

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Rozdílnost v experimentování užívání drog u mládeže
na učilištích a gymnáziích

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Mgr. Pavel Vácha

Autor práce:
Bc. Pavla Hrubá

2007

Prohlášení:

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum: v Českých Budějovicích 28. 5. 2007

Podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Pavlovi Váchovi za odborné vedení diplomové práce a poskytování cenných rad.

Abstrakt

The title of the diploma work: **“Difference in Experiments with Use Drugs at Youth of Vocational training Training Schools and Grammar Schools“.**

This diploma work deals with problemacy of experimenting and use of legal and illegal addictive substances. It is aimed at students of grammar schools and vocational training schools. Teen age people undergo much complicated period, in which there come lots of bio-psycho-social changes. These changes make demands on adaptation of young people and they could result in risk behaviour, that can damage health by excessive use of dangerous substances from tobacco, use of alcohol to illegal drugs.

In my diploma work there is a drug problemacy from history to the present outlined . We recognize division of drugs and particular most known representatives of legal and illegal addictive substances, their chemical composition, their effects on human organisms, treatment, attitudes of young people toward to particular drugs, causes and results of use of addictive substances, causes of addiction development, anti-drug policy of the Czech Republic and legislative measures, which include preserving, producing and use of narcotic substances.

The aim of this diploma work was to find out differences in experimenting and use of drugs of young people commensurate with a type of school studied and also differences in experience with those drugs. I set hypothesis on the basis of professional literature and my own experience with this problemacy.

H1: I suppose, addiction problem is mostly matter of people with lower quality of education.

H2: I suppose, tobaccoism and alcohol use is a predisposition for drug use.

The research was carried out by random systematic selection of respondents by quantitative method in the form of anonymous questionnaire at the Grammar School in Písek and Vocational Training School in Písek. The research found out, whether students experiment or use legal and illegal addictive substances and their attitudes towards drugs.

The results indicate students responses to questions in anonymous questionnaires at particular schools in 33 graphs and 4 charts. Each graph and chart are supported with comment about reached result.

In discussion I compare the results of my research with other results of researches aimed at experimenting and use of addictive substances, that were published in literature or on Internet. I describe what was the result of research carried out at particular schools. The questions that were related to verification of particular hypothesis were stressed.

Commensurate for obtained results of research we can state that more than two thirds of students have ever experimented with alcohol,, tobacco products and more than one third of students experimented with illegal drug. At present more than two thirds of students use alcohol and tobacco products, more than one third use illegal addictive substances. Students of vocational trainingtraining schools have more tolerant attitude to use of tobacco products and use of illegal addictive substances. Students of grammar schools have more tolerant attitude to use of alcohol. When I consider results, both the hypothesis were confirmed. I draw conclusion that there is necessary to improve public information in all the society, to make a proper primary prevention not only in families, but mainly at schools, in mass media and edifying campaigns.

Obsah:

Úvod.....	5
1.Současný stav.....	7
1.1. Vyjasnění pojmu.....	7
1.2. Rozdělení návykových látek.....	8
1.3. Historie drog.....	8
1.3.1. Historie opiátů.....	9
1.3.2. Historie konopných drog.....	9
1.3.3. Historie kokainu.....	10
1.3.4. Historie halucinogenů.....	10
1.3.5. Historie amfetaminů.....	11
1.3.6. Historie těkavých látek.....	11
1.3.7. Historie kouření.....	11
1.3.8. Historie alkoholu.....	12
1.3.9. Historie drog v Čechách.....	12
1.4. Drogy v současnosti.....	13
1.4.1. Drogy u mládeže v současnosti v Čechách.....	14
1.5. Tabák.....	15
1.5.1. Účinky tabáku.....	16
1.5.2. Léčba.....	17
1.5.3. Mládež a tabák.....	17
1.6. Alkohol.....	18
1.6.1. Účinky alkoholu.....	19
1.6.2. Léčba.....	20
1.6.3. Mládež a alkohol.....	21
1.7. Konopné drogy – kanabinoidy.....	21
1.7.1. Marihuana.....	22
1.7.2. Hašiš.....	22
1.7.3. Účinky konopných drog.....	22
1.7.4. Léčba.....	23

1.7.5. Mládež a konopné drogy.....	24
1.8. Opiáty a opioidy.....	24
1.8.1. Morfin.....	24
1.8.2. Heroin.....	25
1.8.3. Braun.....	26
1.8.4. Metadon.....	26
1.8.5. Účinky opiátů.....	26
1.8.6. Léčba.....	27
1.8.7. Opiáty a mládež.....	27
1.9. Stimulancia.....	27
1.9.1. Pervitin.....	28
1.9.2. Extáze.....	29
1.9.3. Kokain.....	29
1.9.4. Crack.....	31
1.9.5. Amfetamin.....	32
1.9.6. Mládež a stimulancia.....	33
1.10. Halucinogeny.....	33
1.10.1. Lysohlávky.....	33
1.10.2. Muchomůrka červená.....	34
1.10.3. LSD.....	35
1.10.4. Mládež a halucinogeny.....	36
1.11. Těkavé látky.....	37
1.11.1. Toluén.....	37
1.11.2. Trichlorethylen.....	38
1.11.3. Aceton, benzín a éter.....	38
1.11.4. Rajský plyn.....	39
1.11.5. Mládež a těkavé látky.....	39
1.12. Léky vyvolávající závislost.....	39
1.12.1. Analgetika.....	40
1.12.2. Hypnotika.....	41

1.12.3. Anxiolytika.....	42
1.12.4. Ostatní léky.....	42
1.12.5. Mládež a závislost vyvolávaná léky.....	43
1. 13. Příčiny užívání drog.....	43
1.14. Důsledky užívání drog.....	43
1.15. Závislost.....	45
1.15.1. Substituční a procesuální závislost.....	45
1.15.2. Psychická a fyzická závislost.....	45
1.15.3. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti.....	46
1.15.4. Faktory ovlivňující vznik závislosti.....	47
1.15.5. Prevence závislosti.....	48
1.16. Léčba.....	50
1.17. Protidrogová politika.....	50
1.17.1. Typy protidrogové politiky.....	51
1.17.2. Složky protidrogové politiky.....	52
1.17.3. Protidrogová politika v České republice.....	52
1.18. Zákon a drogy.....	53
1.18.1. Česká legislativa.....	53
1.18.2. Úmluvy OSN.....	55
2. Cíl práce a hypotézy.....	56
2.1. Cíl práce.....	56
2.2. Hypotézy práce.....	56
3. Metodika.....	57
3.1. Použité metody.....	57
3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	57
4. Výsledky.....	58
5. Diskuse.....	89
6. Závěr.....	100
7. Seznam použitých zdrojů.....	102
8. Klíčová slova.....	108

9. Přílohy.....	109
-----------------	-----

Úvod

V současné době je užívání drog v populaci velmi rozšířené a věková hranice, kdy přicházejí osoby do prvního kontaktu s drogami, se snižuje. Jednou z nejvíce ohrožených skupin, která experimentuje s drogami a je ohrožena vznikem možných závislostí, je mládež na gymnáziích a učilištích. Tato skutečnost může být způsobena řadou faktorů, které ovlivňují mládež v České republice, počínaje rodinným zázemím, přáteli, kamarády, vyžitím ve volném čase a vzděláním.

Dospívání je velmi složité období, ve kterém probíhá řada bio-psycho-sociálních změn. Tyto změny kladou velké nároky na adaptaci mladých lidí a mohly by vést k rizikovému chování, kterým by mohlo dojít k ohrožení zdraví nadměrným užíváním rizikových látek od tabakismu, přes alkohol až k tzv. tvrdým drogám.

Dostupnost návykových látek v naší republice se velmi zvýšila po roce 1989 v souvislosti s otevřením hranic, tranzitem drog přes Českou republiku a velmi snížené znalosti o zdravotních, sociálních a ekonomických dopadech omamných a psychotropních látek a jejich návykovosti.

Mládež v České republice patří mezi svými evropskými vrstevníky k největším kuřákům a zaujímá jedno z prvních míst v konzumaci alkoholu a zároveň se zvyšuje počet osob závislých na jiných druzích omamných látek.

Tato skutečnost, že se zvyšuje počet adolescentů užívajících drogy, je úzce spjata s kriminalitou mládeže a množstvím přečinů a trestných činů spáchaných mládeží pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek

Česká republika řeší problém drog od roku 1994, a přesto patříme k těm zemím Evropské unie, kde je užívání drog velmi rozšířené. K této skutečnosti také přispívá poloha České republiky ve Střední Evropě, a kudy se transportují omamné látky do dalších zemí.

Celosvětová a česká protidrogová scéna zaznamenává dílčí úspěchy, ale i přesto nelze problematiku drog zcela vymýt. Od roku 1996 byla ve školách zavedena činnost školních metodiků prevence, kteří znají dobře situaci na dané škole a jsou obeznámeni se situací na drogové scéně v naší společnosti, provádějí poradenskou činnost v oblasti

drogových závislostí a podílejí se na preventivních programech jednotlivých škol a spolupráci škol mezi s sebou. Jejich práce je velmi potřebná, avšak situace u školní mládeže není stále uspokojivá.

I nadále je zapotřebí výzkumu a preventivních programů, které by mohly napomoci ke zdravému vývoji dospívající mládeže a jednotlivců.

1. Současný stav

1.1. Vyjasnění pojmů

Pojem droga se v průběhu let neustále vyvíjel, podle některých pramenů pochází původně z francouzštiny a označuje sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin a živočichů a slouží obecně jako léčivo. V jiných pramenech je uváděno, že slovo droga pochází z arabštiny a bylo to původní označení pro látku rostlinného nebo živočišného původu, která byla obsažena v lécích. Podle dalších zdrojů je drogou látka, která je schopná v medicíně zabránit nemoci, léčit ji nebo může zvýšit tělesnou či duševní pohodu. Ve farmakologii je to jakýkoliv chemický prostředek, který mění biochemické nebo fyziologické procesy tkání nebo organismů. (10, 19, 62, 63)

V roce 1969 zveřejnila WHO definici, podle které je drogou jakákoliv látka, která, pokud je vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Nejvíce rozšířená je definice, která za drogu pokládá každou látku, ať přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky.

1) Určitým způsobem ovlivňuje naše prožívání okolní reality, působí a ovlivňuje naši psychiku, má tzv. psychotropní účinek.

2) U organismu může vyvolat závislost (63)

V odborné terminologii se od roku 1971 užívá výraz omamné a psychotropní látky (OPL). Ve velmi podobném významu bývá také používán výraz návyková látka. Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou si může organismus vytvořit závislost. (19)

Návykovou látkou je podle paragrafu 10 trestního zákona alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, jeho ovládací nebo poznávací schopnosti a jeho sociální chování. (65)

1.2. Rozdělení návykových látek

Návykové látky (drogy) můžeme dělit různým způsobem. Nejčastěji se drogy rozdělují na legální a nelegální.

Legální drogy (alkohol, tabák) jsou součástí kulturní tradice, jejich užívání je akceptováno a tolerováno. Pod dohledem společnosti jsou vyráběny a distribuovány. Jejich výrobce a uživatelé nejsou trestně odpovědní ani postižitelní, pokud dodržují zákony. (19)

Státem nepodporované jsou nezákonné drogy – drogy nelegální. Jejich užívání je nežádoucí, je spojeno s různou mírou rizik, jejich výroba a distribuce je nelegální. (19)

Drogy dále můžeme dělit podle vzniku na přírodní (např. marihuana, hašiš, opium, lysohlávky, durman), semisyntetické (např. morfin, LSD, kokain) a syntetické (např. pervitin, extáze, rozpouštědla, sedativa, léky). Další možné dělení drog je podle typu působení a chemického složení na tlumivé látky (např. morfin, heroin, metadon, hypnotika, anxiolytika), na stimulancia (např. pervitin, kokain, crack) a na halucinogeny (např. marihuana, hašiš, LSD, extáze, těkavé látky). (63)

1.3. Historie drog

Historie užívání návykových látek je stará jako lidstvo samo. Antropologové, kteří studovali staré a domorodé kultury v různých částech světa uvádějí, že psychedelické substance byly a jsou používány k léčení, věštění a v šamanských rituálech. Psychedelické látky navozují intenzivní prožitky, často obsahují zážitky smrti a znovuzrození. První zmínka užívání psychedelických látek v historii čínské medicíny je datována před více než 3 500 lety. I ve staré indické literatuře je zmiňována posvátná rostlina, z níž se vyráběl nápoj, který po požití uvedl osoby do extatických stavů (jednou polovinou byli na zemi a druhou na nebesích), jejich těla oplývala silou, srdce odvahou, radostí, nadšením a myslí se dostávalo osvícení a ujištění o nesmrtelnosti. Velmi bohatě byly užívány psychedelické látky ve Střední a Jižní

Americe řadou kultur, např. Aztéky, May. Zdrojem těchto látek byl druh kaktusu, posvátné houby a liánovitá rostlina, z kterých se připravovaly různé substance, nápoje a odvary. V rovníkové Africe je zdrojem drogy keřovitá rostlina, která vyvolává snové stavy. Ve starověkém Řecku byl při náboženských rituálech podáván nápoj s psychedelickým účinkem. V období středověku se celá řada rostlin a živočišných látek používala k výrobě nápojů a mazání, které se využívaly při čarodějných rituálech, černých mších a sabatech. V téže době probíhalo kruté potlačení čarodějnictví svatou inkvizicí, jako např. pokusy vymýtit používání drog mezi kolonizovanými domorodci Nového světa. (26, 61)

1.3.1. Historie opiátů

Opium se vyrábí z máku, prvními uživateli byly Sumerové již kolem roku 4 000 př.n.l. Používali ho proti horečkám, kolikám, astmatu, závratím a chronickým bolestem hlavy. Makové šťávy dali Řekové název opium. Opium se dále rozšířilo z Arabské říše do Persie, Indie, Malajsie v 8 století, do Číny se rozšířilo ve středověku. Ve středověku vytvořil zakladatel moderní farmakologie Paracelsus léčivou tinkturu s obsahem opiátů a nazval ji Laudanum a Arkanum. Tato tinktura byla využívána ještě ve 20 století a v současnosti je někdy používána při průjmech. Opium bylo používáno především ke zklidnění a jako uspávací prostředek. K rozšíření dalších opiátových preparátů (morfin, kodein, heroin) došlo koncem 19. století a na začátku 20. století zásluhou válek vedených v Americe a v Evropě. Opiátové přípravky byly požívány v přístavních a velkých městech. Velmi brzy byla zjištěna škodlivost opiátových látek a byla přijata řada opatření, kterými se tyto látky staly nelegální. (6, 26, 61)

1.3.2. Historie konopných drog

Původním domovem konopí je pravděpodobně centrální část Asie, odkud se rozšířilo do celého světa. Konopí obsahuje psychicky aktivní látky, nazývané kanabinoidy. Konopí slouží pro výrobu hašiše a marihuany. Hašiš se začal používat v Persii již v 6. století. První popsání zmínka konzumace hašiše v Evropě pochází ze 13. století z pera Marka Póla. Marihuana je používána ke kouření. Konopné produkty

užívali Arabové v souvislosti s teroristickými akcemi. Konopné produkty se v Evropě dříve užívaly při nechutenství, nevolnostech, bolestech břicha nebo nespavosti. V současnosti je distribuce konopných látek a pěstování konopí nelegální. (26, 34, 61)

1.3.3. Historie kokainu

Kokain je drogou, která je nejvíce rozšířena v zemích Jižní Ameriky a v současnosti představuje rostoucí problém pro Velkou Británii. Jako první používali kokain Inkové k náboženským obřadům, později se žvýkání koky rozšířilo mezi běžné obyvatelstvo, které takto zahánělo hlad a čerpalo energii. Do Evropy byl kokain dopraven v 16. století. V roce 1858 chemik Neimann izoloval z kokových lístků kokain, který byl později používán v medicíně k místní anestézii při drobnějších operacích. Jedním z prvních, kdo začal s touto drogou experimentovat, byl S. Freud. První kampaň proti kokainu proběhla v letech 1923 – 1924. Kokain se v současnosti využívá ve farmacii a potravinářství. Příkladem může být povzbuzující nápoj Coca - Cola, ale po několika letech výroby byl kokain v nápoji nahrazen kofeinem. V současnosti se na nelegálním prodeji kokainu a heroinu vydělávají miliardy dolarů ročně. (10, 26, 31, 56, 61)

1.3.4. Historie halucinogenů

Označení halucinogenní drogy prošlo složitým vývojem. Název halucinogeny zavedl Osmond, Smythies a Hoff v roce 1954, dříve se užívaly termíny delirogeny, psychotomimetika, psychodisleptika, fantastika, psychedelika a řada dalších názvů. K halucinogenním drogám můžeme přiřadit několik stovek různých látek. V dávné minulosti byly využívány přírodní halucinogeny rostlinného původu a houby (např. durman, blín černý, rulík zlomocný, meskalin, kořen oměje šalamounku, muchomůrka červená, lysohlávky) a živočišného původu (např. bufetenin ze sekretu kůže některých ropuch) (příloha č.1). Tyto látky mohly vyvolat halucinace, bludy, zmatenost, snění, poruchy vnímání. V antickém Řecku lidé věřili, že pod vlivem blínu jsou schopni předvídat budoucnost. Delfské kněžny vdechovaly kouř z doutnajícího blínu při obřadech a věštily budoucnost. V antickém Římě se pilo víno pančované odvarem

z rulíku zlomocného. Tyto rostliny byly uplatňované v době středověku při čarodějnictví a černé magii. Drogy tohoto původu jsou dodnes vyhledávaným zbožím. (35, 45, 55, 61)

Další skupinou halucinogenů je skupina symisyntetických a syntetických drog (např. LSD, PCD). LSD bylo objeveno ve 40 letech 20. století. V 50. a 60. letech Hoffmann objevil účinky LSD na psychiku člověka a také díky tomu se halucinogeny staly nejvíce vědecky zkoumanou skupinou drog. S LSD se experimentovalo v psychologii a psychiatrii. LSD se využívalo se v psychoterapii, u neuróz, poruch osobnosti, u závislostí nebo psychóz. (35, 55, 61)

1.3.5. Historie amfetaminů

Amfetaminy jsou látky, jejichž výroba závisí na rozvoji farmaceutického průmyslu, a proto mají krátkou historii. Koncem 19. století začala výroba prvních amfetaminů v souvislosti s léčbou astmatu, deprese a obezity. V průběhu 20. století se staly jednou z nejvíce užívaných drog v Evropě. (45)

1.3.6. Historie těkavých látek

Již v 18. století se stalo módní vdechovat rajský plyn, éter a chloroform, ale až v moderní době se rozšířilo vdechování výparů omamných látek. Mezi ně patří více než sto komerčně dostupných výrobků (např. lepidla, odlakovače, ředidla, barvy, čisticí prostředky atd.), které ředíme do skupiny nebezpečných inhalantů. (18, 45)

1.3.7. Historie kouření

Tabák pěstovali již v dávných dobách indiáni. Kolumbovi námořníci byli první Evropané, kteří se seznámili s tabákem na svých výpravách. Tabák se do Evropy dostal v roce 1512, k nám koncem 16. století. Od 16. století se v Evropě tabák pěstuje, jeho pěstování zavedl Jean Nicot ve Francii. Zpočátku byl tabák používán jako lék proti bolestem zubů (vtíral se do dásní) a proti některým infekčním nemocem. Kouření se stalo součástí náboženských obřadů. Tabák se kouřil v dýmkách, později se tabák začal šňupat a žvýkat. V 18. století Španělé začali vyrábět doutníky. Cigarety se začaly

vyrábět v Americe v 60. letech 19. století. Kouření se stalo oblíbenou součástí společenského života. I přestože prodej a užívání tabákových výrobků není zakázán, je v současnosti ve většině zemí vedena silná protikuřácká kampaň. (19, 24, 45)

1.3.8. Historie alkoholu

V mytologii je alkohol a především víno označováno za dar od bohů. Od dávných let lidé vyráběli víno ze zkvašených datlí a obilí. Výroba alkoholu je rozšířená po celém světě a v řadě zemích bylo opilství tvrdě trestáno. Ve středověké Evropě došlo k nebývalému rozvoji pivovarnictví. Závislost na alkoholu jako nemoc definoval v 18. století americký psychiatr B. Rush. Od poloviny 19. století byl alkoholismus pokládán za chronické onemocnění. V USA byly zakládány první léčebné ústavy pro léčbu alkoholismu a rozšířilo se hnutí totální abstinence. Na přelomu 19. a 20. století ve světě začínají vznikat první spolky střízlivosti a léčebny pro lidi závislé na alkoholu. (48, 61)

1.3.9. Historie drog v Čechách

První zmínky o užívání drog v Čechách pocházejí z konce 18. století a tyto drogy byly využívány pro medicínské účely. Lékaři svým pacientům v průběhu 19. století doporučovali silný makový odvar. Také se objevují první případy užívání morfinu. Na přelomu století je již registrováno 16 závislých osob na heroinu, ale i přesto heroin nebyl považován za sociálně nebezpečný. Po první světové válce v uměleckých kruzích a mezi prostitutkami dochází k rozmachu kokainu. V té době je Praha na jednom z čelních míst v Evropě v užívání drog. V Praze jsou provozovány kuřárny opia. V té době bylo v Čechách 1140 obchodníků s drogami.

V průběhu druhé světové války byl přístup k drogám omezen, přísně střežen a také bylo méně finančních prostředků na návykové látky, ale po jejím skončení se užívání a zneužívání drog opět zintenzivnilo. Drogy byly používány při výsleších nebo na zvýšení odvahy. (61)

Před rokem 1990 byla zdrojem drog takřka výhradně domácí produkce - pěstování marihuany, výroba braunu a pervitinu. Uživatelé byli sdruženi do nevelkých skupin, v nichž probíhala produkce, distribuce i spotřeba. (3)

Po roce 1990 se situace rychle mění, dochází k celkovému uvolnění poměrů a ke snížení sociální kontroly. Přestože domácí produkce stále dominuje, je stále více zpestřována dovezenými drogami, především heroinem. ČR se stává významnou tranzitní zemí a část provážených drog se dostává k domácím uživatelům jako odměna za služby nebo jako testování trhu. Uzavřené skupiny se začínají stále více propojovat a vzniká typický trh nabídky a poptávky. Drogy se rychle šíří, vytváří se rozsáhlejší populace experimentátorů a rekreačních uživatelů. (3, 12, 40)

V letech 1994 – 2000 se ČR stává z tranzitní země zemí cílovou. Dochází k masivní invazi kvalitního a levného heroinu z dovozu na domácí trh. Přestože si pervitin udržuje své postavení, roste počet uživatelů heroinu. Drogy se stávají všeobecně dostupné a věková hranice prvních uživatelů se snižuje. (3, 37)

1.4. Drogy v současnosti

V průběhu 20. století došlo v užívání drog k posunu. Důvody medicínské, religiózní, mystické se přesunuly k pragmatickým (pobavit se, zapomenout). Začátkem 20. století se zneužívání psychoaktivních látek a jejich zhoubné důsledky staly problémem celého světa. Počáteční užívání jednotlivých skupin přerostlo v masový všespolečenský konzum.

Po celém světě jsou organizované drogové gangy, které mají k dispozici obrovský finanční kapitál z nelegálního obchodu. Tyto organizace mají k dispozici nejmodernější laboratoře pro výrobu drog a jejich kontakty sahají až do nejvyšších stupňů politických a vojenských systémů některých států, které tento kapitál využívají v ekonomice svých zemí.

Počet narkomanů roste velmi rychle, problém drog se týká všech věkových kategorií a sociálních skupin, a proto se tímto problémem zabývá mnoho společenských a vědních oblastí. Fenomén drog není humanitními vědami považován za specifický problém, ale za jeden z aspektů obecných problémů pro společnost 20. a 21. století a s jako takovým je třeba se vyrovnávat. (61)

1.4.1. Drogy u mládeže v současnosti v Čechách

Řada studií prokázala, že obliba nelegálních drog v posledních letech 20. století mezi mládeží stoupá a zároveň spotřeba legálních drog (alkohol, tabák) neklesá. Mezi nelegálními drogami bylo nejvíce rozšířené kouření konopí a dochází k rozšiřování dalších rizikových látek, zejména halucinogenů, kokainu, heroinu i pervitinu. Neopomenutelnou skupinu drog tvoří nadužívání a zneužívání léků, zejména barbiturátů, analgetik a tišících prostředků. Toluen, jiná rozpouštědla a anabolika jsou stále méně oblíbené drogy. (5, 47, 51, 63)

Podle celopopulačních průzkumů, které proběhly v České republice v letech 2002-2003, má alespoň jednu zkušenost s drogou 16% obyvatelstva. První zkušenost s alkoholem mají dotazovaní ve 14 letech, s tabákem ve 13 letech, s marihuanou ve 14 letech, s extází, LSD, halucinogenními houbami, amfetaminy, pervitinem v 17 letech, kokainem ve 20 letech. Podle výzkumů mládeže (15 – 19 let) celoročně užívá alkohol 95%, marihuanu 87%, tabák 83%, extázi 51%, pervitin 29%, halucinogenní houby 17%, benzodiazepiny 5% a rozpouštědla 3% populace této věkové skupiny. (25)

Podle výzkumu z roku 2006 na Písecku je nejčastější způsob užití drogy (97,8%) kouření, v 8% užívají dotazovaní drogy polykáním, v 7,4% pitím, 6% užívá návykové látky šňupáním, 3,8% žvýkáním, 3,5% aplikací pod jazyk, 1,7% čicháním, 1,6% intravenózně a 0,3% používá vpichy do svalu. (13)

Jako důvody užití drogy udávají studenti na píseckých školách životní těžkosti (66,2%), touhu zkusit něco nového (62,4%), zvědavost (65%), nudu (46,3%), nabídnutí drogy kamarádem (28,6%). (13)

Mezi začínajícími uživateli heroinu i pervitinu se více než dříve objevují neinjekční formy aplikace (šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie), ale většinou z úsporných důvodů přecházejí uživatelé na injekční způsob aplikace. (3)

1.5. Tabák

Kouření tabáku patří mezi nejvíce rozšířené toxikománie na celé planetě. Přestože je znám od roku 1950 velmi ničující dopad tabáku na zdraví, jeho spotřeba celosvětově ročně stoupá, a to především v rozvojových zemích. V západních zemích spotřeba tabáku stagnuje a nebo mírně klesá. V České republice kouří tabák mezi 15. a 18. rokem 40 – 50% mladých lidí. (24, 57)

Cigareta je startovací droga. (příloha č.3) Pravdivost tohoto tvrzení je podloženo výzkumy, ve kterých byl prokázán úzký vztah mezi kouřením tabákových cigaret a dalšími formami rizikového chování (např. kouření marihuany, pití alkoholu). (16, 38)

Jedinou návykovou látkou v tabáku je nikotin, dalších 60 – 100 látek má karcinogenní, tj. rakovinou tvorné účinky (např. formaldehyd, arsenik, kyanid). (pokorný)

Nikotin velmi významně ovlivňuje vegetativní nervový systém. Způsobuje dobré prokrvení splachnické oblasti (navozuje podobné pocity jako po sytém jídle) a druhotně způsobuje pocit uklidnění. Mechanismus působení nikotinu na nervovou tkáň je obdobný jako u heroinu, amfetaminů a kokainu. Pro tyto látky je společné především zvyšování dopaminu v nervových synapsích (jeho množství v těle má souvislost s náladou a s tím, jak se cítíme). (24, 55)

Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů v mozku, které jsou citlivé na nikotin. Jejich počet se během života bohužel nezmenší, a proto naprostá většina osob, které byly jednou na nikotinu závislé, už nemůže být příležitostnými kuřáky. (24,55)

V České republice jsou užívány dvě formy tabáku: bezdýmý tabák a tabák, který hoří. Bezdýmý tabák – tento tabák se dále rozděluje na šňupací (aplikuje se vdechtem do nosních dutin) a orální tabák. Orální tabák je jednak tabák žvýkací,

to představuje listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají (je to velmi oblíbená forma u horníků). Druhou formou orálního tabáku je „vlhký šňupec“, což jsou papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin a řada dalších chemikálií. (24)

Tabák, který hoří známe především ve formě doutníků, dýmky nebo cigarety. Doutník je pouze svinutý tabákový list, který obsahuje nejméně přídatných látek. Dýmkový a především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován, např. látkami pro ladné vinutí kouře, což je důležitou součástí psychosociální závislosti. (24)

1.5.1. Účinky tabáku

Nikotin je absorbován sliznicemi a odbourává se po 3 – 4 dny v játrech. Je to prudký jed. K smrtelné otravě organismu stačí 50 mg nikotinu (jedna cigareta obsahuje průměrně 1 – 2 mg). (45)

Prudká otrava nikotinem se projevuje v důsledku narušení funkce vegetativního nervového systému bledostí, pocením, pocitem nevolnosti, závratěmi, skleslostí, bolestí hlavy, průjmem. (45)

Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismus. K nikotinismu dochází, pokud kuřák kouří více jak 20 cigaret denně. Chronická otrava nikotinem se projevuje nespavostí, labilitou nálad, poklesem pozornosti, chronickým zánětem dýchacích cest, nechutenstvím, střídáním průjmu a zácpy, zvracením, poruchami tepové frekvence (bušení srdce), pocitem sevřenosti, zvýšenou produkcí moči, u mužů sníženou schopností potence až impotencí, u žen poruchami menstruačního cyklu (v případě gravidity se lze setkat s častějším výskytem potratů, poškozením vývoje plodu, nižší porodní váhou dítěte), sníženou ostrotí čichu a chuti, arteriosklerotickými změnami, vznikem zánětů až vředů v oblasti žaludku, vznikem kolik, nádorovým onemocněním dýchacích cest. (45)

1.5.2. Léčba

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje mnoho let, a proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si především musí přát přestat kouřit a sám se rozhodnout nekouřit. (16, 24, 45)

Při odvykání kouření se obvykle postupuje pomalu, aby kuřák nepozoroval vážnější abstinenci příznaky. Ale i přesto se mohou v průběhu odnaučování kouření dostavit typické abstinenci příznaky. Jak budou probíhat abstinenci příznaky závisí na celkovém somatickém stavu kuřáka a na době, po níž kuřák kouřil. Abstinence se projevuje řadou symptomů – je to únava, pseudoneurastenický syndrom, zažívací potíže (nauzea, obstipace, meteorismus), brnění ve svalech až slabé křeče, pocity snížené citlivosti v končetinách, poruchy spánku, psychomotorický neklid, změny nálad. (45, 55)

Nefarmakologická léčba je založena na osobním přístupu odvykajícího kuřáka a na mnoha psychologických technikách. Kuřák by si měl několikrát denně připomínat výhody nekouření, umět rozpoznávat nebezpečné situace a myšlenky a vyhýbat se jim. Doporučuje se naučit relaxovat bez cigarety, několikrát denně provádět autogenní trénink, rozbít kuřácké stereotypy, naučit se lépe zvládat stresové situace, zlepšit životosprávu a naučit se odměňovat se. (16)

