

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Ing. Martina Kocábková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

ZKUŠENOSTI S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI U STUDENTŮ STŘEDNÍCH ŠKOL

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Autor práce: Ing. Martina Kocábková

Obor: Učitelství odborných předmětů (Bc. studium kombinované)

Ročník: III.

2013

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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.

V Olešnici 25. dubna 2013

.....
Ing. Martina Kocábková

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, cenné rady a věcné připomínky při vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat ředitelům středních škol, kteří mi umožnili provést dotazníkové šetření.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá zkušenostmi studentů středních škol s návykovými látkami. Teoretická část této práce se zabývá problematikou drog, jejich rozdělením, výzkumy v oblasti návykových látek v České republice a také prevencí, zejména ve školním prostředí. V praktické části se práce zabývá zkušenostmi studentů středních škol s návykovými látkami jako alkohol, cigarety, marihuana a ostatní návykové látky (extáze, LSD, pervitin...). Výzkumu se zúčastnily tyto školy: Gymnázium Trhové Sviny, Střední odborná škola stavební České Budějovice a Střední odborné učiliště Trhové Sviny. Zkušenosti byly zjišťovány pomocí anonymních dotazníků. Výsledky byly porovnány s výsledky studie ESPAD 2011 a Celopopulační studie užívání návykových látek z roku 2008 pro věkovou skupinu 15-24 let a také mezi školami navzájem.

Klíčová slova: drogy; drogový výzkum; prevence

Abstract

This thesis deals with the experience of secondary school students with addictive substances. The theoretical part of this thesis deals with drug distribution to, research in the field of substance abuse in the Czech Republic and prevention, especially in the school environment. The practical part of this thesis deals with the experience of secondary school students with addictive substances such as alcohol, cigarettes, marijuana and other addictive drugs (ecstasy, LSD, methamphetamine ...). Research was attended these schools: Gymnasium Trhove Sviny, Secondary Technical School of Civil Engineering Ceske Budejovice and Secondary Vocational school Trhove Sviny. Experience were detected using anonymous questionnaires. The results were compared with the results of the ESPAD 2011 and the Population survey of drug use in 2008 for the age group 15-24 years and between schools.

Key words: drugs; drug research; prevention

Obsah

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DROGY	10
1.1 Drogová závislost	10
1.2 Způsoby užívání drog	13
1.3 Uživatelé drog	13
1.4 Rozdělení drog.....	14
1.4.1 Halucinogeny	16
1.4.2 Opiáty	21
1.4.3 Skupina stimulačních drog	26
1.4.4 Těkavé látky.....	34
1.4.5 Konopné drogy	36
1.4.6 Tabák	39
1.4.7 Alkohol.....	42
2 VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE PROBLEMATIKOU NÁVYKOVÝCH LÁTEK....	45
2.1 Výzkumy v oblasti drogové problematiky v ČR	46
2.2 Výzkum v obecné populaci.....	46
2.2.1 Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v roce 2008	46
2.2.2 Národní výzkum užívání návykových látek 2012	47
2.2.3 Situace ve věcech drog v České republice v roce 2011	47
2.3 Výzkumy ve školní populaci.....	47
2.3.1 ESPAD	48
2.3.2 NEAD 2000	49
2.3.3 MAD (Mládež a drogy).....	50
2.4 Výzkumy na taneční scéně.....	50
2.5 Evropský drogový průzkum srovná efektivnost drogových politik – přidejte se i vy.....	51
3 PREVENCE V PROSTŘEDÍ ŠKOLY	53
3.1 Základní terminologie	53

3.2	Instituce v systému prevence.....	55
3.3	Metodik školní prevence	57
3.3.1	Náplň práce školního metodika prevence.....	58
3.4	Minimální preventivní program	59
3.5	Efektivní drogová prevence ve školách	60
3.5.1	Typy programů drogové prevence	61
II	PRAKTICKÁ ČÁST	66
4	METODOLOGIE VÝZKUMU	66
4.1	Cíle bakalářské práce	66
4.2	Charakteristika výzkumné metody	67
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	67
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	70
6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	94
7	ZÁVĚR.....	96
8	SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK	97
8.1	Seznam grafů.....	97
8.2	Seznam obrázků.....	97
8.3	Seznam tabulek.....	98
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100
10	PŘÍLOHY	106

Úvod

Drogy provázejí naši společnost již od samého počátku. V minulosti byly součástí náboženských a kmenových obřadů a přístup k nim měli pouze kněží a šamani, kteří znali jejich účinky, ale i rizika spojená s jejich užíváním. Rostliny s omamným účinkem byly považovány za dar bohů, jejichž prostřednictvím se při obřadech a rituálech komunikovalo s mrtvými a nadpřirozenými bytostmi. Přírodní drogy bývaly také využívány v léčitelství, některé z nich jsou v medicíně používány dodnes.

V současné době pod pojmem drogy, rozumíme látky, které mění normální fungování organismu, duševní stav a na které časem vzniká závislost. Drogy se rozšířily v šedesátých letech díky hudbě a masmédiím a pronikly do všech koutů společnosti. V současnosti dominuje v naší společnosti užívání alkoholu a tabáku, užívání ostatních látek, snad vyjma konopí, je ve srovnání s legálními drogami marginální problém. Rizika spojená s nadužíváním drog také představují závažný zdravotní problém

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou drog, jejich rozdělením, výzkumy v oblasti návykových látek v České republice realizovaných jako celopopulační, ve školní populaci a na taneční scéně. V neposlední řadě se práce zabývá problematikou prevence, zejména ve školním prostředí. Praktická část této práce je zaměřena na zkušenosti studentů středních škol s návykovými látkami jako je alkohol, cigarety, marihuana a ostatní návykové látky (extáze, LSD, pervitin...). Zkušenosti studentů byly zjišťovány formou dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo Gymnázium Trhové Sviny (třída kvinty a oktávy), Střední odborná škola stavební České Budějovice (II. a IV. ročník) a Střední odborné učiliště Trhové Sviny (I. a III. ročník).

I Teoretická část

1 Drogy

Podle Špalekové (2011) je droga nejčastěji vnímána jako něco, co je povzbuzující, nebo naopak omamné. Autorka v tomto směru definuje drogu takto: *„Droga je jakákoliv syntetická nebo přírodní látka, která po aplikaci do živého organismu (našeho těla) mění alespoň jednu nebo více psychických (např. halucinace) nebo tělesných (např. nadměrná potence) funkcí“* (Špaleková, M., 2011, s. 4).

Podle Grohmannové (2007) se označení droga používá jako synonymum pro nelegální návykovou látku. Tímto pojmem je však možno označit jakoukoliv látku, která ovlivňuje psychiku člověka, a jejíž opakované užívání je současně spojeno s rizikem vytvoření návyku či rozvoje závislosti.

Účinky drog obecně závisí na charakteru užití látky, dále na její formě, množství a způsobu užití. Celkový obraz intoxikace přitom ovlivňuje celá řada faktorů, které lze rozdělit do tří skupin. Jsou to faktory biologické, psychologické a sociální. Mezi biologické faktory patří například osobní dispozice, kondice, aktuální zdravotní stav daného člověka apod. Příkladem psychických faktorů je aktuální psychické vyladění či předchozí očekávání, jaký bude mít látka účinek. Ze sociálních faktorů lze zmínit vliv společnosti jiných osob, jejich psychické vyladění, vzájemné vztahy nebo prostředí, kde dochází k užití látky (Grohmannová, K. in Radimecký, J., 2007, s. 21).

1.1 Drogová závislost

V roce 1969 komise znalců WHO přijala definici drogové závislosti – jedná se o psychický a někdy také fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti (Brťková, R., Gajdošíková, A. in Krejčířová, O, Goldová, V., 2006, s. 16).

Předpokladem pro vznik drogové závislosti je užívání drogy soustavně bez přerušení. Závislost se vyvíjí nejdříve v oblasti psychické, přičemž jejím nejnápadnějším projevem je touha po účinku drogy, po opakování neobvyklých pocitů, zážitků a stavů, vyvolaných použitím drogy. Vedle závislosti psychické může vzniknout i závislost fyzická (somatická), která se projevuje tím, že se funkce některého orgánu či celých orgánových soustav zhorší, když toxikomanovi drogu odejmeme. Může dojít k poruchám trávicího ústrojí, nervového systému, krevního oběhu, tlaku atd. (Vantuch, P., 1990, s. 12).

Podle Nešpora (2003, s. 14) lze závislost chápat jako životní styl, v němž užívání psychoaktivní látky dominuje nad jiným jednáním. Hlavní charakteristikou je silná až přemáhající touha brát psychoaktivní látky. Syndrom závislosti je definován Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10).

Příznaky závislosti jsou (Vágnerová, M., 2004, s. 548, Nešpor, K., 2003, s. 14):

- silná potřeba získat a užívat drogu (bažení neboli craving);
- neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání;
- růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek, aby se dosáhlo požadovaného účinku;
- abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci;
- potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb;
- potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu, užívání drogy mu vadí, uvědomuje si potíže, které mu způsobuje, přesto nedokáže přestat.

Jednotlivá kritéria závislosti mohou být vyjádřena u různých typů drog různou intenzitou, některá mohou i chybět. Známe drogy, u kterých není příliš patrna tendence ke zvyšování dávek. Existují i drogy, u kterých není přítomen výraznější abstinenční syndrom. Známe dokonce skupinu drog (halucinogeny), kde o závislost klasického typu nejde. Jestliže některé drogy mají vysoký potenciál vzniku závislosti (opiáty), pak mají menší vliv na tělesné a psychické poškození organismu. Na druhé straně existují drogy

s nižším rizikem vzniku závislosti, jejichž účinky jsou často velmi nevypočitatelné a riziko poškození organismu je značné (Presl, J., 1994, s. 11).

Pokud jde o množství požití drogy, frekvenci a celkovou dobu aplikace rozeznáváme úzus, abúzus (s návykem a bez návyku) a miniúzus.

Úzus je užití, či užívání drogy ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce i společnosti. Užívání drog v omezeném, kontrolovaném množství nepoškozuje zdraví, nepůsobí rušivě na chování člověka, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry jednotlivce a jeho rodiny, u dětí a mladistvých nenarušuje proces jejich dospívání.

Abúzus = zneužívání, tj. nejčastěji nadměrné užívání drog (ať již příliš časté nebo v přílišném množství), nebo jejich užívání za nepřijatelné situace, např. v dětském věku, ve věku mladistvých, ženami v průběhu těhotenství, dospělými osobami při práci apod. Abúzus je takovým užíváním drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní výkon člověka, zejména tehdy, když mizí jeho schopnost chápat věci a vztahy, dospívat k správným úsudkům apod.

Rozeznáváme abúzus s návykem a bez návyku. U abúzu bez návyku jde o zneužívání drogy (její časté užívání či překračování dávek). Člověk však netáhne k droze, může se svobodně rozhodnout, jestli ji požije či nikoliv. Zcela odlišná je situace u abúzu s návykem. Při něm člověk drogu nutně potřebuje, táhne k ní a nemá-li ji, citelně ji postrádá, chybí mu.

Někdy je užíván i pojem miniúzus drog. Jím je označována zejména nevhodná aplikace léků (Vantuch, P., 1990, s. 13).

Jednou ze základních vlastností drog je schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové přeměny. Organismus si na novou látku zvykl. Dochází ke zvýšení tolerance, čili že organismus potřebuje pro novou látkovou výměnu více drogy a její dávka se tak musí zvyšovat. Dále dochází k jevu, kdy nedostatek drogy je pocíťován jako nepříjemný stav. Člověk nejprve bere drogu proto, aby dosáhl něčeho příjemného (např. odstranění úzkosti, potlačení únavy, dosažení euforie, zvýšení sebevědomí, aj.) (Presl, J., 1994, s. 12). Vysazení dávky drogy bývá provázeno nepříjemnými příznaky jako nespavost, úzkost, třes, neklid, halucinace,

zvýšená teplota, epileptický záchvat apod. Veškeré tyto příznaky odejmutí drogy zahrnujeme pod pojmem **abstinenční syndrom** (Vantuch, P., 1990, s. 12).

1.2 Způsoby užívání drog

Injekční aplikace – je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště. Pokud je infekční dávka (množství bakterií) dostatečná, dochází k rozvoji infekčního onemocnění. Choroboplodné zárodky mohou být krevním oběhem zaneseny i do vzdálených orgánů.

Šňupání – sniffing – je méně rizikový způsob aplikace. Branou vstupu je nosní sliznice, která bývá často značně poškozena (některé látky, např. kokain, způsobují její odkrvení – anemizaci, při opakovaných aplikacích dochází k její atrofii, posléze i k destrukci nosní přepážky a ztrátě čichu).

Inhalace – při inhalaci dochází ke vstřebávání účinné látky plicními sklípky. Rychlost nástupu účinku je oproti předchozímu způsobu vysoká, nedosahuje však rychlosti při i.v. aplikaci. Nejčastěji se tímto způsobem užívají konopné drogy, heroin nebo organická rozpouštědla. Při užívání posledně zmíněných látek dochází k poleptání plicních sklípků. Inhalace kouře zvyšuje pravděpodobnost vzniku nádorových i infekčních onemocnění dýchacího systému.

Perorální aplikace (ústí) s sebou nese riziko špatně odhadnutelné dávky pro pozdní nástup účinku. Také biologická dostupnost (tj. % využití látky z užitého množství) je nízká (Minařík, J., Hobsová, J. in Kalina, K. et al., 2003, s. 224).

1.3 Uživatelé drog

Osoby, které užívají, drogy můžeme rozdělit na experimentátory, příležitostné a rekreační uživatele, pravidelné uživatele, problémové uživatele a závislé na drogách. Jejich charakteristiku uvádí Kalina (2003, s. 17):

Experimentátoři – nepřesné, ale i v odborné mluvě používané označení pro osobu, která drogy takzvaně „zkouší“: občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít problémy v jiných oblastech.

Příležitostní a rekreační uživatelé: u této cílové skupiny se užívání drog již stalo součástí životního stylu, není však častější než jednou týdně a nevznikla u nich dosud závislost či jiné problémy. Typické zejména u marihuany, LSD či extáze na tzv. parties.

Pravidelní uživatelé: užívají drogu častěji než jednou týdně, důsledkem je ovlivnění jejich životního stylu a vznik škodlivých účinků.

Problémoví uživatelé: podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) je problémové užívání definováno jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu.

Závislí: splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, často jde zároveň o problémové uživatele.

1.4 Rozdělení drog

Drogy se dělí podle různých hledisek. V našem případě využíváme klasifikaci dle oficiálního informačního portálu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS). NMS je organizační součástí Úřadu vlády České republiky. Tato instituce klasifikuje drogy dle kritéria společenské přijatelnosti následujícím způsobem:

- legální – alkohol,
 - tabák,
 - léky,
 - těkavé látky,
- nelegální – halucinogeny,
 - konopné drogy,
 - opiáty,
 - stimulancia,
 - taneční drogy (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Drogová poradna, kterou provozuje o. s. Sananim, uvádí další dva možné způsoby klasifikace drog. První způsob klasifikace se opírá o účinek na psychiku a dělí drogy následujícím způsobem:

- tlumivé látky
 - opiody - heroin, buprenorfin (Subutex),
 - psychofarmaka - benzodiazepiny, barbituráty,
 - rozpouštědla (včetně alkoholu),
- psychostimulancia – stimulační látky ,
 - kokain,
 - pervitin,
 - amfetamin,
 - crack,
 - MDMA – extáze,
- halucinogeny (psychadelika),
 - cannabinoidy – marihuana a hašiš,
 - LSD,
 - psilocybin – lysohlávky (Minařík, J., 2009).

Druhým způsobem klasifikace, který uvádí drogová poradna, je nejznámější a mediálně nejužívanější dělení drog dle míry vzniku závislosti na:

- měkké drogy,
- tvrdé drogy.

Vypovídací hodnota tohoto rozdělení je však omezená, nebere v úvahu mnoho jemných nuancí, které jsou v praxi významné. V tabulce 1 je zachycena míra rizikovosti některých běžně užívaných látek.

Tabulka 1: Míra rizikovosti návykových látek

MÍRA RIZIKA	"TVRDOST"	ZÁSTUPCI
vysoká	tvrdé	toluen heroin morfin durman crack LSD
vysoká až střední	tvrdé	lysohlávky kokain pervitin
střední	tvrdé	alkohol ecstasy efedrin kodein
relativně malá	měkké	marihuana hašiš kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	káva čaj

(Minařík, J., 2009)

Vantuch (1990, s, 14) dělí drogy dle skupenství na:

- pevné – hašiš, marihuana, kokain...
- kapalné – morfium, alkohol...
- plynné – toluen, rajský plyn, ředidla.

1.4.1 Halucinogeny

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velikou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná

až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti (Miovský, M. in Kalina, K. et al., 2003, s. 169).

Jde o skupinu drog, přírodních i syntetických, charakteristickou svým základním efektem, kterým je kvalitativní změna vědomí. Po požití drogy dochází často k výrazným změnám psychiky. Objevují se zrakové a sluchové halucinace, projevy depersonalizace, derealizace, deformace času a prostoru. Největším nebezpečím bývá nesmyslné a nebezpečné jednání pod vlivem drogy. Mohou se dostavit příjemné prožitky, ale i hrůzné vjemy, které mají takovou intenzitu a důvěryhodnost, že se intoxikovaný snaží uniknout bez ohledu na možné zranění a smrt (Borník, M., 2001, s. 5).

