

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

České Budějovice

2011

David Špírek

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

katedra pedagogiky a psychologie

**Užívání legálních a nelegálních návykových
látek u žáků SŠ a SOU
(srovnávací analýza)**

Bakalářská práce

České Budějovice

2011

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Vypracoval:

David Špírek

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. března 2011

David Špírek

Děkuji vedoucímu práce panu Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D.
za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na žáky SŠ a SOU Jihočeského kraje a na jejich zkušenosti s užíváním návykových látek. Práce zjišťuje možné souvislosti ovlivňující užívání návykových látek u žáků na čtyřech vybraných středních školách a středních odborných učilištích a vztahuje tuto problematiku k otázkám efektivitativy preventivních programů realizovaných těmito školami.

V teoretické části práce jsou popsány jednotlivé návykové látky, dále nejčastější faktory mající vliv na užívání návykových látek mladistvými. Zmíněna je také problematika primární prevence ve školním prostředí.

Praktická část je zaměřena na získání potřebných údajů o výskytu zkušeností žáků a učňů s návykovými látkami - dotazníkovou metodou. Výsledky tohoto průzkumu jsou zpracovány formou tabulek a grafů. Vyhodnocení získaných dat vede k srovnávací analýze vybraných škol v kontextu použité preventivní strategie, míry zkušeností studentů a postoji k návykovým látkám.

Klíčová slova: legální návykové látky, nelegální návykové látky, prevence, minimální preventivní program, faktory, dotazníkové šetření

Abstract

The thesis is focused on high school and vocational school students in the South Bohemia Region and their experience with the use of addictive substances. This work identifies possible links influencing substance use among students in four selected secondary and secondary vocational schools and relates these issues to questions of effectiveness of prevention programs implemented by these schools.

The theoretical part deals with individual addictive substances, as well as the most common factors affecting substance abuse by adolescents. The issue of primary prevention in the school environment is also mentioned.

The practical part is focused on obtaining the necessary data on the experience of students and apprentices with addictive substances - a questionnaire method was used. The results of this survey are presented in the form of tables and graphs. Evaluation of the data leads to a comparative analysis of selected schools in the context of prevention strategies used, levels of students' experience and their attitude towards substance abuse.

Keywords: legal addictive substances, illegal addictive substances, prevention, minimal preventive program, factors, survey

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 <i>Legální návykové látky v ČR.....</i>	8
1.1.1 Alkohol.....	8
1.1.2 Tabák.....	12
1.1.3 Těkavé látky	14
1.1.4 Léky.....	17
1.2 <i>Nelegální návykové látky v ČR.....</i>	19
1.2.1 Halucinogeny	19
1.2.2 Konopné drogy	22
1.2.3 Opiáty	25
1.2.4 Stimulancia.....	30
1.2.5 Taneční drogy.....	32
1.2.6 GABA, GHB, tekutá Extáze.....	35
1.2.7 Anabolické steroidy.....	37
1.3 <i>Nejčastější faktory s vlivem na užívání návykových látek u studentů a učňů</i>	39
1.3.1 Osobnost žáků SŠ a SOU	39
1.3.2 Vliv prostředí na osobnost žáka SŠ a SOU	39
1.4 <i>Primární prevence ve školním prostředí</i>	42
2. PRAKTICKÁ ČÁST - Empirický výzkum	46
2.1 <i>Cíl výzkumu a předpoklady.....</i>	46
2.2 <i>Metodika a popis zkoumaného vzorku.....</i>	47
2.3 <i>Popis průběhu výzkumu.....</i>	48
2.4 <i>Zpracování dat</i>	48
2.5 <i>Prezentace základních charakteristik souboru respondentů</i>	49
2.6 <i>Prezentace a interpretace výsledků dotazníkového šetření.....</i>	50
ZÁVĚR.....	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	65
SEZNAM TABULEK	67
SEZNAM GRAFŮ	68
PŘÍLOHY	69

ÚVOD

„Existují důkazy o důsledcích pití alkoholu a jiných drog na mozek dospívajících, během dospívání dochází k tělesným i duševním změnám a také k vytváření nových sítí mozkových buněk, i jen mírné poškození paměti a schopnosti učení alkoholem nebo drogami vede k horším studijním a později i pracovním výsledkům.“

(Nešpor, 2004, str. 561 - 564)

„Užívání legálních a nelegálních návykových látek u žáků SŠ a SOU.“

Téma užívání návykových látek se stává opět aktuální, spolu se zvyšující se agresivitou žáků, rozmachem šikany, kyberšikany a jiných druhů rizikového chování na školách. Na základě zjištění rozmachu rizikového chování u dětí a mládeže vydalo v listopadu 2010 Ministerstvo školství Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, jehož součástí je i praktický návod pro školy, co dělat v případě výskytu určitého rizikového chování u žáků. V současné době je v naší společnosti tolerováno kouření a užívání alkoholu. Dalo by se říci, že užívání těchto látek je považováno za něco normálního, patřícího k dnešní době a k našemu životnímu stylu. K normálním zvyklostem by se však již dnes dalo řadit kromě užívání tabáku a alkoholu i užívání konopných drog (například marihuany). Jedním z těch, kteří se zabývají problematikou užívání návykových látek, a to nejen mladistvými, je v České republice například psychiatr a primář oddělení závislostí Psychiatrické léčebny v Praze - Bohnicích MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Autor bakalářské práce šestým rokem vyučuje na Střední průmyslové škole v Českých Budějovicích a v zaměstnání je každý den v kontaktu se studenty školy ve věkovém rozmezí od 15 do 19 let. Tato skutečnost ho vedla ke zvolení tohoto tématu pro svoji bakalářskou práci. V teoretické části práce jsou popisovány některé návykové látky. Je poukazováno na jejich rizika, na projevy užití těchto látek. A v neposlední řadě se autor zabývá prevencí jejich užívání. Cílem praktické části práce je zmapování míry výskytu zkušeností žáků s užíváním legálních a nelegálních návykových látek, nalezení faktorů ovlivňujících užívání těchto látek a srovnání preventivních strategií konkrétních škol a učilišť. Na základě analýzy výsledků praktické části práce jsou doporučena řešení pro praxi ve školách, kde průzkum probíhal. Jsou navržena evaluační kritéria pro vyhodnocování jednotlivých prvků minimálních preventivních programů.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Legální návykové látky v ČR

Nejčastěji užívanými legálními drogami v České republice jsou stejně jako v ostatních evropských státech alkohol a tabák. Pravidelně kouří ve věku mezi 15. a 18. rokem 40 - 50 % mladistvých (Kalina, 2003a, str. 205). Roční spotřeba alkoholu v ČR dosahuje 10 litrů čistého alkoholu na osobu a v populaci jsou široce rozšířené zdravotně rizikové formy užívání alkoholu (Kalina, 2003a, str. 151).

Dále lze do kategorie legálních návykových látek zařadit těkavé látky a léky.

1.1.1 Alkohol

Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol C_2H_5-OH) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací (Kalina, 2003a, str. 159).

Účinky

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí zejména na množství, na formě a způsobu užití požitého alkoholického nápoje a mají komplexní charakter. Na výsledném bezprostředním efektu (projevech chování) se podílejí vedle biologických (osobní dispozice, kondice, zdravotní stav) také psychologické vlivy (anticipace účinku, očekávaný efekt) a vlivy sociální (působení prostředí, ve kterém dochází k pití, včetně působení společnosti, dalších osob).

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Dochází k somatickému poškození, jehož známky mohou upozornit např. praktického lékaře, že jeho pacient má zdravotní potíže, způsobené chronickým abúzem alkoholu. Škodlivé užívání se může postupně vyvinout v závislost (Kalina, 2003a, str. 152).

Rizika

Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20-60 g) může docházet k řadě vážných zdravotních potíží. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách (přepočteno na 100% alkohol) vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů sebou nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu (Kalina, 2003a, str. 151).

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. Typické pro vývoj závislosti jsou postupné změny (postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly užívání alkoholu, postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů). Současně dochází (nenápadně) ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se o adaptační mechanismus, kterým alkoholik reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů, vyvolaných jeho pitím. Tyto změny myšlení a z nich vycházejícího chování, se označují jako „alkoholické obrany“. Alkoholik jimi zpočátku zakrývá, později vysvětluje a obhajuje (racionalizuje) pití. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků, např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti (akutní amnézie), při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. Pro vývoj tolerance na alkohol je charakteristické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je tak schopna denně konzumovat značné množství alkoholu, přičemž se často nechová nápadně, takže nebudí pozornost, nepůsobí dojem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého rychle příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu, konzumovaným v minulosti (Kalina, 2003a, str. 153).

Léčba

Alkoholový odvykací stav se objevuje u osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abúzu alkoholu. Dochází k němu během několika hodin až dní

po ukončení (přerušení) konzumace alkoholu, či po výrazné redukci dávek pravidelně konzumovaného alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den po vysazení alkoholu.

Charakteristickými projevy jsou třes rukou, event. celého těla, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné vizuální, taktilní nebo sluchové halucinace nebo iluze, nauzea, či zvracení, bolesti hlavy, tachykardie nebo hypertenze, pocity slabosti, poruchy spánku. Pokud nedojde ke komplikacím, odeznívá odvykací stav obvykle během čtyř až pěti dnů. Některé příznaky (nespavost, vegetativní obtíže, úzkost) mohou přetrvávat ještě několik měsíců. Odvykací stav může být komplikován křečemi, případně epileptiformními záchvaty, může také progredovat do alkoholového odvykacího stavu s deliriem (deliria tremens). Delirium tremens je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. V některých případech se tento stav může objevit také v průběhu pijáckého excessu, pak bývá označován jako intoxikační delirium. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardií, pocením), hrubým třesem („tremens“ = třesoucí se), záchvaty křečí, s maximem potíží v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat vitální funkce a včas zahájit intenzivní léčbu (Kalina, 2003a, str. 153).

Průběh a prognóza

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví jeho onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Naopak při úspěšné léčbě dochází k uzdravení. Na rozdíl od závislosti na některých jiných návykových látkách, při kterých existuje možnost substituční léčby, u závislosti na alkoholu není možno dosáhnout kontrolovaného užívání (pití). Abstinence je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu. Pro tuto poruchu je charakteristická „nevratná“ ztráta schopnosti kontrolovaně pít alkohol. Smysluplným a efektivním řešením jsou proto pouze léčebné strategie,

vedoucí k abstinenci, která je předpokladem (prostředkem) ke zdravému životu. U velké části léčených pacientů nedochází k trvalé („doživotní“) abstinenci po první léčbě. Tato skutečnost je často zdrojem terapeutického nihilizmu a (mylného) dojmu, že léčba závislosti na alkoholu je všeobecně neúspěšná a tedy marná a zbytečná. Kritériem úspěšnosti však není pouze trvalá abstinence, ale též maximální délka nepřerušené abstinence a celková doba abstinence, během které je pacient závislý na alkoholu stabilizován, bez potíží a schopen normálního života. Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací (škodlivým užíváním) alkoholu, se mohou týkat prakticky všech částí (systémů) lidského organismu. Příznaků somatického poškození, vyvolaného škodlivým užíváním alkoholu, je popsáno velké množství. Velmi často se vyskytují chronické potíže a známky poškození gastrointestinálního traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, hepatopatie). Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva je uváděn vyšší výskyt rakoviny rektu. Chronický abúzus alkoholu může narušit endokrinní systém (pseudo-Cushingův syndrom), vést k poškození pankreatu, poruše sekrece inzulínu a podílet se na vzniku diabetu. Časté jsou též avitaminózy, poruchy krvetvorby, hemokoagulace a anémie. U mužů vede alkoholizmus ke snížené sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci. U žen alkoholiček, které otěhotní, hrozí riziko poškození plodu, které se u dětí projeví růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii (mikrocefalie, oční anomálie, krátké palpebrální štěrbinu, plochý kořen nosu, vymizelé filtrum, tenký horní ret, nízko položené uši). Soubor těchto příznaků se označuje jako fetální alkoholový syndrom (FAS), jsou-li přítomny pouze poruchy chování a intelektu bez jiných známek postižení, používá se termín fetální alkoholový efekt (FAE). Při chronickém abúzu alkoholu dochází k funkčnímu a posléze i k orgánovému poškození oběhového systému (systémová arteriální hypertenze, kardiomyopatie), obdobně je tomu při poškození nervového systému (alkoholické polyneuropatie, mozková atrofie, alkoholická epilepsie, syndrom deficitu thiaminu). Chronický nedostatek vitamínu B1 (thiaminu) u alkoholiků může vyústit v akutní, život ohrožující neurologický syndrom (Wernickeova encefalopatie), projevující se obrnou okohybných svalů, poruchami rovnováhy, ataxií, zmateností, apatií, event. delirantním stavem. Dýchací systém bývá u alkoholiků často poškozen jednak vzhledem k celkovému oslabení imunitního systému a též z důvodu chronického dráždění a toxickým působením tabákového kouře (Kalina, 2003a, str. 153 - 154).

1.1.2 Tabák

V ČR jsou běžné v zásadě dvě následující formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdechtem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je jednak tabák žvýkací, tedy listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají. A „moist snuff“, doslova „vlhký šňupeček“, jsou to papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin (spolu s dalšími chemikáliemi).

Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety. Doutník je jen svinutý tabákový list, obsahuje nejméně přidaných látek. Dýmkový, ale především cigaretový tabák je už různě upravován a doplňován, takže mezi 4-5 tisíci látek cigaretového kouře je dnes kolem 700 aditiv – látek přidaných pro různé účely, např. několik desítek chemikálií pro ladné vinutí kouře: to je důležitou součástí psychosociální závislosti. Dále tu najdeme asi 60 kancerogenů a desítky dalších toxických látek (Kalina, 2003a, str. 205).

Účinky

Akutní účinky nejsou tak podstatné: lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem. Někoho od kouření mohou odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy rychle překoná, později se už neobjevují – rychle vzniká tolerance. Mezi hlavní odvykací (abstinenční) příznaky při vzniklé závislosti patří především nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu. Jedinou návykovou látkou ze 4-5 tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg, poměrně rychle však vzniká tolerance (Kalina, 2003a, str. 206).

Rizika

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku) vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu.

Pokud jde o vliv na zdraví, u bezdýmého tabáku nejsou zplodiny pyrolýzy, celkový vliv je tedy o málo menší, ale vinou intenzivnějšího a delšího působení v dutině ústní je tu výraznější místní vliv (nemoci dutiny ústní).

Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální: tabák nevede ke změněným stavům psychiky a neprovokuje je, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga. Možná právě tato absence psychologických a sociálních rizik nám brání, abychom si uvědomili o to větší rizika somatická. Tabák prakticky zabije každého druhého svého konzumenta, jinak řečeno, kuřák zemře s pravděpodobností 1:1 v důsledku užívání tabáku, průměrně asi o 10 let dříve než nekuřák – ovšem citlivost na 4-5 tisíc látek tabákového kouře je individuální a není reálné ji konkrétně posoudit (Kalina, 2003a, str. 206).

Léčba

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, totiž naučit se nekouřit. Drogová závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku. Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky. Závislost na nikotinu lze snadno a rychle určit podle odpovědi na dvě klíčové otázky: kolik cigaret denně kuřák kouří (15 a více obvykle znamená závislost na nikotinu) a jak brzy po probuzení si musí zapálit první cigaretu (kuřák závislý na nikotinu si obvykle zapaluje do 60 minut po probuzení) (Kalina, 2003a, str. 207).

Tabák v našich podmínkách bývá spolu s alkoholem první návykovou látkou, s níž přijde dítě do styku. Dítě, které dokáže odmítnout tabák a alkohol, dokáže snadněji odmítnout i tzv. nelegální drogy. Většinu návykových látek je možné kouřit. Kuřáci tabáku mají snadnější přechod k jiným látkám, které jsou užívány podobným způsobem.

1.1.3 Těkavé látky

Mezi těkavé látky, zneužívané jako omamné a psychotropní látky (inhalační drogy), patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky - například éter a rajský plyn. Jednotlivé prchavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace (Kalina, 2003a, str. 193).

Jednotlivé inhalační drogy

Toluen - methylbenzen ($C_6H_5 - CH_3$)

Je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Chemicky jde o aromatický uhlovodík. Je to bezbarvá kapalina, která se získává z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen je důležité rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Je i výchozí látkou pro výrobu trinitrotoluenu.

Toluen je volně prodejný v drogeriích a je relativně levný. Může se inhalovat přímo z lahve, ale obvyklejším způsobem je vdechování (sniffing) výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Účinná dávka je u toluenu řádově několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý - odezní během několika desítek minut, pokud inhalace neprobíhá dál nebo se neopakuje. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí.

Trichlorethylen ($Cl_2C=CCl_2$)

Jedovatá kapalina, sloužící zejména jako všestranné rozpouštědlo, užívaná na některých průmyslových pracovištích, kde bývá zneužívána zaměstnanci jako inhalační droga způsobující euforii. Při inhalaci trichlorethylenu se mohou objevit zrakové a sluchové halucinace. Trichlorethylen byl součástí čisticího prostředku Čikuli. Užívání se rozšířilo zejména na začátku 70. let. Uživatelé byli hlavně žáci základních škol ve věku od 13 let s maximem uživatelů ve 14 letech.

Inhalační drogy u nás méně užívané

Aceton - $CH_3 - CO - CH_3$ (dimethylketon, propanon)

Mnohostranné rozpouštědlo se stává příležitostně předmětem zájmu lidí, kteří s ním pracují.

Éter - $C_2H_5 - O - C_2H_5$, diethyléter

Rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný.

Benzin – směs vyšších uhlovodíků. Pohonná hmota.

Rajský plyn – N_2O – oxid dusný

Smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám. Zdá se, že se znovu objevuje jeho zneužívání. Inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balónků, ze kterých je vdechován. Účinek se rychle vytrácí. Při vdechování z lahve může dojít ke spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného (Kalina, 2003a, str. 193).

Účinky

Při inhalaci toluenu se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Cílené a předvídatelné dávkování je při obvyklém způsobu aplikace prakticky nemožné a kvalitativní porucha vědomí snadno přechází v poruchu kvantitativní, v bezvědomí až kóma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvrátky. K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, proto by se experimentování s inhalačními drogami nemělo podceňovat. Většinou ale dochází k úmrtí u uživatelů až po dvacátém roce. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, "hloupnutí", poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti.

Jde o typický organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na lipidy bohatou mozkovou tkáň. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost, někteří pacienti inhalují toluén prakticky denně. V důsledku pak nejsou schopni výkonu žádného zaměstnání a postupně dochází k degradaci osobnosti. Trvalé poškození mozkových struktur může zůstat dlouhou dobu utajeno, protože se projeví jen za některých nepříznivých okolností. Pacient pak začne v dané situaci neadekvátně reagovat, může dojít k nečekané agresivitě. Somatická závislost nebývá patrná. Po vysazení inhalační drogy se neobjevuje syndrom z odnětí, ale pacient se vrací k užívání pro silný craving.

Někdy znovu vyhledá inhalační drogu z rituálních důvodů, zejména při hromadném užívání. Pokud dojde k úplnému vysazení prchavé látky a pacient již dále abstínuje nebo přechází na jinou drogu, je třeba stále počítat s tím, že již došlo k organickému poškození mozku, které jsou patologové schopni u zemřelých najít. Při diagnóze nás na užití inhalačních drog může přivést charakteristický zápach v prostředí, z oblečení, možné je poslat moč na toxikologické vyšetření a po inhalaci toluenu na kvantitativní vyšetření kyseliny hippurové, jejíž hladina se při inhalování toluenu zvyšuje (Kalina, 2003a, str. 194 - 195).

Léčba

Na skončení sniffingu musí zdravotnické zařízení spolupracovat nejen s pacientem (často nezletilým), ale i s rodiči a se školou. Všechny zainteresované je nutné upozornit na závažnost třeba i jen experimentování s inhalačními drogami. Rodiče i škola se musí smířit se skutečností, že v jejich rodině nebo škole k tomu skutečně dochází a že mezi postižené patří jejich syn, dcera, žák. Pokud se podaří zachytit experimentujícího pacienta, obvykle stačí nepříjemnosti, které s tím má spojeny, a individuální psychoterapie kognitivně behaviorálního charakteru. Vhodné jsou rodičovské skupiny. Pacienty je potřebné sledovat po dobu několika let, protože dozrávání osobnosti je spojeno se změnami přístupů k problematice abúzu návykových látek a je potřebné u pacienta udržovat potřebný náhled (s ohledem na riziko přechodu k jiným drogám).

