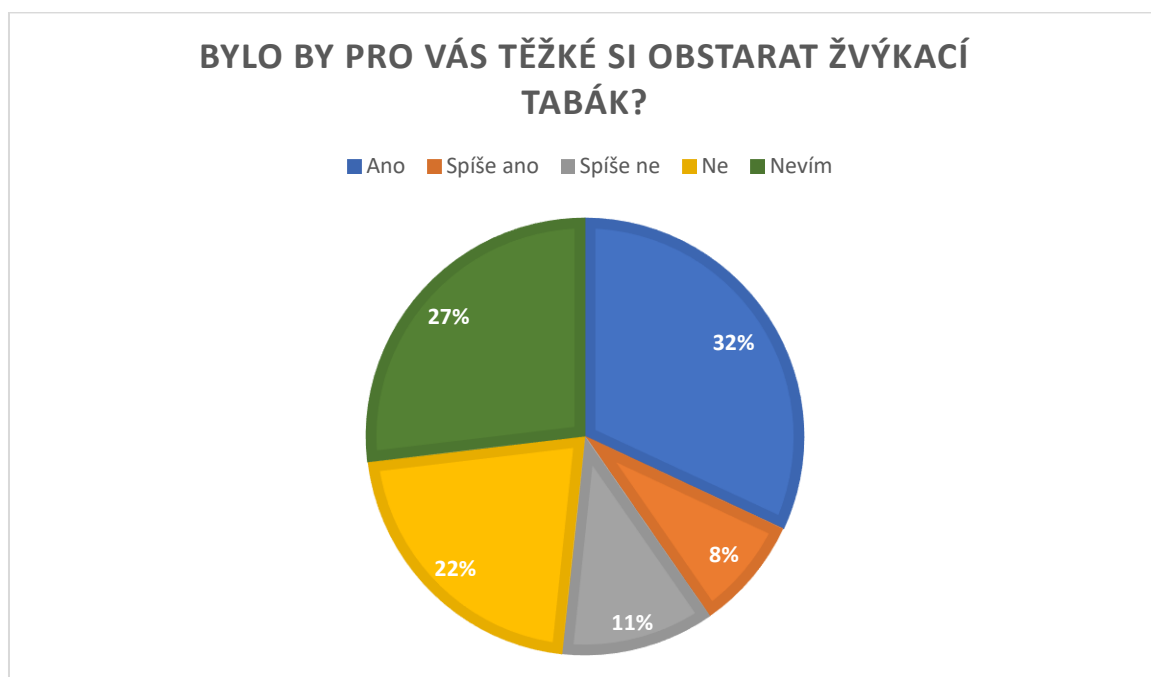


Graf 18 – Obstarání tabákových cigaret

V této otázce byla respondenti dotázáni na obstarání tabákové cigarety. 77 (32 %) uvedlo, že by si bez problému cigaretu obstaralo. Odpověď „spíše ne“ uvedlo 35 (15 %) respondentů. 47 (20 %) žáků uvedlo, že by pro ně bylo obtížné si tabákovou cigaretu obstarat a 19 (8 %) uvedlo „spíše ano“. Čtvrtina respondentů, konkrétně 60 (25 %) uvedlo, že neví, zda by pro ně bylo těžké si obstarat tabákovou cigaretu.

Pro téměř 47 % respondentů by nebyl vůbec žádný nebo velký problém si tabákovou cigaretu obstarat a pouze 28 % zcela jistě neví nebo se domnívá, že by nevědělo, kam či za kým jít, aby si cigaretu obstaral.