Užití nízkých dávek halucinogenních drog může mít kvalitativně zcela odlišný efekt od dávek plně účinných. Abstinenční syndrom se u této skupiny drog nevyskytuje, nedochází k fyzickým poškozením organismu a závislost ve své typické podobě se nevyskytuje (Presl, J., 1994, s. 39).

Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

1. přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.);
2. přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin);
3. semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (LSD, PCP – „andělský prach“) (Miovský, M. in Kalina, K. et al., 2003, s. 169).

LSD

Účinnou látkou je lysergamid, derivát kyseliny lysergové je halucinogenní droga s poměrně krátkou, ale v naší kultuře již bohatou historií. Byl objeven víceméně náhodou v laboratořích firmy Sandoz v roce 1943, pět let po objevení samotné kyseliny lysergové. První intoxikaci prodělal sám objevitel, švýcarský chemik A. Hofmann. Bylo také období, a to i u nás, kdy se lysergamid vyráběl průmyslově a experimentovalo se s jeho terapeutickým účinkem (Presl, J., 1994, s. 39).

LSD se na našem současném černém trhu objevuje téměř výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem zobrazujícím různé symboly (obr. 1). Ve druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se používají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem.

Po krátkém období latence (řádově několik minut až jedné hodiny) se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku (Miovský M. in Kalina, K. et al., 2003, s. 169-170).

Intoxikace se většinou ohlásí pocity závratě, nevolnosti, někdy zvracením. Objevuje se slinotok, kuřáci mívají tendenci kouřit. Somaticky se objevuje rozšíření zornic, stoupá krevní tlak a tep, stoupá teplota, intoxikovaný se potí. Psychické projevy jsou různé. Vědomí je zachováno, bývá porušena kontinuita prožívání. Je oslabena kontrola vůle a kritičnost, taktéž časová orientace. Mění se prožívání emocí, většinou převládá euforie a hypomanické tempo, může ale také převládat panická hrůza a bezbřehá úzkost. Intoxikovaní líčí snové krajiny, hovoří s klobouky, slyší barvy atd. Časté bývají obavy ze ztráty duševního zdraví, někdy k tomu skutečně dojde a stav přetrvává dlouhodobě.

Specifickým rizikem intoxikace LSD jsou tzv. **"flashbacky"** (v překladu záblesky paměti). Jedná se o návrat stavu prožitého při intoxikaci s určitým časovým odstupem. Obvykle literatura uvádí 1 rok, může to však být i déle. Flashbacky bývají často krátkodobé, několikaminutové či vteřinové, průběh však může být co do délky a intenzity shodný s intoxikací. Flashbacky se někdy objeví jednorázově, jindy přicházejí opakovaně (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).



Obrázek 1: Trip LSD (www.drogovaporadna.cz)

Psilocybin

Lysohlávky (obr. 2) patří mezi přírodní halucinogeny s velmi bohatou historií. S důkazy o jejich užívání se můžeme setkat především ve střední a jižní Americe. Již středověcí objevitelé zmiňují indiánské obřady, kterých se zúčastnili. Během nich byly užívány malé černé houby, kterým indiáni říkali nanacatl a které navozovaly opilost a halucinace. Důkazy o existenci kultu hub jsou však mnohem starší, houbové kameny, které zobrazují houby, jako postavy s klobouky na hlavách pocházejí z období kolem let 1 000 až 500 let př. n. l.

„Houbové“ obřady ve své tradiční podobě přetrvaly až do dnešních dnů a etnobotanici v posledních desetiletích popisují setkání s houbovými kulty u současných domorodých kmenů střední a jižní Ameriky.

Vyskytují se v celém světě, nejhojněji však v mírném pásmu Evropy a Ameriky. Rostou na travnatých plochách, mechu, tlejícím dřevě, některé druhy výhradně na trusu hospodářských zvířat. Výskyt je proměnlivý. Závisí na ročním období (obvykle podzim), houby se mohou na určitém místě v jednom roce vyskytovat a v následujících letech zmizet. Existují však typická místa, kde lze houby opakovaně nalézt. Houby rostou jednotlivě i v trsech, v místech s vyšší vlhkostí a obvykle se zbytky tlejícího dřeva, nebo na travnatých plochách, které spásá dobytek.

Plodnice jsou veliké několik centimetrů. Klobouk je obvykle tmavý, dohněda zabarvený, v průměru má jen několik cm. Na spodní straně klobouku jsou lupeny – většinou také hnědé, s bílým okrajem. Noha bývá jen několik mm tlustá, zabarvení opět

hnědé, někdy bělavé. U lysohlávek se často popisuje "modrání". Některé houby jsou již při nálezů modře zabarveny, častěji je však houby třeba pomačkat, nebo rozlomit. Modrá barva se může objevit až po několika desítkách minut. Modrání pravděpodobně způsobuje psilocybin nebo psilocin, protože jejich vodný roztok je modrohnědý.

První příznaky intoxikace se objevují po 10–45 minutách, v závislosti na způsobu aplikace – pokud jsou houby dobře rozžvýkány a ponechány delší dobu v ústech, intoxikace nastupuje rychleji a je silnější. Pokud jsou houby spolknuty, nástup účinku bývá pozvolnější a maximální účinek je menší. To proto, že účinné látky se lépe vstřebávají z dutiny ústní.

Začátek intoxikace je spíše nepříjemný, dostavují se pocity neklidu, jindy mírná ospalost spojená se zíváním. Mohou se vyskytnout bolesti hlavy, poruchy koordinace jako při opilosti, vzácně křeče, třes a pocení. Psychicky dochází ke změně vnímání reality, postupně se ztrácí časoprostorové souvislosti. Osoby v okolí mají deformované tváře a údy, mění se i vnímání těla intoxikovaného. Zesiluje vnímání barev a zvuků. V lepším případě přichází euforie a pocity štěstí, v horším deprese, podrážděnost, pocit „šílenství“. Změna časového vnímání způsobuje, že příjemná intoxikace je vnímána jako krátká, naopak nepříjemná je nekonečná, intoxikovaný může mít pocit, že nikdy neskončí a zdravý rozum se mu již nevrátí. Často se přechodně dostavuje nevolnost a zimnice, při příjemném průběhu následují pocity celkového tělesného uvolnění (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).



Obrázek 2: Lysohlávky (www.drogovaporadna.cz/halucinogeny-uvod/psilocybin.html)

1.4.2 Opiáty

Opiáty jsou obecně, spolu s ředidly, vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog. Příčinilo se o to několik skutečností:

- mají nejvyšší „závislostní potenciál“,
- jsou, co se ceny denní dávky průměrného uživatele týče, vůbec nejdražší drogy (např. u heroinu v ČR cca 1500 Kč denně); svého uživatele tedy nejrychleji „vysají“ a vzápětí logicky nasměrují ke zločinu – od drobných krádeží až po dealing drog – užívání opiátů je pravděpodobně nejhůře sluchitelné s běžným životem (typický uživatel i v „dojezdu“ nevýrazně artikuluje, je malátný, lehce euforický, nezodpovědný, mírně zmatený v čase i prostoru, s poruchami výbavnosti; jeho fungování v zaměstnání či ve škole je velmi obtížné, ne-li nemožné,
- lze se jimi, spolu s ředidly, relativně nejsnadněji předávkovat; čistota drogy na ulici se pohybuje od 5 do 90% a nikdy (ani u stejného dealera) není jisté, kolik heroinu ten který gram obsahuje (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Psychotropní efekt opiátů lze popsat jako celkově zklidňující. Nastává stav příjemného uvolnění a uklidnění, příjemného pasivního prožívání okamžiku, spojeného s odstraněním naléhavosti problémů běžného života. Jde pouze o vnitřní prožívání, pokud má toxikoman jen svoji dávku, nic zvláštního není navenek patrné.

U opiátů vede předávkování k prohlubující se ospalosti až spánku, který se může prohlubovat do kómatu, až může nastat smrt na základě zástavy dechu a oběhu. Tato skutečnost bývá příčinou smrti při aplikaci tzv. „zlaté dávky“, čili při vědomém předávkování za účelem spáchání sebevraždy. Náhodné předávkování je spíše výjimečné (Presl, J., 1994, s. 24).

Opiáty přímo způsobují řadu procesů, které lze rozdělit do pěti skupin

1. opiátové účinky na centrální nervový systém (mozek a míchu) – euforie (slast), tlumení bolesti, ospalost, příjemné teplé pocity v oblasti břicha, nevolnost a zvracení,
2. opiátové účinky na periferní nervový systém (ostatní nervové buňky),
3. opiáty způsobený histaminový efekt (zánětlivá reakce),

4. jiné účinky, u nichž se nepodařilo přesně prokázat mechanismus (ale přitom je jasné, že s opiáty souvisí),
5. účinky na nenarozený plod a novorozence (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Opium

Opium patří mezi nejstarší známé drogy. Na jeho minulosti je zajímavé, že na rozdíl od jiných drog není v historii popsáno užívání v náboženském kontextu. Vždy bylo užíváno jako lék nebo jako omamná droga – narkotikum. První recepty na léky s obsahem opia jsou zaznamenány v historických spisech ze starého Egypta, staré Číny, opium zmiňuje i Homér ve svém díle *Odyssea* v 9 stol. před Kristem.

Až do 19. století byly známy dva způsoby užívání opia:

- kouření, které bylo společensky méně přijatelné – bylo na něj pohlíženo jako na nezdravý návyk;
- požívání opia – většinou ve formě léků a čajů na uklidnění, které byly volně prodávány v lékárnách. Opium se přidávalo do piva, dávalo se neklidným dětem na uklidnění.

Zdrojem opia je mák setý – *Papaver somniferum*. Existuje několik „druhů“ máku setého, takzvaných kultivarů. V Čechách se mák pěstuje pro zrno a olej, část máku, resp. makoviny – makové slámy, se užívá k farmaceutickým účelům.

Opium se získá mělkým nařezáváním zelených makovic (obr. 3). Z řezů prýští bílá, mléčná šťáva, která na vzduchu rychle zasychá a hnědne. Z jedné makovice se získá 0,05 gramu surového opia. Opium má trpce hořkou chuť a omamnou vůni, která může vyvolávat nutkání ke zvracení.

Asi čtvrtinu hmotnosti opia tvoří alkaloidy (tab. 2). Alkaloidy opia jsou odvozeny od aminokyselin fenylalaninu a tyrosinu. Morfín, kodein a thebain mají fenantrénové jádro, papaverin izochinolinové. Alkaloid thebain je základem pro syntézu naloxonu (antidotum opioidů) a buprenorfinu (substituční lék Subutex a Suboxone) (Minařík, J., 2009).

Tabulka 2:Obsah nejvýznamnějších alkaloidů v opiu (Minařík, J., 2009)

ALKALOID	OBSAH V OPIU
Morfin	1,5-22%
Kodein	Do 4%
Papaverin	Do 1%
Thebain	Do 0,5%



Obrázek 3: Opium (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:2poppies.jpg>)

Morfin

Morfin byl poprvé izolován v roce 1803. Je to alkaloid opia využívaný v lékařství jako velmi účinné analgetikum proti krutým bolestem. Nejčastěji se aplikuje injekčně. Jde o bílý (časem ztmavne) krystalický prášek hořké chuti, bez zápachu. Z deseti kilogramů opia lze získat 1 kg morfinové báze.

Účinky po aplikaci nastupují obvykle velmi rychle. Nejprve lehká euforie, později celkový útlum, spavost a ztráta vědomí. Morfin působí tlumivě na dýchací centrum. Při vyšší dávce může způsobit jeho ochrnutí, což bývá příčinou smrti.

Závislost a tolerance se vytváří velmi rychle. To vede k rychlému zvyšování dávek. Denní dávka závisí na rozvoji tolerance, může dosáhnout až 1,5 g. Po dlouhodobém užívání dochází k těžkým škodám na zdraví. Morfinista je unavený, podrážděný, náladový, trpí nechutenstvím, hubne, kůže je suchá a žlutě zbarvená. Trpí nespavostí, ztrátou libida a poruchami potence. Jako vedlejší účinky jsou uváděny zácpa, nevolnost, zvracení, záněty dýchacích cest, neplodnost u žen.

Morfínismus jako druh toxikomanie je znám více jak sto let. Vzniká mimořádně silná somatická závislost, která rychle narůstá. Psychická závislost je rovněž velmi silná, i když somatická závislost je v popředí (Borník, M., 2001, s. 7).

Kodein

Kodein je bílý krystalický alkaloid získaný z opia. Je v něm obsažen v menším množství než morfin a je méně jedovatý. Používá se k tišení kašle, má analgetické účinky. Po aplikaci se část v játrech mění na morfin a část je vyloučena v moči. Při nitrožilní aplikaci vyvolává velmi rychle závislost stejnou jako u morfinu. Při odejmutí se objeví abstinenční příznaky stejné jako u morfinu, ale jsou méně bouřlivé. Kodein byl obsažen v léku Alnagon, který byl asi do roku 1985 volně prodáván v lékárnách (Borník, M., 2001, s. 7).

Heroin

Byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem Heroisch, což znamená "silný". Po léta byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu. Pikantní je, že heroin byl zpočátku považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

V současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroínu je obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost: zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká.

Než se ze země, kde je produkován, dostane ke svému uživateli, získává heroin řadu přísad, které do něj vmíchávají jednotliví obchodníci, aby tak zvýšili objem látky a tedy svůj zisk. Používají se cyankáli, jedlá soda, cukr, paracetamol, kofein, ale také prací prášek anebo (například v Praze a Ostravě) seškrábaná omítka.

Na českém trhu se objevuje buď jako

- hnědý heroin („brown sugar“), který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny, lépe se ale kouří a žhaví, a

- bílý heroin (white powder), který se podobá mouce, dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu, kouřit se ale nedá (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Závislost na heroinu vzniká poměrně rychle, již cca po několika měsících pravidelného užívání (ze zkušeností se ukazuje, že prvních symptomů odvykacího stavu si uživatel všimne po 1–3 měsících denního užívání). Závislost má složku fyzickou a psychickou. Fyzická závislost se projevuje vzestupem tolerance a potřebou zvyšování dávek. Psychická závislost se vyznačuje ztrátou kontroly nad užitím/užíváním a neovladatelným dychtěním po droze (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

Abstinenční syndrom vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci s maximem 2.–3. den. Jeho intenzita závisí na podávané dávce. V lehčích případech se projevuje především příznaky stran trávicího traktu – bolestmi břicha, průjmy, mydriázou, úzkostí a špatnou náladou. Pravidelnou, obvykle delší dobu přetrvávající, obtíží je nespavost. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně dochází ke kolapsu a úmrtí. Pro odvykací stav není podstatné, jaká byla forma aplikace heroinu. Důležitá je dávka a pravidelnost užívání (Minařík, J. in Kalina, K. et al., 2003, s. 162).

Subutex® (buprenorfin)

Buprenorfin byl objeven v roce 1960, v roce 1978 se začal používat jako lék proti bolesti a později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. Je to polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu. Subutex se v průběhu let 2002 a 2003 stal jednou z nejpopulárnějších drog opiátového typu na našem trhu.

Subutex, resp. buprenorfin, je návyková psychotropní látka s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu, jejíž pravidelné užívání ústí v závislost. Užívání Subutexu je mnohem méně rizikové, než užívání heroinu.

Účinná látka (buprenorfin) je mnohem slabší a jeho účinek se mírně liší od účinku heroinu (díky jiné vazbě k receptorům), proto i dopady na psychiku při dlouhodobém, pravidelném užívání jsou menší. Užívání Subutexu s sebou nese mnohem menší riziko

předávkování, protože jeho akutní toxicita je mnohem nižší. Závislost na Subutexu nastupuje mnohem pomaleji a je mírnější (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

1.4.3 Skupina stimulačních drog

Psychostimulancia jsou skupinou látek se silným budivým efektem na CNS a celý organismus. Mechanismus působení spočívá v ovlivnění spojení mezi nervovými buňkami, přenosu informace z jednoho neuronu na druhý (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

Hlavním účinkem stimulancií je zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti. Stimulancia vyvolávají obecně euforii, pocit spokojenosti, celkové povzbuzení, potlačení únavy a pocitu hladu, pocit psychické a fyzické síly, uvolnění zábran (Grohmannová, K. in Radimecký, J., 2007, s. 23).

Prvotní efekt stimulancií je ve většině případů výrazný a příjemný, i když může někdy dojít ke stavům podráždění, nervozity a úzkosti. Při častém a déletrvajícím zneužívání této skupiny drog dochází u každého konzumenta zákonitě k zásadním proměnám psychiky. Tento účinek je mezi uživateli této skupiny drog dobře znám a ve slangu narkomanů se označuje pojmem „stíha“. Podkladem je rozvoj toxické psychózy – psychické poruchy, projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi.