U závislých pacientů jsou vyhlídky na dosažení abstinence daleko menší, už i z toho důvodu, že pacient je dlouhodobým užíváním natolik poškozen, že není dostatečně schopen vnímat své okolí, chápat souvislosti a docházet do zdravotnického zařízení. Někteří z nich končí úmrtím nebo invaliditou.

Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované. Prchavým látkám je potřebné věnovat stejnou pozornost jako ostatním drogám a uvědomit si, že potřebného efektu můžeme dosáhnout včasnou registrací a léčbou v daleko větší míře u experimentujících dětí a mladistvých, než u dospělých závislých pacientů. Žádné zákonné omezení pro výrobu, distribuci a užívání toluenu neexistuje. Dá se tedy říci, že se jedná o legální drogu, v případě, že je řádně registrována její výroba. Pokud nedojde k celostátnímu legislativnímu omezení výroby, distribuce a užívání toluenu, nelze očekávat snížení počtu uživatelů ani počtu úmrtí na toluen (Kalina, 2003a, str. 195).

1.1.4 Léky

Léková závislost je velkým problémem, kterému nebyla zatím věnována dostatečná pozornost. V budoucnosti se bude zneužívat jistě i mnoho dalších léků, o kterých třeba předběžné studie tvrdily, že při nich nebezpečí závislosti nehrozí. Je proto potřebné při každém nově zavedeném léku sledovat i možnost vzniku lékové závislosti.

(Kalina, 2003a, str. 190)

Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) pod označením F-13 se týká kromě sedativ a hypnotik i dalších léků, které u jejich uživatelů mohou způsobit závislost, např. analgetika, anxiolytika a některé léky se stimulačním účinkem, které by se jinak nedaly zařadit (Kalina, 2003a, str. 187).

Účinky a rizika

Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy (CNS). Po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmazanou blábolivou řečí. Může dojít k ataxii, vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí – kómatu. Chronické užívání vede k psychické a somatické závislosti na dané návykové látce a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis. Pokud má uživatel obvyklou dávku své drogy, svého léku, nemusí se to nijak výrazněji projevit, pokud nepřekročí svoji toleranci. Při chybění léku-drogy se objevuje odvykací syndrom charakterizovaný neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případně zvýšením, nebo znovuobjevením bolestí, zejména po vysazení opioidních analgetik. Objevují se bolesti svalů, křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes, piloerekce. Při nedostatku benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti, v krajních případech se může vyvinout i epileptický záchvat. Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním, případně vyšším věku, podobně jako je to u pacientů se závislostí na alkoholu (Kalina, 2003a, str. 187).

Zcela jistě jsou v populaci nejrozšířeněji používána analgetika a nesteroidní antiflogistika (Kalina, 2003a, str. 181).

Způsoby aplikace

Ve většině případů se jedná o preparáty aplikované per os, vstřebávané ze zažívacího traktu. Některá opioidní analgetika – tramadol (TRAMAL inj.), petidin (DOLSIN inj.), pentazocin (FORTRAL inj.), piritramid (DIPIDOLOR inj.) či vlastní morfin (MORPHIN inj.) lze užít i parenterálně (intramuskulárně či intravenózně). Z benzodiazepinových anxiolytik je k injekčnímu použití diazepam (SEDUXEN inj., APAURIN inj.) či clonazepam (RIVOTRIL inj.), farmakokinetika (absorpce) nitrosvalové aplikace diazepamu, vyjma deltového svalu, je nízká. Z hypnotik lze nitrosvalově podat pouze flunitrazepam (ROHYPNOL inj.). V praxi se u uživatelů drog můžeme setkat s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. Jedná se především o pravděpodobně nejčastěji zneužívaný preparát Rohypnol. Běžná dávka u zdravého člověka při nespavosti je 1 tbl., pacient závislý a používající Rohypnol k mírnění odvykacího stavu užívá 5 až 10 tbl. Taktéž i u jiných benzodiazepinů používaných k zastření odvykacího syndromu, je dávka mnohonásobně vyšší – např. Diazepam je terapeuticky podáván při úzkostných stavech v dávce 10 až 40 mg denně (pouze zřídka vyšší), což ještě bývá rozděleno do tří porcí. V případech zneužívání nebo závislosti se jedná o dávku kolem 50 až 100 mg denně a často jednorázově (Kalina, 2003a, str. 181).

Lékové závislosti se dosti podceňují a pokládají se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Dalším problémem je, že dlouho probíhají skrytě (jde prakticky o jedinou závislost, která nemá své společenství, skupinové rituály atd.) a často za podpory rodiny a zdravotnického systému (Kalina, 2003a, str. 183).

Léčba

Léčba lékových závislostí se principiálně neliší od léčby závislosti na alkoholu. Může – podle závažnosti, motivace a dalších okolností, jako např. celkový somatický a psychický stav pacienta, probíhat ambulantně i na lůžkovém oddělení nemocnice či léčebny. V terapeutických komunitách se čisté lékové závislosti léčí jen ojedinele. Podmínkou uzdravení je úplná abstinence, včetně abstinence od alkoholu (vzhledem ke zkřížené toleranci mezi alkoholem a benzodiazepiny, resp. barbituráty) (Kalina, 2003a, str. 183).

1.2 Nelegální návykové látky v ČR

1.2.1 Halucinogeny

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin: přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.), přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufetenin), semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“).

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velikou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti (Kalina, 2003a, str. 169).

LSD

C20H25N3O, LSD-25 (d-lysergic acid diethylamide)

LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů. Ve druhém případě pak jde o malé granulky, většinou tmavomodré či zelené barvy, trochu připomínající umělé hnojivo (Kalina, 2003a, str. 169 - 170).

Psilocybin

C12H17N2O4P

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou v houbách rodu lysohlávek. Ty se běžně vyskytují na velké části území ČR. Tato historicky velmi stará a známá droga patří k u nás nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Zkušenost s ní má podle regionu 5-9% středoškoláků v ČR. Na černém trhu se většinou objevují sušené části houby, většinou pouze klobouky. Zatímco černý trh s jinými drogami má relativně ustálený charakter, nedá se totéž říci o lysohlávkách. Jejich cena je velmi kolísavá a z větší části se jedná spíše o darování či výměnu, nežli prodej. Dostupnost této houby je poměrně vysoká díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace (Kalina, 2003a, str. 170).

Ostatní halucinogeny

V ČR se kromě dvou výše jmenovaných látek vyskytuje značné množství dalších halucinogenů. Jejich rozšířenost je však relativně malá, což není způsobeno pouze obtížemi s dostupností či složitostí přípravy, ale také charakterem účinku, kterým se jen obtížně mohou srovnávat se známými a zneužívanými látkami. Dalším důvodem, proč nejsou tyto látky více rozšířeny je bezesporu i jejich mnohem vyšší nebezpečnost a rizika spojená s požitím vyšších dávek. Do této skupiny patří například **bufotenin** (ropuší jed), **mykoatropin** (jed obsažený v muchomůrce červené) a mnoho dalších (např. **durman** obsahující alkaloidy atropin a skopolamin; otrava durmanem vede k delirantním stavům, poruchám srdeční činnosti s vysokým rizikem úmrtí). Ve světové literatuře jsou popsány stovky různých halucinogenních látek rostlinného i živočišného původu (Kalina, 2003a, str. 170).

Účinky LSD a psilocybinu si jsou vzájemně velmi podobné. Po krátkém období latence (řádově několika minut až jedné hodiny) se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy pocitem závratě či nevolnosti. Jen velmi výjimečně dochází k výraznější nevolnosti až pocitům zvracení. U lysohlávek bývají tělesné příznaky výraznější, často spojeny s mírným třesem a neklidem, doprovázeným zvýšeným tlakem krve a tepu. Výjimečně stav může přejít do výrazně neklidného až agresivního jednání. Celková délka intoxikace se v závislosti na požití dávce pohybuje mezi 4-8 hodinami, jen výjimečně déle. Neurobiologické mechanismy účinku halucinogenních látek v mozku souvisejí s jejich vlivem na specifické serotonergní receptory. Ve vazbě na tyto receptory působí jako agonisté a antagonisté serotoninu a dopaminu. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací. Typický je výraznější sklon k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců. V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena pocitem mírné euforie, dobrou náladou, někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Někdy ale také dochází k objevení nepohody, úzkosti, občas též k depresi (Kalina, 2003a, str. 170).

Rizika

Vyšší dávky látky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou kontroly a sebekontroly mohou vnímat velmi negativně. Tímto mechanismem může dojít k výskytu tzv. bad tripu. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti.

Potenciálně rizikovými jevy jsou depersonalizace a derealizace. Depersonalizace (odosobnění) může být prožíváno tělesně jako pocit ztráty citlivosti v části či celém těle (v extrémním případě ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybějící končetiny apod.), dále duševně například pocitem ztráty schopnosti empatie (vcítění), vřelých pocitů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity pak mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání a vést postupně až k situaci, kdy intoxikovaný sám sebe vnímá jako „divák“ - pozorující postavu v kině, a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj.

Celkový ráz a průběh intoxikace je velmi nepředpověditelný a kromě vlivu samotné látky (a nejistoty co do její koncentrace například u „tripů“ či „houbiček“) se na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ jedince (set), očekávání, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Vedle toho pak je výzkumně prokázán značný (s jinými drogami nesrovnatelný) vliv tzv. „settingu“, tedy místa, prostředí kde je droga užívána (s kým, kde, jak, proč, hudba, znalost prostředí a jeho příjemnost atd.). O halucinogenních látkách se uvádí, že co do účinku patří k nejméně předpověditelným drogám (Kalina, 2003a, str. 171 - 172).

1.2.2 Konopné drogy

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány především dvě základní formy drogy. První je marihuana (tráva, zelí apod.), druhou hašiš (haš, čokoláda apod.). Hlavní účinnou látkou je THC (delta-9- tetrahydrocannabinol = tetrahydro-6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6H-dibenzo[b,d]pyran-1-ol = C₂₁H₃₀O₂) (Kalina, 2003a, str. 175).

Marihuana představuje název pro květenství a horní lístky z konopí. Barva je dle kvality zpracování od příjemně plné - spíše tmavě zelené - až skoro k černo-zelené (v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nesprávné přípravy). Při standardním zpracování je látka v menších kouscích, držících a jemně lepících k sobě, s velmi charakteristickým aroma. Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka. Marihuana vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná.

Marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2-8% obsahu aktivních látek. Zahraniční pak v rozmezí 6-14% (speciálně upravená až 18 % a ve výjimečných případech i více) (Kalina, 2003a, str. 175).

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé (dle čistoty). Někdy se barevně liší podle původu. Obsah aktivních látek může být až okolo 40%. To současně určuje i základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potenciálních rizik spojených s jejich užíváním (Kalina, 2003a, str. 175).

Účinky

Jako u všech psychotropních látek, i tady je třeba zdůraznit, že dále popsané účinky konopných (kanabisových) látek patří mezi nejčastější, jejich výčet ale nemůže být úplný. Nelze totiž nikdy s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky (a nejistoty co do její koncentrace) se totiž na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ (setting) jedince, očekávání, prostředí, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit.

Mezi charakteristické účinky konopných látek lze řadit sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Typická pro konopnou intoxikaci je deformace ve vnímání času. Čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče a i velmi krátký okamžik se může zdát, jakoby uběhly celé hodiny.

V drtivé většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“) se objevují výjimečně a většinou spíše u osob k tomu různým způsobem disponovaných. Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií. Stav velmi svádí k zabývání se jimi a hloubáním. Ne zcela ojediněle se může intoxikace konopím projevit nevolností až zvracením; úzkostné stavy jsou popisovány jen zřídka. Někdy může dojít k plynulému přechodu od „žádoucích“ účinků k nežádoucím (Kalina, 2003a, str. 176).

Syntetické d-9-THC (dronabinol), vyráběné v USA pro léčebné účely.

Účinné látky, obsažené v užívaných produktech konopí, byly identifikovány až v roce 1964, kdy se zjistilo, že psychicky aktivní jsou látky, dnes nazývané cannabinoidy.

Kannabinoidy mají mimo psychotropního efektu i další zajímavé a potenciálně využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván i terapeuticky při zvládnání těchto obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění. Jedná se o preparát Marinol cps. (dronabinol), který např. v Kanadě mohou preskribovat i praktičtí lékaři. Tentýž lék je v klinickém zkoušení i u terapie Alzheimerovy choroby, kde mj. příznivým vlivem působí na afektivitu nemocných. Dnes je k dispozici množství sdělení o možném uplatnění cannabinoidů v léčbě dalších chorob. Mimo terapie AIDS a přidružených poruch (AIDS-related complex), vedlejších nežádoucích účinků některých léků (především jde o nežádoucí účinky na gastrointestinální trakt a o centrálně navozenou nevolnost) je možno v budoucnu počítat především se syntetickými cannabinoidy i v jiných oblastech. Perspektivní se jeví užití v neurologii (roztroušená skleróza, migréna či Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství (THC je účinný bronchodilatans s rychlým nástupem účinku) a v očním lékařství (terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak). Další oblastí je léčba chronické bolesti a rovněž léčba afektivních poruch. Tato indikace má historické kořeny: Robert Burton kolem r. 1840 používal kanabis jako lék u deprese a zmiňuje se o tom ve své knize *The Anatomy of Melancholy* (Kalina, 2003a, str. 174 - 175).

Způsoby užívání

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Určité omezení z hlediska úpravy představuje rozpustnost účinných látek především v oleji a tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě.

Závislost na marihuaně vzniká pomaleji než u tvrdých drog, ale u části uživatelů k ní dochází. Závislostí na konopí jsou více ohroženi děti a dospívající, zejména dostanou-li se do obtížné životní situace nebo mají duševní problémy. Účinná látka z konopí se při pravidelném užívání ukládá v tukové tkáni člověka, a odtud se jen pozvolna vyplavuje, takže nedochází k jejímu náhlému vymizení. Konopí je proto prokazatelné mnoho dní až týdnů po požití poslední dávky.

Rizika užívání drog z konopí

- Úzkostné stavy po aplikaci drogy
- Závislost (i když se vytváří pomaleji než u tvrdých drog)
- Poruchy paměti během intoxikace drogou
- Oslabení imunity
- Rakovinné látky v kouři z marihuany
- Častější výskyt infekčních onemocnění a těžší průběh nemocí
- Vyšší tepová frekvence
- Zhoršená schopnost řídit motorové vozidlo
- Horší soustředěnost, problémy s chováním, nižší IQ a častější poruchy spánku u dětí, jejichž matky kouřily v těhotenství marihuanu.

Konopí je u nás nejrozšířenější ilegální drogou, hlavně mezi šestnáctiletými studenty. Zdravotní škody způsobené drogou z konopí se projevují často až po letech a to je i jeden z důvodů podceňování těchto drog (Kalina, 2003a, str. 176 - 178).

1.2.3 Opiáty

Opiáty jsou obecně, spolu s ředidly, vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog vůbec. Přičinilo se o to několik okolností:

- Opiáty mají z obecně dostupných látek nejvyšší „závislostní potenciál.“
- Opiáty jsou – co se ceny denní dávky průměrného uživatele týká – vůbec nejdražší drogy.
- Užívání opiátů je pravděpodobně nejhůře slučitelné s běžným životem; fungování typického uživatele v zaměstnání či ve škole je téměř nemožné.
- Opiáty se lze – spolu s ředidly – relativně nejsnadněji předávkovat.

Chemické složení

Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických (poloumělých) opiátů je morfin a jeho deriváty, jež se v těle vesměs metabolizují zpět na morfin. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je **heroin** (diacetylmorfin).

Ze syntetických opiátů je nejčastěji užívanou látkou **metadon** (6-dimetylamino-4,4-difenyl-3-hepton-hydrochlorid). A to především při léčbě závislosti.

Účinky

Hlavním důvodem zneužívání opiátových drog je fakt, že napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle (tzv. „vnitřních opiátů“ – endorfinů, enkefalinů a dynorfinů). Tyto peptidy, vzbuzující mimořádně příjemné pocity, se do těla vylučují například při pohlavním styku, ale i při tělesné námaze, radosti apod. (například v souvislosti se sportovním výkonem).

Opiátové účinky na centrální nervový systém

Euforie

Mechanismus, jímž opiáty vzbuzují pocity euforie a klidu, není ještě potvrzen. Zčásti může být přičítán působení na část mozku, nazvanou locus ceruleus. Příjemné, teplé pocity v oblasti břicha. Tento efekt doprovází euforii. Někteří uživatelé heroinu jej popisují jako „orgasmus v břiše.“ K dosažení tohoto účinku je ale třeba neustále zvyšovat dávky, až se „orgasmus“ zcela vytratí a uživatel bere heroin jen proto, aby mu „nebylo špatně.“

Tlumení bolesti

Opiáty tlumí bolest pomocí řady mechanismů. I když může být tlumení bolesti jen částečné, opiáty svým účinkem na míchu snižují schopnost těla reflexivně reagovat na bolestivé podněty. Tento účinek je totožný s účinky tzv. „vnitřních opiátů“.

Ospalost

Opiáty navozují otupělost a ospalost. Uživatelé opiátů si k „zastřenému myšlení,” které může mít vztah k ospalosti, vyvíjejí toleranci.

Dalšími účinky ve vztahu k ospalosti, jsou neschopnost soustředění, apatie (nezájem o okolí), snížení fyzické aktivity, letargie (netečnost) a snížení ostrosti vidění.

Nevolnost a zvracení

Pocit nevolnosti, spojený s opiáty, vyvolává zčásti přímé dráždění spouštěcí receptorové zóny v části mozku, zvané prodloužená mícha.

Ne všichni jsou na opiátovou stimulaci této části mozku vnímaví; i u vnímavých osob dochází k vývoji tolerance (stejná dávka působí postupem času méně), byť někdy pomalému.

Útlum dýchání

Útlum dýchání způsobuje zčásti přímý účinek na dýchací centra v prodloužené míše; ta za normálních okolností zvyšují hloubku dýchání v závislosti na vzestupu CO₂ v krevní plazmě. Opiáty také potlačují aktivitu center, jež regulují dýchací rytmus. Tyto účinky obvykle bývají významné jen při předávkování; tehdy je nicméně respirační selhání nejčastější příčinou smrti. Útlum (hloubky) dýchání spolu s vysokou incidencí kouření může u uživatelů opiátů vyústit v chronickou nebo akutní infekci plic.

Potlačení kašlacího reflexu

Opiáty mají přímý potlačující účinek na centrum kašle v prodloužené míše, jež je částečně zodpovědné za spuštění kašle coby odezvy na dráždění v dolních cestách dýchacích.

Pocit tíže v končetinách

Příčina tohoto jemného účinku opiátů dosud nebyla zjištěna.

Křeče

Opiáty mohou způsobit křeče, které někdy ústí až v dramaticky vyhlížející nepohyblivost zkrouceného těla uživatele.

Účinky opiátů na periferní nervový systém

Sucho v ústech, očích a nose

Všechny opiátové drogy snižují vylučování slin, slz a hlenu v dýchacím traktu. Dochází k tomu díky zablokování receptorů, jejichž dráždění je pro vylučování těchto sekretů třeba.

Konstipace (zácpa)

Opiáty dokážou téměř dokonale zastavit vlny svalových stahů, které posouvají obsah žaludku dále do tenkého a tlustého střeva. Opiáty jsou co do zpomalení pasáže potravy ve střevech natolik účinné, že se používají pro léčení úplavice. Opiáty také snižují normální nutkání na stolicí a zvyšují tonus análního svěrače, což ještě více přispívá k zácpě, jež je mezi uživateli opiátových drog pravidlem.

Nevolnost (nausea)

Opiáty snižují pohyblivost žaludku a pohyblivost i objem dvanácterníku; způsobují totiž jejich smrštění. Tímto způsobem se může prodloužit pasáž potravy tenkým střevem až o 12 hodin. Tak může docházet ke zvýraznění pocitu nevolnosti.

