

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA**  
**Pedagogická fakulta**  
katedra pedagogiky a psychologie  
**ČESKÉ BUDĚJOVICE**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**TOXIKOMÁNIE**

**TOXICOMANIA**

Autor: Lucie Koubová

Studijní obor: ČJ-AJ/ZŠ

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Renata Jandová

Datum odevzdání: leden 2012

## **ANOTACE**

Tato diplomová práce se zabývá problematikou toxikománie. V teoretické části se nejprve soustředím na základní pojmy a definice spojené s tématem závislost. Dále se snažím zaměřit na vznik a vývoj nejrozšířenějších omamných látek od doby jejich vzniku až po současnost. Zaměřuji se na jednotlivé druhy návykových látek, na to, jak která látka na člověka působí a jaká jsou rizika užívání.

Pokouším se též poukázat na rizikové faktory a důvody, které vedou člověka k experimentování s drogami, a na důležitost včasné prevence. V případě vzniku závislosti poukazuji na možnosti a varianty vhodné léčby. Teoretickou část zakončuji kapitolou, ve které zachycuji problematiku ilegálních drog, jejich šíření, výroby a následných trestů jak v České republice, tak ve Slovenské republice.

V praktické části se zaměřuji na výskyt návykových látek u žáků osmých tříd základních škol v České i Slovenské republice. Tento průzkum jsem provedla na základě anonymních dotazníků a snažila jsem se nalézt odpovědi na otázky týkající se žáků osmých tříd, jejich zkušeností s drogami, jejich znalostí drogové problematiky a v neposlední řadě na kvalitu primární prevence na daných školách.

## **ANNOTATION**

This diploma thesis focuses on the issues connected with the toxicomania. In the theoretic part I focus on the basic terms and definitions of toxicomania. Then I orient on the origin and development of the most used narcotics from the time of their origin till the present.

I also follow up the problems of each narcotic, how it influences the people's behaviour and the risks coming out of the usage. Risks factors and reasons, which lead a person to try a narcotics are listed and I point out at the importance of prevention which should start really early. In case of the development of addiction I show the suitable ways of treatment. The theoretical part ends with the chapter of issues connected with illegal drugs, their usage and production and the punishments in the Czech and Slovak republic.

In the practical part I focus on presence of narcotics in schools among the children in the 8th grade of the primary school. This research was based on the questionnaire and I tried to find some answers. To find out the children's experience with narcotics, their knowledge of the narcotics and the quality of prevention in schools.

Děkuji paní Mgr. Renatě Jandové za pomoc a podporu při zpracování této diplomové práce.

Jindřichův Hradec, leden 2012

Lucie Koubová

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma „Toxikománie“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

Jindřichův Hradec, leden 2012

Koubová Lucie

## **OBSAH:**

ÚVOD.....	8
1. TOXIKOMÁNIE.....	9
1.1 ZÁVISLOST.....	10
1.2 ROZDĚLENÍ DROG.....	12
2. VZNIK A VÝVOJ NEJROZŠÍŘENĚJŠÍCH OMAMNÝCH LÁTEK.....	14
3. DRUHY OMAMNÝCH LÁTEK.....	22
3.1 ALKOHOLO – BARBITURÁTOVÝ TYP.....	23
3.2 AMFETAMINOVÝ TYP.....	25
3.3 CANNABISOVÝ TYP.....	28
3.4 KOKAINOVÝ TYP.....	31
3.5 HALUCINOGENNÍ TYP.....	32
3.6 OPIÁTOVÝ TYP.....	37
3.7 SOLVENCIOVÝ TYP.....	41
3.8 TABÁKOVÝ TYP.....	42
3.9 KOFEINOVÝ TYP.....	44
3.10 KATHOVÝ TYP.....	45
3.11 ANTIPYRETICKO – ANALGETIKOVÝ TYP.....	46
3.12 NEURO – LEPTICKÝ TYP.....	46
3.13 ANTIDEPRESIVNÍ TYP.....	47
4. PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ A JEJICH VÝVOJ.....	48
4.1 OSOBNOST JEDINCE.....	48
4.2 VLIV PROSTŘEDÍ.....	50
4.2.1 RODINA JAKO PŮVODCE VYTVÁŘENÍ HODNOT.....	50
4.2.2 VLIV VRSTEVNÍKŮ, KAMARÁDŮ.....	50
4.2.3 VLIV MASMÉDIÍ.....	51
4.3 MLADISTVÍ JAKO NEJRIZIKOVĚJŠÍ SKUPINA.....	52
4.3.1 VÝSKYT DROG U MLADISTVÝCH.....	52
4.3.2 ESPAD.....	53
4.4 JAK POZNÁME DROGOVOU ZÁVISLOST.....	54
4.5 VÝVOJ ZÁVISLOSTI.....	54

5. PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	56
5.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	56
5.1.1 RODINA A PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	57
5.1.2 PREVENCE VE ŠKOLÁCH.....	57
5.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	60
5.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	61
6. LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH.....	62
6.1 DRUHY POMOCI DROGOVĚ ZÁVISLÝ.....	63
6.2 ZPŮSOBY LÉČBY.....	68
7. DROGY A ZÁKON.....	70
7.1 TRESTNÍ LEGISLATIVA V ČESKÉ REPUBLICE.....	71
7.2 SOUČASNÁ DROGOVÁ SITUACE V ČR.....	72
7.3 TRESTNÍ LEGISLATIVA VE SLOVENSKÉ REPUBLICE.....	73
7.4 SOUČASNÁ DROGOVÁ SITUACE V SR.....	74
8. VÝZKUM.....	76
8.1 CÍL VÝZKUMU.....	76
8.2 HYPOTÉZY.....	76
8.3 PRŮBĚH VÝZKUMU.....	76
8.4 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	77
8.5 VLASTNÍ VÝZKUM.....	78
8.6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	100
ZÁVĚR.....	103
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	105
PŘÍLOHA.....	110

## ÚVOD

Problematika návykových látek a jejich zneužívání se stává stále větším problémem. Díky snadné dostupnosti a široké škále návykových látek dochází k experimentování s těmito látkami již u mládeže, dokonce i u žáků základních škol. Proto jsem se v této diplomové práci zaměřila na problematiku drogových závislostí, a to jak teoreticky, zachycením základních pojmů atd., tak i prakticky, na základě dotazníkového výzkumu. Moje diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické.

V teoretické části se zabývám problematikou toxikománie, historií a vznikem jednotlivých návykových látek, vývoj od doby jejich vzniku či objevení (záleží, či daná látka je přírodního nebo syntetického typu) až do současnosti. Samozřejmě nelze opomenout jednotlivé druhy návykových látek, rizika spojená s jejich užíváním a fyzické i psychické změny týkající se drogově závislých.

Je důležité zaměřit se též na příčiny vzniků závislostí, snažit se nalézt důvody, proč lidé začnou určitou psychotropní látku užívat a později si na ní vytvoří takovou závislost, že mají problém s onou látkou skončit. Jak jsem již zmínila, drogy se objevují u stále mladších dětí, proto je velmi důležitá vhodná a účinná prevence, a to jak v rámci rodiny, jako nejdůležitějšího prvku v životě dítěte, taktéž ve škole, jako v hlavní výchovně-vzdělávací instituci. Proto se v této diplomové práci zaměřuji na všechny základní druhy prevence.

Bohužel i včasná prevence nemusí být vždy účinná, proto se šestá kapitola zabývá léčbou drogově závislých a různými druhy léčby, přičemž bohužel léčba drogové závislosti je složitá a často dochází k tomu, že se závislý k dané návykové látce vrátí.

V poslední kapitole teoretické části se zaměřím na problematiku drog a zákonů naší a Slovenské republiky, protože většina návykových látek patří mezi látky ilegální a za jejich výrobu, distribuci a držení hrozí postih.

V teoretické části se zaměřuji na průzkum pomocí dotazníků, kdy se u žáků osmých tříd základních škol snažím zjistit, jaké mají zkušenosti s drogami, co si o nich myslí, co o nich vědí a jak vypadá prevence ve školách, které navštěvují. V tomto dotazníkovém průzkumu jsem se zaměřila na žáky České a Slovenské republiky, protože část historie máme společnou, a proto mě zajímalo, jak se drogová situace rozvinula po rozdělení obou zemí.



## 1. TOXIKOMÁNIE

Když nahlédneme do Malého encyklopedického slovníku (1972) za účelem vymezení termínu toxikománie, je zde napsáno, že je to chorobná touha po určité jedovaté látce, která vyvolává příjemné pocity a zároveň i návyk na tuto látku. Tento termín lze však nahradit i synonymem, a to pojmem drogová závislost. Obecně lze říci, že toxikománie je stav vyskytující se u lidí konzumujících opakovaně určité druhy látek, které působí na lidskou psychiku. Člověk užívající opakovaně některou z těchto látek se nazývá toxikoman nebo také drogově závislý. A co vlastně droga je? Podle jakých hledisek určíme, zda látka patří do skupiny drog?

Slovo droga vzniklo z francouzského "drogue" a původní význam tohoto slova byl ten, že pojmenovával sušené suroviny. V současnosti mezi drogy řadíme všechny látky s psychotropními (působícími na lidskou psychiku) účinky, a to buď získané z přírody, nebo synteticky. Na základě jejich užívání vznikne určitý druh závislosti.

Je ovšem otázkou, co lze považovat za drogu a co ne. Podle tohoto měřítka patří mezi drogu i alkohol, tabák či kofein, protože tyto látky také ovlivňují lidskou psychiku a vytváří se na nich menší či větší závislost. Celosvětově je však alkohol, tabák i kofein považován za drogu legální neboli zákonem povolenou, a tak se většinou mezi "pravé" drogy neřadí, i když tyto látky splňují hlavní požadavky vytyčující termín droga. Díky tomu, že s legálními drogami se většina lidí setkává opravdu velmi často a jsou volně dostupné a zákonem uznávané, v případě, že chceme vysvětlit pojem droga tak, jak je vnímán většinou obyvatel zeměkoule, musíme k základní definici přidat ještě dodatek, že mezi drogy současná společnost řadí látky, které jsou zákonem zakázané neboli nelegální. Podle mého názoru je škoda, že za drogy jsou v současnosti považovány opravdu jen látky nelegální a společnost zapomíná na škodlivost a vytváření závislostí i na látkách legálních.

Co se závislosti týče, je určitým způsobem považovaná za nemoc, kterou je potřeba léčit. "Teprve roku 1964 formulovala Světová zdravotnická organizace pojem závislost, a ten tak vešel do lékařské vědy. Návyk je definován jako tendence k určité činnosti vytvořená učením, zkušeností a opakováním." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 14) Návyk však není něco neobvyklého, u každého člověka můžeme pozorovat určité návykové chování, avšak k návyku spojenému s užíváním drog, léků a alkoholu se přistupuje jinak díky škodlivým účinkům těchto látek.

## 1.1 ZÁVISLOST

"Je to stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže"(Gohlert a Kuhn, 2001, str. 20). Tento stav přichází po opakované a pravidelné konzumaci těchto látek. Podle ICD 10, což je pojmenování pro mezinárodní klasifikaci chorob, můžeme člověka považovat za závislého, pokud se u něj během roku objeví alespoň 3 z těchto příznaků:

- silná potřeba užít psychotropní látku
- problémy s vysazením látky a následného užití z důvodu neschopnosti překonat abstinenci příznaky
- potřeba zvyšování dávek na základě vytvoření určité tolerance, což znamená, že závislému již nestačí dávka, kterou užíval ze začátku, má pocit, že již tolik nepůsobí, a proto se uchyluje k vyšším dávkám nebo přechází k jiné látce
- změněné chování člověka užívajícího drogy, neuvědomuje si svoji změnu chování, má omezený úsudek
- stálé užívání látky i přes vědomí její škodlivosti, jak fyzické, tak i psychické, přes vznikající problémy ve společnosti, se zákonem
- odklon od přátel, rodiny, svých dřívějších zálib, jedinou zálibou se pro závislého stává jeho droga a stav, který navozuje

### **Druhy závislostí:**

#### ***Psychická závislost***

Je to stav, který následuje po opakovaném užívání drogy. Člověk si určitým způsobem na drogu a stav, který navozuje, zvykne, a tím si vytváří psychickou závislost, touhu po opakování prožitku způsobeného drogou. Touha bývá většinou tak silná, že člověk dělá možné i nemožné, zákonné i nezákonné věci jen proto, aby získal další dávku a ukojil svoji potřebu. Podle Gohlerta a Kuhna (2001) je psychická závislost určitým druhem "návykové paměti", která se díky opakovanému užívání vytváří v mozku a funguje podobně jako například při učení určitých textů nazpaměť. Nutkání k pravidelnému užívání drogy bývá označováno jako tzv. craving (přejato z angličtiny, znamená velká touha).

### ***Fyzická závislost***

Závislost, která je spojena se silnými fyzickými abstinenciálními příznaky. Neboli ve chvíli, kdy droga vyvolávající fyzickou závislost přestane působit a uživatel z jakéhokoliv důvodu drogu znovu neužije, přicházejí fyzické abstinenciální příznaky.

Podle Gohlerta a Kuhna (2001) existují dva druhy příznaků – znaky aktivace a znaky tlumivé. Znaky tělesné aktivace se objevují při absenci návykových látek opiátového typu, alkoholu, barbiturátů nebo při předávkování stimulačními drogami či antidepresivy. Tlumivé znaky se objevují v případech předávkování návykovými látkami opiátového typu, alkoholem nebo barbituráty.

#### *Znaky aktivace (od nejslabších po nejsilnější)*

- nadměrné pocení, třes, pocity nevolnosti, rozšířené zornice
- vysoká tělesná teplota, zvýšený krevní tlak, vysoká srdeční činnost
- poruchy vědomí, srdečního rytmu
- křeče, ztráta vědomí, ohrožení života závislého

#### *Tlumivé znaky (od nejslabších po nejsilnější)*

- zmámenost, potřeba spánku
- kóma, nízký krevní tlak
- kóma spojené s ochrnutím dýchacího traktu
- poškození mozku, ohrožení života předávkovaného člověka

Záleží na typu drogy, jaká závislost u ní převládá. Například pro drogu opiátového typu je typická silná fyzická závislost, pro drogu amfetaminového typu (pervitin) naopak silná psychická závislost, touha po opakovaném užití drogy, přičemž fyzické příznaky absence drogy se téměř nevyskytují (kromě nadměrné únavy či spavosti). Co se překonání závislosti týče, snazší je překonání fyzické závislosti, kterou lze pomocí léků či odborné péče poměrně rychle odbourat. Problém nastává při snaze odstranit závislost psychickou. Podle názoru některých odborníků není závislý člověk nikdy vyléčený, pouze celoživotně abstinuje.

## 1.2 ROZDĚLENÍ DROG

Vznik a průběh závislosti na různých látkách se více či méně odlišuje. Drogy můžeme členit podle různých hledisek:

*Drogy legální* - drogy, které jsou v daném státě zákonem akceptovány. V České republice mezi tyto drogy řadíme alkohol, tabák a kofein.

*Drogy nelegální* - drogy, jejichž výroba, prodej a jejich držení je zákonem zakázáno a při porušení zákona je člověku na základě trestního zákona vymezen trest.

*Drogy měkké* - drogy, které nejsou společností považovány za tak škodlivé jako ty, které se řadí do skupiny tvrdých drog. Většinou na nich nevzniká silná závislost a jsou méně zdraví škodlivé než ty drogy patřící do skupiny tvrdých drog. Řadíme sem marihuanu, tabák nebo extázi.

*Tvrdé drogy* - drogy silně poškozující lidský organismus a vytvářející silnou závislost a tím pádem problémy s pozdější abstinencí (výraznější abstinenci příznaky než u drog měkkých).

Dále můžeme závislost dělit podle toho, jaký účinek má daná látka na psychiku člověka, pokud ji spíše utlumuje nebo aktivuje:

### *Sedativa (utlumující látky)*

Do této skupiny patří látky, které po užití v člověku vyvolávají spíše tlumivé účinky, pocit klidu, pohody, útlumu, dokonce i spánku. Látky patřící do skupiny sedativních většinou vytvářejí v člověku tělesnou závislost, tím pádem přicházejí i nepříjemné abstinenci příznaky spojené s vynecháním drogy. Řadíme sem například drogy opiátového typu (heroin, morfin, opium), alkohol či barbituráty.

### *Stimulancia (povzbuzující látky)*

Látky podporující činnost centrální nervové soustavy. Člověk užívající tyto látky je velmi aktivní, vyznačuje se nechutenstvím, zvýšenou činností, nemá potřebu spánku. Patří sem např. pervitin, kokain, či kofein.

### *Halucinogenní látky*

Látky mění vnímání člověka, člověk má pocit, že vnímá jinak, mění se kvalita prožitku pomocí smyslů, má různé halucinace, vidiny, má pocit, že vše kolem "vidí jinak", dochází ke změně ve vnímání barev, sluchových vjemů. Do této skupiny řadíme LSD nebo halucinogenní houby.

Sporné je umístění extáze, jako halucinogenní amfetamin není přesně vytyčená hranice, a proto ji někteří autoři řadí do skupiny stimulačních drog na základě zaktivizování organismu, jiní však mezi halucinogenní látky díky halucinačním stavům a představám, které navozuje.

## 2. VZNIK A VÝVOJ NEJROZŠÍŘENĚJŠÍCH OMAMNÝCH LÁTEK

Už od pradávne historie existuje potřeba lidstva odpoutat se od reality, denních problémů a ponořit se do světa fantazie, snů, představ. Díky existenci mnohých přírodních látek s psychotropními účinky docházelo už v dávných dobách k jejich užívání a zneužívání. Lidé měli a bohužel stále mají potřebu utéct pryč z reality, zažít pocity, které za normálních okolností nezažívají, touží po něčem novém, neznámém, nepoznaném. Naneštěstí většina omamných látek jim jejich touhy dokáže uspokojit.

Omamných přírodních látek však bylo a je omezené množství, a tak byly cíleně i náhodně synteticky vyrobeny látky působící na lidskou psychiku. I když některé z nich byly zpočátku používané pouze v medicíně jako lék, postupem času lidstvo objevilo jejich stinné stránky, a proto docházelo k zákazu jejich užívání.

V současné době je distribuce a užívání většiny těchto přírodních i syntetických látek v téměř všech civilizovaných zemích zakázána. Na základě těchto zákonů můžeme tyto látky rozdělit na látky legální - zákonem povolené a ilegální - zákonem zakázané. Do skupiny legálních látek patří alkohol, který je ve většině zemí díky svému historickému vývoji a zakotvení ve společenském systému povolen. Otázkou zůstává, podle jakého měřítko vůbec rozlišujeme, co je legální a co ne. Alkohol je velmi škodlivý pro organismus, pokud se konzumuje často a v hojném množství, a rizika a nemoci s ním spojené jsou dost vysoká, ale je zákonem povolen. Ostatní látky, na které se v této kapitole zaměřím, však zákonem povolené nejsou.

### **Alkohol**

Dějiny alkoholu sahají velmi daleko do historie lidstva. První zmínky o různých nápojích, které vznikly kvašením určitých plodin, se datují až do roku 3500 př. n. l., kdy se Egypťané pokoušeli vyrábět víno. Proces kvašení byl určitě lidmi objeven již mnohem dříve, ale díky informaci zachycené na egyptském papyru patří egyptská výroba vína mezi jednu z nejstarších doložených informací o výrobě alkoholu.

Postupem času další a další civilizace objevovaly proces kvašení, a tak se alkohol v různých formách začal objevovat na celém světě. Například v Řecku dosahovala velké obliby tzv. medovina, což byla kvašená směs tvořená z vody a medu.

Alkohol byl nejčastěji užíván při různých speciálních událostech, a to například při oslavách, svatbách, náboženských obřadech atd. Již od pradávných dob měl určitou společenskou funkci, kterou si zachoval dodnes. Vzhledem ke snadné výrobě a snadnému přístupu k surovinám potřebným pro výrobu alkoholu, začaly se objevovat problémy s nadměrným užíváním alkoholu. A tak se problémy s nadměrným pitím alkoholu řešily různě.

Čínský císař Vu Vong v roce 1220 př. n. l. považoval alkohol za tak velkou hrozbu, že vydal zákon o zákazu pití alkoholu. Lidé nerespektující tento příkaz byli popraveni. V Římě zase mohl manžel zabít svoji ženu v případě, že byla opilá. Současně bylo však například víno považováno za zdravé a dokonce se konaly různé pitky, jejichž cílem bylo zlepšit stav organismu pomocí konzumace vína.

V dalších staletích se postoj k alkoholu začal proměňovat. Například v Británii byla v 18. století zákonem podporovaná destilace alkoholu, ale v zápětí díky tomu došlo k tak razantnímu nárůstu konzumace alkoholu, že bylo nutné situaci řešit. "V Anglii a Walesu došlo v roce 1848 k uzavření hospod mezi sobotní půlnocí a nedělním polednem a do roku 1872 trval zákaz pití během týdne mezi půlnocí a šestou ranní." (Tyler, 1988, str. 40) Dlouhotrvající problém s alkoholem dokonce přivedl některé země na nápad úplného zákazu prodeje a konzumace alkoholu. V USA byl roku 1920 přijat zákon zakazující distribuci alkoholu. Toto období se nazývá obdobím tzv. prohibice a trvalo do roku 1933, kdy byl zákon zrušen. Po dobu zákazu se na celém USA rozšířila nelegální výroba alkoholu.

V USA, tak jako ve většině zemí světa, je v současné době alkohol legální a společensky uznávaný. Nicméně objevují se tam různá omezení, např. zákaz konzumace alkoholických nápojů na veřejnosti (kromě restaurací, ve kterých se alkohol prodává). Pokud máte potřebu pít alkohol na veřejnosti, musíte mít láhev zabalenou do neprůsvitného sáčku, aby nebylo poznat, co pijete. V některých městech USA jsou problémy s dostáním alkoholu i v současné době. Například v Salt Lake City, hlavním městě státu Utah, není alkohol k dostání téměř vůbec. Člověk, který má touhu po alkoholu, si musí koupit určitý druh vstupenky do jednoho z mála nočních barů a na základě té se do baru, kde se podává alkohol, dostane.

Celosvětově se pak vyskytují odchylky ve věkové hranici, při jejímž dosažení je pití alkoholu legální. Podle mého názoru si stále více zemí světa uvědomuje problematiku nadměrného pití alkoholu, ale účinné řešení stále nenalézají. Alkohol je na základě své dlouhé historie tak společensky rozšířený, že zakázání a zákonné omezení nepřichází v úvahu a preventivní i represivní politika týkající se například zvýšení trestů za alkohol za volantem nefunguje tak, jak by se očekávalo. Konzumace alkoholu v České republice je značná, naše země drží již několik let prvenství v celosvětovém žebříčku pití piva.

### **Amfetaminy a jejich deriváty**

"Amfetamin strukturálně patří k přírodně se vyskytujícím stimulantům efedrinu (z chvojníka Ephedra) a hormonu adrenalinu." (Tyler, 1988, str. 67)

Vznik amfetaminu se datuje do roku 1887, kdy došlo k jeho získání chemickou cestou. O deset let později byl vyvinut metamfetamin, který měl silnější účinky než jeho předchůdce. Obecně byla skupina amfetaminů a jejich derivátů od začátku vnímána jako látka ovlivňující výkon a psychiku člověka, nicméně v 30. letech 20. století začal být amfetamin využíván také v medicíně, a to při léčbě nízkého tlaku nebo jako lék na astma. Z tohoto důvodu byl též vynalezen tzv. benzedrinový inhalátor, který na jedné straně ulevil nemocným od záchvatu astma, na straně druhé však docházelo k jeho zneužívání jako psychotropní látky. Nicméně amfetamin hrál stále důležitou roli v medicíně.

V roce 1935 začal být hojně využíván při léčbě narkolepsie, což je nemoc, kdy pacienti bez jakéhokoliv předchozího varování upadají do spánku - kdykoliv a kdekoliv. A právě díky amfetaminu vydrželi být vzhůru. Již v této době byla známa i stinná stránka této látky. Může vyvolat různé psychické nemoci, velmi snadno se na ní vytvoří závislost. Přesto byla užívána dál a dál. Za druhé světové války byla užívána mezi vojáky, kteří po požití byli pozitivně naladěni a nepadali do depresí z válečných hrůz, které prožívali. Postupem času však více a více lidí poukazovalo na škodlivost látky a na závislosti na ní, proto docházelo k postupnému zákazu užívání. Nejznámějším zástupcem této skupiny je droga, která se u nás nazývá Pervitin, Péčko, Piko, nejčastější název v zahraničí je Speed nebo Meth.



Dalším zástupcem této skupiny je **Extáze**, jejíž vznik se datuje do roku 1914, kdy si určitá firma chtěla tuto látku patentovat. Měla být používána jako anorektikum (prostředek na potlačení chuti k jídlu). Patent však nikdy nebyl povolen kvůli jejím nepřirozeným vedlejším účinkům. Podle Gohlerta a Kuhna (2001) se sice extáze řadí k amfetaminům, ale skládá se z vlastního typu látek, což jsou cyklicky substituované amfetaminy, přičemž existují 3 jeho podoby (MDMA, MDEA, MDBD).

Její první podoba **MDA** byla jednoho času nasazena jako lék na Parkinsonovu nemoc, nicméně později došlo k přehodnocení jejího účinku a přestala být vnímána jako lék. Během 50. a 60. let byla různě zkoumána, dokonce byla zařazena armádou mezi chemické vojenské zbraně. Začátkem 60. let se však tato droga dostala z laboratoří a výzkumných center mezi obyčejné lidi a díky jejímu zneužívání nastal za pár let úplný zákaz užívání této drogy.