Narkoman postupně nabývá přesvědčení, že v jeho okolí dochází k podivným jevům: ostatní se k němu chovají jinak, neustále jej sledují, snaží se jej různě „podrazit“, ošálit, podvést či přímo zabít. Tyto pocity se neustále zvýrazňují a bývají stále více doprovázeny výše zmíněnými halucinacemi – například ve formě démonických hlasů, jež se mu vysmívají, přikazují mu jednat násilně apod. Narkoman žije v neustálém pocitu ohrožení, panikaří, jedná iracionálně a útočí na své okolí. Takový stav, markýrující schizofrenii, často přivádí narkomana na psychiatrii – nezřídka však končí sebevraždou.

Intoxikace je charakterizována kromě výše zmíněné stimulace pocity energie a vysoké výkonnosti, somaticky dochází k akceleraci srdeční akce, vzestupu krevního tlaku, dilatace bronchů, snížení chuti k jídlu a rozšíření zornic. Po odeznění intoxikaci

se dostávají pocity vyčerpání, slangově dojezd. Užívání zvyšujících se dávek nebo jednorázová vysoká dávka může vést k provokaci psychotického stavu (tzv. stíha). Psychická závislost se rozvíjí po několika měsících víkendového užívání, somatická závislost se nerozvíjí. Odvykací stav probíhá jako několikadenní stav vyčerpání, spánku, s vlčím hladem a konzumací vysokých dávek jídla.

Standardně se mezi stimulanci zařazují kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát metamfetamin (pervitin); na pomezí mezi touto skupinou a halucinogeny stojí tzv. "halucinogenní aminy" – amfetaminy se substitucí na aromatickém jádře; jejich typickým zástupcem je MDMA (ecstasy) (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Pervitin

Pervitin bývá často uváděn jako „tradiční“ česká droga. V okolních zemích (Německo, Rakousko, Polsko), se pro něj dokonce místo tradičních názvů „meth“ a „pervitin“ používá údernějšího „čeko (tschecho)“. Tato droga však v žádném případě není českým vynálezem. Byla syntetizována již v roce 1888, a to v Japonsku. Tatáž země pervitin používala za druhé světové války pro sebevražedné piloty kamikadze jako doping při jejich posledním letu. V první polovině třicátých let se pervitin dostal do Evropy a již v roce 1941 nacistické Německo tuto látku vydávalo před seskokem svým diverzním parašutistům. Samo slovo „pervitin“ je právě německého původu. Japonci pervitin podávali pilotům sebevražedných letadel "kamikadze," které byly naloženy výbušninami; intoxikovaní piloti je nařídili na letadlové a jiné lodě a vybuchli spolu se svými stroji (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Čistý pervitin má formu mikrokrystallického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě (Minařík., J. in Kalina, K. et al., 2003, s. 166).

Metamfetamin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality (hlavně při opakovaném užití). Také zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po jeho užití nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost, zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou

rozšířené (mydriáza). Zvyšuje riziko křečí. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil – až do vyčerpání. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

Psychické příznaky užití: halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost. Psychotické stavy podobné schizofrenii, stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace.

Akutní intoxikace: Při prvním požití často bolest v čele a úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku (vegetativní nervový systém, při jehož aktivaci dochází k přípravě organismu na reakci "útěk/útok"), dále neklidem, hyperaktivitou, bolestí hlavy, mydriázou, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexií. U běžných otrav nastává vzestup tělesné teploty, někdy křeče a delirium. Předávkovaný pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1–2 hod. U sportovců, kteří požili amfetamin jako doping, došlo až k naprostému fyzickému vyčerpání a smrti, protože látka zvýšila pocit tělesné výkonnosti a způsobila tak ztrátu schopnosti posoudit hranice somatických možností.

Chronická intoxikace: Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí (asi u 10 % zemřelých byly nalezeny změny na mozku). Závislý je neklidný, pociťuje napětí, úzkost, předrážděnost, poruchy spánku, halucinace, zmatenost, panikaření, nevolnost, zvracení, sucho v ústech a sebevražedné tendence. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů a objevují se široké nereagující zorničky. Může také nastat krvácení v plicích, játrech a ve slezině. Při dlouhodobém užívání nebo po jednorázovém užití velmi vysoké dávky mohou vznikat psychotické stavy podobné schizofrenii nebo paranoidní bludy. Abstinenční syndrom je pouze psychický (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

Výroba pervitinu

Výroba pervitinu není složitá. Jako vstupní produkt slouží jiná stimulační látka, efedrin, který lze získat z jiných kompozitních léků. Po extrakci jej lze za pomoci lihu,

červeného fosforu a dalších chemikálií změnit na metanfetamin. Tato cesta není sice příliš složitá, ale ani tak jednoduchá, jak by se ze sdělovacích prostředků mohlo zdát. Potřebné chemikálie lze poměrně snadno získat a vybavení pro „var“ se skládá z nejjednodušších pomůcek, jako je teploměr či chladnička, ale ke skutečné výrobě je třeba znalostí na úrovni alespoň chemické průmyslovky (Presl, J., 1994, s. 15).

Amfetaminy

Představují prototyp stimulačních látek. Amfetamin byl poprvé syntetizován v roce 1897. Amfetaminy byly a jsou institucionálně užívány jako nepovolený doping ve sportu a coby součást "krizových balíčků" vybraných vojenských jednotek. Druhá světová válka bývá někdy s nadsázkou popisována jako "souboj mezi benzedrinem (spojenci) a pervitinem (státy OSY). Benzedrin (resp. čisté amfetaminy) vyhrál.

Ve 30. letech byl používán v medicíně k léčbě narkolepsie (patologické spavosti), od padesátých let amfetaminy a jejich příbuzné látky představují hlavní složku anorektik – „léků pro hubnutí“, z nichž se v České republice vyráběl a zneužíval např. známý Fenmetrazin a Dexfenmetrazin, rozšířený zejména mezi studenty a profesionálními dálkovými řidiči. Dalším lékařským využitím derivátů amfetaminu je léčba dětské hyperkineze (mimovolní pohyby).

Amfetaminy se masivně zneužívají zejména ve skandinávských zemích, Polsku, Pobaltí a Velké Británii. Objevují se v nejrůznějších formách, v poslední době jako tzv. „ice“ (led), který lze kouřit podobně jako crack. Typicky se ale amfetaminy zneužívají injekčně a šňupáním a na trhu se vyskytují zejména jako kapsle. Zneužívání amfetaminů není v ČR příliš rozšířeno, v omezené míře se vyskytuje na Severní Moravě, kam se pašuje z Polska (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Kokain



Obrázek 4: Listy koky pravé (www.drogy-info.cz)

Kokain je alkaloid získávaný z listů stromu *Erythroxylon coca* (obr. 4). Dá se ale také vyrábět synteticky. Na trh se, kvůli lepší rozpustnosti, dodává jako sůl kokainu – kokain chlorid. V medicíně je využíván jako lokální anestetikum. Má značný euforizující účinek, a proto je zneužíván jako droga. Zvyšuje subjektivní pocit síly, duševních schopností, odstraňuje pocit únavy, hladu a žízně.

Kokain je označován jako jedna z nejnebezpečnějších drog. Někdy je nazýván jako „zákeřným zabijákem“. Způsoby užívání jsou velmi pestré: šňupání, polykání, vpichování nebo kouření.

Závislost na kokainu je charakterizována především silnou psychickou závislostí, a proto je touha po droze velmi silná. Jestliže je kokain šňupán a absorbován sliznicemi dýchacího traktu, účinek dosáhne vrcholu asi hodinu po užití. V průběhu dvou až tří hodin účinky ustupují. Při injekční aplikaci je účinek rychlejší a doba působení kratší. Závislost se vyvíjí rychle. Při delším užívání se vyvíjí obraz chronické otravy – vzniká kokainismus. Zneužívané dávky se zvyšovat nemusí, ale jsou užívány častěji.

Jako brzké známky užívání můžeme sledovat rozšíření zornic očí, čočky se zploští. Výtok z nosu, pocení, chraplavý hlas, větší citlivost na zvuky a světlo, bledost, záchvaty vzteku, kolísání nálad, bdění v noci a spaní ve dne.

Později se při kašli objevuje tmavý hlen, tepny a cévy se místech vpichů, ale i tam, kam se dostal kokain do styku se sliznicemi, tedy při šňupání, stahují a omezují

krvní oběh. Objeví se zácpy, bolesti v krku, krvácení z nosu, nosní přepážka je perforována, záchvaty křečí, problémy s pamětí, pocity pronásledování, deprese a pokusy o sebevraždy. Kokain způsobuje nevyléčitelná poškození mozku, a pokud je zneužíván v těhotenství, poškození plodu.

Při inhalaci drogy se narušují buňky v dýchacích cestách a vznikají dechové obtíže. Srdeční činnost se zrychluje a i malé množství drogy může vyvolat poruchy srdečního rytmu, které mohou vést až k srdeční zástavě. V játrech klesá produkce různých enzymů.

Kokainista je celkově sešlý, vyhublý, má stařecký vzhled. Objevují se lesklé hořečnaté oči, trávicí obtíže, nechutenství a zvracení, poruchy spánku a někdy i epileptické záchvaty. Dochází i k psychickým poruchám, které kokainista nemůže ovlivnit. Objevují se halucinace. Časté jsou halucinace tělové, např. pocity napadení hmyzem a parazity. Proto se škrábe, hledá vši apod. Je vztahovačný, má pocit, že jej někdo pronásleduje, chce mu ublížit apod. Rychle se zhoršující stav vede ke smrti na následek srdečního nebo dechového selhání (Borník, M., 2001, s. 11-12).

Crack

Crack je volná báze kokainu určená ke kouření. Má mohutnější a rychlejší efekt a velmi rychle vyvolává závislost. Crack je kouřen ve zvláštních dýmkách. Lze jej také kouřit v cigaretách ve směsi s tabákem anebo marihuanou. Někdy je zneužíván i tím, že je vdechován kouř vzniklý spalováním cracku např. na alobalu.

Užívání volné báze je jednou z nejrychlejších metod, jak dostat velké množství kokainu do mozku. Účinky se dostavují již za 4–6 vteřin po vdechnutí. Účinek dosahuje vrcholu během 30–60 minut po požití, a pak asi v průběhu jedné hodiny mizí. Stav intenzivní euforie trvá ale jen asi 5–10 minut. Toxikoman se rychle dostává do stadia, kdy potřebuje novou dávku.

Příznačným pro crack je jeho mimořádně vysoká návykovost. Ve velmi krátké době vyvolává silnou závislost. Hlavním problémem je také vysoké riziko předávkování. Jen velmi špatně lze odhadnout množství, které je obsaženo v zakoupeném zboží. Závislý jedinec potřebuje i 20–30 dávek denně. Po vynechání sice

nedochází k typickým abstinenčním příznakům, přetrvává však úporná a nezdolná touha po droze. Následky zneužívání jsou podobné následkům zneužívání kokainu, ale nastupují rychleji.

Člověk intoxikovaný crackem může být velmi nebezpečný a také extrémně silný. Pokud je zasažen nějakou depresí, může, bez jakéhokoliv varování, napadnout a zabít kohokoliv ve svém okolí. Nenechá se ničím uklidnit nebo přesvědčit. K jeho zvládnutí je potřebná intenzivní hrubá síla. Vzhledem k vysoké agresivitě a sebevražedným tendencím, které crack vyvolává, představuje veliké nebezpečí pro společnost, stejně jako pro samotného uživatele. Je extrémně návykový, spojující psychickou a fyzickou závislost. Důsledky efektu cracku jsou mnohem intenzivnější než u jiných drog.

Mozek – biologický stav mozku je narušen a návyk je rychlejší než u jakékoliv jiné drogy, včetně heroinu. Crack dosahuje po vykouření během několika sekund velice silného efektu, po kterém následuje bolestivý krach. Při dlouhodobém užívání by seč mozek dal velice laicky přirovnat k počítači, ze kterého zbyl jen monitor, takže do něho nelze ukládat žádné informace, natož je od něho žádat (Borník, M., 2001, s. 12).

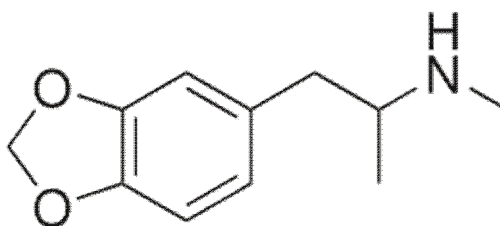
Extáze (Ecstasy – MDMA)

MDMA byla jako účinná látka syntetizována, resp. patentována v roce 1912 firmou Merck jako lék na hubnutí (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz). MDMA (Ecstasy, extáze) vznikla jako nedůležitý vedlejší produkt při vývoji látky podporující srážlivost krve (podrobněji viz www.drogy-info.cz). Poválečná historie MDMA je spojena se jménem Alexandra Shulgina, který látku resyntetizoval v 50. letech. V 70. letech inicioval pokusy o její terapeutické užívání v USA (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

Rekreační užívání MDMA na „parties“ se začalo objevovat v 70. letech v USA. Postupně se šířilo přes Velkou Británii do ostatních států Evropy. Od 80. let se objevuje již pravidelně v řadě evropských států. Dnes patří extáze mezi nejrozšířenější drogu užívanou mladými lidmi na tanečních parties všude na světě. Užívání v klubech a na masových akcích za doprovodu typické reprodukované hudby (styl techno, house, rave a jiné) patří mezi fenomény současné.

Extáze svými účinky spadá na pomezí stimulancií a psychedelik (halucinogenů). Vedle svého stimulačního účinku podobného tomu u amfetaminů obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocitu štěstí a blaha, a toto vše někdy může být provázeno halucinacemi. Díky tomu bývá označována společně s látkami jí podobnými (MDEA, MDA) jako entaktogen.

Chemicky je látka odvozena od amfetaminu, patří mezi fenyletylaminy a chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylmetamfetamin (odtud její zkratka MDMA) (obr. 5). V čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na trhu je obyčejně dostupná ve formě tablet či kapslí (obr. 6). Forma tablet je různorodá, typicky bývá z jedné strany reliéfní (vytlačené e, holubice, delfín a další), z druhé strany někdy zlomová rýha. Tablety bývají různého tvaru, nejčastěji kulaté, typická bývá špatná homogenisace. Obsah účinné látky bývá průměrně mezi 50–100mg (v rozmezí 0–200 mg). Běžně užívaná dávka se pohybuje nejčastěji v rozmezí 80–100mg. Konzumace několika tablet za večer (2–10) nebývá však nijak neobvyklou (Minařík, J., Páleníček in Kalina, K. et al., 2003, s. 200-202).



Obrázek 5: Chemický vzorec extáze ([http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:MDMA_\(simple\)](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:MDMA_(simple)))



Obrázek 6: Tablety extáze (http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Ecstasy_monogram.jpg)

Mezi první uvědomované příznaky intoxikace patří neklid a mírná zmatenost, které v další fázi obvykle ustoupí, nastává fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při užití o samotě je uživatel obvykle schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Pocit vcítění se dostavuje i ve skupině či v davu a je uživateli vysoce ceněný. MDMA nefunguje jako afrodiziakum. U mužů může dokonce snižovat schopnost erekce a oddaluje ejakulaci. Pro efekt MDMA je charakteristická určitá plochost a mírnost intoxikace, halucinace jsou méně pravděpodobné, dostaví se jen mírně zostřené vnímání a celková psychická a fyzická stimulace.

Somaticky bývá nástup účinku doprovázen nevolností, případně zvracením. Časté je zvýšené napětí kosterního svalstva, někdy bývá pocíťováno jako bolestivé. Intoxikovaní si nejčastěji uvědomují napětí žvýkacích svalů. Častými doprovodnými příznaky jsou snížená chuť k jídlu a snížená potřeba spánku, subjektivně nepříjemně bývá vnímáno pocení a sucho v ústech.

Objektivně lze nalézt urychlení tepu a vzestup teploty, zvýšený krevní tlak. Podobně jako u jiných látek této skupiny je intoxikace provázena rozšířením zornic. Druhý den po užití extáze se většinou dostavuje kocovina v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2.–3. den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady (Minařík, J., Páleníček in Kalina, K. et al., 2003, s. 200-202).

1.4.4 Těkavé látky

Jedná se o skupinu organických rozpouštědel, u nás reprezentovaných především toluenem. Zneužívání těchto drog není, jak by se zdálo, jen naší specialitou. Vyskytuje se relativně často i v západní Evropě, ale hlavně v USA (zde jsou to hlavně lepidla používaná k výrobě plastikových modelů letadel apod.). Tím je vyvráceno tvrzení, které se zde dlouhou dobu tradovalo, že totiž „čichání“ (sniffing) toluenu je jen jakousi náhražkou za „opravdové“ drogy, které u nás nebyly k dostání. Není tomu tak, i když pravda, že snížená dostupnost jiných drog tu svoji roli hrála. Existuje určitá přitažlivost tohoto způsobu úniku před realitou pro určité skupiny jedinců.

Toluen je organické rozpouštědlo a jako takové hrubě poškozuje tkáň organismu, se kterými se setkává. Vdechování koncentrovaných par toluenu (pro zvýšení koncentrace často pod dekou či s hlavou v igelitovém pytlíku), vede k poškození dýchacích cest. Postupně dochází k prokazatelnému poškození jaterní tkáně. Při pitvách jedinců zemřelých na předávkování byly prokázány až makroskopicky patrné změny mozkové kůry.