Farmakologická léčba se uskutečňuje přes různé placebo preparáty (různé silice, soli stříbra). Placebo má však jen 5% úspěšnost úplné abstinence po roce léčby. Další možností farmakologické léčby kouření je náhradní terapie nikotinem. Náhradní terapie nikotinem má 10-20% úspěšnost abstinence po roce léčby. Náhradní terapie nikotinem je na našem trhu k dostání ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem. Všechny formy jsou volně k dostání v lékárnách a nepřispívá ne ně žádná zdravotní pojišťovna. Nejedná se však o lék proti kouření. Ale o lék zabraňující vzniku abstinenci příznaků. (24)

1.5.3. Mládež a tabák

Z výzkumů vyplývá, že nejkritičtější věkovým obdobím pro rozvoj kuřáckých návyků a závislostí je 11 – 15 let. V experimentování s cigaretou nebyly zjištěny rozdíly

mezi chlapci a dívkami. Dívky jsou slabšími kuřáky než chlapci. Mládež hodnotí příležitostné kouření cigaret v souvislosti s užíváním návykových látek jako nejméně rizikové chování. Příležitostné kouření cigaret je mezi studenty široce tolerováno. K příležitostnému i pravidelnému kouření jsou více tolerantnější dívky. (5)

Podle výzkumu z roku 2006 vyplývá, že zkušenost s cigaretou na Písecku má 57,7% studentů na středních školách a 82,4% studentů na učilištích. Příležitostně kouří na Písecku 23,8% studentů středních škol a 13,5% studentů s učňovským typem studia, do 5 cigaret denně kouří 8,8% studentů středních škol a 11,7% studentů s učňovským typem studia, více než 5 cigaret denně kouří 16,9% studentů středních škol a 41,4% studentů na učilištích. (13)

1.6. Alkohol

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. Absolutní prvenství dosahuje Česká republika v konzumaci piva. Záměrná konzumace alkoholových nápojů bývá označována jako alkoholismus. (48, 63)

Alkohol je jen jednou z mnoha látek nazvaných souhrnně alkoholy. Chemicky je běžným alkoholem ethylalkohol neboli ethanol. Vzniká procesem kvašení ze sacharidů, obsažených v ovoci, bílkovinných zrnech nebo bramborách. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. (48, 63)

Množství alkoholu v krvi (alkoholemie) se uvádí jako počet miligramů alkoholu v 1 ml krve a vyjadřujeme ho v promilech. (44)

Riziko vzniku závislosti na alkoholu je mnohem vyšší než u jiných drog, protože se jedná o společensky tolerovanou návykovou látku. Stejně jako tabák, také alkohol patří ke startovacím drogám a jeho užívání zvyšuje riziko, že konzument přejde k užívání nelegálních drog. (38, 48)

Řada výzkumů podpořila logoterapeutický výklad, že závislost na alkoholu je patologickým alternativním pokusem o vyrovnání s existenciální frustrací tam, kde z nějakého důvodu člověk nedokáže najít kladné hodnotové životní zakotvení. (16)

1.6.1. Účinky alkoholu

Účinek alkoholu na organismus je velmi složitý a dosud ne zcela objasněný. Do těla se dostává cestou zažívacího traktu. Žaludeční sliznicí se vstřebává asi 20 % požitého alkoholu, dvanáctníkem a tenkým střevem asi 80 %. Velmi nevýznamná je možnost resorpce vdechováním alkoholových par nebo resorpce neporušenou kůží jedince (u malých dětí byly popsány případy intoxikace alkoholem jeho resorpcí z alkoholových výparů). (44)

Rychlost vstřebávání alkoholu je závislá na množství a charakteru jídla požitého před pitím alkoholu. Ke zrychlení resorpce dochází při pití alkoholu na lačno a při některých chorobných stavech (stav po resekci žaludku, záněty žaludeční sliznice). Alkohol se v organismu odbourává především v játrech. (44)

Účinky různých koncentrací alkoholu v krvi shrnul britský farmakolog sir John Gaddum do čtyř stupňů: dizzy and delightful – mírně se motající a v dobré náladě (při koncentraci 1 mg alkoholu na 1 ml krve, tedy 1 promile); drunk and disordely – zřetelně opilý a zmatený (2 mg na 1 ml krve, tedy 2 promile); dead drunk – opilý na mol (3 mg na 1 ml, tedy 3 promile); langer of death – v nebezpečí smrti (4 mg na 1 ml krve, tedy 4 promile). (48)

Alkohol se rychle koncentruje v tukové tkáni a buněčných membránách. Přitom narušuje funkci receptorů a buňky nemohou normálně fungovat. Na toto narušení buněk je vnímavý především mozek, proto jsou účinky alkoholu především z velké části důsledkem všeobecného zmatku nervových buněk. Alkohol tlumí činnost nervových buněk mozku. Tento útlum mozku se nejprve projeví v kůře mozku, která zajišťuje myšlení, logické uvažování a úsudek. Dále se tento útlum projeví v mozečku, který se podílí na některých mechanismech pohybu. (55)

Prvním projevem působení alkoholu je snížení jasnosti myšlení, narušené posuzování situací a vzdáleností, snížená schopnost v pohybových funkcích (např. udržení rovnováhy). Po konzumaci poněkud vyšších dávek alkoholu, když už účinky alkoholu na sobě začínáme cítit, ztrácíme schopnost koncentrace a dochází k narušení paměti. Působení alkoholu odbourává zábrany pro chování a sociální

interakce. Některé osoby po požití alkoholu jsou více hovorné, mají menší sexuální zábrany, mnozí se však stávají agresivní až násilničtí. Pravidelné pití alkoholu může vést k závažným zdravotním problémům – poškození jater (cirhóza, hepatopatie, karcinom jater), průjmy, dysfagie, jícnové varixy, rakovina jícnu, gastritidy, rakovina žaludku, rakovina tenkého střeva, karcinom recta, narušení endokrinního systému, poškození slinivky břišní (vznik diabetu mellitu), poruchy krvetvorby a hemokoagulace, avitaminózy, u mužů impotence, u žen poškození plodu a poškození některých částí mozku. Nakonec jsou části mozku, které se účastní na paměti a učení, téměř zničeny, a proto chroničtí alkoholici nejsou schopni zapamatovat si čerstvou informaci déle než pár sekund.(45, 48, 55)

1.6.2. Léčba

Klíčovou rolí v léčbě závislosti na alkoholu hraje nefarmakologická léčba – psychoterapie. Používá se skupinová nebo individuální psychoterapie, případně kombinace obou. Jedním z hlavních cílů v odvykání je změna životního stylu, motivace a rozhodnutí pro abstinenci. Alkoholik si musí osvojit celou řadu dovedností, jak odolat a nepít alkohol. Psychoterapeutická léčba zahrnuje nejen postiženou osobu, ale i jeho blízké okolí (rodinu). Účelnou pomoc a podporu také poskytují svépomocné skupiny vyléčených alkoholiků. Mezi nejznámější patří anonymní alkoholici. Celoživotní abstinence je podmínkou, jinak může velmi snadno dojít k relapsu (znovu upadnutí do nepříznivého stavu – alkoholismu).(16, 28, 48)

Farmakologická léčba spočívá v senzitivaci, to znamená v podávání preparátů zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Pokud dojde k požití alkoholu po podání senzitivujícího preparátu, následuje výrazná vegetativní reakce organismu, která se projevuje kolísáním krevního tlaku, tachykardií, zrudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nauzeou, popřípadě zvracením, obtížným dýcháním, kolapsovými stavy a bezvědomím. Nejčastěji používaným preparátem s tímto účinkem je Antabus nebo Metronidazol. Antabus se obvykle podává po dobu jednoho roku od zahájení abstinence (ukončení základní abstinenci léčby) ambulantně 2x týdně, čímž je také zajištěna kontrola klienta.(48, 55)

K léčbě alkoholismu také patří léčba cravingu – pomocí farmakologických preparátů se snižuje touhu po alkoholu u klientů. Nejčastěji se používají preparáty Acamprosat a Naltrexon. Terapie cravingu je součástí prevence léčebné strategie, jejímž cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého klienta. (48)

Nedílnou součástí léčby osob závislých na alkoholu je podpůrná farmakoterapie. Tato léčba je založena na podávání hepatoprotektiv a vitamínů. Zlepšuje somatický stav klienta a jako sekundární efekt léčby dochází k zlepšení pacientova náhledu na vlastní odvykací léčbu a abstinenci. (48)

1.6.3. Mládež a alkohol

Z výzkumů vyplývá, že časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako u chlapců. Většina mladistvích alkoholické nápoje spojuje s odpočinkem a zábavou. Tento vzorec chování je možno vysledovat u dospělých jedinců naší populace. (4, 5)

Podle výzkumu z roku 2006 vyplývá, že zkušenost s alkoholem má na Písecku 95,9% studentů na středních školách a 94,1% studentů na učilištích. Příležitostně konzumuje alkohol na Písecku 69,8% studentů na středních školách a 55,9% studentů na učilištích. (13)

1.7. Konopné drogy – kanabinoidy

Konopné drogy se získávají z rostliny zvané indické konopí. Z této rostliny se pro výrobu konopných drog používají listy, květy, stonky a pryskyřice z kvetoucích rostlin. Tyto ingredience se většinou používají v sušené formě. Účinné látky, které ovlivňují psychiku člověka, jsou v konopných drogách 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9- trans-tetrahydrocannabinol (THC). Kromě těchto dvou zmíněných látek obsahuje konopí přibližně 30 dalších cannabinoidů. Pryskyřice obsahuje éterické oleje,

různé cukry, flavonoidy, alkaloidy a chlorofyl. Na černém trhu jsou k dostání a zneužívají se dvě základní formy konopných drog. Jsou to marihuana a hašiš. (16, 34)

Ve většině zemí světa platí zákonný zákaz užívání konopí, přesto dosud mnoho lidí příležitostně konopí kouří a věří, že tato droga je pro zdraví i pro společnost méně nebezpečná než kouření cigaret nebo pití alkoholu. (55)

1.7.1. Marihuana

Marihuana (tráva, marjánka, zeli, maruška) je název pro sušené květenství a horní lístky rostliny konopí. (příloha č.2) Barvu má podle kvality zpracování od příjemně tmavě zelené až skoro k černo-zelené (toto zbarvení vzniká v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy). Při dobrém zpracování je látka v menších kouscích, držících v hručkách při sobě s velmi charakteristickým aroma. V marihuaně domácí výroby je podle oblasti svého původu obsaženo 2 – 8 % aktivních látek, v zahraniční marihuaně je toto rozmezí 6 – 14 % (speciálně upravená až 18 %). Marihuana se užívá ve formě kouření. (9, 34, 46, 48, 58)

1.7.2. Hašiš

Hašiš (haš, čokoláda) je konopná pryskyřice, která obsahuje malý obsah květu a nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé podle čistoty. Hašiši se někdy barevně liší podle země původu. Obsah aktivních látek může být až okolo 40 % a určuje také rozdíl v dynamice účinku obou forem i potencionálních rizik spojených s jejich užíváním. Do organismu je přijímán zažívacím traktem v podobě sušenek, kaše, koláčků apod. (34, 48, 55)

1.7.3. Účinky konopných drog

THC se váže na kanabinoidní receptory v mozku. Vytlačuje z této vazby látky vlastní tělu zvané anandaminy, které způsobují euforii a uvolnění. (34)

Při vykouření drogy účinek nastupuje v závislosti na obsahu aktivních látek, obvykle během několika desítek sekund až minut. Při perorálním požití nastupuje účinek pomaleji a později, ale trvá déle. (34)

Kanabinoidy mají dezinhibiční (uvolňující) a euforizující (povznášející) účinky. Nejcharakterističtějším účinkem konopných látek je sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Při kouření dává konopí příjemné pocity štěstí a veselí, dobré pohody a sebedůvěry. Také poskytuje úlevu při úzkosti a napětí a má mírný účinek afrodisiaka. Obyčejné řeči a události se zdají zábavné a veselé, čas plyne velmi pomalu. Konopí snižuje motivaci a zpomaluje procesy jasného a racionálního myšlení. Vyvolává nerozhodnost, snižuje schopnost koordinace pohybů. Snižuje zrakové, sluchové a hmatové vnímání. Konopí silně potlačuje krátkodobou paměť, a proto si člověk jen velmi obtížně zapamatovává čerstvé zážitky. Konopí vyvolává mírné halucinace, předměty kolem uživatele mění tvar nebo barvu, neživé předměty se chovají jako živé. I po nepatrných dávkách konopí je zvýšené riziko nebezpečí při řízení, zacházení se stroji a složitými zařízeními, protože i po 8 – 10 hodinách po požití drogy lze pozorovat porušenou výkonnost, aniž by si to uživatelé sami uvědomovali. Potlačení paměti pak může trvat dokonce řadu týdnů. (16, 34, 44, 55)

S užíváním konopných drog jsou spojena i dlouhodobá rizika. Kouření konopí zvyšuje riziko vzniku karcinomu plic, dochází k oslabení imunitního systému, snižuje se tvorba mužského pohlavního hormonu testosteronu, dochází k poruchám menstruačního cyklu u žen, k riziku poškození plodu u těhotných. (8, 34, 49, 55)

1.7.4. Léčba

Uživatelé hašiše nebo marihuany obvykle sami nevyhledávají odbornou pomoc. Mezi základní léčbu patří včasná poradenská intervence u osob, které pouze experimentují, u dalších uživatelů se k léčbě používá psychoterapie, individuální i skupinová. Psychoterapie zahrnuje osobu uživatele a jeho blízké okolí (rodinu, přátele). Ústavní léčba je pro uživatele konopných drog nevhodná. (28, 34)

1.7.5. Mládež a konopné drogy

Konopné drogy představují v České republice nejrozšířenější nelegální drogu. Jejich užívání v populaci od začátku 90. let minulého století roste. Užívání konopí roste především mezi mládeží, tuto zkušenost udává ve výzkumech přibližně 50 % středoškoláků. Konopí je oblíbené proto, že splňuje potřeby velkého počtu dospívající mládeže. Mládež udává, že alespoň na chvíli zmírňuje zahlcující pocity zlosti, napětí, deprese, které tak často trápí dnešní mládež. Je lehce k dostání a je relativně levné a skutečnost, že je zakázané, jí dodává záchvěv vzrušení a je skvělým prostředkem vzpoury. (14, 42)

Podle výzkumu z roku 2006 na Písecku užívá marihuanu 98,8% studentů na učilištích a středních školách, hašiš užívá 28,7% studentů na učilištích a středních školách. (13)

1.8. Opiáty, opioidy

Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika), nebo jako léky proti kašli (antitusika). Tinktura opii se podává jako lék při úporném průjmu, v současnosti se používá jen velmi výjimečně. Tinktura opii se používá také při léčbě odvykacího stavu u novorozenců, jejichž matky jsou závislé na heroinu. Opiáty dělíme na přírodní, mezi které můžeme zařadit opium. Opium se získává z nezralých makovic a z něj se vyrábí morfin. Další opiáty jsou synteticky vyráběné. Mezi ně řadíme heroin, kodein, braun a metadon, subutex (tyto dva jmenované preparáty se používají k substituční léčbě závislosti na opiátech). Opiáty a opioidy mají vysoké riziko vzniku závislosti. (16, 30)

1.8.1. Morfin

Morfin se získává ze surového opia. Morfin je bílý prášek, který po určité době ztmavne, má hořkou chuť a je bez zápachu. Dnes se vyrábí synteticky. (45)

Nejčastěji se aplikuje intravenózně, intramuskulárně nebo subkutánně. Na trhu jsou také tablety s obsahem morfinu, které se vyrábějí ve farmaceutických firmách.

V lékařství se používá jako analgetikum. Účinky po aplikaci nastupují podle způsobu podání nejpozději za 30 minut.(16, 45)

Vysoké dávky mají hypnotické účinky a mohou vést až k ochrnutí centra dýchání. Při předávkování morfinem hrozí nebezpečí smrti v důsledku udušení. Při dlouhodobém užívání je mnoho negativních dopadů na organismus – např. únava, nechutenství, nevolnosti, hubnutí, zvracení, suchá žlutě zbarvená kůže, záněty dýchacích cest, ztráta libida, poruchy potence a neplodnost u žen. (45)

Odvykací příznaky je možno popsat jako stavy hysterie provázené poruchami funkcí vnitřních orgánů, poruchami dýchání a krevního oběhu. (45)

1.8.2. Heroin

Heroin je chemicky příbuzný s morfinem. Zdrojovou látkou pro výrobu heroínu je morfin nebo opium. Po řadu desetiletí je heroin nejrozšířenější drogou této skupiny. Do roku 1994 se v České republice vyskytoval jen sporadicky a po tomto roce jeho užívání mnohonásobně vzrostlo.(16, 30, 45)

Heroin je nejčastěji aplikován nitrožilně.(příloha 5, 6) Méně rizikový způsob aplikace je šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Z počáteční dávky pod 100 mg denně se dávkování postupně zvyšuje až na 1 i více gramů denně, rozložených většinou do několika aplikací. Existuje jen malé rozpětí mezi dávkou, která vyvolá intoxikaci a dávkou, která je smrtelná. Snadno tedy dojde k předávkování. Vylučování heroínu z organismu se děje močí, až 80 % může být do 24 hodin vyloučeno a metabolity mohou být zjištěny laboratorním testem až 3 dny po poslední dávce. Protože má heroin krátký vylučovací poločas, má za následek zkracování doby mezi jednotlivými aplikacemi při rozvoji závislosti. Závislost vzniká již po několika týdnech. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci, včetně kriminality a prostituce. Tyto způsoby mohou být jediným zdrojem finančních prostředků na drogu.(30, 45)

Odvykací syndrom u heroínu vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci s maximem 2. – 3. den. Odvykací syndrom trvá asi 10 dní. Jeho intenzita je závislá na podané dávce. V lehčích případech se projevuje na trávicím traktu. Objevují

se bolesti břicha, průjmy, mydriáza, úzkost, špatná nálada, nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci, vzácně může dojít ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav je důležitá dávka a pravidelnost užívání. (16, 30, 45)

1.8.3. Braun

Braun je směs derivátů kodeinu. Je to specificky česká droga, která se vyrábí v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein. Výsledný produkt se aplikuje nitrožilně. Poločas vylučování braunu je jen několik hodin. (30)

1.8.4. Metadon

Metadon má mimořádně pomalý nástup účinku doprovázený jen minimálním pocitem euforie. Metadon má nižší potenciál závislosti než heroin. Poločas vylučování je delší než u heroinu, přibližně 25 hodin, což umožňuje při substituční léčbě bezpečné dávkování 1x denně.(30)

Aplikace je nejčastěji ústy, v zahraničí se používá i injekční forma. Metadon se vyrábí pouze legálně pro medicínské účely, dostává se ale také na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga a pro účely abstinčních pokusů. (30)

1.8.4. Účinky opiátů

Opiáty vyvolávají stav tichého oblužení následovaný kocovinou. Mají tlumivý účinek na centrální nervový systém, potlačují bolest, působí euforii, zklidňují a působí až ospalost. Jejich vlivem dochází k útlumu dýchacího centra v prodloužené míše, a může dojít i k zástavě dechu. Opioidy tlumí centrum pro kašel v mozku, dráždí chemoreceptory pro zvracení (nebezpečí aspirace zvratků). Vyvolávají miozu (stažení zornic), snižují tělesnou teplotu. V krevním oběhu způsobují vazodilataci (rozšíření cév), bradykardii (zpomalení srdeční činnosti), hypotenzi (snížení krevního tlaku). Opioidy vyvolávají těžkou zácpu stolice, snižují produkci moči, u žen způsobují sterilitu. (30)

Prvními příznaky akutní intoxikace je nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění kůže, povrchní dýchání, rozšíření zornic. (30)

Při chronickém užívání dochází k degradaci individua. Uživatel je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, může trpět pseudohalucenacemi. Častá bývá nespavost, únava a podrážděnost se střídá s apatií. Protože uživatelé vedou nezdravý způsob života, může docházet k celkovému vyčerpání organismu a extrémní vyhublosti. Dochází k oslabení imunitního systému a následným infekcím. (30)

1.8.5. Léčba

Při léčbě je kladen důraz na svobodné rozhodnutí a motivaci k léčbě. Nefarmakologická léčba je založena na psychoterapii, motivačním tréninku, změně životního stylu a detoxifikaci. Tato léčba může probíhat ambulantně, v léčebně nebo v komunitách. Farmakologická léčba je založená na snižování dávek a substituci drogy. Podávají se také podpůrné léky (např. vitamíny). (14, 30)

1.8.6. Opiáty a mládež

V České republice bylo již v 70 letech značně rozšířeno zneužívání léků obsahujících opiáty. Během let se heroin rozšířil do všech oblastí republiky a postupně se dostává na úroveň pervitinu, do té doby jednoznačně dominujícího. Tvrdé drogy, jako je heroin, velmi často osloví mladé lidi, kteří mají rádi dobrodružství, jsou zvědaví, chytrí a mají rádi riziko. Prostě mládež, pro kterou není „tráva“ nebo alkohol dost na hraně. K užívání opiátů také vede trend zveličovat rizika spojená s drogami, což má za následek, že si mládež nebezpečnost drog ani nepřipouští. (14)

Podle výzkumu z roku 2006 užívá na Písecku 1,5% studentů na učilištích a středních školách heroin. (13)

1.9. Stimulancia

Psychostimulancia (psychoanalytika, psychoemetika) jsou látky, které mají nefyziologický budivý efekt na centrální nervový systém. Typickými stimulačními návykovými látkami jsou pervitin, amfetamin, kokain, extáze. Tyto látky jsou řazeny do skupiny budivých aminů. Budivé aminy byly objeveny a poprvé použity poměrně

pozdě. První zástupce Amfetamin byl syntetizován v roce 1887, jeho účinky byly prozkoumány až počátkem 20. století a ještě v roce 1939 byl návyk na tuto látku považován za vyloučený. Tyto látky byly používány jako léky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu. Armáda je zneužívala pro vyšší výkon bojových jednotek. (31)

1.9.1. Pervitin

Pervitin(pěčko, perník, piko, peří) patří mezi budivé aminy. Chemicky je to metamfetamin a je účinnější než amfetamin. Čistý je ve formě mikrokystalického bílého prášku, bez zápachu a má hořkou chuť. Na černém trhu má barvu žlutou nebo fialovou, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě. Výchozí látkou, z které se vyrábí, je efedrin. K výrobě se používá louh a červený fosfor.(31, 45)

Pervitin se aplikuje ústy (per oss), šňupáním (sniffing) nebo nitrožilně (intra venózně). Nitrožilní podávání je v České republice nejčastější způsobem aplikace. Běžná dávka pervitinu se pohybuje od 50 do 250 mg. Z těla se vylučuje močí po řadu dní z velké části nezměněn.(31, 45)

Po jeho požití se dostavuje pocit obrovské fyzické a psychické síly, ta je později vystřídána emoční labilitou. Dochází k poruchám vnímání, k halucinacím. Lidé po požití pervitinu zvládají i psychicky velmi náročnou práci a jsou velmi hovorní. Dlouhodobé užívání pervitinu navozuje stavy neklidu, které jsou doprovázeny halucinacemi a psychotickými stavy. Toxikomani tento stav nazývají slangově stíha. V tomto stavu nabývají dojmu, že je trvale někdo ohrožuje. Často se stává východiskem z této situace sebevražda.(31, 45)

Pokud dojde k předávkování pervitinem, pociťuje postižený těžkou bolest v oblasti hrudníku, a po ní se dostavuje hodinové (někdy i delší) bezvědomí. Osoby, které berou pervitin s ním zpravidla po určité době buď skončí, a pak končí s nelegálními drogami jako takovými vůbec, anebo přecházejí k jiným nelegálním drogám. (31, 45)

1.9.2. Extáze

Extáze (MDMA, extoška) je někdy nazývána taneční drogou. (příloha č.12)

Chemicky se jedná o 3,4 metylendioxyamfetamin. Chemické složení této drogy nebývá stejné. Často obsahuje různé příměsi (např. pervitin). Vyskytuje se ve formě tablet různých tvarů, barev a velikostí. Poprvé tuto drogu vyzkoušela v roce 1914 farmaceutická firma Merk jako prostředek určený k potlačení chuti k jídlu. (45, 50)

Extáze je látka, která podporuje tvořivost a schopnost koncentrace na jedinou věc (hlavně rytmus) se schopností hlubokých prožitků souznění člověka s okolním světem. To co je běžné, se stává neobvykle nádherným. Extáze zesiluje smyslové vnímání, a proto se stává velmi příjemným osobní kontakt jak k druhými, tak i k sobě. Extáze u člověka zvyšuje schopnost jeho empatie a solidarity. Tento účinek (trvá přibližně dvě hodiny) je toxikomany označován jako jízda. Poté nastává několikahodinové zklidnění, které je spojené s příjemnými prožitky. (20, 45)

Vyšší dávky extáze vyvolávají nervozitu, bušení srdce, nespavost a závratě. Tyto pocity jsou druhý den vystřídány únavou nebo depresivním stavem. Nebezpečí vyšší dávky je, že euforie přehluší varovné somatické signály, a proto může docházet k vážným zdravotním komplikacím (přehřátí organismu a dehydratace). Tento stav může končit i smrtí uživatele. Po požití extáze dochází ke zvýšení krevního tlaku a pulzu, dostavuje se pocit sucha v ústech, skřípání zubů, pocity nevolnosti. (45)

1.9.3. Kokain

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Erythroxyton coca Lam (koka pravá). (příloha č. 13) Aktivní složkou lístků je kokain (hydrochlorid kokainu). V medicíně se používá ve formě Cocainum chloratum nebo hydrochloricum. Poprvé ho použil rakouský oční lékař v roce 1880 při operaci oka. Pak se kokain využíval při mnoha lokálních operačních výkonech. Většina současných lokálních anestetik je nadále odvozena od molekuly kokainu. Jsou to bílé šupinovité, lesklé krystalky, jsou bez zápachu, mají nahořklou chuť a znecitlivují jazyk.(31, 55)

Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů. Tímto způsobem uživatelé denně spotřebují asi 25 – 50 g kokových listů. (příloha 14) V našich podmínkách se tento způsob užívání nevyskytuje. Nejčastějším způsobem užívání je šňupání, injekční aplikace je méně častá. (příloha č.9) Množství přijaté drogy je individuální. Denní dávky se pohybují od 10 g až do 20 – 30 g. Rychlost nástupu účinku závisí na formě podání. Účinky kokainu trvají poměrně krátce, již po 30 minutách ustupují. Poločas vylučování je 0,7 –1,5 hodiny podle užití dávky. V moči je možno kokain detekovat jen 3 – 6 hodin. Metabolity kokainu můžeme zjistit do 3 dnů. (31, 55)

Po požití kokainu se objevuje hypertenze, tachykardie, mydriáza, pocení, bledost a nevolnost. Po prvním užití mohou být pocity i nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení) a teprve až opakované užívání vede k euforii. Uživatelé kokainu jsou veselí, družní, mají halucinace příjemného obsahu, mají touhu po pohybu (na první pohled mají nápadný přebytek energie), jsou hovorní, hyperaktivní a neklidní. Dostavují se poruchy chování, vymizení zábran, dochází k vystupňování sexuálního pudu, někdy k lenivé snivosti spojené s halucinacemi. Kokain silně snižuje chuť k jídlu, což vede k nápadné nezdravé hubenosti a organismus trpí podvýživou. Užívání kokainu zatěžuje kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání poškozuje nevratně nosní sliznici, postižení ztrácejí čich a může se objevit i nekróza v oblasti nosu.(31, 55)

Při těžké akutní intoxikaci se objevují záškuby a křeče, stoupá tělesná teplota a slábne krevní oběh. Následuje kolaps a smrt v důsledku ochrnutí dýchacího centra. Běžné jsou toxické psychózy, při kterých má postižený dojem, že je napaden hmyzem. Trpí pocity sledování, které mohou vést k agresivitě nebo sebevraždě. Toxická psychóza po vysazení drogy odeznívá. Přetrvává pouze u disponovaných osob. Odvykání kokainu se děje v několika fázích. Ihned po vysazení drogy se dostavuje únava, několikadenní spánek, který je přerušovaný epizodami bdělosti se silným hladem. Objevuje se deprese, úzkost, sebevražedné myšlenky. Po překonání prvotní fáze se dostavuje silná touha po droze, přetrvávají deprese, podrážděnost, někdy se objevují poruchy spánku. Tato fáze trvá řádově dny až týdny. V této fázi je největší riziko relapsu. Poslední fáze se vyznačuje mírnými zdravotními obtížemi. Deprese

postupně odeznívá, touha po droze slábne. Tato fáze trvá několik týdnů až měsíců. (31, 55)

Podpůrná farmakologická léčba při odvykání není nutná. Mohou se podávat antidepresiva, nootropika, neuroleptika, nosní olej (při poškození nosní sliznice) a vitaminy A, vitamin E. (31)

1.9.4. Crack

Crack je zpravidla záležitostí mladých příslušníků deklasovaných společenských vrstev. Objevil se v Kalifornii na počátku 80. let 20. století. Velmi rychle se začal šířit po celých USA. Je to hydrochlorid kokainu freebase, slangově crack. Jde o látku, která vzniká tepelnou úpravou hydrochloridu kokainu s jedlou sodou a éterem, někdy čpavkem. Při tomto procesu se uvolňuje kokainový alkaloid, rozpouštědla a jiné zbytky. Dealeři ho prodávají ve formě bělavých krystalků v sáčcích. Vzhledově se crack podobá omítce, která odpadá ze zdí brlohů v ghettech etnických menšin žijících v USA. Crack je vysoce návyková látka. Jeho užívání již po dobu dvou měsíců vyvolává silnou závislost.(45)

Crack bývá drcen a kouřen ve zvláštních dýmkách nebo cigaretách ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Někdy je inhalován kouř, který vzniká při spalování kousku cracku na pocínované fólii. Někteří uživatelé crack šňupají. V poslední době se crack aplikuje stále častěji injekčně. (45)

Účinky cracku jsou podobné jako mechanismus účinku kokainu. Při vdechování se látka dostává velmi rychle do mozku (4-6 s po vdechnutí). Maximální účinek je v prvních 30 – 60 minutách po požití a během dalších hodin mizí. Stav intenzivní euforie trvá 5 – 10, někdy 15 minut. Po prvotní euforii následuje podrážděnost a rozčilení, což u konzumenta vyvolává okamžitou potřebu dát si další dávku. Uživatelé cracku tak kouří několik dávek za sebou. Přitom procházejí stavy hluboké deprese a mohou se stát mimořádně nebezpečnými. Největším rizikem cracku je nebezpečí předávkování. Dalším velkým rizikem pro uživatele jsou toxiny a nečistoty, které se do něj dostávají v procesu domácí výroby (45)