Nejznámější podoba **MDMA** neboli extáze měla podobný vývoj. Od léku potlačujícího chuť k jídlu až po narkotikum, do jehož skupiny se zařadila v roce 1981. V současné době existuje mnoho druhů extáze, nejčastější konzumenti jsou mladí lidé bavící se na diskotékách a různých tanečních párty. Jejím nejnebezpečnějším znakem je, že způsobuje přehřívání organismu, k tomu všemu potlačuje určité receptory a člověk si díky ní neuvědomuje základní lidské potřeby, jako jsou spánek, jídlo a pití.

### **Konopné drogy (drogy cannabisového typu)**

"Také o konopí víme, že se používalo už 2000 let před Kristem a v asyrských dokumentech z doby kolem roku 600 před Kristem je popisován přípravek "qunnabu" - to slovo znamená "droga, která odebírá mysl." (Stone a Darlingtonová, 2000, str. 370) Existuje vícero přípravků, které vznikly z konopí, což je rostlina pocházející ze Střední Asie. Závisí na tom, jak se který produkt konopí vyrábí. Nejznámějšími zástupci jsou marihuana, hašiš, hašišový olej. Co se týče užívání, například v Egyptě užívali konopí jako přísady do pohřební hranice za účelem omámení pozůstalých, a tím pádem nižšího uvědomování si svého smutku. Obecně se konopí užívalo při různých společenských událostech a náboženských rituálech.

Poměrně brzy se spolu s psychotropními účinky začalo poukazovat i na účinky léčebné. Usušené konopí se přidávalo do různých mastí, které se používaly při hojení spálenin nebo

proti bolesti kloubů. Dokonce docházelo ke kouření konopí za účelem snižování bolesti a mírnění strachu, např. během napoleonských válek.

Během let došlo k rozšíření konopí z původní střední Asie do Indie. Později se rozšířilo na Předním východě, v Africe a postupně se objevilo na všech kontinentech.

V polovině 19. století se konopí zařadilo spolu s opiem na přední místo mezi léky proti bolesti. Postupem času se však vědci i lékaři začali soustředit na stinné stránky konopí. Lidé užívající konopí nemají zájem o práci a uzavírají se do svého nereálného světa. Proto přišly na řadu zákony, na jejichž základě došlo k omezení dodávek i konzumace této drogy.

Konopí se tak mohlo užívat pouze v lékařství, a to pouze proto, že pomáhalo při léčbě schizofreniků (omezovalo halucinace). I to však bylo v Evropě v roce 1973 zakázáno.

V současné době patří konopné drogy mezi nejrozšířenější drogy světa. Počet jejich uživatelů stále stoupá a mnoho lidí a organizací se snaží prosadit jejich legalizaci. Pokud ne úplnou legalizaci, je zde alespoň snaha legalizovat výrobky z konopí, jelikož byla prokázána jejich velká léčebná hodnota, hlavně při léčbě roztroušené sklerózy či schizofrenie.

### **Halucinogenní drogy**

Látky vyvolávající halucinace, různým způsobem zdeformované vizuální i sluchové vjemy, jsou tak jako i většina přírodních látek s psychotropními účinky známé lidstvu již po staletí. Je známé, že indiánské kmeny používaly určité druhy hub při různých rituálech, kdy vyvařily houby a odvar z nich konzumovaly. Důsledkem byly různé halucinace a rozlišené vnímání reality či barev. Dalším historickým důkazem o zneužívání rostlin s halucinogenními účinky jsou zachyceny v listech ze středověku, kde je poukazováno na černou magii vykonávanou pomocí různých rostlin a hub s psychotropními účinky. Do roku 1943 tak můžeme mluvit o různých přírodních produktech s halucinogenními účinky.

Rok 1943 se však stal rokem přelomovým, co se halucinogenního typu drog týče. Dne 16. dubna tohoto roku byl chemik Hoffmann ve své laboratoři ve Švýcarsku a najednou začal mít silné halucinace, měl pocit, že se všechno kolem něj mění. Odešel proto domů, kde si lehl do postele a nastal u něj stav určitého snění, jako by se uzavřel do zvláštního světa fantazie a barev. Po odeznění účinku si uvědomil, že si tento stav přivodil díky diethylamidu kyseliny lysergové - LSD, na kterém právě pracoval. Informace o objevu této

syntetické látky se rychle šířila a 6 let poté byla tato látka uvedena na trh.

Postupně docházelo k různým experimentům týkajícím se LSD a tato droga zažívala velký rozmach v 60. letech například u hnutí Hippiies. V roce 1967 byla však zakázána na základě její škodlivosti. Tato droga ještě stále není kompletně probádána, a proto nejsou známy všechny její dlouhodobé účinky.

"Halucinační vize a dezorientace v prostoru a času jsou bezprostředními účinky, rovněž i ztráta vůle a sebekontroly, zvýšené sugestibility a konečně nepředvídatelné popudy jako třeba nutkání někoho zavraždit vrhají své oběti do propasti nevyléčitelných stavů."(Baboian, 1970, str. 130) Tato droga patří k nejškodlivějším. Způsobuje poruchy chromozómů nebo dokonce dokáže proniknout pomocí placenty k nenarozenému plodu a způsobit různé deformace.

### **Drogy opiátového typu (opium, morfin, heroin, kodein..)**

To, že bílá šťáva vytékající z nedozrálého trupu makovic obsahuje psychotropní látku, později nazvanou opium, je známo již několik tisíciletí. Nelze s jistotou říci, kterou zemi můžeme považovat za kolébku opia. Velký rozmach zaznamenalo opium v Indii a Číně. "Stopy vedoucí do doby dávno zaniklých kultur potvrzují existenci opia jako svrchovaného léku. Z hlavy sochy, téměř 3300 let staré a představující bohyni uzdravení, vyrůstají tři makovice."(Baboian, 1970, str. 99)

Například v Číně v 9. století patřilo opium do skupiny oficiálně uznávaných léků proti bolesti. Lék nesl název In-c-šu. Léčba pomocí opia byla hojně využívána a rozšířena. V Persii užívali opia jako pomocníka při boji s obezitou, v Indii při boji s malárií. Postupně docházelo k šíření do dalších částí světa i do Evropy.

Podle Gohlerta a Kuhna (2001) bylo kolem roku 1900 opium dostupné ve všech evropských lékárnách. Sloužilo k uklidňování malých dětí, jako prášek na spaní i proti kašli.

V roce 1804 získal lékárník Friedrich Wilhelm Serturner látku, kterou pojmenoval morfin. Morfin je základním alkaloidem opia a velmi rychle se rozšířil jako důležité analgetikum v lékařství.

V roce 1898 byl v době velkého rozmachu opia i morfinu objeven heroin, což je název pro spojení morfinu a kyseliny octové. Díky 3x většímu účinku a samozřejmě i větší

škodlivosti se heroin dostal do popředí jak v lékařství, tak mezi narkomany. Ze začátku totiž nebyla ještě známá velká škodlivost heroínu, a tak byl heroin opěvován jako zázračný lék, který pomáhá při léčbě astmatu, tuberkulózy i různých depresí. "Heroin, méně hypnotický než morfin, ale vrcholně toxický, se rychle rozšířil a stal se hlavním pilířem toxikomanie ve světě." (Baboian, 1970, str. 110)

V současné době patří heroin mezi jednu z nejnebezpečnějších drog světa z důvodů silné návykovosti - psychické i fyzické, škodlivosti a neschopnosti velkého množství uživatelů abstinovat. V České republice zaznamenal heroin velký rozmach díky otevření hranic po pádu komunismu roku 1989 a pár let poté.

## **Kokain**

Kokain patří mezi nejdůležitější látku obsaženou v listech keře koky (*Erythroxylum coca*) rostoucího zejména v Jižní Americe a v jihovýchodní Asii. Historie žvýkání zelených listů sahá hluboko do minulosti. Na základě dochovaných maleb v různých jeskyních v Jižní Americe lze vidět kresby zachycující žvýkání kokových listů, a to pravděpodobně před 3000 lety. Již původní obyvatelé rozpoznali psychotropní účinky, mezi které patří snížení únavy, nechutenství a naopak zvýšení pracovní výkonnosti.

Poté, co byla Jižní Amerika dobyta Španěly, došlo z jejich strany k pokusu o zákaz užívání koky při práci. Setkali se však s takovým odporem původního obyvatelstva, že museli užívání koky opět povolit, protože Indiáni již nebyli schopni bez listů této rostliny pracovat. Pokud však byla "kokáda" neboli čas vyhrazený na žvýkání listů povolena, původní obyvatelstvo poslušně vykonávalo jakoukoliv činnost. Postupem času se žvýkání koky rozšířilo i do dalších zemí a za oceán.

Prvním, kdo z listů koky izoloval kokain, byl chemik německého původu Albert Nieman v roce 1860. Současně dospěl ke zjištění, že kokain má určité znečítlivující účinky, protože po ochutnání došlo k znečítlivění jeho jazyka. A tak se kokain začal hojně využívat v medicíně jako lokální anestetikum. V roce 1886 začal lékárník John Pemberton vyrábět lék, který nesl název "Pembertonova francouzská vinná koka", který se skládal z extraktů kolových ořechů a kokainu. Později došlo k ředění této směsi sodovou vodou a vznikla doteď populární Coca-Cola. Rozdíl mezi současnou a tehdejší Coca-Colou byl v příměsi kokainu, která byla později zrušena, a do nápoje byl přidán kofein.

Kokain byl stále opředen spoustou tajemství, a proto se spousta vědců snažila ho více prozkoumat a objevit jeho klady či zápory. Dokonce Sigmund Freud byl látkou tak fascinován, že na sobě prováděl různé pokusy ve snaze poukázat na jeho účinky. Již od 20. let 20. století byl kokain vnímán jako droga umělců a intelektuálů. Pro svoji cenovou náročnost má kokain přezdívku "droga bohatých".

### **3. DRUHY OMAMNÝCH LÁTEK**

Omamné látky můžeme rozčlenit podle různých hledisek, viz. kapitola číslo 1. Následující dělení je rozdělení druhů omamných látek do jednotlivých typů podle převažující psychotropní látky a je uznávané Světovou zdravotnickou organizací.

*1. Alkoholo-barbiturátový typ*

*2. Amfetaminový typ*

*3. Cannabisový typ*

*4. Kokainový typ*

*5. Halucinogenní typ*

*6. Opiátový typ*

*7. Solvenciový typ*

*8. Tabákový typ*

*9. Kofeinový typ*

*10. Kachový typ*

Existují ještě další typy, které mohou vyvolat závislost. “Mají jenom zdravotnický význam, protože vznikají na základě užívání léků. Nemají však zásadní význam pro skupiny konzumentů drog, ale ani z hlediska kriminalistického zkoumání”. (Hejda, 2000, str. 18)

Patří mezi ně ještě

*11. Antipyreticko-analgetikový typ*

*12. Neuro-leptický typ*

*13. Antidepresivní typ*

### **3.1 ALKOHOLO – BARBITURÁTOVÝ TYP**

#### **Alkohol**

Alkohol neboli také etanol či etylalkohol řadíme do skupiny látek nazývajících se alkoholy. “Název slova alkohol pochází z arabského slova al-ka-hal, což je označení pro zvláštní, jemnou látku. Chemicky se jedná o čirou, bezbarvou tekutinu, která má charakteristický zápach a palčivou chuť.” (Skála, 1988, str. 9)

Alkohol patří mezi tzv. legální drogu, to znamená, že jeho užívání není protizákonné. Samozřejmě jsou stanovena určitá omezení užívání alkoholu spojená například s věkem uživatelů (v České republice se může alkohol legálně užívat po dovršení plnoletosti, tj. 18 ti let) nebo se zákazem řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu a podobně.

Ve většině případů je však alkohol všeobecně společensky tolerován, a proto se zdá být méně škodlivý a méně nebezpečný než jiné návykové látky, ačkoliv rizika a následky dlouhodobého, pravidelného užívání alkoholu jsou vážné, v mnohých případech až smrtelné.

Mezi nejrizikovější skupinu uživatelů alkoholu patří děti a mládež. Ti si mohou závislost na alkoholu vybudovat mnohem rychleji než dospělí uživatelé. Alkohol je zpravidla první "drogou", kterou spolu s kouřením cigaret mladiství zkusí. Je to dáno snadnou dostupností i společenskou tolerancí jak alkoholu, tak i cigaret. Je třeba si uvědomit, že se objevuje stále více případů, kdy mladistvým pouze alkohol nestačí a po čase přecházejí na jiné, mnohem nebezpečnější návykové látky.

#### **Stádia opilosti při konzumaci alkoholu**

Podle Skály (1988) rozlišujeme tyto základní stádia opilosti:

##### *První stadium opilosti*

V tomto stadiu bývá člověk většinou veselý, bezprostřední, výřečný, někdy však může být naopak agresivní a sebevědomý. Záleží na povaze člověka a jeho bezprostřední reakci na alkohol. Dále zde dochází k uvolnění zábran, navazování nových přátelství, potlačení jakýchkoliv starostí a problémů.

### *Druhé stadium opilosti*

Člověk začíná být nekritický a přestává brát ohledy na své okolí. Chování začíná být impulzivní, nepředvídatelné. Pohyby jsou nekoordinované, objevují se závratě a chůze začíná být značně nejistá.

### *Třetí stadium opilosti*

Toto stadium již lze nazvat těžkou akutní otravou alkoholem, při které se objevuje únava, zvracení. Po požití velkého množství alkoholu opilost připomíná stav v narkóze: může dojít k úplnému bezvědomí. “V těžkých případech a při nedostatečné pomoci může zemřít i následkem ochrnutí tzv. dýchacího centra v prodloužené míše.” (Skála, 1988, str. 14)

### ***Rizika spojená s dlouhodobým užíváním alkoholu***

- *infekční nemoci*
- *zhoubné nádory*
- *nemoci žláz s vnitřní sekrecí*
- *poruchy výživy a přeměny látek*
- *nemoci nervové soustavy*
- *nemoci trávicí soustavy*
- *úrazy a otravy na základě nadměrného užití alkoholu*
- *alkoholické psychózy*

### **Barbituráty**

Tato sedativa se řadí do velmi významné skupiny hypnotik. Patří sem skupina benzodiazepinů, kam řadíme různé léky na uklidnění a na spaní (diazepam, rohypnol atd.). Jelikož tyto léky bývají velmi často předepisovány lékaři, dochází tak k jejich častějšímu zneužívání a vytváření závislostí. Pokud dojde k předávkování, bývají tyto léky poměrně bezpečné. Pokud jsou však kombinovány s jinou látkou, hlavně s alkoholem, mohou způsobit i smrt.

Závislost vzniká pomalu, bohužel je však kombinací psychické i fyzické závislosti, proto abstinenční příznaky bývají doprovázeny i fyzickými příznaky jako je např. třes.



### ***Nežádoucí účinky***

- *únava a ospalost*
- *zmatenost*
- *problémy s krátkodobou pamětí (tzv. okna)*
- *nedostatek motivace k řešení běžných životních situací a problémů*
- *snížení svalového napětí*

## **3.2 AMFETAMINOVÝ TYP**

Do tohoto typu spadá jedna z nejrozšířenějších, nejpoužívanějších a nejnebezpečnějších drog - pervitin. Závislost, která se na této droze vytváří, je závislostí psychickou.

### **Pervitin**

Pervitin se slangově nazývá "víkendová droga". Užívání této drogy totiž bývá u většiny uživatelů zpočátku pouze občas, víkendově. Později však má uživatel stále častější potřebu "dát si" a ve fázi závislosti potřebuje zahnat abstinenční příznaky a jediným východiskem se stává další aplikace drogy. A tak se občasné užívání změní v pravidelné.

V případě vysazení přicházejí abstinenční příznaky v podobě neuvěřitelné únavy, dokonce i několikadenního spánku, hluboké deprese a pocitu prázdna. Závislé nic nebaví, neumějí se z ničeho radovat, a proto převážná většina, aby zahnala tyto stavy, sáhne opět po droze.

Pervitin se může užívat orálně (šňupáním, kouřením) nebo nitrožilně. Závislí většinou začínají se šňupáním, ale po čase mají pocit, že jim droga již tolik nezabírá, a proto přecházejí na užívání nitrožilní.

### ***Jaké pocity pervitin navozuje?***

Člověk zažívá pocity štěstí, euforie, vše ho baví, vše ho zajímá, nemá potřebu spánku ani jídla po několik dní. Má pocit celkového zrychlení. Typickým znakem pro pervitin je stav "zaseknutí", kdy jsou uživatelé schopni strávit nad jednoduchou činností i celé hodiny. Na druhé straně však většina uživatelů přiznává méně či více časté paranoidní stavy, pocity pronásledování či stihomam.

### ***Fyzické změny u uživatelů pervitinu***

- *rapidní hubnutí (chybí pocit hladu)*
- *celkové zrychlení organismu, srdeční činnosti*
- *rozšíření zorniček*
- *překotná, zrychlená mluva*
- *nadměrné pocení*

### ***Rizika užívání***

- *HIV (pro ty, kteří drogu užívají nitrožilně)*
- *selhání srdce*
- *toxická psychóza*
- *žloutenka typu C (nitrožilní užívání)*
- *aplikace šňupáním poškozuje nosní sliznice*
- *aplikace nitrožilně poškozuje žíly (ucpání cév)*

### **Extáze (MDMA neboli 3,4- methyldioxyamfetamin)**

Tuto drogu nelze jednoznačně zařadit. Byla vynalezena jako anorektikum - lék na hubnutí (viz kapitola č.2). V některých knihách ji lze nalézt ve skupině halucinogenních typů drog, v jiných naopak patří do drog amfetaminového typu. Podle mého názoru mají částečně pravdu obě skupiny. Extáze bývá popisována jako halucinogenní amfetamin, což vysvětluje problematiku jejího začlenění. Při rozboru těchto dvou slov lze říci, že díky amfetaminu dochází k aktivaci těla, člověk má spoustu energie, dobrou náladu, nemá pocity únavy a dochází k zrychlení myšlení. Zásadní rozdíl mezi nejznámějším amfetaminem, pervitinem a extází je právě v té halucinogenní složce.

Po užití některých typů extáze dochází u člověka k různým halucinacím, člověk má pocit, že je někým jiným, má mylné představy o sobě a o svých schopnostech. Závisí to na daném typu extáze. Např. extáze s názvem Batman - člověk má pocit, že má strašnou sílu, že je opravdu jako Batman. Po užití pervitinu se také v hojné míře objevují halucinace, člověk však má stále reálnou představu o sobě, halucinace se většinou projevují ve spojitosti s paranoidními stavy, strachem z prozrazení, dopadení policií a podobně.

Extázi též lze označit za empatogen "Její typickým efektem je totiž empatie, tj. vcítění se do pocitů druhé osoby, její uživatelé zažívají pocit sounáležitosti, pochopení a přátelství."(SANANIN, 2007, str. 162)

Extáze má velký vliv na chemické pochody v lidském mozku. Po jejím užití dojde k velkému zvýšení serotoninu - látky, která má vliv na změnu nálady. Čím více serotoninu, tím větší má člověk pocit pohody, štěstí, vnitřního klidu. Další látka, která ovlivňuje chování člověka, se nazývá dopamin. Ten má též vliv na náladu člověka a k tomu ještě má vliv na kontrolu svalů. Díky němu se mohou objevit nežádoucí účinky v podobě závratí, drkotání zubů, zvýšené srdeční činnosti a hlavně člověk si díky ní neuvědomuje signály svého těla upozorňující na základní lidské potřeby - napít se, oddychnout si atd.

Extáze se také nazývá taneční drogou díky svému hojnému výskytu na diskotékách a tanečních párty. Na základě svých halucinogenních účinků dokáže ještě zvýšit prožitek z tance, světelných i zvukových efektů, které jsou pro diskotéky typické.

Co se závislosti týče, objevuje se u této drogy spíše závislost psychická, která však v žádném případě nedosahuje takových rozměrů jako např. u pervitinu.

Jako následek požití extáze se den poté objevuje deprese a nervozita. Je to zapříčiněno velkým vylučováním serotoninu během účinkování extáze a tím pádem ho má tělo druhý den nedostatek. Dále se mohou objevit poruchy soustředěnosti, únava, poruchy spánku. Nejde však o abstinenci příznaky v pravém smyslu slova, je to spíše reakce organismu po užití drogy. U této drogy není obvyklé, že by vyvolávala pocit potřeby "dát si" další dávku hned při nástupu těchto příznaků.

### ***Účinky***

MDMA začne působit většinou do hodiny od jejího požití a účinnost většinou vyprchá za 4-6 hodin. Co se týče extáze, pro prvotní uživatele může být ze začátku šokující velký nával tepla, který se po užití drogy dostaví. Může se objevit i nervozita, zmatenost, pokud však tabletky funguje tak, jak by měla, dostaví se pocity klidu, pohody, dochází ke zlepšení nálady, lidé jsou komunikativnější.

Extáze se nejčastěji objevuje ve formě tabletek různé barvy, přičemž název tabletky má připomínat stav, který tabletky navodí.

Např. Batman - člověk má pocit velké síly, že dokáže velké věci, Pikaču - člověk je extrémně upovídaný, komunikativní. Existují i lidé, kteří ji užívají nitrožilně za účelem vyššího účinku drogy.

### ***Tělesné změny***

- *zvýšený krevní tlak*
- *zvýšený pulz*
- *rozšířené zornice*
- *nechutenství*
- *pocení*

### ***Rizika užívání***

- *přehřátí organismu (největší riziko MDMA, díky této droze si uživatel neuvědomuje tělesnou teplotu, proto velmi často dochází k přehřátí organismu)*
- *poškození vnitřních orgánů na základě přehřívání organismu*
- *nebezpečí kombinování extáze a jiných psychoaktivních látek - velká šance předávkování a úmrtí (samotnou extází se nelze předávkovat tak, aby nastalo úmrtí uživatele)*
- *při dlouhodobém užívání se může objevit toxická psychóza*

## **3.3 CANNABISOVÝ TYP**

Do tohoto typu patří drogy vzniklé z rostliny zvané konopí, což je hromadný název pro řadu intoxikujících produktů. Zahrnujeme sem marihuanu, hašiš a hašišový olej. Konopí neboli rostlina z druhu Cannabis obsahuje látky s halucinogenním účinkem. "Psychoaktivní jsou Cannabis sativa, C. ruderalis a C. indica, vedle nich existují ještě druhy určené pro průmyslové využití, v nich je však obsah psychotropních látek minimální."(SANANIM, 2007, str. 153)

Látka, která je obsažena ve všech typech konopních drog, se nazývá THC (tetrahydrokanabinol) a právě díky ní se po užití drogy mění stav uživatelů. Konopí patří mezi jednu z nejužívanějších drog ve světě, má 140 milionů uživatelů.

Obecně můžeme říci, že všechny konopní drogy navozují podobný stav a mají obdobná rizika spojená s užíváním. Marihuana, hašiš a hašišový olej pocházejí ze stejné rostliny, rozdíl je však ve zpracování a v množství THC obsaženém v každém z nich.

### ***Účinky konopných drog***

Účinky konopí jsou určitým způsobem specifické, protože většinou záleží na náladě uživatele před užitím drogy. Například pokud je uživatel smutný, má depresivní náladu, konopí většinou tuto náladu ještě posílí. Naopak pokud má člověk veselou náladu, je pozitivně naladěný, tato droga v člověku tuto náladu ještě znásobí.

Obecně však lze říci, že tento typ drog navozuje krátkodobé pocity euforie, lidé rychleji ztrácejí zábrany. Typickým rysem je upovídání a časté záchvaty smíchu. Později přicházejí pocity uklidnění. Při požití velkého množství však může konopí vyvolat pocity zmatenosti, paniky a dokonce halucinace.

Konopné drogy, na rozdíl od amfetaminových drog, povzbuzují chuť k jídlu. Typickým znakem uživatelů jsou červené, skelné oči a zarudlý obličej. Po požití konopí přichází účinek do několika desítek minut, přičemž jedna dávka vydrží člověku 2-4 hodiny, poté působení odezní. Avšak co se týče látky THC, ta se udrží v moči uživatele mnohem déle než například po požití pervitinu či heroinu. "THC se prakticky nerozpouští ve vodě, ale dobře v oleji. Ukládá se proto rychle v tukových tkáních, což vede k tomu, že při denním užívání je substance prokazatelná v moči ještě po měsíci až 90 dnech." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 52)

### ***Rizika užívání***

Konopné drogy nejsou mladými lidmi vnímány jako škodlivé, a proto si mnoho uživatelů neuvědomuje rizika spojená s jejich užíváním. Na těchto drogách však také vzniká závislost a při dlouhodobém užívání způsobují tělesné poškození. Nejčastějším problémem dlouhodobých, někdy však i občasných uživatelů je výskyt různých psychických poruch. Objevují se poruchy vnímání, halucinace.

"Nejhorším účinkem je pravděpodobně trvalé oslabení imunitního systému a pomalý rozklad velkého mozku." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 54) Následkem rozkladu velkého mozku může být i demence. Pravidelní "kuřáci" většinou bez drogy nemají náladu a

ztrácejí jakoukoliv motivaci. Jsou méně výkonní, méně kritičtí a mění se jejich povahové rysy. Mají tendenci zabývat se pouze sebou, tím pádem přicházejí o kontakty ve svém okolí.