Při čichání toluenu jde jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se markantně zvyšuje riziko nechtěného předávkování. Riziko spojené s čicháním toluenu není podle holandské terminologie, „akceptovatelné“. Jde proto, podle definic, o jednu z nejtvrdějších drog.

Experimentující jedinec čichá sám nebo v partě, většinou ale v místech, kde riziko odhalení je menší. Často jsou to sklepy, opuštěné domy, parky, ale i byty o víkendech, kdy rodiče odjíždějí mimo město. Kýženým čicháním toluenu je stav jakéhosi polospánku, polovědomí provázeného živými barevnými „sny“. Při čichání dochází k postupnému zakalování vědomí, a jestliže je již toxikoman neschopen dalšímu přísunu drogy zabránit (pod dekou či igelitovou taškou), pak se spánek prohlubuje do bezvědomí, kómatu a dochází k zástavě dechu a oběhu.

Předávkování není ale u toluenu jediným rizikem. Na těch, kteří čichají delší dobu a často, jsou patrné zjevné následky. Dochází prakticky k totálnímu omezení výkonnosti a jiných zájmů. Jedinec se postupně izoluje a tíseň izolace od okolí mu opět ulehčují opakované toluenové intoxikace. Postupně dochází k patrnému celkovému otupění, někdy spojenému s výkyvy emotivity směrem k afektivní labilitě, plačtivosti či podrážděnosti a agresivitě vůči okolí.

Excesivní čichači jsou nápadní při prvním kontaktu, protože kolem sebe vydechují výrazný pach toluenu. Toluen je cítit z dechu po masivních intoxikacích i po 10 až 12 hodinách. Tím je tento způsob „fetování“ nápadnější než jiné. Nápadným se stává většinou v pokročilejších fázích, kdy pozornost ochabuje a toluen se posouvá po žebříčku hodnot stále výše. V počátcích experimentů, které mohou trvat i delší dobu, je čichání obtížně prokazatelné. Experimentující jedinec si totiž dává velký pozor, aby

nebyl přistižen, Čichá jen občas a volí způsoby, které minimalizují riziko odhalení (Presl, J., 1994, s. 43-44).

1.4.5 Konopné drogy

Přestože se o kanabisových látkách občas hovoří jako o něčem, co do Evropy bylo přivezeno až v novověku a o něčem, co nemá v jejím kulturně-historickém kontextu tradici, ukázaly moderní výzkumy, že jde o omyl, pramenící z neznalosti. Poslední výsledky naopak ukazují, že kanabisové látky jsou látkami, které byly v Evropě známy a zřejmě též užívány ve velmi hluboké historii (Miovský, M. in Kalina, K. et al., 2003, s. 174).

Cannabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Jsou obsažené v rostlinách konopí (druh Cannabis), uváděny bývají 3 druhy: Cannabis sativa (Linné), Cannabis ruderalis (Janischewsky) a Cannabis indica (Lamarck) (obr. 7, 8). Domovem konopí jsou Himaláje, velmi rozšířené je především v Indii, ale roste i v mírném pásu. Často je pěstována i u nás. Jedná se o jednoletou dvoudomou rostlinu (samčí a samičí jedinci), maximální vzrůst je kolem 2 metrů. Samičí rostliny bývají mohutnější, z hlediska obsahu psychotropních látek významnější. Obsah účinných látek nezávisí však jen na pohlaví rostliny. Teplota, vlhkost, množství slunečního světla, hnojení, stupeň zralosti, (literatura uvádí, že stupeň zralosti lze poznat podle semen – pokud jsou kulatá a tmavá, proběhla sklizeň v době, kdy obsah THC dosahoval vrcholu) to vše se podílí na "síle" produktu. Správné sušení a skladování je také důležité, marihuana volně uložená na denním světle ztrácí účinné látky. Semena slouží ke krmení ptactva, rostlina je průmyslová surovina (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).



Obrázek 7: Konopí seté

(www.drogovaporadna.cz/konopne-drogy-uvod/konopne-drogy-historie.htm)



Obrázek 8: Květenství konopí

(www.drogovaporadna.cz/konopne-drogy-uvod/konopne-drogy-historie.htm)

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány především dvě základní formy drogy. První je marihuana (tráva, zeli apod.), druhou hašiš (haš, čokoláda apod.). Hlavní účinnou látkou je THC (delta-9- tetrahydrocannabinol = tetrahydro-6,6,9-trimethyl-3-pentyl-6H-dibenzo[b,d]pyran-1-ol = $C_{21}H_{30}O_2$) (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Marihuana

Jako marihuana se označují sušené květy a lístky samičí rostliny konopí (Grohmannová, K., 2007, s. 22). Marihuana je převážně užívána ke kouření (obr. 9). Obsahuje 426 chemických látek, které se při spalování promění na 2000. Kouří se buď samostatně, nebo ve směsi s tabákem. Kouření je asi 3x účinnější nežli jiné formy užívání. Cigareta marihuany (hmotnost bývá od 0,5–1,5 g) obsahuje obvykle 5–30 mg THC v 1 g. Kouř z marihuany je cítit po spálené trávě nebo bramborové nati (Borník, M., 2001, s. 5).

Jeden joint kvalitní marihuany vystačí pro intoxikaci několika osob. Marihuana také může být výchozí surovinou pro přípravu různých pokrmů, hašíše, hašišového oleje, konopného másla, atp. Marihuana také slouží k přípravě piva, vín a likérů (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz/).



Obrázek 9: Marihuana (http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Unrolled_joint.jpg)

Hašiř

Hašiř je usušená pryskyřice z květů a listů horní části rostliny. Obsahuje stejnou psychoaktivní látku jako marihuana, tedy THC. Jeho obsah v hašiři je větší, může být až desetinásobný. Suchý má tendenci se drolit. Barva může být v různých odstínech hnědé až po černou, ale může být také tmavě zelený. Obvykle bývá kouřen s tabákem, ale lze jej také polykat s jídlem anebo v nápoji, včetně nápoje alkoholického. Jeho účinky oproti marihuaně jsou až desetkrát vyšší (Borník, M., 2001, s. 5).

Hašiřový olej

Hašiřový, někdy též nazývaný medový olej je vyráběn extrakcí hašiře. Tyto oleje obsahují přibližně od 15 do 50 % THC. Množství THC však může ojediněle dosahovat až 70 %. Podle způsobu výroby má hašiřový olej barvu od jantarové po tmavě hnědou. Za pokojové teploty je to lepkavá tužší hmota, která po zahřátí zkapalní. Psychoaktivní účinky se dostavují již po 1–2 kapkách, které se umísťují na tabák nebo cigaretový filtr, popřípadě jako přísada do jídla (Gabrhelík, R., Zábranský, T., Miovsly, M. in Miovský, M. et al., 2008, s. 130-131).

Skank

Skank je druh marihuany s vysokým obsahem THC. Účinek je okamžitý, rychlý a silný. Účinky jsou delší než u marihuany, ale „dojezd“ je někdy spojen se silnými bolestmi hlavy (Borník, M., 2001, s. 5).

Účinek THC závisí na množství, způsobu a frekvenci užívání, a také na fyzických a psychických dispozicích uživatele. Jestliže je marihuana kouřena, účinkuje daleko rychleji než v případě polykání.

Účinné látky v konopí a jeho produktech působí na lidský organismus jako halucinogeny. Jsou to látky, které především mění kvalitu psychické činnosti. Marihuana mění chemii v mozku a to může ovlivnit myšlení. Mohou být vyvolány stavy agrese, úzkosti anebo paniky.

Po aplikaci se projevují poruchy vnímání, emocí, citů, myšlení. Dochází k poruše tělesného schématu, vztahu k okolí, depersonalizaci, narušení myšlení, zrakovým halucinacím, poruše prostorového vnímání, sebehodnocení. Je narušena kritika, dochází k rizikovému jednání.

Intoxikace THC ovlivňuje komplexně reakční čas, trvalou paměť, porozumění psané informaci a přesnost určování času. Porušení uvědomování si času má vliv na percepci (vnímání), paměť a organizaci myšlení. Všechny vyšší dávky ovlivňují více ženy než muže. Obsah rakovinotvorných látek je v marihuaně asi 16x vyšší než u tabáku. Kromě toho je uváděno kolísání nálad, zpomalení životního rytmu se ztrátou hodnot, menší péče o zevnějšek, neplodnost u mužů, u žen poruchy menstruačního cyklu, citové otupení, ztráta odpovědnosti

Projevy po požití jsou: rozšířené zornice, zarudlé oči, puls je zrychlený, pot páchne po spálené trávě, únava, nezájem, kašel, sucho v ústech, hlad, žízeň, podrážděnost, bolesti na prsou, chladné končetiny, zvyšuje se riziko úrazů a dopravních nehod (Borník, M., 2001, s. 5-6).

1.4.6 Tabák

Tabák pochází z usušených listů rostliny rodu *Nicotiana*, jehož nepopulárnější a nejčastěji kultivovaný druh je *Nicotiana tabacum*, který má svou původní vlast v Americe (podrobněji viz www.drogovaporadna.cz).

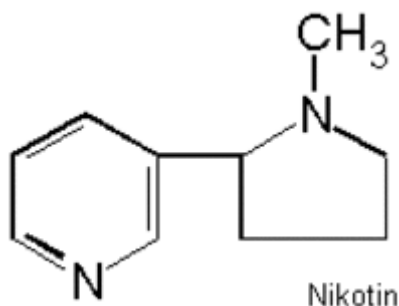
Tabák pěstovali již Indiáni, ovšem významné zdravotní poškození to asi neznamenovalo: jednak kouřili jen rituálně, tedy ne v takové míře, jako dnešní kuřák,

a jednak nemuseli „šlukovat“, aby pocítili omamný vliv nikotinu, protože kouřili dýmku. Z kouře dýmky a doutníku se na rozdíl od kouře z cigarety nikotin vstřebává v ústní dutině: rozdíl je v pH tabákového kouře. Nikotin potřebuje ke vstřebání pH lehce zásadité a takový je kouř doutníků a dýmek. Kouř z cigaret je však lehce kyselý a proto kuřák cigarety musí vtáhnout kouř až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Do Evropy přivezli tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492.

Dnes je tabák rozšířen prakticky po celé planetě. Kdybychom teď chtěli začít vyrábět nebo prodávat cigarety v nějaké zemi, nikde by nám to nemohli povolit – dnes je už znám zničující dopad na zdraví. Bohužel se na to přišlo pozdě, až po roce 1950. Ročně stoupá spotřeba tabáku celosvětově zhruba o 3 %, a to především v rozvojových zemích. V rozvinutých („západních“) zemích kouření buď stagnuje, nebo klesá, většinou kouří kolem 25 % populace nad 15 let. U nás kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40–50 % mladých, a to zejména dívek.

V ČR jsou běžné v zásadě dvě následující formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdechmem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je jednak tabák žvýkací, tedy listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají (oblíbená forma zejména u horníků, kteří bývají závislí na nikotinu, ale během směny nemohou kvůli metanu kouřit) a „moist snuff“, doslova „vlhký šňupeček“ (výstižněji by to snad bylo „cuceček“, protože jsou to papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovému, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin, bohužel také spolu s dalšími chemikáliemi) (Králíková, E. in Kalina, K. et al., 2003, s. 205).

Jedinou návykovou látkou ze 4–5 tisíc složek tabákového kouře či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin (obr. 10). Jedná se o bezbarvou tekutinu, bez zápachu. Smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg, poměrně rychle však vzniká tolerance (podrobněji viz www.drogy-info.cz).



Obrázek 10: Chemický vzorec nikotinu (www.drogy-info.cz)

Akutní účinky nejsou tak podstatné: lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy, průjem. Někoho od kouření mohou odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy rychle překoná, později se už neobjevují – rychle vzniká tolerance.

Mezi hlavní odvykací (abstinenční) příznaky při vzniklé závislosti patří především nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava. Abstinenční příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu.

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální, po určité době (ta je individuální, záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku) vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu (asi u 60–70 % kuřáků). Pokud jde o vliv na zdraví, u bezdýmého tabáku nejsou zplodiny pyrolýzy, celkový vliv je tedy o málo menší, ale vinou intenzivnějšího a delšího působení v dutině ústní je tu výraznější místní vliv (nemoci dutiny ústní).

Psychologická a sociální rizika jsou u tabáku minimální. Tabák nevede ke změnám stavů psychiky a neprovokuje je, je to psychicky bezpečná, legální, dostupná, tolerovaná droga. Možná právě tato absence psychologických a sociálních rizik nám brání, abychom si uvědomili o to větší rizika somatická. Tabák prakticky zabije každého druhého svého konzumenta, jinak řečeno, kuřák zemře s pravděpodobností 1:1 v důsledku užívání tabáku, průměrně asi o 10 let dříve než nekuřák (Králíková, E. in Kalina, K. et al., 2003, s. 206).

Léčba

Kouření je především naučené chování, které si kuřák fixuje většinou mnoho let. Proto nelze očekávat zázračný lék ani okamžitý výsledek. Kuřák si musí především přát přestat kouřit a rozhodnout se sám k aktivní změně, totiž naučit se nekouřit, stejně jako se před časem učil kouřit. Tato změna chování trvá řádově měsíce či léta, průměrné období problémů bývají tři měsíce, do tří měsíců se také odehraje většina relapsů, tedy návratů ke kouření.

Existují dva způsoby léčby:

1. **psychobehaviorální intervence** – psychosociální závislost znamená potřebu v určitých situacích mít cigaretu v ruce, pohrávat si s ní. Je to závislost na předmětu „cigareta“, bez ohledu na její složení. Léčba spočívá v psychobehaviorální intervenci, která rozbije zažitý stereotyp, vazbu určité situace na kouření cigarety;
2. **farmakologická léčba závislosti na tabáku** – kromě různých přípravků s účinkem srovnatelným s placebem je skutečně účinná náhradní terapie nikotinem a původně antidepressivum bupropion, které opět zvyšuje úspěšnost léčby, zejména v kombinaci s náhradní léčbou nikotinem. Náhradní terapie nikotinem je na našem trhu ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru s nikotinem. Všechny formy jsou volně prodejné v lékárnách a žádná zdravotní pojišťovna na ně nepřispívá (Králíková, E. in Kalina, K. et al., 2003, s. 206-207).

1.4.7 Alkohol

Alkohol patří v ČR k nejčastěji užívaným návykovým látkám (Grohmannová, K. in Radimecký, J., 2007, s. 21). Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol) vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech vzniká směs etylalkoholu s nejnižším

alkoholem, metylalkoholem, který je silným nervovým jedem se selektivním působením na oční nerv (působí oslepnutí) a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151).

Etylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy – někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného požívání alkoholu.

Z historie naší země máme doklady o tom, že již v dávných dobách přinášela všeobecná obliba piva a medoviny řadu závažných problémů, které posléze vyvolaly dokonce potřebu mocenského řešení (první „protialkoholní zákon“, který byl vyhlášen Břetislavem I. roku 1039, měl výrazně prohibiční charakter a uvádí přísné tresty pro opilce a pro krčmáře, kteří jim nalévají) (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholizmus“. Tento termín je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který jej poprvé použil v roce 1849. Teprve o sto let později (v roce 1951, díky WHO) však začal být alkoholizmus oficiálně považován za medicínský problém. Přitom první definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784, jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush (Popov, P. in Kalina, K. et al., 2003, s. 151).

Z hlediska účinků patří alkohol mezi tlumivé látky. Malé dávky alkoholu vyvolávají celkový pocit uvolnění a euforii. Již při malém množství se snižuje schopnost člověka pohotově reagovat na měnící se situace a soustředit se. Alkohol tlumí vnímání bolesti, povzbuzuje sebevědomí, avšak snižuje sebekritičnost a sebekontrolu. Při vyšších dávkách se řeč postupně stává málo zřetelnou, objevují se výrazné potíže s koordinací pohybů a rovnováhou. Účinek alkoholu se může projevit také záchvaty hněvu až agresivním jednáním. Často se dále přidává ospalost, žaludeční nevolnost a zvracení. Hluboký spánek může přejít až do bezvědomí. Smrt nastává nejčastěji v důsledku útlumu mozkových center řídících dýchání a krevní oběh nebo v důsledku

vdechnutí zvratků. Z hlediska možných rizik je velmi nebezpečná kombinace alkoholu s benzodiazepiny, barbituráty či paracetamolem (Grohmannová, K. in Radimecký, J., 2007, s. 21).

2 Výzkumy zabývající se problematikou návykových látek

Výzkum drog se v různých evropských zemích vyvíjel různým způsobem a odlišným tempem. To souvisí s rozdíly v tradicích výzkumu a v existujících strukturách stejně jako s tím, jak a kdy začalo být na drogy pohlíženo jako na problém vyžadující pozornost. Výzkum drog se v některých zemích začal rozvíjet poměrně brzy (např. skandinávské země, Velká Británie, zatímco v jiných zemích až v poslední době (Portugalsko, Řecko, některé země střední a východní Evropy). V zemích střední a východní Evropy výzkum vycházel z odlišné tradice, jež byla částečně ovlivněna érou sovětského vlivu (Hartnoll, R., 2004, s. 51).