Otázka č. 19

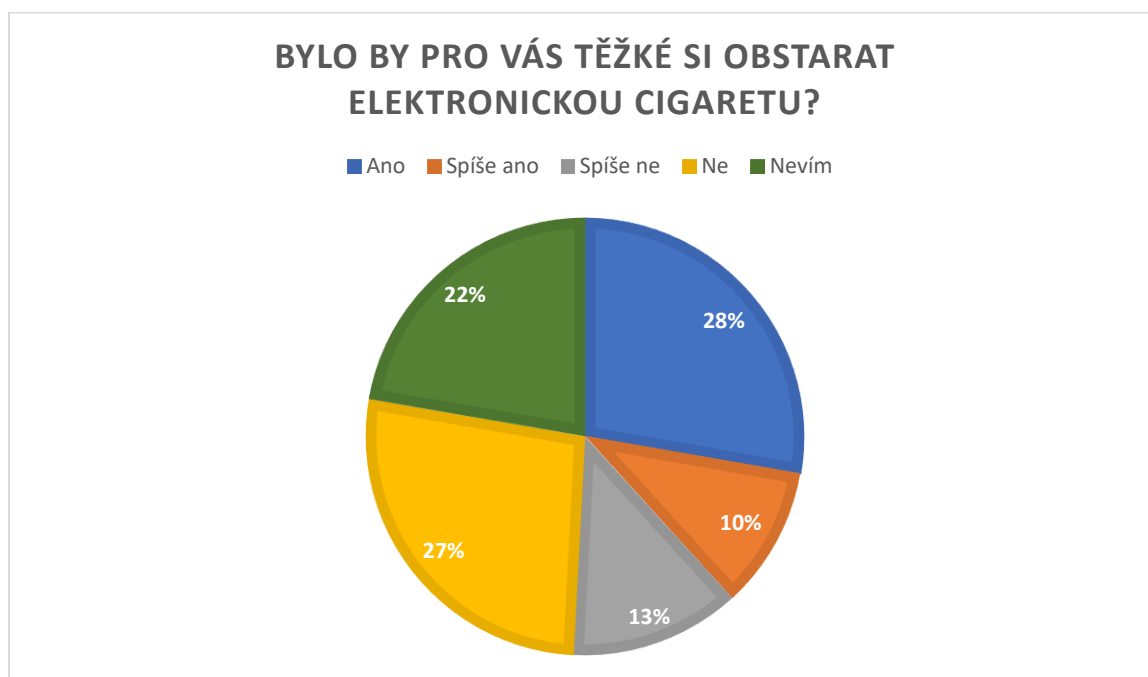


Graf 19 – Obstarání žvýkacího tabáku

Na otázku týkající se obstarání žvýkacího tabáku 51 (22 %) respondentů z celkového počtu 238 uvedlo, že by neměli žádný problém si žvýkací tabák obstarat. 27 (11 %) z dotazovaných uvedlo, že by jim obstarání žvýkacího tabáku spíše problémy nedělalo. Nejvíce ze všech dotazovaných respondentů, 76 (32 %) z nich, odpovědělo, že by si nevěděli rady s obstaráním žvýkacího tabáku. Dále pak 20 (8 %) respondentů uvedlo, že by spíše měli problém si žvýkací tabák obstarat. 64 (27 %) respondentů uvádí, že neví, zda by si dokázalo obstarat žvýkací tabák.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že by 33 % respondentů si nějakým způsobem vědělo obstarat žvýkací tabák. 40 % respondentů uvádí, že by pro ně bylo těžké či velmi těžké se k žvýkacímu tabáku dostat. Můžeme tedy tvrdit, že žvýkací tabák je pro žáky druhého stupně hůře dostupný oproti tabákovým cigaretám, jelikož tabákové cigarety by si zvládla obstarat téměř polovina dotazovaných.

Otázka č. 20

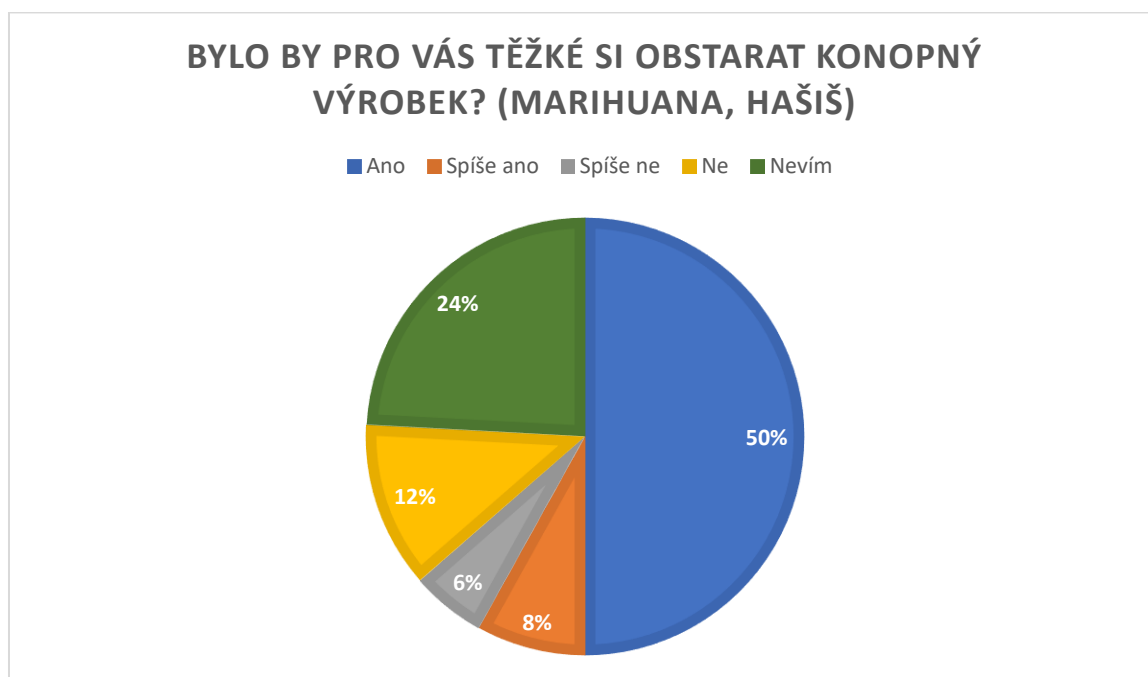


Graf 20 – Obstarání elektronické cigarety

V otázce č. 20 se respondentů ptám, zda by si byli schopni obstarat elektronickou cigaretu, na kterou lze získat podobnou závislost, jako na cigaretu tabákovou. Žádný problém s obstaráním elektronické cigarety by nemělo 64 (27 %) respondentů a 30 (13 %) respondentů odpovědělo, že by problém spíše nemělo. Z celkového počtu 238 respondentů by 66 (28 %) mělo problém s obstaráním elektronické cigarety. Možnost „spíše ano“ pak zvolilo 25 (10 %) dotazovaných. 53 (22 %) respondentů neví, jak by si mohli elektronickou cigaretu obstarat.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že dostupnost elektronické cigarety není tak vysoká, jako u tabákové cigarety. Nemůžeme však říci, že elektronické cigarety jsou těžko dostupné. 40 % respondentů by si nějakým způsobem dokázalo elektronickou cigaretu obstarat. Celkem 38 % by si pak elektronickou cigaretu obstarat nedokázalo. O dostupnosti elektronických cigaret vypovídá fakt, že pouze 22 % respondentů neví, kde či jak by si dokázali elektronickou cigaretu obstarat – jedná se o nejmenší procento respondentů v porovnání s dostupností ostatních lehkých drog, na které se ve svém dotazníku ptám (otázky č. 18-21).