## **Marihuana**

Pod tímto názvem si lze představit usušené lístky rostliny vypadající podobně jako koření oregano. Co se týče konzumace marihuany, dochází častěji ke kouření usušených pupenů rostlin než listů, a to z důvodu jejich silnějšího účinku. Marihuana se buď kouří, jako cigareta (joint) nebo pomocí vodní dýmky, anebo se může také jíst.

V současné době existuje mnoho odrůd marihuany. Pěstitelé se snaží vypěstovat tu nejsilnější, která by měla nejdelší a největší účinek. Marihuana patří mezi nejslabší konopnou drogu, jelikož neobsahuje takové množství THC jako dvě zbylé drogy cannabisového typu, avšak to v žádném případě neznamená, že proto není zdraví škodlivá a že nevyvolává psychické i fyzické změny u dlouhodobých uživatelů.

## **Hašiš**

"Jako hašiš (charas) se označuje zaschlá a zformovaná pryskyřice ze samičích rostlin konopí." (Presl, 1995, str. 31) Nejčastěji se objevuje ve formě vylisovaných plátků různých barev - zelené, červené, hnědé i černé. Co se týče způsobu užívání, hašiš můžeme kouřit, buď ve spojení s tabákem ve vlastnoručně vyrobených jointech, nebo pomocí vodních dýmek. Dále jej můžeme přidávat do různých pokrmů, pokud jej smícháme s vodou, můžeme ho i inhalovat.

Základní psychoaktivní látkou je stejně jako u marihuany THC, nicméně hašiš se skládá ještě z jiných konopných drog, jejichž počet může dosáhnout až třiceti. Na základě spojení různých druhů těchto drog dochází k tomu, že procento psychoaktivních látek, které jsou v hašiši obsaženy, dosahuje až 40%.

Hašiš může být až 8x silnější a tím pádem účinnější než marihuana, proto je nebezpečné užívat ho ve vysokých dávkách. Účinky a rizika jsou podobné jako u všech konopných drog, díky vyššímu obsahu psychoaktivních látek je však dlouhodobé užívání hašiše nebezpečnější a zdraví škodlivější než např. užívání marihuany.

Co se týče účinku, hašiš člověka přivádí do stavu klidu, ve kterém člověk nechce nic dělat, pouze snít. Stejně jako u ostatních závisí na stavu a náladě člověka před užitím drogy.

### **Hašišový olej**

Hašišový olej patří mezi nejsilnější drogu cannabisového typu, jelikož obsahuje až 60 procent psychoaktivní látky a tím pádem nejsilnější zážitek pro uživatele konopních drog. Vzniká pomocí destilace listů marihuany a kvůli vysokému procentu účinných látek dochází k intoxikaci organismu už i při velmi malém množství. Hašiš se nejčastěji užívá orálně – kouřením.

## **3.4 KOKAINOVÝ TYP**

Drogy patřící pod tento typ se získávají z listů rostliny, která se nazývá koka pravá. Tuto rostlinu můžeme nalézt například v Peru, Kolumbii nebo v Bolívii.

### **Kokain**

Jelikož se kokain také řadí do skupiny stimulačních drog, podobně jako pervitin, dalo by se říci, že navozuje podobné stavy jako u uživatelů pervitinu. Kokain se nejčastěji bere orálně (šňupání), lze ho však užívat i nitrožilně.

### ***Účinky***

Člověk má spoustu energie, má pocit, že vše zvládá, pocity sebedůvěry, cítí určité zrychlení, vše se mu daří. Oproti pervitinu však stav po užití kokainu vydrží maximálně 90 minut, proto bývá návykovější kvůli krátkodobému pocitu rozkoše a díky potřebě tuto rozkoš si zopakovat. Dále uživatelé kokainu nezažívají stavy "zaseknutí", které jsou typické pro závislé na pervitinu, nicméně ale také nemají potřebu jíst a vydrží delší čas bez spánku. Pro uživatele kokainu je příznačné zvýšení sexuální chuti. Po odeznění účinku drogy je nejčastějším abstinencním příznakem extrémně zvýšená nervozita.

### ***Rizika užívání***

- *zrychlená srdeční činnost*
- *zvýšená tělesná teplota (riziko přehřátí organismu)*
- *depresivní stavy*
- *halucinace, bludy*
- *toxické psychózy*
- *poškození nosní sliznice (při šňupání)*
- *při předávkování může dojít i k srdečnímu infarktu nebo k záchvatu mrtvice*

### **Crack**

“Přidáním zásadité substance, jako např. prášku do pečiva a zpracováním s alkoholem, vznikne z kokainu tzv. crack, volná báze kokainu.” (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 66)

Crack se kouří a jeho účinky přicházejí ještě rychleji než při šňupání kokainu, protože při vdechnutí se dostane rychleji do mozku. Povzbuzení uživatelů cracku je extrémní, proto se tito lidé po častějším užívání přestávají ovládat a uvědomovat si sami sebe.

Účinky a rizika jsou vesměs shodné s těmi uvedenými u kokainu, crack je však škodlivější a návykovější. Díky kouření je zde velké riziko rakoviny plic a rakoviny dutiny ústní.

### **3.5 HALUCINOGENNÍ TYP**

“Halucinogeny (psychedelika, delirogeny, fantastika) jsou rozsáhlou skupinou přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace.” (SANANIM, 2007, str. 157) Pro drogy patřící do této skupiny je příznačná velká změna vnímání. Uživatel začne vidět realitu zkresleně, dochází u něho k různým halucinacím, vidí neexistující věci, slyší zvuky, dokonce může vnímat barvy jiným způsobem. Všechny jeho smysly jsou postiženy.

Vnímání každého člověka je narušeno jiným způsobem, s různou intenzitou, přičemž při hlubokém narušení se může objevit i toxická psychóza, což je porucha psychiky, která se může objevit na základě užívání psychotropních látek. Stav toxické psychózy má podobné příznaky jako schizofrenie.

Drogy patřící do tohoto typu můžeme ještě rozdělit na přírodní a syntetické.



## **Přírodní halucinogenní typ**

Rostliny s halucinogenním účinkem existují na zemi již mnoho tisíciletí. Největší výskyt těchto rostlin je v Jižní Americe, kde také v minulosti byly používány při různých náboženských rituálech. Co se týče hub s halucinogenními účinky, prvenství v nejvyšším počtu druhů drží americký kontinent, kde bylo objeveno více než sto druhů.

Podle Tylera (1988) můžeme halucinogenní houby rozdělit do dvou skupin, kde jedna skupina hub obsahuje látku psilocybin a psilocin a druhá, mnohem menší skupina, obsahuje halucinogenní látky - kyselinu ibotovou a její derivát muscimol, a ta se nazývá Amanita.

Pokud vynecháme halucinogenní houby, existuje ještě mnoho jiných rostlin obsahujících halucinogenní látky, a to různé lilkovité rostliny, např. durman, blín černý, rulík zlomocný. Z určitého hlediska můžeme přírodní halucinogenní drogy vnímat jako mnohem nebezpečnější než syntetické. U přírodního halucinogenu si nikdy nejsme jisti množstvím obsažené halucinogenní látky, proto je zde velké riziko předávkování a s tím spojená rizika různých psychóz a dokonce i smrti, kdy uživatel může mít tak silné halucinace, že se dostane do situací hazardování se svým životem.

## **Lysohlávka kopinatá (psilocybe semilanceata, "klobouček svobody")**

Tato houba patří mezi nejznámější zástupce drog s halucinogenním účinkem. Existuje spousta druhů této rostliny, množství halucinogenní látky v každé z nich se však liší. Proto zde může docházet k problémům s rozpoznáním účinku té či oné houby a díky tomu k většímu riziku předávkování. Co se týče konzumace, houba se většinou suší, ale nekonzumuje se celá, pouze její hlavičky. Odborníci zabývající se problematikou halucinogenních drog, ale také pravidelní uživatelé však jsou schopni odlišit požadovaný účinek houby. Pokud dojde ke konzumaci menšího počtu hlaviček, tento stav se vyznačuje euforií, smíchem, pozitivní náladou a upovídaností. Při užití většího počtu však dochází k zrakovým iluzím, deformacím smyslů a tento stav se dá přirovnat ke stavu po požití LSD.

## **Účinky**

K rozdělení halucinogenní látky v těle uživatele dochází relativně rovnoměrně, na rozdíl od LSD, kde se látky nejvíce koncentrují v ledvinách a játrech. Látky obsažené v rostlině začne působit asi 30 minut po požití, kdy se začíná objevovat změna ve vnímání. Nejprve

nastává pocit zmámenosti, poté přichází pocit tepla a zvýšení sexuálního apetitu. V této fázi se mohou objevit i závratě nebo různé křeče. Samotný halucinogenní účinek přichází až za 60 minut od užití drogy, který se projevuje:

- *zrakovými a sluchovými halucinacemi*
- *poruchami orientace*
- *jiným vnímáním času, prostoru*
- *pocity vznášení, poruchou rovnováhy*

### ***Rizika užívání***

- *předávkování při špatném odhadnutí množství halucinogenní látky v organismu*
- *deprese*
- *úzkostné stavy*
- *zvýšená hladina cukru*
- *toxická psychóza*
- *náhlá smrt (při předávkování)*
- *smrt na základě rozsáhlých halucinací (člověk nevnímá nebezpečí, zkreslená realita, možnost způsobení nebo zúčastnění se nějaké nehody...)*

### **Muchomůrka červená (*amanita muscaria*, "létající houba")**

Tato skupina halucinogenních rostlin není tak rozšířená mezi uživateli jako rostliny obsahující psilocybin (lysohlávký), nicméně můžeme sem zařadit alespoň dvě houby s halucinogenním účinkem. První se nazývá *Amanita pantherina* neboli muchomůrka panterová, ale její výskyt je velmi vzácný. Naopak druhá houba, muchomůrka červená, se vyskytuje mnohem častěji. Tato houba se konzumuje buď po jejím usušení, nebo po upečení. Maximální množství, které nevede k předávkování je tři houby. Účinky a rizika jsou podobné jako u lysohlávek. Přibližně po půl hodině dochází k určité euforii a dostavují se různé halucinace.

## **Meskalin**

Látka, která se vyskytuje v různých druzích kaktusů, nejvíce v Jižní Americe a v Mexiku. Nejznámější kaktus obsahující tuto halucinogenní látku se nazývá Kaktus peyote. Ten obsahuje několik alkaloidů, které se vyznačují různým stupněm psychoaktivity, přičemž nejvýznamnější z nich je meskalin. Tak jako i další přírodní halucinogenní látky byl také meskalin využíván hlavně domorodci při různých rituálech, při kterých chtěli domorodci dosáhnout změn vědomí a vnímání.

Koncem 19. století došlo k syntetizaci meskalinu. V současné době se může užívat ve formě tablet nebo v tekuté podobě (jako přísada do nápojů). Účinky jsou vesměs totožné jako při užívání ostatních halucinogenních látek. Člověk je zmatený, neorientuje se v prostoru ani čase, objevují se zvukové a sluchové vjemy, uživatel nevnímá své tělo, má pocit, že se vznáší.

## **Syntetický halucinogenní typ**

### **LSD (lysergamid, derivát kyseliny lysergové)**

Účinek této kyseliny, která patří mezi zásadní látky obsažené v LSD, je známý již mnoho staletí. V přírodní formě tato kyselina objevuje v námelu, což je cizopasná houba rostoucí na obilninách. Proto často docházelo k situacím, při kterých se sedláci, kteří sklídili toto obilí, dostali do stavu omámení. Při užívání LSD stačí již 20 mikrogramů k tomu, aby v člověku navodila delší stav opojení, často trvající i několik hodin. Díky síle i takto malého množství je potřeba určitý materiál, na který se LSD může nakapat. K tomuto účelu proto mohou sloužit malé pijáky, kostky cukru. V drogových kruzích existují "tripy".

Podle Goodyera a Kuhna (2001, str. 109) "jsou to malé čtverečky papíru, které vypadají jako sací papír, většinou s nějakým barevným potiskem, a napuštěný účinnou látkou." Tripy se obvykle konzumují orálně - polykají se. Zážitek, který nastává po požití této drogy, se nazývá trip (výlet). Název poukazuje na cestu uživatele "na jiné místo", alespoň ve svých představách, fantaziích a halucinacích, které se objevují po požití LSD.

## ***Účinky***

LSD se nejvíce koncentruje v ledvinách a v játrech, v mozku se objevuje malé procento halucinogenní látky, přesto LSD dokáže působit na člověka až 12 hodin.

"Droga napadá funkci mozkového kmene a mezimozku, zejména limbický a retikulární systém. To jsou místa, kde se zpracovávají smyslové vzruchy a vedou se dál do velkého mozku."(Gohlert a Kuhn, 2001, str. 61) V tomto místě dochází ke vzniku návykové paměti. Po užití LSD nastává rychlá psychická změna.

Účinek drogy je však ovlivněn mnoha faktory: velikostí dávky, náladou uživatele, místem užití, společností, ve které se při užití vyskytuje. Všechny tyto faktory vedou k různým požitekům uživatelů. Jeden člověk se může pohybovat nad rámeček reality, ve svých fantaziích, přecházet mezi realitou a fikcí, druhý nemusí zažívat skoro žádné takové pocity.

LSD nejčastěji navozuje pocity zmatení, objevují se optické halucinace, člověk vnímá čas i prostor jinak než doposud. "Hranice mezi vlastní osobou a prostředím jsou pociťovány jako uvolněné až zrušené." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 61)

## ***Tělesné projevy***

- *špatná koordinace, chůze*
- *pocity na zvracení*
- *závratě*
- *návaly (střídání pocitu horka a zimy)*
- *vysoká teplota*
- *zrychlený tep, zrychlená srdeční činnost*
- *zmatenost, úzkost*

Velmi zajímavý je tzv. "flash back" neboli určitý záblesk do minulosti. Existuje mnoho případů, kdy člověk, který naposledy užil LSD před nějakým časem, může to být před měsícem, dokonce i rokem, se najednou vrátit zpátky do stavu, který zažíval po užití LSD, i když v sobě v ten daný okamžik drogu nemá. Tento zvláštní zážitek bývá obvykle vysvětlován tím, že malé, laboratorně nezjistitelné množství drogy zůstává v tkáních po extrémně dlouhou dobu, a proto může vyvolat tyto reakce.

### **Rizika užívání**

- *schizofrenie*
- *latentní psychóza (LSD může spustit v člověku určitou psychickou chorobu, o které člověk dříve nevěděl a spustila se až na základě užití LSD a je možnost, že bez užití by se tato choroba neobjevila vůbec.)*
- *sebevražda (Dochází k přeceňování sil, člověk má např. pocit, že může létat, a proto vyskočí z okna.)*
- *otrava (Předávkovaný má extrémně zvětšené zornice, vysoký krevní tlak, žilní křeče, může nastat i zástava srdce. Po psychické stránce se předávkování projevuje panikou, vnitřním neklidem, halucinacemi, tendencemi k sebevraždě.)*

### **3.6 OPIÁTOVÝ TYP**

Tato skupina drog je ve společnosti vnímána jako jedna z nejnebezpečnějších. Ať už proto, že na opiátech se obvykle vytváří nejtěžší závislost a s tím je spojené i velmi složité odvykání a zbavování závislosti, nebo kvůli neslučitelnosti užívání drog opiátového typu a běžného života. Dalším problémem je zvýšená kriminální činnost lidí závislých na opiátech. Je tomu tak proto, že tato závislost není pouze psychická jako u většiny drog, ale též fyzická. Tito lidé se neváhají uchýlit ke kriminální činnosti, jen aby získali peníze na drogy a tím pádem nemuseli zažívat velmi nepříjemné psychické a zejména fyzické abstinenční příznaky.

Tento typ se nazývá opiátový díky opiu, látce, která se vyskytuje v máku setém. Množství psychotropních látek v máku závisí na klimatických podmínkách a také na poloze místa, kde se mák pěstuje. Drogy patřící do tohoto typu se nazývají drogy uklidňující, to znamená, že navozují pocity klidu, útlumu, pohody. Člověk ztrácí zájem o vše, co se kolem děje, uchyluje se do "svého" světa klidu, pohody a "krásného" pocitu. Co se týče druhu závislostí, na drogách tohoto typu vzniká jak psychická, tak i fyzická závislost.

### **Heroin**

"Heroin je polosyntetický opiát, který se vyrábí z morfinu. Morfin je účinnou látkou opia. Opium se získává ze šťávy máku setého (papaver somniferum)." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 71)

Heroin lze užívat třemi způsoby: šňupáním, kouřením a nitrožilně. Má podobou bílého nebo nahnědlého prášku. Těsně po užití drogy (u nitrožilního užití) přichází pocit euforie (flash nebo kick). Drogově závislí to popisují jako určitý nával tepla, který se jim rozlije po celém těle a najednou je jim dobře. Účinek jedné dávky trvá maximálně 5 hodin. Pokud závislý užívá drogu orálně nebo kouřením, nástup není tak intenzivní a účinek přichází později. Poté, co počáteční pocit euforie odezní, následuje většinou pocit pohody, klidu. Lidé závislí na heroinu většinou nevykonávají žádnou činnost, pouze si lehnou a "užívají" si své pocity, představy či halucinace. Reakce na heroin, tak jako i na další opiáty však není u každého člověka stejná. Proto nemusí navodit pouze pocity štěstí a klidu, ale člověk naopak může upadnout do deprese a mít pocity skepse.

### ***Účinky***

Při nízké dávce dochází k odstranění pocitu hladu i únavy. Při navýšení dávek však dochází k únavě, ospalosti a ke spánku. Nejdůležitější pro uživatele heroinu je nástup (kick), díky kterému přichází pocit tepla a euforie. Toto je podle uživatelů důvod, proč nemohou s heroinem přestat, protože chtějí tento "úžasný" stav zažívat stále.

### ***Tělesné projevy***

- *snížená činnost hladkého svalstva (zácpy, sterilita uživatele)*
- *snížení sexuální aktivity*
- *deprese dýchacího centra*
- *zúžené zornice*
- *častá nevolnosti*
- *vynechání menstruace*

### ***Rizika užívání***

- *utlumení dýchacího systému a následná zástava dechu*
- *nízká srdeční frekvence a následná zástava srdce*
- *zvýšená únava*
- *paranoidní stavy*
- *žloutenka*

- *poškození mozkových cév*
- *obrna*
- *náhlá smrt po prvním užití i malého množství heroinu (neschopnost organismu obsáhnout i malé množství látky (tzv. idiosynkratický efekt)*

Jak bylo již zmíněno, závislost na heroinu se vytváří jak psychická, tak i fyzická. Po vysazení a následném neopětování dávky přicházejí silné abstinenční příznaky, které lze přirovnat k těžké chřipce, avšak většina uživatelů je popisuje mnohem hůře.

### ***Abstinenční příznaky***

- *porucha spánku*
- *bolest celého těla*
- *třes celého těla*
- *husí kůže*
- *střídání pocitů horka a chladu*
- *bušení srdce,*
- *zvracení*
- *rýma*
- *nevolnost*
- *porucha koordinace*
- *deprese*
- *sebevražedné myšlenky*

### **Opium**

"Když se nařízne nezralá makovice tropických odrůd máků (*Papaver somniferum*), vytéká šťáva a zasychá na povrchu makovic jako bílá hmota. Tato usušená šťáva se nazývá opium (z řeckého opos - šťáva)." (Stone a Darlingtonová, 2000, str. 100)

Ve středověku se opium objevovalo mezi lidmi běžně, tak jako v současnosti například tabák a alkohol. Opium se po mnoho let užívalo jako určité analgetikum díky svým uklidňujícím a utišujícím účinkům. Nyní je však využíváno drogovými výrobci k výrobě drog díky obsahu většího množství alkaloidů.

“Opiové alkaloidy - fyziologicky účinné bazické sloučeniny obsažené v opiu, které se většinou dělí na látky morfinového typu – morfin, kodein a thebain a benzylochinolinového typu - papaverin, narkotin, narcein, laudanosin.”

(<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/opiove-alkaloidy>)

Co se týče konzumace surového opia, to se převážně kouří pomocí vodních dýmek, výjimečně dochází k pití tinktury vzniklé z opia.

## **Morfin**

Prášek nebo roztok, který byl získán izolací opia neboli šťávy z makovic. Tato látka je mnohem silnější a účinnější než opium a vyvolává silné analgetické účinky - tlumí bolest. Díky tomu se morfin začal užívat jako lék proti bolesti. Velký rozmach zaznamenal během 1. světové války. Spolu s heroinem patří mezi nejvíce návykové narkotické analgetikum, proto běžně docházelo k jeho zneužívání lidmi z oblasti medicíny.

Co se týče aplikace, morfin lze užívat pomocí tabletek, kouřením, nitrožilně, dokonce i šňupáním. Po užití člověk přestává cítit jakoukoliv bolest, dostává se do pocitu určité euforie, nemá žádné starosti a překvapivě se zrychluje činnost mozku. Jelikož morfin je vysoce návykový a vzniká zde závislost fyzická i psychická, objevují se silné abstinční příznaky při vysazení.

## **Metadon**

Je syntetickým opiátem. To znamená, že nevzniká z přírodních opiátů jako například morfin a heroin. Byl vytvořen během 1. světové války, a to na základě požadavku nahradit morfin, kterého byl nedostatek. Bylo potřeba vytvořit syntetickou náhražku morfinu. Metadon, na rozdíl od přírodních opiátů, má mnohem delší dobu působení. Jedna dávka dokáže působit až 47 hodin, což je 10x víc než u přírodních opiátů. Pokud se na metadonu vytvoří závislost, jedná se opět o závislost jak psychickou, tak i fyzickou.

V současné době se metadon nejvíce užívá při substituční léčbě drogově závislých na heroinu. V případech, kdy selžou ostatní druhy léčby, je jednou z variant léčba substituční, neboli nahrazujeme heroin látkou s podobným chemickým složením, v tomto případě metadonem.



Bohužel existuje spousta drogově závislých na heroinu, jejichž jedinou šancí se stal tento druh substituční léčby a tím pádem fungování pomocí celoživotního užívání metadonu. Podle průzkumů se závislí po vysazení metadonu opět vraceli k užívání heroinu.

### **3.7 SOLVENCIOVÝ TYP (TZV. SNIFFING)**

"Vdechování výparů omamných látek má své kořeny už v 18. a 19. století, kdy se velmi rozšířil módní návyk inhalovat rajský plyn, éter nebo ještě nebezpečnější chloroform." (Tyler, 1988, str. 291) V současné době do této skupiny patří mnoho výrobků, od plynu do zapalovače, přes ředidla a barvy konče. Dá se říci, že všechny látky, ze kterých unikají určité výpary, mohou být člověkem zneužity k fetování. Nejvhodnější pro tuto činnost jsou rozpouštědla a plyny (ve spreji). Co se týče užívání, ačkoliv se obecně tyto látky nazývají čichací, výpary z těchto látek se převážně inhalují, a to nosem a ústy.

#### ***Skupina výrobků zneužívaná pro drogovou činnost***

- *rozpouštědla (toluen...)*
- *plyny ve sprejích*
- *lepidla (chemopren..)*
- *laky na nehty*
- *benzín*
- *čisticí prostředky*
- *aerosolové výrobky*
- *náplň do hasicích přístrojů*

#### ***Účinky***

Výpary se pomocí inhalování dostanou velmi rychle do organismu a poté do mozku. Mají vliv na centrální nervový systém, přičemž v určitých případech mohou působit stimulačně, většinou však části mozku ochromí. Největší vliv mají na funkci mozku, která má vliv na instinkty, pravidelné funkce (srdeční tep, dýchání) se zpomalí a člověk se dostane do zvláštního stavu otupění. V této fázi se mohou objevovat různé nevolnosti, závratě. Pokud uživatelé pokračují v inhalaci, dochází ke špatné orientaci, mají nízký práh bolestivosti a mohou upadnout i do bezvědomí. Stav, který nastává při vdechování těchto

látek, je podobný stavu v opilosti, až na to, že spolu se sniffingem přicházejí i halucinace, různé sluchové i vizuální vjemy.

### ***Rizika užívání***

- *předávkování a následná smrt (nelze odhadnout množství a účinek dané těkavé látky, proto dochází k častému předávkování, dokonce častěji než jinými drogami)*
- *poškození jater, ledvin, mozku, kostní dřeně*
- *náhlá smrt (při inhalaci dojde k selhání srdce nebo respiračního systému)*
- *udušení (pro větší "prožitek" z inhalace si čichači dávají igelitový sáček na hlavu a tím může často dojít k udušení)*

Zneužívání těkavých látek patří mezi jednu z nejnebezpečnějších skupin činností uživatelů drog. Díky jedovatým látkám, které jsou obsaženy v různých rozpouštědlech, dochází rychle a nenávratně k poškození organismu uživatele a kvůli nezvratnému poškození mozku je šance vyléčení téměř nulová. Co se týče závislosti, uživatelé si obvykle vypěstují závislost psychickou, existuje zde i riziko fyzické závislosti, která však není tak silná jako například na alkoholu či heroinu. Po odeznění účinku těkavé látky přichází stav podobající se vystřízlivění z alkoholového opojení. Podle průzkumů je nejčastějším uživatelem těkavých látek mládež, a to většinou z dvou důvodů: díky snadné dostupnosti (v obchodech) a díky finanční nenáročnosti.

## **3.8 TABÁKOVÝ TYP**

Nejznámějším zástupcem této skupiny je tabák, a to nejen cigaretový, ale i mnoho dalších druhů tabáku. Kromě nich sem ještě zahrnujeme například pepř betelový (piper betel).