Po aplikaci cracku se dostavuje sucho v ústech, pocení, zvyšuje se srdeční činnost. Při šňupání se dostávají příznaky podobné rýmě. Pravidelní uživatelé mají sklon k průjmům, bzučí jim v uších, mají bolesti v hrudníku, cukání a třes. Kuřáci cracku mívají respirační problémy – chronický kašel, silné záchvaty kašle, hvízdavé dýchání, ztrátu hlasu a poškození nosní sliznice. Po delší době užívání se dostavuje nechť k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti, dehydratace a někdy srdeční arytmie. Vážný důsledek užívání této látky je selhávání srdeční činnosti, možnost vzniku mozkové příhody, epilepsie, hypertrofie štítné žlázy, vznik astmatu a možnost spontánního vnitřního krvácení. Těhotným ženám se mohou narodit silně poškození novorozenci. (45)

Uživatelé závislí v pokročilém stádiu vývoje své závislosti trpí přeludy a halucinacemi, mění se jejich chování a velmi vážně je poškozen jejich psychický stav. (45)

1.9.5. Amfetamin

Amfetamin je látka, která byla u nás po 2. světové válce vyráběna a distribuována do lékáren, jako hromadně vyráběný lékový přípravek pod výrobním názvem Psychoton. Tento lék byl využíván hlavně v souvislosti s dopingem sportovců. (45)

Po užití amfetaminu se objevuje zrychlení řeči, navozuje se pocit blaha. Uživatel je spokojený se sebou samým, vnímání se stává intenzivnější a jasnější, zpomaluje se vnímání času. (45)

Amfetamin ovlivňuje fyziologické funkce, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se bazální metabolismus, dostavuje se pocení, třes a kašel. Při dlouhodobém užívání amfetaminu dochází k výrazným změnám centrální nervové soustavy a k demenci. Uživatelé této látky jsou kachektičtí, často dochází k infekcím po nesterilní aplikaci drogy. (45)

1.9.6. Mládež a stimulancia

Obliba stimulancií podle výzkumů mezi mládeží je vyrovnaná u obou pohlaví. Užívání extáze má v posledních letech rostoucí charakter. Většina adolescentů zkusila extázi hlavně pro její finanční dostupnost na trhu a to, že vyvolává dobrý pocit. Dívky mají větší zkušenost s užíváním amfetaminů oproti chlapcům. Zkušenosti s užíváním pervitinu mají klesající trend. Kokain a crack je mládeží užíván jen velmi málo. (5, 14)

Podle výzkumu z roku 2006 užívá na Písecku 8,8% studentů na učilištích a středních školách extázi, 5,1% pervitin a 1,7% kokain.(13)

1.10. Halucinogeny

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumanou skupinou drog. S halucinogenními látkami se experimentovalo v rámci psychoterapie k usnadnění a urychlení terapeutického procesu u těžkých neuróz, poruch osobnosti, závislosti i psychóz. (35)

Do skupiny halucinogenů patří několik stovek různých látek. Obecně je můžeme rozdělit do tří základních skupin. První skupina jsou přírodní halucinogenní drogy rostlinného a houbového původu (např. mezkalin, durman, lysohlávky). Druhou skupinou jsou přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. befetenin). Třetí skupinou jsou poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD, PCP). (35)

Halucinogenní drogy mají neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka. Jsou to látky nevyzpytatelné a tajemné. Halucinogenní drogy vyvolávají u uživatelů halucinace (nejčastěji zrakové). Mají schopnost změnit vědomí a vnímání uživatele. (16, 35)

1.10.1. Lysohlávky

Lysohlávky jsou houby, které rostou obvykle v trsech. Jsou malé, nevzhledné, mají žlutavě hnědý kónický klobouk, který přechází do ostré špičky.(příloha 11) Klobouk je posazený na 4 – 8 centimetrovém třeni světlejší barvy. Lysohlávky rostou ve Střední Americe, Východní Asii, ale i u nás. Pro své účinky byly využívány již

ve středověku. Lysohlávky obsahují látky psilocybin a psilocin, které mají halucinogenní účinky. (35, 45)

Houby se užívají syrové nebo sušené. Pokud jsou dobře rozžvýkány a po nějakou dobu ponechány v ústech, objeví se první účinky za 8 – 10 minut. Pokud jsou ihned polykány, žaludeční stěna brání úplné absorpci látek v nich obsažených, takže dojde ke vstřebání přibližně poloviny látek a nástup jejich účinku je pomalejší, dostavuje se asi za 30 45 minut. Smrtelná dávka psilocybinu a psilocinu je u dospělého člověka o hmotnosti 65 kg 13 g, což je více než jeden kilogram čerstvých lysohlávek. (45)

Psilocybinové drogy jsou charakteristické rychlým nástupem projevů rozšířeného vědomí, což trvá dvě hodiny. V dalších 3 – 4 hodinách nastává postupný pokles v prožívání. Postupně dochází k obnovení obvyklého vnímání. (45)

Prvními příznaky nástupu účinku je bezděčné zívání (většinou bez ospalosti), neurčitý pocit neklidu a malátnosti. Někdy se dostavuje nevolnost, návaly zvracení, zimnice, slabost v nohou. Tyto pocity mohou trvat přibližně 30 minut. Pak bývají vystřídány tělesným uvolněním. V průběhu psychadelického zážitku má většina osob mydriázu a pocit sucha v ústech. (45)

1.10.2. Muchomůrka červená

Muchomůrka červená se botanicky řadí mezi houby stopkovýtrusové. Roste v mírném pásu Evropy, Asie a Ameriky. U nás je rozšířena v jehličnatých i listnatých lesích, ale můžeme se s ní setkat i mimo les. Klobouk má v průměru 10 – 20 cm, je ohnivě červené barvy, vzácně může být oranžově žlutý. Pokožka klobouku je posázená bílými až žlutými bradavkovitými strupy. Třeň je bílé barvy, v jeho horní části se nachází bílý prsten. Muchomůrka má příjemnou chuť a nemá výraznější vůni. Muchomůrka červená způsobuje psychickou závislost, nikoliv závislost tělesnou. (45)

Hlavními účinnými látkami v této muchomůrce je muskarin, kyselina ibotenová, muscimol a muskazon. Tyto látky ovlivňují a působí na centrální nervovou soustavu. Muchomůrka se užívá ústy. Asi 15 - 30 minut po požití se dostavuje stav hlasitého zpěvu, výřečnosti a smíchu. Pak se objevují sluchové a zrakové halucinace

spojené s pocitem, že věci kolem se zvětšují. V tomto stavu se zjevují tzv. mochomůrkoví mužíčci (často nemají krk ani nohy a jejich válcovité tělíčko se hbitě pohybuje dokola). Uživatel postupně ztrácí přehled o svém okolí a mochomůrkoví mužíčci se ho zmocňují a odvádějí ho po spletitých cestíčkách. Člověk v tomto stavu intenzivně vnímá všechny zvuky jak zvenčí, tak i zevnitř. Tento zážitek může trvat 5-6 hodin. Po ústupu těchto příznaků se dostavuje strnulost a spánek. Po probuzení má konzument všechny příznaky kocoviny, celkový pocit slabosti, bolesti hlavy a návaly silného dávení. (45)

Intoxikace muchomůrkou červenou začíná málo výraznými příznaky, jako je pocit horka, mravenčení, nekoordinované pohyby, porušení hmatu, křečovitě záškuby, zvýšené slinění, slzení, tlaky a bolesti v břiše, zvracení. Následuje porucha vědomí, kóma, pokles krevního tlaku, selhávání srdeční činnosti, zástava dechu a smrt. (45)

Pokud je uživatel v počáteční fázi intoxikace, je potřeba houby vyzvracet (výplach žaludku, vypití slané vody), pokud již ztratil vědomí, uložíme ho do stabilizované polohy, provedeme výplach žaludku, kontrolujeme dýchání a srdeční činnost. Provádíme podpůrnou léčbu – vitaminy, kardiotonika, umělá plicní ventilace, dialýza. (45)

1.10.3. LSD

Účinná látka je označována jako diethylamid kyseliny lysergové – LSD 25. LSD je obsaženo v námelu. LSD objevil ve čtyřicátých letech dvacátého století A. Hoffman. LSD bylo v 50. letech 20. století využíváno na psychiatrických klinikách jako léčebný prostředek. LSD patří k relativně oblíbeným a rozšířeným drogám taneční scény, i když dominantní postavení zde stále zaujímá extáze. Na LSD vzniká psychická závislost. (35, 45)

LSD se vyrábí synteticky v krystalické formě. Na našem černém trhu se objevuje ve formě tripů (malé papírové čtverečky s potiskem zobrazující různé symboly, příloha 10) nebo krystalků (malé granulky tmavomodré či zelené barvy připomínající umělé

hnojivo). Může se také vyskytovat v podobě tablet. Tablety bývají často znečištěny různými příměsemi, hlavně látkami ze skupiny stimulantů, a proto se může předpokládat nepředvídatelný účinek a vysoké riziko. Tyto přípravky se užívají perorálně, postupným rozpuštěním pod jazykem v ústech. Psychotropní efekt se dostavuje po 30 – 90 minutách. Účinek LSD trvá 5 – 12 hodin. (35, 45)

V malých dávkách (40 – 70 mikrogramů) vyvolává tato droga změny nálady, různé snové obrazce, urychluje a zpřesňuje myšlení. Vyšší dávky vyvolávají stavy opojení, závratě, lehkosti a tíže v končetinách, dojem gumové podlahy, odosobnění a poruchy vlastního já, poruchy paměti. Ztrácí se chuť k jídlu, je zkreslené vidění. LSD nejprve zrychluje a potom zpomaluje srdeční činnost, zvyšuje tělesnou teplotu, rozšiřuje zornice, vyvolává poruchy motoriky. (35, 45)

Velkým nebezpečím LSD je to, že se může po požití u zdravých lidí „rozjet“ skrytá psychóza (paranoidní bludy, strach). Toto se často stává, pokud se intoxikovaný pohybuje v nepřátelském prostředí. (35, 45)

Prožitky po užití jsou individuální, záleží na koncentraci účinné látky a na momentálním fyzickém a psychickém stavu. I po několika letech od užití halucinogenu, může dojít k opětovnému prožitku, aniž by byla požitá některá z účinných látek. Hovoříme o tzv. flashbacku. Tento stav může nastat i po dlouhodobém užívání marihuany nebo pervitinu. (14, 35, 45)

1.10.4. Mládež a halucinogeny

LSD patří k jedné z nejoblíbenějších drog. Mezi teenagery je oblíbená, protože mění způsob, jakým lidé vnímají okolní svět, stejně jako čas nebo vzdálenost. Dalším důvodem, proč je LSD oblíbené, je, že je poměrně levné. Stále více mladých lidí, kteří užívají LSD, také kouří marihuanu, a to proto, aby urychlili dojezd (nepříjemnou fázi, kdy už droga přestává působit). (14)

Podle výzkumu z roku 2006 užívá na Písecku 9,1% studentů na učilištích a středních školách halucinogenní houby a 5,1% LSD.(13)

1.11. Těkavé látky

Těkavé látky (rozpouštědla a plyny ve sprejích) jsou skupinou návykových látek, do kterých řadíme některá rozpouštědla, ředidla, lepidla, plynné látky, jako je éter nebo rajský plyn. Rozpouštědla a plyny ve sprejích jsou látky, které se již při pokojové teplotě odpařují a přitom vznikají výpary. Tyto výpary se inhalují ústy a nosem. (45)

Rozpouštědla jsou chemicky tzv. těkavé uhliky. Jejich úkolem je zachovat tekutý stav výrobku do doby, dokud není rozetřen, rozlit nebo nastříkán. Pak se z něj rychle odpaří. Plyny ve sprejích jsou stlačené a tekuté. Jejich úkolem je z láhve rozprášit nebo nastříkat obsah. Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Po požití těkavé látky ovlivňují centrální nervovou soustavu. Na uživateli můžeme sledovat euforii, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. Zneužívání inhalačních látek je velmi nebezpečné a hodně podceňované. (18, 45)

V zákoně č. 167/98 Sb. o návykových látkách jsou uvedeny některé těkavé látky, v příloze č. 10 jako pomocné látky zařazené do tabulky II podle Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami. (18)

1.11.1. Toluén

V současné době je toluén nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Chemicky se jedná o aromatický uhlovodík. Je to bezbarvá tekutina, která se získává z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluén je důležité rozpouštědlo a ředidlo laků. Je výchozí látkou pro výrobu trinitrotoluenu. Toluén je volně prodejný v drogeriích a je levný. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost. (18, 45)

Výpary toluenu se vdechují z napuštěné tkaniny (sniffing) nebo se inhaluje přímo z láhve. Účinek se dostavuje po několika minutách a je krátkodobý, odezní během několika minut, pokud inhalace neprobíhá dál nebo se neopakuje. Pro zvýšení

účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu a obličej igelitový sáček, pod kterým inhalují. Tento způsob inhalace je vysoce rizikový a zvyšuje možnost úmrtí. (18)

Uživatelé toluenu pociťují euforii, rychle se dostávají poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, poruchám vědomí a ke spánku. Při obvyklém způsobu aplikace je zcela nemožné cíleně dávkovat tuto drogu, a proto může snadno přejít porucha vědomí v kóma, při kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dýchání nebo k udušení zvratky. K úmrtí může dojít i při prvním experimentu inhalování. Při dlouhodobém užívání dochází k poruchám intelektu, emotivity a chování, zvýšené agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Dochází k poškození mozkové tkáně, toxickému poškození jater a ledvin a k poškození dýchacích cest. Dochází k degradaci osobnosti. Po vysazení inhalační drogy se může uživatel vrátit k inhalační droze pro silný craving nebo může přejít na užívání jiné návykové látky. (18)

1.11.2. Trichlorethylen

Trichlorethylen je jedovatá kapalina, která slouží jako všestranné rozpouštědlo. Užívá se na některých průmyslových pracovištích, kde bývá zneužíván zaměstnanci jako inhalační droga. Byl součástí čistícího prostředku Čikuli, který na začátku 70. let 20. století začali hromadně užívat školáci po varování před touto látkou v televizi. Inhalování probíhalo většinou ve skupinách. Trichlorethylen způsobuje euforii, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace. (18)

1.11.3. Aceton, benzín a éter

Tyto látky patří mezi u nás málo užívané inhalační drogy. Aceton je mnohostranné rozpouštědlo. Užívají ho lidé, kteří s ním pracují. Benzín je pohonná hmota, která se řadí do skupiny vyšších uhlovodíků. Éter je rozpouštědlo tuků a olejů. Dříve byl používán k celkové anestézii a v souvislosti s tím byl také zneužíván. (18)

1.11.4. Rajský plyn

Rajský plyn je chemicky oxid dusný. V kombinaci s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se v medicíně při celkové anestézii. V současnosti se znovu objevuje jeho zneužívání. Uživatelé ho inhalují z tlakových lahviček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků. Účinek se rychle vytrácí, při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného. (18)

1.11.5. Mládež a těkavé látky

Počet uživatelů inhalačních drog je v České republice poměrně stálý. Příčinou užívání těkavých látek je snadná dostupnost a nízká cena. Mladistvé láká zvědavost a touha po nevšedním zážitku. Uživatelé poměrně brzy s užíváním přestávají a velmi často přecházejí na jiné návykové látky. Těkavé látky se stávají startovací drogou, mezi které patří také tabák a alkohol. (18)

Podle výzkumu z roku 2006 užívá na Písecku těkavé látky 1,9% studentů na učilištích a středních školách.(13)

1.12.Léky vyvolávající závislost

Léková závislost je celosvětový problém, kterému není věnována dostatečná pozornost. Skupina návykových látek je uvedena v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN -10) pod označením F 13. Vztahuje se kromě sedativ a hypnotik i na další léky, které mohou způsobovat u jejich uživatelů závislost, např. analgetika, anxiolytika, některé léky se stimulačními účinky. (17)

Hlavním společným znakem analgetik, hypnotik, sedativ a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití dochází k ospalosti, otupělosti, k celkovému

útlumu s rozmazanou blábolivou řečí. Může dojít k ataxii, k vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí – kómatu. (17)

Chronické užívání těchto látek vede k psychické a somatické závislosti na dané návykové látce i u těch uživatelů, kteří užívají lék na lékařský předpis. Pokud uživatel dostává obvyklou dávku svého léku, nemusí se to nijak výrazněji projevit, pokud nepřekročí svoji toleranci. Při chybění léku se objevuje odvykací syndrom. Ten má charakteristický průběh – neklid, nespavost, zvýšená rozmrzelost až agresivita, bolesti svalů, křeče zažívacího traktu, průjem, třes, piloerekce (husí kůže). Nedostatek hypnotik a některých benzodiazepinů může dojít ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti, v krajním případě se může objevit i epileptický záchvat. (17)

V populaci jsou nejvíce užívána analgetika a nesteroidní antirevmatika. Jeden z nejčastěji předepisovaných léků je ibuprofen a diclofenack. Ve většině případů jsou léky aplikované perorálně, vstřebávané v zažívacím traktu, některé se podávají parenterálně (intramuskulárně, intravenózně) (45)

1.12.1. Analgetika

Používají se k tlumení nebo odstranění bolesti. Řada léků této skupiny se dostane bez lékařského předpisu. Analgetika se dělí na neopioidní a opioidní skupinu.

Neopioidní analgetika se používají k tlumení bolesti a ke snížení tělesné teploty. Do této skupiny patří salicyláty, paracetamol a aminophenazol. Tyto léky samy o sobě závislost nezpůsobují. Závislost je způsobena kompozitní součástí analgetik, kdy se přidává jedna nebo více složek k základní složce léku. Mezi takové složky patří kofein, kodein, efedrin, barbituráty. Tyto složky se vyskytují např. v preparátech Alnagon, Acylcoffin, Korylan, Dinyl, Coldrex a jiné. (17)

Opioidní analgetika jsou léky s centrálním účinkem. Používají se k tlumení a odstranění středně silné a silné bolesti. Nejčastější preparáty z této skupiny jsou Morfin, Dolsin, Kodein, Diolan. Mezi opioidní atomisty/antagonisty se řadí Beforal, Temgesic, Subutex. Subutex je používán v léčbě heroinové závislosti. Mezi další často užívané léky této skupiny patří Tramal a Valoron. (17)

1.12.2. Hypnotika

Ve velké míře se užívají k léčbě spánkových poruch a někteří pacienti se pak stávají na těchto lécích závislími. Jejich efekt je závislý na velikosti požité dávky. Požije-li se menší dávka, účinkují sedativně (zklidňující účinek). Střední dávky působí hypnoticky a vysoké dávky vyvolávají kvantitativní poruchy vědomí (somnia, sopor, kóma). Vždy snižují luciditu (jasnost) vědomí. Hypnotika dělíme na barbiturátová, nebarbiturátová, benzodiazeponová anxiolytika a ostatní léky. (17, 45)

Barbiturátová hypnotika jsou chemicky deriváty kyseliny barbiturové.(příloha 4) Léková závislost – barbiturismus vzniká velmi snadno, protože v průběhu užívání barbiturátů se tolerance k nim zvyšuje, takže je potřeba postupně zvyšovat jejich dávky i nad obvyklé terapeutické rozmezí. Při závislosti je charakteristická euforie (povznesené a radostné nálady), přítomnost depresí, malátnost, pokles paměťových schopností, hubnutí a zadržávání v řeči. Při náhlém odebrání léku se dostávají těžké abstinenci příznaky a ž epileptický záchvat. Barbituranismus v případě jeho neléčení progreduje do demence. Při předávkování vzniká akutní otrava, která vede k poruchám dýchání a srdečního rytmu a může končit smrtí. Předávkování se řeší výplachem žaludku, umělou plicní ventilací a podáváním analeptik. Zástupcem této skupiny léků je Rohypnol a Nitrazepam. (17, 45)

Nebarbiturátová hypnotika se měla stát novou řadou hypnotik, na které nevzniká závislost, ale i na tyto preparáty vzniká závislost. Léková závislost má stejný obraz jako u předešlé skupiny, navíc se komplikuje možností vzniku otoku plic.Při jejich náhlém vysazení se dostavuje abstinenci syndrom, který má stejný průběh jako u barbiturátových hypnotik. Intoxikace i velmi malými dávkami zpravidla končí smrtí. Zástupcem této skupiny léků je Hypnogen – Stilnox. (17, 45)

Bezodiazepinová anxiolytika Tyto léky navozují nefyziologický spánek. Nežádoucím účinkem těchto látek je ospalost, únava po ránu a útlum CNS. Po vysazení těchto léků dochází k abstinenci syndromu, který je charakteristický nespavostí, tremorem, zvýšeným pocením, nauzeou, návaly na zvracení, úzkostí, halucinacemi,

delíriem, vznikem epileptického záchvatu. Zástupcem této skupiny léků je Phenobarbital. (45)

Ostatní hypnoticky působící léky jsou z různých farmakologických skupin např. některá neuroleptika, antidepresiva (Chlorpromazin) a antihistaminika (Prothazin, Dithiaden). (21, 45)

1.12.3. Anxiolytika

Anxiolytika jsou skupinou léků, která tlumí patologický strach a úzkost. Jsou to velmi často předepisované léky a často na ně vzniká závislost. Dělíme je do dvou skupin – benzodiazepinová a nebenzodiazepinová anxiolytika.

Benzodiazepinová anxiolytika jsou deriváty benzodiazepinu. Nevýhodou léků z této skupiny je možná kumulace v organismu při dlouhodobé léčbě s možností narušení poznávacích funkcí (zhoršení učení, koncentrace pozornosti, úsudku, poruchy paměti), hypnosedativním účinkem (zvýšená únava, denní ospalost), poškozením jater, hypotenzí, závratěmi, zmateností, uvolnění vzteku a agresivity, útlumem činnosti dýchacího centra. Pro abstinenci jsou typické stavy nespavosti, úzkosti, obavy, neklidu, rozladění a snížené pozornosti, vzniká možnost halucinací a deliria. Fyzicky se abstinenci syndrom projevuje třesem rukou, zvýšeným pocením, svalovými záškuby, návaly na zvracení, nechutenstvím, bolestmi hlavy, bušením srdce, epileptickými záchvaty, poruchami vědomí, kómatem, smrtí. Mezi zástupce této skupiny patří Diazepam, Rohypnol, lexaurin, Oxazepam, Radepur. (45)

Nebenzodiazepinová anxiolytika způsobují útlum centrální nervové soustavy. Účinky těchto léků se projevují ospalostí, ataxií, nezájmem o okolí, úzkostí a strachem. Při nedostatku léku vzniká odvykací syndrom. Nejznámějším zástupcem je Meprobamat. (17)

1.12.4. Ostatní léky

Z další léků vyvolávajících závislost sem můžeme zařadit léky se stimulačním účinkem na centrální nervovou soustavu. Jedná se především o deriváty amfetaminu (příloha 7, 8) a některá anorektika např. Ritalin, Fenmetrazin. (17)

1.12.5. Mládež a závislost vyvolávaná léky

Obliba barbiturátů a jiných léků na předpis stoupá. Léky více užívají dívky oproti chlapcům. Kompenzují si užíváním léků nároky, které jsou na ně kladeny (škola, rodina). Určitý vliv na užívání léků je jejich dostupnost. (41).

Podle výzkumu z roku 2006 užívá na Písecku 1,5% studentů na učilištích a středních školách hypnotika, 0,8% Kodein a 0,7% analgetika.(13)

1.13.Příčiny užívání drog

Příčiny užívání drog mohou být různé. Obecně se dají příčiny užívání návykových látek shrnout do několika vět. Užívání drog je cesta, kterou chce člověk zmírnit psychickou bolest nebo prázdnotu, je to touha po experimentu, potřeba uvolnit zábrany. Při užívání drog se jedinec snaží vyhnout důsledkům vlastního jednání a prožívání, tedy užívání drog je vlastně únik z reality. Cílem je dosažení slasti a uspokojení, které nemohou být dosaženy jiným způsobem a potřeba sociální soudržnosti, sociálních vztahů, potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, ve které užívání návykových látek patří ke standardnímu modelu chování. (2, 14, 59)

1.14.Důsledky užívání drog

Pro návykové látky platí, že při jejich užívání dochází k narušení homeostázy organismu s možností poškození organismu (dočasnému i trvalému). Tyto důsledky užívání drog je možné shrnout do čtyř velkých skupin. Je to zdravotní poškození, psychické poškození organismu, důsledky kriminální povahy a ekonomické důsledky. (63)

Zdravotní důsledky mohou vznikat v souvislosti s působením návykové látky na organismus nebo poškození organismu v důsledku cizorodých látek v návykové látce. Do této skupiny řadíme akutní intoxikaci (je to přechodný stav, který vede

k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí, může ohrožovat život uživatele návykové látky), poškození centrálního nervového systému, poškození dýchacího systému (záněty, pneumonie), poškození sliznic, poškození a záněty periferních cév (flebitidy, trombózy), poškození kardiovaskulárního systému (hypertenze, embolizace, perikarditidy, myokarditidy) , poškození kůže (hlubší záněty a abscesy), krvi přenosné infekce (hepatitida A, B, C, HIV), pohlavně přenosné choroby (syfilis), poruchy výživy, poruchy imunitního systému, poškození chrupu, poruchy spánku, gastrointestinální obtíže, sexuální poruchy (dysfunkce u mužů, neplodnost, ztráta libida), fyzická závislost (63)

Psychické poškození organismu se projevuje poruchami vnímání a prožívání, poruchou všípivosti a výbavnosti, úzkostí, depresí, agresivitou, podrážděností až demencí, psychickou závislostí. (63)

Sociální důsledky užívání drog zahrnují častou nemocnost a úrazovost, vysokou dopravní nehodovost, invalidizaci, rozvraty rodin a rozpady přátelských vztahů, kriminalitu, násilné a zstrašující chování, páchání trestných činů pod vlivem drogy, páchání trestných činů za účelem obstarání drogy, nelegální obchod s drogami, držení a výrobu nezákonných drog, šíření infekčních a pohlavních nemocí, prostituci.(63)

Ekonomické důsledky užívání drog jsou velmi vysoké. Ekonomické důsledky můžeme považovat za peněžní vyjádření všech předchozích škod. Řadíme sem náklady, které společnost vydává na řešení drogového problému – náklady zdravotní a sociální péče a prosazování práva, náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání, náklady na přerozdělování dávek sociálního a zdravotního pojištění, náklady rodin na nehrazenou péči a právní zastoupení, jiné náklady (dopravní nehody s alkoholem a nelegálními drogami, požáry způsobené tabákovými výrobky atd.), náklady spojené se ztrátou produktivity (nemocnost, úmrtí, kriminální kariéra). Mezi ekonomické důsledky užívání drog řadíme také nehmotné náklady – bolest a utrpení, narušený psychosociální vývoj, ztráta blízkých, narušené rodinné zdraví. Tyto důsledky vytvářejí pro společnost velmi vysoké škody. (63)

1.15. Závislost

Závislost (latinsky *addictus*) znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Závislost existuje nezávisle na životní úrovni, stupni vývoje společnosti nebo její kultuře. Závislého jedince čeká bez zápasu o překonání závislosti zkáza. Začátek závislosti není příliš dramatický, může to být první sklenička, první cigareta, první dávka drogy, popření toho, že něco není správné, popření morálních hodnot, ztráta perspektivy a správného vidění reality. (28, 45)

Vznik závislosti na psychoaktivních látkách prochází několika fázemi. Patří sem experimentování, které ale nemusí vést k závislosti, až postupný rozvoj závislosti. V současné době rozlišujeme dva druhy závislostí – substanční a procesuální závislost, fyzickou a psychickou závislost. (19, 28)

1.15.1. Substituční a procesuální závislost

Substituční závislost je někdy označována jako závislost igestivní. Jde o závislost na přijímaných látkách – drogách (na alkoholu, nikotinu, nelegálních drogách, návykových lécích). Do této skupiny patří látky i zdánlivě nevinné, jako je káva. Závislost na přijímaných látkách navozuje změnu emocionálního stavu, poznávacích činností a vůle. (28)

Procesuální závislost je závislost na určitém druhu činnosti (např. na hazardních hrách, workholici, hazardě, lidé nadměrně sportující, cestovatelé světoběžníci, lidé do nekonečna opakující náboženské rituály). (28)

1.15.2. Psychická a fyzická závislost

Psychická závislost je duševní stav vzniklý podáváním návykové látky. Jedinec potřebuje trvale nebo opakovaně užívat psychoaktivní látku k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění prožitků nepříjemných. Psychická závislost je podmíněna

vazbou na prožitky, to znamená, že nestačí pouhá konzumace, pokud není těmito příjemnými prožitky provázena. (19, 45, 64)

Fyzická závislost je stav adaptace organismu na drogu, který je provázen zvyšující se tolerancí, a po vysazení návykové látky se objevuje abstinenci syndrom. Abstinenci (odvykací) příznaky se vyskytují u všech typů psychoaktivních látek. Tyto projevy se liší intenzitou od nepříjemných prožitků (tabák) až k bezprostřednímu ohrožení života (morfin). (19, 45)

1.15.3. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Příčiny vzniku alkoholové nebo drogové závislosti jsou komplexní. Při vzniku těchto závislostí se kombinuje řada faktorů fyziologických (hereditárních nebo získaných), psychologických a sociokulturních. (27)

Biologické faktory vzniku závislosti se prolínají až do početí jedince. Na vzniku možných závislosti u člověka se může negativně projevit to, zda je matka alkoholička nebo toxikomanka a první kontakt plodu s návykovými látkami nastává již v průběhu těhotenství. Také porod, při kterém jsou používány psychotropní, tlumivé látky, ovlivňuje neurobiologii jedince a jeho psychomotorický vývoj v dalším období. Výzkumy CNS odhalily souvislosti se změnami elektrických potenciálů a změnami afektivních a kognitivních funkcí jedince. Při vstupu alkoholu a jiných drog do tohoto chemického prostředí dochází k narušení elektrochemického systému mozku, což se projevuje charakteristickými změnami nálad, emocí a kognitivních funkcí. Užití metafetaminu nebo kokainu zvyšuje v mozku vyplavování dopaminu a zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což může vést k nutnosti opakovaného užití těchto látek a vzniku závislosti. Jiný mechanismus vzniku možné závislosti je znám u opiátů. Tyto látky utlumují produkci endogenních opiátů tělu vlastních, které se pak v organismu nedostávají. (27)

Psychologické faktory můžeme najít již v prenatálním období a v době porodu. Jedná se o psychické zážitky, které provázely eventuální biologické poškození v této době (stres matky v průběhu těhotenství, stres při porodu). K dalším významným psychologickým faktorům patří úroveň postnatální péče, harmonický vývoj dítěte, vývoj

a diferenciaci jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování, podpora v době dospívání a při hledání identity, pomoc a podpora v krizi a nemoci. Pokud není taková pomoc k dispozici, může vzniknout sebemedikace, která vede k pozdějšímu rozvoji abusu a vzniku závislosti. Z psychologických faktorů je známa celá řada, které vznikají jako následek škodlivého užívání návykových látek, a tyto faktory posilují další abúzy a tím vedou k závislostem (např. poruchy identity při abúzu halucinogenů, depresivní a úzkostné stavy při abúzu alkoholu apod.).(27)