Otázka č. 21

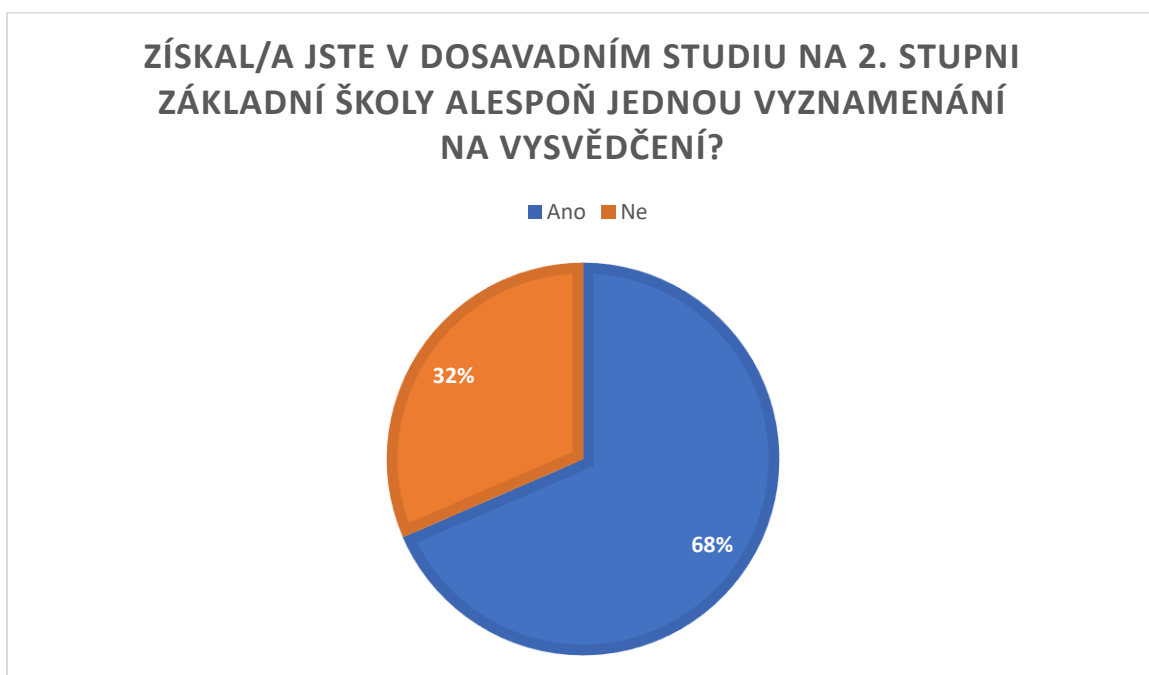


Graf 21 – Obstarání konopných výrobků

Z celkového počtu 236 respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku, by si konopný výrobek dokázalo bez problému obstarat 29 (12 %) respondentů. Na otázku, zda by měli respondenti problém s obstaráním konopného výrobku možnost „spíše ne“ vybralo 12 (6 %) respondentů. 118 (50 %) respondentů by mělo jasný problém s obstaráním konopného výrobku a odpověď „spíše ano“ zvolilo 19 (8 %) respondentů. 57 (24 %) respondentů neví, zda by pro ně bylo těžké si konopný výrobek obstarat.

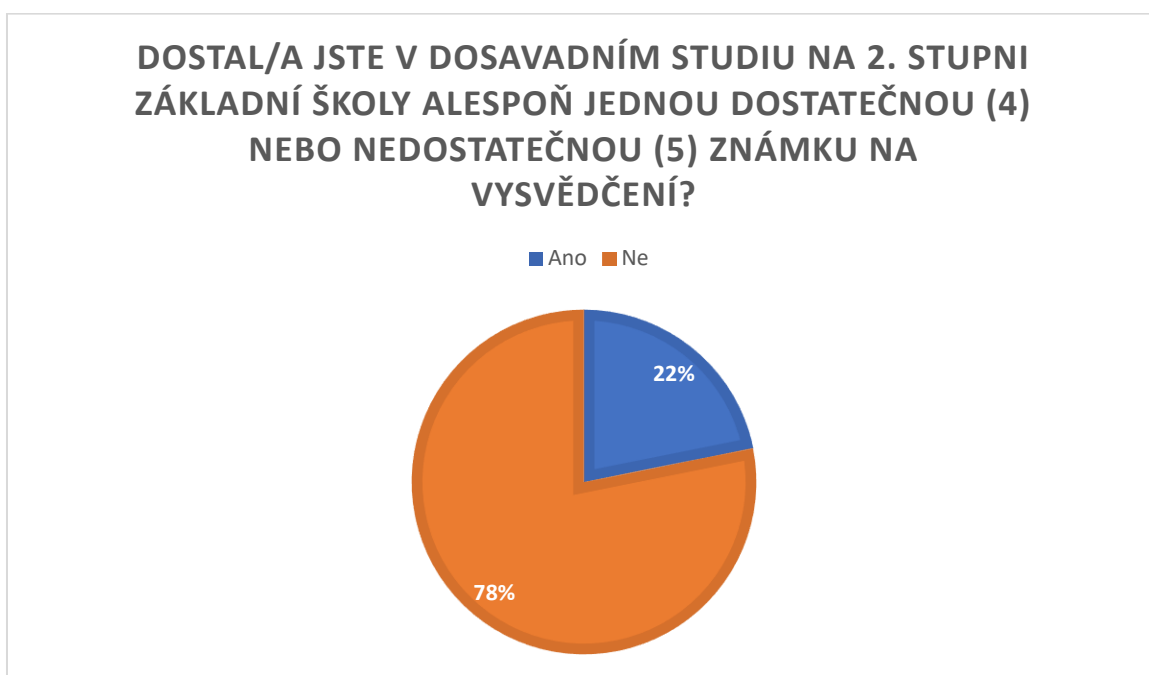
Z odpovědí vyplývá, že ačkoli je pro žáky druhého stupně nejtěžší si obstarat konopný výrobek, tak téměř každé páté dítě (19 %) by si nějakým způsobem bylo konopný výrobek schopno obstarat. Jedná se o 42 respondentů, ze kterých 11 (z celkového počtu 13) konopný výrobek zkusilo.