### **Pepř betelový (piper betel)**

Je název pro žvýkaný smotek, který vzniká z listů rostliny Linné betel, jehož užívání je nejrozšířenější v Africe nebo Indii. Účinky tohoto pepře jsou téměř totožné s účinky tabáku.

Po požití člověk ztrácí chuť na jídlo i pití, časté užívání vede k vytvoření závislosti, která může člověka přivést i ke komplikovanějším zdravotním problémům.

## **Tabák**

Rostlina, která v sobě obsahuje látku nazývanou nikotin. "Nikotin je silně toxická, bezbarvá látka, rostlinný alkaloid obsažený v tabáku"(SANANIM, 2007, str. 143). Tato látka byla známá již u civilizace Májů, o kterých se zmiňujeme v souvislosti s prvním kouřením tabáku.

Způsob užívání tabáku se během let různě proměňoval, od šňupání, žvýkání až po, v současné době nejrozšířenější způsob, kouření cigaret či doutníků. Z určitého hlediska můžeme tabák považovat za jednu z nejnebezpečnějších drog. Její škodlivost je velmi často podceňovaná, je velmi lehce dostupná a její užívání je zákonem povoleno.

Tabák je ve velké míře první drogou, se kterou se mládež seznámí. Důvody, proč tolik mladých lidí kouří, jsou různé. Nejčastěji je to zvědavost, touha po poznání něčeho nového, pro ně zakázaného a samozřejmě také snaha vyrovnat se spolužákům, kteří již cigarety užívají. Co se týče dospělé populace, nejčastější argumenty pro kouření jsou pocit uklidnění nebo zlepšení nálady. Spousta lidí však nemá žádné argumenty a odpoví, že vlastně ani neví, proč kouří.

V cigaretách se vyskytuje určité množství nikotinu, většinou do 2mg. V případě, že množství nikotinu obsaženého v jedné cigaretě je nižší než 0, 4 mg, cigareta kuřákům nechutná. A to z důvodu malého množství nikotinu a tím pádem nízkého obsahu drogy, kvůli které většina lidí kouří. Cigaretta se skládá z velkého množství chemických látek, které se spolu s nikotinem dostávají do organismu kuřáka. Jako příklad můžeme uvést kobalt, čpavek, dehet nebo kysličník uhelnatý, který se vdechuje při kouření. Všechny tyto látky jsou zdraví škodlivé a při dlouhodobém užívání mohou vést ke zdravotním komplikacím.

Co se týče závislosti, primárně se vytváří závislost psychická, druhotně však i fyzická, která je způsobena obsahem nikotinu v mozku a tím pádem tato závislost může připomínat závislost na jiných omamných látkách. Pokud dlouhodobý kuřák přestane kouřit, objevují se u něj určité abstinční příznaky v podobě nervozity, nechutenství nebo naopak zvýšené chuti k jídlu, podrážděnosti.

## **Účinky**

Jaké pocity a změny v psychice člověka vyvolává cigareta, nelze jednoznačně říct. Nicméně nikotin je vnímán jako původce cigaretové závislosti a kuřáci tvrdí, že díky kouření pocítují méně nervozity a naopak více pocitů povzbuzení.

## **Fyziologické změny při kouření**

- *zvýšení tepové frekvence*
- *stahování kožních cév*
- *snížená možnost krvinek vázat kyslík (díky kysličníku uhelnatému)*

## **Rizika užívání**

- *tzv. kuřácký kašel*
- *větší náchylnost k nemocem dýchacího ústrojí (záněty průdušek, zápal plic)*
- *kouření a užívání antikoncepce zvyšuje riziko infarktu*
- *snížení porodní hmotnosti dítěte při kouření během těhotenství*
- *rakovina plic*

## **3.9 KOFEINOVÝ TYP**

### **Kofein**

Látka, která je obsažena v přibližně šedesáti rostlinách, z nichž nejznámějšími a nejrozšířenějšími je keř kávovníku (*Coffea arabica*), čajová rostlina (*Camellia sinensis*) či kakaové boby. Tyto rostliny však neobsahují pouze kofein, ale také další povzbuzující látky, které jsou podobné kofeinu (theophylin a theobromin). Ty můžeme nalézt v mnoha výrobcích běžné spotřeby jako například v kakau, lécích proti bolesti, čokoládě apod. Při užívání kofeinu dochází k podpoře činnosti centrálního nervového systému a také dochází ke zrychlení trávení. Kofein samozřejmě nemůžeme považovat za drogu v pravém slova smyslu, nicméně při častém a rozsáhlém užívání si lze vypěstovat určitý způsob závislosti.

„Příznaky nadměrného užívání jsou úzkost, náladovost, bolesti hlavy, třes svalů chronicky narušený spánek. Všechno se většinou upraví, když se omezí přísun kofeinu.“ (Tyler, 1988, str. 205)

### ***Účinky***

"Čistý práškový kofein má povzbuzující účinek podobný kokainu a amfetaminu. Rozumné užití - do čtyř běžných šálků kávy - bojuje proti ospalosti a únavě a povzbuzuje psychický i fyzický výkon." (Tyler, 1988, str. 200)

Pokud však tuto denní dávku překračujeme, začíná mít kofein vliv na mozek a míchu, tím pádem dochází k problémům s koordinací, mohou se objevovat stavy úzkosti či nervozity. Při požívání extrémního množství kofeinu se může objevit i třes.

### ***Fyziologické změny***

- *zrychlený srdeční tep*
- *vyšší krevní tlak*
- *častá potřeba k močení*
- *zrychlení dechu*

### ***Rizika užívání***

Rizika dlouhodobého kofeinu není snadné odhalit, protože člověk neužívá samotný kofein, ale i další látky obsažené ve výrobcích, které konzumuje. Tím pádem není jisté, jak velké riziko v tom či onom výrobku způsobuje kofein. Nicméně je prokázáno například riziko vysokého krevního tlaku při užívání většího množství kofeinu.

## **3.10 KATHOVÝ TYP**

Pod tento typ patří Kath, což je jedna z nejstarších omamných látek, které se vyskytují v přírodě. "Získává se z keříku, či nízkého stromku nazývaného katha jedlá. Aplikuje se žvýkáním - per os nebo ve formě odvaru - známý habešský čaj." (Hejda, 2000, str. 18) Rostlina dorůstá až 2 metrů a nejvíce se vyskytuje v oblasti kolem Rudého moře či v Adénském zálivu.

Po užití této látky přichází stav euforie, určité malátnosti, blaženosti. Mezi rizika nadměrného a dlouhodobého užívání řadíme problémy se srdeční činností a nemoci zubů, které se objevují u uživatelů na základě aplikace žvýkáním.

Dle názoru Hejdy (2000) stojí za zmínku ještě další typy, které nebývají často uváděny v literatuře, nicméně i na nich si lze vypěstovat závislost, a proto si zasluhují naši pozornost. Jejich význam je pouze zdravotnický, protože hlavní roli zde hraje závislost vypěstovaná na určitých druzích léků. Nejsou však zásadní pro uživatele drog. Patří sem Antipyreticko-analgetický typ, Neuro-leptický typ a Antidepresivní typ.

### **3.11 ANTIPYRETICKO – ANALGETIKOVÝ TYP**

#### **Antipyretika**

"Léčiva snižující horečku, např. deriváty kyseliny salicylové (acylpirin), amidopyrin, antipyrim, apod. Tlumí též bolesti (hlavy, zubů).“ (Malý encyklopedický slovník, 1972, str. 50)

#### **Analgetika**

Jsou to léky, které užíváme při různých bolestech. Pomocí nich se však bolest neléčí, pouze napomáhají ke zmírnění či momentálnímu odstranění bolesti, neřeší však její příčinu. Podle Stona a Darlingtonové (2000) můžeme analgetika rozčlenit do dvou skupin:

##### *Mírná analgetika (aspirin, paracetamol, aloxiprin, sulindac...)*

Užíváme k tlumení bolestí hlavy, zubů, zad, ke snížení teploty, k hladšímu průběhu virových onemocnění.

##### *Silná narkotická analgetika (morfin, kodein, buprenorfin...)*

Jsou zapotřebí při vážnějších zraněních, úrazech, při nádorových onemocněních a podobně. Převážná většina těchto narkotických analgetik má původ v opiu, o kterém jsem se již zmiňovala v souvislosti s heroinovým typem závislosti na omamných látkách.

### **3.12 NEURO – LEPTICKÝ TYP**

Neuroleptika jsou léky, jejichž úkolem je upravit a zlepšit již narušené chování psychicky nemocného člověka. Tyto léky se užívají při různých psychických onemocněních, například při schizofrenii, sexuálních deviacích i při léčbě drogově závislých lidí.

Podle internetového serveru <http://www.vodopad.cz/l4.htm> je členíme:

*Bazální neuroleptika* mají za úkol zklidnit a utlumit člověka, aniž by se u nich objevovaly vážné nežádoucí účinky (Chlorpromazin, Thioridazin, Levomepromazin).

*Incizivní neuroleptika* se užívají při léčbě nervozity, agrese či halucinací (Flupentixol, Pimozid, Penfluridol).

*Atypická neuroleptika* pomáhají odstraňovat negativní příznaky schizofrenie a pomáhají i v situacích, kdy jiná neuroleptika nezabrala (Tiaprid, Sulpirid, Klozapin).

*Depotní neuroleptika* pacientům bývají aplikována nitrožilně a jejich účinek trvá po dobu 2-4 týdnů. Většinou se užívají v situacích, kdy pacienti odmítají brát léky orálně.

### **3.13 ANTIDEPRESIVNÍ TYP**

Do této skupiny můžeme zařadit velké množství léků, jejichž cílem je zmírnit či odstranit depresi, která se většinou projevuje špatnou náladou, nechutí k jakékoliv činnosti, člověk má pocit, že ho nic nebaví, nic se mu nedaří, dostává se do fáze určitého útlumu. Existuje několik podskupin řadících se do tohoto typu.

#### ***Například***

*Tricyklická antidepresiva* - sem patří většina nejužívanějších antidepresiv, negativní vlastností je však velké množství nežádoucích účinků: zrychlený pulz, potíže s trávením, problémy s krevním tlakem, útlum... (Nortriptylin, Dosulepin, Imipramin)

*Antidepresiva II. generace* - různá skupina léků, jejichž výhodou je mnohem lepší snesitelnost než tricyklických antidepresiv (Trazodon, Bupiron..)

## **4. PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTÍ A JEJICH VÝVOJ**

Odpovědět na otázku, proč člověk začne být závislý na nějaké psychotropní látce, není jednoduché a jednoznačné. U každého člověka může být příčina vzniku závislosti jiná, nelze proto jednoznačně sumarizovat důvody vzniku závislostí. Pokud se však pokusíme stanovit rizikové faktory vedoucí ke vzniku závislosti, je potřeba si uvědomit propojení mezi jedincem, návykovou látkou a prostředím. Toto propojení se nazývá třífaktorová struktura podmínek, tj. pojem, který poukazuje na to, že při vzniku návyku a následné závislosti nehraje roli jen jedna příčina, ale spousta faktorů týkajících se osobnosti jedince, návykové látky a prostředí, které ho obklopuje.

### **4.1 OSOBNOST JEDINCE**

Spousta vědců a psychologů se již mnoho let zabývá myšlenkou rodové predispozice k vytvoření závislosti. Je pravdou, že u lidí, jejichž rodiče měli problémy s určitou závislostí, např. na alkoholu, je větší pravděpodobnost vzniku závislosti. Je však otázkou, do jaké míry jde v tomto případě o zdědění vrozených predispozic k závislosti a do jaké míry jde pouze o vliv prostředí a dalších vnějších faktorů (např. pokud dítě žilo v rodině s nadměrným užíváním alkoholu, může alkohol vnímat jako součást svého dětství jako něco přirozeného oproti jiným dětem, pro něž byl alkohol tabu a byl popisován rodiči jako něco škodlivého).

Podle Presla (1995) existuje však mnoho biologických faktorů, které mohou mít vliv na pozdější vývoj člověka:

- prenatální poškození plodu v průběhu těhotenství
- špatné životní prostředí
- špatné složení stravy
- extrémně nízký nebo vysoký věk matky

Z hlediska psychického vývoje člověka lze poukázat na další rizikové faktory, jejichž kombinace spolu s prostředím a psychoaktivní látkou mohou zvýšit riziko vzniku závislosti.



### ***Například***

- *náchylnost k depresím*
- *nestálost*
- *zvýšená sebestřednost*
- *nízká odolnost vůči zátěži*
- *nízká odolnost v krizových situacích*
- *porucha sebehodnocení*

Právě poslední z tohoto výčtu, porucha sebehodnocení, bývá důležitým faktorem při vzniku závislosti. Takový člověk většinou bývá nejistý, nevěří si a má problémy snášet zátěž objevující se spolu se sebemenším problémem. Všechny tyto jevy mohou vést k frustraci a hledání východiska pomocí návykových látek. Díky neschopnosti naplnit svůj život, pocitu marnosti se tyto lidé většinou těžko nadchnou a tím pádem i zabaví. Nemají žádné zájmy, nudí se. Právě pocit nudy může být vodítkem k experimentování s drogami.

Dle Presla (1995) lze rozdělit osoby s vrozenými predispozicemi do dvou skupin:

1. Citlivé, úzkostné osoby
2. Osoby extrovertního typu

Skupina jedinců patřící do prvního typu se pokouší o zvýšení sebevědomí, překonání problémů, a tak se většinou uchylují k stimulačním typům drog, na jejichž základě dojde k proměně jejich osobnosti. Lidé mají pocit zvýšené aktivity, schopnosti, vyššího sebevědomí.

Naopak druhá skupina mající většinou problémy s koncentrací, vyznačující se komunikativností a impulzivitou vyhledává drogy opiátového typu.

Podle mého názoru však toto dělení nelze brát jako stoprocentně platné, jelikož ne vždy má vrozená vlastnost daného člověka vliv (ať i nepřímý) na výběr typu drogy. To závisí hlavně na okolnostech, prostředí, skupině lidí, ve které se jedinec pohybuje atd.

## **4.2 VLIV PROSTŘEDÍ**

Prostředí má velký vliv na vznik návykového chování. Prostředí, které nás obklopuje, rodina, ve které jsme vyrůstali, přátelé, ale též například média, to vše dokáže člověka ovlivnit a vytvořit v něm určitý postoj k drogám jako takovým.

### **4.2.1 RODINA JAKO PŮVODCE VYTVÁŘENÍ HODNOT**

Největší vliv na vytváření postojů vůči světu či okolí má rodina. Rodina, její fungování, zvyky, tradice, přístup atd. slouží jako určitý vzor pro dítě během jeho vývoje. Pokud dochází v rodině k určitým problémům, dítě neví, jak se s problémem vypořádat, existují možnosti, že útočiště bude hledat v droze.

Z vlastní zkušenosti při rozhovorech s ex či stále drogově závislými jsem však vyzorovala, že všichni tito lidé naopak pocházeli z velmi dobře (alespoň navenek) situovaných rodin. Neboli z rodin, kde vše údajně fungovalo, tak jak mělo, rodina byla velmi dobře sociálně zajištěná a rodiče dětem dopřávali vše, na co si vzpomněly. A v tom je právě podle mého názoru ten problém. Tyto děti "mající všechno" už nevědí, co nového získat, začnou se nudit a začnou experimentovat s drogami. Také jejich přístup k rizikům spojeným s užíváním drog je jiný, protože mají pocit, že když se něco stane, např. budou odhaleni policií, tak rodiče za ně tento problém vyřeší jako ostatně doposud vždycky. Samozřejmě ne všichni drogově závislí se seznámili s drogou způsobem uvedeném v tomto příkladu.

Veřejnost má však tendenci považovat za drogově závislého člověka z nízké sociální vrstvy či disfunkční rodiny a neuvědomuje si i tuto druhou stranu mince, a to velkou skupinu drogově závislých pocházejících z funkčních, sociálně silných rodin.

### **4.2.2 VLIV VRSTEVNÍKŮ, KAMARÁDŮ**

Velký vliv na seznámení s návykovou látkou má skupina lidí pohybujících se kolem jedince, ať už spolužáci ve škole, kamarádi mimo školu, různé party atd. Velmi důležitý je názor té či oné skupiny na drogovou problematiku. Pokud ta či ona skupina si uvědomuje škodlivost návykových látek a odmítá je, většinou se v takové skupině žádný závislý nevyskytuje. Problém však nastává ve skupinkách, ve kterých se na drogovou problematiku nahlíží pozitivně či obdivně.

Většinou nastává situace, ve které nějaký kamarád vyzkouší určitou návykovou látku. Buď na základě zvědavosti chce dotyčný vidět, co droga s člověkem udělá, a pokud se mu tento stav zalíbí, nabádá k experimentování i kamarády či členy jeho party. Dost často záleží na tom, jaké postavení kamarád ve své partě má. Ale pokud patří k vůdčím členům, bývá zvykem, že se slabší články party k němu připojí, a to z důvodu, aby z party nijak nevyčnivaly.

Tento problém je velmi častý a bohužel slabší členové pod vlivem silnějších podléhají tlaku okolí a začnou s drogami experimentovat. Pak už záleží jen na nich, či se jim stav zalíbí, či jsou schopni s drogou přestat a uvědomit si její rizika a škodlivost, nebo jestli budou drogu zkoušet užívat i nadále a časem si vypěstují určitý druh závislosti, který se odvíjí od té či oné návykové látky. Problematika vlivu kamarádů se z větší části týká dospívající mládeže, která má nejvíce potřebu experimentovat s něčím zakázaným.

Existují také případy dospělých osobností, které se seznámí s drogou až ve své plnoletosti. Většinou sem patří lidé, kteří se dostanou do nějaké krizové situace a nevědí, jak z ní ven, nebo lidé, kteří se s drogou seznámí až ve své dospělosti (např. v České republice po pádu komunismu a otevření hranic byl velký nárůst drogově závislých lidí, a to i těch, kteří již dovršili 18 ti let).

#### **4.2.3 VLIV MASMÉDIÍ**

V současné době je vliv masmédií na jedince opravdu velký. Televize a v současné době hlavně internet ovlivňují člověka a snaží se působit na jeho psychiku, pokouší se mu vnuknout určitý názor, poukázat na určitou skutečnost. Ať už televize, noviny či internet, všechna tato média se svým způsobem zabývají drogovou problematikou. Je zde však rozkol mezi prezentací tzv. drog legálních a nelegálních.

Legální drogy jako například alkohol a tabák jsou v masmédiích prezentovány jako součást společnosti už od pradávna. Ať se však podíváme na jakýkoliv film či seriál, všude se dříve či později setkáme s prezentací alkoholu či tabáku, aniž by si to člověk vůbec uvědomoval.

Samozřejmě masmédia se snaží poukazovat na škodlivost užívání alkoholu mladistvými, alkoholu za volantem, škodlivost kouření pomocí různých reklamních spotů atd., avšak podle mého názoru setkávání se s alkoholem a tabákem jako součástí společnosti a tím

pádem jeho podvědomým uznáváním "nepřebije" pár reklamních spotů či dokumentů o škodlivosti legálních drog.

Co se nelegálních drog týče, jsou médií prezentovány jako rizikové a škodlivé. Je poukazováno na problematiku užívání a distribuce drog v novinách a televizi. Problém však nastal s nástupem internetu. Díky tomuto médiu si potenciální i reální uživatelé mohou vyměňovat "užitečné" informace týkající se dostupnosti či výroby té či oné látky. Na druhou stranu je na internetu dost užitečných informací pro drogově závislé, jsou zde rady, kde vyhledat pomoc apod. Nemyslím si však, že by masmédiá měla velký vliv při rozhodování o drogovém experimentu. I přes snahu spousty preventivních programů poukázat na škodlivost drog, pokud je člověk chce zkusit, žádný preventivní program ho nezastaví.

Dalším faktorem kromě člověka a vlivu prostředí je samozřejmě droga jako taková, její účinky, rizika atd. Tímto tématem jsem se již zabývala v kapitole č. 3, a proto se k němu již nebudu vracet.

### **4.3 MLADISTVÍ JAKO NEJRIZIKOVĚJŠÍ SKUPINA**

Nejrizikovější skupina, která může být ohrožena drogovou závislostí, je mládež, nejčastěji v rozmezí mezi 12-18 let života. V tomto období nazývaném pubescence procházejí mladiství mnohými změnami, a to jak fyzickými, tak psychickými. Mladí hledají sami sebe, většinou mají pocit, že jim dospělí nerozumějí a že správný názor na vše mají pouze oni sami. Dost často dochází k určité vzpouře proti autoritám, k boji za vlastní nezávislost. Nespokojenost s okolím, pocit, že jim nikdo nerozumí a touha po experimentu, být součástí "špatné party", to jsou všechno rizikové faktory, které mohou vést až k užití návykové látky.

#### **4.3.1 VÝSKYT DROG U MLADISTVÝCH**

Co se týče legálních drog, tabák a alkohol bývají prvními psychotropními látkami, se kterými se mladiství setkávají. Jsou lehce dostupné (i přes zákaz prodávání mladistvým) a hojně se vyskytují na koncertech, zábavách a diskotékách. Problematika alkoholu u mladistvých je vážná, protože se stále častěji setkáváme s mladistvými, kteří jsou pod

vlivem alkoholu nebo dokonce s otravou alkoholem. Bohužel zákaz prodeje alkoholu nezletilým je velmi často porušován, a proto je těžké nalézt účinné řešení v boji proti alkoholu u nezletilých.

Mezi nejrozšířenější nelegální drogy mezi mladistvými patří toluen a marihuana. Obě tyto psychotropní látky jsou jednoduše dostupné, přičemž toluen byl donedávna volně dostupný a marihuana je tak rozšířená, že její získání nedělá uživatelům sebemenší problém. I když se policie snaží dopadnout pěstitele marihuany, kteří ji pěstují ve velkém množství, malých pěstovatelů, kteří ji pěstují v domácích podmínkách pouze pro svoji potřebu je tolik, že šance na jejich odhalení je mizivá.

### **Specifický vliv návykových látek na mladistvé**

Existuje určité specifické působení návykových látek na děti a mladistvé, přičemž u jiné skupiny lidí se toto specifikum v této podobě a míře nevyskytuje.

Nešpor (2011) tato specifika shrnul takto:

1. Mladiství se stanou drogově závislími mnohem rychleji než dospělí.
2. Vyšší riziko otrávení psychotropní látkou z důvodu malé zkušenosti s látkou, nižší tolerancí a díky tendenci dospívajících riskovat a experimentovat.
3. Je zde velké riziko, že dítě závislé na psychotropní látce bude zaostávat v psychosociálním vývoji.
4. Vyzkoušení drog souvisí s většími problémy (v rodině, ve škole, trestná činnost).
5. Mladiství zkoušejí experimentovat s různými typy drog, různě je střídají, berou současně dvě či více psychotropních látek.

### **4.3.2 ESPAD (THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS)**

V roce 1995 vznikl první průzkum ESPAD, který se opakuje každé čtyři roky a jehož participanty je více než 40 Evropských zemí. Podle průzkumu uskutečněném v České republice v roce 2007 bylo zjištěno, že 93 procent studentů konzumovalo někdy během roku alkohol. Co se cigaret týče, 41 procent studentů kouřilo cigarety v posledních 30 dnech před konáním průzkumu a 43 procent studentů užilo drogu patřící do cannabisového

typu, 9 procent konzumuje jiné drogy. Co se alkoholu a drog cannabisového typu týče, ESPAD uvádí, že procento užívání v naší zemi je velmi vysoké.

#### **4.4 JAK POZNÁME DROGOVOU ZÁVISLOST**

Existuje spousta znaků, které poukazují na závislost na té či oné psychotropní látce. Záleží však na druhu drogy. Obecně lze však také udělat výčet symptomů, které se vyskytují u každého uživatele drog bez ohledu na druh dané látky:

- člověku se změní okruh přátel, ztrácí přátele, stýká se s "divnými" (alespoň podle názoru okolí) lidmi
- změna v režimu dne (nespí, v noci je velmi aktivní)
- člověk vypadá nezdravě, bledě
- závislý má poruchu soustředěnosti, má tendenci uhýbat pohledem, nedívat se do očí má neustále nedostatek finančních prostředků, vymýšlí různé legální i nelegální metody, jak peníze získat
- změna povahových vlastností člověka, změna v chování, jednání
- změny nálad bez jakýchkoliv předešlých důvodů

#### **4.5 VÝVOJ ZÁVISLOSTI**

Co se týče vývoje závislosti, tak ta většinou závisí na typu drog. Průběh závislosti je jiný na tzv. měkkých drogách - na marihuaně či extázi a na těžkých drogách jako např. na pervitinu, heroinu či kokainu. U drog měkkých je snazší přestat drogy užívat, nevytváří se taková forma závislosti a jsou u nich mírné či dokonce žádné abstinenční příznaky. Větší problém přinášejí drogy těžké. Právě u těchto drog je průběh drogové závislosti velmi podobný. Člověk většinou z různých důvodů (touha po poznání něčeho nového, experiment, snaha vyrovnat se okolí, utéct z reality od svých problémů atd..) vyzkouší drogu s tím pocitem, že je to jen jedenkrát, že to prostě chce pouze vyzkoušet.

Velkému procentu prvotních uživatelů však zachutná, a tak si za čas drogu opět sežene s argumentem, že o nic nejde, vždyť ji má teprve podruhé. Pak má však opět po čase chuť na drogu a frekvence užívání se zvyšuje s argumentem uživatele, že to má vlastně pod kontrolou a může kdykoliv přestat.