Průzkumy v oblasti užívání drog lze pro lepší orientaci rozdělit na dvě základní oblasti:

- **průzkumy zaměřené na užívání drog v obecné populaci**

tedy průzkumy, jejichž cílem je popsat rozsah a způsoby užívání drog v celé populaci, případně postoje a názory veřejnosti na užívání drog. Tyto informace se sledují ve vztahu k věku, pohlaví a socioekonomickému statusu dotazovaných. Zvláštním případem jsou takzvané školní studie, které se zabývají z hlediska užívání drog rizikovou věkovou skupinou 14-19 let.

- **výzkumy týkající se uživatelů drog, jejich chování a situace**

Zatímco výše uvedené celopopulační průzkumy se snaží zjistit „ohrožení“ společnosti drogami, tyto výzkumy se zaměřují přímo na užívání drog, na osoby, které je užívají, na jejich životní styl, na způsob užívání (např. experimentální, problémové), na rizikové chování, na dopad užívání drog (např. zdravotní stav, postoj k léčbě), využívání sociálních a zdravotních služeb určených pro uživatele drog apod.

Výzkumných témat i možností je více a jednotlivé výzkumy konkrétní „drogové scény“ se mohou kromě oblastí uvedených indikátorů věnovat i jiným tématům, např. úspěšnosti některého typu léčby, mapování potřeb uživatelů drog, souvislosti mezi užíváním drog a pácháním trestné činnosti nebo novým drogám a novým způsobům užívání (podrobněji viz www.odrogach.cz).

2.1 Výzkumy v oblasti drogové problematiky v ČR

Informace o míře a trendech (trend, jako dlouhodobý pohyb časové řady, převedený do čísel nebo graficky znázorněný, charakterizuje její celkovou tendenci) užívání drog v populaci by měly být základem pro formulaci racionální protidrogové politiky a měly by sloužit též jako vodítko při hodnocení její účinnosti. Základní informace o rozsahu a vzorcích užívání drog ve společnosti, o vnímání zdravotních, sociálních a dalších rizik spojených s užíváním drog v ČR, poskytují data z průzkumů v obecné a – vzhledem k potenciálně vyšší rizikovosti abúzu – také ve školní populaci, jakož i studie zaměřené na taneční scénu (Zeman, P., Trávníčková, I., Štefunková M., 2011, s. 13).

2.2 Výzkum v obecné populaci

Studie, mapující rozsah a způsob užívání drog v obecné populaci (obvykle ve věkovém rozmezí 15–64 let), jsou prováděny na reprezentativním souboru obyvatel většinou formou dotazníkových šetření nebo krátkého semistrukturovaného rozhovoru. Jejich hlavním úkolem je co nejpřesněji zjistit způsoby a rozsah užívání jednotlivých drog v obecné populaci (Zeman, P., Trávníčková, I., Štefunková M., 2011, s. 13-14).

2.2.1 Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR v roce 2008

Studie proběhla pod záštitou Národního monitorovacího střediska (NMS) pro drogy a drogové závislosti (součást Úřadu vlády České republiky) a ve spolupráci s tehdejším Centrem adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (nyní Klinika adiktologie 1. LF UK) a Lékařským informačním centrem. Sběr dat provedla agentura INRES-SONES.

Cílem studie bylo zmapovat situaci v oblasti užívání legálních a nelegálních drog v ČR. V rámci studie byly sledovány nejen ukazatele týkající se aktuální prevalence kouření tabáku, konzumace alkoholu, užívání psychoaktivních léků, zkušenosti s užitím nelegálních drog, ale také problematika vnímání rizikovosti užívání návykových látek

a vnímání jejich dostupnosti. Dotazník výběrového šetření vycházel z tzv. Evropského modelového dotazníku EMCDA (Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P., Horáková, M., 2012, s. 15, 17).

2.2.2 Národní výzkum užívání návykových látek 2012

Cílem Národního výzkumu užívání návykových látek 2012 je zmapovat aktuální situaci v oblasti užívání legálních a nelegálních drog a sledovat vývoj situace v čase. Výzkum navazuje na Celopopulační studii užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008. Výběrový soubor studie tvoří celkem 2134 respondentů. Dotazník vychází z Evropského modelového dotazníku doporučeného EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost) pro realizaci studií v obecné populaci. První výsledky výzkumu budou k dispozici v průběhu roku 2013 (podrobněji viz www.drogy-info.cz).

2.2.3 Situace ve věcech drog v České republice v roce 2011

V prosinci 2011 realizovalo NMS výzkum prevalence užívání drog v populaci ČR. Celkem bylo ve výzkumu osloveno 1028 respondentů starších 15 let. Podle průzkumu NMS z r. 2011 mezi 1028 respondenty staršími 15 let užila alkohol a tabák v životě většina osob (91 %, resp. 66 %). Nejrozšířenější nelegální návykovou látkou jsou konopné látky (marihuana a hašiš), které někdy v životě vyzkoušelo 24,9 % dotázaných (30,8 % mužů a 18,8 % žen), dále respondenti uváděli extázi (5,8 %) a halucinogenní houby (4,1 %) (Mravčík, V et al., 2012, s. 21).

2.3 Výzkumy ve školní populaci

Mezi nejvýznamnější školní studie v České republice patří projekt ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), NEAD 2000 a MAD (<http://www.asociace.org/pravni-poradna-aktuality.php?id=5&rubrika=5>)

2.3.1 ESPAD

Mezinárodní projekt ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) je největší celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání návykových látek u dospívajících. Význam projektu spočívá ve vysoké míře srovnatelnosti výsledků, které je dosaženo důslednou aplikací jednotné výzkumné metodologie ve všech zemích zapojených do projektu. Projekt je realizován každé 4 roky od roku 1995, v roce 2011 tak proběhla již pátá vlna studie (Csémy, L., Chomynová, P., 2012, s. 2).

Studie ESPAD kromě základního přehledu o rozsahu užívání legálních a nelegálních drog poskytuje také informace o postojích a názorech studentů a vzhledem k pravidelnému opakování studie umožňuje sledovat také vývoj trendů v jednotlivých oblastech. Dalším cílem studie je získat srovnání situace v ČR s ostatními evropskými zeměmi (podrobněji viz www.odrogach.cz).

V České republice na realizaci projektu ESPAD dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha (PCP), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a Lékařské informační centrum (LIC) spolu s agenturou INRES-SONES.

Podmínkou účasti ve studii ESPAD je dodržení jednotného metodologického postupu – jedná se o použití jednotného dotazníku (přeloženého do národního jazyka), jednotného principu konstrukce výběrového souboru a postupu při sběru dat. Dotazníkový formulář pokrývá oblast užívání legálních i nelegálních návykových látek a postoje respondentů k užívání návykových látek.

Cílovou skupinou studie ESPAD jsou studenti ve věku 16 let, resp. studenti, kteří v roce realizace studie dosáhnou 16 let. V roce 2011 se tedy jednalo o kohortu studentů narozených v roce 1995.

V roce 2011 pokračoval pokles zkušeností mládeže s nelegálními drogami, který byl zjištěn již mezi roky 2003 a 2007. Pokles zkušeností byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních drog včetně konopných látek. Zároveň došlo k poklesu subjektivně vnímané dostupnosti nelegálních drog (poprvé také včetně konopných látek) a k nárůstu subjektivně vnímaných rizik spojených s jejich užitím. Z nelegálních drog uváděli respondenti v roce 2011 nejčastěji zkušenosti s užíváním konopných látek

(42,3 %). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byly mezi studenty méně časté, zkušenosti s drogami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální (1,4 %, resp. 1,1 %).

Alkohol v životě pilo téměř 98 % dotázaných, přibližně 60 % lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu. Časté pití alkoholických nápojů (6krát a častěji v posledních 30 dnech) udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo.

Výsledky studie ESPAD v roce 2011 potvrdily dřívější zjištění, že pro české dospívající neplatí, že by užívání nelegálních drog bylo obecně výrazně rozšířenější u chlapců; významnější rozdíl mezi chlapci a dívkami je pouze ve zkušenostech s užitím konopných látek v životě (47 % mezi chlapci a 38 % mezi dívkami) a užitím halucinogenních hub (9 %, resp. 5%).

Ve výběrovém souboru bylo zastoupení žáků/studentů podle typu školy shodné s distribucí pro celou populaci. Výsledky průzkumu ukázaly, že rozšířenost zkušeností s drogami byla nepřímě úměrná akademickým aspiracím studentů. Studenti učňovských škol a studenti odborných středních škol měli zkušenosti s užitím drog výrazně vyšší než gymnazisté. Zatímco studenti gymnázií uvedli v roce 2011 zkušenost s konopnými látkami v 35 % případů, obdobnou zkušenost uvedlo 44 % studentů středních škol s maturitou a dokonce 55 % studentů středních odborných škol a učilišť (Csémy, L., Chomynová, P., 2012, s. 2-8).

2.3.2 NEAD 2000

NEAD 2000 je výzkumným projektem v kategorii školních studií zaměřených na užívání alkoholu, nikotinu a nelegálních drog mezi středoškolskou mládeží. Hlavním organizátorem výzkumu bylo Sdružení Podané ruce. Na výzkumu se podílel Psychologický ústav Akademie věd ČR a Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého Olomouc ve spolupráci s firmou SC&C Praha. Data byla

prostřednictvím dotazníkového šetření získána v průběhu druhého pololetí školního roku 1999/2000 na středních školách a učilištích (podrobněji viz www.odrogach.cz).

Do výzkumu se přihlásilo v prvním kole celkem 29 okresů. Dodatečně pak ještě další dva. Celkem se tak výzkumu účastnilo rekordních 31 okresů. Tyto okresy byly až na několik ojedinělých výjimek ze tří krajů ČR: jižní a severní Morava a východní Čechy. Proto závěrečné analýzy umožnily srovnání za tyto tři kraje, ale nebylo možné vytvořit celostátní soubor bez zastoupení potřebného počtu okresů ve zbývajících krajích (Miovský, M., 2001, s. 17).

2.3.3 MAD (Mládež a drogy)

Studie „Mládež a drogy“ je celorepubliková studie o užívání návykových látek, kterou realizovalo v letech 1994, 1997 a 2000 Centrální pracoviště drogové epidemiologie Hygienické stanice hlavního města Prahy. Studie byla zaměřena na studenty ve věku 14–19 let (<http://www.asociace.org/pravni-poradna-aktuality.php?id=5&rubrika=5>). V roce 2011 byla tato studie provedena na základních a středních školách v Jihomoravském kraji organizací A Kluby ČR o.p.s.

2.4 Výzkumy na taneční scéně

Podskupinou obecné populace, která vykazuje výrazně vyšší míru užívání drog a souvisejících rizik, jsou návštěvníci klubů, tanečních akcí a hudebních festivalů. Sledovat trendy mezi osobami pohybujícími se v prostředí noční zábavy má smysl i proto, že se nejedná o kontext, v němž se nové (syntetické) drogy a nastupující trendy objevují nejdříve. Na rekreační uživatele drog, respektive na mladé lidi navštěvující bary, kluby a festivaly a potenciálně užívající nelegální drogy je zaměřena série studií Tanec a drogy z let 2003 a 2007. V obou případech šlo o internetový průzkum inzerovaný v médiích zaměřených na elektronickou taneční hudbu a jeho smyslem bylo zmapovat užívání drog v rizikové skupině návštěvníků tanečních akcí. Obě studie metodologicky i tematicky navázaly na Anketu Semtex Dance z roku 2000.

Ačkoliv způsob výběru respondentů neumožňuje zobecnit výsledky na celou populaci pohybující se v prostředí noční zábavy, použití totožných metodologických

postupů poskytuje určitý přehled o trendech užívání drog. Na rozdíl od průzkumů v obecné populaci, má v případě rekreačních uživatelů drog interpretační smysl i celoživotní prevalence, neboť populace návštěvníků tanečních akcí se proměňuje. Alespoň jednu zkušenost s konopnými drogami měla ve všech sledovaných letech naprostá většina respondentů, rovněž zkušenost s extází přiznalo více než dvě třetiny návštěvníků tanečních akcí. Nejvýraznější nárůst zaznamenalo užívání kokainu – mezi roky 2003 a 2007 se podíl osob, které jej vyzkoušely alespoň jednou v životě, během posledního roku i měsíce, zvýšil zhruba o polovinu. Vedle skutečnosti, že je kokain v Evropě v posledních letech stále dostupnější a levnější, přispívají k jeho rostoucí oblibě zřejmě i představy a mýty o jeho účincích i rizicích a pověst drogy lepší společnosti. Kokain totiž patří mezi drogy, které návštěvníci tanečních akcí považují za nejatraktivnější a podíl osob, které by jej zkusily nejraději, roste: v roce 2003 takto odpovědělo 27,5 % respondentů, v roce 2007 už to bylo 30,7 %. Pro srovnání uvedme, že konopné drogy byly atraktivní pro 8,8 % respondentů, extáze pro 14,4% a LSD pro 15,3 % respondentů průzkumu Tanec a Drogy 2007 (Škařupová, K., 2010, s. 7-9). Poslední studie Tanec a drogy proběhla v roce 2010 (sběr dat byl ukončen 30. září 2010).

2.5 Evropský drogový průzkum srovná efektivnost drogových politik – přidejte se i vy

V České republice byl 17. 2. 2012 spuštěn tzv. evropský drogový průzkum, který se zaměřuje na dosud nezodpovězené otázky protidrogové politiky, které se týkají množství skutečně spotřebovaných drog a způsobu jejich opatrování. Zúčastnit se jej mohl každý, kdo v posledním roce užil nějakou nelegální drogu. Výzkum realizuje na zakázku Evropské komise holandský Trimbos Institut, kromě České republiky se na něm podílí Velká Británie, Portugalsko, Bulharsko, Nizozemí, Švédsko a Itálie. Cílem výzkumu je vytvořit podklad pro budoucí drogové politiky v Evropě.

Drogová situace v Evropské unii představuje prostor pro srovnání, jak různé protidrogové politiky i kulturní podmínky ovlivňují vzorce užívání drog, a rizika s nimi spojená.

Česká republika patří v Evropské unii k zemím s nejvyšší prevalencí užití marihuany v posledním roce a měsíci, a to zejména u mladých dospělých. Téměř třetina (29,5 %) mladých dospělých Čechů ve věku 15–24 let kouřila podle Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v posledním roce alespoň jednou marihuanu, což je nejvíc z celé Evropské unie. Na druhou stranu – méně než 1 % Čechů kouřilo marihuanu každý den nebo téměř každý den (po přepočtení na podíl osob, které užili konopí v posledních 30 dnech) – ve Španělsku jich ale bylo třikrát více (2,7 %), ve Francii dvojnásobek (1,6 %), a řada dalších evropských zemí v tomto ukazateli Českou republiku předstihuje.

Pokud jde o samotný drogový trh, údaje o něm na evropské úrovni zcela chybí. Policejní statistiky poukazují na záchyty a ceny drog, ty jsou ale závislé zejména na míře policejní aktivity a způsobech policejní práce. Průzkumy užívání návykových látek se na souvislosti s drogovým trhem zpravidla neptají. Holandský Trimbos Institut se rozhodl zjistit více pomocí anonymního internetového průzkumu a srovnat množství, cenu a kvalitu drog napříč Evropou (Běláčková, V, 2012).

3 Prevence v prostředí školy

3.1 Základní terminologie

Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy zahrnuje zejména aktivity v následujících oblastech rizikového chování:

- násilí, divácké a domácí násilí, týrání a zneužívání dětí, šikanování a záškoláctví,
- kriminalita, delikvence, vandalismus,
- užívání návykových látek,
- komerční sexuální zneužívání dětí,
- poruchy příjmu potravy,
- sekty a sociálně patologická náboženská hnutí,
- xenofobie, rasismus, intolerance a antisemitismus,
- netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (Martanová, V. in Martanová, V., 2007, s. 9).

V této práci se však zaměříme pouze na prevenci užívání návykových látek.

Drogovou prevenci definujeme jako iniciativy, aktivity a strategie určené k tomu, aby se zamezilo negativním následkům spojeným se (zne)užíváním legálních a nelegálních drog (Gallà, M., 2005, s. 11).

Podle Martanové (2007) existuje primární, sekundární a terciární prevence rizikového chování.

Primární prevence užívání návykových látek – programy, strategie a aktivity zaměřené na předcházení prvnímu užití drogy a vlastnímu začátku užívání drog.

Sekundární prevence užívání návykových látek – programy, strategie a aktivity zaměřené na prevenci vlastního zneužívání drog a včasnou identifikaci a léčbu uživatelů drog s cílem zabránit vzniku závislosti na drogách (např. práce s experimentátory).

Terciární prevence a harm reduction – práce s uživateli, závislými, minimalizace rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Specifická primární prevence – aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny na cílenou práci se skupinami, u nichž lze v případě absence prevence předpokládat další negativní vývoj v oblasti sociálně patologických jevů (SPJ). Specifická prevence se snaží předcházet nebo omezovat nárůst výskytu SPJ. Je prováděna formou práce v menších skupinkách dětí a dospívajících, které motivujeme k formulování vlastních názorů, přemýšlení nad svými postoji, vzájemnému předávání zkušeností s cílem učit se zvládat situace odmítání návykových látek.