Otázka č. 22



Graf 22 – Prospěch respondentů

Otázka č. 23



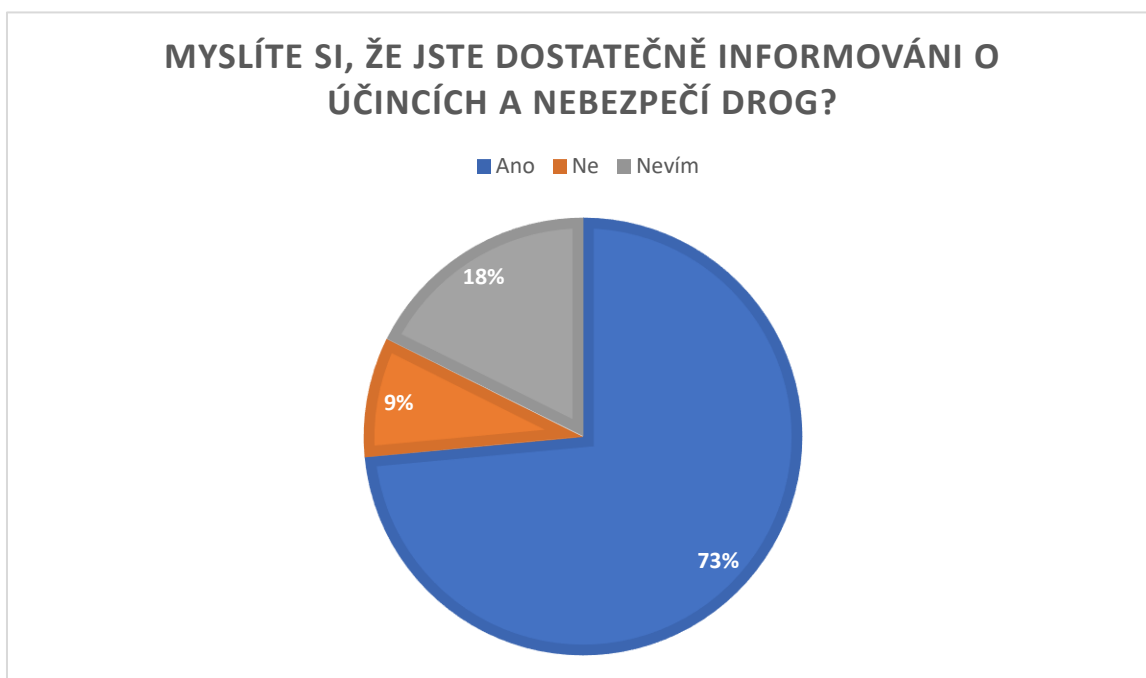
Graf 23 – Prospěch respondentů

V otázce č. 22 a č. 23 byli respondenti dotazováni na studijní prospěch. Nejprve jsem se 238 respondentů ptal, zda během svého studia získalo na vysvědčení vyznamenání. 163 (68 %) respondentů vyznamenání získalo a 75 (32 %) v dosavadním studiu vyznamenání nezískalo.

Následně byla respondentům položena otázka na dostatečnou nebo nedostatečnou známku na vysvědčení. 186 (78 %) z celkového počtu 238 respondentů uvedlo, že nikdy nedostatečnou či dostatečnou známku na vysvědčení nedostalo. Zbýlých 52 (22 %) respondentů uvedlo, že alespoň jednu z výše zmíněných známek na vysvědčení získalo.

Z odpovědí respondentů, kteří alespoň jednou měli dostatečnou, nebo nedostatečnou známku na vysvědčení, vyplývá, že 39 % z těchto respondentů má zkušenosti s kouřením tabákových cigaret. Můžeme tedy tvrdit, že horší prospěch nemá přímou spojitost s kouřením, jelikož zkušenost s kouřením tabákových cigaret má 61 % respondentů, kteří nezískali nedostatečnou či dostatečnou známku na vysvědčení. 58 % z těchto respondentů uvedlo, že se ve svém životě již má nějaké zkušenosti s alkoholem. S konopnými výrobky se setkala 12 % respondentů, kteří získali dostatečnou nebo nedostatečnou známku na vysvědčení.

Otázka č. 24



Graf 24 – Informovanost o drogách

V poslední otázce mě zajímal názor respondentů, zda se domnívají, že jsou dostatečně informováni o nebezpečí drog. 175 (73 %) z 238 respondentů odpovědělo, že se domnívají, že jsou dostatečně informováni. 42 (18 %) respondentů si nebylo jistých, odpověděli, že nevědí. Pouze 21 (9 %) si myslí, že není dostatečně informována.

Z 21 respondentů, kteří se sami domnívají, že nejsou dostatečně informováni o nebezpečí a účincích drog je 13 žáků šestých tříd, tedy více než polovina. Z těchto respondentů navštívilo protidrogové preventivní programy pouze 6 žáků. Z odpovědí vyplývá, že o účincích a nebezpečí drog nejsou informováni především mladší ročníky.

6.6 Verifikace hypotéz

Závislost dvojice nominálních proměnných byla testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Pro srovnávané skupiny byly vypočteny absolutní četnosti a řádkově podmíněné relativní četnosti, které byly následně zobrazeny pomocí kategorizovaného sloupcového grafu. Hladina významnosti činila 5 %.

H1: Děti, které absolvovaly alespoň jeden preventivní program ve škole, mají častěji obavy z následků užívání drog než ty, které program nenavštívily.

Statistické hypotézy:

H_0 : Názor na nebezpečnost drog nezávisí na absolvování preventivního programu.

H_A : Názor na nebezpečnost drog závisí na absolvování preventivního programu.