Většinou drogy bere víkendově, později však má potřebu i častěji a začne zanedbávat svoje denní povinnosti (práci, školu). Pokud tento člověk včas nevyhledá lékařskou pomoc, závislost se zvyšuje a končí každodenním užíváním drogy a úplnou separací od přátel, rodiny.

Člověk má pocit, že mu jeho blízcí nerozumějí a stýká se většinou už jen s dalšími závislými. Přichází ztráta zaměstnání, studia, ztráta peněz, které použil na drogy a postupně člověk padá na úplné dno. Může se uchýlit ke kriminální činnosti na základě touhy po droze a nedostatku finančních prostředků, z člověka se stává bezdomovec, je opuštěný a začínají se objevovat těžká tělesná i duševní onemocnění.

## 5. PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Jelikož se v současné době vyskytuje stále více případů, kdy mladí lidé experimentují s drogami a způsobují tím sobě i svému okolí značné problémy, důležitost včasné prevence nabývá na významu. Stále více a více se poukazuje na důležitost prevence. Toto slovo můžeme nahradit synonymem "ochrana před něčím", v tomto případě ochrana před nebezpečím návykových látek. Prevenci můžeme rozdělit do tří skupin:

- primární
- sekundární
- terciální

### 5.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Z mého pohledu nejdůležitější část prevence, neboť tato prevence se snaží ochránit jedince před návykovými látkami. Neboli je to prevence snažící se působit na tu část lidí, která ještě nemá žádnou zkušenost s návykovými látkami. Proto je převážně zaměřena na děti a mládež. Jejím cílem je poukázat na škodlivost návykových látek, snaží se dosáhnout snížení distribuce těchto látek, chce vyvolat negativní názor na tyto látky a působit takovým způsobem, aby potenciální uživatelé drogu nevyhledávali.

Co se týče primární prevence, měla by působit preventivně na dítě již od jeho dětství. Proto hraje velkou roli při vytváření postojů a názorů na svět i na drogy rodina. Ve školním prostředí je důležité, aby seznámení s primární prevencí prováděl vyškolený člověk, který dané tématice rozumí.

*Primární prevence by se měla vyvarovat:*

- "odstrašování formou jednostranného zdůrazňování negativních a varovných informací
- odsuzování a mentorování ohrožených a postižených osob zdůrazňováním jejich slabostí a poruch" (Heller, Pecinová a kolektiv, 1996, str. 151)



### **5.1.1 RODINA A PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Rodina hraje od nepaměti důležitou roli v životě dítěte. Vliv rodičů na dítě je tak rozsáhlý, že nejdůležitější část prevence by se měla provádět právě v rodině. Dítě se již od dětství učí od svých rodičů, ať už přímo či nepřímo, pozorováním jejich chování a jednání. Všechny tyto přímé i nepřímé podněty mají vliv na vývoj i charakter dítěte, je proto dobré začít s prevencí již v rodině.

Jak tedy přistupovat k dítěti, aby dostatečně chápalo škodlivost a nebezpečí drog? Podle mého názoru nestačí dítěti jen vysvětlit, že návykové látky jsou škodlivé a špatné a tímto si myslet, že je dítě dostatečně informované a poučené. Co se týče dlouhodobé prevence, je důležité konat, ne pouze o daném tématu mluvit. Proto je potřeba vychovávat dítě ke zdravému životnímu stylu.

Dítě by si mělo být schopno efektivně vyplnit volný čas, být vedeno k zájmu o okolí, mělo by mít záliby, kterým se může věnovat. V neposlední řadě je důležitá důvěra mezi ním a rodiči. Nemělo by se bát svěřit se rodičům s jakýmkoliv problémem či potřebou. Jenom tímto způsobem jsou podle mého názoru schopni rodiče a dítě spolu překonat a vyřešit jakýkoliv problém.

Důležitou součástí prevence je také výchova k samostatnosti, nezávislosti a kladení různých požadavků na dítě. "Jen ze zkušenosti, že problémy zvládneme sami, vzniká důvěra ve vlastní schopnosti. Požadavky místo rozmazlování je proto mottem pro prevenci toxikomanie." (Gohlert a Kuhn, 2001, str. 97) Samozřejmě neexistuje jistota, že při dodržování všech těchto pokynů dítě návykovou látku nevyzkouší. Je zde však nižší šance, protože pokud má dítě vytvořeno pevný žebříček hodnot, mělo by jakémukoliv pokušení ze strany návykové látky odolat.

### **5.1.2 PREVENCE VE ŠKOLÁCH**

V této podkapitole jsem vycházela z příručky "Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí" (2005)

Prevence ve školách se stává důležitou součástí primární prevence a radíme sem snahu a veškeré aktivity v rámci školy týkající se drogové prevence - informování o škodlivosti drog, o následcích jejich užívání. Preventivní programy na školách se snaží též předcházet užívání drog, pokud na škole k zneužití drog dojde, snaží se zabránit následnému šíření

návykové látky. "Školní prevence by se měla zaměřit na všechny legální i ilegální drogy (látky), které mohou vést k návyku či závislosti, nebo které mohou - užívají-li se často - způsobit zdravotní poškození nebo přinést zdravotní rizika."(str. 12)

Žáci by měli být informováni nejen o škodlivosti drog jako takových, ale měli by být též dostatečně obeznámeni s následky, které na ně čekají (např. při objevení nějaké návykové látky při pobytu ve škole), měli by být též seznámeni s právními důsledky držení či distribuce omamných látek.

Dále by škola měla rozvíjet zájmy dítěte, poukazovat na zdravý životní styl plný zájmů a mimoškolních aktivit. Existuje řada preventivních programů, je však důležité, aby tyto programy byly efektivní. Je proto vhodné vybrat si pro školu takový preventivní program, který podle průzkumů dosáhl určité efektivity. Podle průzkumů patří mezi nejefektivnější takový preventivní program, který se zaměřuje na rozvíjení sociálních dovedností, projevuje individuální přístup k dítěti a působí na osobnostní rozvoj dítěte.

V příručce jsou též stanovena určitá kritéria efektivity, při jejichž dodržování je efektivnost daného preventivního programu téměř jistá. Prvním z těchto kritérií je profesionální přístup školy. Škola se zajímá o jakýkoliv problém s drogovou tematikou a ihned navrhuje efektivní řešení problému. Je znám názor a přístup školy ke drogové tematice, též následky, které hrozí žákovi při porušení pravidel školy.

Dále je důležité vhodné učební prostředí, kladný vztah mezi žáky, rodiči i učiteli. Velmi důležité pro efektivitu prevence je i sledování pokroků, které nastávají v účinnosti preventivních programů. V neposlední řadě je potřeba mít kvalitní a vyškolené pracovníky, kteří jsou pojítkem mezi dětmi a primární prevencí. Tito lidé se obecně mohou nazývat intermediátoři. "Jako intermediátoři se označují osoby, které jsou schopné mít vliv na druhé, ať už v přímém styku nebo spíše prostřednictvím hromadné komunikace. K intermediátorům (pochopitelně kromě rodičů a pedagogů) mohou patřit např. trenéři, skautští vedoucí a vedoucí jiných zájmových aktivit, herci, sportovci, hudebníci, pracovníci médií..."(Kalina a kolektiv, 2003, str. 279)

V České republice vychází prevence ve školách z tzv. Minimálního preventivního programu (MPP). Takový program by měla mít vypracovaný každá škola a podílí se na něm školní metodik prevence, pracovníci školy, ale též mimoškolní pracovníci, kteří dané problematice rozumějí. "V MPP je rovněž spolupráce s rodiči, jinými institucemi a

organizacemi, podílejícími se na jeho realizaci, s médii, občanskou komunitou v místě působnosti školy. Další nedílnou součástí je i přehled a nabídka volnočasových aktivit vycházejících a respektujících přání žáků či studentů". (Kalina a kolektiv, 2003, str. 291) Mezi nejčastější metody patří různé besedy či diskuse s odborníkem na dané téma, ať už se školním metodikem prevence, pedagogem, lékaři atd.

Dále se drogová prevence může zařadit i do školního vyučování, kdy učitelé se snaží informovat žáky o škodlivosti drog, seznámí je s druhy drog, riziky, následky. Důležitými faktory pro kvalitní prevenci na školách je v první řadě program vypracovaný pro určité věkové skupiny žáků, začlenění všech žáků. Program má brát zřetel na lokalitu školy, má využívat pozitivní modely (zdravý životní styl atd.), má být dlouhodobý.

#### *Selektivní primární prevence*

Jedná se o takový specifický druh prevence, který se většinou užívá v rámci pouze určitých vybraných skupin jedinců, žáků, u nichž je riziko zneužití návykové látky vyšší než u ostatních žáků.

Podle Nešpora a Csémyho (1996) existují určité dispozice pro užití návykové látky:

- u žáků, jejichž členové rodiny (rodiče, příbuzní) nebo kamarádi se potýkají se závislostí na určité návykové látce
- u žáků, kterým byla diagnostikována určitá porucha chování
- žáci hyperaktivní mající problémy s pozorností
- žáci z problematických rodin (například týraní či zanedbaní)
- žáci mající problémy s prospěchem

Z hlediska časového můžeme preventivní programy rozčlenit na 2 skupiny:

1. Na programy krátkodobé neboli jednorázové, mezi které řadíme různé návštěvy odborníků ve školách, diskuse na určité téma.
2. Na programy dlouhodobé rozdělené podle věku žáků (pro 1. stupeň ZŠ, střední školy..).

Co se dlouhodobého preventivního programu na 2. stupni ZŠ týká, podle Kaliny a kol. (2003) se na 2. stupni se podrobněji upozorňuje na rizika spojená s užíváním různých typů drog, poukazuje se na sekundární prevenci - na to, co dělat v případě výskytu drogového problému ve svém okolí, kde hledat pomoc. Podrobněji se rozebírají druhy zařízení, které se zabývají léčbou či pomocí drogově závislých.

## **5.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Je takový druh prevence, kdy daná osoba již byla ve styku s návykovou látkou a je potřeba hledat pomoc a zabránit dalšímu brání a šíření návykové látky. Většinou v tomto stadiu se objevují první příznaky, které vedou rodinné příslušníky či přátele k uvědomění si drogového problému u daného člověka. Pokud se toto podezření prokáže, nastává čas zjišťování vhodné pomoci a léčby daného člověka. Donutit člověka závislého na psychotropní látce jít se léčit nelze, pokud již dosáhl plnoletosti. Proto tyto informace poukazují spíše na děti či mládež. Je potřeba nalézt vhodný typ léčby. Existuje mnoho organizací či odborných pracovníků, kteří dokáží určit vhodný typ léčby (viz následující kapitola).

Cílem sekundární prevence je překonat závislost jedince na psychotropní látce pomocí včasné léčby a motivovat ho k dalšímu životu, tentokrát již bez drogové závislosti. Samozřejmě záleží na tom, jak často a jak moc člověk drogu užíval, či se jednalo pouze o experimentování nebo už o rozvinutou závislost.

V knize Drogová závislost (Presl, 1995, str. 73-80) je zachyceno 10 užitečných rad, jak pomoci dítěti v případě, že u něj zjistíte užívání návykové látky.

1. "Mluvte s dětmi o VŠECH drogách, legálních či nelegálních.
2. Učte se skutečně poslouchat své děti.
3. Pomozte svému dítěti nalézt a udržet sebedůvěru.
4. Pomozte svému dítěti vytvořit si pevný hodnotový systém.
5. Staňte se pozitivním příkladem v postoji vůči drogám (včetně alkoholu a tabáku).
6. Pomozte svému dítěti zvládat negativní tlaky ze strany jeho vrstevníků.
7. Podporujte pozitivní aktivity svého dítěte.

8. Nebojte se přiznat nevědomost.
9. Spojte se s ostatními rodiči.
10. Vyhledejte pomoc pracoviště s dobrou pověstí v drogové problematice."

### **5. 3 TERCIÁLNÍ PREVENCE**

Co se sekundární či terciální prevence týká, je těžké vymezit, co patří do skupiny prevence sekundární či terciální. Vyskytují se rozporuplné názory v různé literatuře, kdy v některých knihách, například v knize Hellera, Pecinovské a kolektivu (1996, str. 154)"je cílem terciální prevence zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap postižené osoby. Odpovídající přístupy jsou poradenství, léčení, sociální práce a sociální péče". Neboli v tomto případě se tento druh prevence zajímá o lidi, kteří již léčbou prošli a snaží se o jejich zpětné začlenění do společnosti.

Avšak v jiné literatuře terciální prevence není prevencí v pravém smyslu slova, protože se většinou týká těch drogově závislých, kteří léčbu odmítají. Snaží se jim proto alespoň pomoci, zmírnit škodlivost či následky drogové závislosti. Existují instituce, neziskové organizace pomáhající drogově závislým. Například těm, kteří užívají drogy nitrožilně, určité organizace zadarmo vyměňují použité injekční stříkačky za nové. Tím se snaží snížit výskyt a šíření nemocí, které se mohou vyskytnout při použití stříkačky jiného drogově závislého. Tímto způsobem dochází k šíření viru HIV či žloutenky. Tento způsob pomoci drogově závislým je nazván anglickým výrazem Harm reduction neboli zmírnění škod.

## 6. LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Léčba drogově závislých je dlouhodobý a složitý proces a ne vždy se setká s úspěchem. Existuje spousta faktorů, které ovlivní rozsah drogové závislosti. A to na jakém druhu omamné látky je daný člověk závislý, jak dlouho tuto látku užívá, jak často, v jakém množství atd. Proto neexistuje jeden druh léčby, který by byl stoprocentně účinný, ale záleží vždy na daném člověku, jeho stavu, fyzickém i psychickém, který druh léčby mu bude vyhovovat. Lidé závislí na omamných látkách jsou uzavřeni ve svém světě. Díky vlivu psychotropních látek na jejich psychiku nejsou dost často schopni vnímat realitu a s ní i rizika a následky dlouhodobého užívání látky. Mají mylné představy o tom, že svoji závislost mají pod kontrolou a skončí, kdykoliv je to napadne, nejlépe ze dne na den.

Realita je bohužel podstatně krutější. Většina drogově závislých s drogou nepřestane, pokud je k tomu nedonutí okolnosti. Těmito okolnostmi nejčastěji bývá špatný zdravotní nebo psychický stav uživatele. Tyto stavy však bohužel přicházejí až po dlouhodobém pravidelném užívání, mohou nastat až po několika letech. Prvním důležitým faktorem při snaze překonat drogovou závislost je uvědomit si svůj problém a chtít s ním něco dělat. Marně je rodiny drogově závislých přemlouvají, aby se šli léčit, aby si nechali pomoci. Dokud si závislý sám neuvědomí vážnost situace a nerozhodne se změnit svůj dosavadní život, je jakékoliv přemlouvání a vyhrožování ze strany rodiny či přátel zbytečné.

Během života s drogou se u uživatele mohou objevit momenty, kdy si řekne, že s drogou skončí (většinou ve chvíli, kdy na drogu nemá peníze). Zůstane tak "čistý" pár hodin či dní, ale tato rozhodnutí většinou skončí ve chvíli, kdy tento člověk vymyslí způsob, jak se k droze opět dostat. Existuje malé procento lidí, kteří s drogou skončili sami, ze dne na den, a už se k ní opět nevrátili. Pokud překonají abstinenci příznaky a později jsou schopni začlenit se zpátky do společnosti, existuje vysoké riziko, že za pár měsíců či let se daný člověk k droze vrátí.

Proč je tedy důležitá odborná pomoc? Proč nestačí pouze s drogou přestat? Závislost vytváří neuvěřitelný návyk, člověk si zvykne na určitý stereotyp, který na droze časem začne vznikat a tento člověk má velké problémy sám vymanit se z tohoto stereotypu. Závislost má tak velký dopad na psychiku jedince, že je potřeba změnit myšlení a uvažování člověka. Aby závislost byla překonána, bývá ve většině případů potřeba odborné pomoci.

Heller, Pecinová a kolektiv (1996) poukazují na léčebné postupy, které musí kvalitní a efektivní léčba obsahovat. Jsou to:

- odstranění návykové látky z organismu poškozeného (detoxikace)
- obnovit funkce organismu, které byly poškozeny drogou
- opravit lidskou psychiku a poukázat na pozitivní činitele
- odstranit hlavní problém člověka, který ho dovedl až k návykové látce
- akceptovat život bez drogy a celoživotní abstinenci
- nově se začlenit do společnosti - resocializace

## **6.1 DRUHY POMOCI DROGOVĚ ZÁVISLÝM**

Je rozdíl, pokud zjistíme závislost u dospělého člověka, kterého nemáme šanci donutit k léčbě, pokud on si to sám nepřeje, a u dítěte, které je stále v péči rodičů a rodiče za něj do jeho osmnácti let nesou zodpovědnost. Ať už se jedná o rodinné příslušníky nezletilého nebo o samotného závislého, existují organizace, které dokáží poradit a pomoci v krizové situaci a v situaci, kdy rodinní příslušníci objeví drogový problém u člena své rodiny a chtějí vědět, jak mu pomoci.

### **Poradny**

Pokud se problém s užíváním návykové látky objeví u žáka povinné školní docházky, rodiče se v první řadě mohou obrátit na školu. Buď na výchovného poradce, který by měl být na každé škole, nebo na školního metodika prevence. Tito lidé jsou dostatečně vyškoleni na to, aby členům rodiny poradili, kam se s dotyčným obrátit nebo jakým způsobem daný problém řešit.

Co se poraden týče, ty jsou odborně vyhraněné a specializují se na problém s návykovými látkami hromadně. Existují též poradny zaměřené pouze na drogovou závislost či závislost na alkoholu atd. Poradny většinou nabízejí léčbu pomocí terapeutických programů. Závisí pouze na daném člověku, pro jaký program se rozhodne, ať už pro terapii individuální, která většinou probíhá formou dialogu s odborníkem poradny (psychologem) ,anebo hromadnou, které se účastní více lidí se stejným problémem a samozřejmě i psycholog.

Poradny též nabízejí pomoc příbuzným drogově závislých ve formě různých konzultací, při kterých se jim snaží poradit, jak se v oné situaci chovat, aby závislému co nejvíce pomohli.

### **Krizová centra**

"Vytvářejí se především ve větších městech s možností poskytnout širokou paletu ambulantní, popřípadě i lůžkové psychoterapie, farmakoterapie, často i socioterapie".(Hejda, Pecinovská a kol., 1996, str. 154)

Tato centra se nespécializují pouze na pomoc drogově závislým, existuje mnoho center jiného typu, např. centra pomáhající týraným osobám, centra pro svobodné matky s dětmi atd.

### **Linky telefonické pomoci**

Stejně jako u krizového centra, tak u linek telefonické pomoci hraje roli zaměření dané linky. Obecně lze říci, že tyto "linky důvěry", jak se jim přezdívá, jsou zaměřené na pomoc v krizové situaci. A tím nemusí být pouze závislost. Existují linky zaměřené na pomoc obecně, kam člověk zavolá v situaci, kdy si neví poradit sám, anebo též linky zřízené pod určitými organizacemi či centry a zaměřující se převážně na určitou problematiku, např. domácí násilí atd. Všechny tyto linky jsou podle mého názoru velmi užitečné, protože jsou anonymní. Spousta lidí v tíživé situaci nemá odvahu dojít do poradny či centra, protože se za své problémy stydí, bojí se, že by se někdo známý o jejich problému dozvěděl. Linky telefonické pomoci jsou však anonymní, proto člověk nemusí mít strach z prozrazení a často sdělí operátorům linek více, než by sdělil při osobním kontaktu.

### **Detoxikační centra**

To jsou centra, která se zaměřují na odstranění návykové látky z organismu daného člověka. Pobyť v detoxikačním centru bývá krátkodobý a po odstranění látky z těla bývá pacientovi doporučena další léčba v nějakém jiném zařízení či ambulantně. Co se ilegálních návykových látek týká, detoxikační centra bývají hojně využívána při léčbě závislosti na látkách opiátového typu (heroinu).



Díky silným abstinenčním příznakům spojeným s vysazením látky nedokáže většina závislých tuto dobu překonat, a proto vyhledají pomoc v detoxikačním centru.

Existují dva základní druhy léčby v centru:

### ***Suchá léčba***

Léčba, při které pacient nedostává žádné léky, které by usnadnily průběh jeho detoxikace. Mnoho pacientů přiznalo, že tento způsob byl pro ně velmi bolestivý, ale díky překonání měli větší vůli s drogou skončit, i díky této suché léčbě, kterou už nikdy nechtěli zažít.

### ***Medikamentózní léčba***

To je léčba, při které pacient dostává léky na zmírnění bolesti a na uklidnění.

### **Kontaktní centra**

Centra, která jsou zaměřena na sekundární a terciální drogovou prevenci. Neboli jsou zaměřena na aktivní uživatele drog a jejich cílem je motivovat drogově závislého natolik, aby po čase, dříve či později začal svoji drogovou závislost řešit. Kontaktní centra nabízejí pomoc v oblasti zdravotní, právní či sociální. Tato centra patří do tzv. nízkoprahových kontaktních center. Přívlastek nízkoprahový znamená, že veškerá komunikace s drogově závislým je anonymní. Tato centra nezkuumají adresu či jméno dotyčného.

### **Terénní programy**

Tzv. streetwork (práce na ulici) programy jsou zaměřeny na vyhledávání drogově závislých a na omezení zdravotních rizik spojených s užíváním drog. Nejčastěji se jedná o ty, kteří užívají drogy nitrožilně, a proto jim tyto terénní programy nabízejí nové stříkačky, kondomy a další produkty, které pomáhají minimalizovat riziko přenášení infekčních chorob.

### **Ambulantní léčba**

Při tomto druhu léčby pacient není umístěn v žádné léčebně či zařízení, pouze dochází na terapie za svým terapeutem. Důležitým faktorem pro úspěšnou ambulantní léčbu je mít

terapeuta, kterému pacient důvěřuje. Četnost terapií bývá zpočátku častější, tj. 2x až 3x týdně, později dochází ke snížení četnosti návštěv nebo k přechodu z individuální terapie do skupinové.

Ambulantní léčba však není vhodná pro každého jedince. Je sice výhodou, že člověk může normálně fungovat, chodit do práce či školy, ale tento člověk musí být psychicky silný a stabilní, protože v "normálním" světě je spousta nástrah, se kterými se každodenně setkává. Hlavně v prvních týdnech ambulantní léčby je psychika člověka narušená a citlivá a jakýkoliv podnět, čin či věc v něm může spustit touhu po droze a tzv. relaps neboli návrat k návykové látce. Stačí místo, kde závislý pobýval v době závislosti, potkat člověka, kterého znal v době závislosti, stačí přijmout hovor od člověka též závislého na droze atd. Takovým nástrahám se člověk při každodenním pobytu např. v léčebně vyhne.

### **Denní stacionáře**

Denní pobyt v léčebné jednotce, přičemž pobyt ve stacionářích bývá většinou 1-3 měsíce. Tento druh stacionáře patří mezi druhy ambulantní léčby, protože lidé pouze docházejí na větší část dne do stacionáře a večer se opět vrací domů. Denní program je pevně rozčleněn do mnoha bloků, kam patří různé druhy psychoterapie, poradenství, komunitní kruh, terapie pomocí práce, ale též i aktivity, které si pacienti vybírají sami v rámci svého volného času. Nejčastěji je stacionář vyhledáván pacienty, kteří ukončili pobyt v nějakém zařízení a mají ještě potřebu denního dohledu.

### **Psychiatrické léčebny, kliniky**

Klasická léčba v léčebnách či klinikách státního zřízení. Tato léčba se nejprve většinou skládá z 2-3 týdnů odvykacího procesu, kdy lékaři pomáhají pacientovi při odstranění návykové látky z těla a při překonání fyzických abstinčních příznaků.

Po této detoxikaci organismu přichází léčba v klinice, kde odborný lékař určí léčbu vhodnou pro daného pacienta. Léčba se většinou skládá z různých terapií, sezení s lékaři, ostatními pacienty atd. a též z podávání léků, které mají pacientovi pomoci zlepšit jeho psychický stav.

Závisí na typu návykové látky, jaké medikamenty lékař pacientovi určí. Mohou to být pouze léky utlumující, různá analgetika, či antidepresiva, existuje však též substituční

léčba, kdy pacient dostává lék, který obsahuje látku, kterou obsahovala i droga, na které byl závislý. Výhoda hospitalizace v klinice je omezení rizik spojených se sháněním drog, pohybováním se ve skupině drogově závislých apod.

### **Terapeutické komunity**

Jsou komunity založené na podmínkách, které jsou podobné běžnému životu. Určitá komunita lidí se na několik měsíců "přestěhuje" na místo, ve kterém se snaží běžně fungovat. Toto místo většinou bývá odlehlé, nějaký statek či zámeček s pozemkem. Tito lidé vykonávají běžné činnosti, uklízejí, vaří, starají se o své bydlení, učí se spolupracovat s ostatními atd. Díky životu v takové komunitě a neustálým činnostem, které jsou potřeba vykonávat, mají závislí méně času uvědomovat si např. svoje abstinenční příznaky, protože tyto běžné činnosti jejich soustředění přesunou na něco jiného.

Život v komunitě se podobá životu v rodině, členové si vytvářejí sociální vazby, ale na rozdíl od pravé rodiny, kdy v mnoha případech závislí přenechávali úkoly a činnosti na ostatních členech, v komunitě se spoléhají na sebe a nemohou očekávat nějaké ústupky ze strany ostatních.