Nespecifická primární prevence – veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně patologických jevů, a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času, např. zájmové, sportovní a volnočasové aktivity a jiné programy, které vedou k dodržování určitých společenských pravidel, zdravého rozvoje osobnosti, k odpovědnosti za sebe a své jednání, programy zaměřené na zlepšení životního stylu (Martanová, V. in Martanová, V., 2007, s. 9-10).

V americké literatuře se lze setkat s jinou klasifikací prevence, která se dělí na tři kategorie: všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Všeobecná prevence se zaměřuje na celou populaci (např. veškeré obyvatelstvo určité země, místní komunitu, školu), přičemž preventivní programy mají přinést prospěch každému členovi dané populace. Cílem všeobecné prevence je působit na mladé lidi tak, aby nezačali užívat nelegální návykové látky. Příkladem všeobecné prevence je školní protidrogová prevence jako součást školních osnov (McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., 2007, s. 14-15).

Selektivní prevence je zacílena na ohrožené skupiny, u kterých lze předpokládat zvýšenou možnost rizikového chování (např. děti osob závislých na alkoholu nebo jiných návykových látkách, hyperaktivní děti, děti s poruchami chování atd.), programy vyžadují individuální přístup a jsou náročnější na čas i kvalifikaci pracovníků, kteří aktivity provádějí (Martanová, V. in Martanová, V., 2007, s. 10).

Indikovaná prevence je určena těm, u nichž ještě není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost, ale kteří vykazují některé varovné známky užívání návykových látek (Nešpor, K., Csémy, P., Pernicová, H., 1998, s. 14).

Strategie účinné – kontinuální a komplexní programy, interaktivní programy, především programy pomáhající dětem a mládeži čelit sociálnímu tlaku, programy zaměřené na asertivní chování, zkvalitnění komunikace, nenásilné zvládání konfliktů, nácvik odmítání návykových látek, zvyšování sebevědomí apod. Účinný, efektivní program oddaluje nebo brání začátku užívání, snižuje frekvenci užívání; snižuje sociální a zdravotní rizika a škody užívání mezi studenty včetně ohrožení jejich fungování ve škole.

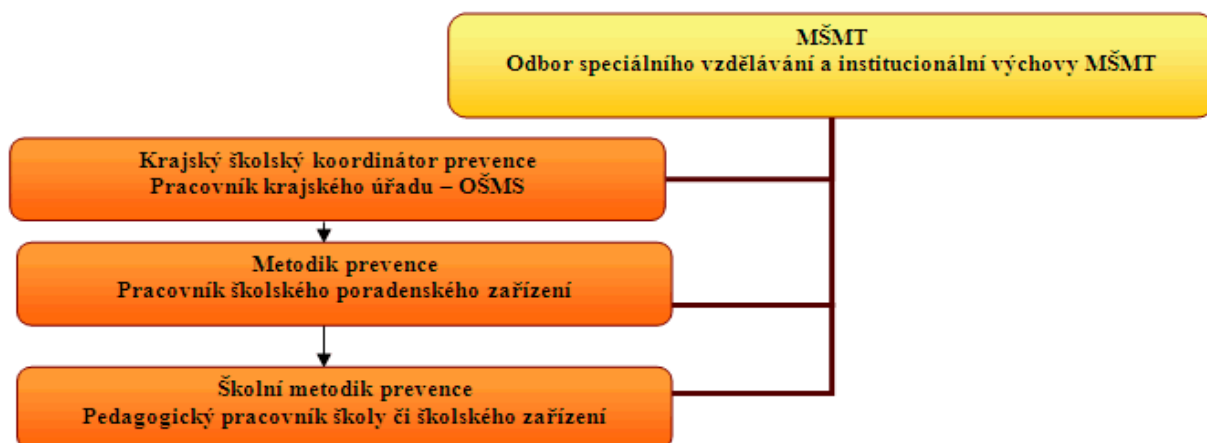
Strategie neúčinné – např. zastrašování, citové apely, prostá informovanost, jednorázové akce, potlačování diskuse; hromadné aktivity nebo promítání filmu, by měly být pouze doplňkem, na který by měl vždy navazovat rozhovor v malých skupinkách, zpracování tématu (Martanová, V. in Martanová, V., 2007, s. 10).

3.2 Instituce v systému prevence

Do systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy patří jednotlivé instituce a organizace veřejné správy a další subjekty. Jde především o:

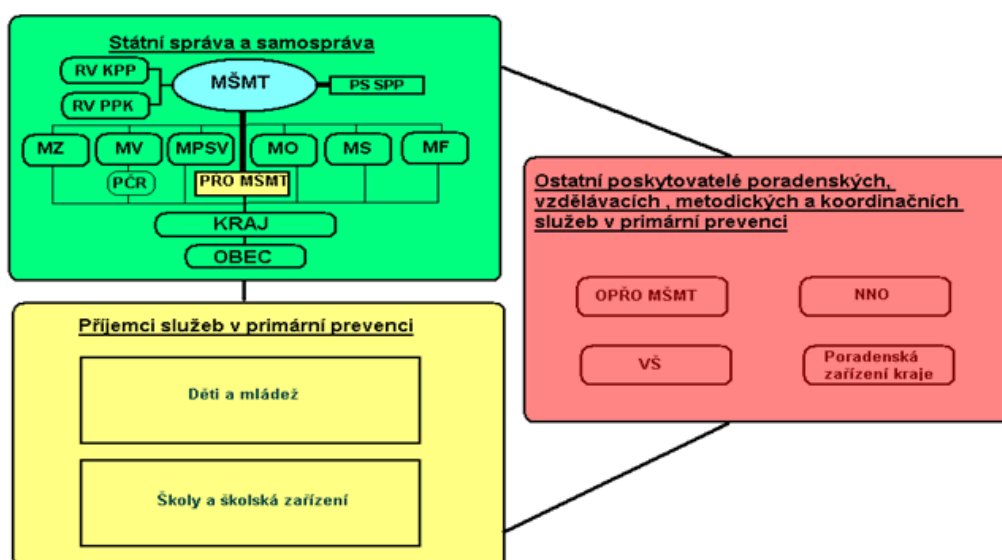
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a jeho vybrané přímo řízené organizace,
- odbory školství, mládeže a tělovýchovy na krajských úřadech (od 1.1.2001),
- základní, střední a speciální školy,
- školní družiny, školní kluby, domovy mládeže,
- střediska pro volný čas dětí a mládeže,
- pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče,
- školská zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

Páteř systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy tvoří: odborný pracovník Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, krajský školský koordinátor prevence, okresní metodik prevence a školní metodik prevence (obr. 11) (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, 2000, s. 3).



Obrázek 11: Systém prevence v ČR (www.odrogach.cz)

Činnost institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je provázána s činností institucí v působnosti dalších resortů, které prevenci realizují nebo na její realizaci participují. Zásadní význam pro prevenci mají i nevládní organizace, které vhodnou formou doplňují činnost institucí veřejné správy a dalších subjektů (obr. 12) (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, 2000, s. 3).



Obrázek 12: Systém prevence v ČR (www.odrogach.cz)

Vysvětlivky k použitým zkratkám:

RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RVPPK	Republikový výbor pro prevenci kriminality
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŘO	Přímo řízené organizace MŠMT
OPŘO	Ostatní přímo řízené organizace MŠMT
PS SPP	Pracovní skupina specifické primární prevence
MO	Ministerstvo obrany
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MF	Ministerstvo financí
MS	Ministerstvo spravedlnost
NNO	Nestátní neziskové organizace
VŠ	Vysoká škola

3.3 Metodik školní prevence

Školní metodik prevence svou činnost vykonává jako stávající učitel při svém plném úvazku (plné výši počtu hodin přímé pedagogické činnosti) (Pedagogický lexikon, <http://wiki.rvp.cz>).

Školní metodik prevence musí splňovat podmínky odborné kvalifikace pro přímou pedagogickou činnost učitele příslušného stupně a typu školy. Vyhláška 317/2005 Sb. Stanovuje pro školní metodiky možnost studia k výkonu specializovaných činností v oblasti prevence sociálně patologických jevů v délce trvání nejméně 250 vyučovacích hodin. Toto studium má být podle jmenované vyhlášky ukončováno obhajobou závěrečné práce a závěrečnou zkouškou před komisí, po jejímž úspěšném složení získá absolvent osvědčení (Skácelová L. in Martanová V., 2007, s. 15-16).

3.3.1 Náplň práce školního metodika prevence

Školní metodik prevence vykonává činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské. O těchto činnostech vede písemnou dokumentaci (Pedagogický lexikon, <http://wiki.rvp.cz>).

1. Metodické a koordinační činnosti

- kontrola tvorby a kontrola realizace preventivního programu školy;
- metodické vedení činnosti pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů;
- koordinace vzdělávání pedagogických pracovníků školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů;
- koordinace spolupráce školy s orgány státní správy a samosprávy, s metodikem preventivních aktivit v poradně a s odbornými pracovišti (poradenskými, terapeutickými, preventivními, krizovými a dalšími zařízeními a institucemi);
- kontaktování odpovídajícího odborného pracoviště a participace na intervenci a následné péči v případě akutního výskytu sociálně patologických jevů;
- shromažďování odborných zpráv a informací o žácích v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení;
- vedení písemných záznamů umožňujících doložit rozsah a obsah činnosti školního metodika prevence, navržená a realizovaná opatření ...

2. Informační činnosti

- zajišťování a předávání odborných informací o problematice sociálně patologických jevů;
- prezentace výsledků preventivní práce školy, získávání nových odborných informací a zkušeností;
- vedení a průběžné aktualizování databáze spolupracovníků školy pro oblast prevence sociálně patologických jevů...

3. Poradenské činnosti

- vyhledávání a orientační šetření žáků s rizikem či projevy sociálně patologického chování, poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich

zákonným zástupcům, případně zajišťování péče odpovídajícího odborného pracoviště (ve spolupráci s třídními učiteli);

- spolupráce s třídními učiteli při zachycování varovných signálů spojených s možností rozvoje sociálně patologických jevů u jednotlivých žáků a tříd;
- příprava podmínek pro integraci žáků se specifickými poruchami chování ve škole... (Skácelová, L. in Martanová V., 2007, s. 15).

3.4 Minimální preventivní program

Základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje Minimální preventivní program (dále jen MPP), který je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit v základních školách, středních školách a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče. Jeho realizace je pro každou školu a každé uvedené školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, 2000, s. 2).

MPP je vypracování vždy na příslušný školní rok (krátkodobé cíle primární prevence) nebo v časově delším horizontu (dlouhodobá preventivní strategie). MPP je součástí výchovně vzdělávacího programu školy. Odráží specifikace regionu, školy (školského zařízení) a vždy vychází z aktuální situace na škole a reflektuje evaluaci průběhu předchozího období (školního roku) (podrobněji viz www.poradenskecentrum.cz).

MPP vypracovává školní metodik prevence v úzké spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky za podpory vedení školy. Opírá se zejména o užší tým pracovníků (výchovný poradce, školní psycholog). Je iniciátorem, koordinátorem, zpracovatelem MPP. Průběžně vyhodnocuje preventivní strategii školy a vypracovává závěrečnou evaluační zprávu za příslušný školní rok. Tato zpráva je obvykle součástí výroční zprávy školy (Skácelová, L. in Martanová, V., 2007, s. 33).

Základní aktivity v Minimálním preventivním programu:

- systematické vzdělávání školních metodiků prevence a dalších pedagogických pracovníků v metodikách preventivní výchovy,
- aktivity v poskytování informací v rámci vzdělávacího procesu (téma zdraví, zdravý životní styl, sociálně patologické jevy,...),
- smysluplná nabídka volnočasových aktivit (ve školách i v mimoškolní činnosti),
- programy aktivního sociálního učení (skupinové formy práce vedoucí ke kvalitě mezilidských vztahů),
- průběžné sledování konkrétních podmínek a situace ve škole nebo školském zařízení z hlediska rizik výskytu sociálně patologických jevů,
- spolupráce s rodiči a osvětová činnost pro rodiče,
- poradenské činnosti
 - a) ve školách,
 - b) ve spolupráci se speciálními zařízeními (PPP) (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, 2000, s. 2; podrobněji viz www.poradenskecentrum.cz).

3.5 Efektivní drogová prevence ve školách

Efektivní školní drogová prevence vychází ze souboru vědeckých evaluací existujících programů, praxí ověřených prvků, forem a metod odvozených z dobré praxe vyučování a učení se v účinné škole (Gallà, M., 2005, s. 21).

Obecně lze říci, že program se považuje za účinný, pokud se podaří splnit jeho dlouhodobé a krátkodobé cíle. Za nejefektivnější se považuje ten, který tato kritéria splní s nejnižšími časovými, personálními a finančními investicemi. K tomu, aby se dala měřit účinnost, je ale třeba zajistit jasně definované dlouhodobé a krátkodobé cíle, musí být možno změřit vliv aktivit a proces implementace musí být transparentní. Aby se zajistilo, že k měřeným výsledkům skutečně došlo v důsledku samotného programu, je třeba používat náležité metody monitorování a evaluace.

Ještě konkrétněji lze říct, že pod pojmem účinný školní program prevence drog rozumíme programy, které:

- oddalují nebo brání začátku užívání drog (prvnímu užití) nebo snižují frekvenci užívání drog mezi studenty,
- snižují sociální a zdravotní rizika a možné škody způsobené užíváním drog mezi studenty, včetně ohrožení jejich fungování ve škole,
- zvyšují schopnost studentů činit informovaná a odpovědná rozhodnutí ohledně toho, zda a jak budou užívat drogy
mají dlouhotrvající výsledky (podrobněji viz www.odrogach.cz).

3.5.1 Typy programů drogové prevence

Projekt Evropská zdravá škola a drogy vychází z principu, že efektivní drogový preventivní program je intenzivní, průběžně prováděný a kombinuje objektivní věcné informace a individuální osobní přístup.

Odborné výzkumy prokázaly, že nejefektivnější jsou intenzivní dlouhodobější programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, osobní rozvoj a objektivní informace o drogách. Prokázalo se, že projekty zaměřené pouze na abstinenci (podle hesla „prostě řekni ne“) bývají méně úspěšné, neefektivní, a v některých případech dokonce kontraproduktivní.

Existuje řada různých typů školních programů a každý z nich má své charakteristické prvky a přístupy. Rozdíl mezi programy lze definovat na základě specifického chování, na které se zaměřují. Jako neúčinnější byly vyhodnoceny tyto programy (Gallà, M., 2005, s. 22-24):

Informativní

Zaměřují se na předávání znalostí o následcích užívání drog a rozvíjení toho, aby mladí věřili, že se užíváním drog člověk vystavuje riziku. Poskytují se informace o drogách, užívání a zneužívání drog včetně mýtů a pravd o užívání drog; často se zaměřují na biologické, chemické, historické a právní procesy. Pozornost se věnuje pozitivním i negativním účinkům na zdraví, sociálnímu prostředí daného jedince i jeho či jejímu duševnímu zdraví.

V těchto programech se využívá řada různých forem aktivit: např. přednášky, frontální vyučování, promítání filmů a videopořadů, diskuze a debaty. Snaží se ovlivnit znalosti o drogách a následcích jejich užívání, zvyšovat přesvědčení, že jsou škodlivé a snižovat pocit, že jejich užívání má pozitivní účinky.

Zaměřené na rozhodovací schopnosti

Cílem je zlepšit schopnost studentů racionálně se rozhodovat ohledně užívání drog. Studenti se v nich učí strategiím pro identifikování problémů, nalézání řešení a výběr mezi alternativami.

Zahrnují nácvik dovedností. Tyto programy se ne vždy zaměřují na individuální užívání drog. Aktivita mohou být prezentovány ve formě přednášek, diskusí, hraní rolí a úkolů. Snaží se ovlivnit a podporovat dovednosti pro racionální rozhodování a aplikování racionálních postupů při řešení problematických situací. Vycházejí z předpokladu, že se racionálními rozhodovacími dovednostmi snižuje riziko začátku užívání drog.

Spojené se složením přísahy

Podporují studenty v tom, aby slíbili nebo se zavázali, že nebudou užívat drogy (např. programy nekuřáckých tříd). Tento slib je někdy založen na morálních zásadách (drogy jsou pro společnost špatné, představují morální úpadek a zkázu).

Aktivita bývají řečnického charakteru („kázání“), složení slibu má často formu petice nebo smlouvy. Snaží se ovlivnit užívání drog tak, že stimulují mladé, aby se sami zavázali k tomu, že nebudou užívat drogy.

Zaměřené na hodnoty

Jejich cílem je pomáhat mladým lidem uvědomovat si své osobní hodnoty a následky svého chování, přičemž užívání drog je demonstrováno jako chování neslučitelné s osobními hodnotami.

Mohou zahrnovat aktivity, které jednotlivcům pomohou rozpoznávat existující hodnoty a preferovat hodnoty pozitivní. Do tohoto typu programů patří aktivity typu

skupinové diskuze a využití tištěných materiálů s otázkami a cvičeními (worksheets). Cílem je ovlivňovat užívání drog a důležitá životní rozhodnutí kladením důrazu na individuální hodnoty dané osoby a rozvoj jejího přesvědčení, že užívání drog není v souladu s vlastními životními cíli.