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,096		Myslíte, že jsou drogy nebezpečné?				
		ano, všechny		pouze tvrdé		celkem
		n	%	n	%	
Alespoň preventivní program	1 ano	56	71	23	29	79
	ne	53	83	11	17	64
	celkem	109		34		143

Tabulka 2 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Názor na nebezpečnost drog v souvislosti s absolvováním preventivních programů

Všechny drogy označilo za nebezpečné 71 % respondentů, kteří absolvovali alespoň 1 preventivní program, a 83 % respondentů, kteří preventivní program nikdy neabsolvovali. Zbylí respondenti označili za nebezpečné pouze tvrdé drogy. P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,096, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. **Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost názoru na nebezpečnost drog s absolvováním preventivního programu.**

Poznámka: Kategorie *nevím* byla vyřazena z důvodu nulové informační hodnoty a kategorie *ne* (obavy) byla vyřazena z důvodu nízké četnosti (n=4).

H2: Chlapci se spíše, než děvčata dovidají informace o drogách od přátel než od rodičů.

Statistické hypotézy:

H₀: Zdroj informace o existenci drog nezávisí na pohlaví.

H_A: Zdroj informace o existenci drog závisí na pohlaví.

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,301		Jak se dozvěděl o existenci drog				
		doma		kamarádi		celkem
		n	%	n	%	
Pohlaví	dívka	15	45	18	55	33
	chlapec	17	59	12	41	29
	celkem	32		30		62

Tabulka 3 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Zdroj informací o drogách

Doma se o existenci drog dozvědělo 45 % dívek a 59 % chlapců. Od kamarádů se o existenci drog dozvědělo 55 % dívek a 41 % chlapců. P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,301, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost způsobu dovidání se o existenci drog na pohlaví.**

H3: Děti, u kterých kouří matka i otec, se častěji domnívají, že jsou nebezpečné pouze tvrdé drogy než děti, u kterých nekouří nikdo z rodičů.

Statistické hypotézy:

H₀: Názor na nebezpečnost drog nezávisí na kouření v rodině.

H_A: Názor na nebezpečnost drog závisí na kouření v rodině.

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,636		Myslíte, že jsou drogy nebezpečné?				
		ano, všechny		pouze tvrdé		celkem
		n	%	n	%	
Kouření v rodině	matka i otec	26	76	8	24	34
	ani jeden	105	80	26	20	131
	celkem	131		34		165

Tabulka 4 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Názor na drogy v souvislosti s kouřením v rodině

Všechny drogy označilo za nebezpečné 76 % respondentů, u nichž doma kouří matka i otec, a 80 % respondentů, u nichž doma nekouří matka ani otec. Zbylí respondenti označili za nebezpečné pouze tvrdé drogy. P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,636, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost názoru na nebezpečnost drog na kouření rodičů.**

H4: Děti, které získaly dostatečnou nebo nedostatečnou známku na vysvědčení mají větší zkušenost s konopnými výrobky než děti, které tyto známky na vysvědčení nedostaly.

H₀: Zkušenost s konopnými výrobky nezávisí na tom, zda dítě někdy mělo někdy na vysvědčení 4 nebo 5.

H_A: Zkušenost s konopnými výrobky závisí na tom, zda dítě někdy mělo někdy na vysvědčení 4 nebo 5.

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,081		Zkušenost s konopnými výrobky				
		ano		ne		celkem
		n	%	n	%	
4 nebo 5 na vysvědčení	ano	6	12	46	88	52
	ne	9	5	176	95	185
	celkem	15		222		237

Tabulka 5 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Zkušenost s konopnými výrobky v souvislosti s prospěchem

Zkušenost s konopnými výrobky uvedlo 12 % respondentů, kteří někdy měli 4 nebo 5 na vysvědčení, a 5 % respondentů, kteří nikdy 4 nebo 5 na vysvědčení neměli. P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,081, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 **nebyla prokázána závislost zkušenosti s konopnými výrobky na tom, zda dítě někdy mělo na vysvědčení 4 nebo 5.**

6.7 Porovnání výsledků vlastního výzkumu s dalšími výzkumy a daty

V této podkapitole mé praktické části porovnám svůj výzkum s podobnými výzkumy na toto téma. V mém výzkumu jsem pracoval s 238 respondenty (100 %) a výsledky mého výzkumu platí pouze pro konkrétní školy, které se výzkumu účastnili.

O zkušenost dětí a mladistvých s drogami se v České republice zajímá Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Sekretariát pro koordinaci protidrogové politiky a Úřad vlády České republiky. Tyto instituce společně vydávají výroční zprávy o stavu ve věcech drog. Tyto výroční zprávy odkazují na další, i mezinárodní studie v drogové problematice.

Studii HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children) se za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy podařilo sesbírat 13 377 validních dotazníků. Z této studie vyplývá, že na základních školách zkusilo kouřit tabákovou cigaretu 37 % dívek a 40 % chlapců, kterým je 15 let (Mravčík, et al., 2019). V mém dotazníkovém šetření 19 % respondentů odpovědělo, že již kouřilo tabákovou cigaretu, jedná se však o všechny žáky 2. stupně základních škol, tedy i mladší 15 let. Při porovnání této statistiky s žáky devátých ročníků, kteří se zúčastnili mého výzkumu, zjistíme, že v deváté třídě mělo zkušenost s kouřením tabáku 49 % žáků devátých ročníků, kterým je 14 či 15 let.

Další část této studie se zaměřuje na zkušenost žáků devátých ročníků s užitím konopných látek. Studie HBSC uvádí, že někdy v životě konopné látky vyzkoušelo 20 % chlapců a 17 % dívek devátých ročníků. (Mravčík, et al., 2019). Podle mého výzkumu má 15 % žáků devátých tříd zkušenosti s konopnými výrobky.