Snaží se naučit o sebe starat, správně se rozhodovat a nést důsledky za své činy. Což bohužel ve vztahu rodina a drogově závislý dost často nebývá, protože rodina se špatným způsobem snaží závislého zachránit tím, že mu ustupuje či nepřímo pomáhá v drogové závislosti, například finanční podporou atd. Po ukončení terapeutické komunity může pacient pokračovat například v léčbě ambulantní, pomocí individuální či hromadné terapie.

### **Doléčovací programy**

Takové programy, které pomáhají pacientům, kteří ukončili léčbu v nějakém zařízení dlouhodobějšího typu a chtějí jim pomoci, aby byli schopní se plně vrátit do svého života, aby se naučili být za sebe zodpovědní a samostatní.

## 6.2 ZPŮSOBY LÉČBY

Co se léků týče, můžeme způsoby léčby rozdělit do dvou skupin.

### *1. Léčba klasická*

Léčba pomocí různých analgetik či antidepresiv. Z počátku většinou pro překonání fyzických symptomů dochází k podávání různých analgetik, které pacientovi uleví od bolesti nebo různých léků benzodiazepanového typu, které pacienta zklidní či utlumí.

### *2. Léčba substituční*

Takový druh léčby, kdy je pacientovi podáván lék, který obsahuje stejnou či podobnou látku jako i droga, kterou pacient užíval. Tento druh léčby bývá až krajním řešením v případě, že ostatní druhy léčby nezabírají a pacient nemůže vydržet absenci drogy v organismu. Tento druh léčby bývá nejčastější pro pacienty závislé na látkách opiátového typu. Tito pacienti se opakovaně vracejí k droze, proto je jim dána "náhrada" v podobě metadonu či buprenorfinu. Tyto medikamenty jsou většinou v podobě tablet, což samozřejmě snižuje riziko přenosu infekčních chorob při nitrožilním užívání. Substituční léčba se snaží minimalizovat rizika spojená s užíváním drog.

Nově začala být substituční léčba používána při závislosti na pervitinu, kdy závislý má problém překonat absenci drogy a má potřebu drogu užít hlavně kvůli jejímu efektu zvýšené aktivity, zrychlení organismu. Existují léky obsahující látku stejného či podobného složení jako pervitin a tyto léky se doporučují brát pacientům alespoň v začátcích abstinence, aby přechod ze "zrychleného organismu" do útlumu či deprese nebyl tak velký.

Obecně platí, že drogová závislost a boj s ní je běh na dlouhou trať. Při kombinaci vhodné odborné pomoci, rodiny a vůle závislého může být závislost překonána. Pokud závislý zvládne celou léčbu, začlení se zpátky do běžného života. Důležitým faktorem pro celoživotní zvládnutí své závislosti je abstinence. Neboli úplné odejmutí návykové látky, a to nejen té, na kterou měl pacient vytvořenu závislost, ale na všechny psychotropní látky.

Spousta pacientů ztroskotá na tom, že tento faktor podcení. Nevrátí se například k droze, na které byli závislí, ale časem zkusí jinou psychotropní látku, nejčastěji alkohol a postupem času si vytvoří další závislost, kompenzují si původní drogu jinou látkou a vše začíná nanovo.

## 7. DROGY A ZÁKON

Jak již bylo zmíněno, podle společenského hlediska dělíme drogy na legální, státem akceptované a nelegální, státem neakceptované. Co se druhé skupiny týče, v posledních dvou desetiletích došlo k velkému rozvoji nelegálních drog v naší zemi, a to jak z hlediska distribuce, tak i konzumace. Počátek tohoto rozvoje nastal po roce 1989, kdy v tehdejší Československu padla komunistická vláda, došlo k otevření hranic, k uvolnění systému a tím pádem do naší země začaly přicházet drogy, o kterých československé obyvatelstvo nemělo ani ponětí.

Samozřejmě již v minulosti se zde drogy vyskytovaly, ne však v takové míře a díky silným hraničním kontrolám a přísné politice státu bylo téměř nemožné pašovat do Československa drogy. To se však po roce 1989 stalo minulostí a Československo se stalo další zemí využívanou na pašování drog do ostatních zemí. Postupně se zde začaly objevovat i drogy pro drogově závislé doposud neznámé, jako například heroin či kokain. Díky touze lidí vyzkoušet něco nového, neznámého, vzrostl počátkem 90. let silně počet narkomanů i dealerů a výrobců drog.

"V letech 1980 až 1996 vzrostl počet závislých osob na drogách v ČR v podstatě na šestinásobek."(Hejda, 2000, str. 21) Touto skutečností se samozřejmě začala zabývat i vláda a policie a dokonce v roce 1991 vznikla Protidrogová brigáda Federálního policejního sboru, která měla za úkol potlačit distribuci drog a bojovat se vzniklou situací. "Vláda od roku 1993 systematicky plánuje opatření proti šíření a užívání drog. Jedná se o dlouhodobou strategii protidrogové politiky, jejímž cílem je aktivní zapojení nejširší části naší společnosti do specifických činností, které směřují ke snižování dostupnosti drog a mají zvrátit dosavadní nepříznivý stav v jejich šíření a užívání".(Hejda a Duben, 2002, str. 141)

V současnosti se protidrogovou politikou státu zaobírá Rada vlády pro koordinaci drogové politiky, která se zabývá plánem a strategií protidrogové politiky státu. Důležitým dokumentem pro Českou republiku se stala Národní strategie protidrogové politiky, ve které jsou zachyceny cíle, plány a informace o protidrogové politice našeho státu.

Podle Hejdy a Dubna (2002) mezi cíle protidrogové politiky patří:

- snaha snížit konzumaci drog
- pomoc drogově závislým zajištěním vhodné pomoci
- snížení výskytu všech typů drog, jak legálních, tak ilegálních
- zajistit dostatečné finanční zdroje
- zvyšovat kvalifikací u pracovníků v oblastech protidrogové politiky
- kooperace s ostatními státy v boji proti distribuci drog
- zvýšit znalost obyvatelstva týkající se prevence

## **7.1 TRESTNÍ LEGISLATIVA V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Přechovávání a distribuce nelegálních návykových látek jsou trestné, a proto jsou v trestném zákoníku zachyceny trestné činy, za které hrozí pachatelům různorodé tresty.

Podle trestního zákoníku - zákon č.40/2009 Sb. patří mezi trestné činy:

1. „Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy
2. Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
3. Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
4. Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
5. Šíření toxikomanie“

([www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx))

Co se však týče držení "malého" množství psychotropní látky pro vlastní potřebu, je v zákoně stanoveno, že takovéto přechovávání bude považováno pouze za přestupek a ne trestný čin. Konkrétní "malé" množství té či oné psychotropní látky je zachyceno v předpisu č 467/2009 Sb.

## **7.2 SOUČASNÁ DROGOVÁ SITUACE V ČR**

Mezi nejrozšířenější drogy u nás patří jednoznačně marihuana a pervitin, v posledních letech dochází k nárůstu konzumace kokainu. Naopak dochází ke snížení konzumace heroinu.

### **Pervitin**

Tato droga je v České republice i celosvětově velmi rozšířená, její výroba je celá založená na chemických reakcích, proto není složité si tuto drogu vyrobit. Jsou na to potřeba určité druhy léků obsahující efedrin, například Nurofen, Clarinase atd. Díky zneužívání těchto volně prodejných léků se objevují určitá omezení.

V současné době je většina léků na předpis nebo na prodej pouze po předložení občanského průkazu. To však výrobce pervitinu nezastaví. Buď použijí lék, který je v naší zemi volně prodejný a je vhodný pro výrobu pervitinu nebo většina výrobců drog jezdí kupovat tyto léky do zahraničí, kde jsou volně dostupné - například do Polska nebo na Slovensko.

Kromě léků jsou pro výrobu potřeba určité chemické prvky například jód, fosfor atd. Zde dochází k velké spolupráci českých a slovenských výrobců pervitinu, protože v České republice je fosfor dostupný, na Slovensku nikoliv. Slovenští výrobci proto jezdí do České republiky kupovat fosfor a naopak čeští výrobci jezdí na Slovensko nakupovat volně prodejné léky.

### **Kokain**

Kokain byl odjakživa považován za drogu bohatých díky vysoké tržní hodnotě. V posledních letech se však cena kokainu snížila a stává se tak dostupnější i běžnému konzumentovi. Co se týče výroby kokainu, většinou se do ČR dováží a za nejnámější dovozce kokainu jsou považováni Nigerijci, kteří však naši zemi používají i jako spojenci s dalšími zeměmi, ve kterých se poptávka po kokainu zvyšuje.



## **Marihuana**

Marihuana patří v současné době mezi nejrozšířenější a nejdiskutabilnější drogu v ČR. Díky snadné dostupnosti a nižším rizikům z hlediska zdravotního poškození a abstinčního příznaku užívá marihuanu stále více obyvatel. Velmi rozšířenou drogou je marihuana mezi mládeží. Díky vysoké poptávce se objevuje stále více míst, kde se marihuana pěstuje. Stále více lidí i organizací bojuje pro legalizaci marihuany. Jejich hlavními argumenty je nižší škodlivost i následky užívání než u uživatelů alkoholu. Zatím však k legalizaci ani v ČR ani v ostatních zemích EU nedošlo.

## **Heroin**

Heroin zažíval největší "rozkvět" pár let po revoluci, začátkem devadesátých let. V současné době je jeho užívání spíše na ústupu. Z jakého důvodu? Podle mého názoru je heroin znám jako droga s vysokým procentem úmrtí jeho uživatelů a též fyzické a psychické následky bývají vážné. Heroin v současné době bývá užíván spíše jako poslední varianta, kdy konzument vyzkoušel již ostatní drogy jako marihuanu či pervitin a má pocit, že již na něj tyto drogy nepůsobí, vyhledá heroin s očekáváním něčeho nového. Existují též narkomani, kteří heroin kombinují s pervitinem.

## **7.3 TRESTNÍ LEGISLATIVA VE SLOVENSKÉ REPUBLICE**

Trestní legislativa na Slovensku je z větší části obdobná jako v České republice. Mezi trestné činy patří, stejně jako v ČR, nedovolená výroba, šíření, distribuce psychotropních látek, taktéž pěstování rostlin s obsahem psychotropní látky a přechovávání ilegální návykové látky. Stejně jako v ČR není v SR trestným činem užívání psychotropní látky. Detailně je drogová problematika zachycena v Zákoně č. 139/1998 Z.z. o omamných látkách, psychotropných látkách a přípravcích.

Důležitý rozdíl mezi českou a slovenskou legislativou je v bodu týkajícím se držení omamné látky. Zatímco v českých zákonech je "povoleno" mít v držení "malé" množství psychotropní látky a tento přečin je zákonem vnímán pouze jako přestupek, na Slovensku podobný zákon nemají. Podle § 171 Trestního zákona je výše trestu závislá na množství psychotropní látky, která je u obviněného nalezena. Dále proto určitým způsobem rozlišuje, zda je toto množství určeno pouze pro vlastní potřebu drogově závislého, anebo se může

jednat o dealera a tím pádem o šíření toxikománie. Určitým problémem je stanovení množství, kdy se jedná pouze o vlastní potřebu a kdy už je množství tak velké, že se ze zákona může jednat o distribuci drogy.

Podle zákona, pokud je u zadrženého nalezeno množství 1 až 3 jednorázových dávek, se jedná o přechovávání drogy pro vlastní potřebu a za tento trestný čin hrozí obviněnému odnětí svobody na maximálně 3 roky. 4 až 10 jednorázových dávek je zákonem stále vnímáno jako přechovávání drogy pro vlastní potřebu a člověku hrozí až 5 let odnětí svobody. Co se týče vyššího počtu dávek, není pro zákon důležité, či člověk dávku přechovává pro vlastní potřebu nebo kvůli distribuci. Za držení většího množství ilegální psychotropní látky hrozí obviněnému až 10 let odnětí svobody.

#### **7.4 SOUČASNÁ DROGOVÁ SITUACE V SR**

Drogy, jejich výroba a šíření jsou na Slovensku v posledních několika letech velkým problémem. Vláda a policie se však tímto problémem zabývá a poslední dobou došlo k navýšení policejních zásahů spojených s nedovolenou výrobou a šířením drog. I pouze na základě sledování televizních zpráv nebo čtení slovenského tisku je patrné, že slovenská policie s výrobcí a distributory drog bojuje.

Na Slovensku jsou dokonce známá určitá města, která byla dlouhou dobu spojována s rozsáhlou drogovou činností, ale díky opakovaným zásahům policie drogová problematika těchto měst téměř vymizela. Co se týče výroby drog, nejrozšířenější výrobou zůstává výroba pervitinu, která je pro slovenské výrobce snazší než pro ty české díky snadné dostupnosti léků, jak jsem již zmiňovala v kapitole o současné drogové situaci v ČR.

Podle internetového serveru [www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk) byl poslední populační průzkum zaměřený na užívání ilegálních návykových látek proveden v roce 2009, a to ve dvojitě provedení. První průzkum byl zaměřen na užívání látek v bratislavském kraji u populace ve věku 15-64 let, druhý se zaměřil na rizikovou populaci ve věku 15-26.

Na základě výsledků první části průzkumů bylo zjištěno, že největší počet obyvatel bratislavského kraje má zkušenost s marihuanou, dále následoval pervitin a extáze. Průzkum provedený u rizikové skupiny ve věku 15-26 též poukázal na marihuanu jako na nejčastější drogu užívanou v bratislavském kraji.

Co se týče drogové kriminality, podle průzkumu z roku 2009 tato kriminalita stále roste a zvyšuje se počet odsouzených za přechovávání návykové látky pro vlastní potřebu. Díky zákonu, o kterém jsem se zmínila v předchozí podkapitole, je v SR trestným činem držení jakéhokoliv množství ilegální psychotropní látky, proto je počet odsouzených velmi vysoký a stále se zvyšuje.

Na základě mých rozhovorů se slovenskými ex nebo současnými uživateli drog je pro drogově závislé tento zákon velkým problémem. Závislí argumentují, že za držení návykové látky jim hrozí vyšší trest odnětí svobody než za krádež nebo za zabití. Je pravdou, že jsou případy, kdy je zabití člověka potrestáno např. 4 roky odnětí svobody a za přechovávání návykové látky je člověku vyměřen desetiletý trest. Podle mého názoru běžní občané nemohou objektivně posoudit, či je výše trestů vhodná nebo nikoliv, protože problematika výše trestů za jednotlivé trestné činy je komplikovaná a složitá, nicméně je otázkou, jak stát k trestní problematice přistupuje a jestli stále platí nepsané pravidlo, že čím vážnější a horší čin, tím vyšší trest.

## **8. VÝZKUM**

### **8.1 CÍL VÝZKUMU**

Cílem mého výzkumu bylo zjistit situaci týkající se drogové prevence na základních školách, zkušenosti s drogami a znalosti drog u žáků osmých tříd základních škol pomocí anonymních dotazníků.

### **8.2 HYPOTÉZY**

Při tvorbě dotazníků jsem vycházela z těchto předpokladů:

1. Předpokládám, že větší zkušenost s drogami mají žáci českých základních škol než žáci slovenských škol.
2. Předpokládám, že největší zkušenost mají žáci obou států s marihuanou a považují ji za méně škodlivou než alkohol.
3. Předpokládám, že žáci nebudou dostatečně informováni školou o drogové problematice a nebudou znát školního metodika prevence.
4. Předpokládám, že žáci obou států mají ve svém okolí někoho, kdo drogy užívá.
5. Předpokládám, že žáci se nebudou dobře orientovat v problematice drog, v typech návykových látek, ani v rizicích jejich užívání.

### **8.3 PRŮBĚH VÝZKUMU**

Výzkum probíhal ve dvou státech a dvou městech. Českou republiku zastupoval Jindřichův Hradec, Slovenskou republiku Bratislava. Dotazníky byly rozdány ve třech českých a třech slovenských školách, přičemž v každé škole byl dotazník dán do jedné osmé třídy. Tím pádem bylo rozdáno 90 dotazníků v Jindřichově Hradci a 90 v Bratislavě. Co se týče návratnosti, v ČR se mi vrátilo 61 dotazníků, to jest 68% ze všech dotazníků a v SR 67 dotazníků, to jest 75%. Dohromady tedy 128 dotazníků.

Co se výzkumné metody týče, zvolila jsem formu anonymního dotazníku, který jsem sestavila tak, abych zjistila názory, uvažování i znalosti žáků osmých tříd týkající se drogové problematiky. Dotazník se skládá ze 24 otázek, přičemž 13 dotazníkových otázek je uzavřených, tj. takových, kdy jsou předem zachycené varianty odpovědí a respondent si

pouze vybírá jednu nebo více správných odpovědí. 4 otázky jsou polouzavřené, zde si respondent vybírá z několika variant odpovědí, ale je zde i možnost pro vlastní odpověď pomocí odpovědi "jiné" či "jinde", kdy se respondent neztotožňuje ani s jednou variantou výběru a odpovídá pomocí vlastní odpovědi. Zbýlých 7 otázek je otevřených neboli takových, kde dotazovaný musí uvést odpověď vlastními slovy, nevybírá si.

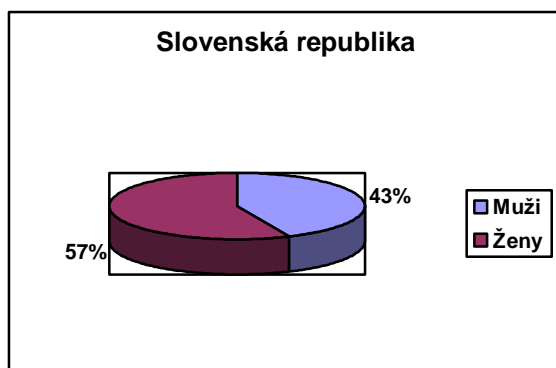
#### 8.4 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkum probíhal u 128 žáků 6 základních škol, přičemž počet dívek a chlapců je uveden v následujících grafech a tabulkách. Díky tomu, že byl dotazník ve všech školách dán do osmých tříd, věk respondentů se pohybuje mezi třinácti až patnácti lety.

##### Pohlaví respondentů:



Pohlaví	Počet
Muži	37
Ženy	24



Pohlaví	Počet
Muži	29
Ženy	38

## 8.5 VLASNÍ VÝZKUM

Otázka č. 1: Měl jsi/měla jsi někdy osobní zkušenost s drogami?



Odpoověď	Počet
Ano	5
Ne	56



Odpoověď	Počet
Ano	7
Ne	60

Na tuto otázku odpovědělo všech 128 dotazovaných, přičemž v České republice mělo zkušenost s drogami 5 dotazovaných z 61, to jest 8%. Na Slovensku 7 z 60 dotazovaných uvedlo, že mělo zkušenost s drogami, to jest 10%. Lze tedy říci, že větší zkušenost s návykovou látkou mají žáci osmých tříd na Slovensku, protože kladných odpovědí je více, avšak na druhou stranu vzorek dotazovaných je o 6 obyvatel vyšší než v České republice.

## Otázka č. 2: Pokud ano, s jakými?

### Česká republika

Název drogy	Počet
Marihuana	3
Pervitin	2
Kokain	1
Cigarety	1

### Slovenská republika

Název drogy	Počet
Marihuana	6
Kokain	1
Cigarety	1

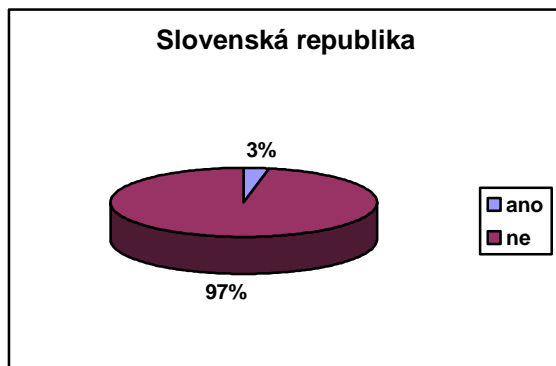
Tato otázka přímo navazovala na předchozí otázku a odpovídali na ni pouze uživatelé, kteří v předchozí otázce zaškrtnuli odpověď ano. V České republice tak učinilo 5 dotazovaných, přičemž při výběru drogy uvedli i vícero druhů drog, proto je konečný počet uvedených drog 7, i když na tuto otázku odpověděli pouze 4 dotazovaní, jeden na tuto část neodpověděl.

Na Slovensku kladně odpovědělo na první otázku 7 uživatelů, z toho však na druhou otázku jeden uživatel nereagoval a zbylí dotazovaní uvedli více odpovědí, proto je konečný počet drog 8, i když na tuto otázku odpovídalo pouze 6 uživatelů návykových látek. V obou zemích je u žáků osmých tříd nejrozšířenější marihuana. Dva dotazovaní (jeden z ČR a druhý ze SR) uvedli cigarety, což poukazuje na to, že žáci mezi drogy řadí i tzv. drogy legální, o kterých se veřejnost jako o drogách často nezmiňuje.

## Otázka č. 3: Bereš v současné době nějaké drogy?



Odpověď	Počet
Ano	1
Ne	60



odpověď	počet
Ano	2
Ne	65

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. V České republice je v současnosti pouze 1 uživatel psychotropních látek z počtu 61 dotazovaných. Na Slovensku jsou to 2 uživatelé z celkového počtu 67 dotazovaných. Z procentuálního hlediska, 2% žáků ČR má momentální zkušenost s drogou, taktéž 3% slovenských žáků.

#### Otázka č. 4: Pokud ano, jaké?

##### Česká republika

Název drogy	Počet
Marihuana	1

##### Slovenská republika

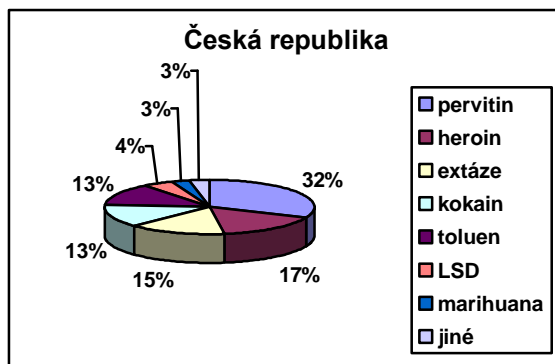
Název drogy	Počet
Marihuana	2

Tato otázka vychází z otázky číslo 3 a odpovídali na ni pouze uživatelé, kteří v předchozí otázce uvedli kladnou odpověď.

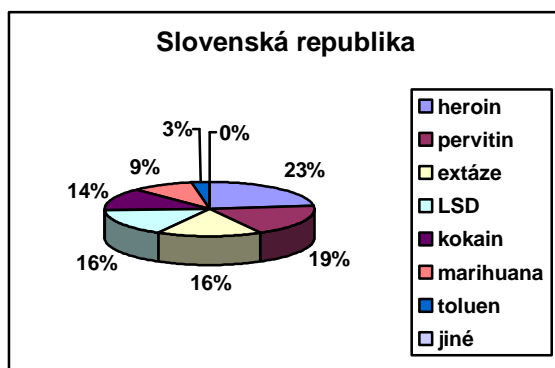
V obou zemích v současné době dotazování užívají pouze marihuanu, v České republice na základě předchozí otázky pouze 1 dotazovaný, na Slovensku 2.



### Otázka č. 5: Která droga je podle tebe nejnebezpečnější?



Název drogy	Počet
Pervitin	21
Heroin	11
Extáze	10
Kokain	9
Toluen	9
LSD	3
Marihuana	2
Jiné	2



Název drogy	Počet
Heroin	17
Pervitin	14
Extáze	12
LSD	12
Kokain	10
Marihuana	7
Toluen	2
Jiné	0

Při odpovědi na tuto otázku někteří dotazovaní z obou států zaškrtovali více možností, proto je celkový počet odpovědí v ČR 67, i když dotazovaných bylo pouze 61. V SR je celkový počet odpovědí 74, počet dotazovaných však pouze 67.

Co se ČR týče, nejnebezpečnější drogou je podle dotazovaných pervitin 32%, následuje heroin 17%, extáze 15%, kokain a toluen, obojí 13%, LSD 4%, marihuana a jiné drogy (žáci neuvedli žádný příklad jiné drogy) mají 3%.

Výsledek je podle mého názoru překvapivý v tom, že žáci považují pervitin za nejnebezpečnější drogu. Očekávala jsem, že uvedou heroin, který je obecně na veřejnosti vnímán jako velmi nebezpečný, jak z hlediska závislosti, tak díky velkému procentu úmrtnosti.

Dále je zajímavý výsledek extáze, která skončila na třetím místě s 15ti procenty, protože tato droga je na místech, která mládež navštěvuje (diskotéky atd..) velmi rozšířená, a proto jsem nepředpokládala, že by byla žáky považována za nebezpečnou.

Slovenští dotazovaní naopak považují heroin za nejnebezpečnější s 23%, dále následuje pervitin 19%, o třetí místo se dělí extáze a LSD, obě 16%, kokain 14%, marihuana 9% a toluen 3%. Zajímavé je třetí místo LSD - 16% oproti českému výsledku, kdy tuto drogu považují za nejnebezpečnější pouze 4% respondentů. Tento výsledek může svědčit o větší znalosti typů drog u slovenských žáků, kteří mají o LSD nějaké informace, oproti českým žákům, kteří podle mého názoru tuto drogu neznají či mají mizivé informace.

### **Otázka č. 6: Proč tuto drogu považuješ za nejnebezpečnější?**

Tento druh otázky má otevřený charakter, dotazovaní měli za úkol uvést vlastní názor, vlastní odpověď na danou otázku. V této otázce vycházeli dotazovaní z otázky č. 5. Na základě dané odpovědi vypsali důvody, proč drogu, kterou uvedli v předchozí otázce, považují za nejnebezpečnější. Díky různorodým odpovědím nelze odpověď zpracovat do grafu, proto uvedu přehled drog a nejfrekventovanější odpovědi na tuto otázku. Ne všichni dotazovaní na tuto otázku odpověděli, přibližně třetina neodpověděla vůbec, někteří odpovídali, že nevědí.