Stažení zornic (mióza)

Opiáty pravděpodobně stimulují okoohybný nerv a tak stahují duhovku natolik, že k průchodu světla zůstává jen velmi malý otvor. Tolerance na tento účinek je jen částečná, a to i po dlouhodobém užívání. Vzhledem k tomu je stupeň stažení zornic poměrně spolehlivým indikátorem množství opiátů v krevním oběhu dané osoby.

Ztížená pasáž moči

Opiáty mohou zvyšovat napětí svěračů, které řídí odtok moči z měchýře. A ztěžovat tak jejich uvolnění při močení.

Opiáty způsobený zánětlivý efekt

V krvi, plicích, střevech atd. existuje typ buňky, pro kterou se vžil název mastoidní buňka. Její funkcí je rozpoznat cizorodé prvky v krvi a napadnout je.

Objeví-li se látka, na níž je mastoidní buňka citlivá, buňka praskne a vyplaví histamin. Ten je hlavním nositelem alergické odpovědi těla. Účinkuje mnoha způsoby a všechny směřují k napadení látky, na níž je tělo citlivé. Histamin spouští proces otevření drobných kožních cévek, což má za následek zčervenání, pocit horka, svědění a pocení. Také způsobuje stažení dýchacích cest (a tedy dýchavičnost).

Opiáty mohou působit na mastoidní buňky a způsobit uvolňování histaminu - se všemi uvedenými důsledky.

Nejde tu ale o alergickou reakci; proces je charakterizován vstupem opiátové molekuly dovnitř buňky a nikoliv „rozeznáním“ opiátu coby cizorodé látky. Na takový proces si nelze vyvinout toleranci.

Další účinky

Existuje celá řada účinků, které se spojují s opiáty a pro něž nemáme jasné nebo průkazné vysvětlení. Například prodloužení nebo vymizení menstruačního cyklu, změna sexuální apetence (chuť, libido), halucinace, úzkostnost (Kalina, 2003a, str. 159 - 161).

Rizika

- Největší riziko opiátů a z nich především heroinu plyne z faktu, že nikdy nevíte, kolik účinné látky jste si v dávce vlastně koupili.
- Další důležité riziko vyplývá ze způsobu užívání: uživatelé, kteří si drogu vpichují, riskují záněty žil a trombózu, někdy až smrtelnou embolií.
- Pokud si uživatelé vpichují drogu jehlou, kterou před nimi již někdo použil, zvyšuje se až k jistotě riziko zánětu žil, ale i zánětu jater, nákazy AIDS, syfilidou, tuberkulózou a jinými nemocemi, které se obvykle šíří jinými cestami.
- Další problém představuje tolerance: uživatel musí postupně svou dávku zvyšovat, aby tak dosáhl kýžených účinků.
- I když se uživateli podaří vyhnout všem výše uvedeným rizikům, zcela jistě ztratí své dosavadní přátele a většinou i rodinu.

- Uživatel heroinu potřebuje k „živení“ své závislosti obrovské množství. Protože není vzhledem k neustálému oblouznění schopen pracovat, „musí“ krást a dříve či později proto skončí ve vězení.
- Obchod s heroinem podléhá pravděpodobně nejpřísněji organizovanému - zločineckému – obchodu.

Rizika, ohrožující děti matek, užívajících opiáty

Snížená porodní váha

U uživatelů opiátů existuje kromě přímého působení drogy ještě řada dalších faktorů, které mohou k nižší porodní váze přispět. Například předčasný porod, podvýživa, chudoba, kouření tabáku.

Novorozenecký abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom může nastat u 42 – 95% dětí matek, užívajících opiáty. Neonatální abstinenční syndrom nemá vždy přímý vztah k množství opiátů, které matka užívá, ani k množství opiátů v krvi dítěte. Obvykle nastupuje během 48 hodin po porodu, v malém procentu případů se může opozdit o 7—14 dnů.

Jiné obtíže novorozenců, které se spojují s užíváním opiátů. Další problémy, u nichž uvádějí některé studie častější výskyt u dětí žen, závislých na opiátech, jsou například kojenecká mortalita, syndrom náhlého úmrtí kojenců, žloutenka (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/illegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne) [cit. dne 9. 10. 2010].

1.2.4 Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Mechanismus působení spočívá v ovlivnění vylučování neuromediátorů dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na synapsích v CNS. Mezi stimulancia se zařazují kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát metamfetamin (pervitin); na rozhraní mezi touto skupinou a halucinogeny stojí amfetaminy se substitucí na aromatickém jádře; jejich typickým zástupcem je MDMA (ecstasy) (Kalina, 2003a, str. 164 - 166).

Účinky

Hlavním účinkem stimulancí je „zlepšení“ nálady, potlačení únavy a pocitu hladu, celkové zrychlení psychických procesů, zjištěná představitost, zvýšená schopnost vcítit se do pocitu druhých a uvolnění zábran. Vesměs jsou stimulační drogy používány k vyvolání pocitu euforie, jehož mechanismem zřejmě je snížení odbourávání přenašečů nervových vzruchů v mozku.

Stimulancia – a z nich především pervitin – jsou po alkoholu pravděpodobně nejčastěji zneužívanou „tvrdou“ drogou v České republice.

Prvotní efekt stimulancí je ve většině případů výrazný a příjemný. I když může někdy dojít ke stavům podráždění, nervozity a úzkosti. Při častém a déletrvajícím zneužívání této skupiny drog dochází u každého konzumenta zákonitě k zásadním proměnám psychiky. Tento účinek je mezi uživateli této skupiny drog dobře znám a ve slangu narkomanů se označuje pojmem „stíha“. Podkladem je rozvoj toxické psychózy - psychické poruchy, projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi. Narkoman postupně nabývá přesvědčení, že v jeho okolí dochází k podivným jevům: ostatní se k němu chovají jinak, neustále jej sledují, snaží se jej různě „podrazit,“ ošálit, podvést či přímo zabít. Tyto pocity se neustále zvýrazňují a bývají stále více doprovázeny výše zmíněnými halucinacemi – například ve formě démonických hlasů, jež se mu vysmívají, přikazují mu jednat násilně apod. Narkoman žije v neustálém pocitu ohrožení, panikaří, jedná iracionálně a útočí na své okolí. Takový stav, markýrující schizofrenii, často přivádí narkomana na psychiatrii - nezdědka však končí sebevraždou. Intoxikace je charakterizována kromě výše zmíněné stimulace pocity energie a vysoké výkonnosti, somaticky dochází k akceleraci srdeční akce, vzestupu krevního tlaku, dilatace bronchů, snížení chuti k jídlu a rozšíření zornic.

Po odezdnělé intoxikaci se dostávají pocity vyčerpání, slangově „dojezd“. Užívání zvyšujících se dávek nebo jednorázová vysoká dávka může vést k provokaci psychotického stavu (tzv. stíha). Psychická závislost se rozvíjí po několika měsících víkendového užívání, somatická závislost se nerozvíjí. Odvykací stav probíhá jako několikadenní stav vyčerpání, spánku, s vlčím hladem a konzumací vysokých dávek jídla. Stimulancia patří mezi drogy s vysokou mírou rizika, typickými zástupci jsou kokain, pervitin a amfetamin (<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne> [cit. dne 29. 10. 2010]).

Rizika

1. Stimulancia vytvářejí velmi rychle a spolehlivě psychickou závislost; závislost tělesná (somatická) je vyjádřena méně výrazně než například u opiátů, přesto však u uživatele dochází ke vzniku tolerance a tedy nutnosti zvyšovat dávky.
2. Největší riziko stimulancií a z nich především pervitinu plyne z faktu, že nikdy nevíte, kolik drogy jste si v dávce vlastně koupili a jaké je kvality.
3. Další problém představuje již zmíněná tolerance: uživatel musí postupně svou dávku zvyšovat, aby tak dosáhl euforie.
4. Důležité riziko vyplývá ze způsobu užívání: uživatelé, kteří si drogu vpichují, riskují záněty žil a trombózu, někdy až smrtelnou embolií.
5. Pokud si uživatelé vpichují drogu jehlou, kterou před nimi již někdo použil, zvyšuje se až k jistotě riziko zánětu žil, ale i zánětu jater, nákazy AIDS a v neposlední řadě také syfilidou a tuberkulózou a jinými nemocemi, které se obvykle šíří jinými cestami.
6. I když se uživateli podaří vyhnout všem výše uvedeným rizikům, zcela jistě ztratí své dosavadní přátele a většinou i rodinu.
7. Pravidelnému uživateli se s téměř stoprocentní jistotou nepodaří vyhnout trýznivé toxické psychóze, která nezřídka končí sebevraždou (<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne> [cit. dne 29. 10. 2010]).

1.2.5 Taneční drogy

Jako „taneční drogy“ se nejčastěji rozumí extáze (ecstasy). Toto jméno v užším smyslu znamená MDMA (metylen-dioxymetamfetamin). V širším smyslu bývá vztahováno ještě na tři příbuzné sloučeniny (MDA, MDEA a MBDB).

Chemické složení

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylmefetamin (odtud její zkratka MDMA). V čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na trhu je obvykle dostupná ve formě tablet či kapslí. Forma tablet je různorodá, typicky bývá z jedné strany reliéfní obrázek (vytlačené e, holubice, delfín a další), z druhé strany někdy zlomová rýha. Tablety bývají různého tvaru, nejčastěji kulaté, typická bývá špatná homogenisace. Obsah účinné látky bývá průměrně mezi 50-100mg (v rozmezí 0-200mg). Běžně užívaná dávka se pohybuje nejčastěji v rozmezí 80-100mg. Konzumace několika tablet za večer (2-10) nebývá však nijak neobvyklou, dokonce jsou známy i případy, kdy došlo k užití několika desítek tabletek extáze (tedy pravděpodobně několik gramů MDMA) najednou. Složení tablet nebývá standardní. Pouze MDMA obsahuje jen část z nich, mnohé jsou bez účinné látky, některé obsahují jiné amfetaminy, efedrin, kofein či ketamin. V tabletách se však mohou vyskytnout i potenciálně nebezpečné látky či jejich kombinace, příkladem může být parametoxyamfetamin - PMA (Kalina, 2003a, str. 200).

Účinky

Hlavním místem účinku je CNS, konkrétně ovlivnění vylučování neurotransmiterů serotoninu, dopaminu a noradrenalinu na synapsích. MDMA vytlačuje serotonin uložený v zásobních synaptických váčcích z presynaptického zakončení neuronu do synaptické štěrbiny. Navíc stimuluje syntézu, inhibuje degradaci a snižuje zpětné vychytávání serotoninu do presynaptického nervového zakončení. Způsob ovlivnění dopaminergních synapsí je podobný jako u serotoninergních, navíc ale zvýšená aktivita serotoninergního systému usnadňuje uvolnění dopaminu. Po odeznění účinku MDMA dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a následně k opětovnému poklesu, který přetrvává dlouhodobě.

Kromě ovlivnění psychiky dochází také k ovlivnění somatických funkcí. Mezi první uvědomované příznaky intoxikace patří neklid a mírná zmatenost, které v další fázi obvykle ustoupí, nastává fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při užití o samotě je uživatel obvykle schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Pocit vcítění se dostavuje i ve skupině či v davu a je uživateli vysoce ceněný. MDMA nefunguje jako afrodisiakum. U mužů může dokonce snižovat schopnost erekce a oddaluje ejakulaci. Pro efekt MDMA je charakteristická určitá plochost a mírnost intoxikace, halucinace jsou méně pravděpodobné, dostaví se jen mírně zostřené vnímání a celková psychická a fyzická stimulace. Somaticky bývá nástup účinku doprovázen nevolností, případně zvracením. Časté je zvýšené napětí kosterního svalstva, někdy bývá pocíťováno jako bolestivé. Intoxikovaní si nejčastěji uvědomují napětí žvýkacích svalů. Častými doprovodnými příznaky jsou snížená chuť k jídlu a snížená potřeba spánku, subjektivně nepříjemně bývá vnímáno pocení a sucho v ústech.

Objektivně lze nalézt urychlení tepu a vzestup teploty, zvýšený krevní tlak. Podobně jako u jiných látek této skupiny je intoxikace provázena rozšířením zornic. Druhý den po užití extáze se většinou dostavuje kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2. - 3. den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady (Kalina, 2003a, str. 201 - 202).

Rizika

MDMA selektivně poškozují serotoninergní nervová zakončení. Mechanismus poškození není přesně znám, pravděpodobně zahrnuje několik mechanismů – vyčerpání energetických zásob, přímou neurotoxicitu některých metabolitů, vzestup tělesné teploty při intoxikaci a jiné. V souvislosti s neurotoxicitou se často hovoří také o zhoršení kognitivních funkcí. Mechanismus i v tomto případě bude multifaktoriální, na zhoršení se bude kromě přímého toxického působení podílet i vliv sekundárně vyvolaných změn. Mezi nejzávažnější komplikace užití MDMA patří hypertermie. K přehřátí organismu, se může vyskytnout zvláště při užití na celonočních párty. Pravděpodobnost vzrůstá při nadměrné tělesné aktivitě, vyšší teplotě okolí, vyšší dávce, nebo opakovaném užití v průběhu párty a nedostatečné konzumaci tekutin s minerály. Důležitým preventivním

faktorem je mimo jiné průběžný příjem tekutin a iontů a také odpočinek a pobyt v chladnějším prostředí.

MDMA je ovšem schopna vyvolat hypertermii i sama, bez okolních „podporujících“ podmínek. Následkem hypertermie může dojít ke spuštění kaskády dějů, která může vést k úmrtí. Jedná se hlavně o uvolnění myoglobinu z poškozeného kosterního svalstva, poškození ledvin a rozvoj diseminované intravaskulární koagulace (srážení krve v cévách, které vede k vyčerpání srážlivých i protisrážlivých faktorů a následně k vykrvácení). Zjednodušeně lze říci, že dochází k hrubému narušení vnitřního prostředí organismu a k metabolickému rozvratu. Mezi nežádoucí účinky, které doprovázejí užití MDMA, patří ovlivnění kardiovaskulárního systému se vzestupem krevního tlaku a urychlením srdeční akce. To může vést k subjektivně negativně vnímaným pocitům jako jsou bušení srdce, bolest hlavy atp., ale např. i k vyššímu riziku mozkového krvácení. Poškození jater ve spojení s užitím MDMA může vést až k jaternímu selhání a k úmrtí. Častější jsou však toxické hepatitidy, někdy bez subjektivních příznaků, jen s laboratorním nálezem. Mechanismus poškození jater není dosud znám. Extáze patří mezi látky s teratogenním působením, pravděpodobnost vrozených vad je při užívání MDMA matkou několikanásobně vyšší. Pravidelné užívání MDMA vede také k poškození imunitního systému. U disponovaných jedinců existuje, tak jako u jiných látek této skupiny, možnost provokace psychotického stavu, případně mírnějších, prepsychotických obtíží, které jsou mírnější a nemusí dovést postiženého k lékaři. Výskyt těchto obtíží je ale ve srovnání s jinými látkami skupiny (např. metamfetaminem) méně častý. Jako u jiných psychotropních látek existuje i při užívání MDMA riziko vzniku závislosti, v porovnání s metamfetaminem je však potenciál pro závislost u MDMA daleko nižší. Komplikovanějším psychosociálním fenoménem je návyk určitého životního stylu spojeného s užíváním extáze a obdobných drog (život „od party k partě“) (Kalina, 2003a, str. 202).

1.2.6 GABA, GHB, tekutá Extáze (gamma-hydroxy-butyrát)

GHB je anestetikum s pseudo-steroidními vlastnostmi. V osmdesátých letech ji využívali zejména kulturisté pro schopnost odbourávat tuky a uvolňovat růstový hormon, který napomáhá tvorbě svalové hmoty. Příležitostně byla používána v medicíně také jako lokální anestetikum, od toho se však po zjištění některých vedlejších účinků upustilo. V posledních letech GHB získala na popularitě jako rekreační droga slibující radost, větší sexuální vzrušivost a schopnost dosáhnout orgasmu. Obvykle jde o bezbarvou tekutinu (odtud též názvy tekutá Extáze, liquid E nebo liquid Ecstasy), zřídka o bílý prášek, s výraznou slanou chutí, bez zápachu, výjimečně jako bílý prášek v kapslích. Přesto je po smíchání s nápojem těžko rozeznatelná. Odtud plyne její zneužívání jako uspávacího prostředku (prostitutky tak uspávají své zákazníky) či k odbourání zábran (muži ho kapou ženám tajně do pití, aby byly „povolnější“). Tato aplikace (byť nevyžádaná) je však velmi nebezpečná, neboť kombinace i malého množství GHB s alkoholem či antidepresivy může přivodit symptomy podobné předávkování (hluboký spánek, případně i úmrtí). GHB se také pod lékařským dohledem užívá při léčbě závislosti na alkoholu.

Účinky

V nízkých dávkách může navodit stav podobný opilosti, uživatelé se cítí uvolněně, zvyšuje se jejich schopnost komunikovat s okolím, naopak se snižují motorické schopnosti, mohou se dostavit závratě a další symptomy připomínající stav po požití většího množství alkoholu. Ani nízké dávky GHB však není vhodné užívat před řízením motorových vozidel.

Střední dávka zvyšuje relaxační účinek a prohlubuje smyslové vnímání (zejména hudby a tance). Obvykle se dostavuje veselá nálada. Zároveň s tím se však také snižuje schopnost srozumitelně se vyjadřovat, začínají převažovat pocity otupělosti a nevolnosti. Velmi žádaný je sexuální účinek látky - zvyšuje se hmatová citlivost, schopnost erekce a orgasmu.

Vysoká dávka umocňuje popsané negativní účinky GHB, které v důsledku vedou k pocitu celkové únavy. Může přivodit ztrátu vědomí a hluboký spánek trvající několik hodin.

Koncentrace GHB v roztocích dostupných na nelegálním trhu je různá, proto je dávkování problematické. Smrtelná dávka se odhaduje na 2 g čisté GHB/kg tělesné váhy. Účinky GHB se dostaví obvykle do 20 minut a trvají 1 - 3 hodiny. Tělo látku zpracovává velmi rychle, v moči ji lze detekovat maximálně 4 - 5 hodin po užití.

Rizika

Dlouhodobá rizika nebyla popsána, někteří odborníci však tvrdí, že dlouhodobé užívání GHB může vést k syndromu krátkodobé únavy (únava, laxnost, chvění), který odezní bez následků do 3 - 12 dní. Vznik fyzické závislosti ani růst tolerance nebyl dosud prokázán, přesto existuje riziko závislosti psychické provázené nepříjemným abstinenčním syndromem. Největší rizika GHB spočívají v oslabení respirace, což může mít v kombinaci s jinou látkou s podobným účinkem (např. alkoholem) za následek zastavení dechu (<<http://www.extc.cz/gaba-ghb.html>> [cit. dne 29. 10. 2010]).

1.2.7 Anabolické steroidy

Anabolické steroidy mají mezi zneužívanými látkami specifické postavení, protože jejich užití není vedeno touhou po okamžitém účinku v podobě euforie, stimulace organismu nebo změněného stavu vědomí, nýbrž snahou změnit svůj vzhled a fyzický výkon. Přesto anabolické steroidy patří mezi zdraví velmi nebezpečné látky, na které si lze vypěstovat zvláštní typ psychické závislosti.

Účinky

Jedná se o syntetické látky příbuzné mužským hormonům, které podporují růst příčně pruhovaných svalů u kostí a rozvoj mužských pohlavních znaků. První typ účinku se označuje jako anabolický, druhý jako androgenický. Mezi uživateli se pro anabolické steroidy vžil označení „bobule“ a o jejich uživatelích se říká, že „sypou“.

Steroidy se prodávají obvykle na černém trhu, může se ale také stát, že nedovolené látky obsahují některé volně prodejné potravinové doplňky pro sportovce distribuované v posilovnách a specializovaných obchodech. Legálně lze také zakoupit některé steroidní doplňky obsahující látky, z nichž si tělo umí anabolické steroidy vytvořit samo. O vedlejších účincích těchto látek se toho zatím mnoho neví, ale pokud jsou užívány k nadměrnému zvýšení hladiny testosteronu, mají stejné negativní následky jako samotné anabolické steroidy. Existují různé typy anabolických steroidů – některé přípravky se užívají orálně, jiné se aplikují injekčně do svalu nebo se prodávají ve formě gelů a krémů, které se aplikují přímo na kůži. Nejriskantnějším způsobem je právě injekční aplikace, která ohrožuje uživatele anabolických steroidů podobně jako jiné injekční uživatele drog.