Sociální faktory se projevují ve vlivu na vztah s okolím, které formují zrání jedince nebo toto zrání brzdí či deformují. Sociální vlivy zahrnují širokou škálu okolností, jako je rasová příslušnost, společenské postavení rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, prostředí, ve kterém člověk žije, kvalita rodinných vztahů nebo absence rodiny vůbec. V současnosti se stále více hovoří o rozpadu rodin a o nedostatku času dospělých na děti. Mládež pak hledá identifikační vzory mimo rodinu, hledá pocit přijetí a sounáležitosti u silných jedinců nebo skupin. Ještě problematičtější situace nastává, pokud jedinec vyrůstá v rodině závislých rodičů, protože braní návykových látek se pro něj stává normou.(27)

Spirituální faktory se dotýkají intimní oblasti přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec. Řada osob závislých na návykových látkách hledala původně v drogách uspokojování spirituálních potřeb. Osoby závislé na stimulačních tanečních drogách je užívají s touhou po skupinové transcendenci na diskotékách. Osoby závislé na heroinu užívají drogy v izolaci a očekávají prolomení vlastní osamělosti v prožitcích. Namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu a závislost. (27)

1.15.4. Faktory ovlivňující vznik závislosti

Jedním z faktorů, které ovlivňují vznik závislosti, je osobnost jedince a jeho vývoj. Mládež na gymnáziích a učilištích studuje v období adolescence (15 – 20 let věku), což je období radikálních změn a obrátů v životě člověka. Vývojovým úkolem adolescence je proměna dítěte v dospělého. Dospívání probíhá jako intenzivní tělesný a psychosociální rozvoj jedince. V tomto období je člověk provázený neurčitou touhou,

hledáním a zvýšenou psychickou zranitelností. Adolescent má snahu hledat novou vlastní identitu, nalézat své místo ve světě, smysl svého života, formuje se jeho sebepojetí, odmítá autority dospělých, je hyperkritický a objevuje se období vzdoru. Kromě formování vlastní identity dochází u jedince k rozvoji duchovní dimenze (zájem o umění, filozofii, náboženství). V dospívání dochází k navazování sexuálních vztahů, navazování přátelských vztahů mezi lidmi, kteří sdílejí obdobné hodnoty a pohled na svět, mají shodné zájmy. Problémy, selhání, chyby, frustrace, které řeší dospívající jedinec a přátelé, kteří již experimentují nebo užívají návykové látky, představují velké riziko vzniku možné závislosti. (1, 29,43, 59, 60)

Další faktory, které mohou ovlivnit možný vznik závislosti, je postoj společnosti k návykovému chování, tolerance drogy, cenová a tržní dostupnost návykových látek, nezaměstnanost, postavení ve společnosti. (43)

1.15.5. Prevence závislosti

Termín prevence (pocházející z latinského *preventus* – zákrok předem) je v drogové problematice důležitý pojem. Prevence je souborem činností, které vedou k zabránění vzniku nemocí, vad, zranění a jejich následků. Prevence pomáhá udržet optimální stav zdraví, posilovat ho a rozvíjet. Prevence nachází využití všude tam, kde je lépe nežádoucím jevům předcházet, než řešit jejich následky. Prevenci dělíme do tří typů – primární, sekundární a terciární prevence. (19, 63)

Primární prevence má předejít zneužívání drog nebo oddálit první setkání s drogami do co nejpozdějšího věku. Do této prevence patří všechny aktivity, které směřují k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Cílovou skupinou primární prevence je dosud nezasažená populace a jedinec. Tato prevence poskytuje podklady pro vědomé rozhodnutí abstinovat a neužívat návykové látky. U drog se primární prevence soustřeďuje na stranu poptávky na drogovém trhu. Usiluje o to, aby se potenciaální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem, aby nevyhledával a nekonzumoval drogy. K dosažení cíle primární prevence se používají metody

psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu. V primární prevenci hraje nejdůležitější úlohu rodina a škola, využití volného času a přátelé, se kterými se adolescent stýká. Proto největší část preventivně- primárních aktivit tvoří školní programy. Klíčovou roli ve školních preventivních programech hrají školní metodici prevence (dříve drogoví koordinátoři), kteří jsou na každé škole, zúčastňují se seminářů a vzdělávacích programů v oblasti drogové prevence a seznamují kolegy a studenty s novinkami v oblasti prevence. Kromě metodiků školní prevence se na primární prevenci podílí obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, příspěvkové organizace, Policie ČR, neziskové organizace, pedagogicko-psychologické poradny, charitativní spolky. (2, 19)

Sekundární prevence je orientována na včasné vyhledávání rizikových osob (přicházejí do styku s návykovou látkou) s cílem omezení dalšího rozvoje užívání návykových látek, poskytnutí dostupné profesionální pomoci, snižování sociálních, zdravotních rizik a poškození, které souvisejí s užíváním návykových látek, dosažení abstinence drog, prevence relapsu (návrat k užívání drog) a léčbu. Tato prevence se uskutečňuje prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace, jejichž snahou je pomoci uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život. Léčebné a resocializační programy jsou dvou typů – nízkoprahové a vysokoprahové. Oba programy jsou zaměřeny na léčbu somatických poškození, psychologické a sociální poradenství. Vysokoprahové programy vyžadují po svých klientech bezpodmínečnou abstinenci pro vstup do programu a nízkoprahové programy podmínku abstinence pro vstup do programu nevyžadují. (19, 63)

Terciární prevence je zaměřená na uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni užívání drog se vzdát. Cílem této prevence je předejít nebo změnit rizikové chování, které může mít za následek poškození nebo zhoršení jejich zdravotního stavu nebo jejich sociální situace, to znamená, že je zaměřena na minimalizaci škod (harm reduction). Pod pojmem terciární prevence je také někdy uváděna resocializace či sociální rehabilitace klientů po abstinenci léčbě nebo abstinujících od návykových látek pomocí substituční léčby. Cílem intervencí je např. vzdělávání o rizicích užívání drog, informování o možnostech léčby a zdravotní péče, poskytování a výměna

sterilních stříkaček, testování kvality drog, poskytování nutriční a vitamínové podpory, aktivní podpora změny chování uživatelů k méně rizikovým způsobům užívání drog. (19, 63)

1.16. Léčba

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí zahrnuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Některé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné ne. Podmínkou efektivnosti léčebného programu je jeho schopnost vyjít vstříc skutečným potřebám klienta. Cílem léčby je, pomocí celé škály intervencí (zásahů), dosáhnout abstinence nebo redukce užívání návykových látek, snížit možnost relapsu, zapojit uživatele do života v rodině, v zaměstnání, ve škole. (15, 23)

Dobu trvání léčby dělíme na krátkodobou (4 – 8 týdnů), střednědobou (3 – 6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle). Na léčbě drogově závislých se podílejí nestátní neziskové organizace a státní zdravotnická zařízení.(37)

Rozeznáváme celkem devět typů léčby drogově závislých: detoxifikace, terénní programy, kontaktní centra, ambulantní péče, stacionární programy, ústavní péče (krátkodobá a střednědobá), rezidentní péče v terapeutických komunitách, substituční léčba a následná péče.

Při léčbě drogových závislostí a závislostí na návykových látkách hraje jednu z nejdůležitějších rolí psychoterapie, farmakoterapie a motivace klienta. Nemůžeme dosáhnout žádaného efektu bez motivace závislého jedince.(23, 28)

1.17. Protirogová politika

Protirogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných, sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální, komunitní a individuální úrovni. Jejím konečným cílem je snížit užívání drog, nebo zmenšit škody, které mohou v důsledku užívání drog nastat jednotlivci a společnosti. (63)

1.17.1. Typy protidrogové politiky

Typ protidrogové politiky je do určité míry určen cílem společnosti ve vztahu k užívání drog, realizovanými opatřeními a definováním problému, který společnost používá pro užívání drog a jejich uživatele. Rozeznáváme tři základní modely protidrogové politiky.

Represivní model – jeho hlavním cílem je potlačit užívání všech nelegálních drog. Ukazatelem úspěšnosti tohoto modelu je množství zabavených nelegálních drog, počet usvědčených a odsouzených pachatelů, a také počet osob, které přišly do kontaktu třeba jen jedenkrát s ilegální drogou. Zjišťování těchto údajů je velmi složitou záležitostí, protože v tomto modelu je tendence kontakt s drogou skrývat. A proto se může stát, že prvokonzumenti, problémoví uživatelé a závislí unikají evidenci a jsou mimo dosah pomáhající profese. K zemím s takovýto přístupem patří např. Thajsko, Laos, Barma, kde hrozí trest smrti za užívání nebo držení jakékoliv nelegální drogy. Je potřeba ale zmínit, že tyto státy patří mezi největší producenty nezákonných drog. Ze států západní kultury patří USA k zemím, které mají nejrepresivnější protidrogovou politiku. I přesto USA vykazuje vysokou celoživotní prevalenci, zdravotní poškození a sociální škody u uživatelů drog. (22, 63)

Model minimalizace rizik a škod – snížení užívání všech zákonných i nezákonných drog je jedním z dílčích cílů tohoto modelu. Tento model neklade důraz na trestní zásahy proti uživatelům, ale na prevenci možných škodlivých účinků drog (např. výměna jehel) a omezení obchodu s drogami. Měřítkem úspěšnosti je snižování počtu uživatelů drog, u kterých se objevují závažné zdravotní, psychické nebo sociálně ekonomické škody. Tento model uznává, že zneužívání drog existuje a bude existovat i v budoucnu. Řada zemí EU má tento model protidrogové politiky zavedený. (22, 63)

Model kulturní integrace – zde je snahou omezit užívání jak ilegálních, tak i legálních drog a podřítit užívání drog běžným regulačním mechanismům. Tyto mechanismy vytváří společnost ke kontrole přijatelného chování. V Holandsku je tento model nazván normalizací užívání drog a je v něm řečeno, že problémy vzniklé s užíváním drog nejsou považovány za odlišné od dalších forem problémového chování jako je například alkoholismus, bezdomovectví, neúplná rodina nebo obsedantní

návyky. K zvládnání všech těchto a řady dalších problémů jsou přijímána obdobná opatření.

I přesto, že každý stát se přiklání k jednomu z modelů, neexistuje jednosložková protidrogová politika. Většina zemí má protidrogovou politiku složenou ze tří základních strategií: potlačování nabídky, snižování poptávky a minimalizaci rizik a škod z užívání drog. (22, 63)

1.17.2. Složky protidrogové politiky

Řídící silou protidrogové problematiky jsou tržní mechanismy – nabídka, poptávka a volná soutěž o místo na černém trhu, který nemá žádná pravidla. I tady, jako na kterémkoliv trhu, jsou nabídka a poptávka vzájemně propojeny. Bylo by velmi nesprávné se domnívat, že lze drogovou problematiku vyřešit jednorázovým nebo izolovaným opatřením na straně nabídky nebo poptávky. Potřeba komplexnosti drogové politiky se v různé míře odráží v globálních formulacích (OSN), nadstátních formulacích (EU), státních a regionálních nebo lokálních drogových politikách. Obvykle se složky drogových politik člení do dvou velkých okruhů – preventivního a represivního. (63)

1.17.3. Protidrogová politika v České republice

Protidrogová politika v České republice je zaměřena na řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních omamných a psychotropních látek. Protidrogová politika v České republice vychází z represivního přístupu, který je doplňován nabídkou léčebných a preventivních programů. Východiska, principy a cíle jsou formulovány v Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 – 2009. Je uskutečňována Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která vznikla v roce 1993. Předsedou této komise je premiér, členy jsou ministři resortů zdravotnictví, práce a sociálních věcí, vnitra, školství, tělovýchovy a mládeže, spravedlnosti a obrany – tedy členové vlády, jejichž působnosti se týká problematika drog. Cílem protidrogové politiky vlády je komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup v primární prevenci, represii, harm reduction léčbě a resocializaci. Zároveň vláda usiluje o posilování občanské společnosti a ústupu od centralistické vlády. (2, 33, 36, 40)

1.18. Zákon a drogy

1.18.1. Česká legislativa

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách je klíčovou mimotrestní normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a trekursory. V tomto zákoně jsou stanovena pravidla výzkumu, výroby, zpracování, odběru, skladování, používání, koupě, prodeje a nabývání těchto látek. V § 2 písm. a) tohoto zákona je stanoveno, že návykové látky jsou takové látky, u kterých vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro osobu, která ji opakovaně bez odborného dohledu užívá. Seznam produktů patřících mezi návykové látky je vymezen v přílohách č. 1 – 7 tohoto zákona. (52, 53, 54)

Trestní zákon č. 140/1961 Sb. a zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb. jsou zákony, které upravují trestněprávní legislativu.

Podle § 187 trestního zákona je nejzávažnějším, a nejpřísněji postihovaným trestným činem nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů. Při porušení tohoto zákona hrozí osobě odnětí svobody na 1 rok až 12 let. Postihuje jedince, kteří neoprávněně vyrobí, dovezou, vyvezou, provedou, nabízí, zprostředkují, prodají nebo jinak opatří pro jinou osobu či pro jinou osobu přechovávají omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed. (43)

§ 187a trestního zákona postihuje osoby, které přechovávají omamné látky v množství větším než malém pro vlastní potřebu, ale konkrétní množství, které je větší než malé, tento zákon nedefinuje. Tento zákon postihuje pouze přechovávání omamných látek, nikoliv jejich konzumaci. (53)

V § 188 trestního zákona je definován trestný čin nedovolené výroby a držení omamných látek, psychotropních látek a jedů. Tento zákon postihuje výrobu, opatření nebo přechovávání předmětu určeného k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravky obsahující tyto látky nebo jedu. Nepřekažení tohoto trestného činu je trestné podle § 167 stejného zákona. (66)

V § 188a trestního zákona definuje trestný čin šíření toxikomanie. Tento zákon postihuje osoby, které svádí, podporují nebo jinak podněcují jinou osobu ke zneužívání návykové látky jiné než je alkohol. Vyšším trestem jsou postihovány osoby, které tento čin spáchají vůči osobě mladší 18 let. (65)

§ 30 přestupkového zákona odst. 1 písm. c), f), g), h), ch), j) definuje přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Tento zákon postihuje podávání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek osobám mladším 18 let, požitím těchto látek před výkonem zaměstnání nebo jiné činnosti, při které by mohlo dojít k ohrožení zdraví lidí nebo k poškození majetku, neoprávněné přechovávání omamné nebo psychotropní látky v malém množství pro svou vlastní potřebu (postihuje osoby, které nenaplňují znaky trestných činů podle § 187 a § 187a trestního zákona). Tento zákon se uplatňuje tehdy, pokud nejde o přísněji trestný čin.(53)

K další souvisejícím legislativním opatřením z trestního a přestupkového zákona řadíme tato ustanovení: § 212 trestního zákona – opuštění dítěte, § 213 trestního zákona – zanedbání výživy, § 217 odst.1 trestního zákona – trestný čin ohrožení mravní výchovy mládeže, § 218 trestního zákona – trestný čin podávání alkoholických nápojů mládeži, § 218a trestního zákona – trestný čin podávání anabolických látek mládeži, § 29 odst. 1 písm. e) zákona o přestupcích) – přestupky na úseku zdravotnictví apod.. (43)

K dalším právním předpisům vztahujícím se k drogové problematice patří např.: zákon č. 141/1961 Sb. (Trestní řád); zákon č. 169/1999 o výkonu trestu odnětí svobody; zákon č. 293/1993 Sb. o výkonu vazby, vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 345/1999, kterou se vydává řád výkonu vazby; zákon č. 61/1996 Sb. o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti; zákon o policii ČR č. 283/1991 Sb.; celní zákon č. 13/1993 Sb.; zákon o celní správě České republiky č. 185/2004; zákon o probační a mediační službě nebo zákon o soudnictví ve věcech mládeže č. 218/2003. (32)

1.18.2. Úmluvy OSN

Mezinárodní kontrolu drog upravují tři úmluvy OSN, jejich ustanovení však nemají přímou právní platnost. Jednotlivé státy musí tyto úmluvy převést do svých národních předpisů v souladu s vlastními právními principy prostřednictvím národní legislativy. Jedná se o:

Jednotnou úmluvu o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 452/1991 Sb.)

Úmluvu o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.)

Úmluvu OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.)

Ve všech třech úmluvách se vychází z toho, že výroba, obchodování a konzumace drog představuje globální problém světa, který se dotýká všech států bez ohledu na ekonomickou vyspělost, kulturu, historii nebo geografickou polohu. Česká republika má závazky vyplývající trestních ustanovení těchto úmluv promítnuty hlavně v § 187 až § 188a trestního zákona a v § 29 a § 30 zákona o přestupcích. V přílohách zákona o návykových látkách č. 167/1998 Sb. jsou zahrnuté všechny návykové látky definované v těchto úmluvách. (11, 53)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zjistit rozdíly v experimentování s užíváním drog u mládeže v návaznosti na typ studované školy a jejich zkušenost s těmito drogami.

2.2. Hypotézy práce

Hypotézy práce jsem stanovila na základě studia odborné literatury a vlastních zkušeností.

H1: Předpokládám, že problém drog je hlavně záležitostí osob s nižší kvalitou vzdělání.

H2: Předpokládám, že tabakismus a užívání alkoholu je predispozicí k užití drogy.

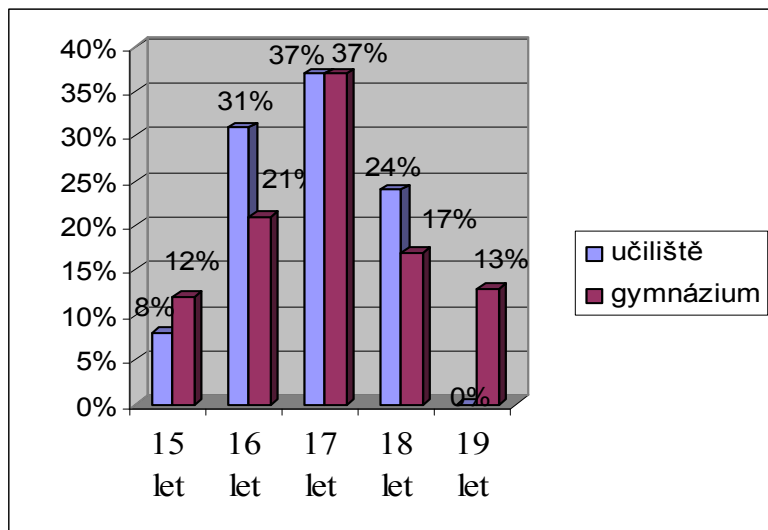
3. Metodika

3.1. Použité metody

Výzkum byl prováděn náhodným systematickým výběrem respondentů kvantitativní metodou formou anonymního dotazníku (příloha č.). Výzkum byl prováděn na Gymnáziu Písek a SOU Písek. Na gymnázium bylo rozdáno 100 dotazníků a po sběru dat bylo vyplněno 100. validních dotazníků. Na SOU bylo rozdáno 100 dotazníků a po sběru dat muselo být 9 vyřazeno pro vynechání vyplnění některé z otázek v dotazníku. Sběr dat probíhal v únoru 2007. Dotazník obsahuje 33 otázek, z nichž je 10 otázek uzavřených, 20 otázek polootevřených a 3 otázky otevřené.(7)

4. Výsledky

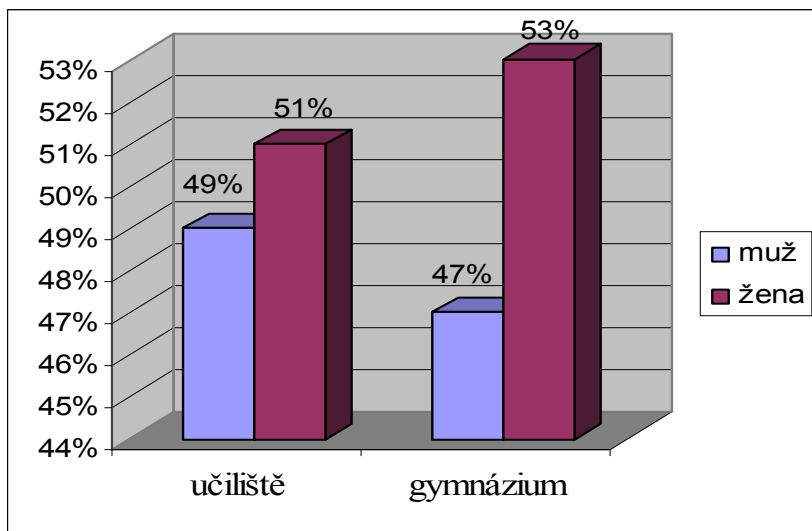
Graf 1. Věk respondentů na učilišti



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje věk dotazovaných respondentů. Nejpočetněji zastoupenou skupinou dotazovaných respondentů na učilišti i na gymnáziu byla skupina mladistvých, kteří dovršili 17 let. Následovala skupina respondentů, kteří dosáhli věku 16 let. Třetí věkovou skupinu tvořili respondenti, kteří dosáhli 18 let. Čtvrtá věková skupina byla tvořena osobami, které dosáhly 15 let. Poslední věková skupina (19 let) se vyskytovala pouze na gymnáziu.

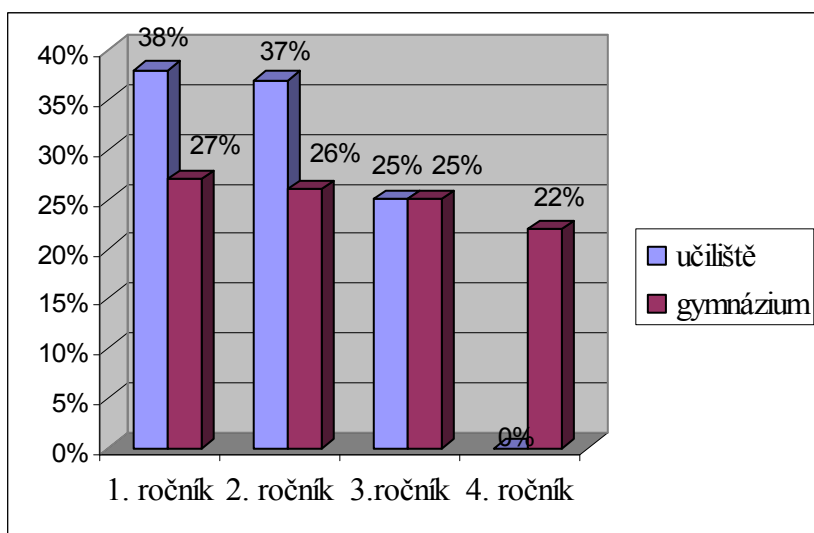
Graf 2. Pohlaví



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje pohlaví respondentů – na učilišti bylo 51% a na gymnáziu bylo 53% dotazovaných ženského pohlaví, mužské pohlaví mělo na učilišti 49% a na gymnáziu 47% respondentů.

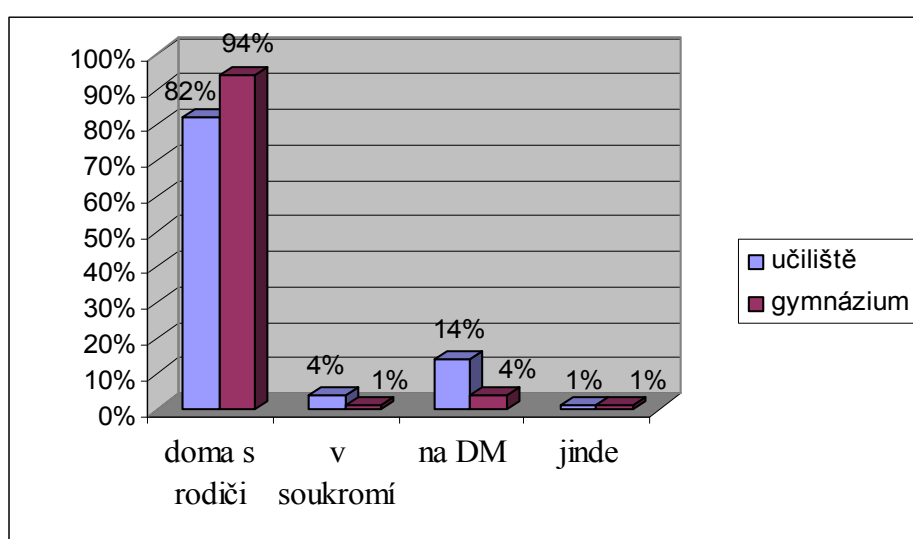
Graf 3. Ročník



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje, že v 1. ročníku na učilišti je 28% a na gymnáziu je 27% dotazovaných, 2. Ročník navštěvuje na učilišti 37% a na gymnáziu 26% dotazovaných, 3. ročník navštěvuje na učilišti 25% a na gymnáziu 25% dotazovaných, 4. ročník na učilišti nenavštěvuje nikdo a na gymnáziu 22% dotazovaných.

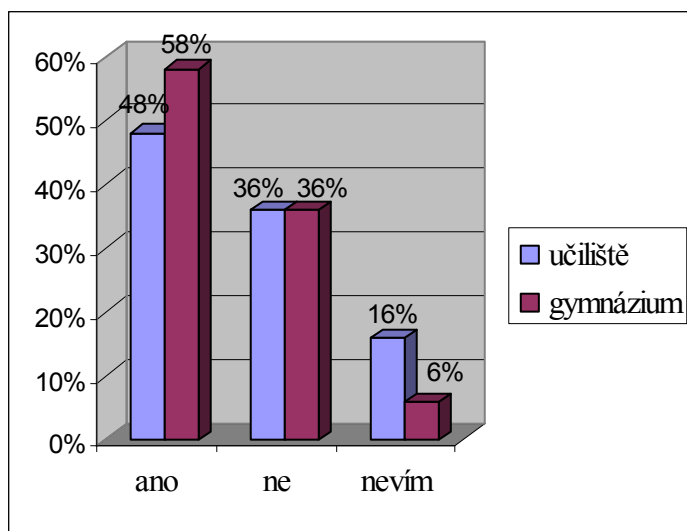
Graf 4. Bydlení v době výuky



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf zobrazuje, že v době výuky (od pondělí do pátku) bydlí 82% dotazovaných z učiliště a 94% dotazovaných na gymnáziu doma s rodiči, 4% respondentů z učiliště a 1% respondentů z gymnázia bydlí v soukromí, 14% respondentů z učiliště a 4% respondentů na gymnáziu bydlí na domově mládeže a 1% dotazovaných na gymnáziu udává, že v pracovní týden bydlí jinde, a to u prarodičů.

Graf 5. Informovanost o drogách



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje, že 48% dotazovaných na učilišti a 58% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že je informovanost veřejnosti o drogách dostačující. 36% dotazovaných na učilišti a 36% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že informovanost veřejnosti o drogách je nedostačující. 16% dotazovaných na učilišti a 6% dotazovaných na gymnáziu neví, zda je informovanost společnosti o drogách dostačující nebo nedostačující.

Tabulka č. 1.a) Získávání informací

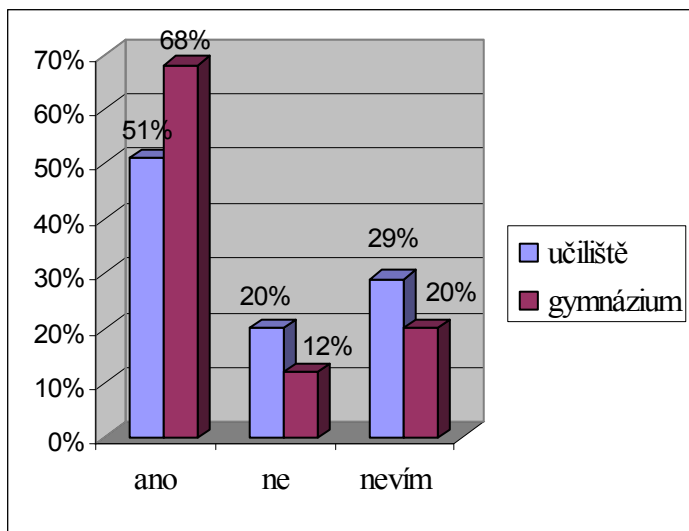
učiliště	od rodičů	od sourozenců	od kamarádů	od učitelů	od vychovatelů	sdělovací prostředky
1 vyčerpávající informace	10%	11%	13%	14%	1%	7%
2 dostatečné informace	17%	14%	15%	17%	6%	24%
3 průměrné informace	30%	11%	24%	28%	3%	21%
4 nedostatečné informace	13%	11%	15%	16%	7%	21%
5 orientační informace	20%	28%	17%	16%	1%	12%
neodpovědělo	10%	25%	16%	9%	82%	15%

Tabulka č. 1.b) Získávání informací

gymnázium	od rodičů	od sourozenců	od kamarádů	od učitelů	od vychovatelů	sdělovací prostředky
1 vyčerpávající informace	1%	2%	18%	8%	0%	22%
2 dostatečné informace	25%	9%	21%	36%	0%	30%
3 průměrné informace	31%	10%	29%	30%	2%	26%
4 nedostatečné informace	22%	11%	10%	12%	1%	13%
5 orientační informace	13%	29%	8%	9%	1%	6%
neodpovědělo	8%	39%	14%	5%	96%	3%

Tato tabulka popisuje od koho respondenti získávají informace o drogách. Měli možnost volit na škále od 1 do 5, kdy číslo jedna znamenalo vyčerpávající informace, číslo 2 dostatečné informace, číslo 3 průměrné informace, číslo 4 nedostatečné informace a číslo 5 pouze orientační informace. V tabulce můžeme sledovat, že od rodičů informace vůbec nezískává 10% dotazovaných na učilišti a 8% dotazovaných na gymnáziu, vyčerpávající informace od rodičů získává 10% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu, povrchní informace získává od rodičů 20% dotazovaných na učilišti a 13% dotazovaných na gymnáziu. Od sourozenců získává 11% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu vyčerpávající informace. Od kamarádů získává 24% dotazovaných na učilišti a 29% dotazovaných na gymnáziu průměrné informace. 28% dotazovaných na učilišti získává od učitelů průměrné informace o drogách a 36% dotazovaných na gymnáziu od učitelů získává informace dostatečné. Od vychovatelů získává informace pouze skupina, která zde bydlí od pondělí do pátku. Ze sdělovacích prostředků získává 24% dotazovaných na učilišti a 30% dotazovaných na gymnáziu dostatečné informace. V možnosti jiné se nejčastěji objevili informace získané z internetu, knih, přednášek na škole.