### **Nejškodlivější droga a nejčastější odpovědi dotazovaných:**

#### **Pervitin**

- kvůli tomu, že se píchá pomocí jehel
- slyšeli o tom v televizi
- kvůli jehlám a následnému onemocnění AIDS
- kvůli snadné dostupnosti
- díky aplikací pomocí jehel ničí žíly
- zdraví škodlivé
- útočí na krvinky

#### **Heroin**

- je smrtelný, zabíjí
- člověk potřebují vyšší dávky a stále víc peněz
- nejhorší následky

### **Extáze**

- předávkování znamená smrt
- předávkování kvůli dehydrataci

### **Toluen**

- nejhorší droga, protože se čichá
- ničí nosohltan, čich

### **Kokain**

- vzniká závislost
- potřeba brát stále víc a víc drogy
- slyšeli v televizi

### **Marihuana**

- vytváří se na ní závislost

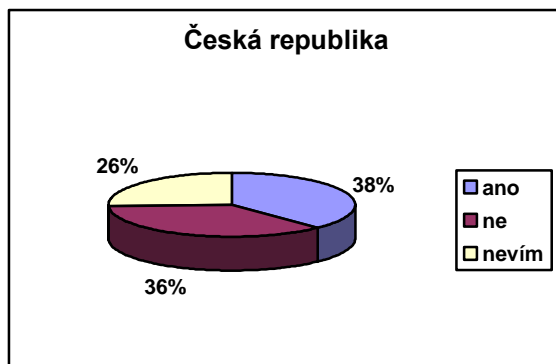
### **LSD**

- omámí mysl
- slyšeli v TV

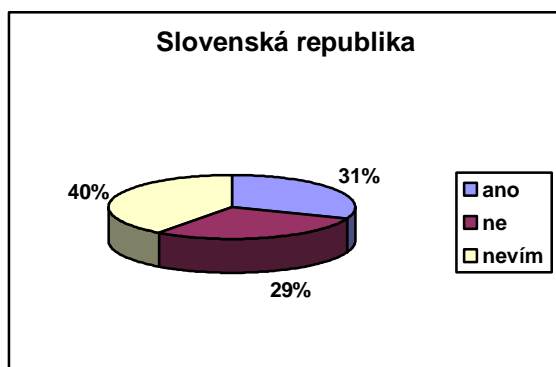
Tyto odpovědi patřily k nejfrekventovanějším jak v České republice, tak i na Slovensku. Mezi nejčastější odpověď patřila ta, že o dané droze a jejím nebezpečí slyšeli dotazovaní v televizi, což svědčí alespoň o snaze médií informovat a varovat veřejnost před nebezpečím drog.

Co se informovanosti dotazovaných týče, dá se říci, že mají nějaký přehled o typech drog a rizicích jejich užívání. Např. u extáze se stále opakovaly odpovědi, že člověk se může předávkovat kvůli dehydrataci organismu, což podle mého názoru poukazuje na docela velkou informovanost žáků. Je však otázkou, zda např. tuto odpověď znají díky preventivnímu programu v rámci školy anebo např. díky osobní zkušenosti či výskytu drogy na místech, kde se dotazovaní vyskytují.

**Otázka č. 7: Myslíš si, že marihuana je méně zdraví škodlivá než alkohol?**



Odpověď	Počet
Ano	25
Ne	24
Nevím	17



Odpověď	Počet
Ano	20
Ne	19
Nevím	26

Odpověď na tuto otázku vyplnili a zaškrtnuli všichni dotazovaní. V obou zemích s minimálním rozdílem 2% zvítězila odpověď ano, že marihuana je méně zdraví škodlivá než alkohol. V České republice 38% dotazovaných odpovědělo ano, 36% dotazovaných ne a 26% dotazovaných nevědělo.

Na Slovensku 31% dotazovaných odpovědělo ano, 29% ne a dokonce 40% dotazovaných odpovědělo nevím.

V obou dvou zemích je vysoké procento těch, kteří nevěděli odpovědět na tuto otázku. Na Slovensku je to téměř polovina všech dotazovaných. Otázkou je, či opravdu nevěděli na tuto otázku odpovědět nebo se jim nechtělo nad otázkou zamýšlet a vybrali nejjednodušší variantu. Tuto otázku jsem do dotazníku vložila, protože mě zajímal názor mládeže na dvě ze tří nejčastějších návykových látek, se kterými se v současnosti setkávají (marihuana a alkohol) a či zastupují názor stále většího počtu lidí, kteří poukazují na nízkou škodlivost marihuany v porovnání s alkoholem.

**Otázka č. 8: Vyskytuje se v tvém okolí někdo, kdo bere drogy?**



<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>
Ano	32
Ne	29

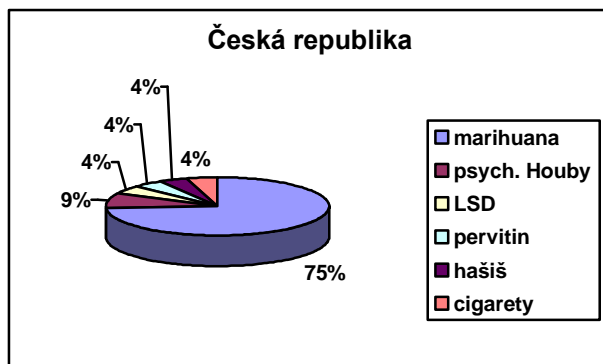


<b>Odpověď</b>	<b>Počet</b>
Ano	27
Ne	40

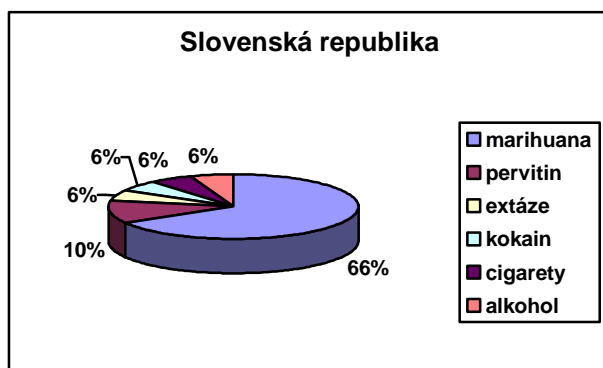
Odpovědi na tuto otázku se liší v závislosti na lokalitě dotazovaných. V ČR u oslovených žáků osmých tříd existuje 52% těch, kteří znají někoho, kdo drogy bere. Naopak zbylých 48% nezná nikoho, kdo by drogy bral. Procento kladných odpovědí je velmi vysoké, což svědčí o stále větším výskytu návykových látek v ČR.

V SR je odpověď opačná, 40% dotazovaných zná někoho, kdo bere drogy, 60 % však nikoho. I když pozitivních odpovědí je menšina, rozdíl mezi kladnou a negativní odpovědí není velký a 40% kladných odpovědí je podle mého názoru stále alarmující výsledek

### Otázka č. 9: Pokud ano, jaké?



Odpověď	Počet
Marihuana	17
Psych. houby	2
LSD	1
Pervitin	1
Hašiš	1
Cigarety	1



Odpověď	Počet
Marihuana	12
Pervitin	2
Extáze	1
Kokain	1
Cigarety	1
Alkohol	1

Na tuto otázku odpovídali pouze dotazovaní, kteří na předchozí otázku odpověděli ano. I přes tuto kladnou odpověď, mnoho z nich žádnou konkrétní drogu nevedlo a nechalo kolonku prázdnou, nebo uvedli odpověď nevím. Z těch, kteří vypsali konkrétní návykovou látku, v ČR je na prvním místě marihuana se 75%, na druhém houby obsahující psychotropní látku 9% a zbylé drogy se dělí o třetí místo se 4%.

Na Slovensku vede též marihuana s 66%, za ní následuje pervitin s 10% a ostatní drogy jsou na třetím místě se 6%. Tyto výsledky nejsou nijak překvapivé, jsou obdobné jako u otázky č. 2. a 4., kde se potvrdila marihuana jako nejužívanější psychotropní látka.

### Otázka č. 10: Jaké jsou podle tebe důvody, kvůli kterým mladiství začnou brát drogy?

Opět otázka, kdy dotazovaní měli za úkol odpovědět vlastními slovy a vyjádřit tak svůj názor.

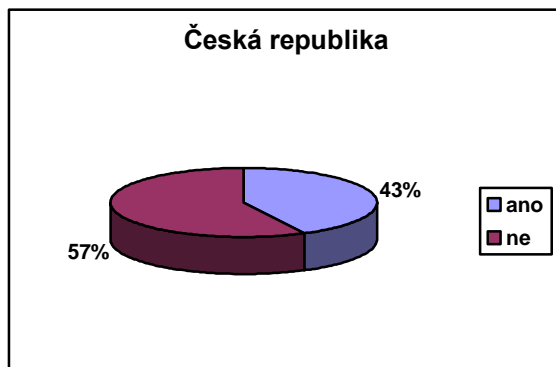
#### *Autentické odpovědi:*

- problémy
- stres, neúspěch
- kvůli kamarádům, kteří též berou
- chtějí machrovat, frajeřit
- z nudy
- ze zvědavosti
- hádky s rodiči
- zkusí, pak se jim to zalíbí a nemohou přestat
- chtějí zapadnout do kolektivu

3 nejméně frekventované odpovědi na tuto otázku byly, že lidé začnou brát drogy na základě vlastního problému, začnou brát kvůli kamarádům, kteří také berou a na základě toho, že chtějí zapadnout do určitého kolektivu.

Domnívám se, že druhá a třetí nejčastější odpověď – kvůli kamarádům a na základě toho, že chtějí zapadnout do party – poukazuje na velký problém současné mládeže, a to, že většina z nich vyzkouší drogu na základě kamarádova naléhání, nebo aby mohla patřit do určité party, aby se nevyčleňovala z kolektivu.

### Otázka č. 11: Piješ alkohol?



Odpověď	Počet
Ano	26
Ne	35

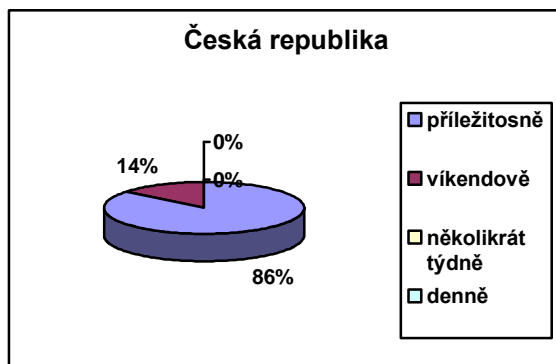


Odpověď	Počet
Ano	27
Ne	40

V obou zemích je vysoké procento dotazovaných, kteří alkohol konzumují. V ČR je to 43% dotazovaných konzumujících alkohol, 57% těch, kteří alkohol nepijí.

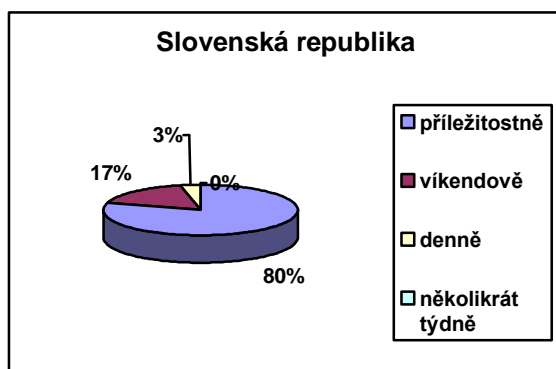
V SR je procento konzumujících maličko nižší, 39%, 61% dotazovaných alkohol nekonzumuje. Tento výsledek poukazuje na velmi vysoký počet dětí, které ještě ani nedosáhly 15 ti let, natož 18 ti a již u nich dochází ke konzumaci alkoholu. To bohužel svědčí o snadném přístupu k této návykové látce, o porušování zákazu prodeje nezletilým a o vnímání alkoholu mládeží jako něčeho běžného.

#### Otázka č. 12: Pokud ano, jak často?



Odpověď	Počet
Příležitostně	24
Víkendově	4
Několikrát týdně	0
Denně	0



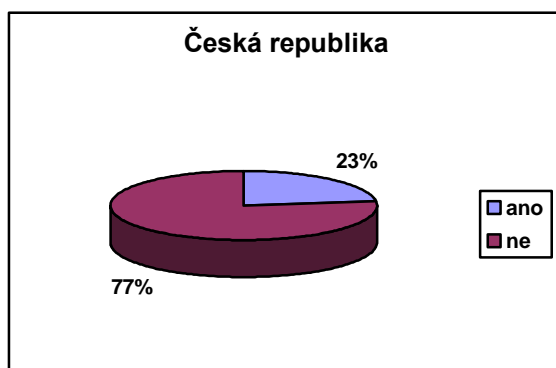


Odpověď	Počet
Příležitostně	23
Víkendově	5
Denně	1
Několikrát týdně	0

Na tuto otázku odpovídali pouze ti dotazovaní, kteří označili v předchozí otázce odpověď ano. Několik dotazovaných zaškrtnulo více odpovědí, proto počet odpovědí neodpovídá počtu tázaných. V České republice 14% těch, kteří pijí alkohol, ho pijí víkendově a 86% dotazovaných příležitostně.

Na Slovensku 1 dotazovaný pije alkohol denně – 3%, 17% víkendově a 80% příležitostně.

**Otázka č. 13: Považuješ alkohol za drogu?**



Odpověď	Počet
Ano	14
Ne	47



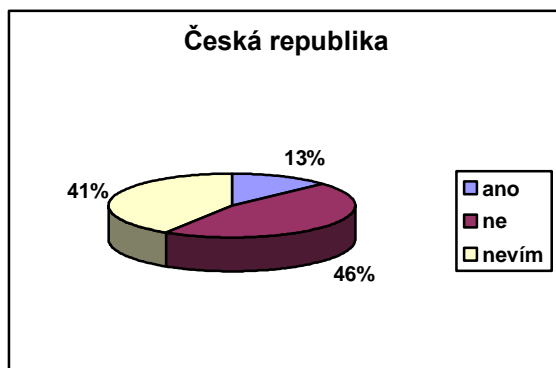
Odpověď	Počet
Ano	35
Ne	32

77% všech dotazovaných alkohol za drogu v České republice nepovažuje, pouze 23% dotazovaných řadí alkohol mezi drogy.

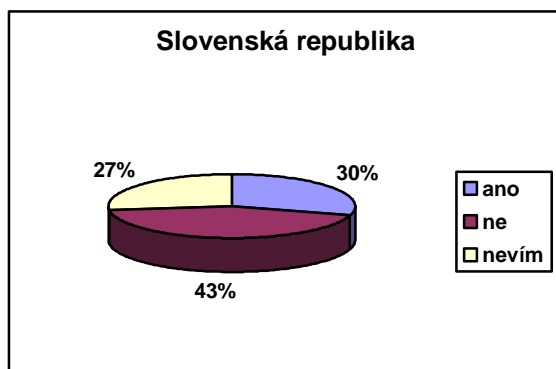
Na Slovensku 52% dotazovaných alkohol za drogu považuje, 48% nepovažuje.

Při této otázce je určitý rozkol mezi českými a slovenskými žáky.  $\frac{3}{4}$  českých dotazovaných nepovažuje alkohol za drogu, což je podle mě velmi vysoký počet. Tento výsledek může svědčit o nízké informovanosti českých dotazovaných, kteří mohou mít pocit, že když je návyková látka státem akceptována, je legální, ihned ji přestanou za drogu považovat. Dále to poukazuje na postoj české veřejnosti a médií k alkoholu, protože alkohol jako drogu neprezentují.

**Otázka č. 14: Existuje ve škole, kterou navštěvuješ, nějaký preventivní protidrogový program?**



Odpověď	Počet
Ano	8
Ne	28
Nevím	25



Odpověď	Počet
Ano	20
Ne	29
Nevím	18

V ČR pouze 13% respondentů odpovědělo ano, 46% ne a 41% nevím.

V SR 30% dotazovaných odpovědělo ano, 43% ne a 27% ano.

Z výsledků je patrná výrazná neinformovanost českých žáků z hlediska preventivního

působení daných škol. Pouze 13% všech českých dotazovaných ví o preventivním programu na jejich škole.

Na Slovensku je situace o něco příznivější, alespoň 30% dotazovaných ví o preventivním programu, nicméně je vidět velmi nízká informovanost žáků vzhledem k této problematice. V současné době, kdy je na základních školách kladen stále větší důraz na prevenci, je tento výsledek alarmující a školy by měly dbát na mnohem větší informovanost svých žáků.

**Otázka č. 15: Jsi dostatečně informován/a o nebezpečí drog díky základní škole, kterou navštěvuješ?**



Odpověď	Počet
Ano	52
Ne	9



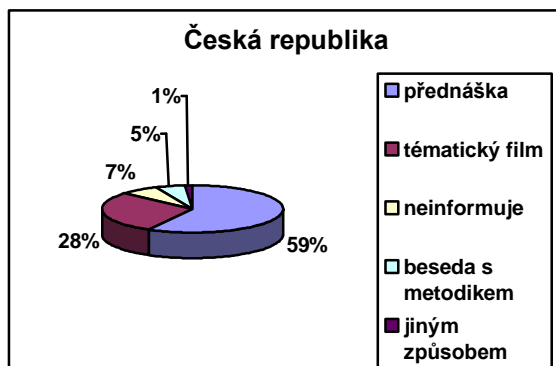
Odpověď	Počet
Ano	38
Ne	29

V České republice je 85% respondentů přesvědčeno, že je škola dostatečně informuje o drogové problematice. Pouze 15% dotazovaných si myslí, že nejsou dostatečně informováni. Naopak na Slovensku je výsledek téměř vyrovnaný, pouze 57% dotazovaných odpovědělo ano, téměř polovina však odpověděla, že není dostatečně školou informovaná.

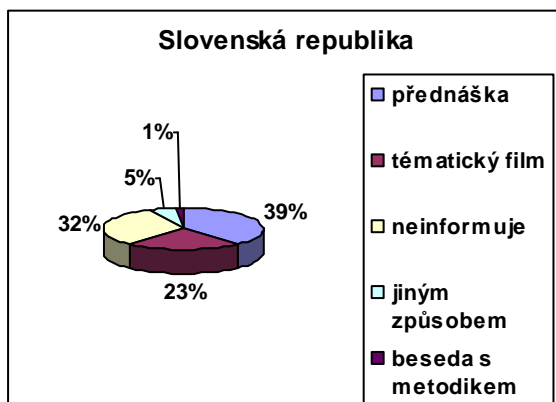
Výsledek však nekorresponduje s otázkou č. 14, kdy slovenští žáci vědí o existenci preventivního programu v jejich škole více než žáci čeští. Není však pravidlem, že tam, kde

preventivní program existuje, je automaticky dostatečná informovanost žáků. Záleží to na mnohých faktorech jako efektivnost programu, přístupu školy. Tento výsledek však pouze zachycuje subjektivní pocit žáků, takže nelze jednoznačně přijít na důvod tohoto výsledku.

**Otázka č. 16: Jakým způsobem tě škola informuje o drogové problematice?**



Odpověď	Počet
Přednáška s drog. tématikou	43
Film s drog. tématikou	21
Škole mě neinformuje	5
Beseda s metodikem prevence	4
Jiným způsobem	1



Odpověď	Počet
Přednáška s drog. tématikou	28
Film s drog. tématikou	17
Škola mě neinformuje	23
Jiným způsobem	4
Beseda s metodikem prevence	1

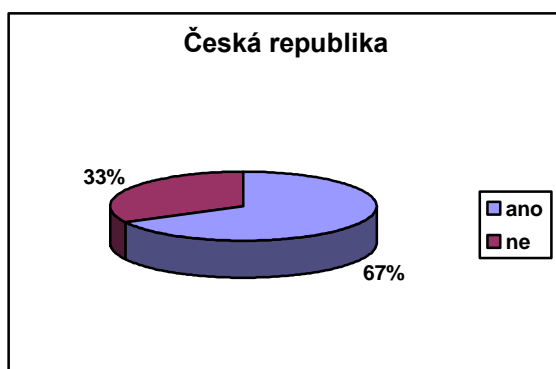
V obou státech převažuje informovanost na základě přednášky s drogovou tématikou a sledování filmů týkajících se drogové problematiky. Na tuto otázku vybírali někteří dotazovaní více odpovědí, proto je počet odpovědí vyšší než počet dotazovaných žáků.

V České republice 59% dotazovaných je školou informováno prostřednictvím přednášky, 28% na základě tématického filmu, pouze 5% prostřednictvím besedy se školním metodikem prevence a 7% dotazovaných odpovědělo, že škola je neinformuje vůbec.

Na Slovensku je 39% žáků informováno na základě přednášky, 23% na základě filmu s drogovou tématikou, pouze 1% pomocí besedy s metodikem prevence.

Alarmující je však procento těch, kteří odpověděli, že je škola neinformuje vůbec - 32%. Tento výsledek je dokonce na druhém místě za přednáškou s drogovou tematikou.

**Otázka č. 17: Zaujaly tě takto podané informace?**



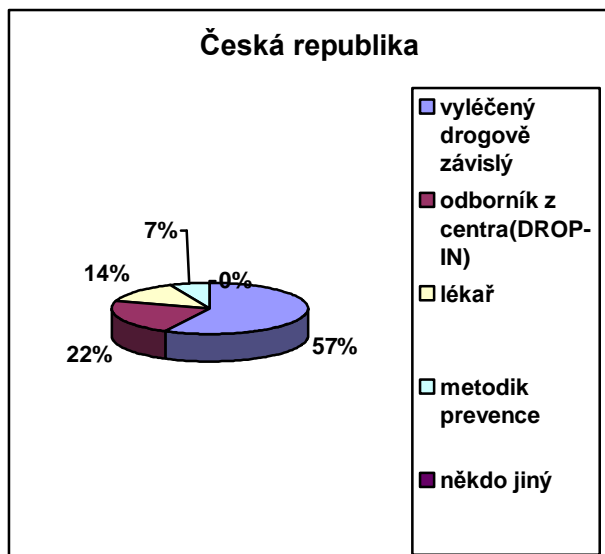
Odpověď	Počet
Ano	39
Ne	19



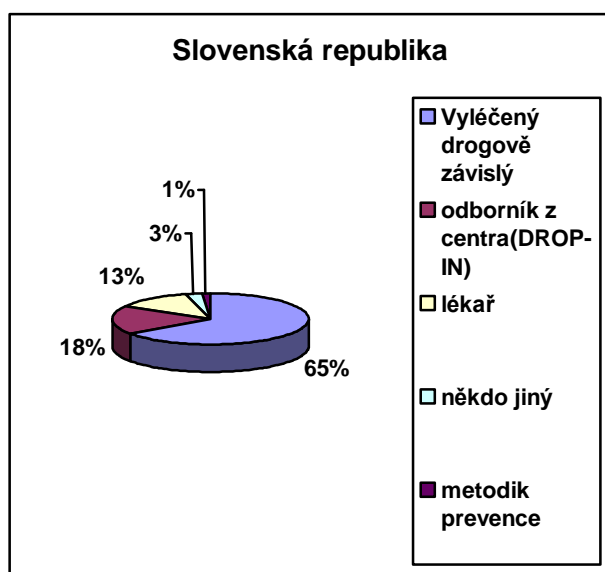
Odpověď	Počet
Ano	24
Ne	40

Opět značný rozdíl mezi výsledky průzkumu v ČR a SR. V České republice odpovědělo kladně 67% dotazovaných a 33% dotazovaných informace o drogové problematice na základě aktivit školy nezaujaly. I když negativních odpovědí je více než čtvrtina, na Slovensku nezaujaly tyto informace dokonce 62% žáků, pouze 38% vyjádřilo zaujetí.

**Otázka č. 18: Nejvíce by tě zajímala beseda s drogovou tematikou, kterou by vedl:**



Odpo věď	Poč et
Vyléčený drogově závislý	34
Odborník z centra (DROP-IN)	13
Lékař	8
Metodik prevence	4
Někdo jiný	0



Odpo věď	Poč et
Vyléčený drogově závislý	47
Odborník z centra (DROP-IN)	13
Lékař	9
Někdo jiný	2
Metodik prevence	1

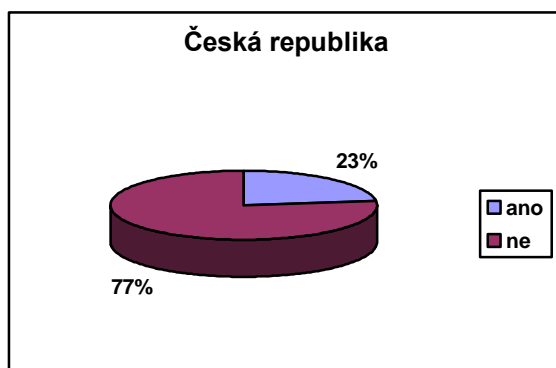
Při této otázce někteří žáci uvedli více než jednu odpověď, proto je počet žáků nižší než počet odpovědí. V obou zemích s velkou většinou převažuje odpověď, že nejvíce by zaujala beseda s někým, kdo si závislostí prošel a není již závislý. V ČR tato možnost převažuje u 57% dotazovaných, následuje beseda s odborníkem z určitého centra 22%, dále beseda s lékařem zabývajícím se léčbou drogově závislých 14% a pouze 7% by zajímala beseda se školním metodikem prevence.