Typický uživatel anabolických steroidů bere svoji drogu v opakovaných cyklech, kterým se mezi kulturisty říká slangově „kúra“. Kúra trvá několik dní či týdnů, pak následuje přestávka a po nějaké době opět nová kúra. Neobvyklé není ani vrstvení anabolických steroidů - uživatelé kombinují vícero typů anabolických steroidů, případně užívají ještě jiné drogy, kombinují několik různých způsobů aplikace, případně se uchylují k látkám primárně určeným pro veterinární užití. Věří přitom, že různé steroidy v těle interagují a jejich kombinace ještě umocní nárůst svalové hmoty. Pro tuto domněnku ovšem neexistují žádné vědecké důkazy.

Jiný typ užívání anabolických steroidů bývá označován jako pyramidové užívání. Hovoří se o něm tehdy, když uživatel pomalu navyšuje užívané dávky, přidává další látky a zkracuje dobu mezi jednotlivými dávkami tak, že nejvyšších dávek dosáhne uprostřed kúry a poté znovu dávky snižuje na počáteční úroveň - taková pyramida obvykle trvá šest až dvanáct týdnů. Ani účinky takového postupu však nebyly nikdy potvrzeny.

Rizika

Užívání anabolických steroidů má mnoho negativních důsledků, z nichž některé mohou být hodně neatraktivní. Anabolické steroidy narušují normální funkce hormonálního systému a způsobují tak vratné i nevratné změny. Mezi vratné změny patří snížená produkce spermatu, scvrkávání varlat; nevratné je například řídnutí vlasů a plešatost nebo nárůst prsou u mužů. U žen vede užívání anabolických steroidů k maskulinizaci, zmenšení prsou a ztrátě tuku, zdrsnění kůže, zvětšení klitorisu a prohloubení hlasu. Ženy mohou zažívat ztrátu vlasů spolu s nárůstem tělesného ochlupení.

Užívání anabolických steroidů v ranném věku může způsobit předčasné zastavení růstu. Dále může vést k mozkové příhodě, zástavě srdce, ovlivňuje množství cholesterolu v krvi. To vše i v pozdějším věku. Anabolické steroidy zvyšují riziko rozvoje aterosklerózy, krevních sraženin v cévách, rakoviny nebo jiných poškození jater. Začne se tvořit akné, cysty na kůži a pokožka a vlasy se začnou nepřiměřeně mastit. Zvláštní skupinou rizik jsou pak rizika spojená s injekčním užíváním (sdílením jehel, používáním nesterilního náčiní, nesprávnou aplikací), sem patří přenos infekčních chorob (HIV, žloutenky A, B, C), bakteriálních infekcí, případně riziko abscesu.

Velmi časté jsou účinky užívání anabolických steroidů na chování a prožívání. Nejčastěji to jsou záchvaty agrese. Velká část uživatelů anabolických steroidů trpí svalovou dysmorfii – chorobným přesvědčením, že mají malé svaly.

Většina informací o rizicích užívání anabolických steroidů pochází z případových studií, bylo provedeno jen velmi málo epidemiologických šetření, testy na zvířatech však mnohá tvrzení podporují (<http://extc.cz/anabolicke-sterodiy.html> [cit. dne 28. 10. 2010]).

1.3 Nejčastější faktory s vlivem na užívání návykových látek u studentů a učňů

1.3.1 Osobnost žáků SŠ a SOU

U některých osobností lze najít větší predispozice pro vznik závislosti – jedná se o osobnosti inklinující k problémům.

Osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné – mají problém v komunikaci s okolím, autoritami a nejsou schopny navázat partnerský vztah. K drogám se uchylují jako ke způsobu řešení osobních problémů. Zpravidla jde o drogy, které je dostávají do euforických stavů.

Osoby extrovertní – reakce obrací navenek. Projevují se zvýšenou dráždivostí, sníženou schopností koncentrace, sklony k impulzivité a dramatizování spolu se zvýšenou sebestředností. U takto strukturovaných osobností dochází k užití drog za účelem prožití si klidu, harmonie a celkového uvolnění.

Porucha sebehodnocení. Mladí lidé jsou konfrontováni s mnoha existenčními otázkami, které neumějí sami řešit. Kdo jsem? Co mi přinese budoucnost? Má život vůbec nějaký smysl? Náhlé ukončení nějakého vztahu, rozvod rodičů, smrt blízké osoby nebo i přesun do nového prostředí, je spojeno s nejistotou a ztrátou orientace. To právě dospívající těžko zvládají a obtížně se s tím vyrovnávají. Toto vše zvyšuje riziko pro užití návykových látek (http://www.sos-ub.cz/prevence/4_2_2.php [cit. dne 28. 10. 2010]).

1.3.2 Vliv prostředí na osobnost žáka SŠ a SOU

Postoj bezprostředního okolí k drogám. Vliv party podporující návyk právě tak jako nekritický postoj rodičů k alkoholu udělá své. V období přechodu od dítěte k mladistvému si člověk může hledat „falešné přátele“. Jde o vlivy, které působí nejméně výrazněji a v největší možné šíři. Jde vlastně o všechno, co nás obklopuje a s čím přicházíme do styku v průběhu socializace. Ve společnosti dochází k formování osobnosti jedince, jeho myšlení, chování, budují se jeho citové vazby, vytváří se hodnotový žebříček. Nezastupitelné místo v tomto širokém procesu má rodina. I v případě vzniku závislostí hraje rodina tu nejhlavnější roli.

A) Rodinné prostředí žáka

Vžití je přesvědčení mnohých rodičů, vychovatelů a pedagogů, že příčinou zneužívání návykových látek u dětí a mládeže je špatný kamarád, nedobrá parta nebo vliv narušené mládeže. Naopak se často potvrzuje, že jedinec, který vyrůstá v dobrém rodinném prostředí, se také často setkává s narušenými jedinci, se špatnou partou a s nepříznivě působícími vrstevníky. Ale nepodléhá jim, jeho vývoj není vážně narušen a dokáže se vyhnout negativnímu vlivu. Pokud přesto podlehně, obvykle na krátkou dobu s následnou obnovou původního chování. Manipulace s drogou se obvykle omezí na určité období experimentování.

Dvě nejčastěji uváděné chyby rodičů:

1. **Rodiče neplní dostatečně své funkce**, nestarají se o děti, omezují se pouze na uspokojování základních životních potřeb (jídlo a oblečení), nebo kompenzují svůj nezájem přidělováním většího množství peněz, bez zpětné kontroly, za co je dítě utratilo. V rodině probíhá komunikace, která se omezuje jen na nutná funkční sdělení. Jsou zde časté konflikty mezi rodiči i mezi rodiči a dětmi. V takovém případě přebírá vliv vrstevnická skupina, ve které nachází dítě náhradu za svoji rodinu a identifikuje se s ní.
2. **Rodiče jsou pečliví až úzkostní ve výchově dítěte**. Výchova je založena až na perfekcionalismu, kde je před dítětem „zametána cestička“. Jde o model hyperprotektivní matky, kdy matka není schopna vyvíjet se s věkem dítěte, ale neustále ho vidí jako malé dítě. V pubertálním věku je to pro dítě nepřijatelné chování. Jeho potřeby sebeprosazení a identifikace chápe matka jako zradu. Dítě se snaží vymanit z daného rodinného prostředí a snaží se jakoukoli formou dát najevo svojí samostatnost a touhu po osamostatnění se.

B) Vliv vrstevníků na žáka

Být součástí vrstevníků je pro mladistvého „náhrada rodiny“ a je to velice důležité. Vliv vrstevnických skupin z hlediska toxikomanie může být ambivalentní. Na jedné straně skupina, která preferuje braní drogy, na straně druhé skupina, která ji odmítá.

Výrazně rizikovými skupinami mohou být nábožensky orientované skupiny či sekty, u kterých je vztah k drogám vysoce tolerantní, ale i příznivci životní filozofie a módních trendů, jako jsou např. „house“ kultura, „rave“ party, „techno“ party apod. Droga je zde chápána jako módní prostředek pro dosažení příjemného stavu.

C) Žákův partnerský vztah

Život s toxikomanem je nesnesitelný a většinou dochází k rozpadu vznikajících či trvalých partnerských vztahů. Na druhé straně se může nerovnost v partnerském vztahu stát důvodem pro počátek užívání drog (domácí násilí, psychické týrání, nedostatečné citové zázemí apod.). Pokud se partner rozhodne pro život s narkomanem, musí být připraven na to, že danou situaci nezvládne a pod tíhou psychických depresí se stane sám závislým.

D) Workoholismus

Lidé, kteří jsou v práci přexponováni, unaveni a věnují svému zaměstnání (studiu) 24 hodin denně, mohou sáhnout po stimulačních prostředcích, které se pro ně stávají formou, jak překonat úskalí únavy a načerpat nové síly. V těchto případech zcela evidentně chybí relaxace a odpočinek, které nelze ničím jiným nahradit.

E) Vliv médií na žáka

Nevhodný způsob informací o drogách a drogové problematice může vyvolat u dospívající mládeže chuť k experimentu s drogou. Na druhé straně kriminalizované a zprostředkované informace o toxikomanech a jejich způsobu života v bulvárním tisku mohou vyvolat nepřijatelnou reakci společnosti a tím napomáhat vytvářet nesprávný a zkreslený názor na drogovou problematiku a způsoby jejího řešení.

F) Dostupnost drogy pro žáka

Nabídka drog je velmi široká. Pro nejčastěji zneužívané drogy, jako jsou pervitin, marihuana či extáze, nemusí jejich uživatel cestovat a složitě je shánět. Jsou k dostání i v malých městech a na vesnicích (<http://www.sos-ub.cz/prevence/4_2_2.php> [cit. dne 28. 10. 2010]).

1.4 Primární prevence ve školním prostředí

Povinnost realizovat primární prevenci rizikového chování vymezují a ukládají školám a školským zařízením tyto zákony, vyhlášky a dokumenty:

- § 29 odst. 1 a § 30 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
- Dále § 18 písm. c) zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Koncepce státní politiky pro oblast dětí a mládeže.
- Národní strategie protidrogové politiky.
- Strategie prevence kriminality.
- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy.

V souladu s výše uvedenými dokumenty je Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 20 006/2007-51 směrodatným předpisem, který prevenci začleňuje do školního vzdělávacího programu, upravuje a vysvětluje terminologii, popisuje instituce, které jsou součástí systému prevence, vymezuje úlohu pedagoga pověřeného primární prevencí a úlohu Minimálního preventivního programu. Obsahuje i doporučení, jak má škola postupovat v případě výskytu určité rizikové formy chování dětí a mládeže.

Tento Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 20 006/2007-51 je od listopadu 2010 nahrazen **Metodickým doporučením k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže č.j. 21291/2010-28**. Jehož součástí je praktický návod pro školy, jak se zachovat při výskytu určitého rizikového chování ve školách.

Koordinaci školní primární prevence rizikového chování v České republice má v kompetenci **Úsek prevence a institucionální výchovy MŠMT**.

Na regionální úrovni splňuje koordinační a zabezpečovací funkci **Krajský úřad**, který jmenuje kvalifikovaného pracovníka na pozici **krajského školského koordinátora prevence**.

V působnosti okresu zajišťuje specifickou primární prevenci **okresní metodik prevence, který je zaměstnancem Pedagogicko-psychologické poradny.**

Za primární prevenci sociálně patologických jevů ve školách a školských zařízeních odpovídá **ředitel školy**, který především vytváří podmínky pro její realizaci. Do funkce **školního metodika prevence** jmenuje pedagogického pracovníka, který má odborné i osobnostní předpoklady. Činnost školního metodika prevence upravuje Vyhláška č. 72 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.

V neposlední řadě je tu **třídní učitel**, který úzce spolupracuje se školním metodikem prevence.

Školní metodik prevence vytváří preventivní programy, jejichž realizaci koordinuje, organizuje a zároveň kontroluje. Aktivity a preventivní programy zaměřuje na prevenci sociálně patologických jevů, které vymezuje Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže č.j. 21291/2010-28.

Dále pak metodicky vede činnost ostatních pedagogických pracovníků, kteří realizují preventivní aktivity ve svých vyučovacích předmětech, a zároveň zabezpečuje jejich další vzdělávání. Řeší projevy rizikového chování, v případě potřeby a závažnosti problému kontaktuje orgány státní správy a samosprávy, popřípadě odborné pracoviště, které se zabývá preventivní, poradenskou, krizovou nebo terapeutickou činností. Na třídních schůzkách informuje rodiče žáků a studentů o preventivní činnosti ve škole a organizuje pro ně odborné semináře.

ŠMP vypracovává Minimální preventivní program, který obsahuje plán preventivních aktivit na celý školní rok. Tento dokument podléhá kontrole České školní inspekce. Zároveň vypracovává hodnocení plnění Minimálního preventivního plánu za uplynulý školní rok. Oba dokumenty poskytuje k evaluaci metodikovi prevence v Pedagogicko-psychologické poradně, se kterým úzce spolupracuje.

Ve školách a školských zařízeních se primární prevence uskutečňuje přímo ve výuce, ale také mimo vyučování. Obě tyto formy prevence mají své charakteristické znaky, podle nichž se rozlišuje prevence specifická a nespecifická. Specifická prevence probíhá ve výuce a nespecifická prevence se uskutečňuje v době mimo vyučování, ale není to vždy zcela jednoznačné. Navíc rozdíly se netýkají pouze okolností, za jakých prevence probíhá, ale také obsahu, metod a forem práce i organizace práce.

- **Nespecifická prevence**, nebo-li nepřímé preventivní působení, zahrnuje takové činnosti, které obecně podporují zdravý životní styl a zaměřují se na osvojování pozitivního sociálního chování. Uskutečňuje se v rámci zájmových, sportovních a jiných volnočasových aktivit. Jde o programy, které smysluplně využívají volný čas, směřují k rozvoji osobnosti a vedou žáky k odpovědnosti za své jednání. Veškeré tyto aktivity mají podpůrnou funkci, současně výchovnou funkci a měly by být nedílnou součástí specifické prevence. Z toho důvodu tento typ prevence proniká i do vyučovacích hodin (např. hry a aktivity zaměřené na posílení pozitivních vztahů ve třídě, práce ve skupinách).
- **Specifická prevence**, nebo-li přímé preventivní působení, naopak zahrnuje aktivity a programy, jejichž cílem je předcházení a omezování výskytu sociálně patologických jevů a různých forem rizikového chování u žáků a studentů. Obsahem jsou tedy konkrétní sociálně patologické jevy, které vymezuje Metodický pokyn pro primární prevenci rizikových forem chování u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních a uskutečňuje se především v rámci standardní výuky. Pedagogové nejčastěji své žáky a studenty informují především o rizicích a důsledcích těch kterých sociálně patologických jevů. Pakliže mají možnost, využívají nabídek externích odborníků a poskytovatelů služeb primární prevence, aby žáci a studenti získali nejen kvalifikované informace, ale také hlubší vhled do dané problematiky.

Minimální preventivní program (MPP) byl v Metodickém pokynu k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních č.j. 20 006/2007-51 popisován jako: „*konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností.*“

Každý školní rok se aktualizuje a také vyhodnocuje. Na jeho vypracování by se měli podílet všichni pedagogičtí pracovníci včetně školního metodika prevence, který pak koordinuje a kontroluje jeho realizaci.

MPP je ve své podstatě přehledný a konkrétní plán předem promyšlené a propracované strategie primární prevence, která se bude v daném školním roce realizovat. Doposud sice nebyla vypracována jednotná struktura MPP, ale existují doporučení a principy,

které by se při tvorbě měly respektovat, aby se při realizaci dosahovalo co nejefektivnějších výsledků (Metodický pokyn k primární prevenci patologických jevů, 2007, str. 1 - 7), (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování, 2010, str. 1 – 10).

2. PRAKTICKÁ ČÁST - Empirický výzkum

2.1 Cíl výzkumu a předpoklady

Cílem průzkumu je zmapování míry výskytu zkušeností žáků čtyř vybraných středních škol a středních odborných učilišť Jihočeského kraje s užíváním legálních a nelegálních návykových látek, nalezení faktorů ovlivňujících užívání těchto látek a srovnání preventivních strategií škol, na kterých průzkum probíhal.

Na základě cílů výzkumu byly stanoveny tyto předpoklady:

Předpoklad č. 1:

Lze předpokládat, že první zkušenosti s tabákem a alkoholem mají žáci SŠ a SOU již na ZŠ.

Předpoklad č. 2:

Lze předpokládat, že výskyt užívání nelegálních návykových látek je četnější u žáků SOU, než u žáků SŠ.

Předpoklad č. 3:

Lze předpokládat, že nejčastějším důvodem k užití drogy je u žáků SOU a SŠ zvědavost.

Předpoklad č. 4:

Lze předpokládat, že více zkušeností s užíváním drog mají studenti bydlící ve městě.

Předpoklad č. 5:

Lze předpokládat, že více zkušeností s užíváním drog mají žáci, kteří nejsou spokojeni s finanční situací své rodiny.

2.2 Metodika a popis zkoumaného vzorku

K získání dat pro vlastní výzkum byla zvolena dotazníková metoda. Charakteristiku dotazníku, a silné a slabé stránky této výzkumné metody, jsme analyzovali na základě poznatků metodologie pedagogického výzkumu. Například J. Skalková (1983, str. 86 - 90), M. Chráska (2007, str. 163 - 182). Po nastudování této problematiky byl sestaven dotazník pro studenty. Dotazník je anonymní, obsahuje 24 položek. V úvodní části dotazníku jsou uvedeny základní informace pro respondenty, jak postupovat při vlastním vyplňování dotazníku.

Položky dotazníku č. 1, 5, 6, 7, 19, 20, 21, 22, 23 a 24 byly použity ve zjednodušené podobě z dotazníku Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 03 a ESPAD 07 (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Byl však u nich zúžen výběr odpovědí.

Položky č. 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18 byly formulovány autorem bakalářské práce.

Položky č. 1 – 7 se dotazují na pohlaví, věk, bydliště, trávení volného času, domácnost a vztahy k blízkému okolí dotazovaných.

Položky č. 8 – 11 se týkají školy, ve které korespondenti studují.

Položky č. 12 – 14 jsou zaměřeny na kouření cigaret.

Položky č. 15 – 17 se zabývají konzumací alkoholu.

Položky č. 18 – 20 zjišťují informovanost žáků o drogách, dostupnost těchto látek, a v neposlední řadě monitorují zkušenosti studentů s užitím jednotlivých drog.

Položka č. 21 uvádí důvody, které vedly žáky k užití drogy.

Položka č. 22 monitoruje postoje studentů k užívání návykových látek.

Položky č. 23 – 24 mapují spokojenost žáků se svým životem a svojí životní situací.

Poté byla použita metoda analýzy dokumentů. V tomto případě byly porovnávány Minimální preventivní programy zúčastněných škol se zaměřením na odlišnosti v preventivní strategii daných škol.

2.3 Popis průběhu výzkumu

Vlastní snímání dotazníku bylo provedeno na čtyřech středních školách a středních odborných učilištích v Jihočeském kraji. Při výběru těchto škol byl kladen důraz na to, aby byly z měst rozdílných velikostí. Vybrány byly tyto školy:

VOŠ, SPŠ automobilní a technická v Českých Budějovicích, s celkovým počtem žáků cca 1364, SOŠ elektrotechnická v Hluboké nad Vltavou, s celkovým počtem žáků cca 486, SOŠE a SOU v Kaplici, s celkovým počtem žáků cca 495 a SOŠ a SOU v Trhových Svinech, s celkovým počtem žáků cca 305.

V úvodní části tohoto dotazníkového šetření byli osloveni ředitelé, popřípadě zástupci ředitelů, těchto škol. A byl vyžádán souhlas s umožněním provedení tohoto výzkumu na školách. Poté byli kontaktováni školní metodici prevence na zúčastněných školách, kvůli zpřístupnění Minimálních preventivních programů.