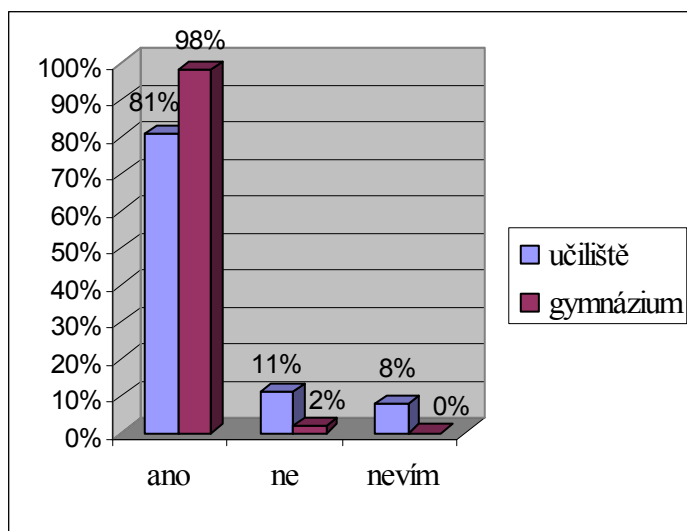
Graf 6. Rizika po jednorázovém užití drogy



(zdroj vlastní výzkum)

Graf 6. popisuje znalost respondentů o rizicích spojených s jednorázovým užitím drogy. 51% dotazovaných respondentů z učiliště a 68% respondentů z gymnázia zná rizika, nejčastěji udávali riziko předávkování s následnou smrtí, riziko vzniku závislosti a riziko onemocnění infekčními nemocemi. 20% dotazovaných z učiliště a 12% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že s jednorázovým užitím drogy nejsou spojena žádná rizika. 29% dotazovaných z učiliště a 20% dotazovaných na gymnáziu neví, zda jsou s jednorázovým užitím drogy spojena nějaká rizika.

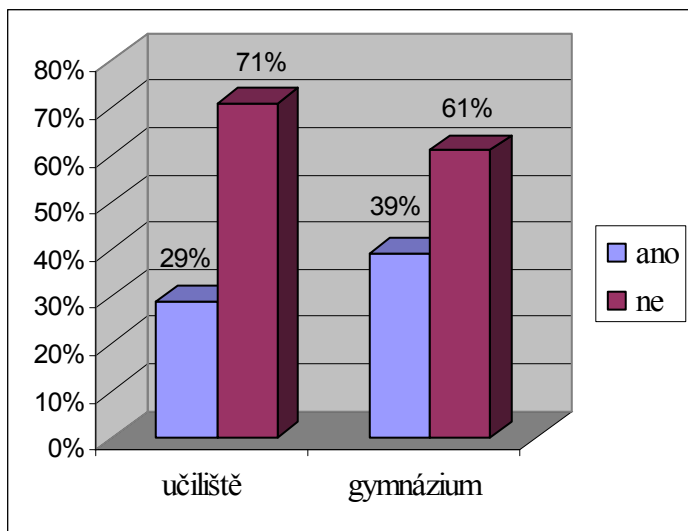
Graf 7. Psychické problémy v souvislosti s užitím drogy



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje teoretické znalosti respondentů o možných psychických problémech, které souvisejí s užíváním drog. 81% dotazovaných z učiliště a 98% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že užívání drog a psychické problémy spolu souvisejí. 11% dotazovaných z učiliště a 2% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že psychické problémy s užíváním drog nesouvisí. 8% dotazovaných na učilišti neví, zda psychické problémy s užíváním drog souvisí.

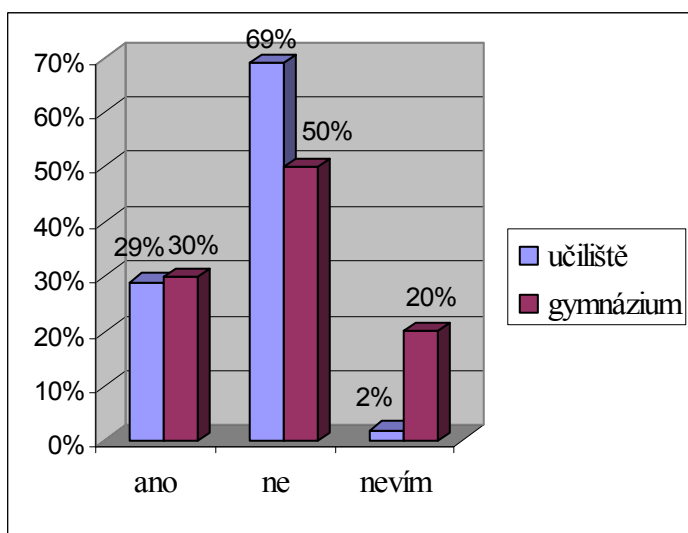
Graf 8. Pěstování konopí pro svou potřebu



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje, že 29% dotazovaných na učilišti a 39% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že pěstování marihuany pro svou potřebu je povoleno. 71% dotazovaných na učilišti a 61% dotazovaných na gymnáziu odpovědělo, že pěstování konopí pro svou potřebu povoleno není.

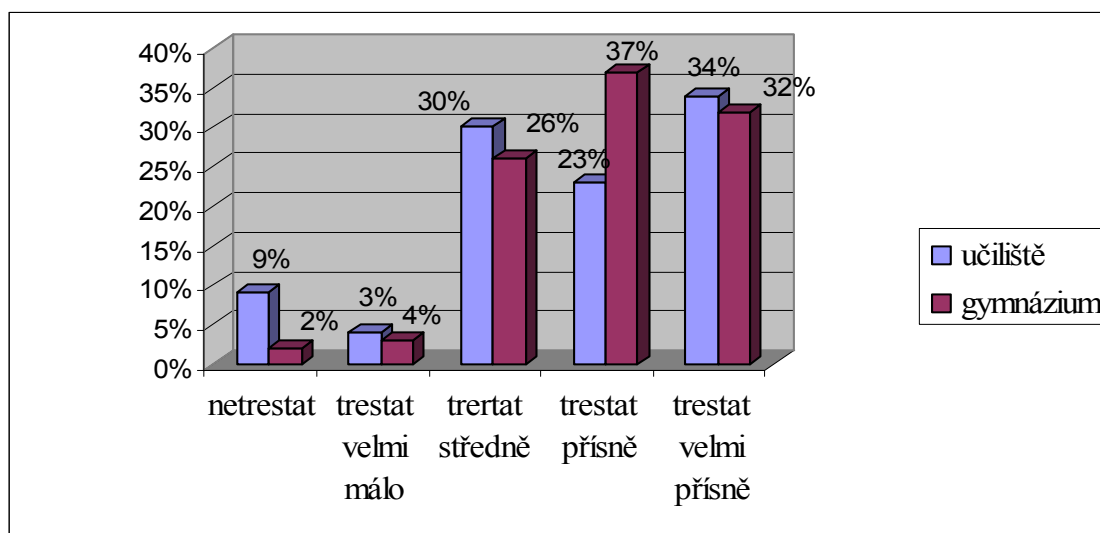
Graf 9. Držení drog pro vlastní potřebu



(zdroj vlastní výzkum)

Na grafu číslo 9 vidíme, že 29% dotazovaných na učilišti a 30% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že držení drog pro vlastní potřebu je povoleno. 69% dotazovaných na učilišti a 50% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že držení drog pro vlastní potřebu povoleno není. 2% dotazovaných na učilišti a 20% dotazovaných na gymnáziu neví, zda je držení drog pro vlastní potřebu povoleno či nepovoleno.

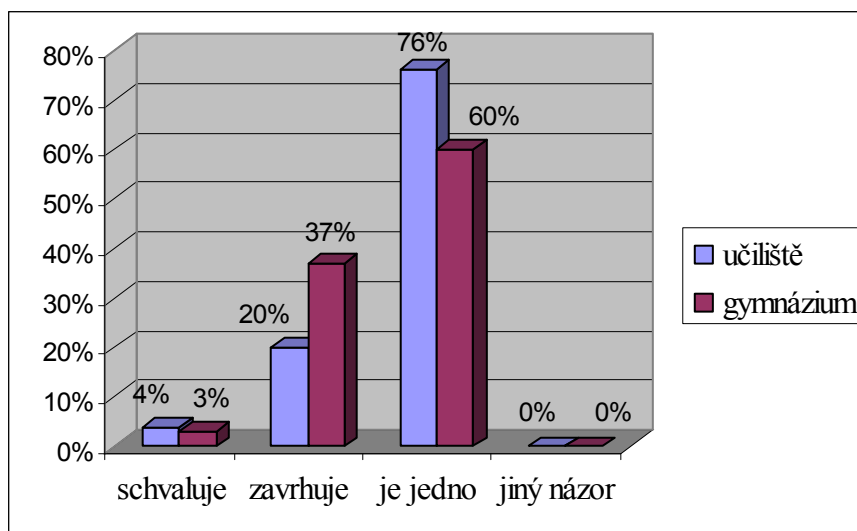
Graf 10. Trestání výroby a rozšiřování nelegálních drog



(zdroj vlastní výzkum)

Graf 10. ukazuje, jak by dotazovaní trestali za výrobu a rozšiřování nelegálních drog, číslo 1. znamená netrestat a číslo 5. značí trestat velmi přísně. Velmi přísně by trestalo 34% respondentů na učilišti a 32% respondentů na gymnáziu, Netrestalo by 9% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu. Možnost číslo 2.(trestat velmi málo) zvolili 4% na učilišti a 3% na gymnáziu, možnost číslo 3. zvolilo na učilišti 30% a na gymnáziu 26% respondentů, možnost číslo 4. (trestat přísně) zvolilo na učilišti 23% a na gymnáziu 37% respondentů.

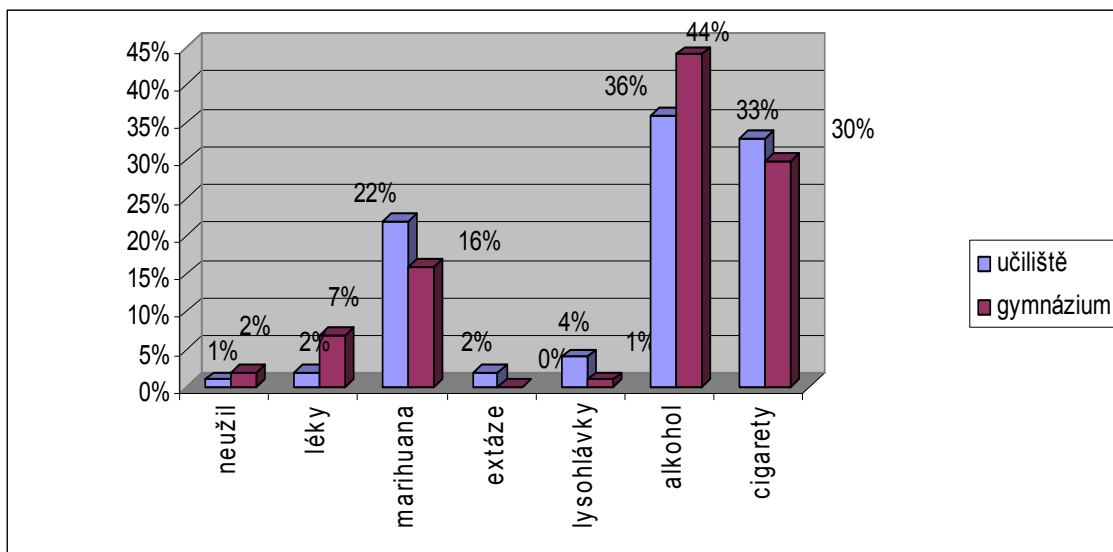
Graf 11. Schvalování užívání nelegálních drog jinými osobami



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje názor dotazovaných na užívání nelegálních drog jinými osobami. 76% dotazovaných na učilišti a 60% dotazovaných na gymnáziu udává, že je jim jedno, zda jiní lidé užívají nelegální drogy. 20% dotazovaných na učilišti a 37% dotazovaných na gymnáziu zavrhují užívání nelegálních drog druhými osobami. 4% dotazovaných na učilišti a 3% dotazovaných na gymnáziu schvaluje užívání nelegálních drog jinými lidmi. Možnost jiný názor nikdo nevyužil.

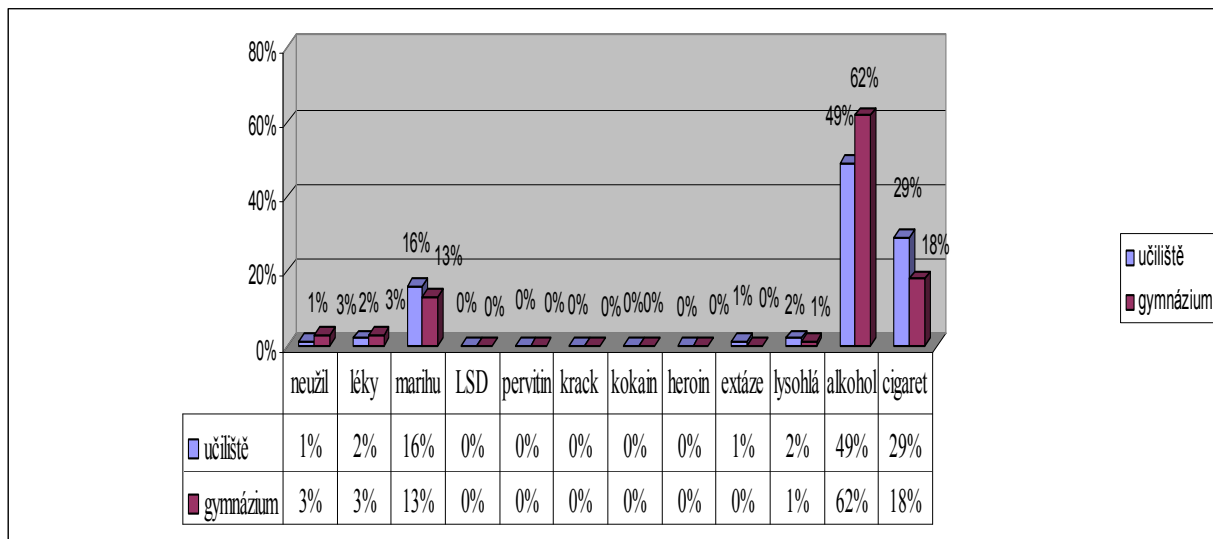
Graf 12. Zkušenost s drogou



(zdroj vlastní výzkum)

Graf 12. ukazuje, že nejvíce zkoušená droga je alkohol – na učilišti 36% dotazovaných, na gymnáziu 44% dotazovaných, další zkoušená droga je tabák (cigarety) – vyzkoušelo ji na učilišti 33% dotazovaných, na gymnáziu 30% dotazovaných. Zkušenost s marihuanou udává na učilišti 22% dotazovaných a na gymnáziu 16% dotazovaných, léky bez lékařského předpisu vyzkoušelo na učilišti 2% a na gymnáziu 7% dotazovaných, extází zkusili na učilišti 2% dotazovaných a na gymnáziu ji nevyzkoušel nikdo, s halucinogenními houbami má na učilišti zkušenost 4% dotazovaných a na gymnáziu 1% dotazovaných, pervitin na učilišti zkusilo 1% dotazovaných a na gymnáziu nikdo z dotazovaných. Krack, kokain, heroin, LSD nikdo z dotazovaných na obou školách nezkusil. 1% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu udává, že nemají žádnou zkušenost drogami. (Hrubá)

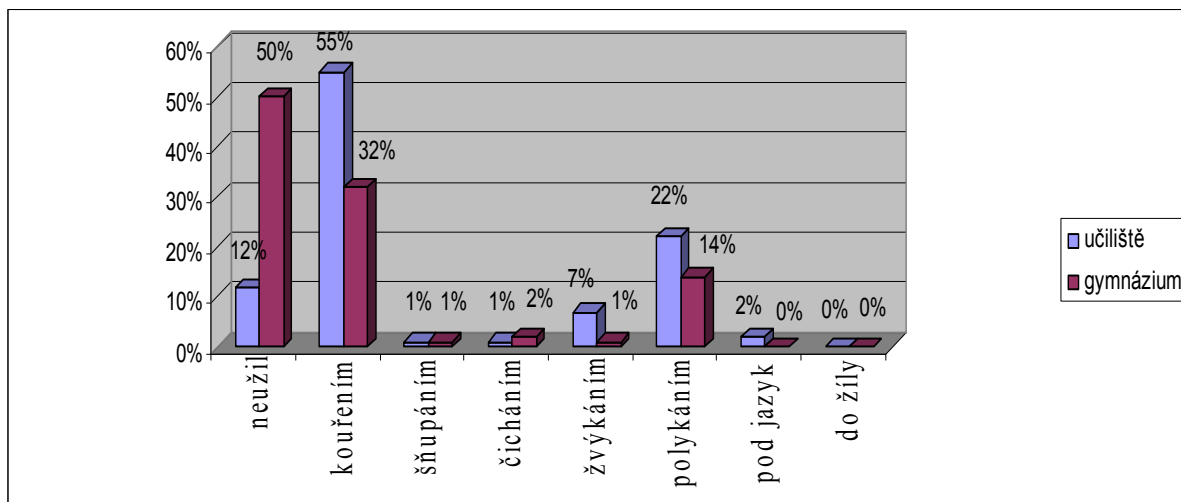
Graf 13. Drogy užívané v současnosti



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 13 popisuje drogy, které respondenti užívají v současnosti. 1% dotazovaných na učilišti a 3% dotazovaných na gymnáziu udává, že neužívá žádnou drogu. Nejvíce užívanou drogou v současnosti je na učilišti u 49% dotazovaných alkohol a na gymnáziu u 62% dotazovaných také alkohol. 29% dotazovaných na učilišti a 18% dotazovaných na gymnáziu v současnosti užívá tabákové výrobky. 16% dotazovaných na učilišti a 13% dotazovaných na gymnáziu v současnosti užívá marihuanu. 2% dotazovaných na učilišti a 3% dotazovaných na gymnáziu v současnosti užívá léky bez lékařského předpisu. 2% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu v současnosti užívá halucinogenní houby. 1% dotazovaných na učilišti v současnosti užívá extázi, na gymnáziu extázi neužívá v současnosti nikdo. LSD, krack, pervitin a amfetaminy, kokain, heroin v současnosti neužívá nikdo z dotazovaných na obou školách.

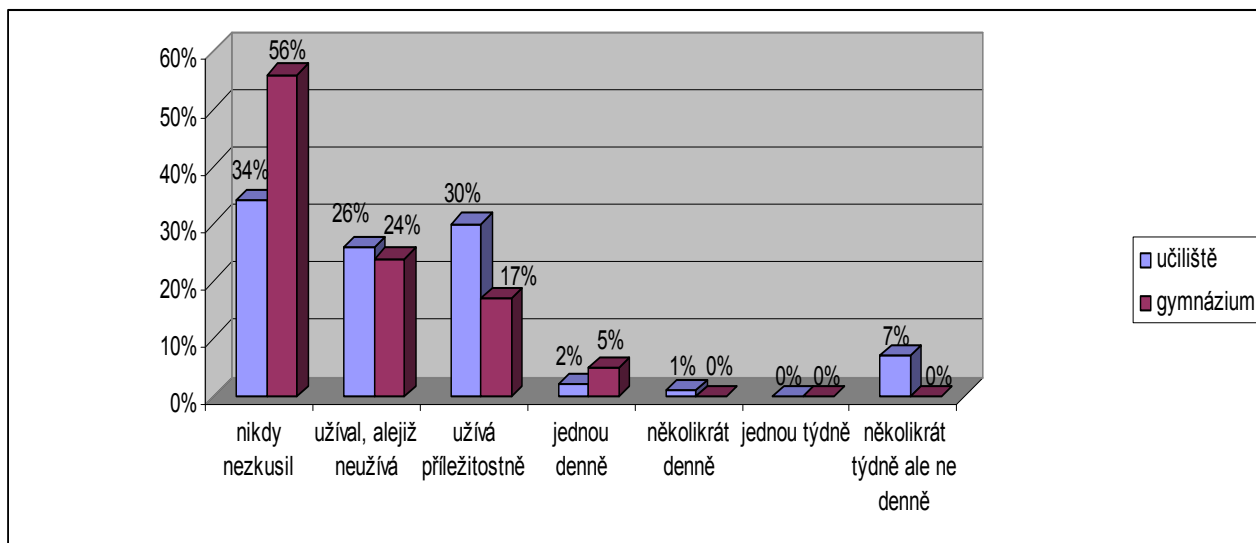
Graf 14. Způsob užití nelegální drogy



(zdroj vlastní výzkum)

Na tomto grafu vidíme způsoby, kterými respondenti užívají nelegální drogy. 12% dotazovaných na učilišti a 50% dotazovaných na gymnáziu nelegální drogy neužívá. 55% dotazovaných na učilišti a 32% dotazovaných na gymnáziu nelegální drogy užívá kouřením. 22% dotazovaných na učilišti a 14% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy polykáním. 1% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy čicháním. 1% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy šňupáním. 7% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy žvýkáním. 2% dotazovaných z učiliště užívá nelegální drogy pod jazyk, na gymnáziu tento způsob nepoužívá nikdo. Způsoby pitím a do žíly neužívá nikdo z učiliště a gymnázia.

Graf 15. Ilegální drogy



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje užívání ilegálních drog (např. marihuany, LSD, pervitinu...). 34% dotazovaných na gymnáziu a 56% dotazovaných na gymnáziu nikdy ilegální drogu neužilo. 26% dotazovaných na učilišti a 24% dotazovaných na gymnáziu ilegální drogy užívalo, ale v současnosti je již neužívá. 30% dotazovaných na učilišti a 17% dotazovaných na gymnáziu ilegální drogy užívá příležitostně. 2% dotazovaných na učilišti a 5% dotazovaných na gymnáziu ilegální drogy užívá jednou denně. 1% dotazovaných na učilišti užívá ilegální drogy několikrát denně (3x) a nikdo z dotazovaných na gymnáziu ilegální drogy několikrát denně neužívá. 7% dotazovaných na učilišti užívá ilegální drogy několikrát týdně, ale ne denně (2x týdně). Další možnosti užívání ilegálních drog nikdo z dotazovaných ne zvolil.

Tabulka 2. Příležitostné užívání ilegálních drog

Kde	učiliště	gymnázium
na večírcích, diskotéce	40%	43%
doma	6%	7%
s partou venku	42%	33%
u kamaráda doma	12%	17%
jinde	0%	0%

(zdroj vlastní výzkum)

Tato tabulky ukazují příležitostné užívání ilegálních drog. 40% dotazovaných na učilišti a 43% dotazovaných na gymnáziu užívá příležitostně nelegální drogy na večírcích a diskotékách. 42% dotazovaných na učilišti a 33% dotazovaných na gymnáziu užívá příležitostně nelegální drogy venku s partou. 12% dotazovaných na učilišti a 17% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy u kamaráda doma. 6% dotazovaných na učilišti a 7% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy doma.

Tabulka 3. Příležitostné užívání ilegálních drog

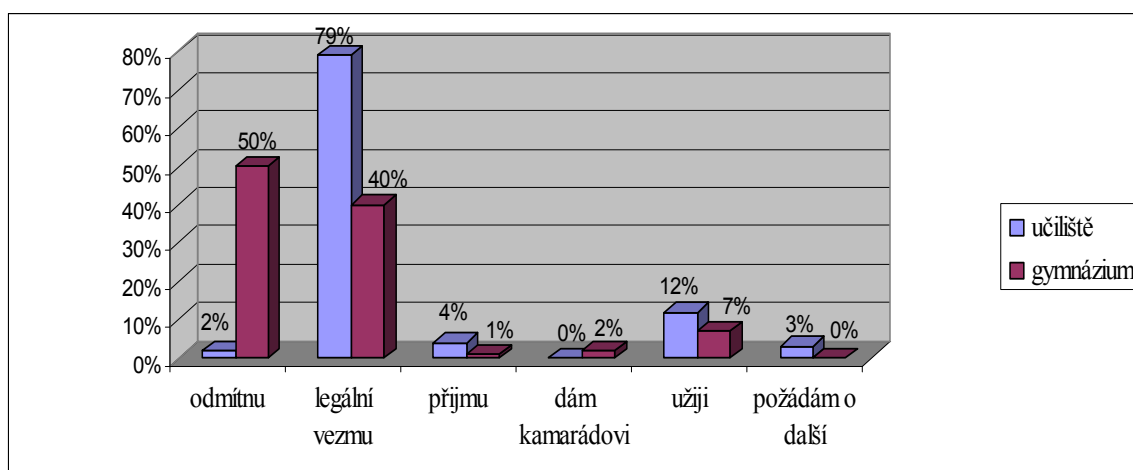
Jak často	učiliště	gymnázium
1x týdně	46%	13%
1x za dva týdny	11%	27%
1x za tři týdny	7%	0%
1x měsíčně	36%	60%
jindy	0%	0%

(zdroj vlastní výzkum)

Tato tabulka ukazuje, jak často příležitostně užívají dotazovaní nelegální drogy. 46% dotazovaných na učilišti a 13% dotazovaných na gymnáziu užívá příležitostně nelegální drogy 1x týdně. 36% dotazovaných na učilišti a 60% dotazovaných na gymnáziu užívá nelegální drogy 1x měsíčně. 11% dotazovaných na učilišti

a 27% dotazovaných na gymnázium užívá nelegální drogy 1x za dva týdny. 1x za tři týdny užívá nelegální drogy 7% dotazovaných na učilišti.(Hrubá)

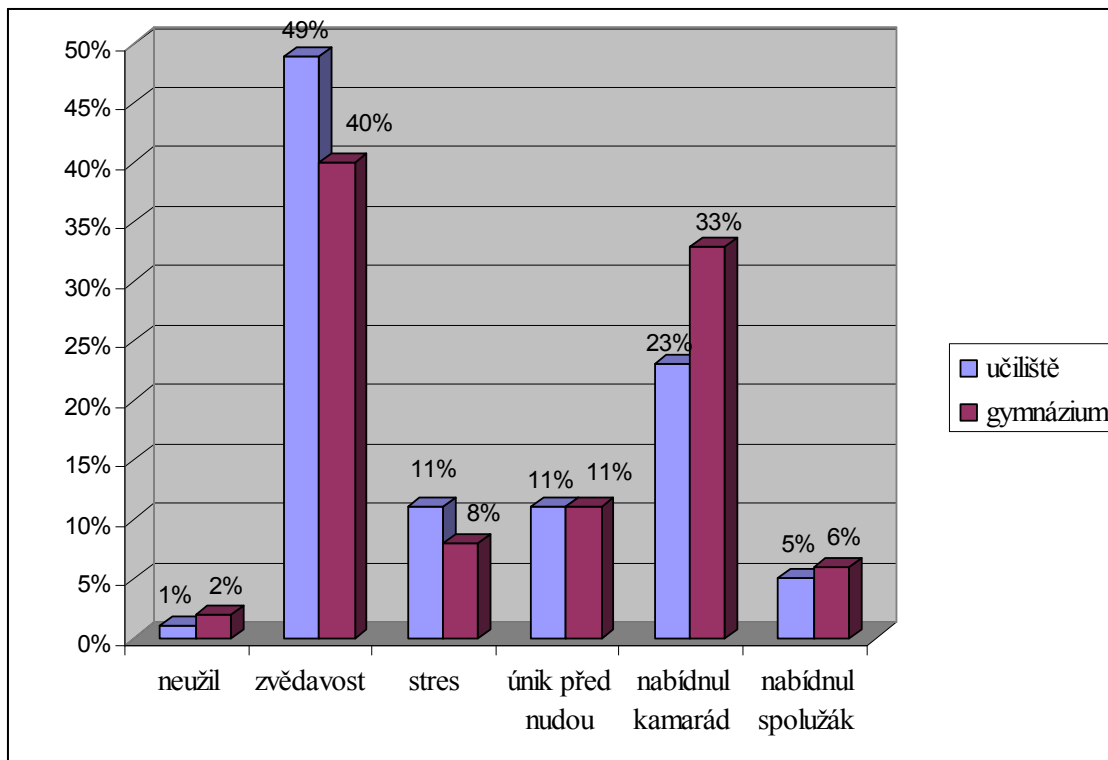
Graf 16. Užití neznámé drogy



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje chování respondentů při setkání s neznámou drogou. 2% dotazovaných na učilišti a 50% dotazovaných na gymnázium odmítnou drogu se kterou nemají zkušenost. 79% dotazovaných na učilišti a 40% dotazovaných na gymnázium nelegální drogu odmítnou a legální drogu si vezmou. 12% dotazovaných na učilišti a 7% dotazovaných na gymnázium si drogu vezmou a užijí ji. 4% dotazovaných na učilišti 1% dotazovaných na gymnázium drogu přijmou a schovají si ji na pozdější dobu. Nikdo z učiliště drogu nepřijme pro kamaráda a 2% dotazovaných na gymnázium si drogu vezmou a dají ji kamarádovi. 3% dotazovaných na učilišti si drogu vezmou a požádají o další.

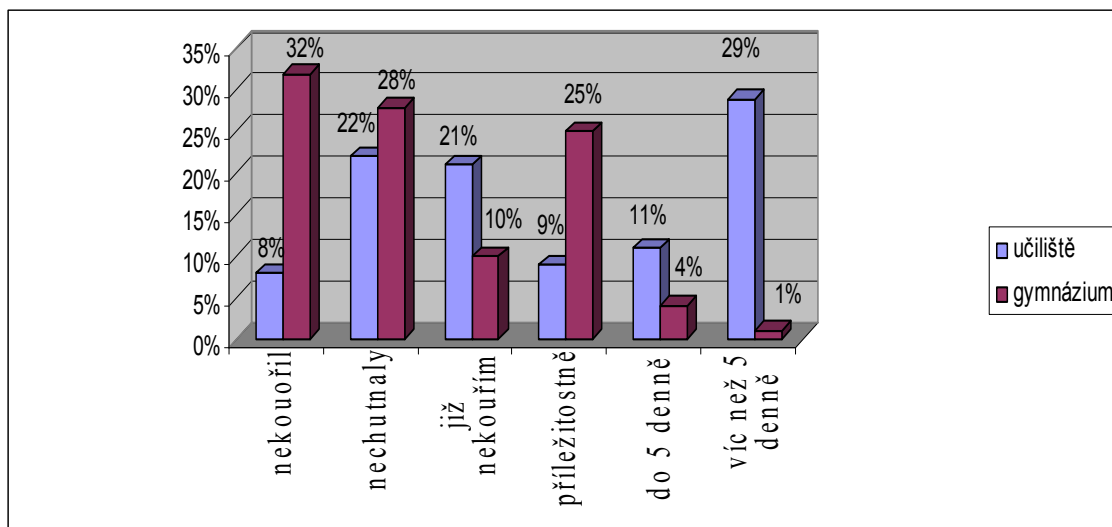
Graf 17. Motivace k užití



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 17. ukazuje motivaci respondentů pro užití drogy. Drogu nikdy neužili 1% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu. Zvědavost vedla 49% dotazovaných z učiliště a 40% dotazovaných z gymnázia k užití drogy. 23% dotazovaných na učilišti a 33% dotazovaných na gymnáziu užilo drogu, protože jim ji nabídl kamarád. 11% dotazovaných na učilišti a 11% dotazovaných na gymnáziu užilo drogu jako únik před nudou. Stres a osobní problémy zahánělo užitím drogy 11% dotazovaných na učilišti a 8% dotazovaných na gymnáziu. 5% dotazovaných na učilišti a 6% dotazovaných na gymnáziu užilo drogu, protože jim ji nabídl spolužák. Cizí člověk nenabídl žádnému z dotazovaných drogu a jiný důvod k užití drogy žádného z dotazovaných nevedl k užití drogy.