Zaměřené na stanovení cílů

Vyučují dovednostem potřebným k stanovení a dosažení cílů a podporují studenty v tom, aby si osvojili postoj zaměřený na dosahování výsledků. Užívání alkoholu a dalších drog se prezentuje tak, že je v rozporu či nesouladu s takovými cíli. Proces stanovování cílů lze zasadit do realistického rámce prostředků, dovedností, času a odměn.

Využívají různé druhy instruktážních technik včetně didaktických technik a využití cvičebnic (workbooků). Dosažené výsledky někdy bývají odměňovány. Snaží se ovlivnit užívání alkoholu a drog vytvořením strategie orientované na dosahování výsledků a motivaci k usilování o dosažení výsledků. Za vlivný faktor se navíc považuje aplikace dovedností pro stanovení a dosažení pozitivních životních cílů. Rozdíl mezi tímto přístupem a přístupem založeným na vyjasňování hodnot spočívá v tom, že stanovování cílů se soustředí na osvojování dovedností jak se rozhodovat, zatímco u programů zaměřených na vyjasňování hodnot je cílem stanovit priority a následně podle nich uspořádat životní volby.

Zaměřené na zvládání stresu

Cílem těchto programů je naučit studenty jak se vypořádat se stresem a jak jej zvládat v psychologicky obtížných situacích (např. konflikty, konflikty ve vztazích, rodinné problémy atd.). Nácvik dovedností někdy zahrnuje strategie ke snižování stresu a nalézání pozitivních alternativ užívání drog při konfrontaci se stresovými situacemi.

Zahrnují didaktické a diskusní strategie. Důraz se často klade na techniky zvládání fyzického stresu (relaxace atd.). Dalšími nástroji jsou připravené listy s otázkami a cvičeními (worksheets). Jejich cílem je ovlivnit užívání drog kladením důrazu na posouzení vlastních schopností, které umožňují vypořádat se s životními obtížemi,

a nácvik dovedností, jak se vypořádat s problémovými situacemi. Na vývoj užívání drog by mělo mít vliv také snížení míry vnímaného stresu.

Zaměřené na pozitivní sebehodnocení

Cílem je rozvíjet pozitivní sebehodnocení (self-esteem) a sebeúctu. Studenti se učí přijímat neúspěchy a potíže a nevěnovat jim příliš pozornosti. Odrazují se od vnímání sebe sama jako neúspěšného. Podporují zvýšené oceňování vlastní vrozené i rozvíjené zdatnosti a jedinečnosti.

Zahrnutí aktivity zaměřené na zvyšování pozitivního sebehodnocení a sebeuvědomění, např. diskuse a práci s cvičebnicemi. Očekává se od nich, že sníží míru užívání drog zvyšováním pozitivního sebehodnocení.

Zaměřené na odolávání tlaku

Učí studenty, jak rozpoznávat vnější tlak užívat drogy (ze strany vrstevníků, sourozenců, rodičů/zákonných zástupců dítěte, jiných dospělých, v médiích či v reklamě) a asertivně mu odolávat.

Zahrnují různé aktivity a formy instruktáže, např. filmy a diskuse, které ukazují tlak ze strany vrstevníků. Zároveň do nich patří nácvik schopnosti odmítat, a to s využitím diskusí a hraní rolí. Cílem je ovlivnit začátek užívání rozvíjením osobních dovedností, např. schopnosti odmítat nabízené drogy, a zvýšením schopnosti odolat negativnímu tlaku vrstevníků.

Zaměřené na nácvik sociálních dovedností

Vyučují obecným sociálním dovednostem, včetně komunikačních a mezilidských dovedností a schopnosti řešit mezilidské konflikty. Tento přístup zahrnuje nácvik dovedností s širší možností uplatnění než jen při odmítání nabídnuté drogy.

Může sem patřit nácvik asertivity a schopností komunikovat a řešit konflikty. Z instruktážních technik uvedme přednášky, diskuze a hraní rolí. Cílem je ovlivnit začátek užívání drog zvýšením komunikačních schopností a dovedností zaměřených na společenské přijetí. Rozvíjejí se i schopnosti řešit mezilidské problémy.

Zaměřené na stanovování norem

Cílem je stanovit konzervativní normy pro užívání drog. Jádrem tohoto přístupu je náprava mylných představ studentů o (vnímané vysoké) prevalenci a přijatelnosti užívání alkoholu a drog a zvedení konzervativních skupinových norem.

Zahrnují prezentování výsledků výzkumů, průzkumů veřejného mínění, diskuze o přiměřenosti určitého chování (např. užívání drog). K zavedení nebo definování specifických standardů skupinového chování tento typ programu využívá také vrstevníky (peers). Snaží se ovlivnit začátek užívání drog zmírněním představ o očekávaném výskytu (prevalenci) a přijatelnosti užívání a dostupnosti drog mezi vrstevníky.

Programy pomoci

Poskytují intervence a poradenství směřující k vypořádání se s životními problémy. Do programů pomoci jsou zapojováni peers (vrstevníci), kteří studentům radí nebo je instruují v otázkách spojených s drogami a alkoholem.

Využívají vrstevníky, aby ve třídách stimulovali diskuzi. Klade se důraz na včasnou intervenci a referenci do léčby. Snaží se ovlivnit začátek užívání drog poskytováním sociální podpory ohroženým jedincům.

Jedním z hlavních faktorů pro určení účinnosti školního programu prevence drog je, že program musí mít kvalitní design, musí být dobře naplánován a řádně implementován. Dalším důležitým předpokladem pro účinnost je, že každý školní program prevence drog je vždy nutno přizpůsobit kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí (podrobněji viz www.odrogach.cz).

II Praktická část

4 Metodologie výzkumu

4.1 Cíle bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké zkušenosti mají studenti středních škol s legálními i nelegálními návykovými látkami. U alkoholu, cigaret a marihuany jsme také chtěli zjistit, kdy danou návykovou látku poprvé vyzkoušeli, kdo jim ji nabídl a jak často ji užívají. Dále jsme zjišťovali, jaké mají zkušenosti s ostatními návykovými látkami (pervitin, heroin, kokain...) a jak často tyto látky zneužívají.

Dalším cílem této práce je porovnání s výsledky školní studie ESPAD z roku 2011 a s výsledky Celopopulační studie užívání návykových látek z roku 2008.

Výzkumné předpoklady:

Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že studenti gymnázia mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti středních odborných škol a středních odborných učilišť.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že chlapci mají více zkušeností s návykovými látkami než dívky.

Předpoklad č. 3: Předpokládáme, že studenti námi oslovených škol mají srovnatelné zkušenosti s návykovými látkami s výsledky školní studie ESPAD 2011 a i s výsledky Celopopulační studie užívání návykových látek z roku 2008 pro věkovou skupinu 15–24 let.

Předpoklad č. 4: Předpokládáme, že chlapci kouří více než dívky (cigarety).

Předpoklad č. 5: Předpokládáme, že studenti I. a II. ročníků mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti III. a IV. ročníků.

4.2 Charakteristika výzkumné metody

K získání potřebných informací a k ověření výzkumných předpokladů byla použita metoda dotazníkového šetření. Jednou z velkých výhod této metody je, že obsáhne velké množství respondentů za relativně krátkou dobu. Naopak nevýhodou je, že respondenti nemusejí odpovídat pravdivě.

Dotazník měl písemnou formu, byl natištěn na třech stranách, skládal se z 16 otázek a byl anonymní. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, kdy respondenti vybírali z několika nabídnutých odpovědí, a otázky polootevřené, kdy respondenti mohli napsat jinou odpověď v případě, že si nevybrali z nabízených možností. Jednotlivé otázky byly formulovány tak, aby byly pro většinu respondentů jasné a srozumitelné. Úplné znění dotazníku je uvedeno v Příloze I.

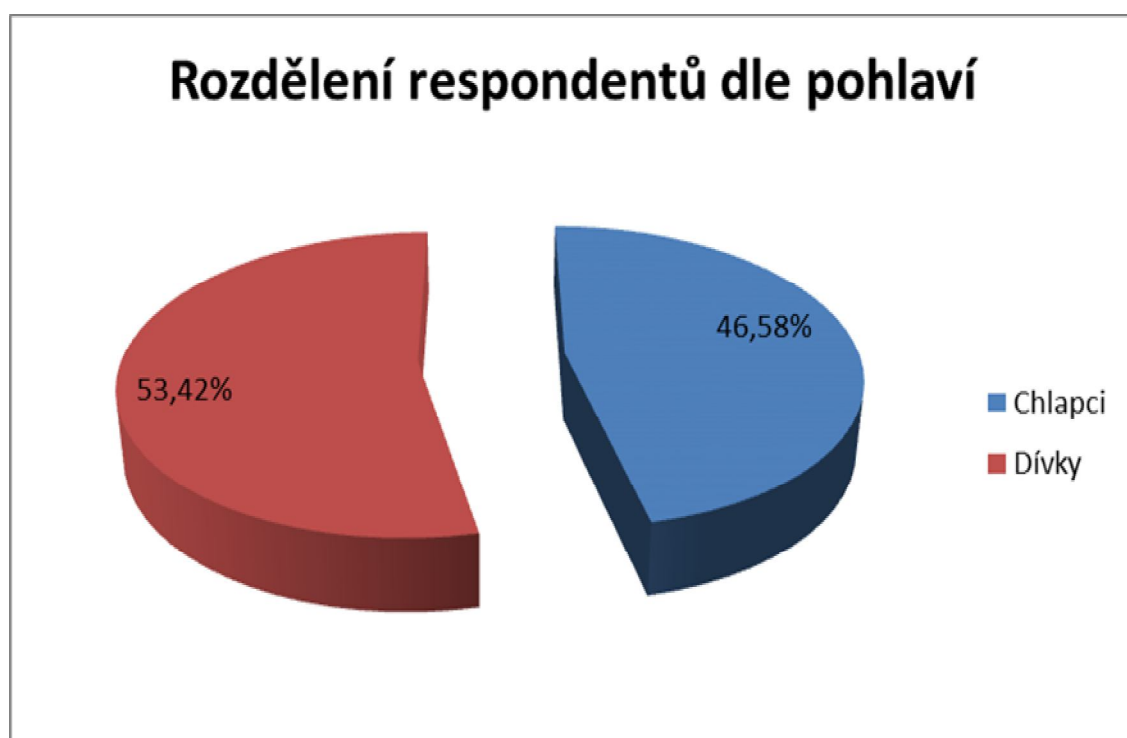
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl náhodný a byl tvořen 148 respondenty. Výzkumu byl proveden na Gymnáziu v Trhových Svinech, Střední průmyslové škole stavební z Českých Budějovic (SOŠ) a Středním odborném učilišti v Trhových Svinech (SOU). Z gymnázia se výzkumu zúčastnilo 21 studentů kvinty (12 chlapců a 9 dívek) a 20 studentů oktávy (12 chlapců a 8 dívek). Střední odbornou školu reprezentovalo 25 studentů II. ročníku (7 chlapců a 18 dívek) a 26 studentů IV. ročníku (18 chlapců a 8 dívek). Střední odborné učiliště reprezentovalo 24 studentů I. ročníku (8 chlapců a 16 dívek) a 32 studentů III. ročníku (13 chlapců a 19 dívek). Dva dotazníky od studentů z kvinty byly vyřazeny pro lživost, neboť v obou případech byly zaškrtnuty všechny odpovědi, které byly na výběr. Pro lepší názornost je výzkumný vzorek zobrazen v tabulce č. 3, grafu č. 1 (rozdělení podle pohlaví), grafu č. 2 (zastoupení respondentů dle typu školy) a grafu č. 3 (zastoupení chlapců a dívek podle školy).

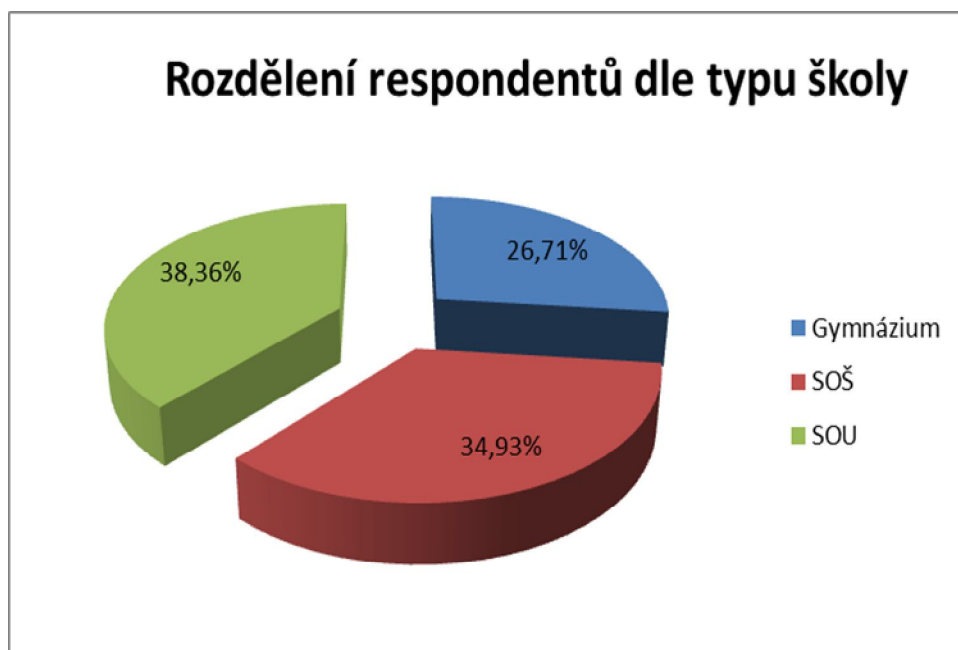
Dotazníky na jednotlivých školách jsem studentům zadávala sama a jejich vyplnění zabralo zhruba 10 minut. Ukázka vyplněného dotazníku je uvedena v Příloze II.

Tabulka 3: Výzkumný vzorek

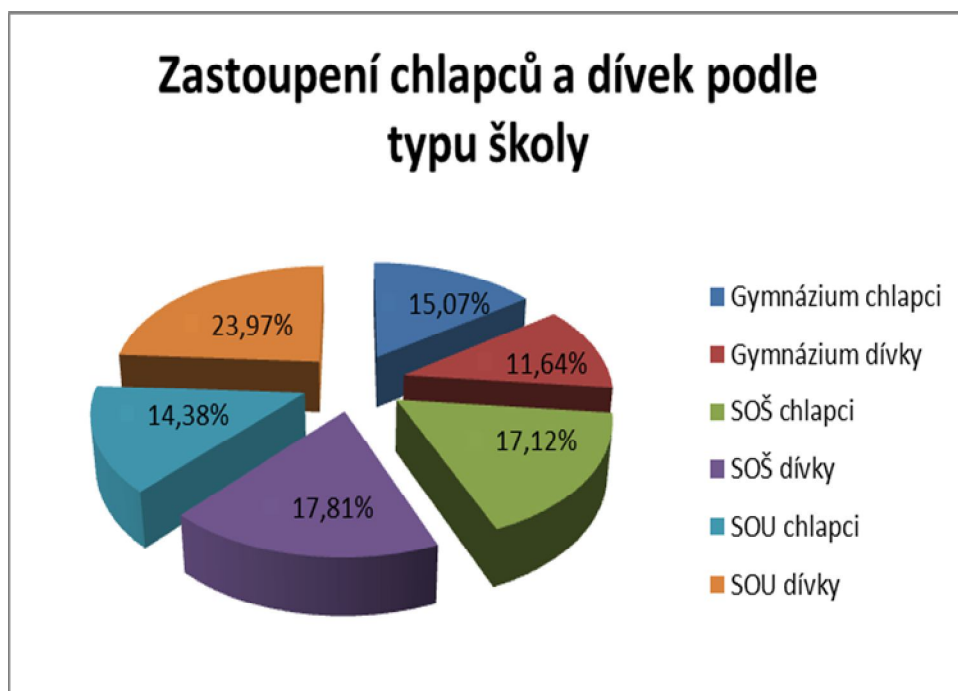
	Gymnázium		SOŠ		SOU	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
I.ročník	10	9			8	16
II.ročník			7	18		
III.ročník					13	19
IV.ročník	12	8	18	8		
Celkem	22	17	25	26	21	35
%	15,07	11,64	17,12	17,81	14,38	23,97



Graf 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví



Graf 2: Zastoupení respondentů dle typu školy



Graf 3: Zastoupení chlapců a dívek podle typu školy

5 Výsledky výzkumu

Jednotlivé otázky dotazníku byly vyhodnoceny a odpovědi byly zaznamenány do tabulek, popř. znázorněny pomocí grafů.