Distribuci dotazníků do škol řídil osobně autor bakalářské práce. Vlastní sběr dat probíhal v měsíci říjnu 2010 zadáním dotazníků studentům třetích ročníků studijních a učebních oborů třídními učiteli těchto vybraných tříd. Tyto ročníky byly zvoleny záměrně, z důvodů co nejdelší působnosti žáků na SŠ a SOU. Tím i delší doby, po kterou mohli být žáci ovlivněni preventivními strategiemi těchto škol. Třídní učitelé byli informováni o způsobu zadávání dotazníků žákům, aby proběhlo zadání dotazníků na všech školách co nejhodněji - bez větších rozdílů - za stejných podmínek. Třídní učitelé byli přítomni po celou dobu vyplňování a dohlíželi i na sběr vyplněných dotazníků. Tímto bylo dosaženo 100 % návratnosti dotazníků.

2.4 Zpracování dat

Získaná data byla pečlivě vkládána do počítače. Před vlastní editací dat byla provedena optická kontrola všech dotazníků, zda jsou vyplněny základní socio-demografické údaje (pohlaví a věk). Data byla zadávána do tabulek MS Excel.

Z vložených získaných údajů byly vytvořeny kontingenční tabulky. Kvůli efektivnímu, rychlému a snadnějšímu zatřídění dat v MS Excel. Výstup výzkumu je zpracován formou tabulek a grafů. Výsledky jsou prezentovány v číselných hodnotách i v procentech.

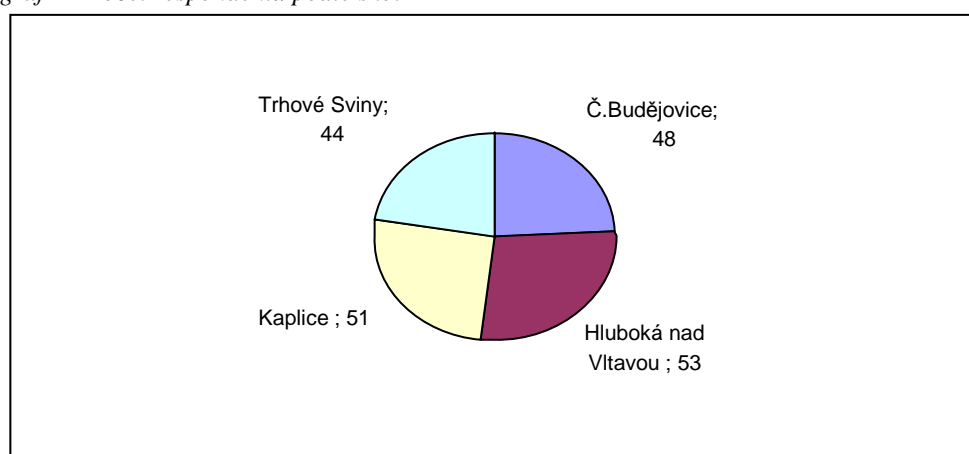
2.5 Prezentace základních charakteristik souboru respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem 196 žáků ze čtyř škol. 87 žáků studijních oborů a 109 žáků učebních oborů. Průměrného věku 17,5 let. Z toho bylo 127 mužů a 59 žen.

Tabulka 1 - Počet respondentů podle škol

	Č.Budějovice	Hluboká nad Vltavou	Kaplice	Trhové Sviny	Σ
SŠ	18	30	21	18	87
SOU	30	23	30	26	109
Σ	48	53	51	44	196

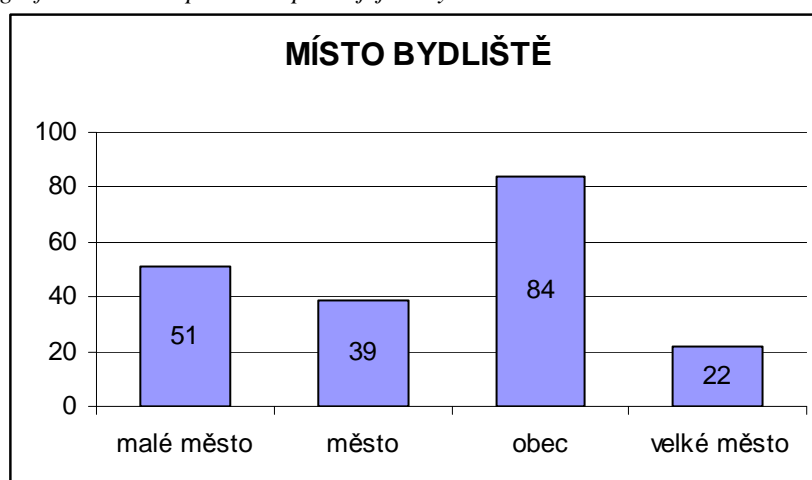
graf 1 - Počet respondentů podle škol



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 196$

Nejčastější bydliště dotazovaných je obec, poté malé město, město a nejméně jich bydlí ve velkém městě.

graf 2 - Počet respondentů podle jejich bydliště



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 196$

2.6 Prezentace a interpretace výsledků dotazníkového šetření

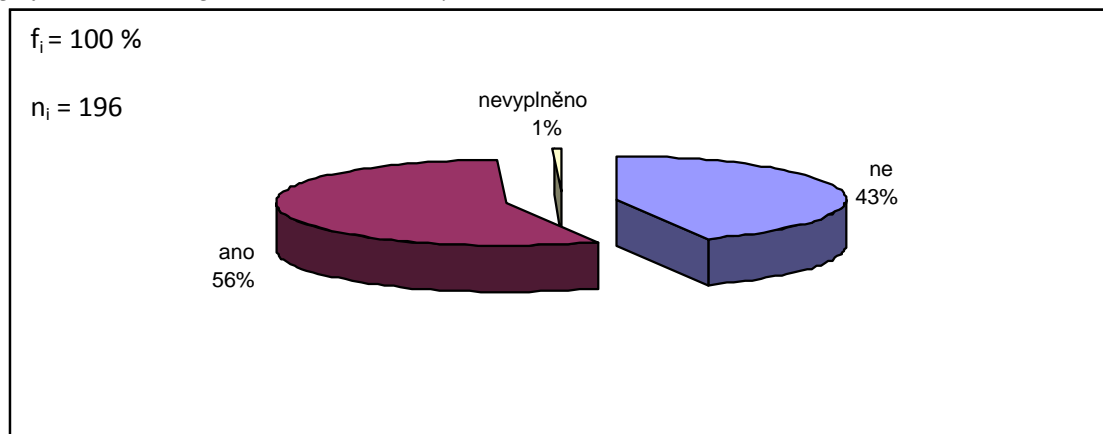
Všechny položky dotazníku byly vyhodnoceny, ale z prostorových důvodů jsou zde prezentovány jen položky úzce související s ověřením jednotlivých předpokladů.

Ověření předpokladu č. 1:

Lze předpokládat, že první zkušenosti s tabákem a alkoholem mají žáci SŠ a SOU již na ZŠ.

Předpoklad č. 1 jsme ověřovali pomocí položek dotazníku číslo 13 a 16. Žáci začínají s kouřením a ochutnáváním alkoholu v průměrném věku kolem 13 roku života. Tímto zjištěním se potvrdilo tvrzení, že s tím začínají již v době, kdy jsou žáky základních škol. Průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret je 12,9 let. Z výsledků odpovědí na položku dotazníku č. 14 vyplynulo, že v současnosti kouří cigarety 110 dotazovaných, to je 56 % zúčastněných. Nekouří 85 žáků, to je 43 %. Jeden respondent tuto položku dotazníku nevyplnil.

graf 3 - Kouření cigaret u žáků – současný stav

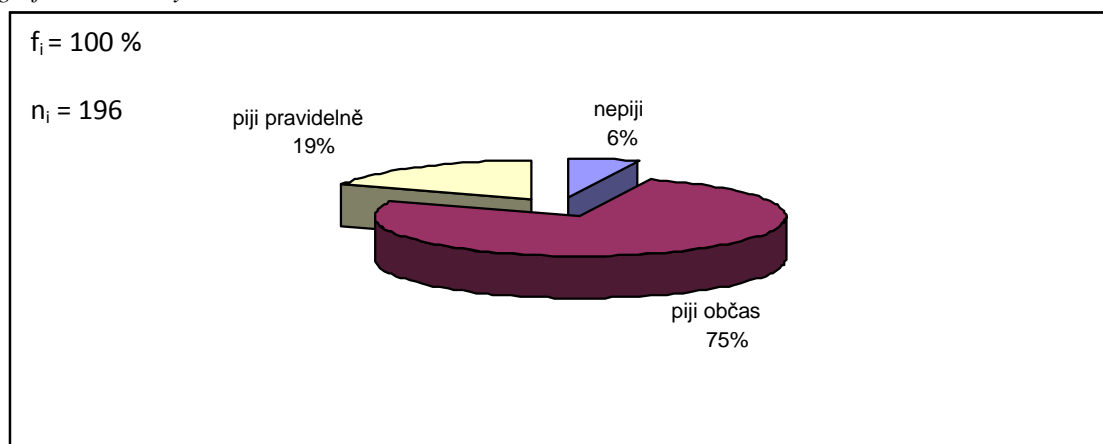


Leg.: V grafu uvádíme údaje v relativních četnostech, f_i , n_i .

V položce dotazníku č. 12 celých 97 % dotazovaných žáků uvedlo, že zná někoho ze svého blízkého okolí, kdo kouří cigarety. První zkušenosti s užitím alkoholu uvádějí studenti v průměrném věku 13,2 let. Jen 2 žáci z dotazovaného vzorku uvedli, že nemají zkušenost s konzumací alkoholu. Podle výsledků odpovědí na položku dotazníku č. 17 nyní 11 studentů nepije alkohol vůbec, to je 6 % žáků. Občas konzumuje alkohol 148 dotazovaných, to je 75 % a to nejčastěji při příležitosti různých oslav (například narozenin). 37 zúčastněných pije alkohol pravidelně, a to většinou

o víkendech, na diskotékách apod. Je to 19 % vzorku. Fakt, že až 73 % dotazovaných žáků zná ve svém blízkém okolí někoho, kdo často pije alkohol, vyplynul z odpovědí na položku dotazníku č. 15.

graf 4 - Současný vztah žáků k alkoholu



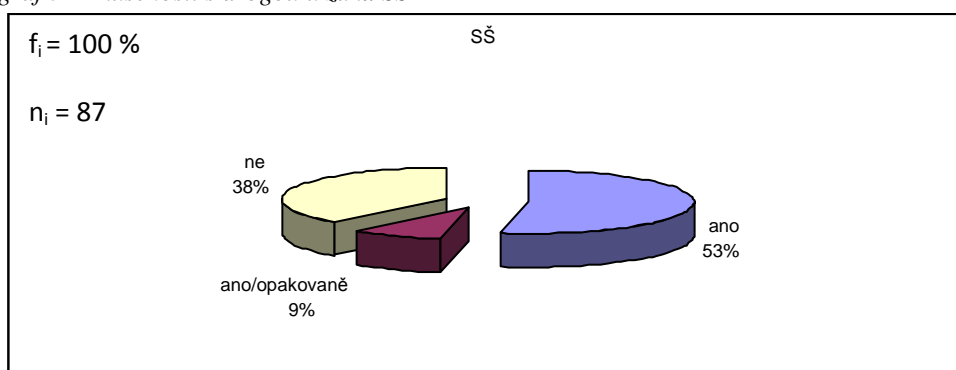
Leg.: V grafu uvádíme údaje v relativních četnostech, f_i , n_i .

Ověření předpokladu č. 2:

Lze předpokládat, že výskyt užívání nelegálních návykových látek je četnější u žáků SOU, než u žáků SŠ.

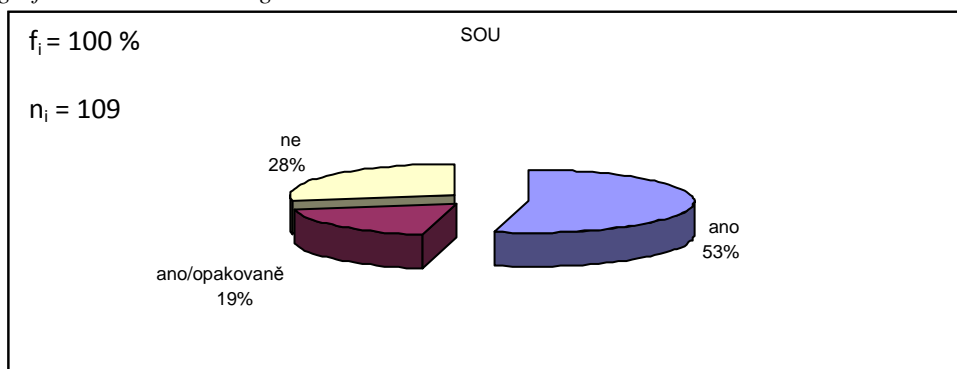
Předpoklad č. 2 byl ověřován z položky dotazníku č. 20. Tato položka dotazníku sloužila zároveň jako filtrační (rozřazovací) otázka. Žáci, kteří zde odpověděli, že mají jednorázovou, popřípadě opakovanou zkušenost s užitím nějaké nelegální návykové látky, byli posléze zkoumáni v různých souvislostech. Například zda jsou žáky SOU nebo SŠ. Podle získaných dat byl tento předpoklad potvrzen. U učňů byl zaznamenán o 10 % vyšší výskyt zkušeností s užitím návykových látek oproti žákům SŠ. O těchto 10 % je navýšena skupina učňů, kteří mají zkušenosti s opakovaným užitím drog.

graf 5 - Zkušenosti s drogou u žáků SŠ



Leg.: V grafu uvádíme údaje v relativních četnostech, f_i , n_i .

graf 6 - Zkušenosti s drogou u učňů



Leg.: V grafu uvádíme údaje v relativních četnostech, f_i , n_i .

Ověření předpokladu č. 3:

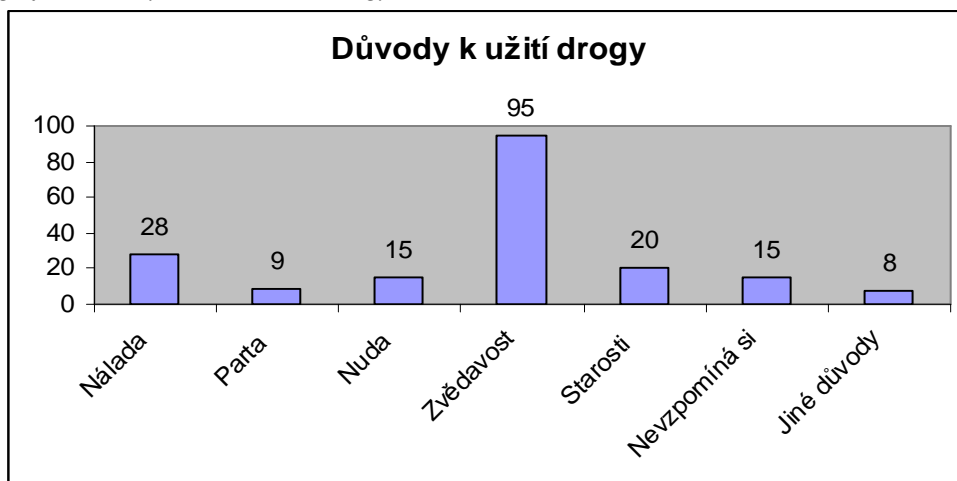
Lze předpokládat, že nejčastějším důvodem k užití drogy je u žáků SOU a SŠ zvědavost.

Předpoklad č. 3 byl ověřován položkou dotazníku č. 21, na kterou odpovídali pouze žáci mající zkušenost s užitím nějaké drogy. U této položky dotazníku mohli žáci označit více odpovědí. Mezi nejčastějšími důvody, které vedly k experimentálnímu užití drogy, byla uvedena na prvním místě zvědavost, poté touha dostat se do nálady a potřeba zapomenout na starosti. Stanovený předpoklad, že nejčastěji uvedeným důvodem bude zvědavost, byl potvrzen.

Tabulka 2 - Důvody k užití nelegální návykové látky

Nálada	Parta	Nuda	Zvědavost	Starosti	Nevzpomíná si	Jiné důvody
28	9	15	95	20	15	8

graf 7- Důvody vedoucí k užití drogy



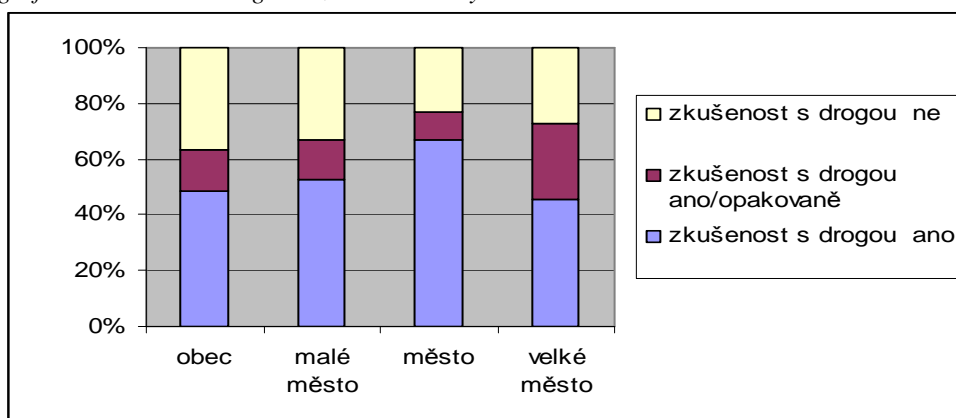
Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech

Ověření předpokladu č. 4:

Lze předpokládat, že více zkušeností s užíváním drog mají studenti bydlící ve městě.

Předpoklad č. 4 jsme ověřovali u žáků majících zkušenost s drogou na položce dotazníku č. 3. Z výsledků vyplynulo, že studenti žijící ve městě mají ze zkoumaného vzorku nejvíce jednorázových zkušeností. K opakovanému užití návykových látek dochází v největší míře u studentů z velkého města. Tímto se potvrzuje předpoklad č. 4.

graf 8 - Zkušenost s drogou v závislosti na bydlišti



Leg.: V grafu uvádíme údaje v kumulativních četnostech

Tabulka 3 - Zkušenost s drogou v závislosti na bydlišti

BYDLIŠTĚ	zkušenost s drogou			Σ
	ano	ano/opakovaně	ne	
obec	41	12	31	84
malé město	27	7	17	51
město	26	4	9	39
velké město	10	6	6	22
Σ	104	29	63	196

Leg.: V tabulce uvádíme údaje v absolutních četnostech

Ověření předpokladu č. 5:

Lze předpokládat, že více zkušeností s užíváním drog mají žáci, kteří nejsou spokojeni s finanční situací své rodiny.

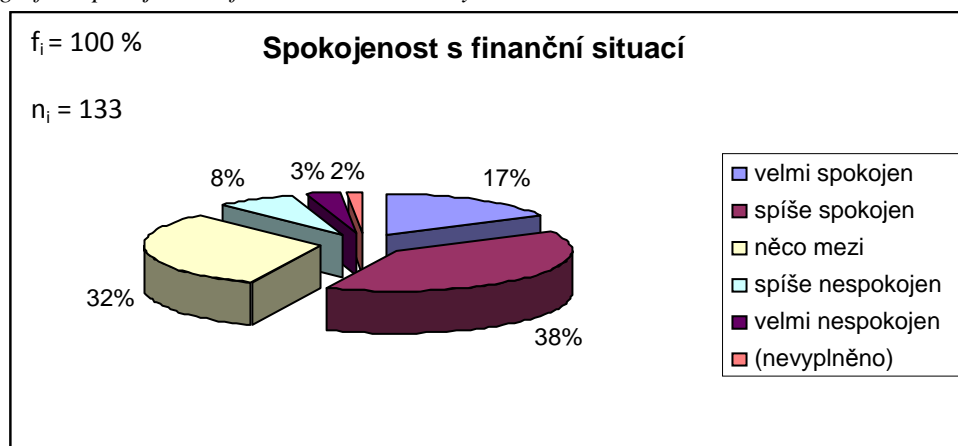
Předpoklad č. 5 byl ověřován u žáků se zkušeností s drogou na položce dotazníku č. 24. 55 % dotazovaných, kteří mají zkušenost s užitím drogy, jsou spokojeni s finanční situací své rodiny, ve které žijí. Nespokojeno je 11 % uživatelů návykových látek. Z tohoto zjištění vyplývá, že stanovený předpoklad se nepotvrdil.