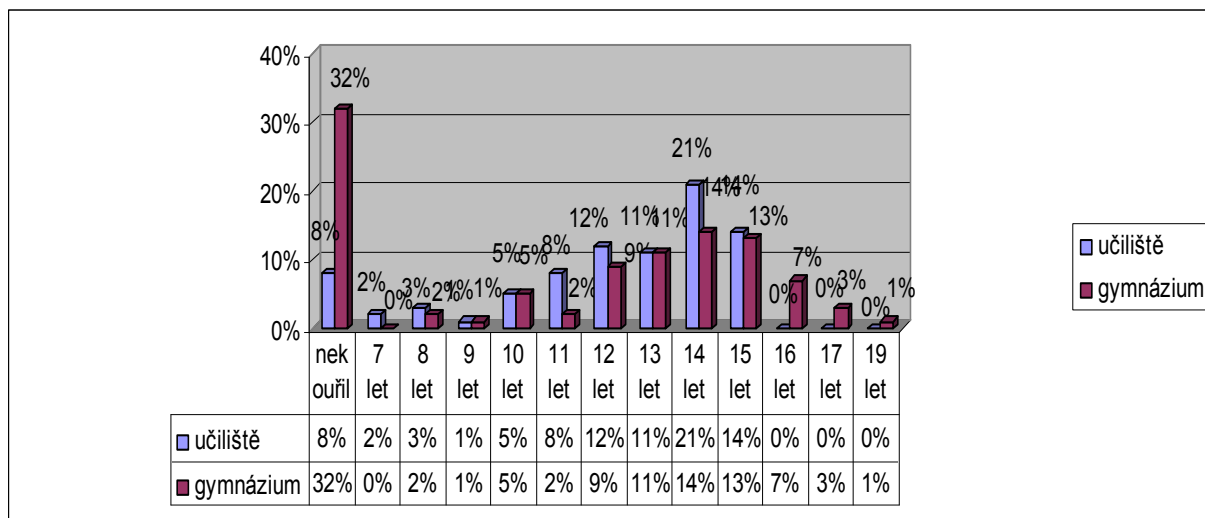
Graf 18. Tabákové výrobky



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 18. popisuje užívání tabákových výrobků. 8% dotazovaných na učilišti a 32% dotazovaných nikdy nekouřilo. 22% dotazovaných na učilišti a 28% dotazovaných na gymnáziu tabákové výrobky zkusili, ale nechutnaly jim. 21% dotazovaných na učilišti a 10% dotazovaných na gymnáziu kouřilo tabákové výrobky, ale v současnosti již nekouří. 9% dotazovaných na učilišti a 25% dotazovaných na gymnáziu kouří příležitostně. 11% dotazovaných na učilišti a 4% dotazovaných na gymnáziu kouří denně do 5 cigaret. 29% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu kouří denně více než 5 cigaret.

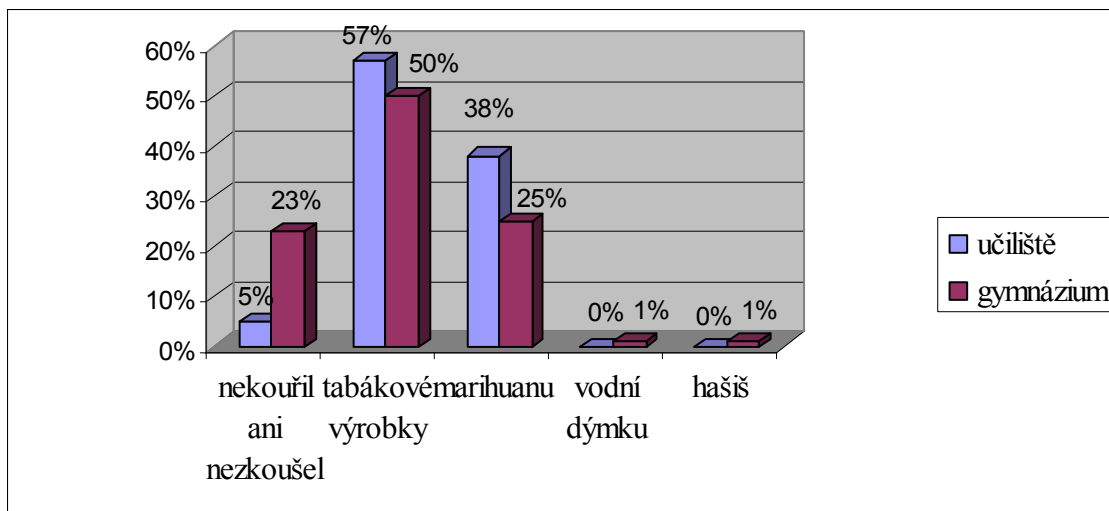
Graf 19. První kouření cigarety



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 19. ukazuje věk, kdy respondenti poprvé kouřili tabákové výrobky. 8% dotazovaných na učilišti a 32% dotazovaných na gymnáziu nikdy tabákové výrobky nekouřili. V 7 letech poprvé kouřili 2% dotazovaných na učilišti, na gymnáziu v 7 letech nikdo nezkoušel kouřit tabákové výrobky. V 8 letech poprvé kouřili 3% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu. V 9 letech poprvé kouřilo 1% dotazovaných na učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu. V 10 letech poprvé kouřilo 5% dotazovaných na učilišti a 5% dotazovaných na gymnáziu. V 11 letech poprvé kouřilo 8% dotazovaných na učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu. Ve 12 letech poprvé kouřilo 12% dotazovaných na učilišti a 9% dotazovaných na gymnáziu. Ve 13 letech poprvé kouřilo 11% respondentů z učiliště a 11% respondentů z gymnázia. Ve 14 letech poprvé kouřilo 21% respondentů z učiliště a 14% respondentů z gymnázia. V 15 letech poprvé kouřilo 14% respondentů z učiliště a 13% respondentů z gymnázia. V 16 letech poprvé kouřilo 7% respondentů z gymnázia, v 17 letech poprvé kouřila 3% respondentů z gymnázia, v 19 letech poprvé kouřilo 1% respondentů z gymnázia.

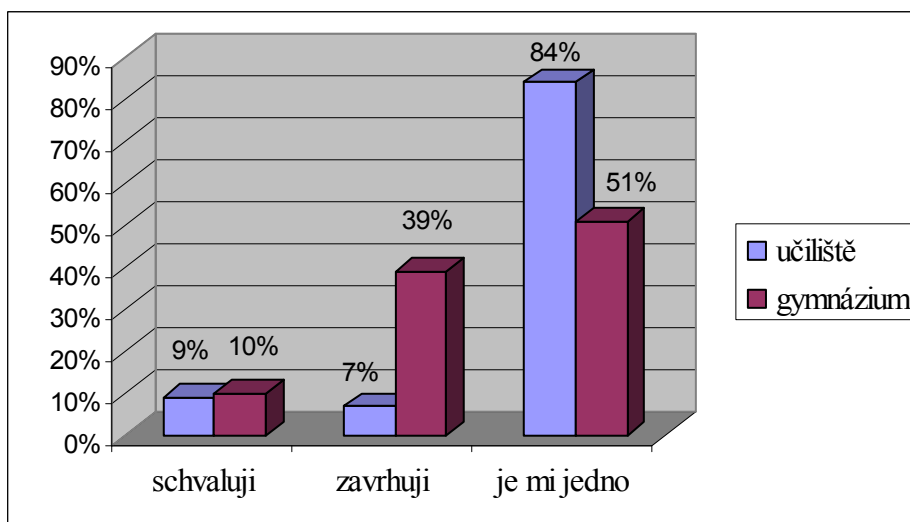
Graf 20. Co kouří



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje, jakou látku respondenti kouří. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. 5% dotazovaných na učilišti a 23% nikdy nekouřili. Tabákové výrobky kouří 57% respondentů na učilišti a 50% respondentů na gymnáziu. 38% dotazovaných na učilišti a 25% respondentů na gymnáziu kouří marihuanu. 1% respondentů na gymnáziu uvedlo, že kouří vodní dýmku a 1% respondentů kouří hašiš. (Hrubá)

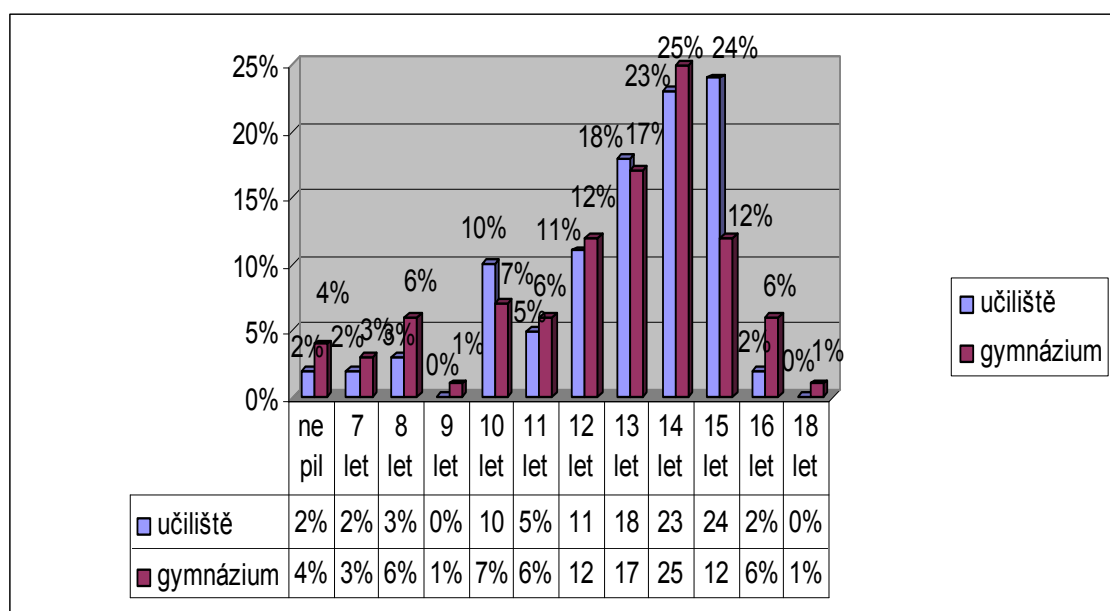
Graf 21. Schvalování užívání tabáku



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 21. ukazuje, zda respondenti schvalují kouření tabákových výrobků u jiných lidí. 9% dotazovaných na učilišti a 10% dotazovaných na gymnáziu schvaluje užívání tabákových výrobků jinými lidmi. 7% dotazovaných na učilišti a 39% dotazovaných na gymnáziu zavrhuje kouření tabákových výrobků druhými lidmi. 84% respondentů z učiliště a 51% respondentů z gymnázia udává, že kouření tabákových výrobků druhými lidmi je jim jedno.

Graf 22. První pití alkoholu

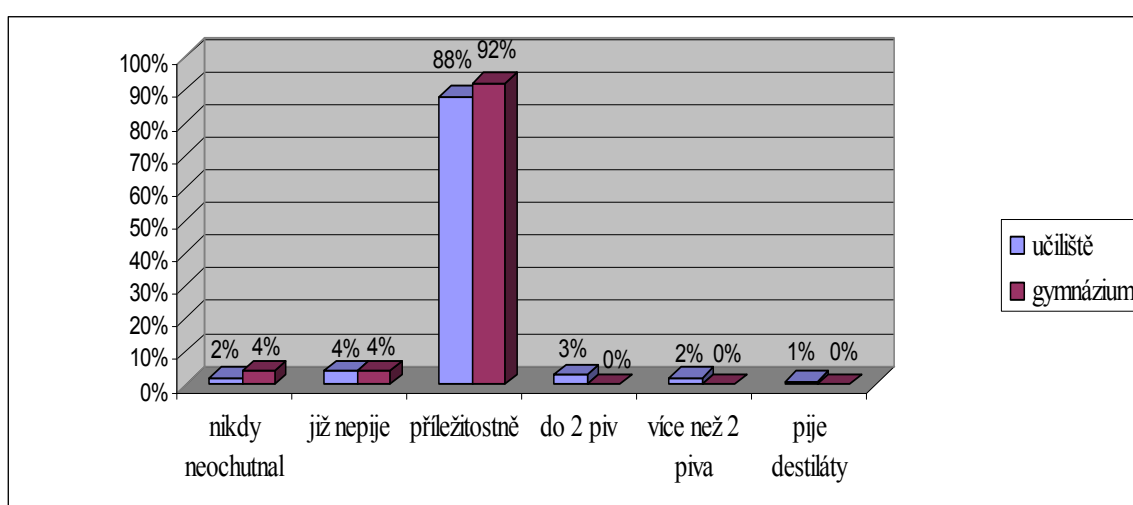


(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 22. popisuje, v kolika letech respondenti poprvé pili alkohol. 2% respondentů z učiliště a 4% respondentů z gymnázia nikdy alkohol nepili. V 7 letech poprvé pili alkohol 2% respondentů z učiliště a 3% respondentů z gymnázia. V 8 letech poprvé pilo alkohol 3% respondentů učiliště a 6% respondentů z gymnázia. V 9 letech poprvé pilo alkohol 1% respondentů z gymnázia. V 10 letech poprvé ochutnalo alkohol 10% respondentů z učiliště a 7% respondentů z gymnázia. V 11 letech poprvé pilo alkohol 5% respondentů z učiliště a 6% respondentů z gymnázia. Ve 12 letech poprvé pilo 11% respondentů z učiliště a 12% respondentů z gymnázia. Ve 13 letech poprvé

pilo alkohol 18% respondentů z učiliště a 17% respondentů z gymnázia. Ve 14 letech poprvé pilo alkohol 23% respondentů z učiliště a 25% respondentů z gymnázia. V 15 letech poprvé pilo alkohol 24% respondentů z učiliště a 12% respondentů z gymnázia. V 16 letech poprvé pilo alkohol 2% respondentů z učiliště a 6% respondentů z gymnázia. V 18 letech poprvé pilo alkohol 1% respondentů z gymnázia.

Graf 23. Alkohol



(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 23. popisuje užívání alkoholu. Alkohol nikdy neochutnalo 2% respondentů z učiliště a 4% respondentů z gymnázia. Alkohol dříve pilo a již nepije 4% respondentů z učiliště a 4% respondentů z gymnázia. Příležitostně alkohol pije 88% respondentů na učilišti a 92% respondentů na gymnáziu. Do 2 piv nebo 4 dcl vína pije alkohol denně 3% respondentů na učilišti, více jak 2 piva nebo 4 dcl vína pije denně 1% respondentů na učilišti a 1% respondentů na učilišti pije denně destiláty.

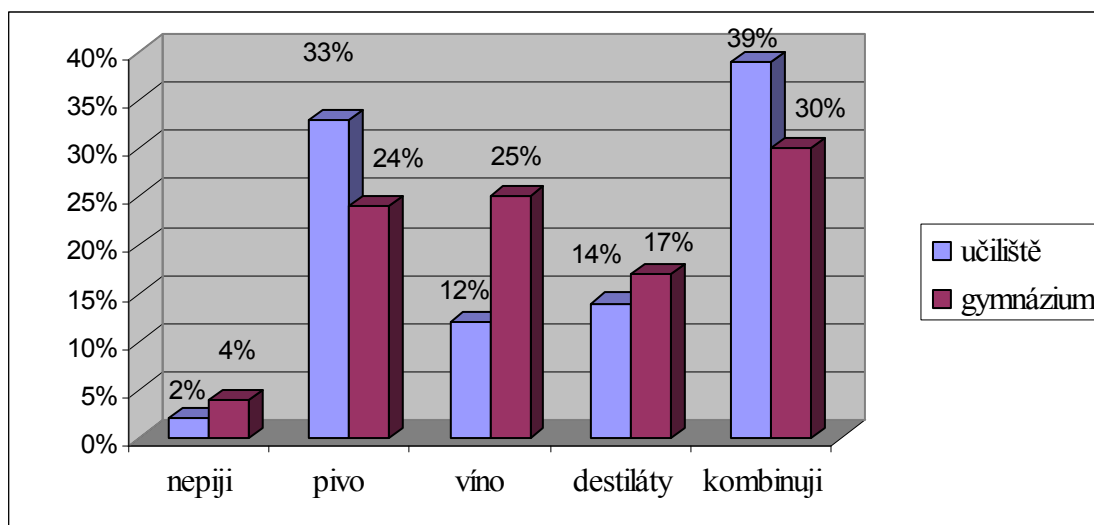
Tabulka 4. Příležitostné užívání alkoholu

	učiliště	gymnázium
1x týdně	58%	42%
1x za 2 týdny	15%	20%
1x za 3 týdny	12%	11%
1x měsíčně	15%	27%

(zdroj vlastní výzkum)

Tabulka číslo 4. ukazuje, že na učilišti užívá alkohol 58% dotazovaných 1x týdně a na gymnáziu 1x týdně užívá alkohol 42% dotazovaných. 1x za 2 týdny alkohol pije 15% dotazovaných na učilišti a 20% dotazovaných na gymnáziu. 1x za tři týdny pije alkohol 12% dotazovaných na učilišti a 11% dotazovaných na gymnáziu. 1x měsíčně pije alkohol 15% dotazovaných na učilišti a 27% dotazovaných na gymnáziu.

Graf 24. Preferovaný alkohol

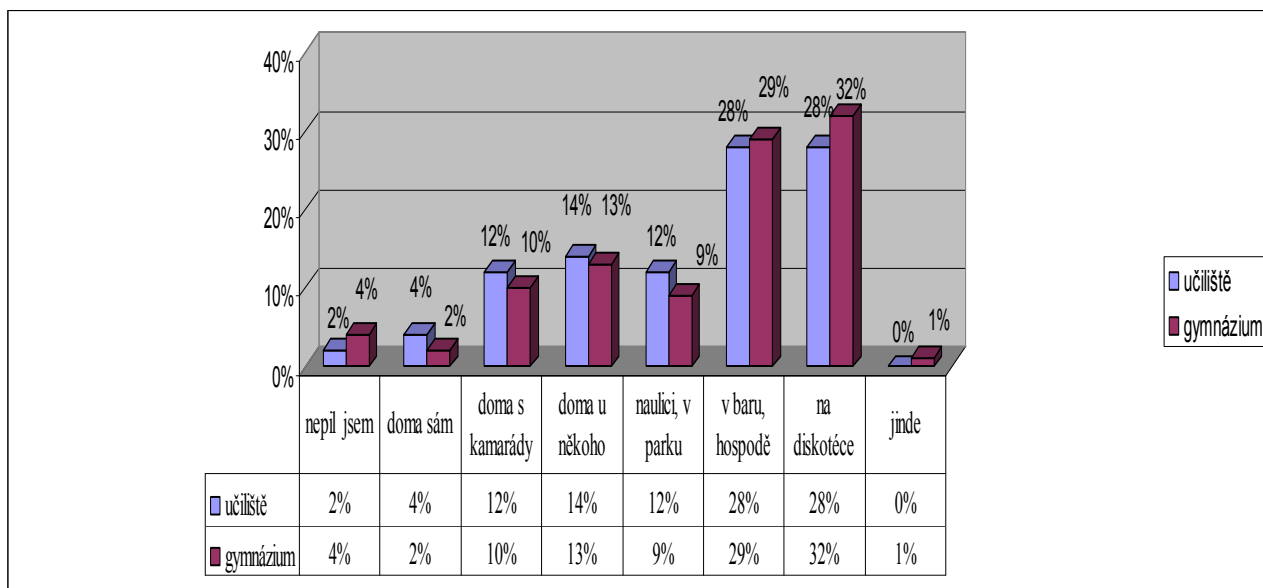


(zdroj vlastní výzkum)

Graf číslo 24. ukazuje, čemu při pití alkoholu dávají dotazovaní přednost. 2% dotazovaných na učilišti a 4% dotazovaných na gymnáziu alkohol nepije. 39% dotazovaných na učilišti a 30% dotazovaných na gymnáziu kombinuje různé druhy alkoholu, nejčastěji pijí míchané nápoje typu Beton, Bavorák. 33% dotazovaných na učilišti a 24% dotazovaných na gymnáziu pije pivo. 12% dotazovaných na učilišti

a 25% dotazovaných na gymnáziu pije víno. 14% dotazovaných na učilišti a 17% dotazovaných na gymnáziu pije destiláty.

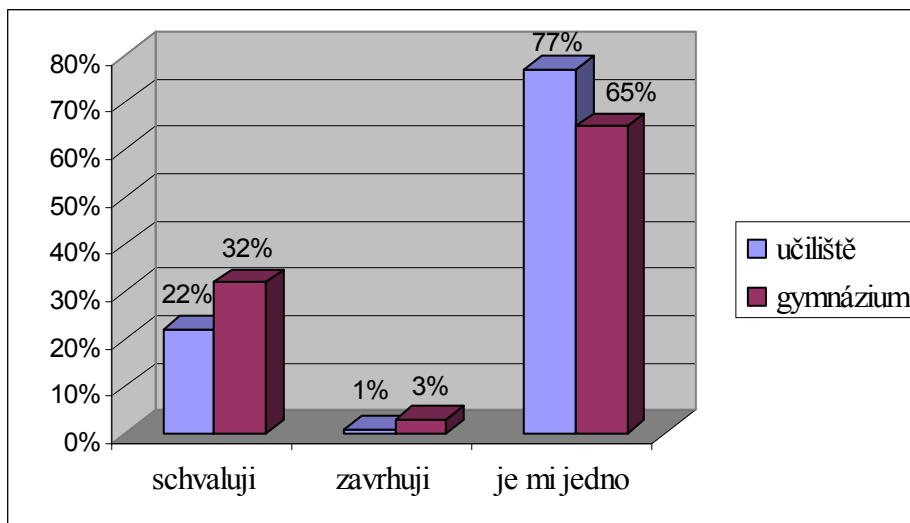
Graf 25. Místo konzumace



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje, kde respondenti pijí alkohol. 2% respondentů z učiliště a 4% respondentů z gymnázia alkohol nepije. 28% respondentů z učiliště a 29% respondentů z gymnázia pije alkohol v baru, restauraci nebo hospodě. 28% respondentů z učiliště a 32% respondentů z gymnázia pije alkohol na diskotéce. 12% respondentů z učiliště a 9% respondentů z gymnázia pije alkohol na ulici, v parku nebo jinde venku. 14% respondentů z učiliště a 13% respondentů z gymnázia pije alkohol doma u někoho jiného. 12% respondentů z učiliště a 10% respondentů z gymnázia pije alkohol doma s kamarády. 4% respondentů z učiliště a 2% respondentů z gymnázia pije alkohol doma sám. 1% respondentů z gymnázia odpovědělo na možnost, že pijí alkohol jinde, a to doma s rodiči.

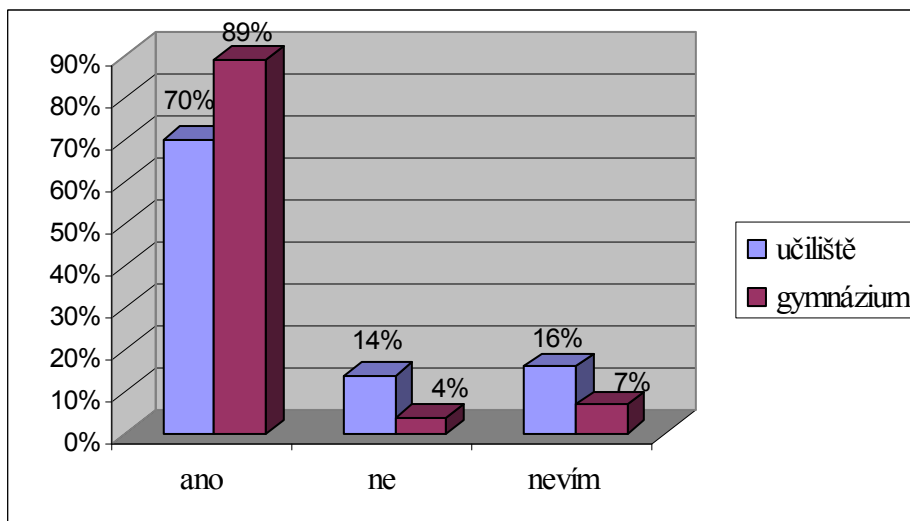
Graf 26. Schvalování užívání alkoholu



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje postoj respondentů k alkoholu. 22% respondentů z učiliště a 32% respondentů z gymnázia schvaluje užívání alkoholu druhými lidmi. 1% respondentů z učiliště a 3% respondentů z gymnázia zavrhují užívání alkoholu druhými lidmi. 77% respondentů z učiliště a 65% respondentů z gymnázia je jedno, zda jiní lidé pijí alkohol. Možnost jiné ne zvolil nikdo.

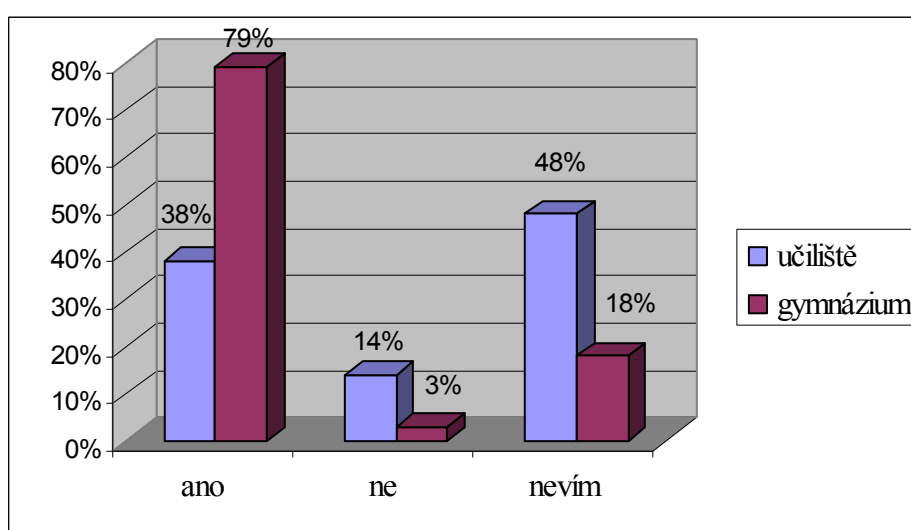
Graf 27. Nebezpečnost alkoholu



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje znalost nebezpečnosti alkoholu pro lidský organismus. 70% dotazovaných na učilišti a 89% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že alkohol je pro lidský organismus nebezpečný. 14% dotazovaných na učilišti a 4% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že alkohol pro lidský organismus není nebezpečný. 16% dotazovaných na učilišti a 7% dotazovaných na gymnáziu neví, zda je alkohol pro lidský organismus nebezpečný či není nebezpečný.

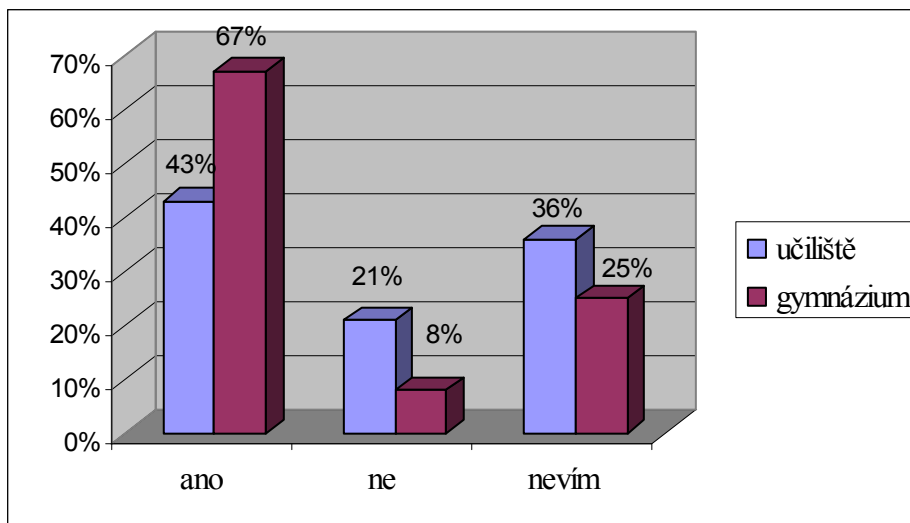
Graf 28. Je nebezpečnější užívání alkoholu v dospívání



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje znalost nebezpečnosti užívání alkoholu v dospívání. 38% dotazovaných na učilišti a 79% dotazovaných na gymnáziu si myslí, že užívání alkoholu v dospívání je nebezpečnější než v dospělosti. Nejčastěji udávané důvody větší nebezpečnosti jsou poškození mozku, vznik závislosti a poškození plodu v těhotenství. 14% dotazovaných na učilišti a 3% dotazovaných na gymnáziu si myslí, že užívat alkohol v dospívání není nebezpečnější než v dospělosti. 48% dotazovaných na učilišti a 18% dotazovaných na gymnáziu neví, zda je užívání alkoholu v dospívání nebezpečnější než užívání alkoholu v dospělosti.

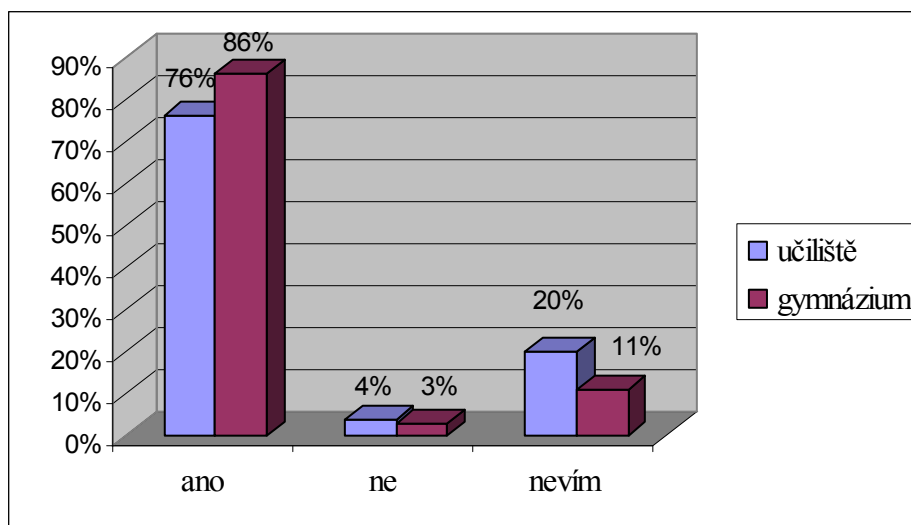
Graf 29. Rizika užívání těkavých látek



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf ukazuje znalost rizik spojených s užíváním těkavých látek. 43% respondentů z učiliště a 67% respondentů z gymnázia zná rizika spojená s užíváním těkavých látek. Nejčastější riziko, které uváděli ztrátu, je ztráta vědomí, předávkování a smrt. 21% respondentů z učiliště a 8% respondentů z gymnázia nezná rizika spojená s užíváním těkavých látek. 36% respondentů z učiliště a 25% respondentů z gymnázia zvolila možnost nevím.