Z výzkumu, který na konci roku 2019 realizovalo Centrum sociálních služeb Praha, vyplývá, že zkušenost s konopnými výrobky má na základních školách má 7 % žáků. S alkoholem se alespoň jednou v životě setkalo (Mravčík, et al., 2020). Téměř shodné procento vyšlo i v mém výzkumu, tam se jedná o 6 % respondentů.

Při porovnání mého výzkumu v bakalářské práci si lze všimnout, že se má data výrazně neliší od dostupných dat v oblastech, ve kterých jsem byl schopen výsledky porovnávat.

6.8 Závěr výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakou zkušenost s lehkými drogami mají žáci druhého stupně základních škol. Z odpovědí vyplývá, že největší zkušenost mají žáci s alkoholem, který řadíme do tvrdých drog. 52 % žáků, tedy více než polovina, na druhém stupni základních škol alespoň jednou v životě alkohol vyzkoušelo. Lehkou drogou, se kterou se žáci setkali nejčastěji, byly tabákové cigarety. Každé čtvrté dítě na druhém stupni základní školy. Konopné výrobky jsou lehké drogy, se kterými mají žáci nejméně zkušenosti. V dosavadním průběhu života se s nimi setkalo 6 % a jednalo se především o žáky devátých ročníků – 17 % z celkového počtu. Z výzkumu a sesbíraných dat také vyplývá, že největší zkušenost s konzumací alkoholu mají děti, u kterých se pije denně, naopak nejmenší zkušenosti s alkoholem evidujeme u dětí, u kterých se v domácnosti alkohol nekonzumuje. Byla také

zjištěna souvislost mezi konzumací alkoholu a kouřením tabákových cigaret, jelikož pouze 1 respondent, který má zkušenost s alkoholem, nikdy nezkusil kouřit tabákovou cigaretu.

Dále výzkum ukázal, že více než třetina žáků neví, zda jejich škola nabízí či nenabízí preventivní programy. 45 % žáků šestých a sedmých ročníků ani jednou nenavštívilo protidrogové preventivní programy. Ze všech žáků, kteří nenavštívili protidrogové preventivní programy, je právě 83 % z šestých a sedmých ročníků. Z dat lze také vyčíst, že se žáci spíše mylně domnívají, že znají rozdíl mezi lehkými a tvrdými drogami. Do lehkých drog řadí z drtivé většiny drogy legální, do drog tvrdých řadí drogy nelegální.

Necelých 30 % žáků uvádí, že nebezpečí pro ně představují pouze tvrdé drogy. Všechny drogy jsou nebezpečné pro 83 % žáků, kteří nenavštívili protidrogové preventivní programy. Z těchto dat vyplývá, že spíše žáci bez zkušeností s preventivními programy se obávají všech druhů drog, včetně lehkých.

Žáci se o drogách nejčastěji dozívají z médií. V dotazníku odpovědělo 45 % žáků, že se nejvíce informací dozívají z médií. Po přičtení 17 respondentů, kteří v odpovědi „další“ uváděli konkrétní média, zjistíme, že 52 %, tedy více než polovina, respondentů má je nejvíce informací z médií. Z dat vyplývá, že přibližně stejné procento respondentů získalo informace od přátel a od rodiny. Pohlaví při získávání informací o drogách nemá také větší význam. S tímto tvrzením souvisí i jedna z hypotéz, která statisticky neprokázala významnost vztahu mezi pohlavím a informovaností o drogách.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že vnímání škodlivosti tabákových cigaret významně neovlivňuje fakt, zda je dítě z kuřácké či nekuřácké rodiny. 24 % žáků z kuřáckých rodin uvedlo, že jsou pro ně nebezpečné pouze tvrdé drogy, což je o 4 % více než žáků z nekuřáckých rodin. Špatný či dobrý prospěch na základních školách nemá na užití lehkých drog větší vliv. V souvislosti s prospěchem na vysvědčení a užitím marihuany uvedlo na vysvědčení 12 % žáků s nedostatečnou nebo dostatečnou zkušeností s marihuanou.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký vztah mají žáci druhého stupně základních škol k lehkým drogám.

Teoretická část byla rozdělena na několik částí. První část práce se zabývá obecně drogami, které byly, pro lepší přehled v celé drogové problematice, rozděleny do několika skupin a popsány. V této kapitole bylo, mimo rozdílu mezi lehkými a tvrdými drogami, zdůrazněno, že lehké a tvrdé drogy neznamenají drogy legální a nelegální. Další část práce se věnovala především lehkým drogám, které jsem popsal a doložil i statistické údaje o počtu uživatelů v České republice v dospělé i dětské populaci. Pro porovnání byl do této kapitoly zahrnut i alkohol, který řadíme do drog tvrdých. Třetí část práce se věnovala faktorům, které uživatele ovlivňují k užití či neuzítí nějakého druhu drogy. Těchto faktorů je mnoho, ale jsou velmi individuální a často se jedná o přítomnost více rizikových faktorů (nízké sebevědomí, psychické problémy, psychické poruchy atd.), které vedou jedince k užívání drog. Na jedince také působí faktory prostředí, především u dětí jsou to přátelé, škola či rodina. V této části je také popsán psychický vývoj dítěte ve školním věku. Dítě si v tomto věku prochází mnoha psychickými změnami. Děti v tomto věku jsou emočně nestabilní a touží po nezávislosti. Děti se začínají fixovat spíše na přátele a vrstevnické skupiny, tedy další rizikové skupiny v souvislosti s užíváním drog. Ve čtvrté části je prevence obecně popsána a rozdělena na primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevence je pro žáky základních škol nejdůležitější, jelikož jejím cílem je předcházení užívání návykových látek. Posledním tématem, kterým se teoretická část práce zabývá, je drogová politika v České republice. V této části se práce soustředí především na léčebné programy pro uživatele drog, včetně dětských uživatelů drog. V dnešní době je velké množství možností, jak se dá dítě nebo rodiče dětí z drogové závislosti léčit. V České republice jsou uživatelům nabízeny možnosti ambulantní léčby, terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxifikační jednotky či denní stacionáře.