Tabulka 4 - Spokojenost s finanční situací rodiny

Spokojenost s finanční situací rodiny	Zkušenost s drogou		Σ
	ano	ano/opakovaně	
velmi spokojen	18	5	23
spíše spokojen	40	12	52
něco mezi	33	9	42
spíše nespokojen	7	3	10
velmi nespokojen	4	0	4
(nevyplněno)	2	0	2

Leg.: V tabulce uvádíme údaje v absolutních četnostech

graf 9- Spokojenost s finanční situací rodiny

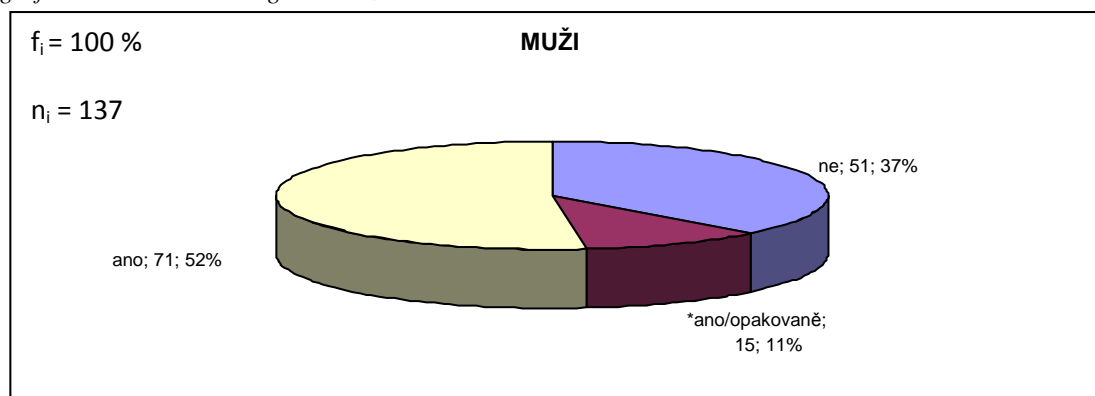


Leg.: V grafu uvádíme údaje v relativních četnostech, f_i , n_i .

Zkušenosti s užíváním drog

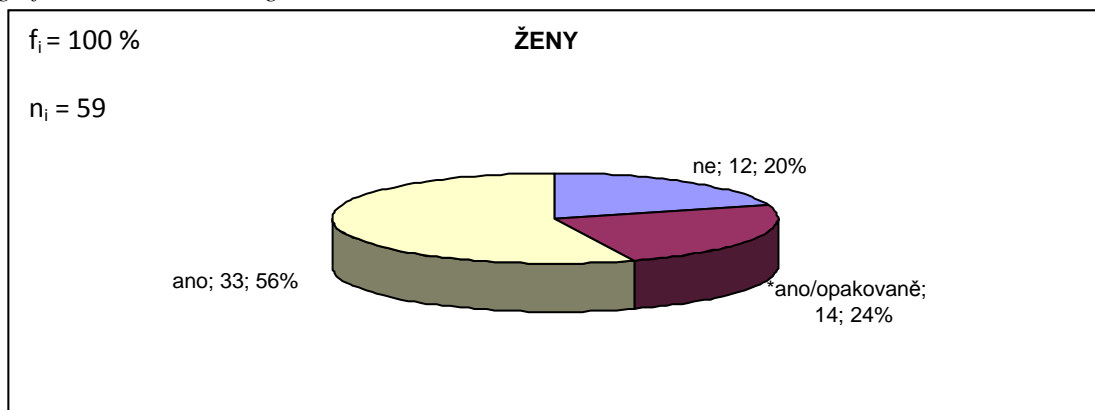
Zkušenost s užitím nějaké nelegální drogy má 133 respondentů, z toho 29 užilo tuto látku opakovaně. 63 dotazovaných nemá s užitím nelegálních návykových látek žádné zkušenosti. K jednorázovému užití došlo u 104 žáků.

graf 10 - Zkušenost s drogou u mužů



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních i relativních četnostech, f_i , n_i .

graf 11 - Zkušenost s drogou u žen

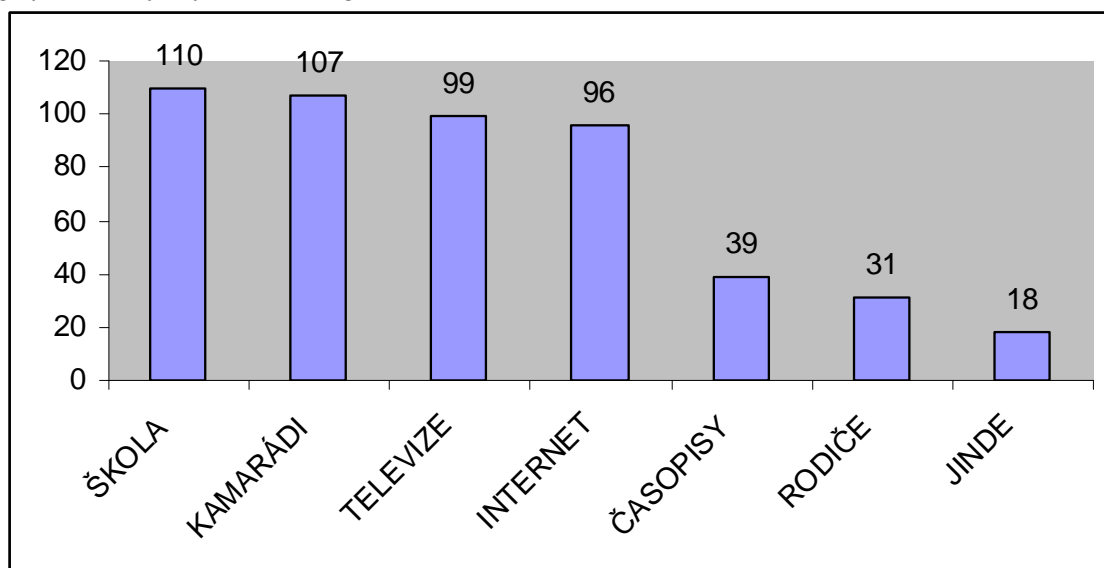


Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních i relativních četnostech, f_i , n_i .

U zkoumaného vzorku bylo zjištěno, že zkušenosti s návykovou látkou má 63 % ze 137 mužů. Z toho 11 % ji užilo opakovaně. U žen má tuto zkušenost 80 % z 59, opakovaně užilo 24 % žen. Z tohoto zjištění by se dalo usuzovat, že ženy mají více zkušeností s užitím nějaké návykové látky a to i s opakovaným užíváním těchto látek.

U položky dotazníku č. 18, zaměřené na zdroj informací o drogách, byly nejvíce frekventovanými odpověďmi škola, kamarádi, televize a internet. Je potěšujícím zjištěním, že se škola umístila mezi hlavními zdroji informací o drogách.

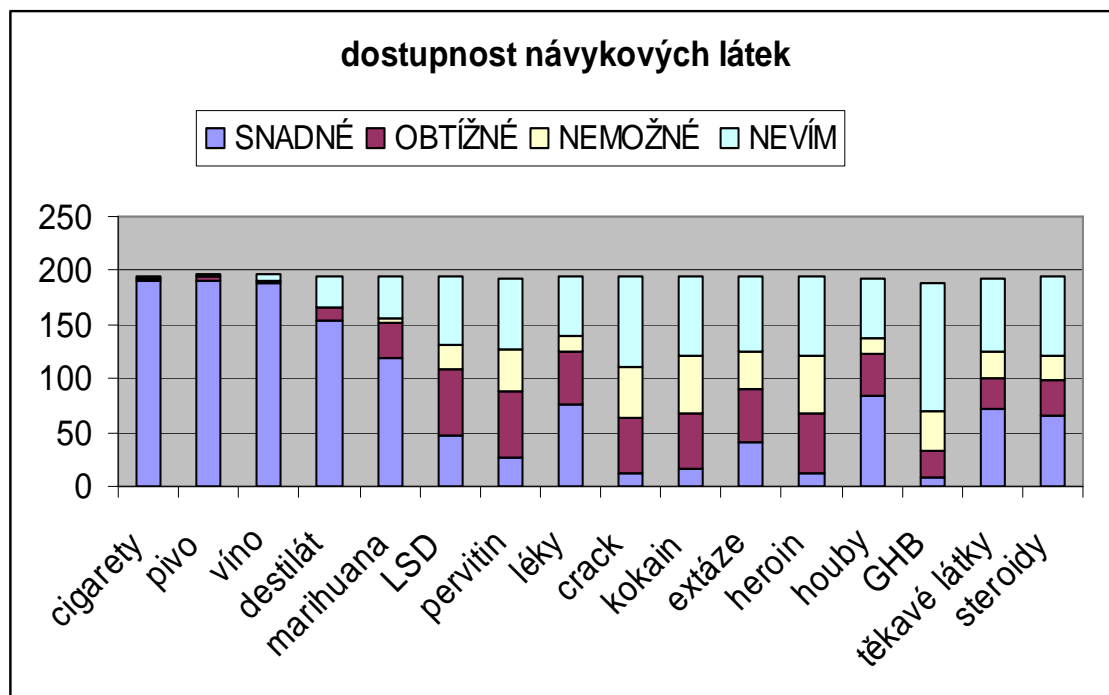
graf 12 - Zdroje informací o drogách



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech

U položky dotazníku č. 19, kde měli žáci zhodnotit dostupnost jednotlivých návykových látek, se mezi snadno dostupné látky spolu s cigaretami, pivem, vínem a destiláty zařadila i marihuana.

graf 13 - Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek

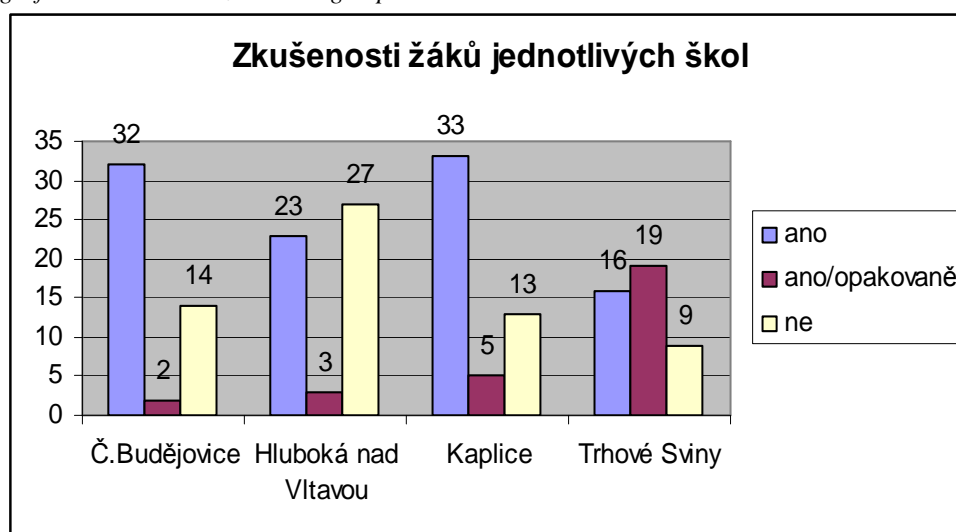


Leg.: V grafu uvádíme údaje v kumulativních četnostech

Míra výskytu zkušeností s užitím nelegální návykové látky

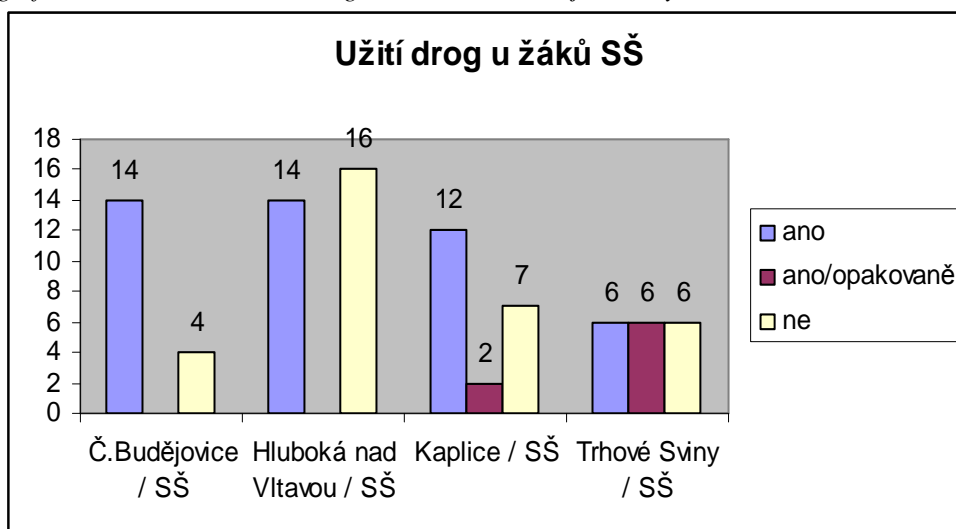
Dále byla porovnávána míra výskytu zkušeností studentů a učňů na jednotlivých školách. Výsledky porovnání jsou patrné z následujících grafů.

graf 14 - Zkušenosti žáků s drogou podle škol



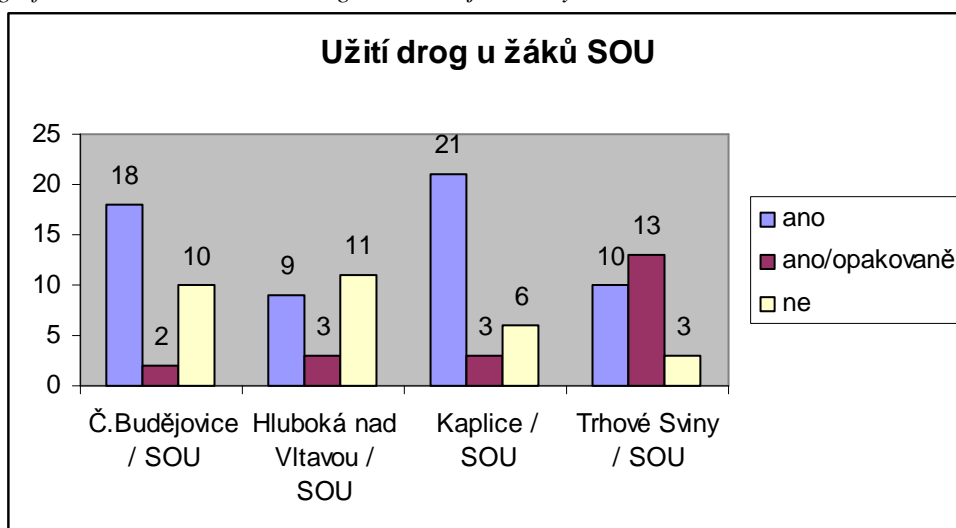
Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech

graf 15 - Zkušenosti s užitím drog u středoškoláků na jednotlivých školách



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech

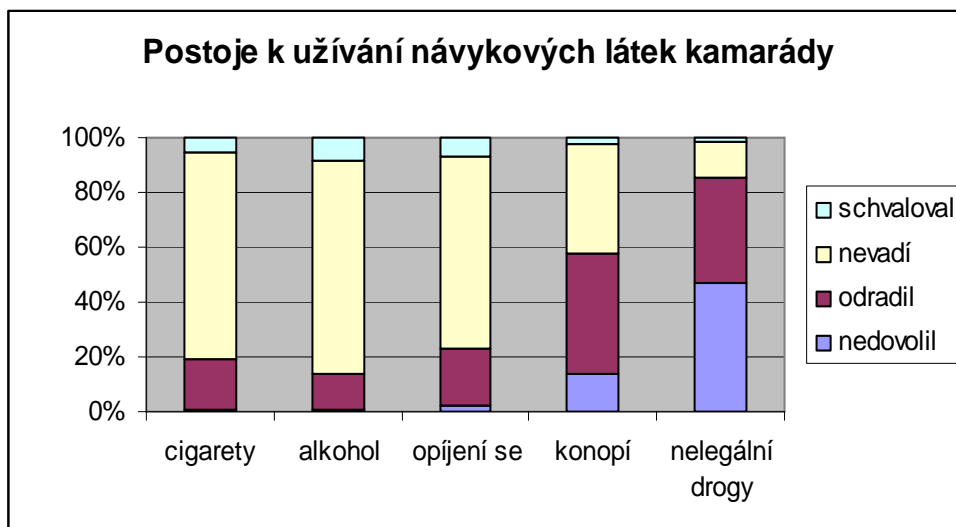
graf 16 - Zkušenost s užitím drog u učňů na jednotlivých školách



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech

Vyhodnocením dat zaměřených na postoje žáků k užívání návykových látek svými kamarády, v položce dotazníku č. 22, bylo zjištěno, že většině respondentů nevadí u svých přátel, když pijí alkohol a kouří cigarety. Menší tolerance byla zjištěna k opíjení se. Jako pozitivní zjištění může být považováno, že na kouření konopných drog a užívání ostatních nelegálních drog převládají negativní reakce.

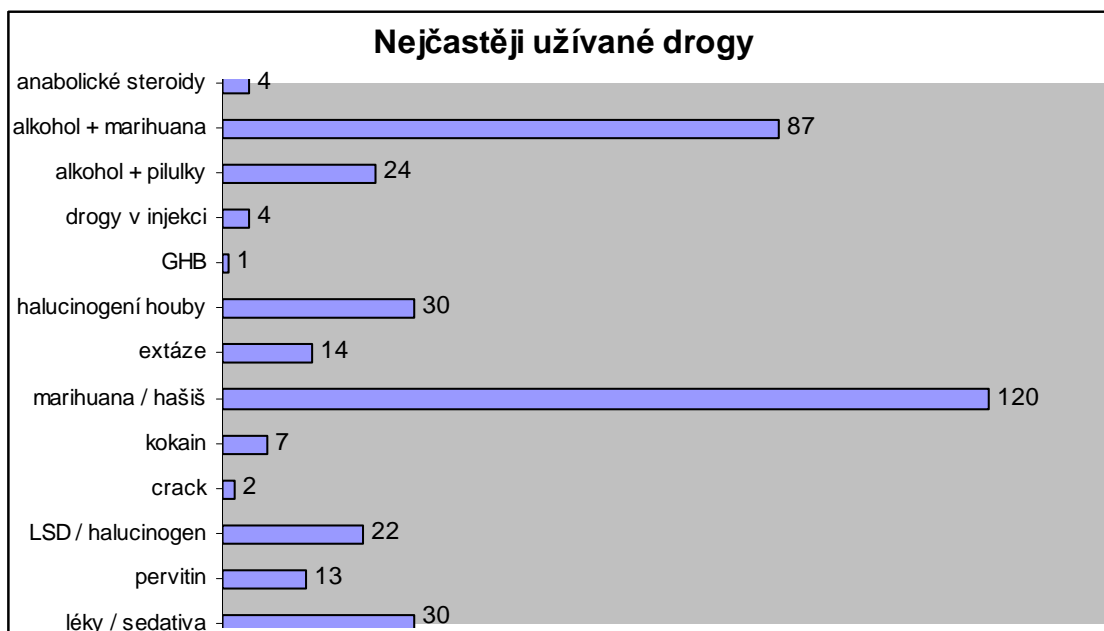
graf 17 - Postoje, které zaujímají žáci k užívání návykových látek kamarády



Leg.: V grafu uvádíme údaje v kumulativních četnostech

Z výsledků odpovědí na položku dotazníku č. 20 je patrné, že nejčastěji zneužívanou drogou je marihuana a to užitá samostatně, nebo společně s alkoholem. Jako druhá nejčastěji zneužívaná návyková látka byly zjištěny halucinogenní houby spolu s léky - sedativy.

graf 18 - Nejčastěji užívané drogy



Leg.: V grafu uvádíme údaje v kumulativních četnostech

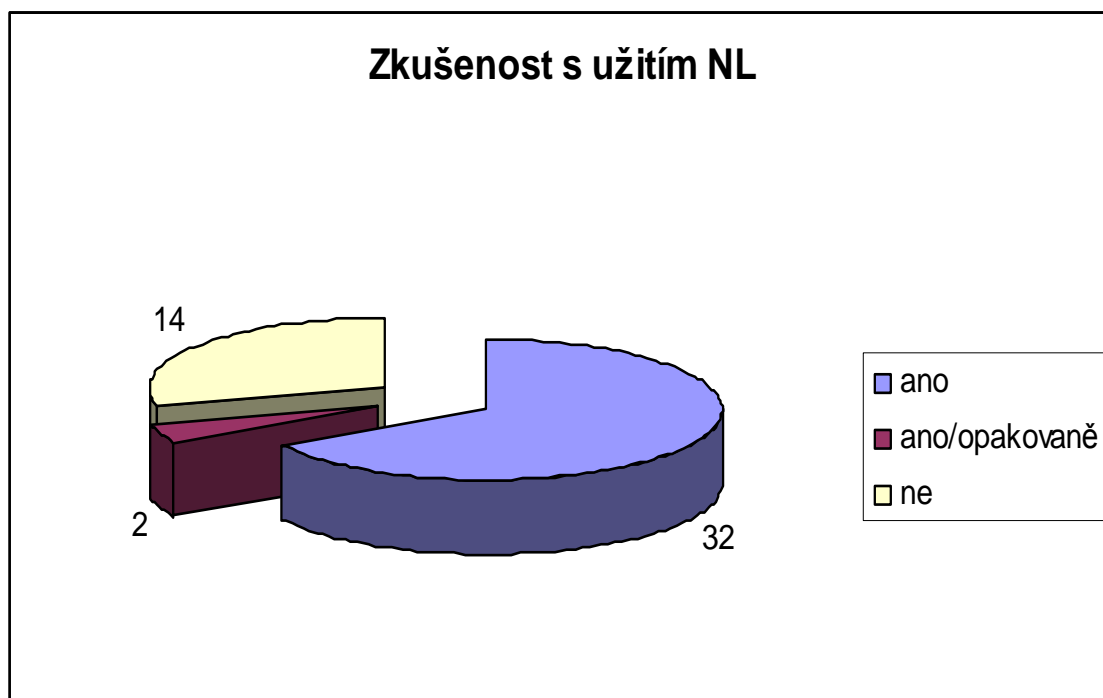
Hledání souvislostí u žáků s opakovanými zkušenostmi s nelegálními návykovými látkami na jednotlivých školách.