Na Slovensku též převažuje beseda s bývalým drogově závislým člověkem 65%, dále s odborníkem z centra 18%, s lékařem 13% a pouze 1% s metodikem prevence. V obou

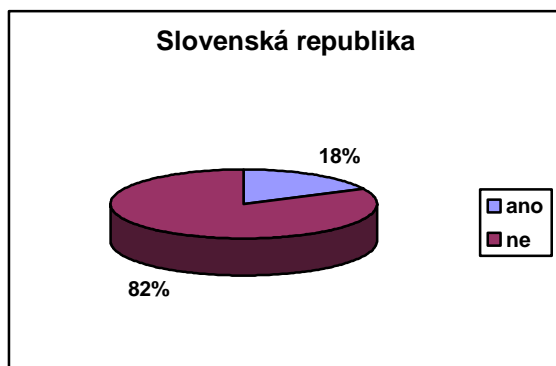
zemích se vyskytly odpovědi, že s někým jiným. Dotazovaní však neuvedli s kým.

Výsledek této otázky by mohl naznačit školám, co by žáky nejvíce zajímalo a inspirovat se tím, protože informace z rukou někoho, kdo nás zajímá, bývají většinou mnohem účinnější než od někoho, o koho zájem neprojevuje.

**Otázka č. 19: Víš, kdo na tvé škole vykonává činnost školního metodika prevence?**



Odpověď	Počet
Ano	14
Ne	47



Odpověď	Počet
Ano	12
Ne	55

Na tuto otázku odpovědělo kladně pouze 23% českých dotazovaných a tím pádem 77% odpovědělo negativně. Na Slovensku dokonce pouze 18% dotazovaných ví, kdo je ve škole školním metodikem prevence a 82% neví. Výsledky obou zemí poukazují na nedostatečnou informovanost žáků a na to, že prevence stále není ve školách tak zakořeněná, jak by být měla. Je docela dobře možné, že školy zahrnuté do dotazníkového průzkumu žádného školního metodika prevence nemají.

**Otázka č. 20: Myslíš, že drogová prevence na základních školách má nějaký smysl?**



Odpověď	Počet
Ano	32
Ne	28



Odpověď	Počet
Ano	40
Ne	24

V České republice 53% respondentů považuje prevenci na školách za smysluplnou, 47% dotazovaných nikoliv. Na Slovensku 62% odpovědělo na tuto otázku kladně a 38% negativně.

I když je na Slovensku procento kladných odpovědí o něco vyšší, obecně je procento záporných odpovědí velmi vysoké.

Je škoda, že žáci prevenci na školách podceňují, je však otázkou, do jaké míry školní prevence dokáže ovlivnit žákův názor a dokáže ho od návykových látek odradit. Je též otázkou, nakolik jsou odpovědi na danou otázku relevantní, protože žáci tohoto věku mají tendenci nesouhlasit s autoritami, jakou je i škola, a mohou odpovídat negativně pouze na základě této tendence.



### Otázka č. 21: Pokud ano, jaký?

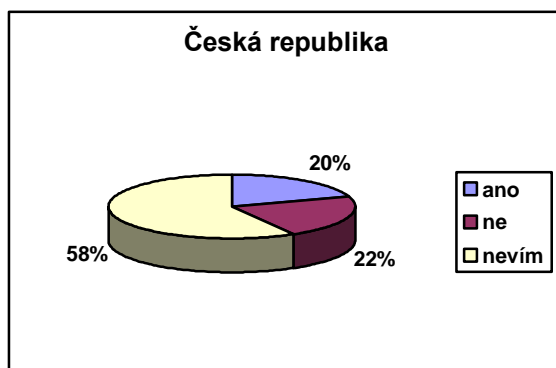
Tato otázka přímo navazuje na předchozí otázku a odpovídat na ni měli pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli kladnou odpověď. Bohužel většina těchto dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo.

#### Odpovědi:

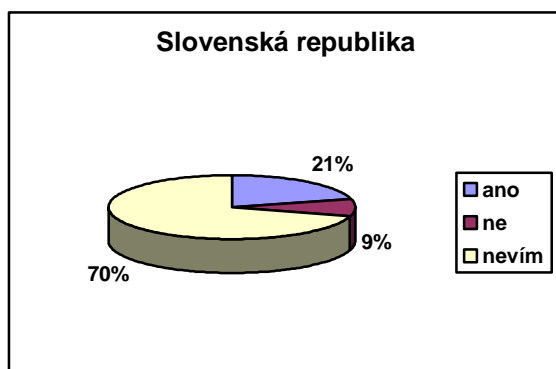
- snaží se odpudit, poukázat na rizika, varovat
- poučuje a informuje žáky o drogové problematice
- snaží se odpudit již drogově závislé a přinutit je přestat užívat drogu
- snaží se zjistit, kdo drogy bere
- nemá význam, protože tito lidé se nepoučí

Nejčastěji se opakovaly odpovědi, že se prevence snaží zlepšit informovanost žáků o drogové problematice, poukázat na rizika spojená s užíváním drog a odpudit potencionální uživatele drog.

### Otázka č. 22: Vyskytly se ve tvé škole případy užívání drog nezletilými žáky školy?



Odpověď	Počet
Ano	12
Ne	13
Nevím	35



Odpo věď	Poč et
Ano	14
Ne	6
Nevím	47

V České republice odpovědělo kladně 20% dotazovaných, 22% odpovědělo záporně a zbylých 58% odpovědělo nevím. Na Slovensku kladně odpovědělo 21%, záporně 9% a 70% odpovědělo, že neví. V obou zemích je počet kladných odpovědí poměrně nízký, což by mohlo působit pozitivně ve smyslu, že se drogy ve školách téměř nevyskytují, na druhou stranu je však možné, že žáci o výskytu drog v jejich škole nevědí.

#### **Otázka č. 23: Pokud ano, jak škola tento problém řešila?**

Tato otázka je otázkou s nejmenším počtem odpovědí. Většina těch, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, na tuto otázku dále již nereagovala.

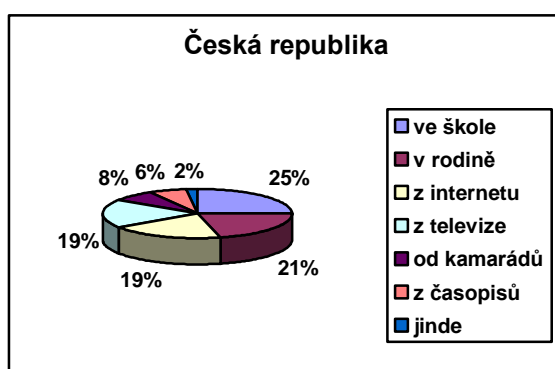
#### **Toto jsou dané odpovědi:**

- škola tento problém nijak neřešila
- žáci dostali důtku třídního učitele
- snížený stupeň z chování
- byla zavolána policie
- škola o tom stále neví
- žák byl poslán na protidrogové léčení

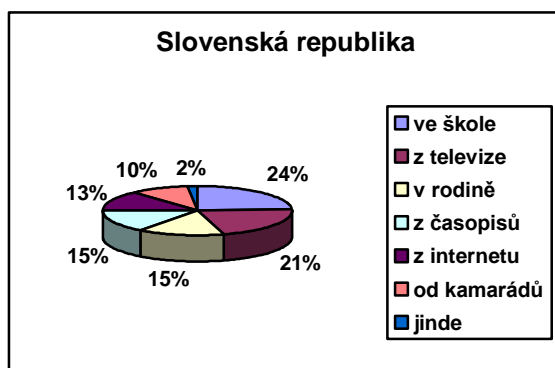
Nejfrekventovanější odpovědí se stala odpověď, že škola tento problém neřešila vůbec nebo že o tomto problému stále neví. Zrovna tyto dvě odpovědi opět zachycují nevhodný přístup školy k drogové problematice. Nechce se mi věřit, že by se škola tímto problémem nezabývala, spíše předpokládám, že žáci o řešení problému nevědí.

Co se týče toho, že škola o daném problému neví, poukazuje tento výsledek na špatné fungování školy jako výchovně-vzdělávací instituce.

**Otázka č. 24: Kde získáváš informace o drogové prevenci a nebezpečí drog?**



Odpověď	Počet
Ve škole	36
V rodině	31
Z internetu	28
Z televize	27
Od kamarádů	11
Z časopisů	9
Jinde	3



Odpověď	Počet
Ve škole	29
Z televize	26
V rodině	18
Z časopisů	18
Z internetu	16
Od kamarádů	12
Jinde	2

Při této otázce dotazovaní zaškrtovali i více odpovědí než jednu. V České republice je nejrozšířenějším způsobem informování pomocí školy 25%, následuje rodina 21%, televize 19%, stejné procento má i internet, kamarádi 8%, časopisy pouze 6% a informace získané jinde pouze 2%.

Na Slovensku jsou žáci též nejvíce informovaní ve škole 24%, dále z televize 21%, o třetí místo se dělí rodina a časopisy, obojí 15%, z internetu 13%, od kamarádů 10% a jinde 2%. Potěšující je nejvyšší procento informovanosti pomocí školy, a to v obou státech. Velký vliv zaznamenává televize, která v obou zemích skončila s třetím nejvyšším počtem procent.

## 8.6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

### Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena

Podle výsledků dotazníků mají větší zkušenost s drogami žáci základních škol na Slovensku. Podle výsledků má 10% těchto žáků zkušenost s drogou, v České republice je to 8%. Rozdíl mezi ČR a SR je pouze 2% a výzkumný vzorek byl o 6 dotazovaných vyšší v SR, proto lze brát tento výsledek spíše jako orientační.

Obecně bych řekla, že tento výsledek je překvapivý v pozitivním smyslu slova, protože jsem očekávala daleko vyšší procento žáků jak v naší zemi, tak na Slovensku, kteří mají s drogami zkušenost. Co se tohoto výsledku týče, 1 slovenský žák a 1 český uvedli jako drogu, kterou užívají cigarety, což samozřejmě mezi návykové látky též patří, ale nepatří mezi drogy ilegální.

### Hypotéza č. 2 byla potvrzena

Žáci obou států opravdu mají největší zkušenost s marihuanou. Díky nízkému procentu uživatelů drog vůbec, viz hypotéza č. 1, je počet žáků majících zkušenost s marihuanou velmi nízký. V České republice marihuanu vyzkoušeli pouze 3 dotazovaní, na Slovensku jich bylo 6. Co se týče odpovědi na otázku, zda žáci nějakou drogu v současnosti užívají, v České republice je jeden uživatel marihuany a na Slovensku dva. Žádné jiné drogy podle průzkumu žáci obou států v současné době neužívají.

Co se týče minulosti, kromě zmíněné marihuany mají dva čeští žáci zkušenost s pervitinem a jeden s kokainem. Na Slovensku má pouze jeden uživatel zkušenost s kokainem.

Tento výsledek mě opět překvapil, protože jsem očekávala vyšší počet žáků majících zkušenost s marihuanou.

Co se týče škodlivosti marihuany, díky stále většímu tlaku veřejnosti po legalizaci jsem byla zvědavá, jak žáci vnímají marihuanu a alkohol, dvě nejčastější návykové látky, které se u mladistvých vyskytují. Proto jsem zařadila otázku, zda si žáci myslí, že je marihuana méně škodlivá než alkohol. 38% českých žáků si myslí, že ano, 36% odpovědělo negativně a 26% uvedlo odpověď nevím. Na Slovensku si 31% žáků odpovědělo kladně, 29% negativně a 40% nevědělo na tuto otázku odpovědět. V obou zemích tedy převažuje názor,

že marihuana je méně zdraví škodlivá, i když rozdíl mezi kladnou a zápornou odpovědí je v obou zemích pouze 2%.

Co se užívání a postoje k alkoholu týče, jsou výsledky výzkumu podle mého názoru velmi alarmující. 43% českých dotazovaných pije alkohol, na Slovensku je to 39%. Na to, že výzkumný vzorek dotazovaných byla osmá třída základní školy, je procento uživatelů alkoholu vysoké. Na otázku, zda žáci považují alkohol za drogu, odpovědělo pouze 23% dotazovaných kladně. Naopak na Slovensku odpovědělo kladně 52%. Tyto výsledky poukazují na to, že žáci nemají ponětí o škodlivosti alkoholu a díky tomu, že patří mezi legálně uznávanou návykovou látku, nepovažují ho za drogu a neuvědomují si rizika spojená s jeho dlouhodobým užíváním.

### **Hypotéza č. 3 byla částečně potvrzena**

V této hypotéze se vyskytuje určitý rozkol mezi výsledky jednotlivých otázek. Žáci obou států si myslí, že jsou dostatečně informováni o drogové problematice pomocí školy. V České republice si to myslí dokonce 85%, na Slovensku 57%. Na druhou stranu žáci však tvrdí, že jejich škola nemá žádnou koncepci zabývající se drogovou problematikou.

Co se týče způsobu informovanosti ze strany školy, v obou státech převažuje způsob pomocí přednášky s drogovou tematikou nebo sledováním filmu s daným tématem. Nejvíce by žáky obou států zajímala přednáška s někým, kdo byl v minulosti drogově závislý. Školního metodika prevence však zná pouze 23% českých žáků a 18% slovenských žáků.

Pokud odhlédneme ze subjektivního názoru žáků o dostatečné informovanosti, řekla bych, že obecně lze říci, že žáci dostatečně informovaní nejsou, nemají přehled o školní koncepci či o tom, kdo vykonává činnost školního metodika prevence.

### **Hypotéza č. 4 byla částečně potvrzena**

V České republice zná 52% žáků ve svém okolí někoho, kdo drogy užívá, nejvíce marihuanu. Na Slovensku 40% žáků odpovědělo kladně a též znají nejvíce těch, kteří užívají marihuanu.

### **Hypotéza č. 5 nebyla potvrzena**

K mému velkému překvapení mají žáci obou států přehled o drogách, typu drog a jejich škodlivosti.

Otázka č. 5, která droga je podle nich nejnebezpečnější, byla takovým typem otázky, na který neexistuje jednoznačná odpověď. Při odpovědi na tuto otázku jsem spíše byla zvědavá na názory žáků, co považují za nebezpečnou drogu a proč.

Překvapila mě odpověď českých dotazovaných, že za nejnebezpečnější drogu považují pervitin. Automaticky jsem předpokládala, že to bude heroin, protože je obecně tak vnímán díky fyzickým abstinenčním příznakům apod.

Co se týče důvodů, proč kterou drogu považují za nejnebezpečnější, překvapila mě informovanost a znalost žáků. Převážná většina věděla rizika spojená s užíváním drogy, kterou považují za nejnebezpečnější.

V tomto výzkumu mě též zaskočil názor na extázi u žáků obou států. Skončila jako třetí nejnebezpečnější droga a žáci byli velmi dobře informovaní o problémech s přehříváním organismu, následnou dehydratací a snadnou možností předávkování. Předpokládala jsem, že drogu, která se vyskytuje na diskotékách a v místech výskytu dotazovaných, nebudou považovat za nebezpečnou.

## ZÁVĚR

Závislost na různých psychotropních látkách je s lidstvem spjata už mnoho staletí, dokonce i tisíciletí. Potřeba člověka uniknout od každodenních problémů do světa fantazie, světa, ve kterém však tyto problémy nemusí řešit, je velmi častá. V posledních dvou desetiletích je však konzumace návykových látek stále větším problémem. Bohužel nejen u dospělých, ale hlavně u mladistvých, kteří se stále častěji setkávají s psychotropní látkou. Věková hranice uživatelů psychotropních látek se stále snižuje. Nejčastěji se tato mládež setkává s cigaretami a alkoholem, v posledních letech se k nim stále častěji přidává i marihuana.

I když se stále mluví o škodlivosti ilegálních návykových látek a důležitosti včasné prevence s nimi spojené, podle mého názoru se trochu pozapomíná na jednu velmi škodlivou návykovou látku, a to na alkohol.

Alkohol je snadno dostupný a většina dětí ho ani za drogu nepovažuje, jak potvrdil i můj průzkum, a spousta mladistvých ho konzumuje. Mám pocit, že tito mladiství nejsou dostatečně informováni o jeho škodlivosti, o tom, jak dlouhodobé užívání alkoholu poškozují člověka jak po fyzické, tak i po psychické stránce.

Dalším problémem současné doby je stále rostoucí počet uživatelů marihuany. Mladiství ji nepovažují za škodlivou, dostupnost je stále snazší, a pokud má uživatel u sebe „malé množství“, které je zákonem povoleno, vyhne se trestnímu stíhání. Naopak na Slovensku jsou trestně stíháni všichni držitelé ilegálních psychotropních látek, nezávisle na množství. V které zemi je přístup státu vhodnější, těžko říci.

Co se mého průzkumu týče, největší zkušenost mají uživatelé s alkoholem a marihuanou, což se dalo očekávat. Proto by se podle mého názoru primární prevence měla zaměřit hlavně na tyto dvě psychoaktivní látky, alkohol a marihuanu, protože je pravdou, že existuje větší riziko, že lidem tyto látky časem nebudou stačit a přejdou k jiným, tvrdším drogám.

Pokud se zamyslíme nad tím, jak změnit pozitivní vztah mládeže k psychotropním látkám, je třeba si uvědomit, že největší vliv na to mívá většinou rodina, nejbližší okolí. Nelze pouze doufat, že primární prevence ve školách či v médiích vysvětlí dětem škodlivost drog a bude vše vyřešeno. Rodina jako nejdůležitější instituce by měla mít od dětství na dítě takový vliv, aby se v pozdějších letech návykovým látkám vyhnulo. Proto je

potřeba vést dítě k zájmovým činnostem, vymýšlet různé zábavy, vést ho k zdravému životnímu stylu. Tento celoživotní přístup je podle mého názoru mnohem důležitější než primární prevence a to v jakékoliv podobě.

Proto se nelze divit, že v současné době stále narůstá počet neploletých uživatelů psychotropních látek. Většina rodičů nemá na děti dostatek času, a tak děti skončí sledováním televize, hraním her na počítačích anebo se připojí k nějaké nevhodné partě. Je hezké dětem ve škole vysvětlovat, že návykové látky jsou škodlivé atd., ale podle mého názoru by se nad sebou spíše měla zamyslet většina rodičů, protože experimentování jejich dětí s návykovými látkami je podle mého názoru hlavně jejich chyba.

Doufejme tedy, že vhodné hromadné působení jak rodičů, tak i školy či médií bude mít na dítě takový vliv, že se návykovým látkám vyhne, nebo alespoň bude užívání společensky uznávaných návykových látek, jako např. alkoholu, pouze příležitostné.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

ADAMEČEK, David. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 88 s. Metodika (Úřad vlády České republiky), no 5. ISBN 80-86734-81-1

BABOIAN, Dic. *Vstupenka do pekla*. 2. Praha: Orbis, 1975

BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, 91 s. Vědět víc. ISBN 80-7187-003-X

CSÉMY, Ladislav a Karel NEŠPOR. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 80-85121-52-2

DAVENPORT-HINES, Richard. *Honba za zapomněním: světové dějiny narkotik : 1500-2000*. 1. vyd. Praha: BB art, 2004, 503 s. ISBN 80-7341-202-0

DOLEŽAL, Jiří X. *Jak se berou drogy*. 1. vyd. Praha: Formát, 1998, 174 s. ISBN 80-86155-11-0

GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vyd. v českém jazyce. Editor Jiří Richter. Překlad Jindřich Bayer. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 156 s. Metodika (Úřad vlády České republiky), no. 4. ISBN 80-86734-38-2

GOODYER, Paula. *Drogy teenager*. 1. české vyd. Praha: Slovanský dům, 2001, 162 s. ISBN 80-86421-44-9

GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, 143 s. Z pohledu lékaře. ISBN 80-7202-950-9

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. v jazyce českém. Editor Roman Pešek, Viktor Mravčík. Překlad David Fuchs. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, 104 s. Monografie, no 14. ISBN 978-80-87041-81-9

HEJDA, Jan a Rostislav DUBEN. *Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence a ochrany proti drogovým závislostem*. Praha: Vltavín, 2002, 187 s. ISBN 80-86587-02-9

HEJDA, Jan. *Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*. Vyd. 1. Jindřichův Hradec: RAIN reklamní agentura, 2000, 148 s. ISBN 80-245-0080-9

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Pub., 1996, 162 s. ISBN 80-7169-277-8

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6

LABROUSSE, Alain. *Drogy, peníze a zbraně*. Vyd. 1. Praha: Themis, 1998, 495 s. ISBN 80-85821-54-0

MANN, John. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996, 203 s. ISBN 80-200-0508-0

*Malý encyklopedický slovník A-Ž*. 1. Praha: Academia, 1972

MARHOUNOVÁ, Jana a Karel NEŠPOR. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995, 110 s. ISBN 80-901618-9-8

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, 150 s. ISBN 80-7178-432-X

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 157 s. ISBN 80-7178-515-6

NEŠPOR, Karel a Hana PERNICOVÁ. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 112 s. ISBN 80-7178-299-8

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995, 88 s. MEDICA - Praktické rady lékaře, Sv. 9. ISBN 80-85800-25-X

PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. Překlad Martin Šefránek. Praha: Úřad vlády české republiky, 2007, 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Překlad Martin Hajný, Magdalena Sláchalová. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9

SANANIN. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2

SKÁLA, Jaroslav . *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987

SKÁLA, Jaroslav. *Až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. 4. Praha 2: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988

STONE, Trevor a Gail DARLINGTONOVÁ. *Léky, drogy, jedy*. Vyd. 1. Překlad Vratislav Schreiber. Praha: Academia, 2003, 440 s. ISBN 80-200-1065-3

TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný, 2000, 426 s. ISBN 80-237-3606-X

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

<http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/prev.htm>

[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/t/terciarni\\_prevence](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/terciarni_prevence)

<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/opiove-alkaloidy>

[http://bezpecnostni-sbory.wbs.cz/clanky/1-2010/charakteristika\\_drogove\\_kriminality\\_a\\_jeji\\_vyvoj\\_v.htm](http://bezpecnostni-sbory.wbs.cz/clanky/1-2010/charakteristika_drogove_kriminality_a_jeji_vyvoj_v.htm)

[www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx)

[www.vodopad.cz](http://www.vodopad.cz)

[www.dropin.cz](http://www.dropin.cz)

[www.infodrogy.sk](http://www.infodrogy.sk)

[www.sananim.sk](http://www.sananim.sk)

[www.espad.org](http://www.espad.org)

[www.rastamama.sk](http://www.rastamama.sk)

[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

**PŘÍLOHA – VZOR ZADÁVANÉHO DOTAZNÍKU:**

**Dotazník - drogová prevence na 2. stupni základních škol**

**Pohlaví:**

**Stát:**

**Věk:**

**Město:**

**1. Měl jsi/měla jsi někdy osobní zkušenost s drogami?**

a, ano

b, ne

**2. Pokud ano, s jakými?**

**3. Bereš v současné době nějaké drogy?**

a, ano

b, ne

**4. Pokud ano, jaké?**

**5. Která droga je podle tebe nejnebezpečnější?**

a, pervitin

b, kokain

c, marihuana

d, heroin

e, extáze

f, LSD

g, toluen (a jiné čichací drogy)

h, jiné (které)

**6. Proč tuto drogu považuješ za nejnebezpečnější?**

**7. Myslíš si, že marihuana je méně zdraví škodlivá než alkohol?**

a, ano

b, ne

c, nevím

**8. Vyskytuje se ve tvém okolí někdo, kdo bere drogy?**

a, ano

b, ne

**9. Pokud ano, jaké?**

**10. Jaké jsou podle tebe důvody, kvůli kterým mladiství začnou brát drogy?**

**11. Piješ alkohol?**

- a, ano
- b, ne

**12. Pokud ano, jak často?**

- a, denně
- b, několikrát týdně
- c, víkendově
- d, příležitostně

**13. Považuješ alkohol za drogu?**

- a, ano
- b, ne

**14. Existuje ve škole, kterou navštěvuješ, nějaký preventivní protidrogový program?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**15. Jsi dostatečně informován/a o nebezpečí drog díky základní škole, kterou navštěvuješ?**

- a, ano
- b, ne

**16. Jakým způsobem tě škola informuje o drogové problematice?**

- a, přednáška s drogovou tematikou
- b, sledováním filmů s drogovou tematikou
- c, beseda se školním metodikem prevence
- d škola mě o drogové problematice neinformuje vůbec
- e, jiným způsobem (jakým)

**17. Zaujaly tě takto podané informace?**

- a, ano
- b, ne

**18. Nejvíce by tě zajímala beseda s drogovou tematikou, kterou by vedl:**

- a, školní metodik prevence
- b, odborník z centra pro drogově závislé (např. DROP-IN)
- c, lékař zabývající se léčením drogově závislých
- d, člověk, který byl v minulosti drogově závislý
- e, někdo jiný (kdo)?

**19. Víš, kdo na tvé škole vykonává činnost školního metodika prevence?**

- a, ano
- b, ne

**20. Myslíš, že drogová prevence na základních školách má nějaký smysl?**

- a, ano
- b, ne

**21. Pokud ano, jaký?**

**22. Vyskytly se ve tvé škole případy užívání drog nezletilými žáky školy?**

- a, ano
- b, ne
- c, nevím

**23. Pokud ano, jak škola tento problem řešila?**

**24. Kde získáváš informace o drogové prevenci a nebezpečí drog?**

- a, v rodině
- b, od kamarádů
- c, ve škole
- d, z televize
- e, z časopisů
- f, z internetu
- g, jinde (prosím napiš kde)