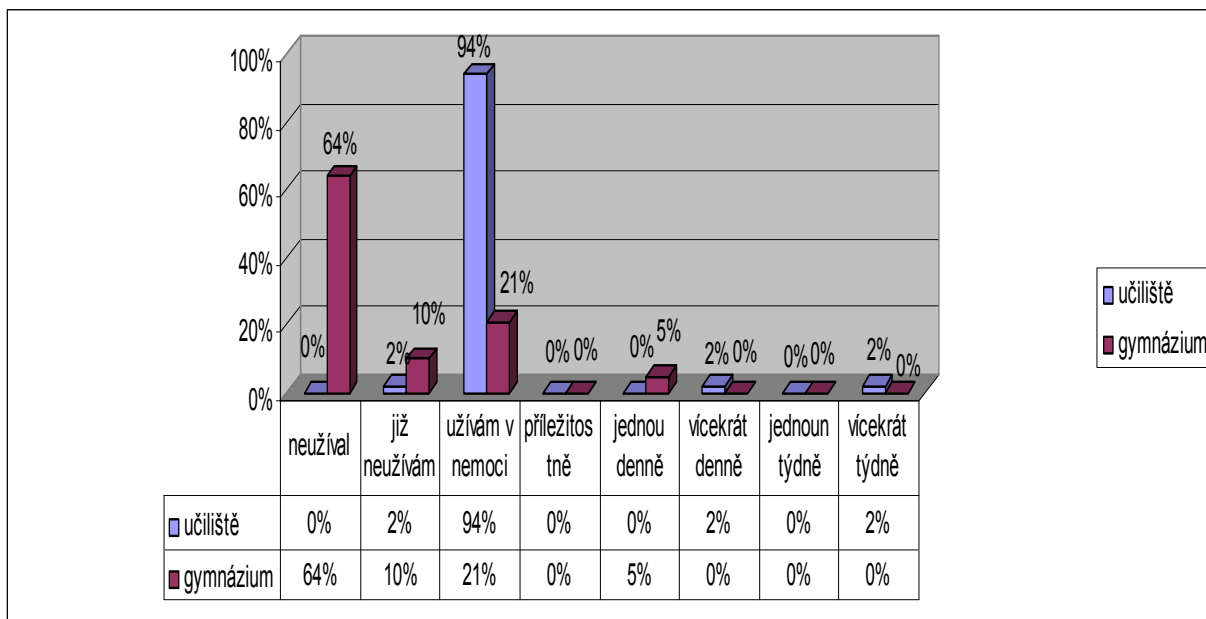
Graf 30. Hypnotika a závislost



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje znalost možného vzniku závislosti na hypnotikách. 76% dotazovaných na učilišti a 86% dotazovaných na gymnáziu si myslí, že na hypnotika mohou způsobit závislost. 4% dotazovaných na učilišti a 3% dotazovaných na gymnáziu se domnívá, že hypnotika nemohou způsobit závislost. 20% dotazovaných na učilišti a 11% dotazovaných na gymnáziu nezná odpověď na tuto otázku.

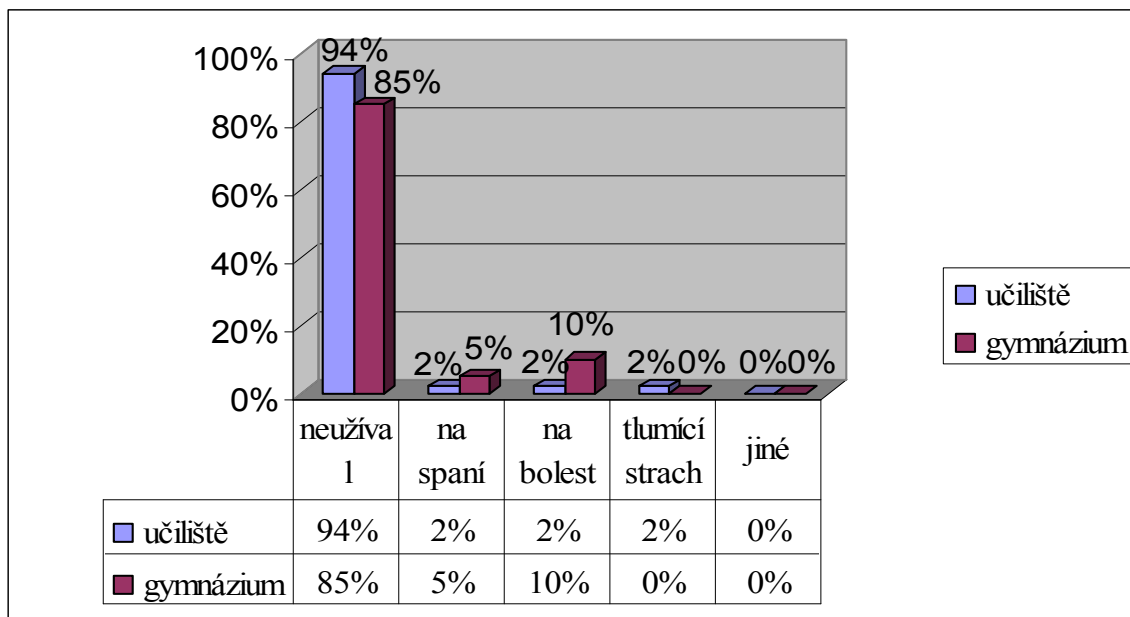
Graf 31. Léky bez předpisu lékaře



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje užívání léků, na které je možný vznik závislosti. 64% dotazovaných na gymnáziu uvedlo, že nikdy takové léky neužívali, na učilišti nikdo nezvolil možnost, že tyto léky nikdy neužíval. 94% dotazovaných na učilišti a 21% dotazovaných na gymnáziu tyto léky užívá jen v nemoci nebo pokud mají příznaky nemoci. 2% dotazovaných na učilišti a 10% dotazovaných na gymnáziu tyto léky užívalo, ale nyní je už neužívá. 5% dotazovaných na gymnáziu tyto léky užívá jednou denně, tuto možnost na učilišti nezvolil nikdo z dotazovaných. 2% dotazovaných na učilišti udává, že tyto léky užívají více než jednou denně, na gymnáziu nikdo tímto způsobem léky neužívá. 2% dotazovaných na učilišti užívá tyto léky vícekrát týdně, ale ne denně, na gymnáziu nikdo z dotazovaných takto léky neužívá. Jednou týdně nebo jiným způsobem nikdo z dotazovaných léky, na které je možný vznik závislosti, neužívá.

Graf 32. Druh léku



(zdroj vlastní výzkum)

Tento graf popisuje druh léku, který respondenti užívají bez příznaků nemoci. 94% respondentů z učiliště a 85% respondentů z gymnázia nebere léky bez příznaků nemoci. 2% respondentů z učiliště a 5% respondentů z gymnázia užívá hypnotika. 2% respondentů z učiliště a 10% respondentů z gymnázia užívá analgetika. 2% respondentů z učiliště užívá anxiolytika a antidepresiva, z gymnázia nikdo tuto lékovou skupinu neuzívá. Možnost napsat jiný lék nevyužil nikdo z dotazovaných.

5. Diskuse

Ve své diplomové práci jsem se snažila zjistit druhy návykových látek, se kterými experimentuje mládež na odborných učilištích a mládež na gymnáziích, a zmapovat rozdíly v experimentování s návykovými látkami u mládeže v návaznosti na typ studované školy.

V diskusi budu srovnávat výsledky tohoto výzkumu s výsledky celorepublikové studie garantované Falářem J. Tato studie se zabývala zkvalitněním prevence sociálně patologických jevů u dospívající mládeže se zaměřením na drogovou problematiku a byla realizována Vědeckým a servisním pracovištěm tělesné výchovy a sportu CASRI PRAHA a s výsledky Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice, které byly realizovány Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. (13, 37, 38, 39, 40, 41, 42)

Na učilišti i na gymnáziu jsem rozdala 100 dotazníků. Návratnost na gymnáziu byla 100 % a žádný z dotazníků nebyl vyřazen pro nevalidnost. Návratnost dotazníků z učiliště byla 100 %, ale 9 dotazníků muselo být vyřazeno pro vynechání vyplnění některé z otázek v dotazníku, takže pro výzkum bylo použito 91 dotazníků (příloha 15). Poměr mezi studenty odborných učilišť a gymnázií je tedy 48% : 52%. Podle Faláře je užívání návykových látek u mládeže na odborných učilištích nejvyšší a u mládeže na gymnáziích nejnižší ze všech typů středních škol, což potvrdil i tento výzkum. (13)

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že věkově nejpočetnější skupinou dotazovaných respondentů na učilišti i na gymnáziu byli sedmnáctiletí studenti, naopak nejméně početnou věkovou skupinou na učilišti byli patnáctiletí studenti a na gymnáziu devatenáctiletí studenti. Na učilišti se věková skupina devatenáct let nevyskytovala vůbec, což je dáno kratší dobou studia na škole. Druhou nejméně zastoupenou věkovou skupinou na gymnáziu byli patnáctiletí studenti. Šestnáctiletí studenti na učilišti byli zastoupeni z celkového počtu 31% a na gymnáziu byli šestnáctiletí zastoupeni 21%. Osmnáctiletí respondenti byli zastoupeni na učilišti 24% a na gymnáziu byli osmnáctiletí studenti zastoupeni 17% ze všech dotazovaných.

Struktura respondentů podle pohlaví byla poměrně vyrovnaná. Na obou typech škol měly mírnou převahu dívky nad chlapci. Na učilišti tvořily dívky 51% z celkového počtu dotazovaných, na gymnáziu tvořily dívky 53% z celkového počtu dotazovaných. Chlapci byli zastoupeni na učilišti 49% z celkového počtu dotazovaných na a gymnáziu tvořili 47% z celkového počtu dotazovaných. Tyto výsledky jsou uváděny pro přiblížení sledovaného vzorku studentů, protože cílem tohoto výzkumu nebylo hodnotit užívání návykových látek podle pohlaví.

Podle náhodného výběru se na odborném učilišti zúčastnilo výzkumu nejvíce studentů z prvního ročníku (38%), pak následoval druhý ročník (37%) a třetí ročník (25%). Odborná učiliště jsou pouze tříletá, proto nemají zastoupení ve čtvrtém ročníku. Podle náhodného výběru se na gymnáziu zúčastnilo výzkumu nejvíce studentů z prvního ročníku (27%), pak následoval druhý ročník (26%), třetí ročník (25%) a čtvrtý ročník (22%).

Další otázkou bylo zjišťováno, kde bydlí respondenti v pracovním týdnu, protože svět, který nás obklopuje není ideální, tedy bez drog, a všichni, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání by měli naučit děti a mládež v tomto světě žít. Podle Goodyera nebyla prokázána přímá souvislost mezi pobytem mimo domov a experimentováním nebo užíváním návykových látek. I Polanský ve svém výzkumu neprokázal souvislost mezi rizikovým chováním mládeže a místem, kde mladý člověk bydlí. Cílem toho výzkumu nebylo prokázat tuto souvislost a tato otázka měla pouze upozornit na skutečnost, kde se zdržují studenti v průběhu pracovního týdne. Na obou sledovaných školách bydlela většina studentů doma s rodiči, na učilišti to bylo 82% z celkového počtu dotazovaných a na gymnáziu bydlelo s rodiči 94% z celkového počtu dotazovaných. Na domově mládeže bydlí od pondělí do pátku 14% dotazovaných na učilišti a 4% dotazovaných na gymnáziu. V soukromí v podnájmu bydlí 4% dotazovaných na odborném učilišti a 1% dotazovaných na gymnáziu. U prarodičů bydlí 1% dotazovaných na gymnáziu.(14, 47)

Odpovědi na otázku číslo 5 nám podaly informace o tom, zda se respondenti domnívají, že informovanost společnosti o drogách je dostačující. 48% studentů učiliště se domnívají, že společnost je o drogách informována dostatečně, na gymnáziu má tento

názor 58% dotazovaných. Na obou školách se domnívá 36%, že společnost je o drogách nedostatečně informována. Ostatní dotazovaní neznají odpověď na tuto otázku. Tato skutečnost odpovídá zjištěním Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti, že v závislosti na informovanost společnosti o této problematice, je rozsah a povaha fenoménu drog buď zveličována, nebo popírána. (12)

Odpovědi na otázku číslo 6 nám podaly informace o tom, ze kterých zdrojů dotazovaní získávají informace o drogách a zároveň hodnotili úroveň těchto informací na škále od 1 do 5, kdy číslo jedna značilo vyčerpávající informace a číslo pět informace pouze orientační. Výsledky zobrazuje tabulka 1a) a 1b). Z výsledku vyplynulo, že respondenti získávají informace o drogách ze všech zmíněných zdrojů (rodiče, učitelé, vychovatelé na domově mládeže, sourozenci, kamarádi, sdělovací prostředky) a tyto informace jsou průměrné. Tento výsledek je varující, co se týká informovanosti o drogách na školách. Zde by měla protidrogová prevence být na vyšší úrovni především proto, že je poskytována proškolenými vyučujícími a vychovateli. Studenti vyzdvihli na školách informace získané z přednášek, na které byli pozváni odborníci zabývající se drogovou problematikou. Je potěšující, že se v rodinách téma drogy není tabuizováno a každý z dotazovaných od rodičů informace o drogách získává. Získané informace od sourozenců jsou minimální na obou typech škol. Můžeme polemizovat, zda informace o návykových látkách získané od kamarádů jsou protidrogové, nebo podporují užívání drog. Informace získané ze sdělovacích prostředků mají průměrný charakter a studenti si je doplňují z internetu, knih. Porovnáme-li tyto výsledky s celorepublikovou studií garantovanou Falářem, tak vyplývá, že respondenti v této studii také získávají nejčastěji informace o drogách ze sdělovacích prostředků, internetu a kamarádů. Dále se umístili rodiče, škola a sourozenci, jako v tomto výzkumu. I tady se ukazuje, že mladí lidé tráví hodně času se sdělovacími prostředky, a proto by měli sdělovací prostředky věnovat více prostoru zvyšování informovanosti o drogové problematice pro širokou veřejnost.(13)

Otázka číslo 7 zjišťovala, zda respondenti znají rizika spojená s jednorázovým užitím drogy. Jednoznačně vyplynulo, že na obou typech škol tato rizika zná více než polovina dotazovaných studentů. Nejčastěji udávali zdravotní rizika jako jsou

infekčně přenosné nemoci, možnost vzniku závislosti nebo předávkování s následnou smrtí. Tyto důsledky se shodují s těmi, které udává Zábanský, jen si studenti neuvědomují žádná ekonomická a sociální rizika spojená s experimentováním a užíváním návykových látek. Je to velmi zarážející, ale otázkou zůstává, jestli je tato skutečnost způsobená nedostatečnou informovaností o drogové problematice, věkem studentů, kteří si zatím neuvědomují možné ekonomické a sociální důsledky rizikového chování. Je potřeba upozornit na skutečnost, že podle Evropské školní studie je subjektivní vnímání rizik i tolerance k užívání návykových látek významně ovlivňováno vlastní zkušeností s užitím daných látek (5, 63)

Otázka číslo 8 souvisela s předcházející otázkou a zjišťovala, zda spolu souvisí užívání drog a psychické problémy. Studenti na obou typech škol jednoznačně uvedli, že je úzká spojitost mezi užíváním návykových látek a psychickými problémy. Zábanský udává, že psychické problémy jsou na osobnosti uživatele rozpoznatelné zpočátku jen obtížně, okolí uživatele jim nemusí přikládat velký význam (omlouvá je stresem, velkými nároky na osobnost atd.), a proto kladně hodnotím znalost studentů, kteří by mohli ve svém okolí rozpoznat varovné psychické signály a nabídnout uživateli pomoc. (63)

Otázky 9 a 10 byly zaměřeny na znalost zákonů souvisejících s užíváním návykových látek. Otázka číslo devět zjišťovala, zda je pěstování konopí pro vlastní potřebu povoleno. Více jak polovina dotazovaných odpověděla, že pěstování konopí pro vlastní potřebu není povoleno. Je potřeba se zamyslet, proč 39% studentů na gymnáziu a 29% studentů na odborném učilišti odpovědělo, že pěstování konopí je povoleno. Jedná se o neznalost zákona? Otázka číslo 10 zjišťovala, zda je povoleno držení drogy pro vlastní potřebu. Jak můžeme vidět na grafu 9, lepší znalost zákona prokázali studenti odborného učiliště. Stejný počet studentů na obou typech školy (cca 31%) se mylně domnívá, že je držení drogy pro vlastní potřebu povoleno. Je zarážející, že stejné povědomí o uchovávání drog pro vlastní potřebu bylo již zjištěno výzkumem prováděným v roce 2000 a do současné doby se znalost zákonů nezvýšila. Publikace Užívání drog v EU jasně definuje, že je držení drog pro vlastní potřebu výslovně zakázáno ve všech státech EU. (11, 47)

Otázka číslo 11 zjišťovala názor respondentů, zda by dávali přísnější tresty za výrobu a rozšiřování nelegálních drog. Jedna třetina dotazovaných na obou typech škol by výrobu a rozšiřování nelegálních látek trestala velmi přísně. Výrobu a distribuci drog by netrestalo na odborném učilišti 9% dotazovaných a na gymnáziu 2% dotazovaných. V souvislosti s výsledky tohoto výzkumu se můžeme domnívat, že se s největší pravděpodobností jedná o konzumenty nelegálních drog.

Odpovědi na otázku číslo 12 nám podaly informace o postoji studentů k užívání nelegálních látek jinými osobami. Výsledky názorně zobrazuje graf 11. Nejčastěji je studentům jedno, že jiné osoby užívají nelegální drogy. Tato skutečnost odpovídá názorům a postojům dnešní společnosti.

Otázka číslo 13 byla zaměřena na zjištění, zda dotazovaní někdy užili drogu a jaký typ drogy vyzkoušeli. Výsledky názorně ukazují grafy 12. Výzkum jednoznačně ukázal, že studenti nejčastěji zkusili alkohol, na druhém místě se zkusili tabákové cigarety, třetí nejčastěji zkoušenou drogou je marihuana. Dále zkusili léky bez lékařského předpisu, halucinogenní houby, na odborném učilišti studenti uvedli zkušenost s extází. Drogu nikdy nezkusilo 1% dotazovaných na odborném učilišti a 2% dotazovaných na gymnáziu. Při porovnání těchto výsledků s průzkumem ESPAD z roku 2003 tak některou z nelegálních drog alespoň jednou v životě užilo 43,8% studentů a v mém výzkumu některou z nelegálních drog alespoň jednou v životě užilo 32% dotazovaných na odborném učilišti a 26% dotazovaných na gymnáziu. Tento výsledek je pod republikový průměr a je potěšující. (40)

Otázka číslo 14. zjišťovala, zda respondenti v současnosti užívají některou drogu. Výsledky zobrazené v grafu 13 ukazují, že 49% dotazovaných na odborném učilišti a 62% dotazovaných na gymnáziu v současnosti užívá alkohol, pak následují tabákové cigarety, jen je užívá více studentů na odborném učilišti. Jak udává Králíková, kouří v České republice mezi 15. – 18. věkem 40% -50% mladistvých. Můj výzkum ukázal, že v užívání tabákových výrobků jsou dotazovaní studenti přibližně 10% pod republikovým průměrem. Další hojně užívanou drogou v současnosti je marihuana. V Evropské školní studii je uvedeno, že v roce 2003 užívalo marihuanu 43,6% dotazovaných, z toho na gymnáziu 30,4% a na odborných učilištích 55%

a při porovnání s výsledky tohoto výzkumu (gymnázium 62%, učiliště 49%) musím konstatovat, že užívání marihuany se zvýšilo na gymnáziu. Tato skutečnost odpovídá, jak udává Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2004, skutečnosti, že mnoho obyvatel naší republiky se mylně domnívá, že pravidelné užívání marihuany je bez rizik. Další užívané drogy v současnosti jsou léky bez lékařského předpisu, halucinogenní houby a na odborném učilišti extáze. Při porovnání výsledků užívání alkoholu a tabákových cigaret mého výzkumu s výzkumem, který probíhal v okrese Písek v roce 2006, se užívání alkoholu a tabáku snížilo. Tyto výsledky také, jak udává Zábranský, odpovídají trendu užívání a experimentování kanabinoidů a tanečních drog a stagnaci užívání a experimentování heroinu a pervitinu. (5, 13, 24, 39, 63)

Otázkou číslo 15 bylo zjišťováno, jakým způsobem respondenti užívají nelegální drogy. Výsledky, které zobrazuje graf číslo 14 ukazují, že nejčastějším způsobem užívání nelegálních drog je kouření, následuje polykání, čichání, šňupání a žvýkání. Při porovnání s výzkumem, který probíhal na Písecku v roce 2006, mohu konstatovat, že tento výzkum došel ke stejným závěrům. Je potěšitelné, že nejvíce rizikové užívání (do žíly) nikdo ze studentů nepoužívá.(13)

Odpovědi na otázku číslo 16 nám podaly informace o tom, jak často respondenti užívají nelegální drogy. Nelegální drogu nikdy nezkusilo 34% dotazovaných na odborném učilišti a 54% dotazovaných na gymnáziu, což je potěšující výsledek. Nelegální drogy již neužívá 26% studentů na odborném učilišti a 24% studentů na gymnáziu. I tento výsledek je potěšující, ale ve výzkumu nebylo zjišťována motivace, proč studenti po zkušenosti s drogou ji přestali užívat. Pokud studenti užívají nelegální drogy, tak nejčastěji je užívají příležitostně a v tabulce číslo 1 je zobrazeno, že nejčastěji příležitostně nelegální drogy užívají na večírcích a diskotékách. Tabulka číslo 2 ukazuje, co pro studenty znamená příležitostné užití. Na obou typech škol jsou studenti, jak můžeme vidět na grafu 15., kteří užívají nelegální drogy jednou denně a na odborném učilišti někteří studenti užívají nelegální drogy několikrát denně a několikrát týdně.

Otázka číslo 17 mapovala, jak by se respondenti zachovali, pokud by měli možnost vyzkoušet drogu, se kterou nemají zkušenosti. Výsledky ukazuje graf číslo 16.

Zde jsou vidět rozdíly mezi studenty jednotlivých škol. Největší rozdíl vidíme v odpovědi, kdy 50% studentů gymnázia a 2% studentů odborného učiliště nabízenou drogu odmítne. Tato skutečnost podle výzkumů z roku 2003 odpovídá vzdělání. Legální drogu přijmou dotazovaní studenti v opačném pořadí (79% z učiliště a 40% z gymnázia). Nemalý počet studentů drogu užije (na učilišti 12%, na gymnáziu 7%).(40)

Otázkou číslo 18 byla zjišťována motivace, která vedla respondenty k užití legální nebo nelegální drogy. Výsledky zobrazuje graf číslo 17. Nejčastěji studenty k užití vedla zvědavost. Zvědavost se objevila na prvním místě také v Evropské školní studii, také Bém a Goodyer udávají jako nejčastější motivační prvek zvědavost. Jako další motivaci uváděli respondenti, že jim drogu nabídl kamarád. K zamyšlení vedou odpovědi, že se drogou zahání nuda a stres. Do jaké míry může uspěchaná a náročná společnost za možné závislosti? Proč někteří studenti místo braní drog nenapřou své síly jiným směrem? Nabízíme studentům dostatek kvalitních mimoškolních aktivit? Najít odpovědi na tyto otázky není snadné, ale v současné době probíhá řada projektů a zájmových kroužků, kde je možnost najít kvalitní náplň volného času. Při porovnání těchto výsledků s výzkumem, který proběhl na Písecku v roce 2006, motivační prvky užití drogy se shodují. (2, 5, 12, 13, 14)

Otázky 19 – 22 byly zaměřeny na tabákové výrobky. Graf číslo 18 názorně ukázal, kolik studentů má zkušenosti s tabákovými výrobky a jaké. Žádnou zkušenost s nimi nemá 8% učňů a 32% gymnazistů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že na odborných učilištích je nejen mnohem více kuřáků, ale i mnohem více pravidelných kuřáků. Pokud porovnáme výsledky tohoto výzkumu s výsledky výzkumu, který proběhl na Písecku v roce 2006, tak výsledky kuřáků do 5 cigaret denně jsou téměř identické a u kuřáků, kteří kouří více jak 5 cigaret denně, jsou výsledky nižší.(13)

Odpovědi na otázku číslo 20 zmapovaly, v kolika letech měli studenti první zkušenost s tabákovými výrobky. Jak můžeme vidět na grafu číslo 19, 2% učňů udává první zkušenost s tabákovými výrobky v 7 letech a na gymnáziu má první zkušenost 2% v 8 letech. Podle výsledků celorepublikové studie z let 2002 – 2003 mají dotazovaní první zkušenost s tabákovými výrobky ve 13 letech. Tento výzkum ukázal, že současná

mládež začíná experimentovat s cigaretami o 6 a 5 let dříve. To by mohlo vypovídat o neúčinnosti protikuřáckých kampaní a vlivu tabákových reklam.(25)

Otázkou číslo 21 bylo zjišťováno, pokud někdy dotazovaní kouřili, o jakou látku se jednalo. Jak ukazuje graf číslo 20, nikdy žádnou látku nekouřilo 5% učňů a 23% gymnazistů, tabákové výrobky kouřilo 57% učňů a 50% gymnazistů, marihuanu kouřilo 38% učňů a 25% gymnazistů. Podle výzkumu uskutečněného v roce 2006 marihuanu užívá na Písecku 98,8% studentů na středních školách a učilištích. Na první pohled svádějí zjištěné hodnoty k optimismu, ale je třeba připomenout, že já jsem zkoumala pouze studenty gymnázií a učilišť, a na středních odborných školách je rozdílná skladba studentů. Podle Evropské školní studie studenti udávají, že s příležitostným kouřením marihuany je spojeno žádné nebo malé riziko a pravidelné užívání marihuany je již vnímáno jako rizikové. Tento výsledek odpovídá všeobecnému názoru společnosti, kdy se marihuana stává tolerovanou drogou, a rizika s užíváním této návykové látky jsou opomíjena. (5, 13)

Otázka číslo 22 zjišťovala názor studentů na užívání tabákových výrobků jinými lidmi. Graf 21 zobrazuje rozdílné názory studentů na učilišti a gymnáziu. Užívání tabáku a tabákových výrobků schvaluje 9% učňů a 10% gymnazistů, zavrhuje 7% učňů a 39% gymnazistů. Ostatním studentům je užívání tabáku a tabákových výrobků jedno. Tyto názory jsou v souladu s užíváním tabáku samotnými studenty, kdy učni výrazně více kouří oproti gymnazistům. Jak udává Evropská školní studie, jsou ke kouření tolerantnější dívky a příležitostné kouření cigaret je mezi studenty široce tolerováno a podle studentů s sebou nese nejmenší riziko. (12)

Otázky 23 – 29 byly zaměřeny na užívání alkoholu. Otázka číslo 23 mapovala věk, kdy měli studenti první zkušenost s alkoholem. 2% učňů a 4% gymnazistů nikdy alkohol neochutnalo. První zkušenost s alkoholem udává 2% učňů a 3% gymnazistů v 7 letech. Z celorepublikového průzkumu z let 2002 – 2003 vyplynulo, že první zkušenost s alkoholem má mládež ve 14 letech. Stejně jako u tabáku tak i první zkušenost s alkoholem v tomto výzkumu je velmi podprůměrná. Na obou typech škol nejvíce dotazovaných ochutnalo alkohol ve 14 letech. Nejpozději ho ochutnali někteří studenti na gymnáziu, a to v osmnácti letech.(25)

Graf číslo 23 názorně ukazuje, kolik studentů má zkušenosti s alkoholem. Nikdy alkohol nepili 2% učňů a 4% gymnazistů. Alkohol pili a již nepijí 4% studentů na obou školách. Příležitostně pití alkoholu holduje 88% učňů a 92% gymnazistů. Co si studenti představují pod příležitostným pitím alkoholu, je zobrazeno v tabulce číslo 4, kde nejvyšší hodnotu má pití alkoholu 1x týdně (učni 58% a gymnazisté 42%). Denní pití dvou piv nebo čtyř dcl vína udává 3% učňů, více jak dvě piva nebo čtyři dcl vína udává 2% učňů a destiláty denně pije 1% učňů. Popov uvádí, že pravidelná konzumace alkoholu se týká 25% dospělé populace. Kladně mohu hodnotit, že se zatím tento trend neprojevuje u mládeže, i když je možné, že z některých příležitostných poživatelů alkoholu se stanou za čas pravidelní konzumenti. Výzkum, který probíhal na Písecku v roce 2006 ukázal, že na učilištích pije příležitostně alkohol 55,9% učňů a 69,8% studentů středních škol. Při porovnání výsledků výzkumů, si musíme povšimnout velkého nárůstu příležitostné konzumace alkoholu. I tento výsledek koresponduje s názory studentů v Evropské školní studii, že příležitostné požívání alkoholu s sebou nese minimální nebo žádná rizika.(12, 13, 45)

Otázkou 25 bylo zjišťováno, jaký druh alkoholu studenti pijí. Jak je zobrazeno v grafu 24, nejčastěji studenti holdují míchaným nápojům a pivu, následuje víno a destiláty. Míchané nápoje častěji pijí učni, gymnazisté dávají přednost vínu a destilátům.

Otázka číslo 26 zmapovala, kde studenti nejčastěji pijí alkohol. Jednoznačně nejčastěji se alkohol konzumuje na diskotéce – 28% učňů a 32% gymnazistů. Další oblíbené místo popíjení alkoholu je bar, restaurace nebo hospoda. Otázkou zůstává, jak je možné, že profesionálové nalijí alkohol osobám mladším 18ti let. Mládež alkohol konzumuje ještě doma u někoho jiného, s kamarády doma a venku (park, plovárna). Několik studentů pije alkohol o samotě doma, což již může značit možné sklony k alkoholismu. Velmi alarmující je skutečnost, že 1% studentů gymnázia pije alkohol doma s rodiči. Jak udává Křivohlavý, je velmi těžké učit studenty pravidlům, když je prvotně porušují jejich největší vzory – rodiče.(28)

Graf 26 ukazuje názory studentů na užívání alkoholu jinými osobami. Podobně jako u kouření tabákových výrobků je pití alkoholu u jiných lidí valné většině studentů

jedno. Zbývající respondenti však na rozdíl od cigaret takové počínání spíše schvalují, než zavrhuje. Tento názor může být ovlivněn tím, že uživatelů alkoholu je více než kuřáků a cigaretový kouř obtěžuje ostatní lidi, ale pití alkoholu, až na některé výjimky, ne. Za pozornost stojí skutečnost, že gymnazisté schvalují o víc jak 10% než učni požívání alkoholu a u kouření cigaret tomu bylo naopak.

Dvacátá osmá a dvacátá devátá otázka byly zaměřeny na povědomost o škodlivosti alkoholu pro lidský organismus. Výsledky zobrazuje graf 27. To, že užívání alkoholu škodí organismu vědělo 70% učňů a 89% gymnazistů, ale že v dospívání alkohol škodí organismu více, vědělo pouze 38% učňů a 79% gymnazistů. Studenti gymnázia prokázali lepší znalosti o škodlivosti návykových látek, než studenti odborných učilišť.

Otázka číslo 30 zjišťovala povědomost o škodlivosti užívání těkavých látek. Graf číslo 29 ukazuje, jako v předcházejících odpovědích, větší znalosti gymnazistů, kdy více jak 24% studentů gymnázia oproti studentům učiliště zná možná zdravotní i psychická rizika spojená s užíváním těkavých látek.