České Budějovice

V Českých Budějovicích byli zjištěni dva žáci, muži, kteří v dotazníku uvedli, že užili nějakou návykovou látku opakovaně. Jsou to žáci SOU, oba bydlí v obci a do školy denně dojíždí. Jsou to kuřáci cigaret a občas pijí alkohol. Jeden žije v úplné rodině s vlastními rodiči a sourozenci. Tento žák užil opakovaně marihuanu a léky.

Jednorázovou zkušenost měl s halucinogenními houbami. Jako důvod užití uvedl starosti a možnost dostat se do nálady. Tento student je nespokojen se svým zdravotním stavem. Druhý žák žije v neúplné rodině bez matky, s níž má špatné vztahy. Opakovaně užil pervitin a to z důvodu, že neměl co dělat. Experimentoval také s léky, LSD, crackem, halucinogenními houbami a marihuanou. Rodiče tohoto druhého žáka nevědí o jeho sobotních nočních aktivitách.

graf 19 - Zkušenost žáků s užitím drog v Českých Budějovicích

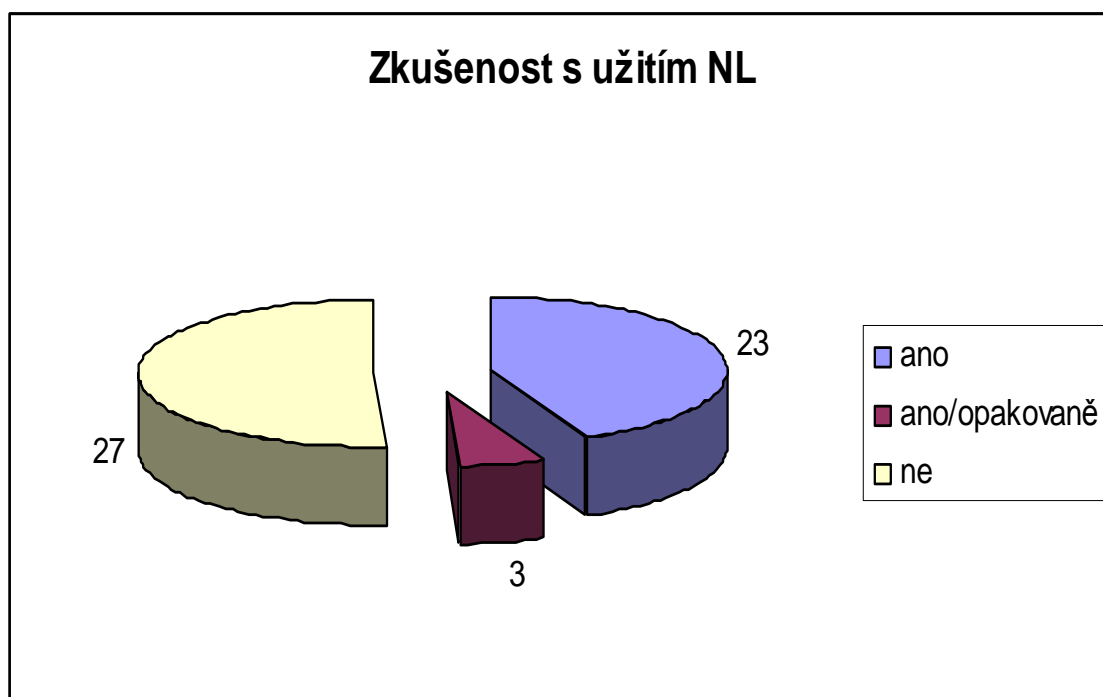


Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 48$

Hluboká nad Vltavou

V Hluboké nad Vltavou byli zjištěni tři žáci s opakovanou drogovou zkušeností. Muži, studující učební obor. Jeden z nich pochází z obce a přes týden bydlí na domově mládeže, zbývající dva do školy dojíždí z měst. Jen jeden z nich kouří cigarety. Všichni pak občas pijí alkohol. Dva studenti žijí v úplných rodinách. Každý z této skupiny žáků užívá jinou z těchto návykových látek – anabolické steroidy, léky, marihuana. Respondent užívající marihuanu uvedl, že je nespokojen se svým zdravotním stavem. Jako důvod k užití anabolických steroidů byla uvedena parta kamarádů. U marihuany to byla nuda, co vedlo k zneužívání této látky. O tom, kde tráví sobotní večery, své rodiče většinou, nebo vždy, tyto studenti informují.

graf 20 - Zkušenost žáků s užitím drog v Hluboké nad Vltavou

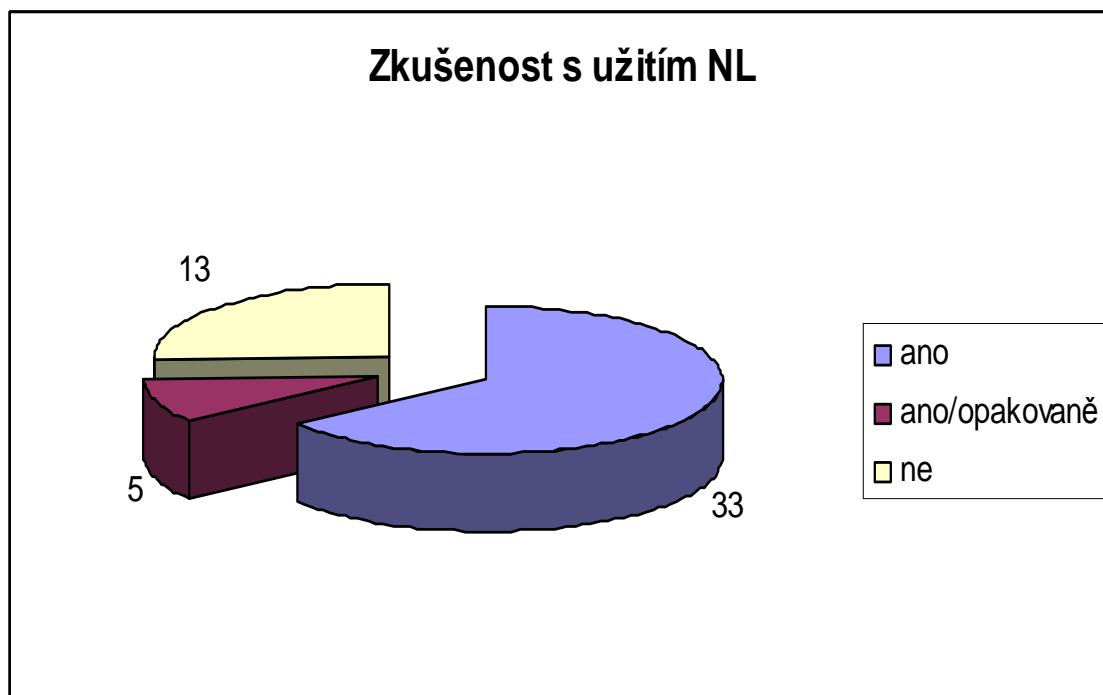


Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 53$

Kaplice

V Kaplici byl zaznamenán výskyt opakovaného užití drogy u pěti žáků. Třech mužů a dvou žen. Dva jsou středoškoláci a tři učni. Většina pochází z obcí a do školy všichni denně dojíždí. Jen dva z nich žijí ve své vlastní úplné rodině. Je jen jeden nekuřák. Celá tato skupina občas nebo pravidelně pije alkohol. Společnou zneužívanou drogou je zde marihuana a marihuana spolu s alkoholem. Jeden učeň uvedl, že opakovaně užil ještě extázi a halucinogenní houby. Došlo zde k experimentování i s pervitinem, LSD, kokainem a drogami podávanými v injekci. Žák s největším množstvím opakovaných zkušeností má neuspokojivé vztahy k otci. Nejčastěji uvedenými důvody užívání výše uvedených látek jsou zvědavost, starosti, nuda a nálada. Rodiče dvou učňů neví o aktivitách svých dětí v sobotu večer.

graf 21 - Zkušenost žáků s užitím drog v Kaplici

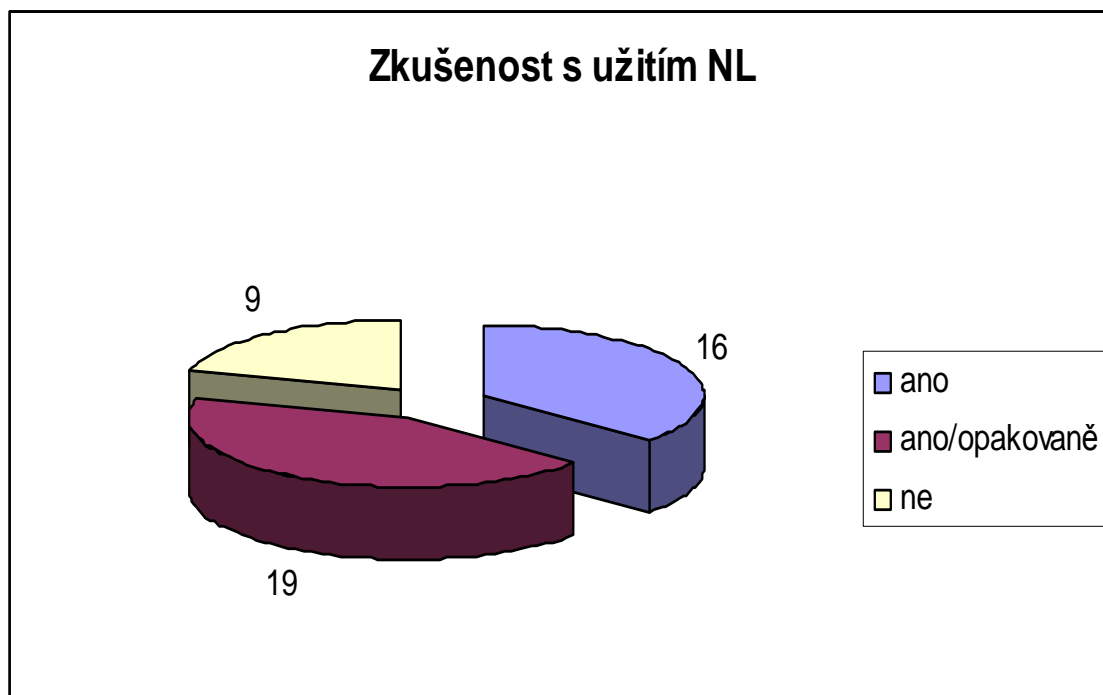


Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 51$

Trhové Sviny

V Trhových Svinech bylo zjištěno opakované užití návykové látky u devatenácti žáků. Šesti středoškoláků a třinácti žáků odborného učiliště. Z toho se jednalo o dvanáct žen a sedm mužů. Šest z těchto žáků pochází z obcí. Zbytek skupiny žije ve městech. Na domově mládeže je ubytováno šest těchto žáků, v témže městě bydlí jeden žák a ostatní do školy denně dojíždí. Pouhých sedm studentů z devatenácti žije ve společné domácnosti se svojí vlastní úplnou rodinou. Celá tato skupina respondentů jsou kuřáci, občas nebo pravidelně konzumují alkohol. Nejčastěji zneužívanou drogou je opět marihuana a marihuana ve spojení s alkoholem. Mezi dalšími uvedenými návykovými látkami to byly pervitin, extáze, halucinogenní houby, LSD, léky, kokain a drogy podávané v injekci. Tři žáci jsou nespokojeni s finanční situací své rodiny, dva nespokojeni se svým zdravím, se sebou nejsou spokojeni tři studenti a se svým budoucím uplatněním nejsou spokojeni také tři dotazovaní. Jako důvody užití drog byly uvedeny zvědavost, parta, nuda, nálada a starosti. Byla i označena položka, že si žáci na důvod užití již nevzpomínají. O svých sobotních aktivitách jich sedm své rodiče informuje někdy, jeden žák ne a zbývajících jedenáct studentů většinou ano nebo vždy.

graf 22 - Zkušenost žáků s užitím drog v Trhových Svinech



Leg.: V grafu uvádíme údaje v absolutních četnostech, $n_i = 44$

Srovnání formy, struktury a obsahu Minimálních preventivních programů zúčastněných škol

Poté, co byly analyzovány výsledky dotazníkového šetření, byla autorem bakalářské práce porovnána forma, struktura a obsah Minimálních preventivních programů (MPP) škol, na kterých byl výzkum proveden. Jedná se o MPP ze školního roku 2009 / 2010.

Po obsahové stránce se v Minimálních preventivních programech škol nevyskytly žádné větší odlišnosti. Z pohledu autora bakalářské práce má část MPP, kde je charakterizována škola a její současný stav, nejobsáhleji a nejpodrobněji zpracovanou SOŠE a SOU V Kaplici. I když tato škola nepoužila osnovu MPP doporučenou a uveřejněnou na internetových stránkách pedagogicko psychologické poradny v Českých Budějovicích, je její MPP zpracován velice přehledně. Poskytuje ucelený přehled o velikosti školy, charakteristice pedagogického sboru, dlouhodobých projektech školy, spolupráci školy s rodiči a jinými subjekty. Dále je zde přehledně provedena analýza současné situace výskytu rizikového chování na škole. Vyjmenování jsou garant a spolupracovníci preventivního programu. Škola zde má vypracován ucelený přehled konkrétních, jasně formulovaných, cílů preventivních aktivit. Jasný seznam obsahu a použitých metod prevence, doplněný o časový harmonogram plánovaných akcí v rámci MPP pro školní rok 2009 / 2010.

Škola v Trhových Svinech použila z doporučené osnovy MPP úvodní stranu, kde jsou uvedeny základní údaje o škole. V MPP této školy autor bakalářské práce postrádá plán konkrétních preventivních aktivit naplánovaných na školní rok 2009 / 2010. Naopak za veliký přínos považuje autor podrobně zpracovaný plán práce výchovy mimo vyučování na domově mládeže této školy, obsažený v příloze MPP.

Minimální preventivní programy školy v Hluboké nad Vltavou a školy v Českých Budějovicích jsou zpracovány podle doporučené osnovy pedagogicko psychologické poradny v Českých Budějovicích. Z autorova pohledu jsou stručné a přehledné. Škola v Hluboké nad Vltavou odkazuje ve specifické a nespecifické prevenci na Školní vzdělávací program (ŠVP) jednotlivých oborů.

ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce ukázala na jednotlivé návykové látky, jejich rozdělení a složení. Poukázala na škodlivost užívání těchto látek, příznaky užití a rizika spojená s užíváním těchto látek. Popsala nejčastější faktory mající vliv na užívání drog u mladistvých. Zmínila též problematiku primární prevence ve školním prostředí.

Vyhodnocením dotazníkového šetření v praktické části bakalářské práce, zaměřeným na užívání návykových látek, byla u zkoumaného vzorku respondentů zjištěna tato fakta: žáci zúčastněných středních škol a středních odborných učilišť mají, co se míry výskytu týče, zkušenosti s užitím tabáku a alkoholu již z období, kdy navštěvovali základní školu. To znamená - ve věku kolem 13 let. Téměř všichni respondenti znají někoho ze svého blízkého okolí, kdo kouří cigarety. Bezmála $\frac{3}{4}$ žáků má ve svém okolí někoho, kdo často pije alkohol. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že výskyt zkušenosti s užitím nějaké nelegální návykové látky je četnější u žáků středních odborných učilišť. A to i v případě opakovaného užití těchto látek. Mezi nejčastěji uváděným důvodem, vedoucím k experimentálnímu užití drogy, jednoznačně převládá „zvědavost“. Mezi zjištěné faktory, ovlivňující užití nelegálních návykových látek patří např. bydliště žáka. Zkušenosti s užitím těchto látek převládají u žáků, jejichž bydlištěm je město. Na základě odpovědí v dotazníkovém šetření bylo také zjištěno, že uživatelé nelegálních návykových látek, z řad respondentů, jsou v celku spokojeni s finanční situací své rodiny, ve které žijí. Při porovnání užití návykové látky v závislosti na pohlaví uživatelů se šetřením ukázalo, že větší míra výskytu užití těchto látek je u žen. Jako snadno dostupná návyková látka se v průzkumu zařadila k cigaretám a alkoholu i marihuana. Při zjišťování míry tolerance respondentů k užívání návykových látek svými kamarády bylo prokázáno, že užívání alkoholu a tabáku většině dotazovaných žáků nevadí. K opíjení se kamarádů byla odhalena menší míra tolerance. K užívání nelegálních drog svými spolužáky byly zaznamenány vesměs negativní reakce. Praktická část dále srovnala zúčastněné školy v kontextu míry výskytu zkušeností s užitím návykových látek studentů, porovnala školní minimální programy těchto škol. Výsledky empirického výzkumu uskutečněného v praktické části práce byly dány k dispozici školám, na kterých výzkum probíhal. Aby mohly být východiskem pro případnou evaluaci minimálních preventivních programů těchto vybraných škol.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- CSÉMY, L.; BEJČKOVÁ, P.; SADÍLEK, P.; SOVINOVÁ, H. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 120 s. ISBN 80-86734-94-3.
- CSÉMY, L.; CHOMYNOVÁ, P.; SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, 171 s. ISBN 978-80-87041-94-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
- MCGRATH, Y.; SUMNALL, H.; MCVEIGH, J.; BELLIS, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978-80-87041-16-1.
- NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha, Portál, 1995. 126 s. ISBN 80-7178-086-3.
- NEŠPOR, K. Alkohol a jiné návykové látky u dětí: Prevence v rodině. *Časopis lékařů českých*. 2004, 143, č. 8, s. 561 - 564.
- NÝDLOVÁ, Pavla. *Primární prevence a její vazba na rizikové chování dětí a mládeže*. České Budějovice, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta (vedoucí práce Miroslav Procházka).
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2007. 270 s. ISBN 978-80-7184-569-0.
- Sananim. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN 80-86734-38-2.

- SKALKOVÁ, J. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha: SPN, 1983. 204 s. SPN 46-00-22/1
- SYNEK, M. *Jak psát bakalářské, diplomové, doktorské a jiné písemné práce*. Praha: Oeconomika, 2007. 57 s. ISBN 978-80-245-1212-9.