Praktická část se věnuje výzkumu, který byl proveden kvantitativní metodou pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazník se skládal z 24 otázek. Výzkumu se zúčastnilo 238 žáků druhého stupně základních škol. Z výzkumu vyplývá, že s kouřením tabákových cigaret, tedy lehkou drogou, se setkalo každé čtvrté dítě na druhém stupni základní školy a tabákové cigarety jsou tedy nejužívanější lehkou drogou na základních školách. S porovnáním alkoholem je to přibližně polovina dětí. S konopnými výrobky má nejméně žáků zkušenost, jedná se především o žáky devátých ročníků. Ze sesbíraných dat vyplynula absence na

protidrogových preventivních programech u nižších ročníků. Téměř polovina žáků šestých a sedmých tříd ani jednou nenavštívila tyto programy. Žáci, kteří protidrogové preventivní programy navštívili, se nejvíce obávají finančních problémů při užívání drog. Po vyhodnocení dat lze konstatovat, že žáci druhého stupně základních škol neznají rozdíl mezi tvrdými a lehkými drogami. Třetina žáků nepovažuje lehké drogy za nebezpečné. Bylo také zjištěno, že prospěch žáků nemá významnější vliv na užití některé z lehkých drog, naopak u alkoholu bylo zjištěno, že jeho konzumace v rodině přímo souvisí s užíváním u dítěte. Tři čtvrtiny žáků z rodin, kde se denně konzumuje alkohol, má vlastní zkušenost s alkoholem. Výsledky mého výzkumného šetření se výrazně nelišily od ostatních výzkumů, se kterými jsem mohl některá z dat porovnávat.

SEZNAM ZDROJŮ

Tištěné zdroje

BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.

DU, Guanhua. *Pharmacological Advances in Natural Product Drug Discovery*. Elsevier, 2020. ISBN 9780128201855.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

FREYE, Enno. *Pharmacology and Abuse of Cocaine, Amphetamines, Ecstasy and Related Designer Drugs: A comprehensive review on their mode of action, treatment of abuse and intoxication*. Springer Science & Business Media, 2009. ISBN 9789048124480.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6

GOODYER, Paula a Jiří PÁNEK. *Drogy + teenager*. Přeložil Romana KUNCOVÁ. Praha: Slovanský dům, 2001. ISBN 80-86421-44-9.

JURÁKOVÁ, Iveta.: *Trestně právní postih toxikomanů*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 1999. ISBN 80-210-2234-5

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 9788024743615.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vyd., přepr. a dopl. Praha: Grada, 1998. Psyché. ISBN 80-7169-195-X.

MARTINKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů, 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing a.s., 2018. ISBN 9788027109296.

MCGRATH, Yuko. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. [Praha]: Úřad vlády České republiky, c2007. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-16-1.

MEČÍŘ, Jan. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 08-005-90.

Mezinárodní standardy prevence užívání drog. Přeložil Jiří BAREŠ. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2014. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-097-1.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., TION LEŠTINOVÁ, Z., NECHANSKÁ, B., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018* [Annual Report on Drug Situation 2018 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav a PERNICOVÁ, Hana. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag pro Výzkumný ústav pedagogický v Praze, 1998. 104 s. ISBN 80-260-3876-2.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. Medica. ISBN 80-85800-18-7.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1999. ISBN 80-7067-953-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0956-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 978-80-7178-308-4.

Internetové zdroje

Bezdymný tabák: 14. července 2016. *Koureni-zabiji* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2015 [cit. 2021-01-27]. Dostupné z: <https://www.koureni-zabiji.cz/article/blog/bezdymny-tabak/>

Drogy a závislost na nich. *Záchranný kruh* [online]. [cit. 2021-3-25]. Dostupné z: <https://www.zachranny-kruh.cz/pro-verejnost/kriminalita-rizikove-chovani/drogy/co-je-zavislost.html>

KORANDA, Marian. Dětské a dorostové detoxikační centrum. *Adiktologie* [online]. 28. 11. 2016, 342-351 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/koranda-1.pdf>

MARTANOVÁ, Veronika. VŠEOBECNÁ X SELEKTIVNÍ X INDIKOVANÁ ŠKOLSKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE. *Národní ústav pro vzdělávání* [online]. květen 2014 [cit. 2020-10-27]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/vseobecna-x-selektivni-x-indikovana-skolska-primarni-1>.

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2021 [cit. 15.01.2021]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

Popis realizace poskytování sociální služby. *SKP centrum* [online]. [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.skp-centrum.cz/nase-sluzby-a-projekty/nizkoprahova-zarizeni-pro-deti-a-mladez/fk/popis-sluzby>.

Prevence. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. b. r. [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/prevence>.