Také otázka číslo 31 zjišťovala povědomost vzniku možné závislosti. Tentokrát jsem se dotazovala na léky bez lékařského předpisu, a to na hypnotika. Výsledky zobrazuje graf číslo 30. Také v této odpovědi prokázali gymnazisté větší znalost problematiky, i když tentokrát se studenti na učilišti hodně gymnazistům přiblížili. Odpověď, že na hypnotika může vzniknout závislost, udalo 76% učňů a 86% gymnazistů. Odpověď ne zvolilo 4% učňů a 3% gymnazistů, ostatní studenti odpověď nevěděli. Je patrné, že informovanost o škodlivosti hypnotik není opomíjená, i když obliba hypnotik u mládeže v České republice, jak uvádí Hampl, je stále velká. Jak vyplynulo z grafu 32, i dotazovaná mládež užívá v malé míře hypnotika.(17)

Otázkou číslo 32 jsem zjišťovala, zda studenti užívají léky bez lékařského předpisu, u kterých je možný vznik závislosti. Výsledky zobrazuje graf číslo 31. 4% studentů gymnázia uvedlo, že takové léky nikdy neužívali, 94% studentů učiliště a 21% studentů gymnázia tyto léky užívá v nemoci. 5% studentů gymnázia uvedlo, že tyto léky užívali denně a 2% studentů učiliště tyto léky užívá vícekrát denně. Jak uvádí Hampl, zneužívání léků a závislost na nich je známá i u mladistvých,

ale nejvíce postižená je populace ve středním případně vyšším věku. Z mého výzkumu vyplynulo, že léky užívá jen malé procento studentů, ale i tento výsledek je varující vzhledem k celorepublikově se zvyšující konzumaci léků bez lékařského předpisu.(17)

S předcházející otázkou souvisela otázka číslo 33, která zjišťovala, který druh léku respondenti užívají bez lékařského předpisu. Výsledky jsou ukázány v grafu číslo 32. Bez příznaků nemoci nikdy léky nebralo 94% učňů a 85% gymnazistů. Hypnotika užívá 2% učňů a 5% gymnazistů, analgetika užívá 2% učňů a 10% gymnazistů, anxiolitika užívá 2% učňů. Podobné výsledky můžeme vidět ve výzkumu z roku 2006, pouze analgetika jsou užívána ve větší míře. Celorepublikový průměr užívání benzodiazepinů je 5%, čemuž odpovídají i tyto výsledky. Pavlovský udává, že je velmi nebezpečná kombinace alkoholu a benzodiazepinů. Tento výzkum prokázal, že alkohol požívá většina studentů a v kombinaci s tímto druhem léku by mohlo dojít k ohrožení života, a proto je potřeba větší informovanosti o škodlivosti léků užívaných bez příznaků nemoci. Výzkum prokázal, že léky častěji užívají studenti gymnázií. Naskytá se otázka, zda tento trend souvisí s tím, že učňové dostávají určitou finanční odměnu za praktickou výuku a gymnazisté jsou závislí na rodičích a brigádách. Léky jsou, kromě alkoholu a tabákových cigaret, finančně dostupnější oproti jiným druhům drog. (13, 25, 44)

Výsledky tohoto výzkumu jsem konzultovala v neřízeném rozhovoru s metodikou školní prevence jednotlivých škol, kteří tyto výsledky potvrdili.

V kapitole „Výsledky“ jsou grafy číslo 12,13, 15, 16 a tabulka číslo 3, které se vztahují k hypotéze číslo 1. Na základě studia výsledků těchto grafů a tabulek a vzhledem ke znění hypotézy, která zněla že: problém drog je hlavně záležitostí osob s nižší kvalitou vzdělání, mohu konstatovat, že první hypotéza byla potvrzena.

Grafy číslo 16, 18, 20, 23, 24 a tabulka číslo 4 se vztahují k hypotéze 2. Na základě studia výsledků těchto grafů a tabulek a vzhledem ke znění hypotézy, která zněla že: tabakismus a užívání alkoholu je predispozicí k užití drogy, mohu konstatovat, že druhá hypotéza byla potvrzena.

6. Závěr

V životě každého člověka je řada obtížných období, kterými prochází, a dospívání k těmto složitým obdobím patří. Mladý člověk se potýká s celou řadou složitých situací, které musí řešit, ty ovlivňují jeho sociální roli a psychologické vnímání a citění. V tomto období již nechce být dítětem, ale dospělým ještě být neumí. Mladí lidé stojí před mnoha rozhodnutími, která je nutí k osobní odpovědnosti. Hledají smysl svého života, smysl světa a sebe sama a poznávají, že existuje celá řada způsobů, jak lze prožít život. Dospívání je obdobím velkých změn a klade na adaptaci mladého člověka velké nároky, které mohou vést ke zdraví ohrožujícímu, rizikovému chování ve všech sociálních oblastech, drogové experimentování a užívání návykových látek nevyjímaje. Česká společnost je k užívání alkoholu, tabáku, v současnosti i k užívání marihuany velmi liberální, a právě proto patří čeští adolescenti v porovnání se stejně starými evropskými vrstevníky k největším kuřákům, v konzumaci alkoholu zdárně sekundují dospělým českým pijanům a kouření marihuany je českou mládeží pokládáno za standardní chování.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit rozdíly v experimentování užívání drog u mládeže v návaznosti na typ studované školy a jejich zkušenost s těmito drogami. Cíl považuji za splněný.

Hypotézy práce jsem stanovila na základě studia odborné literatury a vlastních zkušeností. Hypotéza 1 byla potvrzena: „Předpokládám, že problém drog je hlavně záležitostí osob s nižší kvalitou vzdělání“, protože výzkum prokázal, že tolerantnější přístup k užívání tabáku a užívání nelegálních návykových látek mají studenti odborných učilišť. Studenti gymnázií mají tolerantnější přístup k užívání alkoholu.

Hypotéza 2 byla také potvrzena: „Předpokládám, že tabakismus a užívání alkoholu je predispozicí k užití drogy“, protože více jak dvě třetiny studentů někdy experimentovalo s alkoholem, tabákovými výrobky a více jak jedna třetina experimentovala s nelegální drogou. V současnosti užívají více než dvě třetiny studentů alkohol a tabákové výrobky, více jak jedna třetina užívá nelegální návykové látky. Studenti odborných učilišť více experimentují a užívají tabákové výrobky a více

experimentují a užívají nelegální návykové látky. Studenti gymnázií s těmito látkami experimentují a užívají je v menší míře. V příležitostné konzumaci alkoholu sice studenti gymnázií převyšují o 4% studenty odborného učiliště, ale v tabulce číslo 3 je vidět rozdíl, co si studenti představují pod pojmem příležitostné pití. Je zde vidět, že učni konzumují příležitostně častěji oproti gymnazistům. Gymnazisté pravidelně alkohol neužívají a přibližně 6% učňů, jak ukázal výzkum, holduje pravidelné konzumaci alkoholu.

Výzkumy prokázaly, že užívání návykových látek poškozuje zdraví a snižuje kvalitu života nejenom uživatelům samotným a jejich nejbližším, ale ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti a tento trend s sebou nese i řadu dalších sociálních a ekonomických dopadů.

Přestože naše společnost věnuje problematice návykových látek velkou pozornost, výsledky výzkumu ukazují, že je stále nedostatečná. Je zapotřebí pozvednout informovanost celé společnosti, provádět kvalitní primární prevenci nejen v rodinách, ale hlavně ve školách, v reklamních kampaních a médiích. Pokud kdokoliv z nás má možnost přispět jakýmkoliv způsobem k prevenci kteréhokoliv sociálně patologického jevu, měl by bez váhání pomoci.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Ambrózová, A. Labáth, V. Smik, J. *Riziková mládež*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. s. 4-12. ISBN 80-85850-66-4
2. Bém, P. Kalina, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 275 – 281. ISBN 80-86734-05-6
3. Bém, P. Kalina, K. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I :Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 33-39. ISBN 80-86734-05-6
4. Březovský, P. Tabák a alkohol v ČR. In: *Závislosti a my*, Ústí nad Labem: Horák, září 2004, s. 22. ISSN 1213-8584
5. Csémy, L. Bejčková, P. Sadílek, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3
6. Davenport-Hines, R. *Honba za zapomněním*. Praha: BB art, 2004. 504 s. ISBN 80-7341-202-0
7. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
8. Deré, M. Nové studie o škodlivých účincích marihuany. In: *Závislosti a my*, Ústí nad Labem: Horák, listopad 2004, s. 12-13. ISSN 1213-8584
9. Dupal, L. *Kniha o marihuaně*. Maťa, 2004. 136 s. ISBN 80-7287-082-3
10. Enpsyro. *Pojmy a definice*. [online] [2006/11.23]
<<http://www.biotex.cz/enpsyro/pj3opoj.html>>
11. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Užívání drog v EU – legislativní přístupy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 47 s. ISBN 80-86734-50-1
12. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Výroční zpráva – Stav ve věcech drog v přístupujících a kandidátských zemích Evropské unie*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 70 s. ISBN 80-86734-17-X

13. Falář, J. *Zkvalitnění prevence sociálně patologických jevů u dospívající mládeže se zaměřením na drogovou problematiku*. Praha: Vědecké a servisní pracoviště tělesné výchovy a sportu CASRI PRAHA, 2006 – 2007, 147 s.
14. Goodyer, P. *Drogy + Teenager*. Praha: Nakladatelství slovanský dům, 2001, 162 s. ISBN 80-86421-44-9
15. Hajný, M. Drogová závislost a krize. In: Vondráčková, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. s. 426 – 440. ISBN 80-7178-696-9
16. Hála, J. *Psychosociální práce a maladjustovanými osobami*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4
17. Hampl, K. Léky vyvolávající závislost. . In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 187-192. ISBN 80-86734-05-6
18. Hampl, K. Těkavé látky. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 193-199. ISBN 80-86734-05-6
19. Hermochová, S. Vaňková, J. Drlíková, E. Problematika závislostí z pohledu sociální psychologie. In: Výrost, J. Slaměník, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 143-170. ISBN 80-247-0042-5
20. Illes, T. *Děti a drogy*. Praha: ISV nakladatelství, 2002. 55 s. ISBN 80-85866-50-1
21. Iversen, L. *Léky a drogy*. Praha: Dokořán, 2006. 144 s. ISBN 80-7363-061-3
22. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6
23. Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6
24. Králíková, E. Tabák a závislost na tabáku. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 205-210. ISBN 80-86734-05-6
25. Kubů, P. Škatulová, K. Csémy, L. *Tanec a drogy 2002 a 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 92 s. ISBN 80-86734-77-3

26. Kudrle, S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 83-87. ISBN 80-86734-05-6
27. Kudrle, S. Úvod do bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6
28. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
29. Macek, P. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7
30. Minařík, J. Opioidy a opiáty. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6
31. Minařík, J. Stimulancia. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 164-167. ISBN 80-86734-05-6
32. Ministerstvo informatiky. *Portál veřejné správy – vyhledávání zákonů ČR*. [online] [2007/03.05] <<http://www.sbirkazakonu.cz/web/lexdata.nsf>>
33. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Rada vlády pro protidrogovou koordinaci*. [online] [2007/03.05] <<http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/statut/default.html>>
34. Miovský, K. Konopné drogy. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6
35. Miovský, M. Halucinogenní drogy. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6
36. Müllerová, P. Matoušek, O. Vondrášková. Sociální práce s uživateli drog. In: Matoušek, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 211 – 225. ISBN 80-7367-002-X
37. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2005. 103 s. ISBN 80-86734-59-5

38. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Legální drogy v České republice. In: *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2005, číslo 1., ročník 3., 12 s. ISSN 1214-1089
39. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva ČR 2004 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2005. 176 s.
ISBN 80-239-4522-X
40. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2004. 85 s. ISBN 80-86734-25-0
41. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2003. 158 s.
42. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. 123 s. ISBN 80-86734-06-4
43. Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. 157 s.
ISBN 80-7178-515-6
44. Pavlovský, P. a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 204 s. ISBN 80-247-0542-7
45. Pokorný, V. Telcová, J. Tomko, A. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. s. 13-77. ISBN 80-86568-02-04
46. Poslanecký, V. Marihuana málo nebezpečná droga?. In: *Závislosti a my*, Ústí nad Labem: Horák, květen 2004, s. 12-13. ISSN 1213-8584
47. Polanský, V. Šmídová, O. Studničková, B. *Mládež a návykové látky v České Republice*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy Centrální pracoviště drogové epidemiologie, 2001. 91 s. ISBN 80-238-8200-7
48. Popov, P. Alkohol. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 151-158.
ISBN 80-86734-05-6

49. Protidrogová kampaň a aktivity Scientologické církve. *Řekni ne drogám*. [online] [2006/11.23.] <<http://www.marhuana.cz>>
50. Push & Silcottová, M. *Kniha o extázi*. Praha: Garamond, 2003. 272 s. ISBN 80-86379-50-7
51. Radimecký, J. Přehled drogové situace v České republice v roce 2001. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 25-32. ISBN 80-86734-05-6
52. Shapiro, H. *Obrázkový průvodce drogy*. Praha: Svojtka & Co, 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0
53. Sotolař, A. Legislativa České republiky o omamných a psychotropních látkách se zvláštním zřetelem na trestněprávní aspekty. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 59-67. ISBN 80-86734-05-6
54. Sotolař, A. Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup* Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003, s. 54-58. ISBN 80-86734-05-6
55. Stone, T. Darlingtonová, G. *Léky, drogy, jedy*. Praha: Academia, 2003. 440 s. ISBN 80-200-1065-3
56. Streatfield, D. *Kokain dějiny*. Praha: BB art, 2003. 490 s. ISBN 80-7257-957-6
57. Špaček, L. Tabák – jedna z nejvíce zneužívaných legálních drog. In: *Závislosti a my*, Ústí nad Labem: Horák, květen 2004, s. 10. ISSN 1213-8584
58. The Partnership for a Drug-Free Amerika. *Marijuana*. [online] [2007/04.23.] <<http://www.drugfree.org/Portal/drugguide/Marijuana>>
59. Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9
60. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
61. Výrost, J. Slaměník, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing, 2001. 260 s. ISBN 80-247-0042-5
62. WHO. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 79 s. ISBN 80-85121-08-5

63. Zábranský, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého Lékařská fakulta, 2003. 93 s. ISBN 80-244-0709-4
64. Záhorská, J. Psychické důsledky závislostí. In: *Závislosti a my*, Ústí nad Labem: Horák, září 2004, s. 23-24. ISSN 1213-8584
65. *Zákon proti šíření toxikomanie §188a*. [online] [2007/03.05.]
< <http://www.bushka.cz/ganjaweb/zakon.html> >
66. *Zákon č. 140/1961 Sb. ze dne 1. ledna 1962*. Trestní zákon

8. Klíčová slova

droga

gymnázium

mládež

návyková látka

odborné učiliště

užívání

závislost

9. Přílohy

Příloha 1. Aldus Huxley – získává se z něj meskalin (49)



Příloha 2. Marihuana (10)



Příloha 3. Tabákové cigarety (49)



Příloha 4. Příklad některých typů barbiturátů (49)



Příloha 5. Pomůcky k injekčnímu užívání drog (49)



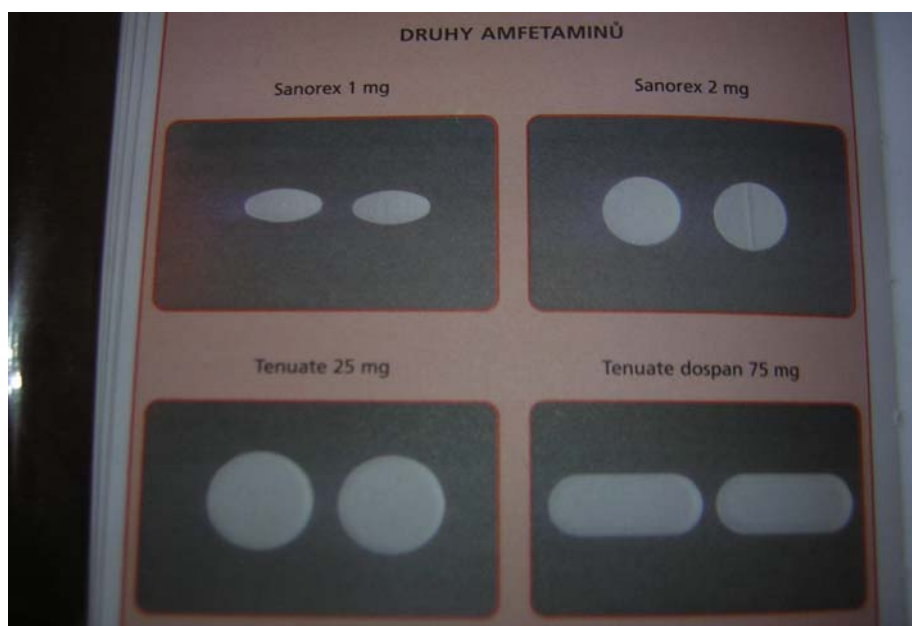
Příloha 6. Pomůcky pro injekční používání drog (49)



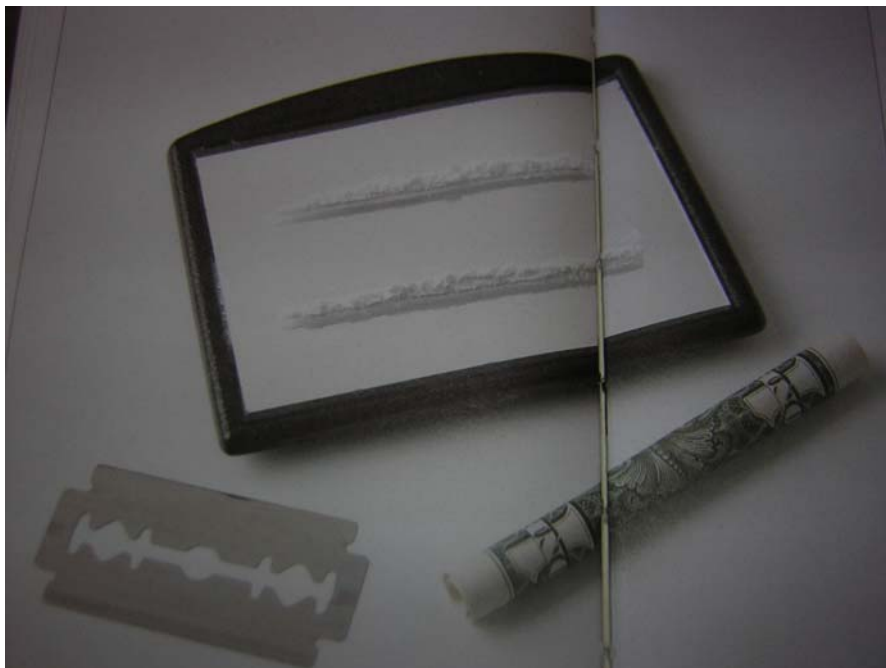
Příloha 7. Některé druhy amfetaminů (49)



Příloha 8. Některé druhy amfetaminů (49)



Příloha 9. Pomůcky k užívání kokainu (49)



Příloha 10. LSD trip (49)



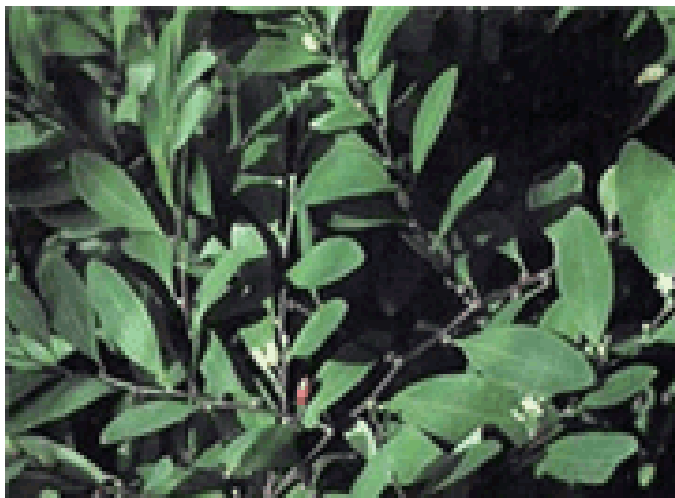
Příloha 11. Lysohlávky (10)



Příloha 12. Některé druhy extáze (49)



Příloha 13. Keř kokainu (10)



Příloha 14. Kokain (10)



DOTAZNÍK

Vážení studenti a studentky,
jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby a žádám Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který dostáváte do rukou. Tento dotazník je určen pro výzkumný účel. Získané údaje budou použity výhradně pro zpracování diplomové práce na téma „Rozdílnost v experimentování užívání drog u mládeže v návaznosti na typ studované školy“.

Na všechny otázky odpovídejte prosím pravdivě, protože pouze takovéto údaje mají význam pro vědecký výzkum.

Za vyplnění dotazníku děkuji.

Pavla Hrubá – studentka

ODPOVĚDI NAPIŠTE, ZAKROUŽKUJTE NEBO NAPIŠTE I ZAKROUŽKUJTE
PODLE TYPU OTÁZKY. NENÍ-LI UVEDENO JINAK, OZNAČTE POUZE JEDNU
ODPOVĚĎ.

1. **Kolik je Vám let?**(napište prosím kolik).....

2. **Jaké je Vaše pohlaví?** a) muž
 b) žena

3. **V jakém jste ročníku?** a) 1. ročník
 b) 2. ročník
 c) 3. ročník
 d) 4. ročník

4. **V době výuky (pondělí až pátek) bydlíte?** a) doma s rodiči
 b) v soukromí
 c) na domově mládeže
 d) jinde (napište).....

5. Myslíte si, že informovanost veřejnosti o drogách (včetně tabáku a alkoholu), o jejich účincích a škodlivosti, je dostačující?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6. Informace o drogách (včetně tabáku a alkoholu) získáváte (je možné označit více odpovědí), tuto kvalitu informací zhodnoťte na škále od 1 do 5 (číslo jedna bude značit vyčerpávající informace a číslo 5 značí pouze orientační informace)

- a) od rodičů
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- b) od sourozenců
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- c) od kamarádů
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- d) od učitelů ve škole
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- e) od vychovatelů na domově mládeže
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- f) ze sdělovacích prostředků (tisk, rozhlas, televize.)
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- e) jiné (prosím napište).....

7. Myslíte si, že s jednorázovým užitím drogy jsou spojen nějaká rizika?

- a) ano – vyjmenujte jaká.....
.....
- b) ne
- c) nevím

8. Myslíte si, že psychické problémy a užívání drog spolu souvisejí?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Je povoleno pěstovat konopí pro vlastní potřebu?

- a) ano
- b) ne

10. Domníváte se, že držení drog pro vlastní potřebu je povolené?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Za výrobu a rozšiřování nelegálních drog (marihuana, LSD, heroin, pervitin...) by jste dávali přísnější tresty? (zakroužkujte na škále – číslo 1 znamená netrestat a číslo 5 trestat velmi přísně)

netrestat 1 - 2 - 3 - 4 - 5 trestat velmi přísně

12. Užívání nelegálních drog jinými osobami:

- a) schvalujete
- b) zavrhuje, odsuzujete
- c) je Vám to jedno
- d) mám jiný názor (napište).....

13. Jakou drogu (pokud vůbec nějakou) jste zkusil(a)?

- a) nikdy jsem neužil(a) žádnou látku níže jmenovanou
- b) tišící prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu
- c) marihuana nebo hašiš – napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- d) LSD– napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- e) pervitin nebo jiné amfetaminy–napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil.....
- f) krak– napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- g) kokain– napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- h) heroin– napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- i) extáze– napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- j) halucinogenní houby (lysohlávký)–napište věk, kdy jste zkusil drogu.....
- k) alkohol (pivo, víno) – napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil(a).....
- l) tabákové výrobky (cigarety) – napište věk, kdy jste tuto drogu zkusil.....
- m) nevím co to bylo
- n) jiné (napište).....

14. Jakou drogu (pokud vůbec nějakou) užíváte v současnosti? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) nikdy jsem neužil(a) žádnou látku níže jmenovanou
- b) tišící prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu
- c) marihuana nebo hašiš
- d) LSD
- e) pervitin nebo jiné amfetaminy
- f) krak
- g) kokain
- h) heroin
- i) extáze
- j) halucinogenní houby (lysohlávky..)
- k) alkohol (pivo, víno)
- l) tabákové výrobky (cigarety)
- m) nevím co to bylo
- n) jiné (napište).....

15. Pokud jste někdy užil(a) nebo užíváte jinou drogu než alkohol a tabák, jakým způsobem tak činíte?(možno zaškrtnout několik možností)

- a) nikdy jsem nekouřil(a) a neužíval(a) jinou drogu
- b) kouřením
- c) šňupáním
- d) čicháním
- e) žvýkáním
- f) pitím
- g) polykáním
- h) pod jazyk
- i) do žíly
- j) jiným způsobem. Napište jakým.....

16. Ilegální drogy (např. marihuana, heroin, hašiš, LSD, kokain, pervitin.....):

- a) jste nikdy nezkusil(a)
- b) užíval(a) jste, ale již neužíváte
- c) užíváte příležitostně (zaškrtněte možnost):
 - kde: na večírcích, diskotéce
 - doma
 - s partou venku
 - u kamaráda doma
 - jinde (napište).....
 - jak často 1x týdně
 - 1x za dva týdny
 - 1x za tři týdny
 - 1x měsíčně
 - jinak (napište).....
- d) užíváte jednou denně
- e) užíváte několikrát denně. Kolikrát (napište).....
- f) užíváte jednou týdně
- g) užíváte několikrát týdně, ale ne denně
- h) užíváte jinak. Jak často (napište).....

17. Kdyby jste měl(a) možnost zkusit drogu, se kterou nemáte zkušenosti, tak ji:

- a) odmítnete
- b) nelegální drogu (např. LSD) odmítnete, legální drogu přijmete (např. tabák, alkohol)
- c) přijmete ji, ale schováte si ji na pozdější dobu
- d) přijmete ji a dáte ji kamarádovi, kamarádce
- e) přijmete ji a užijete ji
- f) přijmete ji, užijete ji a požádáte o další
- g) jiná možnost (napište).....

**18. Pokud jste někdy užil drogu(legální nebo nelegální), co Vás k tomu vedlo?
(je možné označit více odpovědí)**

- a) nikdy jsem neužil(a) legální nebo nelegální drogu)
- b) zvědavost, touha zkusit něco nového
- c) osobní problémy, stres
- d) únik před stereotypem, nudou
- e) nabídnul Vám ji kamarád, kamarádka
- f) nabídnul Vám ji spolužák ze školy
- g) nabídnul Vám ji cizí člověk
- h) jiný důvod. Uveďte.....

19. Tabákové výrobky :

- a) jste nikdy nekouřil(a)
- b) jste zkoušel(a) kouřit, ale nechutnaly Vám
- c) kouřil(a), ale již nekouříte
- d) kouříte příležitostně(zaškrtněte častost) - 1x týdně
 - 1x za2 týdny
 - 1x za3 týdny
 - 1x měsíčně
 - jiné(napište).....
- e) kouříte do 5 cigaret denně
- f) kouříte více než 5 cigaret denně. Kolik?.....

20. Máte-li zkušenosti s kouřením tabákových výrobků, v kolika letech jste kouřil(a)poprvé? Prosím napište věk.....

21. Pokud jste někdy zkoušel(a) kouřit nebo kouříte, zaškrtněte prosím jakou látku(možno označit více opovědí):

- a) nekouřím ani jsem nikdy nezkoušel(a) kouřit
- b) tabákové výrobky (cigarety)
- c) marihuanu
- d) jiné (napište).....

22. Užívání tabáku a tabákových výrobků jinými lidmi:

- a) schvalujete
- b) zavrhuje, odsuzujete
- c) je Vám to jedno

23. Máte-li zkušenosti s alkoholem, v kolika letech jste se ho napil(a) poprvé? Prosím napište věk.....

24. Alkohol:(možno zaškrtnout více možností)

- a) jste nikdy neochutnal(a)
- b) pil(a), ale již nepijete
- c) pijete příležitostně(zaškrtněte častost) - 1x týdně
 - 1x za2 týdny
 - 1x za3 týdny
 - 1x měsíčně
 - jiné(napište).....
- d) pijete denně do 2 piv nebo do 4 dcl vína
- e) pijete denně více než 2 piva nebo 4 dcl vína
- f) pijete denně destiláty. Kolik dcl denně.....
- g) občas se opiji
- h) opil(a) jsem se–napište věk kdy jste se opil(a) poprvé
.....

25. Při pití alkoholu dáváte přednost:

- a) nepiji alkohol
 - b) pivu
 - c) vínu
 - d) destilátům (samotným nebo v míchaných nápojích)
 - e) kombinuji různé druhy alkoholu (prosím napište jaké)
-

26. Pokud pijete nějaký alkohol (pivo nebo víno nebo destiláty – samotné nebo v míchaných nápojích), kde ho pijete (možno zaškrtnout více odpovědí)?

- a) nikdy jsem nepil(a) alkoholický nápoj
- b) doma sám(a)
- c) doma s kamarády
- d) doma u někoho jiného
- e) na ulici, v parku, u vody (koupání, ryby...) nebo jinde venku
- f) v baru, hospodě, restauraci
- g) na diskotéce, taneční zábavě
- h) jinde (napište kde).....

27. Užívání alkoholu jinými lidmi:

- a) schvalujete
- b) zavrhuje, odsuzujete
- c) je Vám to jedno
- d) jiné (prosím napište).....

28. Myslíte si, že pití alkoholu je pro lidský organismus nebezpečné (fyzicky nebo nějak jinak)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

29. Myslíte si, že užívání alkoholu v dospívání (od dětství do 18 let věku) je více nebezpečné než v dospělosti?

a) ano – uveďte důvody, proč je nebezpečnější.....

.....

b) ne

c) nevím

30. Znáte, jakou závislost a jaká zdravotní rizika obnáší užívání těkavých látek (toluen, ředidla, chemická rozpouštědla...?)

a) ano – napište jaká rizika.....

.....

b) ne

c) nevím

31. Mohou léky na spaní způsobit závislost?

a) ano

b) ne

c) nevím

32. Léky bez lékařského předpisu u nichž je možný vznik závislosti:

a) jste nikdy neužíval(a)

b) užíval(a) jste, ale už neužíváte

c) užíváte jen když jste nemocní nebo máte příznaky možné nemoci

d) užíváte příležitostně. Jak často(napište).....

e) užíváte jednou denně

f) užíváte více než jednou denně

g) užíváte jednou týdně

h) užíváte několikrát týdně, ale ne denně

i) užíváte jinak. Jak(napište).....

33. Pokud berete léky bez příznaků nemoci, o které se jedná?

- a) nikdy jsem neužíval(a)
- b) léky na spaní (Rohypnol apod.)
- c) léky na bolest (Alnagon, Brufen apod.)
- d) léky tlumící strach a úzkost (Diazepam apod.)
- e) jiné. Jaké (napíšte).....