Dokumenty:

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Praha, 2007.
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*. Praha, 2010.

Internetové odkazy:

- <http://www.poradenskecentrum.cz>
- <http://www.msmt.cz>
- <http://extc.cz>
- <http://www.drogy-info.cz>
- <http://www.pppcb.cz>
- <http://natura.baf.cz/natura/1998/3/9803-6.html>
- <http://www.sos-ub.cz>

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 - Počet respondentů podle škol</i>	<i>49</i>
<i>Tabulka 2 - Důvody k užití nelegální návykové látky.....</i>	<i>52</i>
<i>Tabulka 3 - Zkušenost s drogou v závislosti na bydlišti.....</i>	<i>53</i>
<i>Tabulka 4 - Spokojenost s finanční situací rodiny</i>	<i>54</i>

SEZNAM GRAFŮ

<i>graf 1 - Počet respondentů podle škol</i>	<i>49</i>
<i>graf 2 - Počet respondentů podle jejich bydliště</i>	<i>49</i>
<i>graf 3 - Kouření cigaret u žáků – současný stav</i>	<i>50</i>
<i>graf 4 - Současný vztah žáků k alkoholu</i>	<i>51</i>
<i>graf 5 - Zkušenosti s drogou u žáků SŠ</i>	<i>51</i>
<i>graf 6 - Zkušenosti s drogou u učňů</i>	<i>52</i>
<i>graf 7- Důvody vedoucí k užití drogy.....</i>	<i>52</i>
<i>graf 8 - Zkušenost s drogou v závislosti na bydlišti</i>	<i>53</i>
<i>graf 9- Spokojenost s finanční situací rodiny</i>	<i>54</i>
<i>graf 10 - Zkušenost s drogou u mužů</i>	<i>54</i>
<i>graf 11 - Zkušenost s drogou u žen</i>	<i>55</i>
<i>graf 12 - Zdroje informací o drogách</i>	<i>55</i>
<i>graf 13 - Subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek.....</i>	<i>56</i>
<i>graf 14 - Zkušenosti žáků s drogou podle škol</i>	<i>56</i>
<i>graf 15 - Zkušenosti s užitím drog u středoškoláků na jednotlivých školách</i>	<i>57</i>
<i>graf 16 - Zkušenost s užitím drog u učňů na jednotlivých školách</i>	<i>57</i>
<i>graf 17 - Postoje, které zaujímají žáci k užívání návykových látek kamarády</i>	<i>58</i>
<i>graf 18 - Nejčastěji užívané drogy.....</i>	<i>58</i>
<i>graf 19 - Zkušenost žáků s užitím drog v Českých Budějovicích</i>	<i>59</i>
<i>graf 20 - Zkušenost žáků s užitím drog v Hluboké nad Vltavou</i>	<i>60</i>
<i>graf 21 - Zkušenost žáků s užitím drog v Kaplici</i>	<i>61</i>
<i>graf 22 - Zkušenost žáků s užitím drog v Trhových Svinech</i>	<i>62</i>

PŘÍLOHY

- 1) Příloha č. 1: Dotazník
- 2) Příloha č. 2: Doporučená osnova Minimálního preventivního programu

Dotazník pro studenty

Než začnete, přečtěte si následující informace

Dotazník je zcela anonymní - nebude obsahovat Vaše jméno, ani žádné jiné informace, které by Vás mohly individuálně identifikovat. Po vyplnění odevzdejte dotazník vyučujícímu.

Je důležité, abyste odpovídali uvážlivě a upřímně. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Účast ve studii je dobrovolná. Narazíte-li v dotazníku na otázku, na kterou z nějakého důvodu nechcete odpovědět, nechte ji prostě nezodpovězenou.

Nejde o žádný test. Neexistují zde správné ani špatné odpovědi. U většiny otázek jsou předznačené odpovědi. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor nebo Vaše zkušenosti přesně, označte odpověď, která je významem nejbližší. Na otázky odpovídejte tak, že křížkem označíte příslušný rámeček.

1. Jste: Muž Žena

2. Je Vámlet.

3. Trvale bydlíte:

V malé obci V malém městě Ve městě Ve velkém městě

4. Jak obvykle trávíte volný čas?

Hudba Televize Sport Zájmový kroužek
 Počítač Kniha Kamarádi Jiná činnost (jaká)

5. Kdo z následujících lidí s Vámi žije v téže domácnosti?

(Označte každou z odpovídajících možností)

Žiji sám Matka Dědeček, babička
 Otec Nevlastní matka Jiní příbuzní
 Nevlastní otec Sourozenci (vlastní i nevlastní) Jiní lidé než příbuzní

6. Vědí Vaši rodiče, kde trávíte sobotní večery?

Vědí to vždy Většinou to vědí Někdy to vědí Obvykle to nevědí

7. Jaké jsou Vaše vztahy k

	Uspokojivé	Uspokojivé, ani neuspokojivé	Neuspokojivé
a) matce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) otci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) k přátelům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Jakým způsobem se dopravujete do školy, ve které studujete?

- Bydlím v témže městě Bydlím mimo město/denně dojíždím Bydlím na domově mládeže

9. Kdo Vám pomohl vybrat studijní/učební obor, který studujete?

- Vybral/a jsem ho sám/sama Sám/sama spolu s rodiči Rodiče

- Někdo jiný (kdo).....

10. Jak byste zhodnotil/la svůj prospěch ve škole?

- Výborný Dobrý Špatný

11. Ohodnoťte, jak Vás baví škola, do které chodíte? (1=hodně, 5=vůbec)

- 1 2 3 4 5

12. Je ve Vašem blízkém okolí někdo, kdo kouří cigarety? Ano Ne

Pokud ano, kdo?

- Maminka Bratr/sestra Kamarád/ka Někdo jiný v rodině
 Tatínek Učitel/ka Spolužák/žačka

13. Zkoušel/la jste kouřit cigarety? Ano Ne

Pokud ano, v kolika letech?.....

14. V současné době kouříte cigarety? Ano Ne

15. Je ve Vašem blízkém okolí někdo, kdo často pije alkohol? Ano Ne

Pokud ano, kdo?

- Maminka Bratr/sestra Kamarád/ka Někdo jiný v rodině
 Tatínek Učitel/ka Spolužák/žačka

16. Zkoušel/la jste pít alkohol? Ano Ne

Pokud ano, v kolika letech?.....

17. Jaký je Váš současný vztah k alkoholu?

- Alkohol nepiji vůbec
 Alkohol piji občas, a to nejčastěji při příležitosti.....
 Alkohol piji pravidelně, zejména při příležitosti.....

18. Odkud se nejčastěji dozvídáte o tom, co jsou to drogy?

- Od rodičů Z televize Od kamarádů Jinde (kde).....
 Z časopisů Internet Ve škole

19. Jak obtížné by podle Vašeho názoru pro Vás bylo sehnat si následující věci, kdybyste o to stál/a? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

	Ne- možné	Obtížné	Snadné	Nevím
a) Cigarety.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Destilát	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) LSD nebo nějaký jiný halucinogen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Pervitin, amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Léky na uklidnění	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Extázi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Halucinogenní houby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Těkavé látky (toluen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Anabolické steroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Užil/a jste někdy některé z uvedených látek?

(Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

	Ne	Ano	Ano, opakovaně
a) Léky na uklidnění, sedativa (bez doporučení lékaře)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pervitin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD nebo jiný halucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Marihuana nebo hašiš.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Halucinogenní houby.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Drogy užívané injekčně (heroin aj.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Alkohol spolu s pilulkami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Alkohol současně s marihuanou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Anabolické steroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Z jakého důvodu jste zkusil/a tuto drogu?

(Z uvedených možností označte tu nebo ty, které vás k tomu vedly.)

- Nikdy jsem neužíval/a drogy uváděné v otázce 20.
- Chtěl/a jsem se dostat do nálady
- Nechtěl/a jsem stát mimo partu
- Neměl/a jsem co dělat
- Byl/a jsem zvědavý/á
- Chtěl/a jsem zapomenout na starosti
- Bylo to z jiných důvodů, uveďte jakých:
- Nevzpomínám si

22. Jak by jste reagoval/a, kdyby někdo z Vašich přátel dělal následující?

	Nedovolil/a bych mu/jí to	Snažil bych se ho/jí od toho odradit	Nevadilo by mi to	Schvaloval/a bych mu/jí to
a) Kdyby kouřil/a cigarety.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kdyby pil/a alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kdyby se opil/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kdyby kouřil/a konopí..... (marihuanu nebo hašiš)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kdyby užíval/a další nelegální drogy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Následující věty jsou o tom, jaký máte pocit sám ze sebe. (Svůj názor vyjádřete označením jednoho okénka v každém řádku)

	Souhla- sím	Nesou- hlasím
a) Vcelku jsem sám se sebou spokojený/á.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Někdy si myslím, že nestojím za nic.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Víím, že mám řadu dobrých vlastností.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Zvládám věci stejně dobře jako jiní lidé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Není toho moc, na co bych mohl/a být hrdý/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Někdy se cítím zbytečný/á.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Jsem stejně hodnotný člověk, jako ostatní lidé..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Přál/a bych si, abych si mohl/a sám/sama sebe víc vážít.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Mám pocit, že jsem neúspěšný/á.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Mám k sobě pozitivní postoj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Jak jste spokojen/a (Označte jedno okénko v každém řádku)

	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Něco mezi	Spíše nespokojen	Velmi nespokojen
a) s finanční situací vaší rodiny.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) se svým zdravotním stavem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sám/a se sebou.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) s vyhlídkami osobního uplatnění v budoucnosti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku

MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

ŠKOLNÍ ROK/....

ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Název a adresa školy, pro kterou platí tento MPP	
Jméno a příjmení ředitele	
Telefon na ředitele	
E-mail na ředitele	

Jméno a příjmení školního metodika prevence	
Telefon	
E-mail	

Jméno a příjmení výchovného poradce	
Telefon	
E-mail	

	Počet tříd	Počet žáků/studentů
ZŠ - I stupeň		
ZŠ - II.stupeň		
8leté Gymnázium – (Prima až Kvarta)		
6leté Gymnázium – (Prima až Sekunda)		
SŠ – ostatní		
Celkem		

Použité zkratky:

MPP – Minimální preventivní program

SPJ – Sociálně patologické jevy

NNO – Nestátní neziskové organizace

ŠMP – Školní metodik prevence

A. ZMAPOVÁNÍ SITUACE VE ŠKOLE, PRO STANOVENÍ CÍLŮ MPP

VSTUPNÍ INFORMACE A JEJICH ZDROJE

1. Sociální a jiné okolí školy

(Zmapovat a stručně popsat místní specifika týkající se SPJ, specifika žáků navštěvujících školu, jaké jsou silné a slabé stránky ve spolupráci s okolím školy - místními odborníky z NNO, lékaři, Polici ČR, kurátory pro mládež... v oblasti prevence a řešení SPJ.)

2. Informace od pedagogů

(Jak hodnotí pedagogové situaci v oblasti SPJ na škole? Na jaké jevy by se měla škola zaměřit? S čím mají pedagogové největší problémy? Co by třídní učitelé potřebovali k tomu, aby se jim lépe řešily SPJ v třídních kolektivech?... Jakým způsobem byly informace získány – např. diskuse v rámci pracovních porad, dotazník...)

3. Informace od rodičů

(Jak hodnotí situaci v oblasti SPJ na škole? Co dělá podle nich největší starosti jejich dětem – žákům školy? Na jaké jevy by se měla škola podle nich zaměřit? Jakým způsobem byly informace od rodičů získány – např. diskuse v rámci třídních schůzek, dotazník...)

4. Informace od žáků

(Jaká je situace v oblasti výskytu SPJ na škole z pohledu žáků? Jak hodnotí sociální klima školy a své třídy? Co by potřebovali k větší spokojenosti ve škole? Jakými způsoby byly tyto informace získány - např. schránka důvěry, diskuse v rámci vyučovacích hodin, dotazník, ...)

5. Hodnocení MPP minulého školního roku (vyjádření školního metodika prevence, názoru, zkušenosti, postoje, hlediska)

(S jakými SPJ ve škole byl největší problém, jaké jsou předpovědi do budoucnosti, co se osvědčilo a co se neosvědčilo – vyhodnocení provedených preventivních aktivit, zvážit v čem dál pokračovat a co naopak ukázalo jako neefektivní,...)

B. CÍLE VYPLÝVAJÍCÍ ZE ZMAPOVÁNÍ SITUACE

(Co chceme v daném školním roce v rámci prevence dělat, jaký problém chceme vyřešit...)

Seřadit si cíle podle priorit školy, které by měly být dány jejich závažností, na základě zmapování situace ve škole. Opatření vedoucí k naplnění těchto cílů zpracujte do bloku C. Minimální preventivní program.)

V bodech.

C. MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

(Vycházejte z cílů stanovených v předchozím Bodě B. Konkretizujte v následujících bodech účelné postupy, opatření a aktivity, kterými chcete cílů výše stanovených dosáhnout.)

I. PRÁCE PEDAGOGICKÉHO SBORU A VEDENÍ ŠKOLY

1. V oblasti přímé práce pedagogů

(Vychází z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Definovat opatření vedoucí k dalšímu zdokonalení práce pedagogů, odstranění možných příčin ze strany systému školy, školního řádu, způsobu práce se žáky – způsob řešení výskytu SPJ ve škole..., vzájemná spolupráce pedagogů....)

2. Plán vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence SPJ

(V případě že dosud neznáte nabídku konkrétních vzdělávacích akcí, uveďte předpokládané zaměření, rozsah zamýšleného vzdělávání, počet pedagogů a přibližný datum realizace.)

Název a odborné zaměření vzdělávání	Realizátor – organizace, odborník

**) Přidejte řádky podle potřeby*

3. Plán vzdělávání ŠMP v oblasti prevence SPJ

(V případě že dosud neznáte nabídku konkrétních vzdělávacích akcí, uveďte předpokládané zaměření, rozsah zamýšleného vzdělávání a přibližný datum realizace.)

Název a odborné zaměření vzdělávání	Realizátor – organizace, odborník

**) Přidejte řádky podle potřeby*

II. SPOLUPRÁCE ŠKOLY S RODIČI

1. Způsoby seznámení rodičů s činností ŠMP , možnostmi spolupráce a MPP

(Představení ŠMP rodičům na třídních schůzkám a jejich seznámení s tím kdy (konzultační hodiny), kde (v kterém kabinetu) a co (vypsat min. viz vyhl. č. 72/2005 Sb.) s ním mohou konzultovat; kontakt na ŠMP do žákovské knížky, nástěnka s informacemi o práci ŠMP a kontaktem, informování rodičů o možnosti zapojit se do prevence ve výuce i mimo ni – lékaři, policisté, právníci...)

2. Aktivity pro rodiče

(Přednášky a besedy na téma prevence SPJ – vychází z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP)

Název aktivity	Realizátor, přednášející

^{*)}Přidejte řádky podle potřeby

3. Aktivity podporující spolupráci školy s rodiči

(Výlety, brigády, dny otevřených dveří, táborák, sportovní aktivity, kulturní akce,...)

Název aktivity	Vedoucí programu

^{*)}Přidejte řádky podle potřeby

III. PROGRAM PREVENTIVNÍCH AKTIVIT PRO ŽÁKY ŠKOLY

(Při volbě náplně a typu programu z hlediska věku je možno vycházet z dokumentu MŠMT – „Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení“ - který mimo jiné popisuje potřebné znalostní kompetence žáků a způsob realizace k nim vedoucích aktivit v jednotlivých ročnících (<http://www.msmt.cz/vzdelavani/dokumenty-13>) a z bloku A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP.)

1. Způsob seznámení žáků s činností ŠMP, možnostmi pomoci a MPP

(Osobní představení se ŠMP v jednotlivých třídách a seznámení žáků s tím kdy (konzultační hodiny), kde (v kterém kabinetu), jak (osobní schůzka, schránka důvěry + jaký je způsob odpovídání na vhozené dotazy, školní časopis...) a v jakých záležitostech (vypsat min. viz vyhl. č. 72/2005 Sb., např. šikana, násilí – ve škole, doma, sexuální a jiné zneužívání, ohrožení, závislosti,...) ho mohou kontaktovat.)

2. 1. Nespecifická a specifická prevence pro žáky ve výuce

Jde o aktivity, které nereagují na aktuální problémy a týkají se všech tříd v daném ročníku: např. zvyšování sebevědomí žáků, komunikativní dovednosti, konstruktivní řešení problémů, schopnost klást otázky a vyjádřit svůj názor, řešení stresu, učení vzájemné pomoci, schopnost říci si o pomoc a vědomí kam se v jakých záležitostech obrátit, vyrovnání se s neúspěchem, obrana před manipulací, předávání informací a prožitkové programy zaměřené na dodržování práva, na prevenci závislosti na návykových látkách včetně alkoholu a tabáku, gamblingu, rasismu, sexuálního a jiného zneužívání, působení sekt a některých nových náboženských směrů,...)

Příklad:

I. ročníky (třídy) SŠ

Realizátor	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)
škola	Nebezpečí sekt
PaedDr. Martínek	Agrese, agresivita

II. ročníky (třídy) SŠ

Realizátor	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)
škola	Prostituce, AIDS
Policie.ČR	Přistěhovalectví, migrace

1. ročník (třídy) ZŠ

Realizátor	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)
Policie ČR	Bezpečná cesta do školy a ze školy
Škola	Prevence šikana - Hry zaměřené na komunikaci v rámci posilování pozitivních vazeb mezi žáky

2. ročník (třídy) ZŠ

Realizátor	Preventivní aktivita a její zaměření, způsob jejího vedení (např. předávání informací, prožitková aktivita,...)
Policie ČR	Bezpečná cesta do školy a ze školy
Škola	Zdravý životní styl – denní řád, hygiena, výživa

^{*)}Přidejte řádky podle potřeby

Další pokračování po jednotlivých ročnících.

2. 2. Specifická prevence pro žáky ve výuce, reagující na individuální situaci ve třídě

(Aktivity které nejsou součástí učebního plánu a reagují na zvláštní situaci v třídním kolektivu či mezi třídními kolektivy, která byla zaregistrována na základě šetření ke zjištění situace ve škole, provedeného před zpracováním MPP např. pomocí dotazníku, diskuse atd. - viz blok A. Zmapování situace pro stanovení cílů MPP. Jedná se o programy cíleně zaměřené na řešení výskytu konkrétních SPJ- násilí, šikana, výskyt a zneužívání drog včetně alkoholu a tabáku, rasismus a jiné projevy netolerance,... na které budou navazovat další aktivity podle aktuálního vývoje situace. Pro každý jednotlivý jev a třídu použijte samostatnou následující tabulku.)

Vyplývá z minulého školního roku nebo ze šetření na počátku nového školního roku

SPJ který bude řešen:	
Jak byla situace zjištěna:	
Kdo bude situaci řešit – jméno učitele nebo externího odborníka, organizace:	
Kdy bude situace řešena:	
S použitím jakých metod bude intervence vedena:	
Způsob ověření efektivity intervence:	

(Další tabulky přidejte podle potřeby.)

2. 3. Jednorázové aktivity pro žáky

(Přednáška, projekce videofilmů – pouze informativní programy, pro více žák, tříd najednou)

Název aktivity, akce	Realizátor

^{*)}Přidejte řádky podle potřeby

IV. OSTATNÍ AKCE V OBLASTI PREVENCE SPJ

(Uveďte to, co se nepodařilo včlenit do ostatních doporučených bodů MPP. Například preventivní aktivity realizované na Domově mládeže)

VI. EVIDENCE A EFEKTIVITA

(vedení vlastních záznamů o: výskytu SPJ ve škole v daném školním roce, vzdělávacích akcí pro pedagogy, preventivních aktivitách pro žáky... Jakým způsobem se budou tyto aktivity vyhodnocovat např. dotazník, diskuse... + zpracování závěrečné zprávy o plnění MPP)

V bodech.

VII. ZÁVĚREČNÉ INFORMACE

	Datum	Podpis ředitele/ředitelky školy
Seznámení ředitele/ředitelky školy s MPP		
Seznámení pedagogického sboru školy s MPP		