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 - Ročník respondentů
- Graf 2 - Pohlaví respondentů
- Graf 3 - Protidrogové preventivní programy
- Graf 4 - Protidrogové preventivní programy
- Graf 5 - Preventivní protidrogové programy
- Graf 6 - Rozdíl mezi měkkými a tvrdými drogami
- Graf 7 - Měkké drogy
- Graf 8 - Tvrdé drogy
- Graf 9 - Nebezpečí drog
- Graf 10 - Ponětí o existenci drog
- Graf 11 - Zkušenost s alkoholem
- Graf 12 - Konzumace alkoholu v rodině
- Graf 13 - Zkušenosti s tabákovou cigaretou
- Graf 14 - Zkušenost s tabákovými cigaretami v rodině
- Graf 15 - Žvýkací tabák
- Graf 16 - Konopné výrobky
- Graf 17 - Motivace k užívání lehkých drog
- Graf 18 - Obstarání tabákových cigaret
- Graf 19 - Obstarání žvýkacího tabáku
- Graf 20 - Obstarání elektronické cigarety
- Graf 21 - Obstarání konopných výrobků
- Graf 22 - Prospěch respondentů
- Graf 23 - Prospěch respondentů
- Graf 24 - Informovanost o drogách

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Rozdělení lehkých a tvrdých drog (z www.zachrany-kruh.cz)

Tabulka 2 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Názor na nebezpečnost drog v souvislosti s absolvováním preventivních programů

Tabulka 3 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Zdroj informací o drogách

Tabulka 4 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Názor na drogy v souvislosti s kouřením v rodině

Tabulka 5 - Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test: Zkušenost s konopnými výrobky v souvislosti s prospěchem

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Užívání návykových látek v dětské populaci z (Mravčík et al., 2020, s. 48)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Miroslav Slezák a jsem studentem bakalářského studia na Univerzitě Pardubice oboru humanitní studia. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je určen pro žáky šestých až devátých tříd na základních školách. Odpovědi budou sloužit ke zpracování mé bakalářské práce - Lehké drogy pohledem žáků druhého stupně základních škol. Vyplnění dotazníku Vám zabere pár minut. Všechny odpovědi jsou zcela anonymní.

Děkuji.

1) V jakém jste ročníku?

- a) V šestém
- b) V sedmém
- c) V osmém
- d) V devátém

2) Jakého jste pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

3) Nabízí Vaše škola protidrogové preventivní programy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4) Kolikrát jste preventivní protidrogové programy navštívil/a

- a) Ani jednou
- b) Jednou
- c) Dvakrát
- d) Vícekrát
- e) Nevím

5) Jak změnily preventivní protidrogové programy Váš pohled na užívání lehkých drog? (možnost vybrat více odpovědí)

- a) Protidrogové preventivní programy jsem nenavštívil/a
- b) Začal/a jsem se obávat psychických následků
- c) Začal/a jsem se obávat fyzických následků
- d) Začal/a jsem se obávat finančních problémů
- e) Začal/a jsem se obávat, že klesnu na dno společnosti
- f) Vše jsem o drogách již věděl/a

6) Myslíte si, že víte, jaký je rozdíl mezi lehkými (měkkými) a tvrdými drogami?

- a) Ano
- b) Ne

7) Zkuste označit všechny drogy, které považujete za lehké: (možnost vybrat více odpovědí)

- a) Alkohol
- b) Žvýkáci tabák
- c) Konopné výrobky (marihuana, hašiš)
- d) Extáze
- e) Pervitin
- f) Tabákové cigarety
- g) Elektronické cigarety
- h) Kokain
- i) Heroin

8) Zkuste označit všechny drogy, které považujete za tvrdé: (možnost vybrat více odpovědí)

- a) Alkohol
- b) Žvýkáci tabák
- c) Konopné výrobky (marihuana, hašiš)
- d) Extáze
- e) Pervitin
- f) Tabákové cigarety
- g) Elektronické cigarety
- h) Kokain
- i) Heroin

9) Myslíte si, že jsou drogy nebezpečné?

- a) Ano, všechny
- b) Pouze tvrdé drogy
- c) Pouze měkké drogy
- d) Ne
- e) Nevím

10) Kde jste se nejvíce dozvěděl/a o existenci drog?

- a) Doma
- b) Ve škole
- c) Od kamarádů
- d) Z médií
- e) Jiná odpověď: _____

11) Kdy jste poprvé vyzkoušel/a alkohol?

- a) Nikdy

- b) Před 6. rokem života
- c) Na 1. stupni základní školy
- d) Na 2. stupni základní školy

12) Jak často se u Vás doma pije alkohol?

- a) Nikdy
- b) Příležitostně
- c) Často
- d) Denně

13) Kdy jste poprvé kouřil/a tabákovou cigaretu?

- a) Nikdy
- b) Před 6. rokem života
- c) Na 1. stupni základní školy
- d) Na 2. stupni základní školy

14) Kdo u Vás doma kouří?

- a) Matka
- b) Otec
- c) Matka i otec
- d) Nikdo z nich

15) Zkusil/a jste někdy žvýkáci tabák?

- a) Nikdy
- b) Před 6. rokem života
- c) Na 1. stupni základní školy
- d) Na 2. stupni základní školy

16) Zkusil/a jste někdy konopný výrobek? (marihuana, hašiš)

- a) Nikdy
- b) Před 6. rokem života
- c) Na 1. stupni základní školy
- d) Na 2. stupni základní školy

17) Co vás k užití jakékoli lehké drogy přimělo? (možnost vybrat více odpovědí)

- a) Nabídka přátel
- b) Zvědavost
- c) Špatná životní situace
- d) Snaha zapadnout mezi vrstevníky
- e) Nuda
- f) Nikdy jsem žádnou neužil

18) Bylo by pro Vás těžké si obstarat tabákovou cigaretu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

19) Bylo by pro Vás těžké si obstarat žvýkací tabák?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

20) Bylo by pro Vás těžké si obstarat elektronickou cigaretu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

21) Bylo by pro Vás těžké si obstarat konopný výrobek? (marihuana, hašiš)

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

22) Získal/a jste v dosavadním studiu na 2. stupni základní školy alespoň jednou vyznamenání na vysvědčení?

- a) Ano
- b) Ne

23) Dostal/a jste v dosavadním studiu na 2. stupni základní školy alespoň jednou dostatečnou (4) nebo nedostatečnou (5) známku na vysvědčení?

- a) Ano
- b) Ne

24) Myslíte si, že jste dostatečně informováni o účincích a nebezpečí drog?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím