

JIHOČESKÁ UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

katedra pedagogiky a psychologie

ČESKÉ BUĎĚJOVICE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ NA DRUHÉM
STUPNI ZŠ**

**DEPENDENCIES PROBLEM ON THE
SECOND GRADE OF THE BASIC SCHOOL**

Autor: Martina VLČKOVÁ

Studijní obor: AJ – NJ/ZŠ

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Renata Jandová

Datum odevzdání: duben 2007

ANOTACE

Moje diplomová práce se zabývá problematikou závislostí na druhém stupni ZŠ. Je tvořena dvěma částmi – teoretickou a praktickou. V teoretické části rozebírám pojem závislost a charakterizuji jednotlivé typy jako alkoholismus, gamblerství a toxikománii. V mé práci se pokouším stanovit příčiny a podmínky vzniku závislostí, dále se zaměřuji na problematiku, jak se pozná závislost u žáků a co má a může udělat učitel v této situaci. Snažím se zmapovat možnosti a účinnost dosud realizovaných forem prevence. Poté následuje srovnání s jinými státy.

V praktické části se soustředím na současný stav vzniklých závislostí na základních školách na druhém stupni v určité lokalitě a pokouším se ho za pomoci metody dotazníku a rozhovoru zmapovat. Snažím se zjistit, zda existuje rozdíl v závislostech mezi velkým městem a vesnicí. Vyhodnocení je doplněno statistickými výpočty.

ANNOTATION

My thesis concentrates on the dependencies problem on the second grade of the basic school. It has two parts – theoretical and practical. In the theoretical part I analyse the term dependency and characterise the particular types – alcoholism, gambling and toxico-mania. Firstly I try to define the causes and conditions of dependencies, secondly I focus on the questions how can be recognised the dependency by scholars and what the teacher must and can do in this situation. I try to map out the possibilities and efficiency of as yet

implemented forms of prevention. The comparison with other states follows.

In the practical part I look closely at the present state of occurred dependencies on the second grade of the basic schools in a specific area. I chart this state with the questionnaire method and the interview and then I should be able to find out whether there is a difference concerning the dependencies between a city and a village. The evaluation is completed with statistical calculations.

Děkuji paní Mgr. Renatě Jandové za pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Příbram, duben 2007
Martina Vlčková

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma „Problematika závislostí na druhém stupni ZŠ“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Příbram, duben 2007

Martina Vlčková

OBSAH:

Úvod	8
Teoretická část	10
1. Alkoholismus	10
1.1 Vývoj závislosti na alkoholu.....	11
1.2 Stadia alkoholismu.....	13
1.3 Alkoholické psychózy, deliria a okénka.....	14
2. Gamblerství	16
2.1 Vznik patologického hráčství.....	18
2.2 Typy her.....	18
3. Toxikománie	20
3.1 Stadia vzniku závislosti.....	21
3.2 Vliv na psychiku a osobnost, psychické důsledky závislostí.....	22
3.3 Základní dělení drog.....	22
3.3.1 Konopí a jeho produkty.....	23
3.3.2 Halucinogeny.....	26
3.3.2.1 Přírodní halucinogeny.....	27
3.3.2.2 Syntetické halucinogeny.....	30
3.3.3 Stimulační drogy.....	32
3.3.3.1 Přírodní stimulační drogy.....	33
3.3.3.2 Syntetické stimulační drogy...35	
3.3.4 Opiáty.....	37
3.3.5 Těkavé látky – inhalanty.....	39
3.3.6 Tlumící látky.....	40
4. Příčiny a podmínky vzniku závislostí	42
5. Jak poznáme závislost u žáků?	46
6. Prevence	48

6.1 Účinnost prevence.....	53
7. Co má a může udělat učitel?.....	55
8. Srovnání s jinými státy.....	58
8.1 Česká republika.....	58
8.2 Dva způsoby řešení drogové problematiky.....	59
8.3 Marihuana ve světě.....	62
8.4 Ostatní drogy ve světě.....	66
Praktická část.....	68
9. Zkušenosti mládeže s legálními i nelegálními drogami a s hraním automatů.....	68
9.1 Cíl.....	68
9.2 Hypotézy.....	68
9.3 Popis výzkumného vzorku.....	69
9.4 Používané metody.....	69
9.5 Vlastní výzkumné šetření.....	72
9.6 Závěr praktické části.....	101
10. Závěr.....	103
Seznam použité literatury.....	105
Seznam příloh.....	107

ÚVOD

Užívání drog legálních i nelegálních ve světě, ale i v Čechách má dlouholetou tradici. Jsou součástí našeho života již po staletí. Z historických pramenů se dozvídáme, že halucinogenní látky byly užívány na našem území již v období neolitu, stejně tak opium ve starém Egyptě. Často bylo užívání drog spojováno většinou s náboženskými rituály. Mezi drogami má výjimečné postavení alkohol. Patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy. Stopy o výrobě kvašených nápojů byly nalezeny již mezi prvními doklady o pěstování obilovin. I konopí patří mezi nejstarší kulturní rostliny lidstva. Pochází z centrální Asie, odkud se rozšířilo do Afriky a Číny. V čínské literatuře je zmiňováno jako léčivo proti různým chorobám a v literatuře indické i jeho použití v duchovní sféře. Listy keře Koka jsou známy v Jižní Americe již více než 5000 let. Drogy bývaly užívány nejprve jako léčivé, později jako opojné prostředky. Naši dávní předkové opojné vlastnosti drog uctívali a respektovali jako božské síly, ale sami těmto silám často podléhali.

S vývojem civilizace se postupně zvětšovala paleta používaných drog. K drogám přírodním přistoupily drogy syntetické a jejich užívání se rozšířilo do celého světa. Původním záměrem vzniku syntetických drog bylo nalezení léků na různé nemoci, ale se zjištěním závislosti na určité léky se od výroby či vývoje ustoupilo. S rozvojem technických věd v 17. století se začaly drogy více užívat za účelem požitku, povzbuzení a zábavy a toto přetrvává až dodnes. Drogy a ostatní sociálně-patologické jevy jsou celosvětovým problémem a záleží na protidrogové politice jednotlivých států, zda bude jejich boj úspěšný.

Téma mé diplomové práce jsem si vybrala záměrně, neboť jsem s účinky a následky drog přišla úzce do styku. Zažila jsem, jak u některých mých kamarádů probíhá změna osobnosti pod vlivem drog

a alkoholu. Též před herními automaty neunikl můj spolužák z gymnázia, inteligentní student, který díky závislosti propadl až tak hluboko, že skončil jako bezdomovec na pražském nádraží. Dalším příkladem je moje blízká kamarádka, která po prvním vyzkoušení LSD, a to ještě velmi malé dávky, trpí trvalými následky. Toto vše mě ovlivnilo ovšem v kladném slova smyslu a od drog odradilo. Z těchto důvodů je mi téma závislostí velmi blízké a pro mě zajímavé.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ALKOHOLISMUS

Ještě před nedávnou dobou bylo na alkoholismus nahlíženo jako na morální problém. Dnes se na alkoholismus mnoho lidí dívá převážně jako na zdravotní problém. O tom, co vlastně alkoholismus je, existuje mnoho různých myšlenek. Podle jedné z nich je alkoholismus choroba, progresivní choroba, která nemůže být nikdy vyléčena, ale která, jako některé ostatní nemoci, může být zastavena. Pro každého problémového pijáka to vždy zůstane silně osobní záležitostí. Mnozí alkoholici, kteří nejsou schopni přestat pít, považují sami sebe za morálně slabé nebo za duševně nevyvážené. Jakmile se alkoholismus rozvine, pak zde není nic morálně špatného v tom, že je dotyčný nemocen. V tomto stádiu svobodná vůle není zapojena, protože trpící ztratil možnost volby nad alkoholem. Důležitá věc je čelit faktu své nemoci a využít pomoci, která je k dispozici. Musí zde existovat touha uzdravit se.

Alkohol je jednou z nejrozšířenějších drog, která je bohužel v ČR stále podceňována a přehlížena, přestože se občané ČR řadí k největším spotřebitelům na jednu osobu a to dokonce v celosvětovém měřítku. „Jako každá droga je i alkohol častým můstkem k přechodu na drogu jinou, mnohdy horší podstaty.“ (Illes, 1999, str. 9)

1.1 VÝVOJ ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Lidé, kteří požívají alkoholické nápoje, můžeme podle jejich vztahu k alkoholu rozdělit do čtyř skupin:

- ABSTINENTI
- KONZUMENTI
- PIJÁCI
- OSOBY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU

ABSTINENTI – umějí uhasit žízeň i uspokojit svou chuť kteroukoli tekutinou, v níž není žádný alkohol, protože požití této látky v sebe-menším množství odmítají, ať už je k tomu vede jakýkoli důvod. Pokud jde o zařazení někoho mezi abstinenty, lze říci, že je to titul sice znevažovaný, mnohými posmíváný, ale podle medicínských směrnic těžko dosažitelný. Abstemem můžeme totiž nazvat člověka, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoli formě a množství po dobu alespoň tří let.

KONZUMENTI – pijí alkohol pouze příležitostně a bez větších následků. Svou žízeň uspokojují však převážně nealkoholickými nápoji. Dospělý konzument pije vhodný alkoholický nápoj ve vhodném množství: konkrétně jde o třetinku piva nebo jeden decilitr vína po práci nebo po jídle. Takový konzument nápoj vypije, uspokojí svou chuť, ale protože požil kolem 7–10 g alkoholu, který zdravá játra umí rozložit ještě během vstřebávání, tj. během jedné hodiny, alkohol se v krvi prakticky neobjeví a neovlivní tedy nervovou činnost. Do kategorie konzumentů patří malé procento mužů, značné procento žen a také velké procento mladistvých.

PIJÁCI – konzumují alkoholický nápoj ne pro uspokojení žízně a chuti, ale především proto, aby pod vlivem alkoholu pocítili euforii, o které se domnívají, že je bez jakéhokoli rizika. Jedná se však o euforii nepravou.

Od té doby, kdy člověk hledá v alkoholickém nápoji zdroj euforie, tj. příjemnou změnu nálady, obveselení, úlevu, odstranění potíží a duševního napětí, zapomnění ap., začíná kratší či delší cesta, během níž se z pijáka může vyvinout často i tragicky končící člověk závislý na alkoholu.

OSOBY ZÁVISLÉ NA ALKOHOLU neboli ALKOHOLICI –

konzumace alkoholu jim způsobuje zřetelné tělesné a duševní poruchy a újmy nejen na zdraví, ale také na společenských vztazích a ve společenské činnosti.

Dále rozeznáváme **pět typů závislosti na alkoholu.**

Alfa – nedisciplinované pití, jedinec má kontrolu v pití. Tento typ může trvat i desítky let. Většinou nepokračuje do 3. stadia alkoholismu. Může přejít v typ gama (nekontrolované pití).

Beta – není tu závislost, jedná se o příležitostné pití, ale dochází k sekundárním nemocem – např. polyuritidám, gastritidám, cirhózám. „Alkohol zvyšuje riziko nádorů v oblasti hltanu, jícnu, nádorů jater a prsní žlázy u žen.“ (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999, str. 15)

Gama – zvýšená tolerance na alkohol, ztráta kontroly v pití, schopnost abstinence. Rozlišujeme na:

- a) normální společenské pití
- b) prodromální fáze (jedinec má okénka, je ještě schopen přestat, občas nejde do práce, těší se na alkohol, jako abstinenciční příznak se objevuje třes).

Delta – neschopnost abstinence, při vysazení alkoholu se objevují větší abstinenciční příznaky. V popředí je závislost somatická, psychická se vyvíjí až později.

Epsilon – dipsomanie, epizodický abúzus často s dramatickým a týdny trvajícím průběhem. Kontrola pití je prakticky ztracena.

1.2 STADIA ALKOHOLISMU

Vývojová stádia alkoholismu můžeme rozdělit do 4 období (vývojových fází). Každé má své specifické příznaky.

1. počáteční stadium

„Alkohol je drogou, kterou si pijan sám ordinuje, aby potlačil nepříjemné psychické stavy nebo aby dosáhl dobré nálady.“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 69) Má potřebu zvyšovat dávky alkoholu, aby se cítil lépe.

Vzrůstá tolerance vůči alkoholu. Jedinec neporušuje žádné společenské normy, neliší se od svého okolí.

2. varovné stadium

Častá je podnapilost a opilost. Jedinec pije častěji, přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů (pivo) k lihovinám. Kdyby piják pil o samotě, byl by nápadný. To si uvědomuje a hledá společníky, které v budoucnu bude moci označit jako „špatnou společnost“, která ho k pití přivedla. Začíná se za své chování stydět, neboť své pití lze již těžko skrývat. V důsledku rostoucí tolerance je potřeba k navození příjemných pocitů zvyšovat hladinu alkoholu v krvi.

3. rozhodné stadium

V tomto stadiu roste tolerance, jsou zde typické stavy, kdy si pijan nic nepamatuje (okénka). Alkohol se dostává z periferie pozornosti do centra. Jedinec přestává ovládat alkohol, alkohol již ovládá jeho. Znovu a znovu slibuje sobě a svým blízkým (nejčastěji další den po tom, co byl opilý), že již pít nebude a toto permanentně porušuje. Vybuduje si racionalizační systém, kterým svému okolí i sobě příčiny pití odůvodňuje. Pokud však po delší dobu abstinuje, získá dojem, že pití ovládá. Může to trvat týdny nebo měsíce. Je pro něj mnohem snazší abstinovat, než pít s mírou. Přestává se zajímat o své koníčky a zájmy, upadají jeho osobní vztahy, dochází ke konfliktům na pracovišti a padají společenské zábrany. Struktura osobnosti se mění a projevují se

negativní stránky jeho pití. Zároveň jedinec zažívá různé zdravotní problémy.

4. konečné stadium

Dochází k výraznému snížení tolerance na alkohol – závislý se tedy opije častěji. Pije i několik dní – tzv. tahy a již od rána. Dostává se do stavu, kdy bez alkoholu to nejde a s alkoholem také ne. Přichází stavy úzkosti, třesy či příznaky alkoholických psychóz. Zdravotní problémy se zhoršují, často dochází k poškození jater, nervového systému, cév a také k úplné degradaci osobnosti. Zde už může pomoci jen psychiatr v protialkoholní léčebně nebo ambulantní středisko pro alkoholismus a toxikomanii (AT středisko).

1.3 ALKOHOLICKÉ PSYCHÓZY, DELIRIA A OKÉNKA

Delirium tremens – vyskytuje se u několikaletých abúzerů alkoholu. Nejčastěji u pijáků lihovin. Vzniká často v noci a náhle, někdy v souvislosti s epileptickým záchvatem (u 1/3). Riziko vzniku zvyšuje horečka. Objevují se halucinace zrakové a tělové (hmyz, malá zvířátka, která se na jedince vrhají, místo tapet vidí pavučiny s pavouky a snaží se je odehnat). Během deliria je zvýšená hranice sugestibility. Dochází k třesu celého těla, zrychlenému tepu, strach střídá euforii. Jedinec je dezorientován místem a časem, ne vlastní osobou. Delirium trvá 2–5 dní.

Korsakovova psychóza – ve čtvrtině případů navazuje na delirium tremens. Alkoholik si není schopný zapamatovat, co před chvílí vnímal. Dále je postižena výbavnost paměti. „Na základě toho je dezorientován místem, časem a situací. Protože si pacient nepamatuje nové vjemy,

vymýšlí si a smyšlenkám věří.“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 70)

Řadíme ji mezi alkoholické demence.

Alkoholická halucinace – sluchové a zrakové halucinace, které se vyskytují hlavně v noci. Pacient je při nich značně úzkostný. Po odeznění si zhruba pamatuje, co halucinoval.

Halucinatorní psychóza – podobá se deliriu, ale je při ní jasné vědomí a mírnější průběh halucinací, které jsou převážně sluchové. Jejich obsah je zajímavý, neboť bývají antagonistické (např. pacient slyší hádku dvou lidí, přičemž první ho chválí a druhý ho haní, vyhrožuje mu a nadává).

Paranoidní psychóza – bludy pronásledování a žárlivecký blud. Postihuje přednostně paranoidní psychopatické osobnosti. Objevuje se často při zvýšeném přísunu alkoholu. Jedinec se netřepe, nepotí a komunikuje.

Okénka – piják nemá vzpomínky na určité období proběhlé opilosti. Dostavuje se u něj nejistota a strach. Neví co dělal minulý den. Ptá se svých známých, obchází proto hospody. Má tendenci znovu platit účty za útratu, kterou měl minulý den.

2. GAMBLERSTVÍ

Gambling je anglický výraz pro označení nové nemoci naší společnosti, a to hráčství. Jedná se o časté opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních, rodinných hodnot a velkému zadlužení.

Patologické hráčství je třeba odlišit od hazardního hráčství a sázení. **Hazardní hráči** jsou schopni svoji hru kontrolovat, jejich hlavním motivem je **výhra**. **Gambler** (patologický hráč) pociťuje velmi silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, nutkání často doprovází myšlenky s představami hraní. Jeho motivem je **hra**. Gambling patří mezi tzv. návykové a impulsivní poruchy, které jsou charakterizovány třemi základními znaky:

- **neschopnost odolat** impulsu, pokušení, přestože dotyčný ví, že jeho jednání je nežádoucí, nedokáže odolat hře a také v ní není schopen přestat
- **napětí**, předcházející tomuto jednání, které dotyčný nedokáže snížit jinak, než tak, že začne hrát
- hraní je spojeno s **pocitem uspokojení**, gambler prožívá příjemné vzrušení, jehož intenzita je přímo úměrná výši hazardu, riziku ztráty.

„Patologické hráčství postulovala Americká psychiatrická společnost v roce 1980 jako medicínský problém.“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 84) U nás se tato diagnóza oficiálně používá od roku 1994 pod označením F 63.0.

Hra je známa v lidské společnosti odnepaměti. Ovšem v posledním desetiletí se změnou společenské atmosféry, sociálních a ekonomických poměrů a s ohromným celosvětovým nástupem nové techniky (počítače a hrací automaty) se forma těchto her změ-

nila a velmi rychle vzrostl počet lidí závislých na hraní – gamblerů. Rovněž u nás můžeme téměř všude nalézt desítky heren a hracích automatů. Většina hráčů hraje, protože má peníze. Avšak závislý hráč hraje i proto, že peníze nemá a chce je hrou vyhrát. Hra má svoji logiku a svůj model, ale závislý hráč ji přestává vnímat a věnuje se modelovému chování, které ho začíná pohlcovat. Tím dochází k tomu, že si hráč neuvědomuje ztráty. Nedokáže za žádných okolností odolat hře, i když si je vědom, že mu hra přináší značné problémy a že společnost tuto činnost odsuzuje. Čím víc prohraje, tím víc hraje, aby prohrané peníze získal zpět. Patologické hráčství je porucha chování, kdy se potěšení ze hry mění postupně v nezvladatelnou vášně. U závislých hráčů jde o poruchu v oblasti sebehodnocení a autoregulace. Gambler je člověk psychicky závislý na hře, a protože se této závislosti nikdy nezbaví, je cílem léčby úplná abstinence. Když se takto závislý člověk pokusí přestat, cítí se velmi nepříjemně, je podrážděný, neklidný a objevují se u něj psychické abstinenční projevy. Nutkání ke hře je spojeno s vnitřním napětím, které se zmírní, až když začne zase hrát. Gambler pociťuje při hře příjemné vzrušení a uspokojení. Gamblerství má rovněž svá zdravotní rizika jako jsou vysoký krevní tlak, vředové choroby, střevní nemoci, cukrovka, srdeční choroby a stresem vyvolané bolesti krční a bederní páteře. Hrou může docházet k zanedbávání základních hygienických pravidel a výživy. Věk gamblerů se pohybuje od školáků až po šedesátileté a většinou je tato závislost doménou mužů.

Příčiny vzniku patologické závislosti na hře jsou různé, ale zčásti společné všem formám závislostí. Mezi některá specifika příčin vzniku závislostí gamblerů patří následující faktory: stresové situace, osobnostní vlastnosti a rysy hráče. Často jsou osoby k hraní určitým způsobem předurčené.

2.1 VZNIK PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Vznik patologického hráčství můžeme rozdělit do tří fází:

1. *Fáze výher*

Jedinec hraje jen občas, před hrou a během ní cítí vzrušení. Původní motivací je téměř vždy naděje na velkou výhru. Postupně zvyšuje sázky a hraje častěji.

2. *Fáze prohrávání*

„Hráč myslí hlavně na hraní, v dlouhém období prohrávání nedokáže přestat s hrou.“ (Marhounová, Nešpor, 1995, str. 96) Snaží se vyhrát prohrané peníze zpět. Dalším motivem bývá často „únik ze skutečného světa“, únik do klamného světa fantazií a průvodní atmosféry hry. Dochází ke změnám osobnosti, jedinec skrývá a popírá své hraní a již není schopen splácet své dluhy.

3. *Fáze zoufalství*

Gambler tráví podstatně více času hrou, více prohrává, má výčitky svědomí a obviňuje druhé. Dochází ke společenskému odsouzení, hráč se již nevyhýbá ani trestné činnosti, zaplavuje ho beznaděj a myšlenky na sebevraždu. Psychický i fyzický stav jedince je velmi špatný, často končící zhroucením.

2.2 TYPY HER

V současné době rozlišujeme velké množství různých her, které můžeme rozdělit do následujících skupin:

1. Automaty – zábavní nebo výherní, „lehké“ a „těžké“ (podle výše vkladu a výhry). U zábavních automatů se o hazardní hru nejedná, zde si hráč kupuje čas. Ovšem představují také velké riziko, neboť děti u nich tráví hodně času, a tím zanedbávají školu a další potřebné činnosti a trpí tím jejich pohybový systém. „U tzv. výherních (přesnější název by byl proherních) automatů si zákazník kupuje možnost výhry.“

Jde tedy o hazardní hru.“ (Nešpor, 1996, str. 8) Hlavním nebezpečím výherních automatů je jejich snadná dostupnost. Přestože je hra povolena pouze osobám starších 18 let, dodržování je kontrolováno velmi málo.

2. Kasina – jsou mimořádně nebezpečná. Velká výhra může nastartovat chorobný návyk a velká prohra může způsobit řadu životních problémů a duševních krizí.

3. Sportovní sázky – u nás jsou velmi rozšířené. Sázkařská místa můžeme najít téměř na každém kroku. Sázkaře toto velmi láká, neboť věří, že dokáže odhadnout výsledek zápasů a utkání.

4. Karetní hry – v naší společnosti dosti oblíbené a rozšířené. Velmi nebezpečná je kombinace karetních her s alkoholem. Problémy s hrou mohou navádět k dalšímu pití, které pak vede ke kombinované závislosti.

5. Hra v kostky – velmi stará forma hazardu.

6. Skořápkáři a ostatní – většinou organizované skupiny, které k nám přijíždějí ze zahraničí, v poslední době již řidčeji.

Neustále se objevují nové typy her, které k nám přicházejí z jiných zemí, a každá hra nabízí možnost hmotné nebo finanční výhry a může vést k patologickému hráčství. Výčet různých forem hazardních her není zcela úplný, neboť hranice mezi hazardní a nehazardní hrou je velmi neostrá. Gambler prochází ve své závislosti několika fázemi, každý nemusí bezpodmínečně projít stádiem výher až ke stádiu zoufalství a čím dříve si hráč uvědomí nebezpečí a rozhodne se přestat s hrou, tím by opuštění hry mělo být snazší a naděje na vyléčení větší.

V ochraně před chorobným hráčstvím by měla být zaktivizována spolupráce celé společnosti. Provozovatelé heren by ve vlastním zájmu měly striktně dodržovat věkovou hranici 18 let. Škola může prosazovat zákaz jakýchkoli hazardních her ve školní budově a jejím okolí.

3. TOXIKOMÁNIE

Pochází z řeckého slova *toxicomania* – drogová závislost. Je to jeden z nejstarších a obvykle užívaných termínů k popisu a vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog. Je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný. Má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem a zároveň zvyšovat dávku. Je charakterizována psychickou či fyzickou závislostí na účincích drogy se škodlivými důsledky jak pro jedince tak pro společnost. Drogová závislost poškozuje toxikomana psychicky (vede k poruchám duševním, intelektuálních schopností a společenských vztahů) i tělesně (dochází např. k poškození jater, krvetvorby, srdce a oběhového systému atd.).

Jako **jed** označujeme látku, která způsobuje poruchu normálních funkcí organismu, může vážně poškodit organismus nebo přivodit dokonce i smrt i v malých neopakovaných dávkách. „Jako **drogu** můžeme definovat každou látku, která má tzv. psychotropní účinek“ (Presl, 1995, str. 9) a v lidském organismu způsobuje dočasnou změnu pocitu prožívání života a je schopna vyvolat chorobnou závislost. Jedinec registruje změnu způsobenou drogou většinou jako příjemnou a žádoucí. Po jejím odeznění vzniká navíc chuť a přání po jejím opakování. Je tím naléhavější, čím nepříznivější či rozkolísanější je základní psychosomatický stav.

Teoreticky nejmenší hodnotu by tento prožitek změny měl mít pro zdravého jedince, který žije ve vyrovnané pohodě vnitřní i mezilidské, plně zaujatý aktuální aktivitou i pozitivními perspektivami, přesto si každý člověk může vytvořit závislost na psychoaktivní látce. Zde nejde jen o psychologickou složku, nýbrž i o „biochemický návyk“,

tj. určité metabolické změny a s nimi související nepříjemné stavy a projevy při nedostatku nebo nepřítomnosti drogy.

Závislost – rizikové faktory: na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory osobnost člověka, vlastnosti jeho organismu a vlivy vnějšího prostředí. Drogová závislost vzniká postupně, ale mnohem kratší dobu než závislost na alkoholu.

3.1 STADIA VZNIKU ZÁVISLOSTI

1. stadium experimentování

- primární impuls může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném
- velkou roli hraje sociální model
- příčinou může být i potřeba uniknout od problémů
- spouštěcí situací může být osobní nouze, problém, s nímž si dotyčný neví rady a potřebuje se s ním nějak vyrovnat

2. stadium příležitostného užívání

- návyk zatím není, a tak droga není užívána pravidelně
- aplikace drogy se zatím tají

3. stadium pravidelného užívání

- droga je užívána čím dál častěji
- popíráno riziko takového jednání

4. stadium návykového užívání

- lhostejnost k čemukoliv, co se netýká drog
- ztráta motivace, přátel

Tyto stádia mohou být také vyjádřena pojmy: **užívání, zneužívání, nadužívání, návyk** a **závislost**. Dynamika, rychlost rozvoje a trvání jednotlivých stádií se může značně měnit jak podle druhu drogy, tak v závislosti na osobnosti a věku postiženého.

3.2 VLIV NA PSYCHIKU A OSOBNOST, PSYCHICKÉ DŮSLEDKY ZÁVISLOSTÍ

Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu celou osobnost závislého jedince. Dlouhodobé užívání takových látek může vytvořit tzv. organický psychosyndrom, změny osobnosti vyvolané poškozením mozku. Osobnost závislého postupně upadá. Dochází k mnoha závažným změnám, např. k psychopatizaci osobnosti, k úbytku schopností apod. Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, zhoršuje se jeho sebehodnocení. Ale ani v těchto případech nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že se nedá už nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vyvolat i závažné duševní poruchy.

Poruchy psychotického charakteru – typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, objevují se neadekvátní emoce (silná úzkost) a poruchy psychomotoriky (ztuhnutí).

Amnestická porucha – zhoršení paměti a následná demence.

3.3 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ DROG

Drogy můžeme dělit podle několika hledisek.

A) Podle působení na centrální nervovou soustavu:

Stimulancia – látky stimulující CNS (např. kokain a amfetamin)

Narkotická analgetika – látky tlumící CSN (opiáty)

Halucinogeny (např. LSD)

B) Podle rizika vzniku závislosti:

Drogy měkké (drogy s akceptovatelným rizikem)

Mezi ně zařazujeme např. kávu, tabákové výrobky, produkty konopí a alkohol. U alkoholu je již ale hranice sporná. Podle negativního účinku

nadměrného užívání alkoholu na tělesné a duševní zdraví stojí alkohol na rozhraní měkkých a tvrdých drog.

Drogy tvrdé (drogy s neakceptovatelným rizikem)

Do této skupiny patří např. heroin, kokain, crack a pervitin. U těchto druhů omamných drog je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké.

3.3.1 KONOPÍ A JEHO PRODUKTY

Marihuana

Marihuana je droga získávaná z byliny *Cannabis sativa* neboli konopí seté. Slangově nazývaná marjánka, mařena, tráva, kytka, ganja (toto jméno je převzato z východní Indie, kde toto konopí roste a je rastafariánským náboženstvím uctíváno jako mystická rostlina – jeho nejvyšší forma se nazývá Kali podle indické bohyně, na její počest se také gandža kouří na březích Gangy), hulení, gras, kif, anča atd.

Konopí jsou usušené části rostliny *cannabis* 1–6 m vysoké (nejčastěji *sativa*, ale existují další 2 druhy: *indica* a *ruderalis*). Kouří se samičí rostliny, nejčastěji palice, zatímco ze samčích rostlin se vyrábí konopná lana a oděvy. Po alkoholu a kofeinu je marihuana nejrozšířenější drogou. Na světě konopí kouří asi 140 miliónů lidí. V 70. letech měla pověst neškodné a nenávykové drogy, mnoho lidí tvrdilo, že kouření marihuany je méně agresivní a škodlivé než alkohol a kouření cigaret. Většina výzkumů však dnes potvrzuje, že marihuana může být návyková jak psychicky tak fyzicky a má na uživatele negativní emociální, mentální a somatický dopad. Dnes je marihuana daleko silnější než tehdy, kdy byl obsah asi 1–3% THC, ale v současné době existují vyšlechtěné odrůdy jako je „skunk“ (poprvé vypěstován v Nizozemsku), které obsahují až 15% THC, a ty už nejsou tak úplně neškodné. „Nejrozšířenější způsob užití je kouření, většinou usušených

pupenů, ve formě ubalené cigarety“ (Illes, 1999, str. 17) tzv. „jointu“, také je možno ji přidávat do různých jídel a nápojů. Konopí obsahuje aktivní látku THC (tetrahydrokanabiol), která navozuje stav „zkouření“. Okamžitý účinek vyvolaný kouřením marihuany je pocit uvolnění, pohoda a klid spojený se značnou euforizací a iluze, že čas ubíhá pomaleji, dále chuť mluvit a hodně se smát. Tento stav se slangově nazývá „vysmátost“. Mezi další příznaky patří skelné oči, sucho v puse, rozšířené zorničky a zhoršená motorická koordinace. Marihuana může umocnit již existující pocity. Vysoké dávky konopí mohou mít také halucinogenní účinky, navodit pocit strachu a paniku. Marihuana má tzv. opačnou toleranci. Čím déle je užívána, tím méně stačí na vyvolání stejného efektu. Není tedy nutno zvyšovat dávky.

Psychické poškození u kannabisového typu závislosti

O existenci psychóz při zneužívání kannabisu byly dlouho pochybnosti, neboť symptomatika těchto psychóz se podobá obrazům akutně probíhajících schizofrenií. Jde o výrazné poruchy myšlení, vnímání, efektivity, jednání, paměti a pozornosti. Konzum marihuany je vysoký v dávce 25–200 g měsíčně s preferencí denního zneužívání. Na druhé straně stojí názor, že abúzus kannabinoidních látek může provokovat a aktivizovat latentní endogenní psychózu. V těchto případech, kdy je marihuana užívána po dobu 1 měsíce – 1 roku, se vyskytují nespavost, únava, střídavé stavy zmatenosti s inadekvátní, rychle se střídající euforickou náladou a plačtivostí. Výrazné jsou sluchové a zrakové halucinace, paranoidně-perzekuční bludy, v řeči a myšlení dochází k inkoherenci. Nepřiměřená euforie je rychle střídána anxiózně-depresivní náladou, která podněcuje tendence k sebepoškozování a sebevražednému chování. Procento sebevražd je vysoké. Nebezpečné jsou také agresivní útoky vůči okolí. Psychóza trvá 1–2

týdny a odeznívá bez následků. Popisovány jsou ale i psychózy, které trvají až 6 měsíců. Symptomatika je podobná jako u akutních průběhů. Bývá uváděna výraznější agresivita a automutilační tendence. Při odvykání jsou abstinenčními příznaky výkyvy nálad, nervozita a zlost, které mohou přerůst ve výbušnost a agresivní chování.

Somatická poškození

Jednorázové kouření marihuany způsobuje výraznou ospalost a únavu, pocit hladu a žízně je rušen nevolností s bolestmi hlavy. Kuřáci závislí na konopí působí unaveným, ospalým dojmem. Vykouření jedné cigarety marihuany zmenšuje vitální kapacitu plic stejně jako 16 cigaret tabáku. Změny jsou výraznější v případech, kdy kuřáci kombinují cigarety tabáku s marihuanou. Při kouření marihuany dochází postupně k narušení pozornosti a schopnosti koncentrace, ke ztrátě nebo snížení výbavnosti paměti, k narušení výkonnosti a pocitu odpovědnosti, motorické koordinace a přesnosti zrakového vnímání. U žen dochází k poruchám menstruačního cyklu a u mužů k snížení hladiny testosteronu. Dlouhodobé užívání marihuany může vést k akutnímu či chronickému zánětu průdušek, poškození dýchacích cest, zápalu plic a k ohrožení srdce a cév a také se zvyšuje riziko rakoviny.

Hašiš

Slangově nazývaný haš, šit, čokoláda, charas (indické označení z jazyka hindi), v domácím prostředí se nejčastěji jí v cukroví, kterému se říká mažun. „Hašiš je usušená pryskyřice ze samičích rostlin konopí“ (Goodyer, 2001, str. 159), získávána z květů a horních listů, extrahována s tuky ve vařící vodě a vykrytalizovaná. Účinné látky jsou cannabiny, hlavně THC. Pryskyřice se sbírá a lisuje do kostek, destiček nebo tablet. Hašiš vypadá jako hnědožlutá kostka, někdy dočerna. Za čerstva

je pružný, pak tuhý, drolí se po zahřátí v plameni. Droga se užívá podobně jako marihuana kouřením a přidává se do cigaretového tabáku. Častým způsobem je také kouření hašiše pomocí vodních dýmek. Je možné ho konzumovat i v různých jídlech a nápojích. Při kouření účinkuje téměř ihned, příznaky přetrvávají přibližně 3–8 hodin. Při ústním požití se účinky dostaví až po několika hodinách a dlouhodobě přetrvávají. Projevují se navozením příjemného klidu doprovázeného sněním, dochází k poruchám prostorového vnímání, okolí je zkreslené a zrakové vnímání přechází v iluze a pseudohalucinace. Nebezpečné jsou vysoké dávky (nad 20 mg THC) a chronické zneužívání. Při otravě stoupá v mozku hladina serotoninu, může se objevit atypický rauš a panický strach. Návykové užívání vede k postupné a zhoubné destrukci organismu.

Hašišový olej

Je to nejsilnější forma marihuany, je totiž 5krát silnější než pryskyřice, obsahuje 50–60% účinných látek. Někdy se také vyskytuje pod názvem medový olej. Vyrábí se vařením jemně rozdrčeného hašiše v rozpouštědle (např. alkoholu), tak se odstraní pevné součástky. Rozpouštědlo se odpaří a zůstane jen lepivý zelenohnědý olej. Nabízí intenzivnější zážitek než jiné formy konopí.

3.3.2 HALUCINOGENY

Tato skupina drog je charakteristická tím, že její základní účinek spočívá v kvalitativní změně vědomí. Po požití těchto drog dochází často k výrazným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání. Objevují se zrakové a sluchové halucinace, projevy depersonalizace, deformace času a prostoru. Bývají přítomny zvláštní vjemy barev a zvuků, zvuky mohou být např. vnímány „barevně“. Mohou se dostavit

exaktické prožitky splynutí s přírodou a vesmírem, ale i hrůzné vjemy natolik intenzivní a hodnověrné, že se jim postižená osoba snaží uniknout bez ohledu na možné zranění nebo smrt. U těchto drog se příliš neprojevuje psychická ani fyzická závislost a také se u nich zpravidla nedostavuje abstinenční syndrom. Jejich riziko však spočívá v nevypočitatelnosti jejich efektu. Výsledný prožitek velmi závisí na společenském a psychologickém kontextu, ve kterém dochází k jejich užití. V atmosféře nejistoty či strachu a za nepříznivých okolností se z kýženeho prožitku snadno může stát velice nepříjemný paranoidní stav. Halucinogeny můžeme rozdělit na látky přírodní a syntetické.

3.3.2.1 PŘÍRODNÍ HALUCINOGENY

Halucinogenní rostliny a houby můžeme nalézt prakticky po celém světě. V Evropě roste asi 20 halucinogenních rostlin a ve Střední a Jižní Americe se vyskytuje asi 130 druhů. Tyto drogy byly vždy spjaty s náboženskými rituály a používány ke kultovním účelům. Velká skupina rostlinných halucinogenů je reprezentována i u nás rostoucími zajímavými liškovitými rostlinami, které můžeme najít ve volné přírodě. Jsou většinou prudce jedovaté obsahem svých alkaloidů. Nejvýznamnějšími zástupci této skupiny jsou durman neboli panenská okurka, rulík zlomocný a blín černý.

Durman

Halucinogenní účinky durmanu byly známy jak ve Starém, tak v Novém světě. V Novém světě byl považován za posvátnou rostlinu, s níž směla zacházet pouze pověřená osoba. Ve středověkém kouzelnictví měla důležitou úlohu a byla součástí čarodějnických masť. „Durman obecný je jednoletá rostlina až metr vysoká, kterou v ČR

můžeme najít ve volné přírodě.“ (Illes, 1999, str. 34) Semínka jsou malá černá, palice s ostny na povrchu se podobá makovici. Většina druhů pochází asi z Ameriky, ale původ durmanu není zcela jasný. Dnes roste od tropů až do mírného pásu, včetně našich nejteplejších oblastí. Durman je velice nebezpečný, neboť zde existuje velké riziko předávkování se. Doba působení je 24–36 hodin. Účinky se projevují touhou po pohybu, sklonem k nemotivovanému smíchu, zrakovými, ale i sluchovými a čichovými halucinacemi. Ty bývají velmi pohyblivé, různorodé, typická je představa létání, ježdění či otáčení. Objevuje se značná tendence k agresivitě. K nejčastějšímu způsobu konzumace patří požívání semen, kořenů a sušených částí rostlin. Rostlina se také používá k přípravě čajů nebo se louhuje v alkoholu.

Meskalin

Je látka obsažená v různých druzích kaktusů, nazývaných peyotes. Nejznámější z nich je kaktus peyotl (*Lophophora williamsi*), který byl indiány amerického jihu a Mexika dlouho používán při náboženských rituálech. Meskalin k nám byl dovážen už před II. světovou válkou jako sušené řízky (mezkalové knoflíky či koláčky) nadzemní části *Lophophora williamsi*. Syntetizován byl na přelomu století. Získává se vylisováním dužnatých částí jako rostlinný olej. Užívá se ve formě tablet nebo se přidává do nápojů, ojediněle také nitrožilně. Vyvolává podobné účinky jako ostatní halucinogeny, zejména pak LSD. Navozuje zrakové iluze, opojení, únavu, psychomotorický útlum, pocit, že není možno ovládat vlastní tělo, odosobnění a zúžené vědomí. Objevují se poruchy vztahu k okolnímu světu, barevné pseudohalucinace a čichové, chuťové a jiné halucinace, vidiny velmi pestrých a kaleidoskopicky se měnících ornamentů. Někdy je zbystřen sluch, je však špatná jeho lokalizace. Může přijít smích, až nutkavý, jindy deprese nebo paranoia.

Velké dávky mohou poškodit játra a ochromit dýchací ústrojí. Začíná působit za 1–2 hodiny a účinek trvá 6–12 hodin.

Lysohlávky

V některých druzích hub rostoucích ve východní Asii, Střední Americe a v Evropě se nachází halucinogenní látka zvaná psilocybin. Ve slangu se označují jako houbičky. Po staletí byly tyto houby používány původními obyvateli Mexika ke kultovním účelům. V České republice se poměrně hojně vyskytuje lysohlávka kopinatá a lysohlávka česká. Tato drobná houba na tenké nožce dorůstá do výšky 5 cm a najdeme ji při cestách, na loukách, pastvinách či podél vodních toků. „Halucinogenní houby se požívají syrové nebo se mohou vařit, přidávat do čaje, případně sušit a uchovávat na pozdější použití.“ (Ganeri, 2001, str. 43) Dalším možným způsobem použití houby je i její rozemletí a následná příprava odvaru. Obsah účinných látek závisí na lokalitě růstu a klesá skladováním. Nikdy se přesně ovšem neví, kolik psilocybinu vlastně obsahují. Může ho tam být velmi málo nebo také velmi mnoho, proto je velice těžké odhadnout správné množství, a tím hrozí riziko předávkování. Silná dávka může mít za následek hodně špatný „trip“ provázený paranoiou nebo pocity úzkosti, žaludečními křečemi, zácpou či průjmem. Menší množství hub vyvolává euforii, úsměvnou duševní pohodu, zdvořilost a uhlazené chování, větší počet pak barevné vize a zrakové a sluchové halucinace, dochází k deformaci času a prostoru. Účinek většinou končí náhle 6 hodin po aplikaci.

3.3.2.2 SYNTETICKÉ HALUCINOGENY

LSD

LSD je psychotropní látka objevená v roce 1943 švýcarským chemikem Albertem Hofmannem, který již před 5 lety syntetizoval látku číslo 25 ze skupiny derivátů kyseliny lysergové a dal jí jméno LSD-25. Látka byla tehdy uložena mezi nepotřebné, protože při výzkumu nebyly zjištěny žádné zvláštní účinky. Teprve po několika letech si Hofmann při opakování syntézy z neopatrnosti přivodil intoxikaci a objevil účinky LSD.

LSD se v 50. letech začalo používat jako léčebný prostředek v psychiatrii. Bylo zdarma nabízeno lékařům k testování, neboť se věřilo, že tato látka přispěje k léčbě různých psychických chorob a somatických poruch psychického původu. Velké výsledky s ním dosáhl např. Stanislav Grof. Firma Sandoz ho také pod názvem Delysid pro tyto účely vyráběla. „Nevypočitatelnost účinků a riziko vzniku tzv. latentní psychózy (možné existence psychického onemocnění, které právě intoxikace LSD spustí a jež by jinak nenastalo) vedlo nakonec k zastavení výroby a ukončení experimentů v psychiatrii.“ (Presl, 1995, str. 39) Začátkem 50. let zkoumala účinky také CIA. Ta ho zamýšlela použít k potlačení odporu obyvatelstva na dobývaných územích, k zneškodnění nepřátelských vojsk a také jako drogu pravdy. Později hlavně v USA se rozmohlo jeho masové „zneužívání“, i mezi dětmi, po jistou dobu byla droga společností tolerována. Jistou zásluhu na tom měli někteří filosofové, umělci a spisovatelé (Aldous Huxley: Doors of Perception), kteří v nich začali vidět prostředek k prožití něčeho zcela nepoznaného, možnost rozšířit oblast vědomí. Experimentování s halucinogeny se stalo atraktivním pro různé skupiny lidí. „V šedesátých letech se pak LSD stalo psychedelickým symbolem hnutí

hippies.“ (Ganeri, 2001, str. 40) Ovlivňovalo hudbu i výtvarné umění. Hlavním stoupencem psychedelické revoluce byl americký psycholog Timothy Leary. Po mohutném rozšíření LSD byla výroba zastavena. Po osm let ho potom produkovala pro celý svět naše společnost Spofa.

LSD se syntetizuje z alkaloidů obsažených v námelu, parazitické houbě žijící na obilí. LSD je velice silný halucinogen, je to bezbarvá, nezapáchající a neúčinnější známá droga, slangově nazývána kyselina, kyselinka, acid, trip, čtvereček, papírek. Dávka pro jedno užití je velmi malá, nepatrná kapička může být dána na papírek či jinou stravitelnou látku, kterou lze užít orálně. Průměrná dávka LSD v jednom tripu je dnes kolem 100 mg, asi polovina používaná v 60. letech. Dříve bylo LSD užíváno spíše ve formě tablet, dnes se nejčastěji používá napuštěný malý papírek tzv. trip s nějakou kresbou, podle které se pak daný druh jmenuje (Bart Simpson, Homer, Stříbrný surfař, Sluníčko, Superman ...). Tyto kresby se nazývají Blotter Art. Psychotropní efekty se projevují po 30–90 minutách (po nitrožilní aplikaci dříve). Po další hodině dosahují maxima, které trvá asi 2 hodiny. Účinky odezní za 6–12 hodin. LSD ruší filtry v mozku, a tak nedochází k filtraci vjemů, vše je vnímáno zostřeně a naplno. Po menších dávkách LSD člověk pocituje rozkolísanost, vnitřní chvění, nervozitu, běh myšlenek se urychluje, zpřesňuje se koncentrace na ně, člověk volně asociuje. Na plochách a věcech lze vidět barevné vzory, se zavřenýma očima přichází vizualizace, je možné si představit cokoliv. Hudba je vnímána trojrozměrně, i zkresleně. Vše kolem je vnímáno jako objekty, které jsou sympatické a se kterými lze hovořit apod. Při doznívání je zvýšený pocit náhledu do věcí a jejich chápání a zvýšená představivost. Při vyšších dávkách přichází i opojení, příjemná únava, závrať, lehkost a tíže v končetinách, fenomén „gumové podlahy“, dále odosobnění, poruchy vlastního „já“ k okolnímu světu, uvolnění potlačených vzpomínek, euforie, dotýčný má

sklon k divokým a bizarním nápadům, zhoršují se vyjadřovací schopnosti, téměř úplně ztrácí chuť k jídlu. Tělo se někdy zdá jako velmi těžké, že nejde ani zdvihnout prst, pak zase lehké, vzniká dojem, že lze vzlétnout a plout místností. Hlavním nebezpečím drogy je její nevypočitatelnost. Účinek může být ovlivněn dávkou, rozpoštěním mysli, místem nebo dalšími přísadami. Mystický a fascinující zážitek se může zvrhnout v tzv. bad trip (horrotrip), při kterém dochází k návalům strachu, nespokojenosti, depresím, z pseudoiluzí se stanou iluze a halucinace, dochází k paranoidním interpretacím – bojům s démony, přichází hrůzy opravdové psychózy a agrese či sebevražedné chování. Někdo může mít už po jedné dávce takové problémy, jako jsou halucinace, paranoia či chronické psychotické stavy podobné schizofrenii po dobu i dvou let. „Někteří lidé pak trpí tzv. flashbacky – návraty obrazů, které měli, když byli na tripu. Ty se objevují dny, týdny a někdy i roky.“ (Goodyer, 2001, str. 110) Zpravidla lze tyto vjemy vůlí modifikovat, zahnat, ale také úmyslně znovu vyvolat.

3.3.3 STIMULAČNÍ DROGY

„Jde stručně řečeno o drogy, jejichž základním efektem je celková stimulace, povzbuzení.“ (Presl, 1995, str. 15) Tyto drogy se dají rozdělit podle původu báze na :

1) přírodní – zde je hlavním představitelem kokain

2) syntetické – sem patří naše ilegální droga č. 1 Pervitin (Metamfetamin).

Společnými příznaky užívání stimulačních drog jsou zrychlený tep, rozšířené zornice, podrážděnost, neposednost – bdělost, podezíravost, úzkosti a dále také nespavost, halucinace, bolesti hlavy, poruchy vidění, agrese vůči okolí, horečky apod.

3.3.3.1 PŘÍRODNÍ STIMULAČNÍ DROGY

Kokain

Kokain je přírodní droga, alkaloid obsažený v listech keře *Erythroxylon coca*, slangově nazývána koks, sníh, pudr, bělouš. Tato rostlina roste obzvláště ve vyšších polohách Peru a Bolívie a je zajímavá tím, že její užívání v původní podobě, tzn. žvýkání listů obsahujících kokain, je klasickým příkladem tzv. společenského abúzu, tedy společensky tolerovaného dlouhodobého braní drogy, spjatého s určitou kulturou – zde s kulturou jihoamerických Indiánů. Jde vlastně o obdobu postoje naší, evropské kultury, vůči alkoholu. „Coca listy obsahují jen nepatrné množství drogy, ale kultivací a moderním zpracováním kokainových produktů se stala tato droga velice silnou substancí.“ (Illes, 1999, str. 19)

Kokain vyvolává příjemný tělesný pocit, popsáný jako silný adrenalinový přísun energie a síly. Může způsobit zdání silné psychické energie, pocit sebevědomí nebo prudký sexuální impuls. Psychotropní efekt kokainu je ale poměrně krátký, 20–30 minut, takže u skutečných závislostí, kde jednotlivé dávky jsou vyšší a jsou opakovány desetkrát i dvacetkrát denně, dochází ke spotřebě dvou i více gramů této látky za den. Užívá se jednak šňupáním, méně často nitrožilně nebo kouřením v malých dýmkách. Pro zvýšení účinku je však kokain míchán často s jinými drogami nebo chemikáliemi:

- **heroinem**, v tomto případě hovoříme o „**speedu**“
- **morfinem**, takto vzniká tzv. „**double**“
- **jedlou sodou**, kdy vzniká tzv. „**crack**“, který se zpravidla kouří v cigaretách nebo dýmkách.

Kokain způsobuje poškození plic a dýchací problémy, převrácené myšlení, nevyléčitelné poškození mozku a pokud se užívá

v těhotenství, defekty na plodu. Jeho účinky na psychiku mohou být stejně škodlivé. „Patří k nim paranoia (stihomam), pocity „že je hlídán“ a halucinace, zejména kožní (pocit hmyzu lezoucího po kůži) a zrakové („vidění“ padajícího sněhu).“ (Stone, Darlingtonová, 2003, str. 369) Pravidelné užívání kokainu může vést k depresím, sebevraždám a smrti. Příznakem otravy kokainem je studený pot, křeče, mdloby a zbrzděné dýchání, které může způsobit smrt.

Crack

Crack je slangový název pro hydrochlorid kokainu, který vzniká jeho tepelnou úpravou s jedlou sodou a éterem, méně často s čpavkem. Crack se nešnupe jako kokain, ale bývá kouřen ve zvláštních dýmkách nebo cigaretách smíchaných s tabákem nebo marihuanou. V pokročilém stadiu užívání jedinec trpí přeludy a halucinacemi, mění se jeho chování a znatelně i jeho fyzický stav. „Kromě mozku narušuje a ničí funkce žaludku, jater, srdce.“ (Šedivý, Válková, 1988, str. 50) Největším nebezpečím při jeho zneužívání je vysoká možnost předávkování a mimořádně vysoká návykovost.

3.3.3.2 SYNTETICKÉ STIMULAČNÍ DROGY

Pervitin - Metamfetamin

Pervitin, jinak známý také jako perník, péčko, peří, piko a čeko, je považován mylně za typicky českou drogu. Prvně byl syntetizován v roce 1888 v Japonsku a do Evropy se dostal ve třicátých letech minulého století. Při jeho výrobě slouží jako vstupní produkt jiná stimulační látka, a to **efedrin**. Ten se extrahuje z různých kompozitních léků. „Po extrakci jej pak lze za pomoci louhu, červeného fosforu a dalších chemikálií změnit na metamfetamin.“ (Presl, 1995, str. 15) Pervitin je užíván perorálně – „šňupáním“, případně nitrožilně. U uživatelů pervitinu se častěji než u ostatních projevují proměny psychiky známé pod názvem „stíha“. Jde o rozvoj závažné duševní poruchy způsobené právě stimulační drogou. Nebezpečím při užívání je, že dochází k uvolnění zábrán, prohlubuje se disproporce mezi sebehodnocením a realitou, která následně může mít tragické následky. V naší populaci je velmi rozšířen a nebezpečím je i to, že kupující nemá jistotu o kvalitě nakupovaného zboží. Při předávkování nastává smrt nejčastěji jako důsledek plicního edému, postižení srdce, jater a ledvin.

Extáze – MDMA

Extáze zvaná též E, éčko, extoška, XTC, ex, X, kolčo, koláč, Eden, Adam, Eva, Love, Empathy, Harmony, droga lásky, madam, patří k jakýmsi hitům drogové scény. „Byla objevena v roce 1912 a používala se k potlačení chuti k jídlu. V polovině osmdesátých let byla postavena mimo zákon.“ (Ganeri, 2001, str. 31) Jde o chemickou látku methyldi-oxymethamfetamin. XTC má jednu výjimečnou vlastnost. Kromě toho, že účinkuje dosti individuálně a u některých jedinců se projevuje kromě stimulace jako téměř halucinogenní droga, existuje tu ještě něco.

„XTC prohlubuje empatii, schopnost vcítit se do prožitků a pocitů jiného člověka, prožít jakési duchovní souznění.“ (John, Presl, 1996, str. 49)

Největším nebezpečím této drogy je její snadná aplikace a to perorálně. Distribuuje se ve formě různobarevných tablet s vyraženým symbolem (např. holubice, hvězdy, sluníčka apod., v poslední době se často vyskytují tablety s vyraženými značkami různých firem např. Motorola, Mitsubishi apod.). Druhý nový postup, jak do sebe vpravit tuto látku, vymysleli nedávno v Anglii. Klíčem jsou žvýkací medvídci. Extáze je velmi nebezpečná droga, která je schopná navodit psychózu nerozlišitelnou od schizofrenie a k těmto reakcím může dojít již po jediné dávce. Může vyvolat duševní onemocnění trvalejšího charakteru až rozpad osobnosti, poškození jater a srdce. Nejčastější příčinou kolapsu po požití extáze je úpal – přehřátí organismu. Dochází k němu díky skutečnosti, že MDMA stejně jako amfetamin, umožňuje překonat zvýšenou zátěž organismu, aniž by při tom konzument pociťoval žízeň. V prostředí párty je toto umocněno několikahodinovým tančením v davu, nedostatečně okysličeným vzduchem, vysokou teplotou okolního prostředí a atmosférou, při které uživatelé zapomínají na potřebu vydýchat se na čerstvém vzduchu, zchladit se, odpočinout si v klidnějším prostředí a doplnit tekutiny. Druhým podstatným nebezpečím je špatná kvalita tablet. Tablety prodávané jako extáze nemusí vždy obsahovat pouze MDMA. Mohou obsahovat zdraví škodlivé látky – léky na předpis, veterinární pilulky, zcela neznámé substance či různé nebezpečné látky.

3.3.4 OPIÁTY

Skupina těchto látek je nazvána podle opia obsaženého v máku setém. Surové opium je získáváno tak, že se nařízne nezralá makovice druhu *Papaver somniferum* a šťáva, která z ní začne vytékat, zasychá v hnědavou hmotu. Tímto způsobem připravované opium a využívání jeho psychotropních účinků je známé již od 9. stol. př. n. l. Obecně lze říci, že opiáty jedince celkově zklidňují, utlumují, navozují stav příjemného uvolnění a pocit lhostejnosti vůči problémům. Tělo si na drogu postupně zvyká a k dosažení stejného účinku je třeba stále vyšších dávek. Nedostatek drogy se projevuje abstinenčním syndromem. Jednotlivé opiátové drogy se liší především v délce působení, v síle a stupni útlumu, který vyvolávají, a v míře euforizace. Mezi hlavní opiáty patří:

Heroin

Heroin se řadí mezi tzv. opiátová analgetika, či analgetická (z řečtiny – bezbolestný) narkotika (z řečtiny – znecitlivění). Slangově ho známe pod názvy jako háčko, herák, hero, eič nebo čeko. Základem pro jeho výrobu je opium. „Většinou má podobu bílého (někdy růžového nebo nahnědlého) krystalkovitého prášku nebo hrudek.“ (Goodyer, 2001, str. 125) V současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroínu je obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost, neboť zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká. Než se ze země, kde je produkován, dostane ke svému uživateli, získává heroin řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví obchodníci, aby tak zvýšili objem látky a tedy svůj zisk. Používá se cyankáli, jedlá soda, cukr, paracetamol, kofein, ale také prací prášek nebo dokonce (například v Praze a Ostravě) seškrábaná omítka. Na českém trhu se

objevuje buď jako hnědý heroin (brown sugar), který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny, lépe se ale kouří a žhaví, a jako bílý heroin (white powder), který se podobá mouce. Ten se dá po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu, kouřit se ale nedá. Po jeho užití dochází k duševnímu i tělesnému útlumu. Jedinec se dostává do stavu tichého opojení, zklidnění a uvolnění. Nevnímá realitu, má pomalé reakce a poruchy koordinace. Při dlouhodobém užívání dochází k poškození organismu. „Pokud se půjčují jehly, hrozí vedle rizika vzniku závislosti a předávkování také nebezpečí infekce HIV nebo žloutenkou typu B nebo C.“ (Goodyer, 2001, str. 127) Heroin je klasická tvrdá droga a jeho užívání se pokládá za nejtěžší toxikománii.

Opium

Opium je zhoustlá a ztuhlá mléčná šťáva nezralých makovic, jejíž uspávací a mámivý účinek byl znám již u starověkých národů. Hlavními obsahovými látkami opia jsou alkaloidy, kterých surové opium obsahuje 15–25%. Opium je velmi ceněno jako zdroj pro ilegální přípravu drog, neboť je z nich nejbohatší na alkaloidy (narkotin, papaverin, kodein, thebain a další). Nejčastější způsob užívání je kouření, používá se surové nebo ve formě různých odvarů a tinktur. Opium je v českých podmínkách zneužíváno spíše výjimečně a sezónně. Mnohem častější jsou nájezdy polských uživatelů opiátů na naše maková pole. V Polsku má také kouření opia a nitrožilní užívání roztoku opia (tzv. „kompot“) mnohem větší tradici.

Morfin

Vyrábí se z opia, ale je 10krát silnější. Rychle na něm vzniká psychická i fyzická závislost. Je jednou z neúčinnějších drog k utišení bolesti a jako prostředek proti nespavosti. Injekce morfia vyvolá klidnou

euforii. Nastává lhostejnost ke starostem, stoupá sebevědomí a zrychlují se myšlenky. Ve vysokých dávkách působí hypnoticky a může dojít k ochrnutí dýchacího centra. Užívá se ve formě tablet, čípků nebo roztoku v ampulích. Je vysoce návykový. Průmyslově se vyrábí od roku 1827. Podávání této látky nabylo masovosti v období I. světové války.

Kodein

V přírodě se v malých koncentracích vyskytuje v opiu, poprvé byl izolován v roce 1832 a dnes se vyrábí synteticky metylací morfinu. Kodein se v lékařství používá k tlumení kašle nebo mírných bolestí. Je 6krát slabší než morfiium a jeho účinky jsou tedy slabší. Je možno jej získat ve formě bílých tablet, ampulí nebo sirupu. Kodein se používá jako příměs do dalších léků, např. aspirinu. Může se objevit tolerance i návyk, abstinenční příznaky jsou minimální. Kromě podkožní a orální aplikace je možná i intramuskulární. Kodein vyvolává euforii, v některých případech značně intenzivní, pocit tepla a spokojenosti.

3.3.5 TĚKAVÉ LÁTKY – INHALANTY

Inhalanty tvoří skupinu organických rozpouštědel, u nás prezentovanou především **toluenem**. Jde o chemické látky, které se vyrábějí pro obchodní a medicínské využití. Jsou obsaženy v lepidlech, barvách, čistících prostředcích nebo rozpouštědlech. Nejčastějším způsobem zneužívání je vdechování z igelitových pytlíků, do nichž je vložen kus tkaniny nebo vaty namočené v inhalantu. Čichání (ang. sniffing) je často praktikováno ve skupinách. Na rozdíl od všech ostatních drog jde totiž při čichání toluenu jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se markantně zvyšuje riziko nechtěného předávkování. „O tomto faktu svědčí skutečnost, že naprostá většina úmrtí prokaza-

telně u nás spojená s předávkováním drogou není zapříčiněna pervitinem či heroinem – ale toluenem.“ (Presl, Praha 1995, str. 43)
Vdechování koncentrovaných par toluenu vede k poškození dýchacích cest, vědomí se zakaluje, spánek se mění v bezvědomí, nastává kóma a dochází k zástavě dechu a krevního oběhu.

3.3.6 TLUMÍCÍ LÁTKY

Jsou to léky, které mohou vyvolat pozměněné psychické stavy. Často jsou používány jako náhražka drogy nebo pro zmírnění odvykacích příznaků.

ANXIOLITIKA

Patří sem léky, které odstraňují úzkost a působí tlumivě na centrální nervový systém. Používají se k léčení úzkostných stavů s napětím, strachu, trémy a tělesných projevů úzkosti (bušení srdce, pocit nepravidelné srdeční činnosti a nedostatku vzduchu, průjem, zvýšené pocení), dále na poruchy spánku způsobené zvýšeným psychickým napětím, epileptické záchvaty a abstinenční syndromy při závislosti na alkoholu.

Benzodiazepinová anxiolitika patří mezi nejpoužívanější psychofarmaka. Hlavními představiteli jsou **Diazepam**, **Rohypnol** a **Nitrazepam**, dále pak např. **Neurol**, **Lexaurin** či **Rivotril**. Při běžných dávkách mají tlumivý efekt, odstraňují strach, ale lehce na ně vzniká psychická i tělesná závislost.

NEUROLEPTIKA

Neuroleptika jsou nejpočetnější a nejdůležitější skupina léků užívaných v psychiatrii. Používají se nejčastěji k léčení psychóz, ale často i k odstranění příznaků intoxikace jinými drogami. Zbavují nemocné halucinací, oslabují bludy, uklidňují rozrušené a agresivní pacienty. Mezi **sedativní neuroleptika**, která mají výrazný zklidňující a tlumivý efekt a nízký výskyt nežádoucích účinků, patří **Chlorpromazin, Levomepromazin, Thioridazin, Chlorprothixen**. K **incizivním neuroleptikům** patří **Perfenazin, Prochlorperazin, Flupentixol, Cisklopenthixol, Haloperidol, Pimozid, Penfluridol, Fluspirilen, Oxyprothepin**.

4. PŘÍČINY A PODMÍNKY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ

Syndrom závislosti je tvořen skupinou fenoménů fyziologických, behaviorálních (týkajících se chování) a kognitivních (týkajících se rozpoznávání), v nichž má užívání nějaké látky u pacienta přednost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více.

Drogová závislost je opravdu onemocněním, s jehož důsledky se střetává nejen postižený jedinec, ale i okolní společnost. „Závislost je neustálé vracení se k látkám nebo osobám, které u nás vyvolávají určité, třeba i psychikou záměrně podpořené stavy, které nám umožňují určitou pro nás nepříjemnou situaci překonat.“ (Vacek, 1996, str. 18) „Vznik, trvání a popřípadě konec drogové závislosti je příliš složitý jev, který se brání jakémukoliv zjednodušení.“ (Illes, 1999, str. 7) Při zkoumání příčin vzniku závislosti musíme brát v úvahu všechny příčiny a jejich vzájemné souvislosti, tzn. není na vině jen droga jako taková, či osoba, u které k závislosti došlo, doba nebo prostředí či nějaké okolnosti. K tomu, aby drogová závislost „vůbec vznikla“ musí nebo by měly být přítomny čtyři základní faktory. Ty rozhodují o tom, do jaké míry, hloubky a jak se závislost u jedince projeví.

1. **osobnost jedince**
2. **vliv prostředí**
3. **droga jako taková**
4. **podnět**

Když jsou splněny tyto základní faktory pro vznik závislosti, nastupují její stádia v tomto pořadí: **stádium experimentování**, stádium **příležitostného užívání**, stádium **pravidelného užívání** a stádium **návykového užívání**. Tyto stadia zde nebudu více rozebírat, neboť jsou popsány v kapitole o alkoholu. „Závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého.“ (Presl, 1995, str. 49) Může se vytvořit

jak na úrovni biologické, tak na úrovni psychické. K onemocnění – závislosti dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu a znovu ji užívat. Dochází k tomu zpravidla častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky atd.). Primární je otázka dostupnosti drogy v okolí jedince (distribuce a cena drogy). Velmi důležitým faktorem je tedy i pohled společnosti na užívání dané drogy. Závislost na tabáku je nejčastější duševní poruchou vůbec. Snadná dostupnost rozpouštědel (těkavých látek) bývá hlavním důvodem volby u finančně slabých a zejména u velmi mladých toxikomanů. Mezi sociální faktory a situace, které vznik drogové závislosti usnadňují patří prostředí fetující party, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura atd. Také chronický stres vznik závislostí ulehčuje. Při výzkumu drogových závislostí byly prokázány určité znaky osobnostních i přímo genetických predispozic k závislostem různých typů. Mezi lidmi závislími na drogách se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Účinek drogy lze alespoň zpočátku za tyto intenzivní tvořivé prožitky zaměnit. Řada závislostí je doložitelně zatížena rodovou dispozicí (např. studie alkoholismu u dvojčat alkoholiků potvrzují rodovou dispozici k alkoholové závislosti). Riziko vzniku závislostí je nejvyšší u mladých lidí. Nejčastější příčiny vzniku závislostí, které uvádějí děti a mládež na preventivních programech jsou :

- problémy – rodina, škola, partner, kamarádi, úmrtí, rozvod
- nuda – nejsou uspokojovány potřeby dítěte v oblasti volného času (nabídkou či schopnostmi dítěte)
- sebevědomí – neúspěšnost dítěte v některé z oblastí (vrstevnické, rodinné, školní apod.)

- zvědavost – děti napadají myšlenky typu: „je to tak hrozné jak nám dospělí říkají?“, „zakázané ovoce chutná nejvíc“
- kamarádi – začlenění se do určité společnosti nebo naopak vyčlenění se z většiny, která je „černá, nespravedlivá, nemorální“.

Někdy jsou drogy zneužívány z důvodů ne vždy zjevných a uvědomělých. Nejčastěji si jimi lidé chtějí zlepšit náladu, zbavit se únavy, rozmrzelosti, úzkosti, napětí, chtějí pomocí drog uniknout starostem a problémům do světa lhostejnosti, pohody a dobré nálady. Mnozí se tímto způsobem vyhýbají odpovědnosti a dospělosti. Jiní chtějí drogou odstranit zábrany ve společenském chování, dochází k agresivnímu, asociálnímu a destruktivnímu vystupování, což jim ve stavu střízlivosti činí velké problémy. Jiné drogy, hlavně alkoholové, bývají požitky „na kuráž“. Ti, co si je „aplikovali“, pak mnohem snadněji komunikují, navazují kontakt a seznamují se. Mnozí, zejména mladí lidé, nejsou psychicky v normě a nejsou schopni řešit své osobní potíže rozumově, účelně a perspektivně. Někteří se tímto způsobem snaží dát najevo svou nespokojenost, odlišnost se světem dospělých, zejména se světem svých rodičů a snaží se tak vyjádřit svou obtížnou přizpůsobivost. Drogy se užívají z důvodů známých a snadno poznatelných a víceméně uvědomovaných, např. ze zvědavosti, z módy, protože tak činí jiní, kteří nás svádějí, a my se nechceme nechat „zahanbit“ a chceme jim „dokázat“, že to není tak snadné nás přejít, odsunout. Pro mnohé jsou drogy „zakázané ovoce“, které láká k tomu, aby byl tento zákaz překročen a porušen. Někteří mladí lidé jsou experimentátory, jiní zase hledači požitků, kteří rádi riskují.

Výše popsané důvody vzniku závislostí jsou často uváděny jako motivace vedoucí k zneužívání drogy, a to motivace fyzická,

senzorická, emocionální, interpersonální, sociální, intelektuální,
kreativně estetická, filozofická a politická.

5. JAK POZNÁME ZÁVISLOST U ŽÁKŮ?

V dnešní uspěchané době a s přihlédnutím k současnému pracovnímu vytížení rodičů není výjimkou, že dítě tráví s rodiči jednu až dvě hodiny denně. Proto může být vliv školního prostředí pro řadu věcí rozhodující. Škola, přístup učitele, způsob výuky nebo řešení výchovných problémů a celková atmosféra ve třídě či škole může přispět ke vzniku problémů s drogami či jim předejít. Žáci, kteří již do styku s drogami přišli, vykazují určité příznaky, které samy o sobě nemusí znamenat ještě nic, ale pokud je možno zaregistrovat několik z nich, může to být vážné varování. V takovém případě je lepší vyhledat odbornou pomoc či radu.

Znaky při užívání drog můžeme rozdělit do několika skupin, a to na fyziologické symptomy, změny v chování, školní změny a vnější charakteristiku.

Mezi hlavní **fyziologické symptomy** patří abnormální bledost, rudé oči a pokleslá víčka, opilý vzhled, často též vyrážky a opary. U žáků je možno pozorovat svévolné pohyby, třes či cukání v očích, velmi rozšířené nebo nepatrné panenky. Učitel může rozpoznat změny ve způsobu mluvení a používání jiných výrazů, učitel tělocviku by měl zpozorovat úpadek fyzické zdatnosti. Rodiče by měli zaznamenat nevysvětlitelnou ztrátu váhy nebo chuti, různé jiné chutě, speciálně na sladké a oslabený imunitní systém.

K hlavním **změnám v chování** patří nevysvětlitelné periody náladovosti, depresí, podrážděnosti, celkově zhrublé chování, silně odmítavé reakce i na slabou kritiku či žádost. Žáci, kteří začali užívat drogy, méně komunikují s ostatními, stávají se uzavřenějšími a nezajímají se o pocity ostatních. Začínají být nespolehliví a nedodržují sliby. Ztrácejí zájem o to, co bylo v minulosti pro ně důležité jako např. sport, kultura apod. Je možno pozorovat ztrátu motivace, vitality a

energie, smyslu pro zodpovědnost. Často vidíme změny v hodnotách, nápadech a víře, ale i změnu přátel, které odmítají představit rodičům. Žák může začít nosit oblečení, přívěsky apod., které propagují drogy. „Z dítěte se stává „odborník na drogy“. Vysvětluje jejich braní, zastává se jich, poukazuje na jejich „léčivé“ účinky, nepřiměřeně se věnuje studiu literatury o drogách.“ (Nešpor, 2001, str. 82)

Pokud je učitel vnímavý a má zájem o žáky, **školní změny** jsou velmi viditelné. Žáci vykazují rapidní úpadek ve výsledcích, ztrácí motivaci, koncentrovanost a krátkodobou paměť. Přestávají se zajímat o školní aktivity, jsou často unavení, usínají ve třídě při hodinách. Pomalé reakce a zapomnětlivost patří též k průvodním jevům. Do školy chodí žáci neupravení, zvyšuje se jejich absence a začínají mít problémy v chování. Ve třídě se může objevit ztráta peněz či věcí, případně agresivní chování a šikana.

Nepřehlédnutelné jsou i **vnější charakteristiky** jako zápach marihuany na šatech, nadměrné a neobvyklé užívání deodorantů, oční kapky, spreje, cigaretové papírky či ručně balené marihuanové cigarety, různé látky v práškové formě, semínka a listy. Dále můžeme najít fajfky, pinzety, lžičky, jehly, stříkačky a škrtila.

„Je důležité si uvědomit, že toto jsou možné znaky užívání drog, takže člověk, u něhož se některé z nich projeví, nemusí být ještě závislý narkoman.“ (Illes, 1999, str. 38)

6. PREVENCE

Prevenčí rozumíme předcházení, ochranu a opatření učiněná předem. Základním principem strategie prevence sociálně patologických jevů je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti. Působení na mladou generaci musí mít charakter výchovně vzdělávací. Velkou roli hraje osvěta, která je dostupná a trpělivě vysvětluje, že se takové věci dějí a že jsou škodlivé a nebezpečné. Je potřeba zvýraznit úlohu prevence, kontroly a vymezit účinný postih osob, které kvůli svým podnikatelským zájmům ohrožují rizikové skupiny společnosti.

Základními nástroji pro realizaci preventivní strategie jsou školní vzdělávací programy a systematické vzdělávání pedagogů v problematice prevence. Také sdělovací prostředky se mohou angažovat v oblasti prevence tím, že budou nabízet více pořadů o závislostech, příběhy jedinců, kteří se závislostí bojují či nad ní zvítězili, rozhovory s odborníky a také tipy na lepší možnosti trávení volného času. Prevenci můžeme rozdělit do tří skupin:

Primární prevence si klade za cíl předcházet problému tak, aby vůbec nevznikl. Je orientována na děti a mládež a zapojuje se do ní škola, rodina, okolní společnost, zájmové sdružení apod. Základem primární prevence je utváření postojů a výchova v rodině. Rodina je základem všeho a měla by splňovat určitá pravidla :

- získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat
- rodiče musí být pro dítě příkladem, musí umět řešit konflikty
- dokázat s dítětem otevřeně hovořit o alkoholu, drogách, trestné činnosti
- chránit dítě před nevhodnou společností
- rodiče by měli vědět o činnosti dítěte v době, kdy dítě s nimi

netráví čas

- rodiče by měli prověřovat, zda jejich dítě má pocit bezpečí
- měla by mít určitý životní styl

Kromě rodiny je velice důležitou institucí škola. Zde je základem celková atmosféra školy, vztah učitelů k žákům a jasná pravidla. Neméně významná je spolupráce s rodinou a rovněž aktivita v zájmových a sportovních kroužcích. V rámci primární prevence by měl být každý jedinec seznámen se základními informacemi o drogách, alkoholu a gamblerství a s tím, co s sebou přináší závislost, měl by se naučit odmítat drogu a naučit se žít v prostředí, kde se drogy a alkohol vyskytují. Člověk by se měl naučit způsoby, jak se vypořádat s krizovými situacemi bez použití návykových látek.

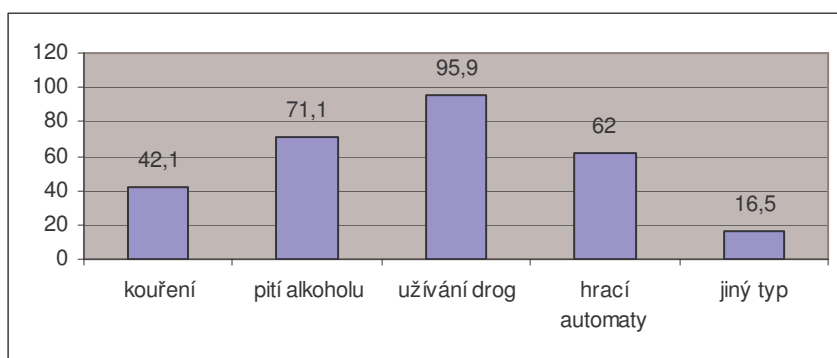
Na primární prevenci se účastní také instituce jako např. DROP IN, FILIA, P-CENTRUM, program FIT-IN a mnoho dalších.

Sekundární prevence nastupuje v tom okamžiku, kdy jedinec má již zkušenost s návykovými látkami, ale ještě mu nezpůsobily poškození. Můžeme jí definovat jako vyhledání problému, který již vznikl, a jeho léčba. V systému sekundární prevence existuje několik druhů zařízení :

- ***Linky telefonické pomoci*** – poskytují informace, rady, pomoc a odkazují nemocného k dalšímu specialistovi. Rady jsou poskytovány zdarma a anonymně.

Z analýzy, kterou uvádí P. Sadílek a kol., je možné vyčíst, jaké nejčastější závislosti jsou po telefonu konzultovány.

Graf zastoupení jednotlivých typů závislostí v telefonické poradenské činnosti (N=120)



(Pozn. Součet relativních četností převyšuje 100%, neboť dotázaní měli možnost označit všechny typy závislostí, na které se orientují.)

- **Poradny** – mají za úkol poradenskou činnost, vyhledávat závislé, zprostředkovávat kontakt s odbornými pracovníky apod., jsou ve většině základních a středních škol.
- **Alkoholicko-toxické poradny** – zabývají se především psychickými poruchami související s užíváním alkoholu a drog, bývají součástí psychiatrických poraden.
- **Kontaktní centra** – jsou určena přímo pro drogově závislé, základem je poskytování informací, výměna stříkaček, motivační rozhovory.
- **Detoxikační jednotky** – zahrnují medicínskou a psychologickou pomoc při vysazování drog, může být krátkodobá i střednědobá. Smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci jedinci překonat odvykací příznaky a připravit jedince na další

léčbu. „Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky.“ (Nešpor, Provazníková, 1997, str. 12)

- **Ambulantní léčba** – pacient dochází dle potřeby do léčebného centra a výhodou je, že přitom může i pracovat či studovat. Ovšem nevýhodou je, že zůstává ve většině případů v negativním prostředí.

- **Denní stacionář** – představuje denní psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči o pacienty, pro které momentálně není možný či nutný pobyt v lůžkovém zařízení a kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo v nemocnici a potřebují ještě určitou dobu denní kontakt.

- **Ústavní léčba** – může být krátkodobá (až 6 týdnů), střednědobá (zpravidla tříměsíční) a dlouhodobá (až 1 rok). Většinou probíhá v terapeutické komunitě.

- **Terapeutická komunita** – zde probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Pacient se co nejaktivněji podílí na léčbě. Důležitou roli hraje zpětná vazba (jak mé chování působí na druhé), která vytváří základ sociálního učení a změněného pohledu na sebe sama. Celý průběh léčby má několik stadií, ve kterých se postupně rozvíjí socializace osobnosti, zlepšuje se sebeuvědomění a sebepoznání. Absolvování komunity je velmi náročný proces, ale dává velkou naději na trvalou abstinenci.

- **Doléčovací a resocializační centra** – jsou vhodná pro jedince, kteří prošli určitým typem léčby, a pomáhají při stabilizaci ve zcela nových podmínkách života.

- **Zařízení azylového typu** – do těchto zařízení přichází toxikomani, kteří nedovedou nebo nechtějí přestat užívat drogy a nemají se kde ubytovat. Zde je jim nabídnuta strava, oblečení, možnost základní hygieny, lékařské ošetření a ubytování na přechodnou dobu.

- **Anonymní alkoholici** – jde o společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu.

Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít.

- **Anonymní toxikomani** – jedná se o mezinárodní organizaci Narcotics Anonymous obdobnou Anonymním alkoholikům.

Členové se pravidelně scházejí ve skupinách, ve kterých pracují zcela samostatně bez vedení profesionálů.

Terciální prevence – provádí se většinou až poté, co závislost již vznikla a způsobila poškození. Jejím hlavním cílem je předejít recidivě trestné činnosti a zmírnit důsledky, které užívání drog způsobuje. V souvislosti s terciální prevencí se dnes nejčastěji mluví o anglickém výrazu „Harm reduction“ („Minimalizace škod“). „Jedná se o souhrnný název činností, pomocí kterých se minimalizují škody u závislých jedinců. Jde v podstatě o sociální i existenční výpomoc. Do těchto činností patří výměna stříkaček, heroinová, metadonová a morfinová preskripce, poskytování poradenství, jídla, ošacení a ubytování.“ (Nešpor, Provazníková, 1997, str. 14) Ve větších městech se touto pomocí zabývají týmy pracovníků (tzv. street workers), kteří chodí na místa, kde se narkomani scházejí a kromě výměny jehel a stříkaček, vysvětlování a rozdávání tištěných letáčků s jednoduchými informacemi navazují kontakt a zvou do středisek. Nežádka jsou to první kroky narkomana k jeho léčbě.

Do terciální prevence se také zařazuje tzv. substituční program. „Jedná se o přístup, kdy má člověk možnost dostat drogu legálně, pravidelně a v čisté podobě.“ (Presl, 1995, str. 67) Závislý dostává drogu tak, aby si ji nemusel vpichovat do žíly, neboť tím odpadá nebezpečí přenosu infekce. Jsou lidé, kteří prošli neúspěšně léčbou, popř. několika léčbami, preventivní postupy u nich selhávají, drogový

životní stereotyp je hluboce zafixován. Veškeré úsilí takového jedince se soustřeďuje na to, jak sehnat drogu včas, než nastoupí abstinenční příznaky, a to za jakoukoli cenu (peníze na ni se získávají jak se dá, třeba krádeží nebo prostitucí). Takový člověk se nemůže starat o to, kde a jak žije. Právě za takovýchto okolností se nabízí substitute jako nejlepší řešení. Jedinci se zde nabízí šance začít žít „normálněji“, najít si zaměstnání a začlenit se zpět do společnosti. Nejdříve se vlastně jedná o určitou formu sociální pomoci, ke které se nabízí určité formy terapie, a ty později mohou vést až k úplné abstinenci. Substitute je možná pouze u závislosti na opiátech.

Dále se sem řadí i terapeutická práce s nejbližšími (rodiči, partnerny) závislých, kteří léčbu dosud odmítají.

6.1 ÚČINNOST PREVENCE

Účinnost přímé prevence závisí na několika požadavcích:

- Měli by ji provádět ti, kteří v drogové problematice přímo působí anebo ti, kteří byly náležitě proškoleni a jsou schopni hlubšího pohledu.
- Je nutné kombinovat mnoho způsobů a metod zaměřených na různé skupiny a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty. Sem patří:

1. rodina a škola

2. intermediátoři

Jsou to osoby, které jsou schopné mít vliv na druhé v přímém styku nebo prostřednictvím hromadné komunikace (vedle rodičů a pedagogů i např. trenéři, herci, politici, lékaři ...). Velký význam pro prevenci je přikládán mladým

lidem jen o málo starším než je cílová populace nebo přímo vrstevníkům, kteří jsou přirozenou autoritou. Existují programy využívající vrstevníků tzv. peer programy, které se pokládají za jedny z nejúčinnějších, ale bohužel jsou však velice náročné.

3. místní společenství

Cílem je zvýšit drogové povědomí na určitém území pomocí místních vlivných osobností, občanských sdružení, zájmových iniciativ a důležitých institucí.

- V prevenci se co nejvíce používají pozitivní modely, se kterými se cílová populace může ztotožnit. Vhodní jsou vrstevníci, kteří žijí zdravě, naopak nevhodní jsou pacienti léčící se kvůli závislosti a naprosto nevhodní jsou závislí na drogách, kteří o léčbu nemají zájem.
- Soustavnost a dlouhodobé působení preventivního programu zvyšují jeho efektivitu. Výhodou bývá, pokud škola program zajišťuje sama. Důležité je průběžné působení a posilování účinku programu po dobu několika let.
- Prevence má být svou formou přiměřená věku s ohledem na skupinu, její vědomosti a zkušenosti – nejúčinnější jsou interaktivní programy připravené pro menší počet dětí.
- Účinnost prevence stoupá pokud preventivní program začíná ještě před setkáním s legálními návykovými látkami (alkohol a tabák), nejlépe od předškolního věku do nástupu puberty, a pokud se toto setkání podaří oddálit.
- Prevence by neměla používat přístupy jako je odstrašování, citové apely, neosobnost v jednání a potlačování diskuse.

7. CO MÁ A MŮŽE UDĚLAT UČITEL?

Každá škola by měla v rámci výchovně vzdělávacího programu vypracovat tzv. minimální preventivní program (MPP), který představuje základní strategii prevence sociálně patologických jevů školy či školského zařízení. Tento MPP vypracovává školní metodik prevence v úzké spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky za podpory vedení školy. Opírá se zejména o užší tým pracovníků (výchovný poradce, školní psycholog). Průběžně vyhodnocuje preventivní strategii školy a vypracovává závěrečnou evaluační zprávu za příslušný školní rok. Tato zpráva je obvykle součástí výroční zprávy školy. Vedení školy by mělo zajistit vyškolení všech zaměstnanců v pravidlech první pomoci při akutní intoxikaci a pravidla vyvěsit na veřejně přístupná místa.

Učitel většinou slouží mladistvým jako model pro chování a má bezpochyby velké pole působnosti v primární prevenci. Základním principem strategie prevence sociálně patologických jevů je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti. Učitel by měl zařadit do výuky preventivní témata a přitom využívat skupinové práce či jiné interaktivní metody. Žáci by měli získat základní informace o návykových látkách. Učitel by se měl v první řadě věnovat legálním drogám, tj. alkoholu a tabáku. Mimořádně vysoká dostupnost a nabídka alkoholu, včetně jeho značné společenské tolerance, je příčinou vzrůstající spotřeby alkoholu u dětí a mládeže. Alkohol a kouření v dětství a dospívání zvyšuje riziko přechodu k dalším drogám. Konkrétně by se měli žáci dozvědět o různých druzích drog a jejich účincích, původu, rozšíření a vzniku závislosti, učitel by měl jasně a pravdivě ukázat, kam drogy vedou, včetně širších společenských

souvislostí. Základní informace musí být cíleny i na pochopení toho, jaké zdravotní, psychické, ale i sociální a materiální škody působí jejich zneužívání. Čím pestřejší formy učitel zvolí, tím lépe. Dále může učitel žákům nastítnit aktuální situaci ve státě popř. v místě bydliště. Pro žáky může být velmi užitečné pro budoucí život ve společnosti, kde se setkáváme s návykovými látkami na každém kroku, když s nimi učitel nacvičí strategie a taktiky, jak odmítnout alkohol a drogy a jak odolat tlaku vrstevníků. Dobré je nabídnout co možná nejvíce způsobů, jak lze dosáhnout životního uspokojení a umět přemoci obtížné situace (kulturní, sportovní, sociální). Čím lépe propracované jsou tyto jednoduché nácviky chování (např. jak zvýšit sebevědomí, asertivní chování, zkvalitnění komunikace, schopnost odmítnout ...), tím hlubší mohou mít na jedince dopad ve smyslu změny životního stylu.

Učitel může využívat filmy s touto tematikou nebo přímo dokumenty zaměřené na tuto problematiku. V rámci primární prevence může dále organizovat besedy a diskuse s odborníky. Žáci by měli vědět, jestli ve městě, kde bydlí, jsou nějaká K-centra, poradny a psychologická zařízení. Vhodné by bylo, jít tam se žáky na exkurzi, kde se mohou setkat mimo jiné i s dobrovolnickými pracovníky či streetworkery, kteří díky tomu, že se denně setkávají se závislými jedinci, mohou doplnit informace o své jedinečné zkušenosti. Pomocníkem pro pedagogy v oblasti prevence je dobře vybavená školní knihovna s odbornou literaturou, videokazetami, multimediálními učebnicemi s primární protidrogovou prevencí na CD-ROMu atd., která může sloužit i rodičům.

Jiná situace však nastává, pokud primární prevence selhala a učitel zjistí nebo má podezření, že se u žáka objevují výše popsané příznaky užívání návykových látek, měl by co nejrychleji zareagovat.

Neměl by řešení problému odkládat, naopak otevřít, i když diskrétně. Nejdříve by měl navázat kontakt se žákem, který má problém, a získat jeho důvěru. Pokud žák důvěřuje například jinému učiteli, může se ten pokusit si s ním promluvit nebo učitel zajistí, aby si žák promluvil se školním psychologem, výchovným poradcem či metodikem prevence. Někdy lze žáka odvrátit od drog pohovory či návrhem alternativních programů. Pedagog by se měl vždy snažit o domluvu, poučení a nabídku náhradních programů pro zábavu, volný čas a seberealizaci. V každém případě by měl informovat rodiče. Musí také počítat s možností, že rodiče budou zjištěné informace popírat a budou reagovat nepřátelsky. Přesto by se tímto učitel neměl nechat odradit a měl by se dále snažit navázat spolupráci s nimi. „Rozhodně má pedagog zajistit i odborné vyšetření a s lékařem spolupracovat.“ (Riesel, 1999, str. 70) Učitel si musí uvědomit, že zvládnutí drogových problémů žáka vyžaduje trpělivost a hlavně vytrvalost. Neměl by klesat na mysli, pokud se hned nedaří, a považovat to za své selhání. Vždy se musí počítat s problémy a překážkami, které vyplývají z náročnosti zvládnutí těchto situací.

Lze doufat, že drogová prevence se postupně stane běžnou součástí výuky na všech stupních škol a že se s touto prevencí budeme setkávat i při nejrůznějších mimoškolních aktivitách.

8. SROVNÁNÍ S JINÝMI STÁTY

Než začnu srovnávat protidrogovou politiku s jinými státy, ráda bych stručně nastínila její blízkou historii v České republice.

8.1 ČESKÁ REPUBLIKA

Hlavním cílem protidrogové politiky vlády ČR je ochrana občana před negativním vlivem drog a podpora jeho individuálního rozhodnutí pro život bez drog. Rok 1989 přinesl změnu politického systému v Československu. Díky tomu se v roce 1990 začala v bývalém Československu velmi rychle měnit drogová scéna, což bylo přirozeným důsledkem společenských změn, celkového uvolnění, ale i vnějších faktorů, kdy všechny tyto vlivy a okolnosti odstartovaly tzv. „drogový boom“ na našem území. Resort Ministerstva vnitra a policie si poměrně velmi rychle uvědomily nutnost na tuto situaci reagovat. A tak po krátké přípravné fázi byla zřízena 1. 11. 1991 **Protidrogová brigáda Federálního policejního sboru**, jako historicky první samostatný, protidrogový, specializovaný, výkonný útvar policie s celostátní působností. Se vznikem České republiky 1. 1. 1993 nastaly výrazné změny v oblasti policejního boje proti drogám. „S konečnou platností došlo ke spojení všech výkonných operativních pracovišť Policie ČR a byla založena jednotná protidrogová centrála České policie – **Odbor drog**.“ (Nožina, 1997, str. 285) Ta se stala součástí Útvaru organizovaného zločinu Ústředny kriminální policie. Tento útvar byl skutečně policejní protidrogovou centrálou Policie ČR, výlučně působící v dané problematice a garantující mezinárodní spolupráci. Odbor drog se postupně vypracoval v mezinárodně uznávaného partnera. Na přelomu 1994/95 proběhla reorganizace tehdejší Ústředny kriminální policie v nové útvary. Vedení Policie ČR a resortu MV vytvořilo **Národní**

protidrogovou centrálu, která se stala součástí samostatného Útvaru pro odhalování organizovaného zločinu Služby kriminální policie. Dne 15. ledna 2001 se Národní protidrogová centrála (NPC) osamostatnila a jako specializovaná jednotka odpovídá především za odhalování a dokumentování organizované drogové kriminality v ČR. Současně je NPC garantem mezinárodní spolupráce v této oblasti. V roce 2004 schválila vláda Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 až 2009 s tím, že budou vypracovány akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky pro oblasti:

- léčba a resocializace
- minimalizace rizik
- užívání legálních drog.

Novým aspektem protidrogové politiky ministerstva je zvláštní důraz na oblast legálních drog. V posledních letech, zejména u mládeže, se tato problematika dostává do popředí. Česká republika se také připojuje k celosvětovým tendencím omezování užívání tabáku a alkoholu. Většina nových aktivit protidrogové politiky je zaměřena tímto směrem.

8.2 DVA ZPŮSOBY ŘEŠENÍ DROGOVÉ PROBLEMATIKY

Rozlišujeme dva proudy způsobů řešení národní drogové problematiky. Jedna myšlenková škola, označovaná jako **prohibiční**, podporuje rozšíření zákazu, léčení a preventivního úsilí při zachování nelegálnosti drog jako jsou marihuana, kokain, LSD a heroin. Snahou tohoto prohibičního proudu je omezení distribuce dnes legálních drog jako je alkohol a tabák, zamezení přístupu mladistvých k volně prodejnému alkoholu a cigaretám a omezit reklamu na tyto výrobky.

Protidrogová politika tohoto myšlenkového směru je zaměřena na strategii snižování poptávky a odsuzuje jakékoliv usnadňování konzumace drogově závislým.

Druhá myšlenková škola označovaná jako **legalizační** se pokouší omezit škody související s užíváním drog. Snaží se prosadit plnou legalizaci drog, odmítá trestat užívání a držení drogy. Podporuje odstranění restriktivní drogové politiky. Legalizační škola rozlišuje tři modely legalizace:

1. **medicínský** – nelegální drogy by měly sloužit jako lék na různé nemoci (v některých zemích byl již zaveden).
2. **model pasivního obchodu** – průkopníkem je francouzský právník Francis Caballero. Obchod by měl řídit státní monopolní podnik, omamná látka by se prodávala v lékárnách, byla by zdaněna a kontrolována její kvalita.
3. **liberální model** – vymyslel Milton Friedman a propaguje, aby drogy nepodléhaly žádné kontrole.

Problém omamných psychotropních látek (dále OPL) je celosvětový, zabývají se tím jednak jednotlivé země samostatně nebo se sdružují do spolků a postupují společně. Jedním z rozsáhlých projektů, který byl v roce 1995 iniciován a koordinován Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN) ve spolupráci se Skupinou Pompidou při Radě Evropy se jmenuje **Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD – The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)** a je zaměřen na užívání alkoholu a jiných návykových látek, tedy tabáku a nezákonných drog, mezi mládeží ve věku 15–16 let. Hlavními cíli projektu ESPAD bylo získání spolehlivých odhadů převládání užívání návykových látek u mládeže. První mezinárodní vlna tohoto projektu proběhla v roce 1995, kdy se do něj zapojilo celkem 26 evropských států: Česká

republika, Dánsko, Estonsko, Faerské ostrovy, Finsko, Chorvatsko, Kypr, Irsko, Island, Itálie, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Norsko, Polsko, Portugalsko, Slovensko, Slovinsko, Švédsko, Turecko, Ukrajina a Velká Británie (samostatně Anglie, Severní Irsko, Skotsko a Wales). Do druhé vlny v roce 1999 se zapojilo již 30 zemí, nově se k projektu připojily Bulharsko, Francie, Grónsko, Jugoslávie, Nizozemí, Rumunsko, Rusko (Moskva) a Řecko. Projektu se tentokrát nezúčastnilo Turecko. V roce 2003 proběhla další vlna projektu ESPAD, Česká republika se projektu účastnila již potřetí. Studie byla realizována v rámci výzkumných aktivit Laboratoře pro výzkum závislostí Psychiatrického centra Praha. Na projektu spolupracuje Státní zdravotní ústav a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Národním řešitelem projektu ESPAD v České republice je PhDr. Ladislav Csémy z Psychiatrického centra Praha. Sběr dat v České republice proběhl na vybraných středních školách.

Na základě výsledků studie ESPAD v roce 2003 se ukázalo, že téměř všichni dotázaní studenti ve věku 15–16 let konzumovali v posledním roce alkohol (95%), zatímco evropský průměr činil 83% respondentů. Obdobně je v České republice také vyšší podíl těch, kteří byli v posledním roce opilí (68% oproti 53%). Zkušenosti s kouřením má v České republice 80% studentů, zatímco evropský průměr dosahuje 66%. Více než dvojnásobek českých studentů (44%) má oproti evropskému průměru (21%) zkušenosti s užíváním konopných látek. Situace v oblasti užívání nekonopných ilegálních látek je také podobná (12% oproti 6%). Rozpouštědla užilo v ČR 9% (ve srovnání s 10% v Evropě), sedativa užilo 11% (oproti 6%). V České republice je také oproti evropskému průměru častější konzumace alkoholu spolu s léky (12% oproti 7%).

Ukazuje se tedy, že česká mládež má větší sklony k návykovému chování než jejich evropští vrstevníci. Příčiny této situace mohou

být např. v tolerantnějším postoji dospělé české populace k legálním návykovým látkám a časté konzumaci nadměrných dávek těchto látek. V České republice musí být v budoucnu kladen větší důraz na řešení problematiky dětského kuřáctví a problematiky užívání a nadužívání alkoholu u mládeže.

Posledních dvacet let je celkem vyrovnané zastoupení jednotlivých drog u toxikomanů ve světě. Jinak je tomu v České republice, kde je jednou z nejvíce užívaných drog marihuana. Je to zřejmě pro její snadnější dostupnost, cenu a jistě také proto, že je to lehká droga. Porovnáme-li spotřebu marihuany u nás a ve světě, dojdeme k závěru, že Česká republika je mezi evropskými zeměmi na špičce v užívání produktů z konopí. Dostihla i Spojené státy. Marihuanu kouří více než pětina mladých v ČR.

8.3 MARIHUANA VE SVĚTĚ

Ráda bych nyní zhodnotila, jak se staví k užívání marihuany jednotlivé státy, neboť to ukazuje jejich přístup i k jiným drogám.

V Evropě jsou určitá místa, kde je marihuana částečně legální, dekriminalizována nebo není zapovězena. Z evropských zemí zmírnilo své zákony ohledně rekreačního používání marihuany Nizozemí a Švýcarsko, kde je v licencovaných kavárnách její používání legalizováno. Řada evropských zemí nad držením malého množství marihuany zavírá oči.

HOLANDSKO

V Holandsku je tolerován prodej konopných produktů v tzv. coffee shops. Samotný provoz těchto kaváren musí splňovat tzv. „AHOJ-G“ kritéria: A (žádná reklama), H (žádný prodej tvrdých

drog), O (žádné rušení veřejného pořádku), J (vynucování zákazu vstupu pro nezletilé), G (prodej jen do 5 gramů). Dohled nad těmito obchody má místní samospráva, která je v případě nedodržení pravidel bez výstrahy ruší. Majitel pak už nemá právo v tomto oboru dále podnikat ani na jiném místě, a to jak coby fyzická osoba tak v rámci právnického subjektu. „Prosadit tak kontroverzní projekt nebylo nijak jednoduché. V praxi ale důsledkem toho klesl počet kriminálních činů souvisejících s drogami.“ (Nožina, 1997, str. 134) Od té doby co byla přijata politika tolerance a zastaveno trestní stíhání proti kuřákům marihuany a hašiše a zavedení rehabilitačních programů pro konzumenty tvrdých drog, zaznamenalo Holandsko významný pokles ve spotřebě marihuany a asi 33% snížení počtu konzumentů heroinu. Částečná legalizace marihuany v Holandsku je tedy celkem úspěšná.

ŠVÝCARSKO

Ve Švýcarsku jsou obdobou coffee shopů tzv. hanf shops. V roce 2000 švýcarský parlament legalizoval marihuanu a hašiš (ve spolkových zemích Bern a Curych byly vyškrtuty ze seznamu zakázaných látek). Švýcarská protidrogová politika také řeší jednu z klíčových otázek scény nealkoholových drog dneška, a to z čeho platit prevenci stále rozšířenějšího zneužívání drog, jako jsou heroin, pervitin či crack. Švýcarsko svými legalizačními zákony vytvořilo rozumný, perfektně fungující a spravedlivý způsob financování této prevence a terapeutické péče pro ty, kteří se dostanou do problémů s tvrdými drogami. Legalizovalo a zdanilo marihuanu. Terapii a prevenci případných drogových problémů si tak budou vlastně platit sami uživatelé, takže s „novými“ drogami nebude vznikat nová zátěž na státní pokladnu.

VELKÁ BRITÁNIE

Velká Británie byla dlouhodobě ovlivněna americkou mladou kulturou. V západním Londýně marihuanu kouřili mladí černoši. Policie a zbytek bílé společnosti tehdy skoro ještě ani nevěděli, že existují nějaké drogy. V 50. letech, kdy platil zákaz, přiváželi konopí do Británie tajně migranti a námořníci. Konzumenty byli již i bílí džezmeni, ovlivnění Amerikou a beatniky. Vzestup drogy nastal v roce 1960, kdy se kromě jiného zboží začalo dovážet i konopí. To začalo pronikat do škol a vysokoškolských kolejí. Od roku 1968 bylo již kouření marihuany a hašiše velice populární, vzrostl počet spotřebitelů a také obchod. Dováželo se například z Afghánistánu a Libanonu. Bohužel vzrostla také kriminalita. Na konci 20. století dovolilo ministerstvo pěstovat netoxické konopí na zkušebních parcelách. Ve Velké Británii se experimentuje s marihuanovými léčebnými účinky. Diskuse na téma legalizace, která na nějakou dobu utichla, byla znovu obnovena.

SPOJENÉ STÁTY AMERICKÉ

Amerika prošla v polovině 19. století hašišovou horečkou. V lékařství se používala především Cannabis indica, rozšířilo se i žvýkání různých oříšků s kvetoucími vršky konopí a v elegantnějších kruzích bylo v módě přímé kouření hašiše z vodní dýmky. Černí Američané, zejména mladí muzikanti, kouřili marihuanu a hašiš a zasloužili se tak o vznik „čajoven“ v New Yorku, ve kterých se prodávalo konopí. Tyto podniky byly často kontrolovány, ale přesto tolerovány. Pozdější vlády prosazovaly co nejtvrďší sankce za užívání marihuany. Byl obecně rozšířen názor, že za každým zločinem je marihuana. V roce 1937 schválila americká vláda Zákon o marihuaně. Od té doby byla marihuana zakázána. V 60. letech se Amerika zařadila mezi národy s nejvyšší spotřebou drog. „S nástupem roku 1975 předsta-

vovala marihuana nejrozšířenější rekreační drogu v Americe.“ (Booth, 2004, str. 247) V současnosti USA propaguje silnou národní politiku s cílem snížit škody způsobené užíváním drog pomocí prevence škod. Zároveň ale také sílí vliv různých alternativních směrů prosazující požadavky na legalizaci marihuany. V současné době je marihuana v USA nejužívanější drogou.

AFRICKÉ STÁTY

Marihuana byla a nadále zůstává nejzneužívanější drogou Afriky. Např. v Maroku, které je největším světovým výrobcem marihuany, i když se pěstování cannabisu nyní výrazně omezuje, se konopí pěstuje od 15. století. V posledních třech letech klesla produkce téměř o 50%. Vláda plánuje vymýtit konopí do roku 2008. Marihuana se také používala v mnoha afrických kmenech jako prostředek k potrestání zločince. Nejprísnějším trestem bylo přinucení viníka kouřit obrovské množství marihuany nepřetržitě několik hodin v malé uzavřené chýši. Kouřil, dokud neupadl do bezvědomí. Během těchto několika hodin vykouřil ekvivalent zhruba dvouleté dávky intenzivního amerického kuřáka. Na základě těchto praktik téměř neexistuje počet opakovaných trestných činů těmito marihuanou „léčených“ viníků. Afričtí Hotentoti (Khoiové), Křováci (Sanové) a Khosové používají již dlouhá staletí konopí jako léčivý a omamný prostředek. Díky silnému vlivu islámu se konopí z Malé Asie brzy rozšířilo do Afriky, ale jeho používání nezůstalo omezeno pouze na území obývané muslimy. O rozšíření nové rostliny se podle některých domněnek přičinili také malajští otroci a konopí se brzy stalo součástí náboženského a společenského života domorodých kultur. V určitých částech Afriky se konopí používalo i při léčení úplavice, malárie, sněti a horeček. V afrických kmenech Khoiovů a Mfengů se dodnes marihuana pokládá za účinný prostředek proti

hadímu uštknutí. Ženy z jihoafrického kmene Sutů kouří konopí kvůli zmírnění porodních bolestí.

8.4 OSTATNÍ DROGY VE SVĚTĚ

Ve světě samozřejmě není zneužívána jen marihuana, proto bych se nyní podívala na tuto problematiku z pohledu ostatních drog. Podle Výroční zprávy Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB) za rok 2006 je Evropa druhým největším nelegálním **kokainovým** trhem na světě. Uživatelé kokainu tvoří asi 10% všech narkomanů přijatých na léčení v zemích EU. Nejvýznamněji se v Evropě na zneužívání kokainu podílejí Španělsko a Velká Británie.

Co se týče **stimulantů** zůstává Evropa jedním z hlavních světových ilegálních trhů. Pouze konopné drogy jsou užívány častěji než extáze. Hlavním zdrojem nelegálně vyráběných amfetaminových stimulantů jsou Nizozemsko, Polsko, Belgie, Litva a Estonsko. Pervitin je nadále zneužíván v České republice, Estonsku, Lotyšsku a na Slovensku.

Zneužívání **heroinu** se poměrně stabilizovalo, v západní a střední Evropě dokonce pokleslo. Naopak ve východní Evropě se zneužívání opiátů zvyšuje, zejména v zemích bývalého Sovětského svazu a v zemích jihovýchodní Evropy podél balkánské pašerácké trasy. V Rusku se od roku 1990 počet registrovaných narkomanů zvýšil o 400%. V zemích Střední Asie zůstává obchod s drogami významným zdrojem příjmů pro obyvatelstvo, ale také přináší problémy se zvyšováním počtu narkomanů a počtu nakažených osob HIV virem a hepatitidou B. Afghánistán je považován za celosvětově největšího producenta heroinu a v dalších zemích Střední Asie se situace v posledních dvaceti letech neustále zhoršuje. K nejznámějším šesti trasám ilegálního

obchodu s drogami ve Střední Asii patří: trasa přes Pákistán, Írán, tři trasy procházející přes Tádžikistán a trasa přes Turkmenistán.

PRAKTICKÁ ČÁST

9. ZKUŠENOSTI MLÁDEŽE S LEGÁLNÍMI I NELEGÁLNÍMI DROGAMI A S HRACÍMI AUTOMATY

9.1 CÍL

Cílem praktické části bylo zmapovat za pomoci metody dotazníku současný stav vzniklých závislostí u žáků 8. a 9. tříd základních škol v určité lokalitě a pokusit se zjistit, zda existuje rozdíl mezi velkým městem a vesnicí, co se týče závislostí. Výzkum se soustředil na závislost na legálních a nelegálních drogách a na hracích automatech.

9.2 HYPOTÉZY

- H1** Předpokládám, že žáci ve městě mají větší zkušenosti s drogami a hracími automaty než žáci žijící na vesnici.
- H2** Předpokládám, že žáci již měli možnost setkat se s legální i nelegální drogou a mnozí z nich mají ve svém blízkém okolí někoho, kdo je na nelegálních drogách závislý.
- H3** Předpokládám, že žáci užívají legální drogy a mnozí z nich experimentují s marihuanou, dále žáci budou mít k marihuaně tolerantní názor a budou souhlasit s její legalizací.
- H4** Předpokládám, že s tvrdými drogami experimentuje minimální počet žáků.

9.3 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Pro vzorek mého výzkumu jsem si vybrala 60 žáků z 8. a dvou 9. tříd ZŠ Na Planině v Praze 4 a 66 žáků 8. a 9. třídy ZŠ v Třeboni. Ve vzorku 60 žáků z Prahy bylo 34 dívek a 26 chlapců. Ve vzorku 66 žáků z Třeboně bylo 39 dívek a 27 chlapců. Žáci byli před vyplňováním dotazníků seznámeni s jejich účelem a způsobem vyplnění.

9.4 POUŽÍVANÉ METODY

Metoda dotazníková

Je to metoda, která shromažďuje data na základě dotazování osob. Je určena pro hromadné získávání údajů.

Počátky užívání této metody jsou spojeny se jménem amerického psychologa a pedagoga G.S.Halla. Hall zkoumal dotazníkem nejrůznější stránky psychiky dětí a mládeže. Jeho zásluhou se používání dotazníkové metody značně rozšířilo. Stalo se módní metodou v pedagogickém výzkumu.

Rozlišujeme dva základní druhy dotazníků: **strukturovaný (s uzavřenými otázkami)** a **nestrukturovaný s otevřenými otázkami**). Autor dotazníku při tvorbě položek především sleduje vztah otázky k výzkumnému cíli a k základním problémům výzkumu. Otázky musí být jasně a konkrétně formulovány, musí být jednoznačné, aby vyžadovaly pouze jednu informaci. Neměly by navádět k určitým odpovědím. Způsob kladení otázek navozuje zároveň odpovědi respondentů. Z tohoto hlediska se rozlišují dva základní typy položek v dotazníku:

a) položky otevřené (nestrukturované) - umožňují hlouběji pronikat ke sledovaným jevům, lépe odhalují skutečné postoje respondentů, poskytují často obsažnější informace.

b) položky uzavřené (strukturované) - nabízejí respondentovi volbu mezi dvěma nebo více alternativami a v závěru jsou doplněny otevřenou možností volné odpovědi (kategorie „jiné“). Forma uzavřených položek je vhodná tehdy, když lze vytvořit přehled možných odpovědí. V dotazníku lze používat i **škálových položek**, které mají pevně stanoveny alternativy. Respondent vybírá z nabízených a přesně formulovaných odpovědí.

Součástí techniky sestavování dotazníku je postup, kdy se rozličnými položkami autor dotazníku dotazuje na tutéž informaci. Tím se zvyšuje vnitřní spolehlivost dotazníku. Zvláštní technikou kladení otázek je tzv. trychtýř – soubor otázek směřující k jednomu námětu. Začíná obecnější otázkou, další se postupně zužují k důležitému specifickému momentu. Položek v dotazníku by nemělo být příliš mnoho.

Metoda rozhovoru (interview)

Při metodě rozhovoru je shromažďování dat založeno na přímém dotazování, tj. verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Tato metoda je charakterizována přímou sociální interakcí.

Navázání osobního kontaktu usnadňuje hlouběji proniknout do postojů respondentů. Výzkumný pracovník by měl být i dobrým psychologem, aby vzbudil důvěru u dotazovaných osob. Při získání důvěry může metodou rozhovoru odhalit fakta, názory a postoje, které jsou ostatním metodám nedostupné. Podle počtu osob rozlišujeme rozhovory **individuální** a **skupinové** a podle struktury otázek je dělíme

na **standardizované** a **nestandardizované**. Standardizovaný rozhovor probíhá podle otázek, jejichž znění i pořadí jsou přesně určeny a předem připraveny. Při nestandardizovaném rozhovoru si tazatel připraví základní otázky, ale jejich obsah, pořadí a formulace závisí na tazateli.

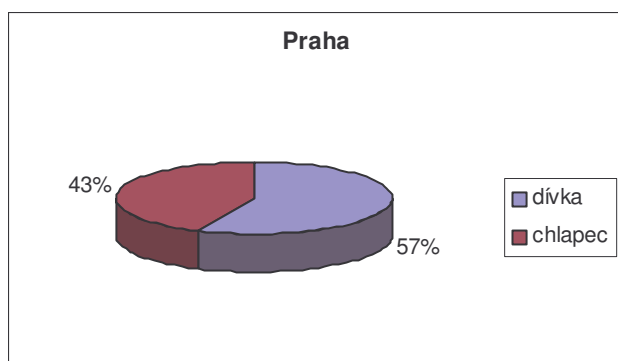
Základní podmínkou účinnosti metody rozhovoru je přesné stanovené cíle a vypracování plánu výzkumu. Formulace otázek musí být taková, aby respondent mohl odpovídat jednou ze čtyř základních forem. Odpovědi dělíme na a) zcela otevřené, b) částečně otevřené, c) strukturované s otevřeným koncem, d) zcela strukturované.

POPIS DOTAZNÍKU

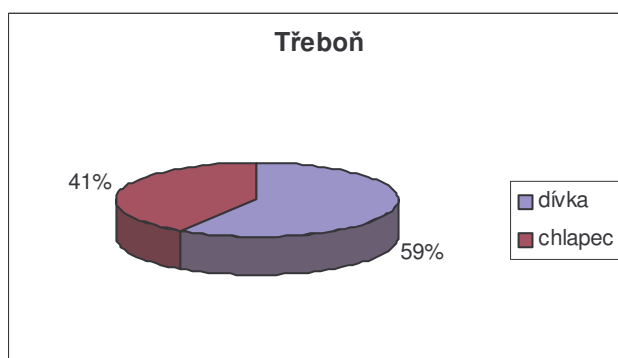
Dotazník je anonymní a obsahuje 33 otázek. Na 15 otázek žáci vybírali z odpovědí *ano – ne*, na ostatní otázky měli žáci možnost vybírat z 3 až 9 odpovědí. Pouze první otázka obsahovala dvě možnosti týkající se zjištění pohlaví. Žáci mohli vybrat jen jednu variantu odpovědi, pokud nebylo uvedeno jinak jako u otázek č. 3, 7, 11, 24, 25. Odpovědi se zaznamenávaly zakroužkováním odpovídajícího písmene.

9.5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

1. Jakého jsi pohlaví?



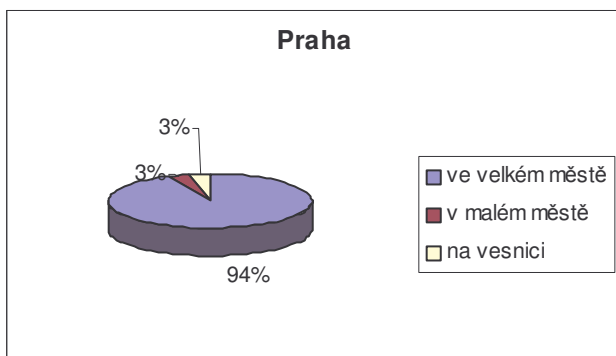
dívka	34
chlapec	26



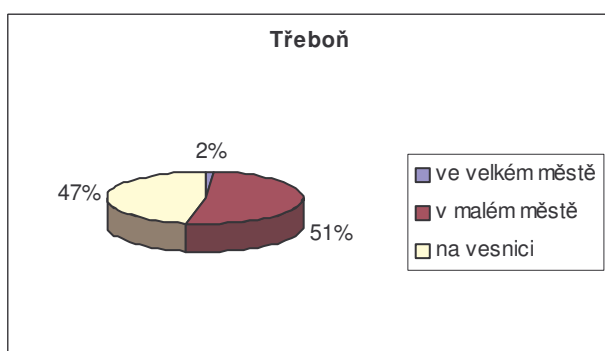
dívka	39
chlapec	27

Mezi dotazovanými v Praze bylo 34 dívek a 26 chlapců. V Třeboni bylo 39 dívek a 27 chlapců. Počet dívek a chlapců z obou lokalit je přibližně stejný, takže by srovnání mělo být nezkrslené.

2. Kde bydlíš?



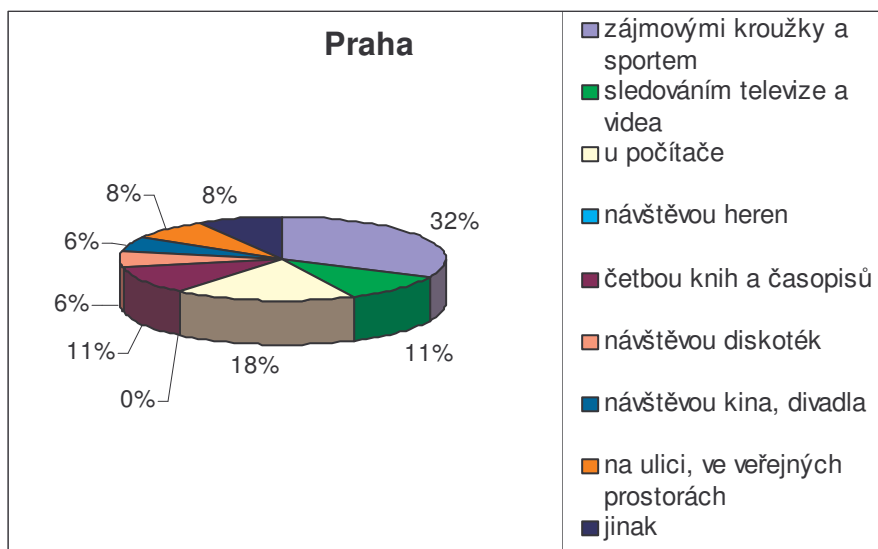
ve velkém městě	56
v malém městě	2
na vesnici	2



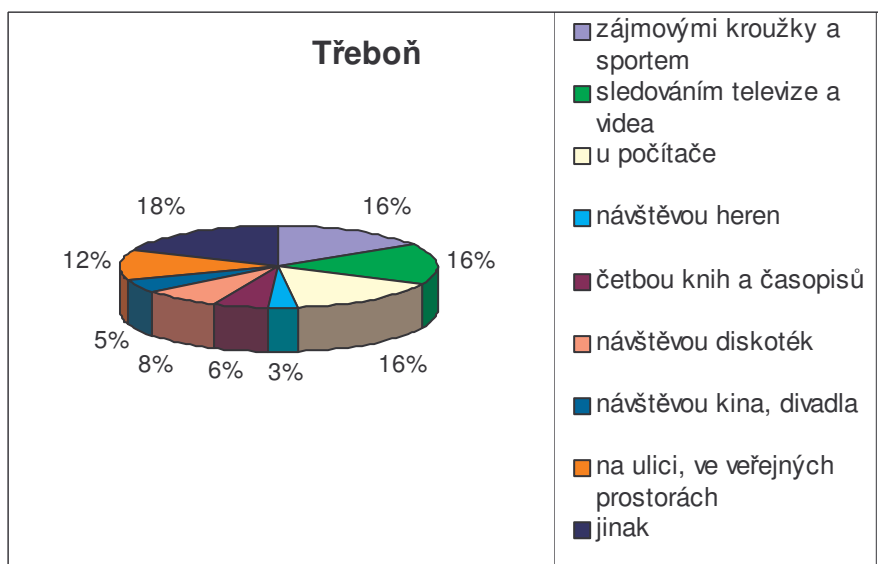
ve velkém městě	1
v malém městě	34
na vesnici	31

Z žáků navštěvující pražskou školu jich 94% bydlí v Praze, 3% bydlí v malém městě a 3% na vesnici. Z žáků navštěvující školu v Třeboni jich 51% bydlí v malém městě, 47% na vesnici a 2% ve velkém městě. Z tohoto rozložení vyplývá, že většina žáků z pražské školy žije opravdu v Praze a žáci navštěvující třeboňskou školu žijí většinou buď v malém městě nebo na vesnici.

**3. Jak trávíš volný čas nejčastěji?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**



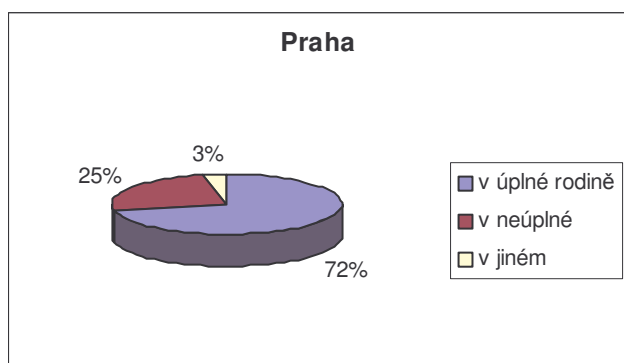
zájmovými kroužky a sportem	27
sledováním televize a videa	9
u počítače	15
návštěvou heren	0
četbou knih a časopisů	9
návštěvou diskoték	5
návštěvou kina, divadla	5
na ulici, ve veřejných prostorách	7
jinak	7



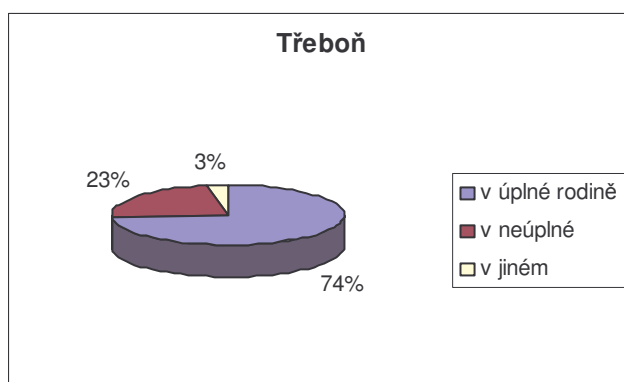
zájmovými kroužky a sportem	20
sledováním televize a videa	20
u počítače	20
navštěvou heren	4
čtením knih a časopisů	7
navštěvou diskoték	10
navštěvou kina, divadla	6
na ulici, ve veřejných prostorech	15
jinak	23

Tato otázka by nám měla ukázat, kde a jakým způsobem tráví žáci nejčastěji volný čas. Z pražské školy tráví nejvíce žáků 32% volný čas zájmovými kroužky a sportem, 18% činností u počítače, po 11% děti sledují televizi, video či čtou knihy a časopisy. Po 8% tráví svůj volný čas na ulici a veřejných prostorech či jinak. Žáci uvedli např. s kamarády, v čajovně, jízdu na koloběžce, poslechem hudby atd. Po 6% žáků navštěvuje kino, divadlo či diskotéky. Nikdo z žáků nevedl, že by trávil volný čas navštěvou heren, což by se dalo předpokládat ve velkém městě. 18% dětí z třeboňské školy uvedlo, že tráví svůj volný čas jinak, např. jízdu na koni, v parku, na rybách, u kamarádů, procházkami se psem. Po 16 % sledují děti televizi, video či si hrají u počítače nebo navštěvují zájmové kroužky. 12% dětí tráví svůj volný čas na ulici nebo ve veřejných prostorech, 8% navštěvuje diskotéky, 6% čte knihy a časopisy, 5% navštěvuje kino a divadlo. Oproti Praze překvapivě 3% navštěvují herny.

4. V jakém rodinném prostředí vyrůstáš?



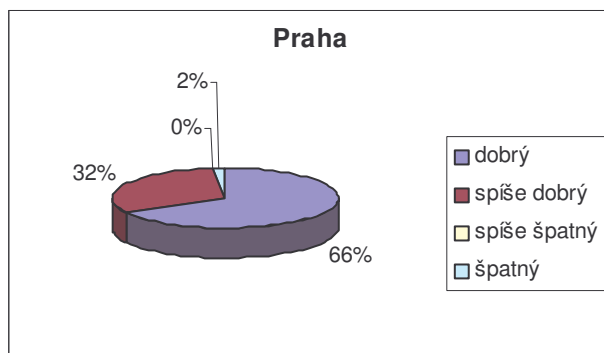
v úplné rodině	43
v neúplné	15
v jiném	2



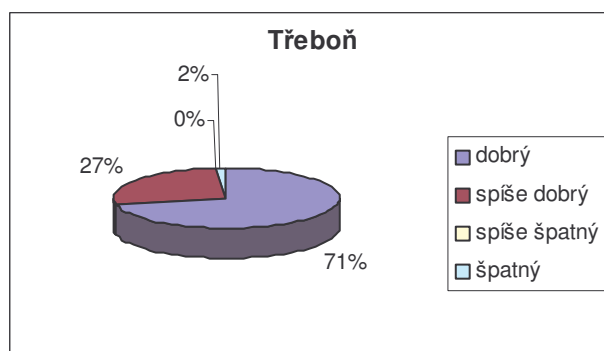
v úplné rodině	49
v neúplné	15
v jiném	2

72% žáků z pražské školy uvedlo, že vyrůstají v úplné rodině, 25% v neúplné rodině a 3% v jiném prostředí. 74% žáků třeboňské školy vyrůstá v úplné rodině, 23% v neúplné a 3% v jiném prostředí. Z tohoto porovnání vyplývá, že rodinné poměry obou skupin si jsou velmi podobné.

5. Jaký je tvůj vztah k rodičům?



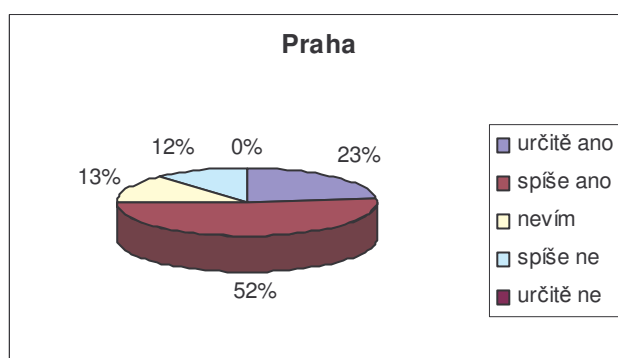
dobry	40
spíše dobrý	19
spíše špatný	0
špatný	1



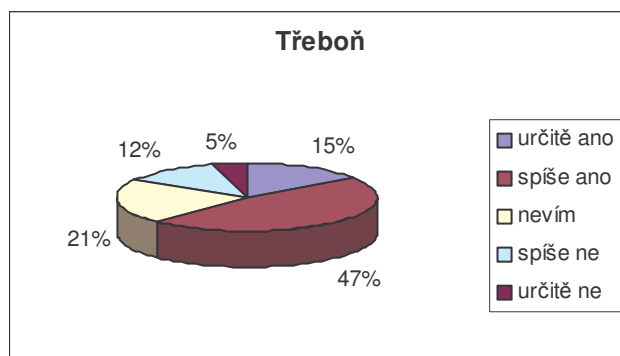
dobry	47
spíše dobrý	18
spíše špatný	0
špatný	1

66% žáků pražské školy a 71% třeboňských dětí má dobrý vztah k rodičům, 32% pražských dětí a 27% třeboňských dětí má spíše dobrý vztah a 2% v obou skupinách uvedlo špatný vztah. Jak můžeme vidět, výsledky jsou si velmi podobné.

6. Myslíš si, že se dostatečně vyznáš v drogové problematice (znalost základních pojmů, druhy, účinky a nebezpečí užívání drog)?



určitě ano	14
spíše ano	31
nevím	8
spíše ne	7
určitě ne	0

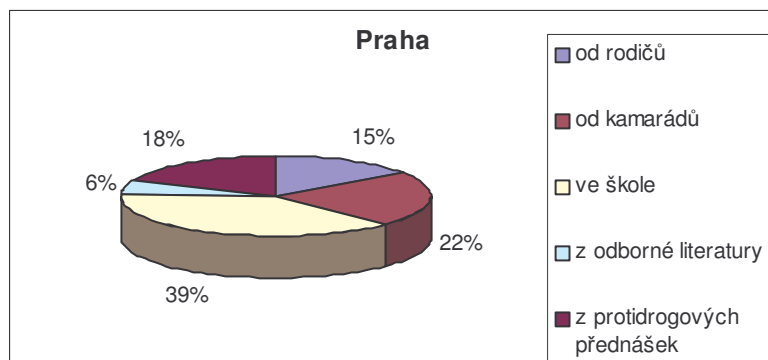


určitě ano	10
spíše ano	31
nevím	14
spíše ne	8
určitě ne	3

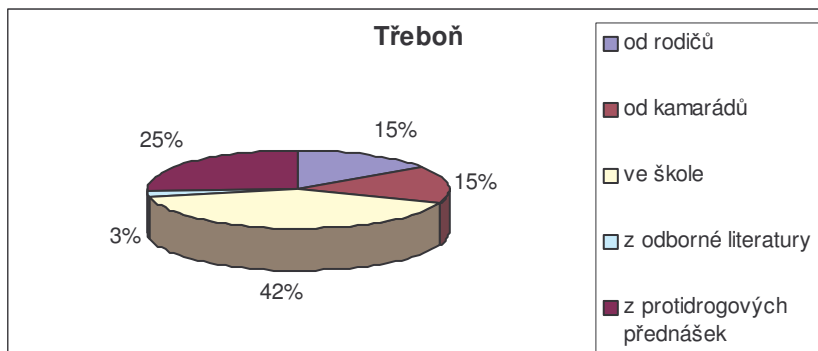
U žáků z obou lokalit převažovala odpověď spíše ano – 52% pražských dětí, 47% třeboňských dětí. V Praze děti dále uvedly odpověď určité ano 23%, nevím 13%, spíše ne 12%. U třeboňských dětí byla na druhém místě odpověď nevím s 21%, 15% určité ano, 12% spíše ne a 5% určité ne. Odpověď určité ne se v Praze vůbec nevyskytla, což naznačuje větší informovanost městských dětí.

7. Odkud jsi získal(a) informace o legálních a nelegálních drogách?

Možno zakroužkovat více odpovědí.



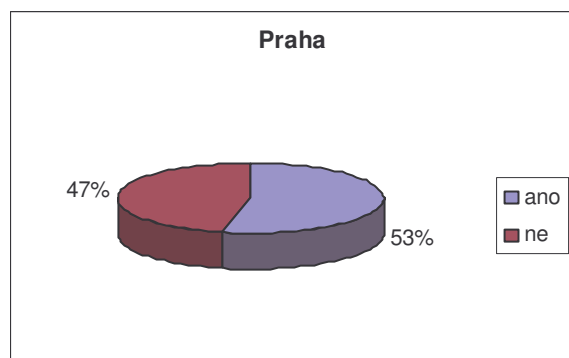
od rodičů	20
od kamarádů	29
ve škole	50
z odborné literatury	8
z protidrogových přednášek	24



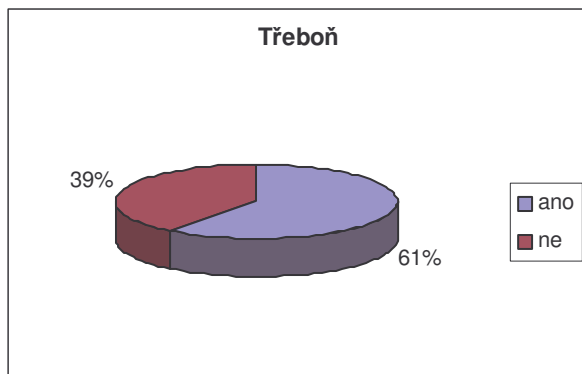
od rodičů	20
od kamarádů	20
ve škole	53
z odborné literatury	4
z protidrogových přednášek	33

Děti v Praze 39% a stejně tak žáci v Třeboni 42% uvedli, že nejvíce informací o drogách získali především ze školy. Pražské děti 22% získaly informace od kamarádů, 18% z protidrogových přednášek, 15% od rodičů a 6% z odborné literatury. Třeboňské děti uvedly na druhém místě informovanost 25% z protidrogových přednášek, 15% od kamarádů a rodičů a stejně jako v Praze nejméně žáků 3% uvedlo čerpání informací z odborné literatury.

8. Myslíš, že je osvěta a obecná informovanost o drogové problematice dostatečná?



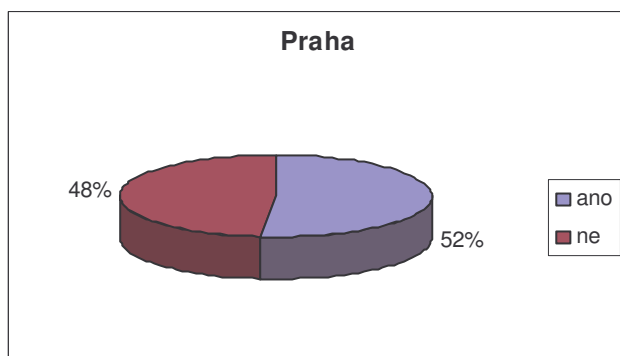
ano	32
ne	28



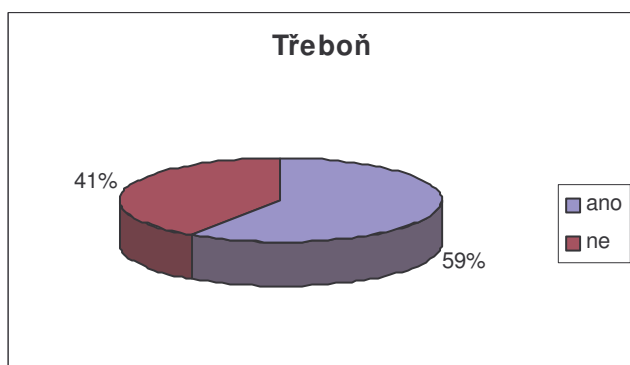
ano	40
ne	26

53% pražských dětí a 61% respondentů z Třeboně si myslí, že informovanost o drogách je dostačující.

9. Setkal(a) jsi se někdy s drogově závislým člověkem na nelegálních drogách?



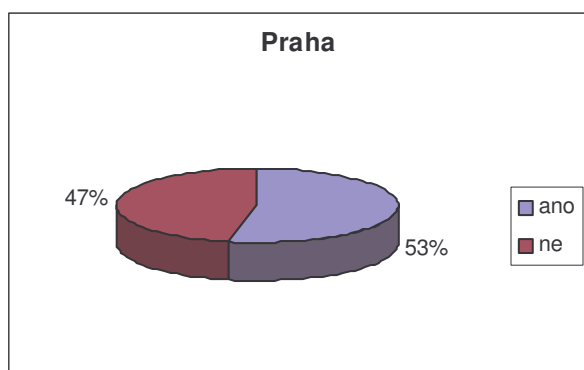
ano	31
ne	29



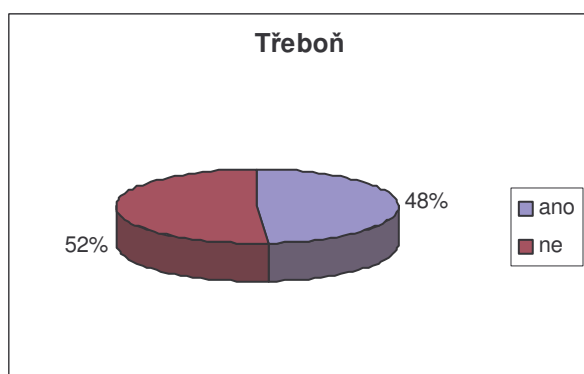
ano	39
ne	27

Setkání s drogově závislým člověkem uvedlo 52% pražských dotazovaných a 59% třeboňských dotazovaných. Je patrné, že více než polovina dětí z obou skupin toto setkání zažila.

10. Setkal(a) jsi se někdy s nelegální drogou?



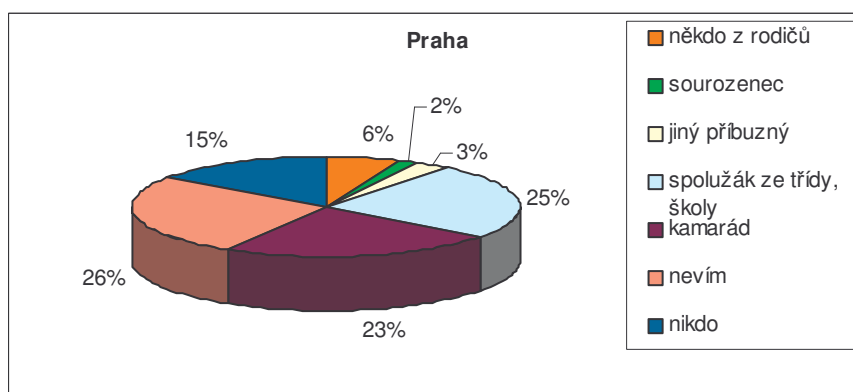
ano	32
ne	28



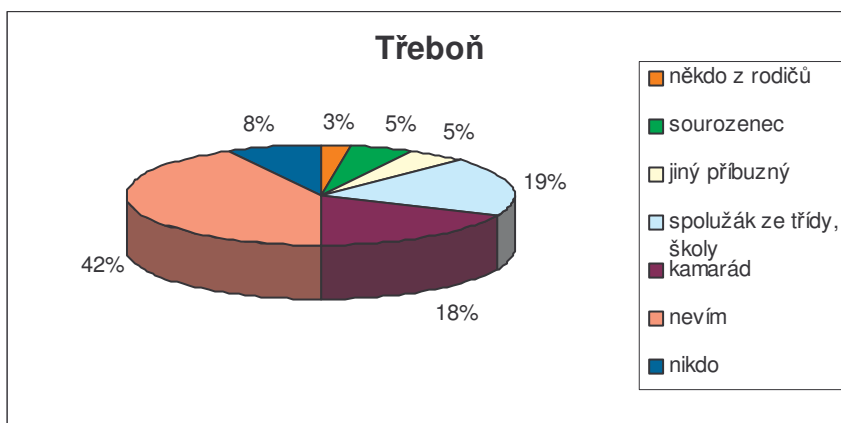
ano	32
ne	34

S nelegální drogou se setkalo 53% žáků z Prahy a 48% žáků z Třeboně. Výsledky obou skupin jsou si velmi podobné, přesto v Třeboni je více žáků 52%, kteří se s nelegální drogou neseťkali.

**11. Užívá drogu někdo ve tvém okolí?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**



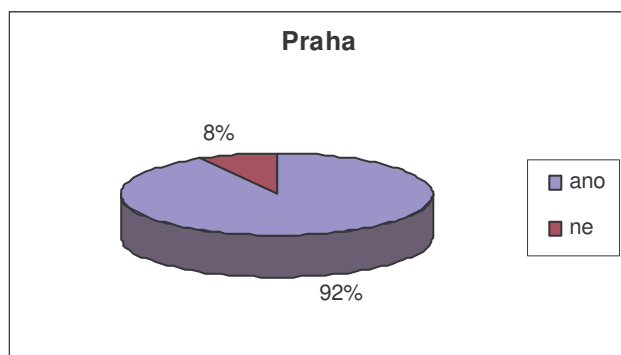
někdo z rodičů	4
sourozenec	1
jiný příbuzný	2
spolužák ze třídy, školy	16
kamarád	15
nevím	17
nikdo	10



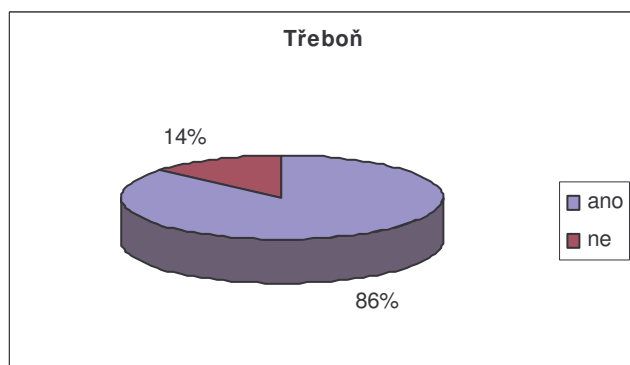
někdo z rodičů	2
sourozenec	4
jiný příbuzný	4
spolužák ze třídy, školy	15
kamarád	14
nevím	33
nikdo	6

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali užívá drogu někdo v respondentově okolí, neboť prostředí jedince hraje velkou roli v jeho chování a jednání. Nejvíce označenou odpovědí v obou skupinách byla odpověď nevíím – 26% v Praze a 42% v Třeboni. Je alarmující, že na druhém místě se objevila v obou skupinách odpověď spolužák ze třídy nebo školy v počtu 25% v Praze a 19% v Třeboni. 23% žáků v Praze a 18% žáků z Třeboně uvedlo, že drogy užívá kamarád. Procento, že nikdo neužívá drogy je poměrně nízké, 15% v Praze a 8% v Třeboni. 6% pražských dětí odpovědělo, že drogy užívá někdo z rodičů, 3% jiný příbuzný a 2% sourozenec. Podobně odpověděli žáci z Třeboně 3%, jiný příbuzný 5% a sourozenec 5%.

12. Kouřil(a) jsi někdy cigarety nebo požil(a) nějaký alkoholický nápoj?



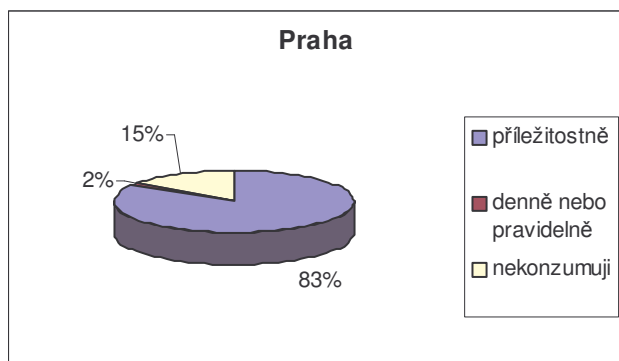
ano	55
ne	5



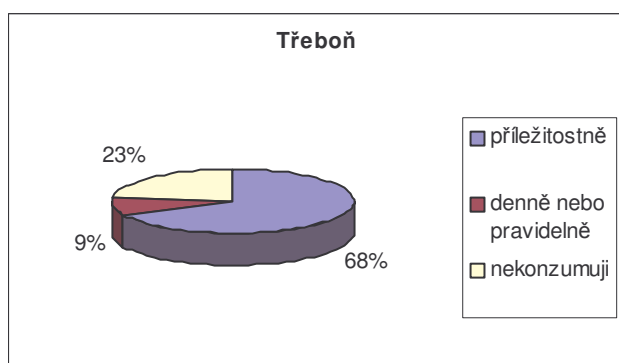
ano	57
ne	9

Překvapivý výsledek v obou skupinách nám ukazuje, že 92% pražských a 86% třeboňských žáků již kouřilo či požilo alkoholický nápoj.

13. Jak často konzumuješ alkohol?



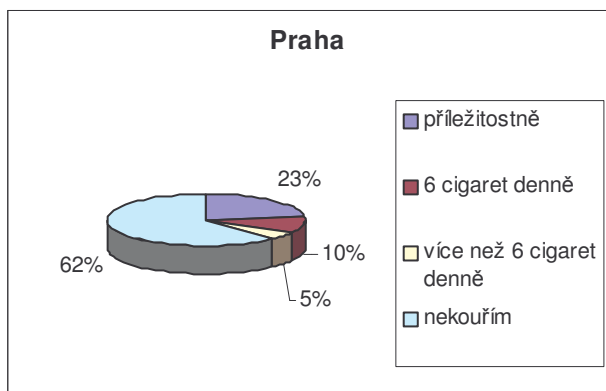
příležitostně	50
denně nebo pravidelně	1
nekonzumují	9



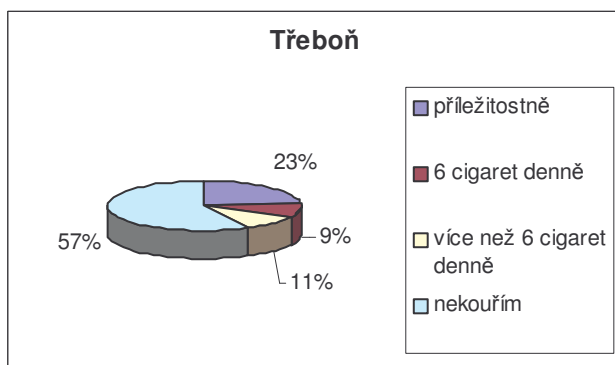
příležitostně	45
denně nebo pravidelně	6
nekonzumují	15

Pouze 15% žáků z Prahy a 23% z Třeboně nekonzumuje alkohol, zatímco 83% pražských dětí a 68% třeboňských konzumuje alkohol příležitostně. To je dost vysoký počet na to, že jeho prodej je omezen věkovou hranicí 18 let. Kupodivu v Třeboni konzumuje alkohol více žáků, a to 9% denně nebo pravidelně a v Praze pouze 2%.

14. Jak často kouříš tabákové výrobky?



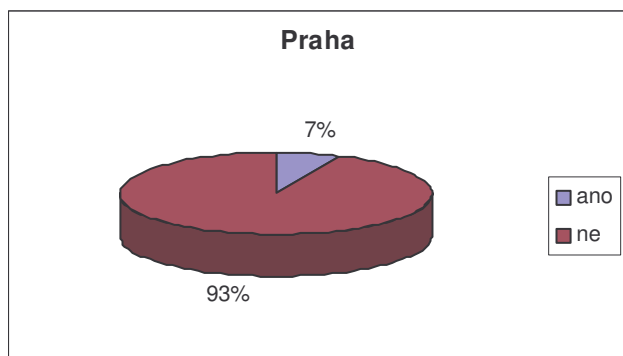
příležitostně	14
6 cigaret denně	6
více než 6 cigaret denně	3
nekouřím	37



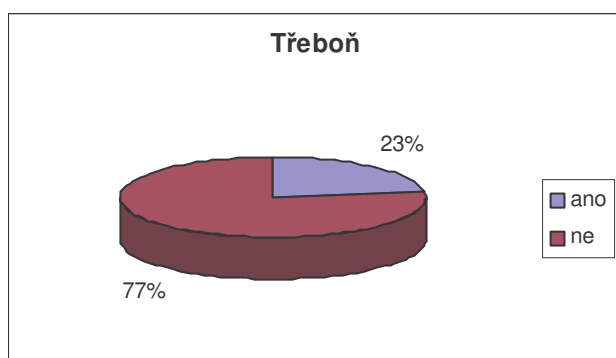
příležitostně	15
6 cigaret denně	6
více než 6 cigaret denně	7
nekouřím	38

Téměř opačná situace ve srovnání s konzumací alkoholu je v kouření tabákových výrobků. Nekouří 62% pražských žáků a 57% třeboňských, v obou skupinách kouří příležitostně 23%, 10% a 9% kouří 6 cigaret denně a 5% dětí z Prahy a 11% z Třeboně kouří více než 6 cigaret denně.

15. Navštívuješ pravidelně herny či místa s herními automaty?



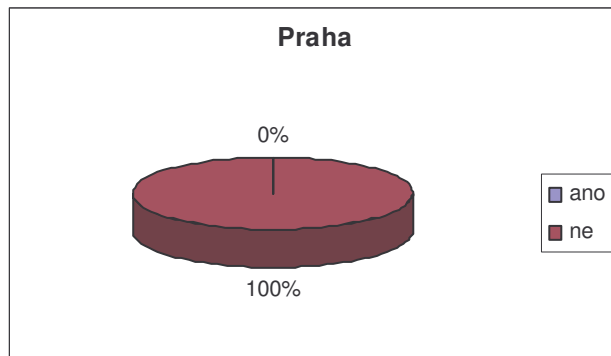
ano	4
ne	56



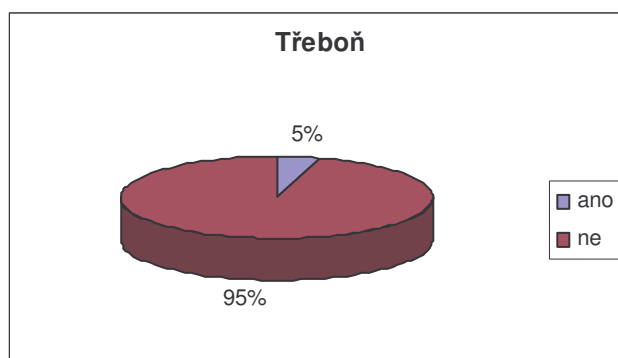
ano	15
ne	51

K mému překvapení 93% pražských dětí nenavštívuje pravidelně herny nebo místa s herními automaty, ale 23% třeboňských dětí je navštívuje. Co se týče četnosti návštěv, děti uvedly např. denně, 2× za den, 4× týdně, 1× týdně, 1× za 14 dní, 3× do měsíce. Zatímco pražské děti, které nenavštívují herny v takovém počtu, odpověděly např. každý víkend, 1× za měsíc, 1× za dva měsíce.

16. Dáváš přednost herním automatům před jinými druhy zábavy (sportem, četbou, návštěvou koncertů či diskoték)?



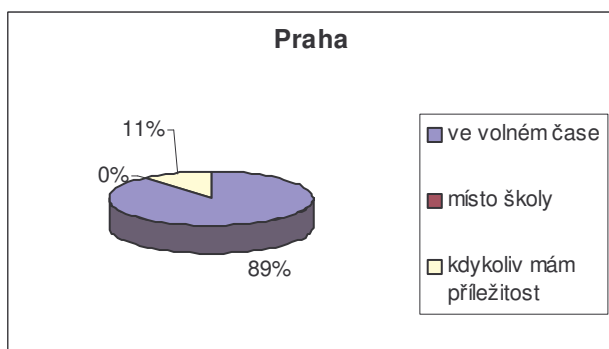
ano	0
ne	60



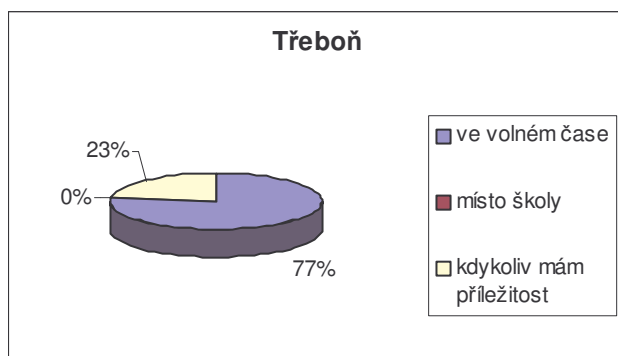
ano	3
ne	63

Nikdo z pražských dětí nedává přednost herním automatům před jinými druhy zábavy a v Třeboni je to pouze 5%.

17. Kdy navštěvuješ herny či místa s herními automaty?



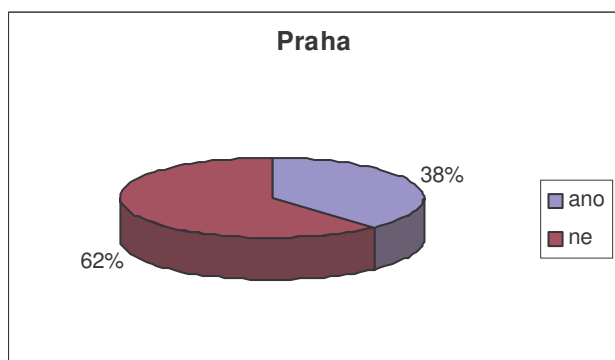
ve volném čase	8
místo školy	0
kdykoliv mám příležitost	1



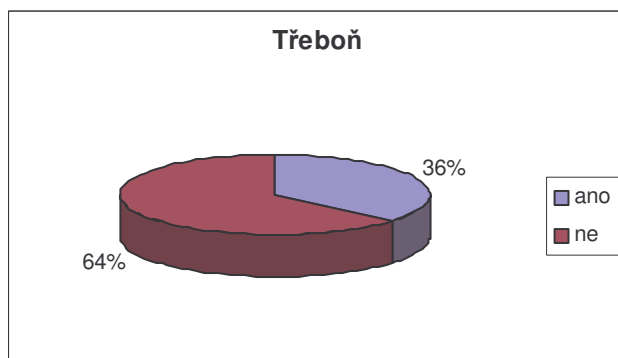
ve volném čase	20
místo školy	0
kdykoliv mám příležitost	6

Z těch dětí, které navštěvují herny, jich v Praze navštěvuje 89% ve volném čase a 77% v Třeboni. 11% z Prahy a 23% z Třeboně chodí do heren kdykoliv mají příležitost. Potěšující je zjištění, že nikdo z žáků v obou lokalitách nechodí do heren místo školy.

18. Kouřil(a) jsi někdy marihuanu (stačí alespoň jednou)?



ano	23
ne	37

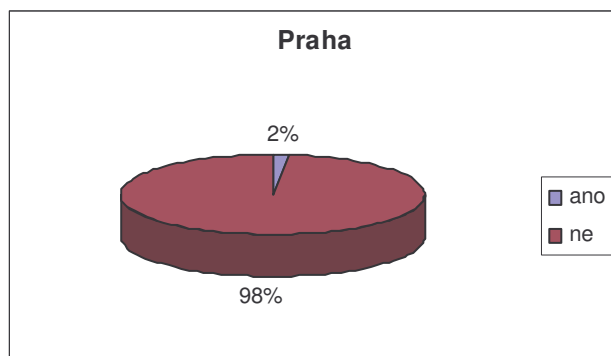


ano	24
ne	42

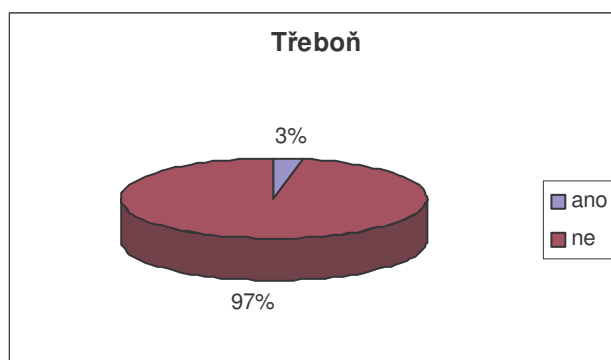
Z dotazníku vyplývá, že 38% městských dětí a 36% vesnických dětí

kouřilo někdy marihuanu. Sice v obou skupinách převažuje počet dětí, kteří marihuanu nikdy nevyzkoušely, přesto počet dětí, kteří již tuto zkušenost mají, se mi zdá poněkud vysoký.

19. Užíváš marihuanu pravidelně?



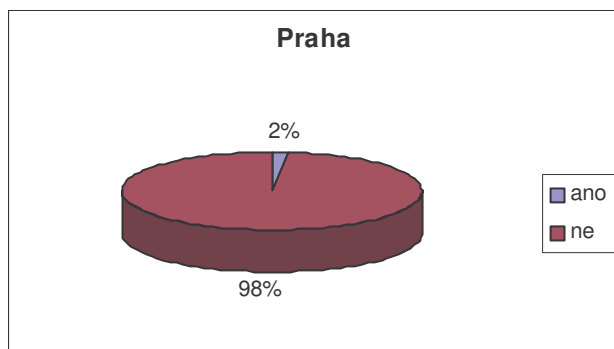
ano	1
ne	59



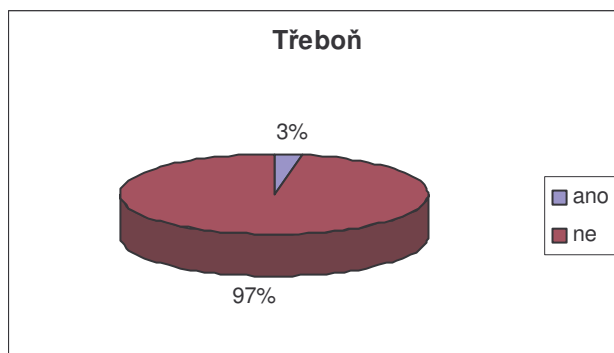
ano	2
ne	64

Výsledky této otázky byly téměř shodné, pouze 2% dětí v Praze a 3% na vesnici užívají marihuanu pravidelně.

20. Vyzkoušel(a) jsi jinou nelegální drogu?



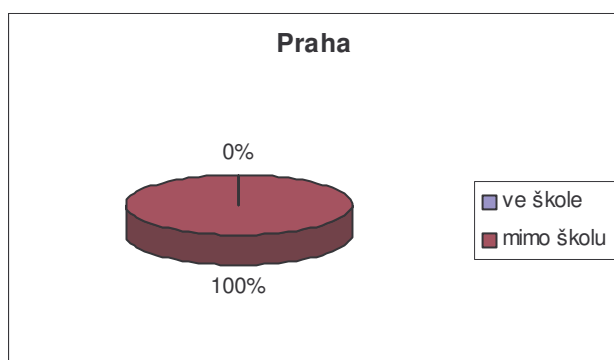
ano	1
ne	59



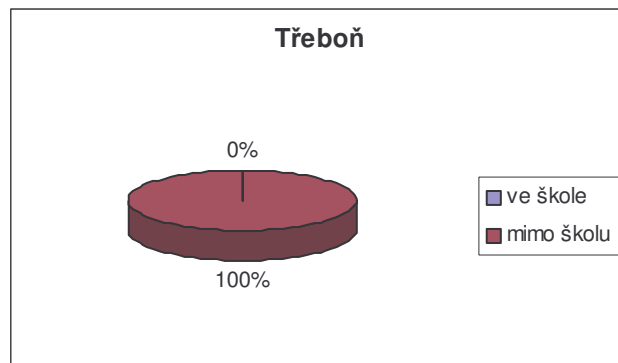
ano	2
ne	64

Jinou nelegální drogu vyzkoušely 2% pražských a 3% vesnických dětí. Tento počet pokládám za příznivé zjištění. Nikdo z dotazovaných ale nevěděl, jakou drogu užil.

21. Pokud ano, kde jsi tuto drogu užil(a)?



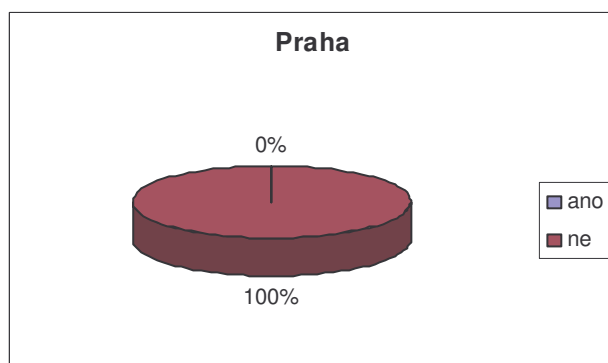
ve škole	0
mimo školu	1



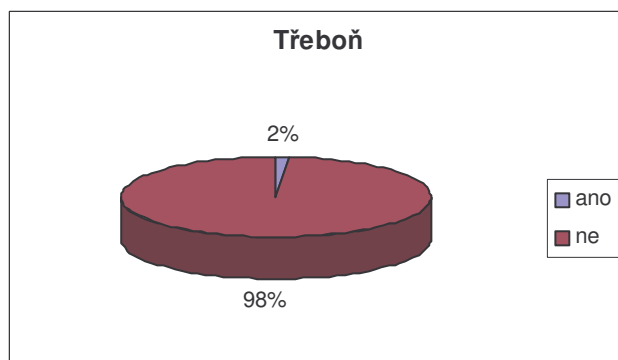
ve škole	0
mimo školu	2

Obě skupiny v počtu 100% užily drogu mimo školu.

22. Užíváš pravidelně tvrdé drogy?



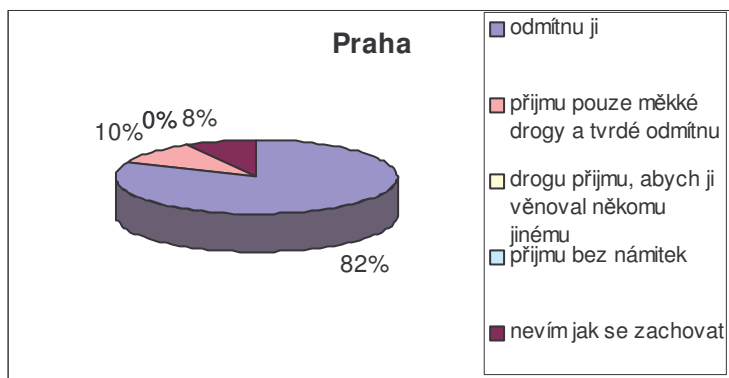
ano	0
ne	60



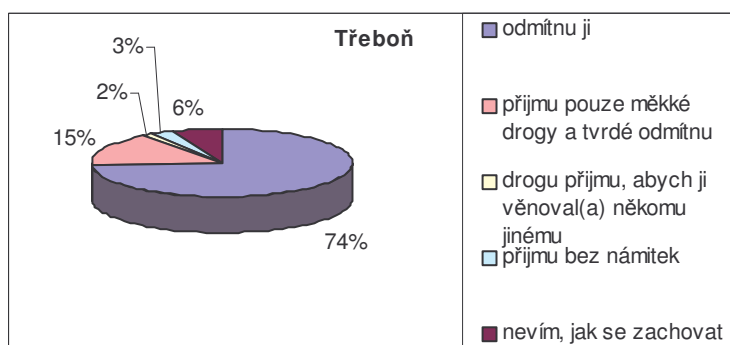
ano	1
ne	65

Nikdo z Prahy oproti 2% žáků z Třeboně užívá pravidelně tvrdé drogy. Zde bych předpokládala vyšší procento užívání tvrdé drogy s převahou v Praze.

23. Co bys udělal(a), kdyby ti někdo nabídl drogu?



odmítnu ji	49
přijmu pouze měkké drogy a tvrdé odmítnu	6
drogu přijmu, abych ji věnoval někomu jinému	0
přijmu bez námitek	0
nevím jak se zachovat	5

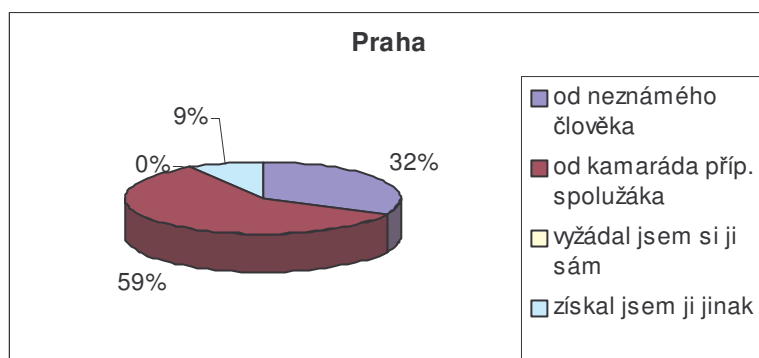


odmítnu ji	49
přijmu pouze měkké drogy a tvrdé odmítnu	10
drogu přijmu, abych ji věnoval(a) někomu jinému	1
přijmu bez námitek	2
nevím, jak se zachovat	4

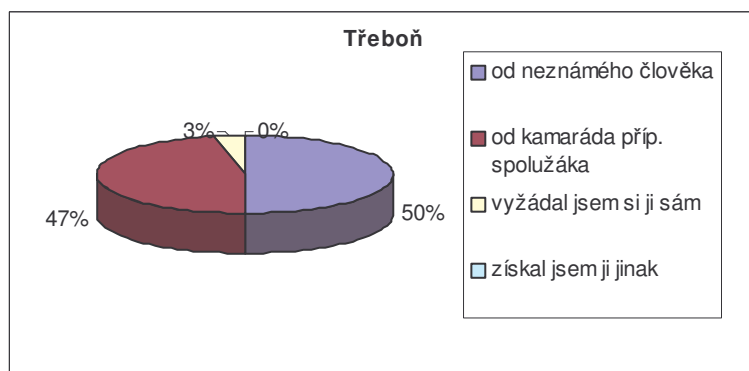
82% pražských dětí a 74% třeboňských nabídnutou drogu odmítne, 10% z Prahy přijme pouze měkké drogy a tvrdé odmítne stejně tak 15% z Třeboně. 8% z Prahy a 6% z Třeboně uvedlo, že neví jak se zachovat, 3% vesnických přijme drogu bez námitek, 2% vesnických přijme drogu, aby ji věnovali. Oproti Třeboni v Praze nebyl nikdo,

kdo by drogu přijal bez námitek či ji věnoval někomu jinému. Zde by se opět dal čekat obrácený poměr v odpovědích.

**24. Pokud ti byla droga již nabídnuta, tak od koho?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**



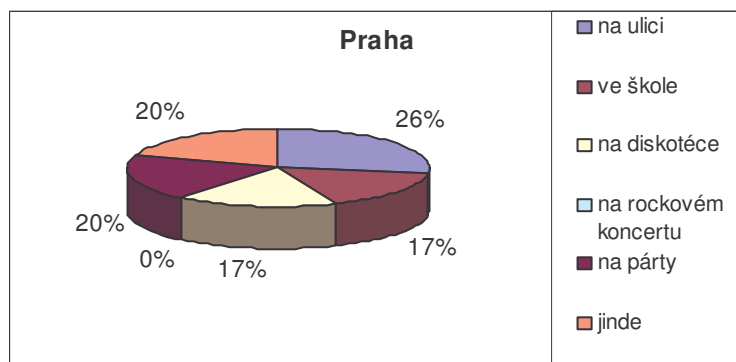
od neznámého člověka	11
od kamaráda příp. spolužáka	20
vyžádal jsem si ji sám	0
získal jsem ji jinak	3



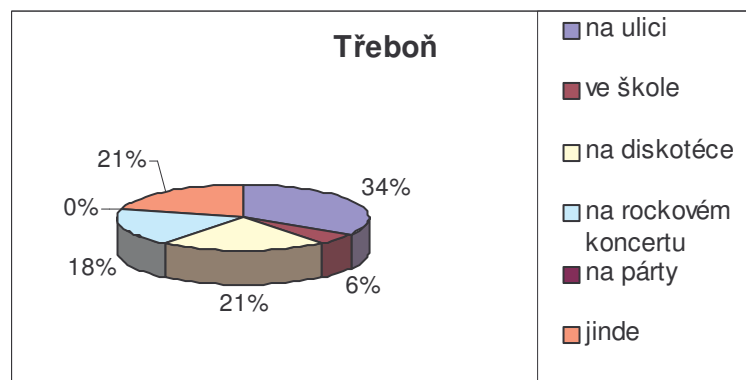
od neznámého člověka	15
od kamaráda příp. spolužáka	14
vyžádal jsem si ji sám	1
získal jsem ji jinak	0

59% pražským a 47% třeboňským dětem byla nabídnuta droga od kamaráda případně spolužáka, 32% v Praze a 50% v Třeboni byla nabídnuta od neznámého člověka. 9% žáků z Prahy získalo drogu jinak a to od sourozence či příbuzného. 3% z vesnice si ji vyžádalo samo.

**25. Kde ti byla droga nabídnuta?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**



na ulici	11
ve škole	7
na diskotéce	7
na rockovém koncertu	0
na párty	8
jinde	8

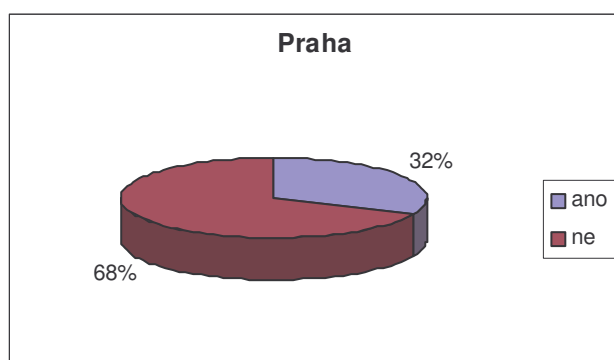


na ulici	11
ve škole	2
na diskotéce	7
na rockovém koncertu	6
na párty	0
jinde	7

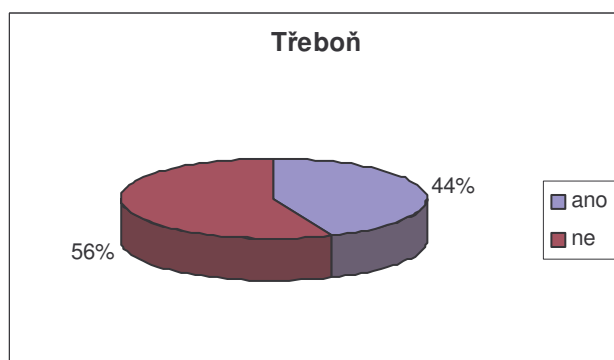
Na tuto otázku uvedlo 26% dětí z Prahy a 34% z Třeboň, že jim byla droga nabídnuta na ulici. 20% dětí z Prahy odpovědělo na párty a 20% jinde. Žáci uvedli místa jako na nádraží, na chatě, u kamaráda.

Poměrně velkému počtu a to 17% pražských dětí oproti 6% v Třeboni byla droga nabídnuta ve škole. Toto není dobrý výsledek, protože zde by se droga neměla vůbec objevit. 21% třeboňských dětí byla droga nabídnuta na diskotéce a 21% jinde, většina dětí odpověděla v parku, někteří uvedli doma. Rockový koncert byl zastoupen 18%.

26. Domníváš se, že užívání marihuany vede nutně k drogové závislosti?



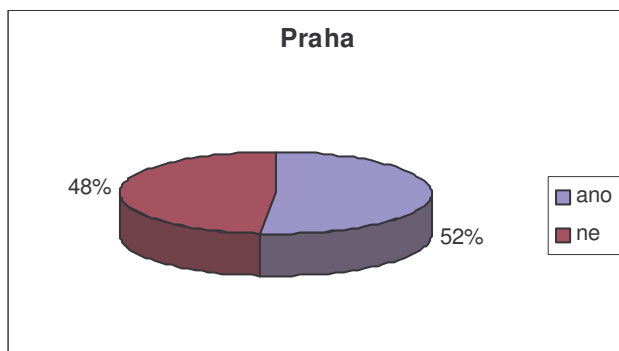
ano	19
ne	41



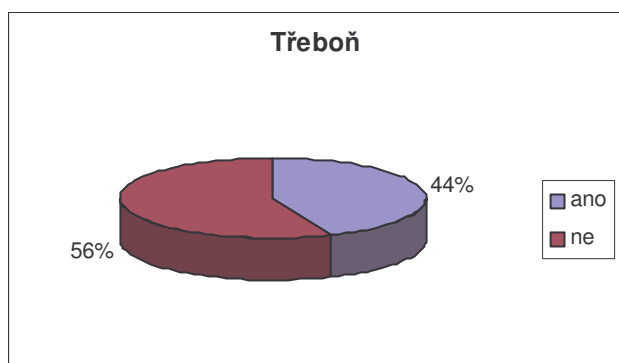
ano	29
ne	37

32% pražských dětí a 44% vesnických dětí se domnívá, že kouření marihuany vede k drogové závislosti.

27. Souhlasíš s legalizací marihuany?



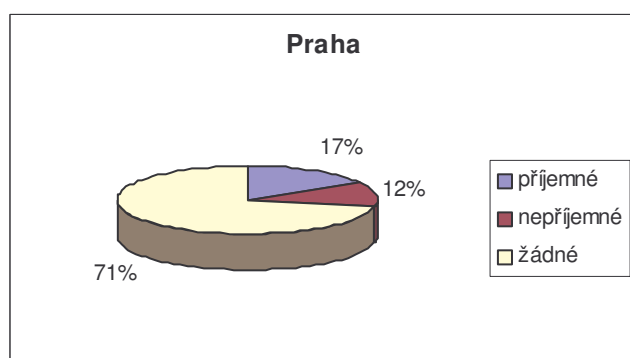
ano	31
ne	29



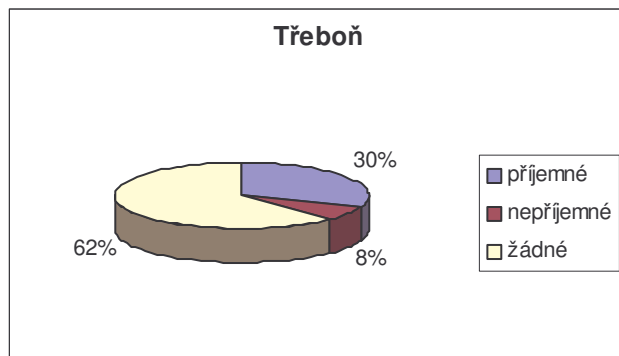
ano	29
ne	37

52% dotazovaných z obou skupin souhlasí s legalizací marihuany. Jak nám graf ukazuje, názory na tuto problematiku rozdělují mládež na dva tábory pro a proti s vyrovnaným poměrem hlasů.

28. Jaké bylo tvé první setkání s nelegální drogou?



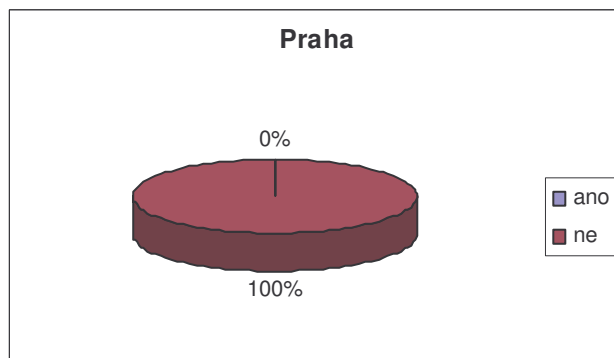
příjemné	10
nepříjemné	7
žádné	43



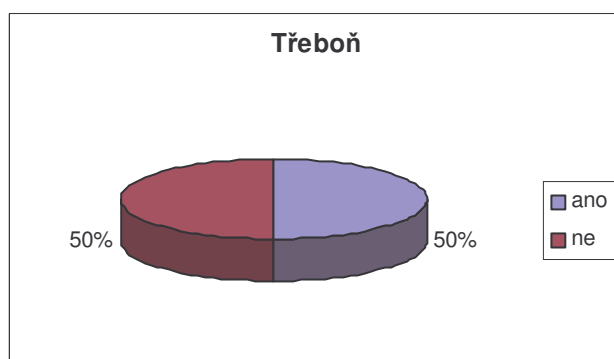
příjemné	20
nepříjemné	5
žádné	41

Přestože většina respondentů v obou lokalitách, tj. 71% Praha a 62% Třeboň se nestkala s nelegální drogou, pro 17% městských dětí a 30% vesnických bylo toto setkání příjemné. Nepříjemnou zkušenost uvedlo 12% pražských a 8% třeboňských žáků.

29. V případě, že jsi již závislý(á) na drogách, chceš s nimi skončit?



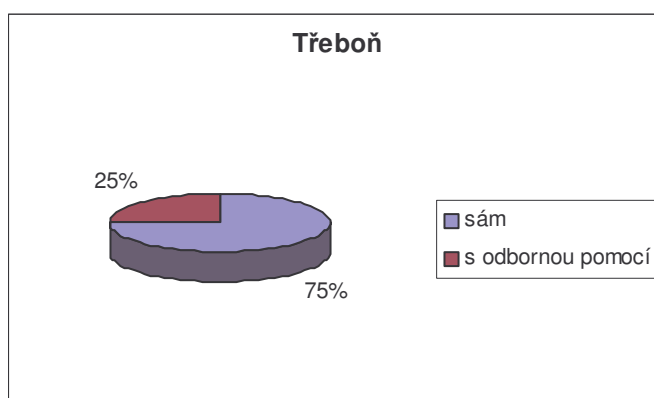
ano	0
ne	1



ano	2
ne	2

Z pražských dotazovaných uvedl pouze jeden žák závislost na drogách, s kterou nechce skončit. Třeboň opět vykazuje horší výsledky než Praha. Zde čtyři žáci přiznali, že jsou závislí na drogách, ale pouze dva chtějí s drogami skončit.

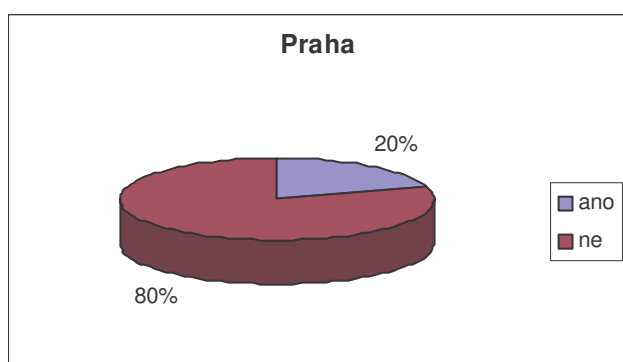
30. V případě, že jsi na drogách závislý(á) a chceš s nimi skončit, uveď jak.



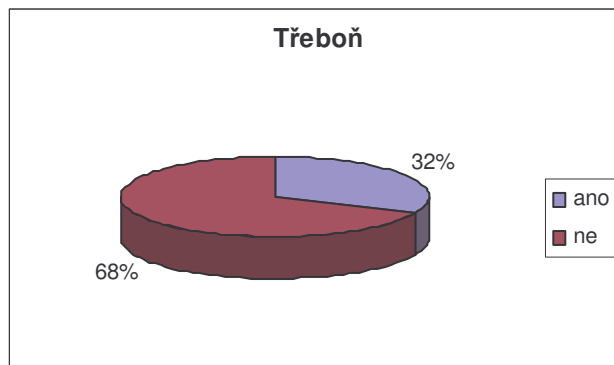
sám	3
s odbornou pomocí	1

V Praze na tuto otázku nikdo neodpověděl, proto zde neuvádím graf pro Prahu. V Třeboni by jen 1 respondent chtěl skončit s drogami s odbornou pomocí, zatímco 3 žáci by se o to chtěli pokusit sami.

31. Víš, kde je v blízkosti tvého bydliště protidrogové centrum?



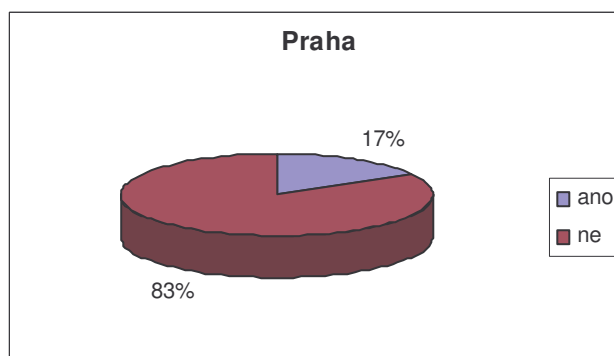
ano	12
ne	48



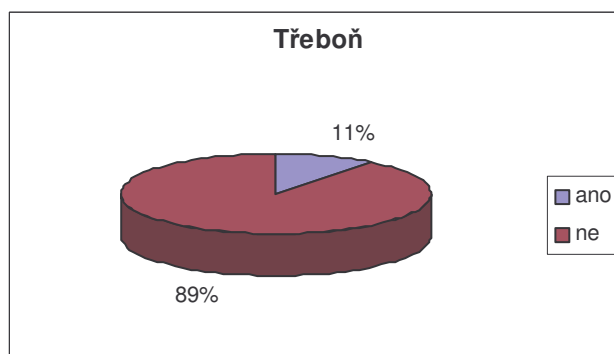
ano	21
ne	45

V Praze je informovanost poměrně nízká, co se týká této otázky. Jen 20% ví, kde se v blízkosti jejich místa bydliště nachází protidrogové centrum. Z Třeboně jsou výsledky jen o něco lepší a to 32%.

32. Nabídl(a) jsi ty sám (sama) někomu drogu?



ano	10
ne	50



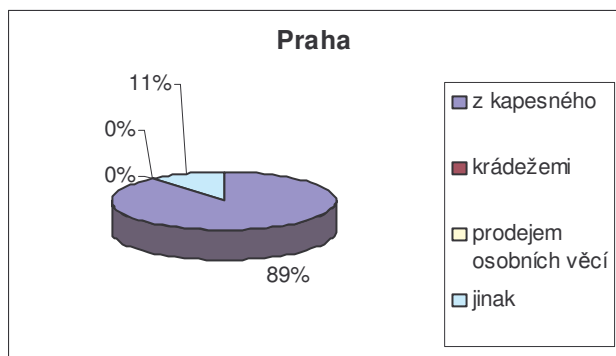
ano	7
ne	59

Z pražských dětí uvedlo 17%, že nabídlo samo někomu drogu.

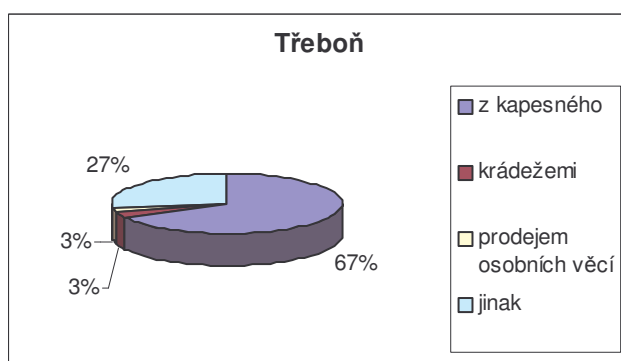
V odpovědích se objevila marihuana, alkohol a cigarety. V Třeboni

to bylo 11%. Zde žáci uvedli marihuanu. V obou skupinách převládá negativní odpověď – Praha 83% a Třeboň 89%, což je dobré zjištění.

33. Kde získáváš finanční prostředky na cigarety, alkohol, drogy nebo hrací automaty?



z kapesného	24
krádežemi	0
prodejem osobních věcí	0
jinak	3



z kapesného	25
krádežemi	1
prodejem osobních věcí	1
jinak	10

Pražské děti získávají prostředky převážně z kapesného 89% a 11% jinak jako např. za školní výsledky a pomoc doma či brigádou. Vesnické děti využívají také nejvíce kapesného 67%, dále 27% získává finanční prostředky jinak. Většina uvedla brigádou, příp. úsporami. V Třeboni opět překvapivě oproti Praze po 3% získávají prostředky krádežemi a prodejem osobních věcí.

9.6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

H1 – Hypotéza nebyla potvrzena.

K mému velkému překvapení mají vesnické děti větší zkušenosti s drogami než pražské, což bylo patrné z většiny otázek. Další hypotézy toto tvrzení potvrzují. Co se týče hracích automatů, zde je opět vyšší procento vesnických dětí 23%, které navštěvují pravidelně herny. V Praze je to pouze 7%. Dále z pražských žáků nedává nikdo přednost hracím automatům před jiným druhem zábavy, kdežto v Třeboni je to 5%. Z dotazníků vyplývá, že v Praze je pouze jeden člověk závislý na drogách, ale v Třeboni čtyři žáci.

H2 – Hypotéza byla potvrzena

V průměru se 89% dotazovaných již setkalo s legální drogou. Setkání s nelegální drogou uvedlo tentokrát více žáků z Prahy 53% oproti 48% z Třeboně. S člověkem závislým na nelegálních drogách se setkalo více žáků z Třeboně, a to 59%, v Praze 52%. Průměrně 22% žáků odpovědělo, že mají ve svém blízkém okolí někoho, kdo je závislý na nelegálních drogách, nejčastěji uváděli žáci kamaráda, méně pak rodiče, příbuzné a sourozence.

H3 – Hypotéza byla potvrzena

Počet žáků užívající legální drogy je překvapivě vysoký, 92% v Praze, 86% v Třeboni. Velké procento již někdy marihuanu okusilo (průměr 37%), z toho 2% žáků v Praze a 3% v Třeboni ji užívají pravidelně. 32% pražských žáků a 44% třeboňských žáků si myslí, že užívání marihuany k drogové závislosti nevede a v průměru 48% respondentů souhlasí s její legalizací.

H4 – Hypotéza byla potvrzena

V Praze se nevyskytl nikdo, kdo by užíval tvrdé drogy, a v Třeboni pouze jeden žák. Při dotazu na zkušenost s jinou nelegální drogou než marihuanou odpovědělo kladně pouze malé procento žáků, a to 2% v Praze a 3% v Třeboni.

Pokud mám zhodnotit celkové výsledky dotazníků, tak jak již výše uvádím, k mému překvapení město vykazovalo lepší výsledky ve srovnání s vesnicí ohledně sociálně patologických jevů. Dále jsem byla velmi nemile zaskočena zjištěním, jak vysoké procento užívá alkohol či kouří, když si uvědomíme, že se jedná o 13–15leté žáky. To samé se týká užívání marihuany. Naopak potěšující byl výsledek, že opravdu velmi malý počet dotázaných z obou lokalit má zkušenost s tvrdou drogou.

10. ZÁVĚR

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka biologicky, psychicky i sociálně. Je to vlastně onemocnění, které kromě užívání zahrnuje i širokou škálu chování, jež je v rozporu s běžným fungováním v rodině, škole či zaměstnání.

Mezi hlavní představitele závislostí patří alkohol, kouření a drogy. Alkohol přináší mnoha lidem potěšení. Přehnaná záliba v jeho konzumaci však může vést k nehodám, nemocem a špatným sociálním vztahům. Alkohol ale bohužel patří k životu, setkáváme se s ním na každém kroku. Často je ale skryto množství problémů způsobených pitím, ví o nich pouze postižená rodina či okolí. Alkohol neovlivňuje pouze jedince, lidskou duši a tělo, ale i obyvatelstvo a společnost. Je vnímán lidmi velmi rozporuplně. Působí na člověka především svými chemickými účinky. Jsou známy případy, kdy se alkoholu přisuzoval magický význam. Alkohol se pak používal v různých rituálech. Samotný přípitek „Na zdraví“ nám může sloužit jako příklad doposud praktikovaného rituálu s nádechem magie, vlastně se snažíme magickým postupem přivolat štěstí. K tomuto rituálu podle všeobecně rozšířeného názoru alkohol neodmyslitelně patří. Člověk si ani neuvědomuje, jak moc je rozšířená závislost na nikotinu. I s tou se setkáváme dnes a denně. Britské a americké prameny uvádějí, že si kuřák zkracuje život o 20 až 25 let. Teprve v poslední době je u nás více patrný boj proti kuřáctví. Podstatná část mladých lidí, která užívá drogy, má za sebou období kouření cigaret a pití alkoholu. Mezi jejich rodiči se vyskytuje zvýšený podíl těch, kteří nadměrně kouří nebo pijí alkohol či zneužívají léky. Nedílnou součástí dějin naší společnosti je i historie užívání a také zneužívání drog. Vždy zde byly a ovlivňovaly lidské jednání. Jako většina věcí na světě mají i drogy své dvě stránky. První láká na nevšední zážitky. Přitom se nehovoří o ceně, kterou za to člověk musí

zaplatit. Druhá, odvrácená tvář, se objeví, až když už bez drog člověk neumí být. Tehdy si začnou vybírat svou daň.

Hlavním prostředkem v boji proti závislostem by nám měla být prevence. V dnešní době již existují celospolečenské preventivní programy a právě zde je včasná prevence daleko efektivnější než pozdní léčba. Podobně jako u prevence problémů způsobených alkoholem nebo drogami i strategie prevence problémů způsobených hazardní hrou staví na snižování dostupnosti hazardní hry a snižování poptávky po hazardní hře. S prevencí je potřeba začít již u dětí v rodině, následně tuto funkci částečně plní škola a další organizace.

Jak se bude vyvíjet situace v blízké budoucnosti, to je společný úkol a výzva nás všech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Booth, M.: Konopí. Dějiny, BB/art, Praha 2004
- Edwards, G.: Záhadná molekula, NLN, Praha 2004
- Ganeri, A.: Drogy, Amulet, Praha 2001
- Goodyer, P.: Drogy + teenager, Slovanský dům, Praha 2001
- Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: Akta Y, Votobia, Praha 1999
- Hajný, M.: O rodičích, dětech a drogách, Grada Publishing, Praha 2001
- Illes, T.: Děti a drogy, ISV, Praha 1999
- Ilustrovaný encyklopedický slovník A–Ž, svazek P–Ž, kol. autorů, Academia, Praha 1982
- Ilustrovaný encyklopedický slovník 3. díl, Pro–Ž, kol. autorů, Academia, Praha 1982
- Iversen, L.: Léky a drogy, Dokořán, Praha 2006
- John, R., Presl, J.: Drogy!, Medea Kultur, Praha 1996
- Nešpor, K.: Jak překonat problém s hazardní hrou, Sportpropag, Praha 1996
- Nešpor, K.: Kouření, pití, drogy, Portál, Praha 1944
- Nešpor, K., Marhounová, J.: Alkoholici, feťáci, gambleři, Empatie, Praha 1995
- Nešpor, K., Pernicová, H., Csémy, L.: Jak zůstat fit a předejít závislostem, Portál, Praha 1999
- Nešpor, K., Provazníková H.: Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, Státní zdravotní ústav, Praha 1997
- Nešpor, K.: Vaše děti a návykové látky, Portál, Praha 2001
- Novotná, J. a kol.: Drogové závislosti včetně alkoholu, Institut pro další vzdělávání středních zdravotních pracovníků, Brno 1989
- Nožina, M.: Svět drog v Čechách, KLP, Praha 1997
- Presl, J.: Drogová závislost, Maxdorf, Praha 1995
- Push, Silcottová, M.: Kniha o extázi, Garamond, Praha 2003

Rejman, L.: Slovník cizích slov, SPN, Praha 1971

Riesel, P.: Lesk a bída drog, Votobia , Olomouc 1999

Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada Publishing, Praha 1999

Sadílek, P., Mravčík, V., Orlíková B.: Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu, Úřad vlády České republiky, Praha 2006

Silcottová, Push & Mireille: Kniha o extázi, Garamond, Praha 2003

Skála, J.: Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abúzus a závislost, Avicenum, Praha 1986

Skála, J.: Až na dno, Avicentrum, Praha 1988

Skála, J.: Závislost na alkoholu a jiných drogách, Avicenum, Praha 1987

Skalková, J.: Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu, SPN, Praha 1985

Stone, T., Darlingtonová, G.: Léky, drogy, jedy, Academia, Praha 2003

Šedivý, V., Válková, H.: Lidé, alkohol, drogy, Naše vojsko, Praha 1988

Vacek, J.: Drogová pětiletka, Kentaura, Praha 1996

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, Praha 1999

Valnoha, J.: Užívání Extáze na domácí taneční scéně, Podané ruce, 2000

Zimmerová, L., Morgan, J.: Marihuana – mýty a fakta, Volvox Globator, Praha 2003

internetové stránky www.biotox.cz

internetové stránky www.drogy-info.cz

internetové stránky www.web3.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Vyobrazení legálních a nelegálních drog a výherních automatů

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Vzor zadávaného dotazníku

Dotazník

Vážení žáci a žákyně, žádám Vás o spolupráci při zjišťování Vašich postojů a názorů na drogy. Zakroužkujte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vyplnění dotazníku je anonymní. Za nelegální drogy jsou zde považovány všechny drogy, které jsou v ČR zakázány (např. heroin, marihuana, LSD, extáze, kokain, pervitin). Za legální drogy je zde považován alkohol, tabák a kofein. Lehké drogy jsou marihuana, hašiš. Tvrdé drogy jsou např. heroin, kokain, LSD, pervitin, extáze.

1. Jakého jsi pohlaví?

- a) dívka
- b) chlapec

2. Kde bydlíš?

- a) ve velkém městě (nad 50.000 obyv.)
- b) v malém městě (do 50.000 obyv.)
- c) na vesnici

**3. Jak trávíš volný čas nejčastěji?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**

- a) zájmovými kroužky a sportem
- b) sledováním televize a videa
- c) u počítače
- d) návštěvou heren
- e) četbou knih a časopisů
- f) návštěvou diskoték
- g) návštěvou kina, divadla
- h) na ulici, ve veřejných prostorech
- ch) jinak (uveď).....

4. V jakém rodinném prostředí vyrůstáš?

- a) v úplné rodině (matka, otec)
- b) v neúplné (jen matka nebo jen otec)
- c) v jiném (uveď).....(např. náhradní rodinná péče, prarodiče, jiní příbuzní apod.)

5. Jaký je tvůj vztah k rodičům?

- a) dobrý
- b) spíše dobrý
- c) spíše špatný
- d) špatný

6. Myslíš si, že se dostatečně vyznáš v drogové problematice (znalost základních pojmů, druhy, účinky a nebezpečí užívání drog)?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

7. Odkud jsi získal(a) informace o legálních a nelegálních drogách?

Možno zakroužkovat více odpovědí.

- a) od rodičů
- b) od kamarádů

- c) ve škole
- d) z odborné literatury
- e) z protidrogových přednášek

8. Myslíš, že je osvěta a obecná informovanost o drogové problematice dostatečná?

- a) ano
- b) ne

9. Setkal(a) jsi se někdy s drogově závislým člověkem na nelegálních drogách?

- a) ano
- b) ne

10. Setkal(a) jsi se někdy s nelegální drogou?

- a) ano
- b) ne

**11. Užívá drogu někdo ve tvém okolí?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**

- a) někdo z rodičů
- b) sourozenec
- c) jiný příbuzný
- d) spolužák ze třídy, školy
- e) kamarád
- f) nevím
- g) nikdo

12. Kouřil(a) jsi někdy cigarety nebo požil(a) nějaký alkoholický nápoj?

- a) ano
- b) ne

13. Jak často konzumuješ alkohol?

- a) příležitostně
- b) denně nebo pravidelně
- c) nekonzumuji

14. Jak často kouříš tabákové výrobky?

- a) příležitostně
- b) 6 cigaret denně
- c) více než 6 cigaret denně
- d) nekouřím

15. Navštěvuješ pravidelně herny či místa s herními automaty?

- a) ano (uveď jak často).....
- b) ne

16. Dáváš přednost herním automatům před jinými druhy zábavy (sportem, četbou, návštěvou koncertů či diskoték)?

- a) ano
- b) ne

17. Kdy navštěvuješ herny či místa s herními automaty?

- a) ve volném čase
- b) místo školy
- c) kdykoliv mám příležitost

18. Kouřil(a) jsi někdy marihuanu (stačí alespoň jednou)?

- a) ano
- b) ne

19. Užíváš marihuanu pravidelně?

- a) ano
- b) ne

20. Vyzkoušel(a) jsi jinou nelegální drogu?

- a) ano (uveď jakou).....
- b) ne

21. Pokud ano, kde jsi tuto drogu užil(a)?

- a) ve škole
- b) mimo školu (uveď kde).....

22. Užíváš pravidelně tvrdé drogy?

- a) ano
- b) ne

23. Co bys udělal(a), kdyby ti někdo nabídl drogu?

- a) odmítnu ji
- b) přijmu pouze měkké drogy a tvrdé odmítnu
- c) drogu přijmu, abych ji věnoval někomu jinému
- d) přijmu bez námitek
- e) nevím jak se zachovat

**24. Pokud ti byla droga již nabídnuta, tak od koho?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**

- a) od neznámého člověka
- b) od kamaráda příp. spolužáka
- c) vyžádal jsem si ji sám
- d) získal jsem ji jinak (uved' jak).....

**25. Kde ti byla droga nabídnuta?
Možno zakroužkovat více odpovědí.**

- a) na ulici
- b) ve škole
- c) na diskotéce
- d) na rockovém či jiném koncertu
- e) na párty
- f) jinde (uved' kde).....

26. Domníváš se, že užívání marihuany vede nutně k závislosti?

- a) ano
- b) ne

27. Souhlasíš s legalizací marihuany?

- a) ano
- b) ne

28. Jaké bylo tvé první setkání s nelegální drogou?

- a) příjemné
- b) nepříjemné
- c) žádné

29. V případě, že jsi již závislý(á) na drogách, chceš s nimi skončit?

- a) ano
- b) ne

30. V případě, že jsi na drogách závislý(á) a chceš s nimi skončit, uveď jak.

- a) sám
- b) s odbornou pomocí

31. Víš, kde je v blízkosti tvého bydliště protidrogové centrum?

- a) ano
- b) ne

32. Nabídl(a) jsi ty sám (sama) někomu drogu?

- a) ano (uveď jakou).....
- b) ne

33. Kde získáváš finanční prostředky na cigarety, alkohol, drogy nebo hrací automaty?

- a) z kapesného
- b) krádežemi
- c) prodejem osobních věcí
- d) jinak (uveď jak).....

Příloha č. 2



marihuana



produkty konopí



list marihuany



hašišová kulička



produkty hašíše



Durman – plody



Durman – květy



Lophophora williamsii - Peyotl



Lysohlávka česká



Lysohlávka kopinatá



LSD – tripy



LSD – tablety



kokain

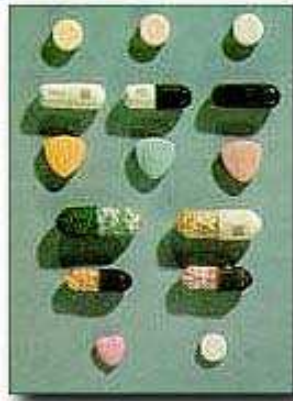


keř Erythroxyllon coca





crack



metamfetamin – tablety a prášek



extáze – tablety



heroin



opium



kodein



inhalanty



alkohol



výherní automaty