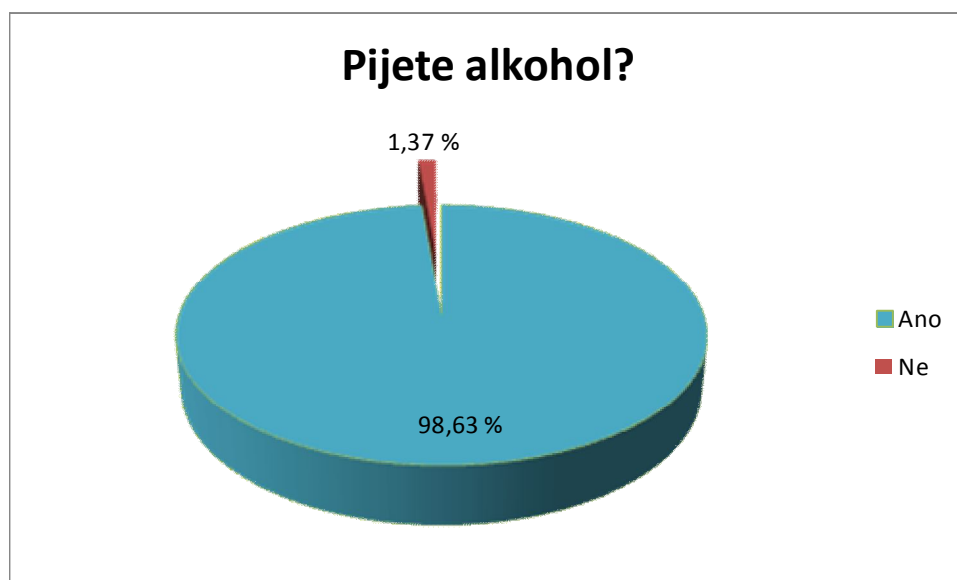
První otázka zjišťovala, zda studenti pijí alkohol a jak často. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 4 a 5. Odpovědi, zda studenti pijí alkohol, jsou znázorněny také graficky (graf č. 4). Frekvence pití alkoholu je znázorněna v grafu č. 5.

Tabulka 4: Pijete alkohol?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Ano	12	8	10	9	6	18	18	8	7	16	13	19	144
Ne	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾ Dívky



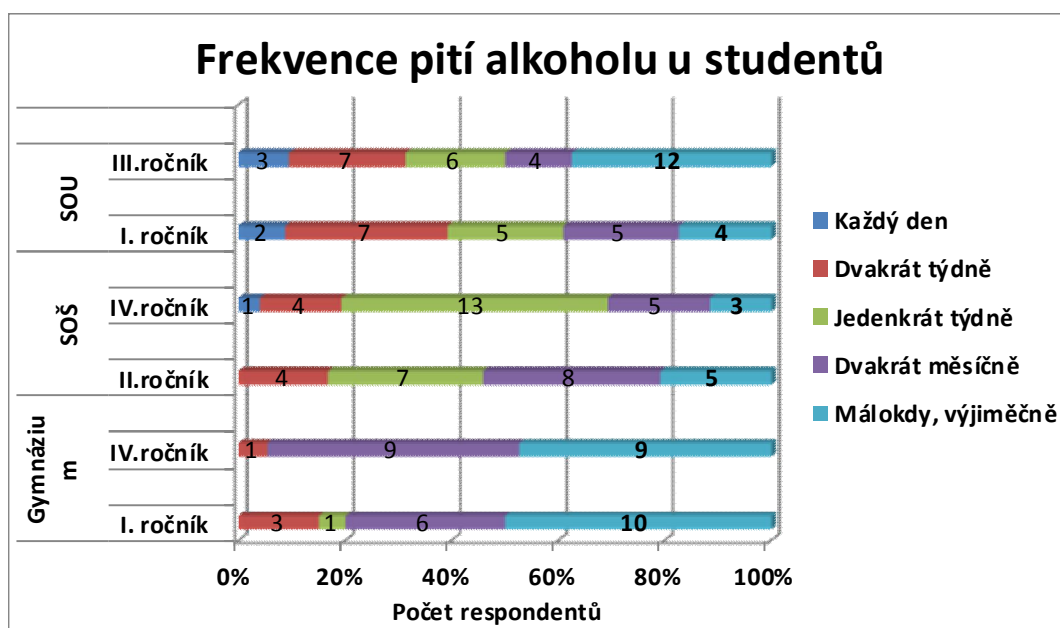
Graf 4: Pijete alkohol?

Tabulka 5: Jak často studenti pijí alkohol

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ¹⁾	D ²⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Každý den	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	6
2x týdně	3	0	1	0	4	0	4	0	1	6	3	4	26
1x týdně	0	1	0	0	1	6	9	4	1	4	2	4	32
2x měsíčně	4	2	3	6	0	8	4	1	1	4	2	2	37
Málokdy výjimečně	5	5	6	3	1	4	0	3	2	2	3	9	43
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	7	16	13	19	144

¹⁾ Chlapci

²⁾ Dívky



Graf 5: Frekvence pití alkoholu

Na tuto otázku pouze dva studenti odpověděli, že nepijí alkohol (jeden student II. ročníku SOŠ a jeden student I. ročníku SOU). Šest studentů dokonce odpovědělo, že pijí alkohol každý den, na druhou stranu 43 studentů pije alkohol výjimečně.

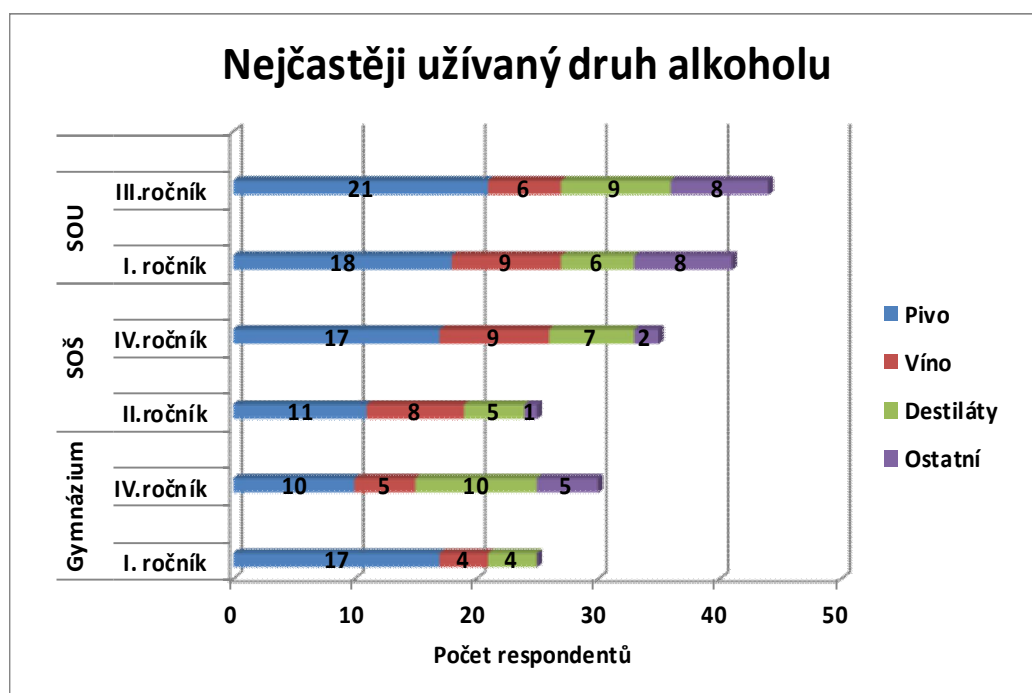
Druhá otázka zkoumala, jaký druh alkoholu respondenti užívají nejčastěji. U této otázky mohli studenti uvést více odpovědí. Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce č. 6 a pro lepší přehlednost znázorněny v grafu č. 6.

Tabulka 6: Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Pivo	12	5	7	3	6	5	15	2	7	11	10	11	94
Víno	2	2	1	4	0	8	4	5	2	7	2	4	41
Destiláty	3	1	6	4	1	4	4	3	2	4	6	3	41
Ostatní	0	0	3	2	0	1	2	0	3	5	1	7	24
Žádný	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2

⁾ Chlapci

⁾ Dívky



Graf 6: Nejčastěji užívaný druh alkoholu

Jako nejčastěji užívaný alkohol vybrali studenti všech typů škol pivo (tuto možnost vybralo 94 respondentů). Na druhém místě se umístilo víno shodně s destiláty (41 studentů) a na třetím místě skončila odpověď ostatní (24 respondentů). U této odpovědi studenti nejčastěji uváděli míchané nápoje jako rum-cola, vodka-džus. Ale také se vyskytla odpověď jako Fricso, Somersby, jablečný cider.

Třetí otázkou jsme zjišťovali, kdy dotazovaní ochutnali alhkohol poprvé. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 7.

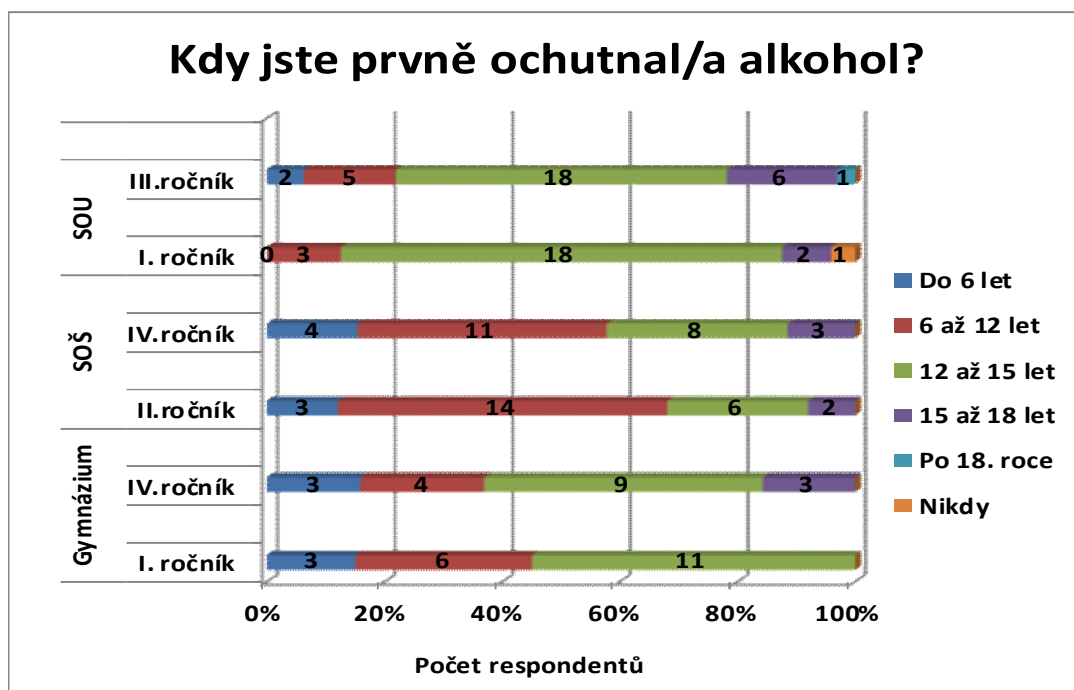
Tabulka 7: Kdy jste prvně ochutnal/a alkohol?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Do 6 let	2	1	3	0	0	3	2	2	0	0	0	2	15
6 až 12 let	4	2	1	3	7	7	7	4	1	2	3	2	43
12 až 15 let	6	5	6	3	0	6	7	1	5	13	7	11	70
15 až 18 let	0	0	0	3	0	2	2	1	1	1	2	4	16
Po 18. roce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Nikdy	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾ Dívky

Nejčastější odpověď u studentů gymnázia a SOU byla, že prvně ochutnali alkohol ve věku 12 až 15 let. Studenti SOŠ jako nejfrekventovanější odpověď uváděli první zkušenost s alkoholem ve věku 6 až 12 let. Jeden student SOU uvedl, že ochutnal alkohol až po 18. roce, resp. nikdy. 98,63 % dotázaných uvedlo, že ochutnali alkohol v době, kdy je jeho prodej osobám mladším 18 let v ČR legislativně zakázán. První zkušenosti s alkoholem jsou také zaznamenány v grafu č. 7.



Graf 7: První zkušenost s alkoholem

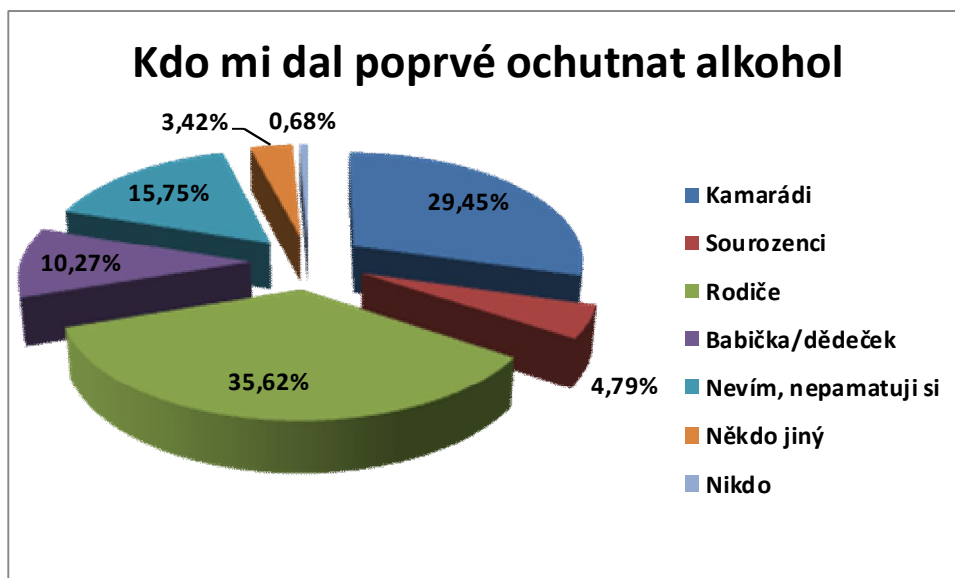
Čtvrtá otázka měla za úkol odhalit, kdo dal studentům alkohol ochutnat poprvé. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 8.

Tabulka 8: Kdo Vám dal poprvé ochutnat alkohol?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ¹⁾	D ²⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Kamarádi	2	2	3	3	2	4	2	0	5	9	3	8	43
Sourozenci	1	0	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	7
Rodiče	6	2	6	3	1	7	7	6	0	3	5	6	52
Babička/dědeček	1	1	0	0	1	4	3	2	1	1	0	1	15
Nevím, nepamatuji si	1	3	0	3	2	1	4	0	1	2	3	3	23
Někdo jiný	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	5
Nikdo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

¹⁾ Chlapci ²⁾ Dívky

Studenti všech škol shodně uvedli, že poprvé dostali ochutnat alkohol od svých rodičů, druhou nejčastější odpovědí byli kamarádi. U možnosti někdo jiný dotazovaní uváděli sám, od přítele. Tato otázka je znázorněna v grafu č. 8.



Graf 8: Kdo mi dal poprvé ochutnat alkohol

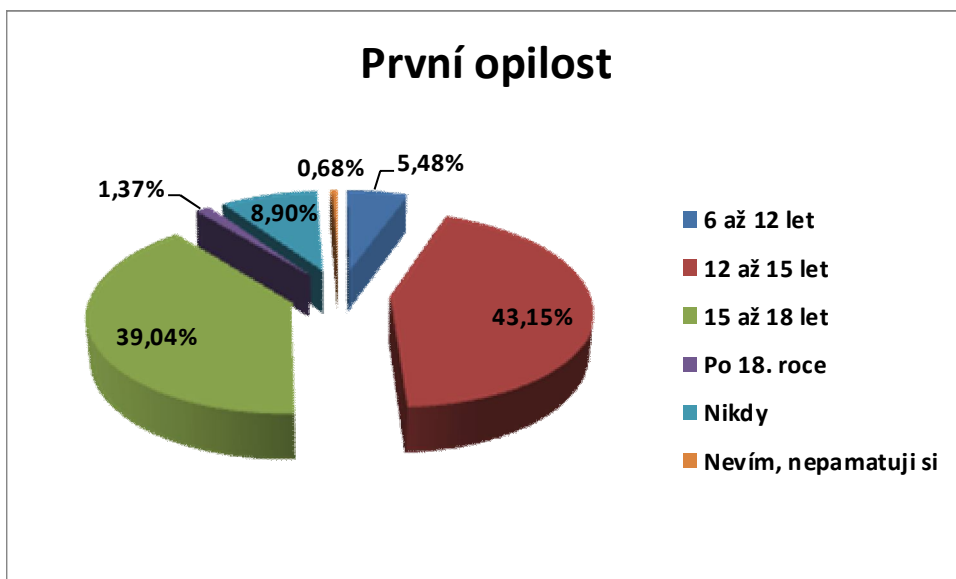
Pátá otázka zněla: Kdy jste se prvně opil/a? Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 9.

Tabulka 9: Kdy jste se prvně opil/a?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ¹⁾	D ²⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
6 až 12 let	2	0	0	0	2	0	0	1	0	1	1	1	8
12 až 15 let	3	4	3	3	4	9	7	2	4	9	5	10	63
15 až 18 let	4	1	6	4	0	7	11	3	3	5	6	7	57
Po 18. roce	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Nikdy	1	3	1	0	1	2	0	2	1	1	0	1	13
Nevím, nepamatuji se	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Celkem	11	8	10	8	7	18	18	8	8	16	13	19	144

¹⁾ Chlapci ²⁾ Dívky

Na tuto otázku odpovědělo 144 studentů z celkového počtu 146, tj. 98,63 %. 63 respondentů (tj. 43,15 %) uvedlo, že prvně se opili mezi 12. až 15. rokem. 57 dotazovaných (tj. 39,04 %) označilo možnost mezi 15. až 18. rokem. Tedy 82,19 % dotázaných se opilo ve věku, kdy je prodej alkoholických nápojů osobám mladší 18 let v ČR legislativně zakázán. Nikdy se neopilo 13 studentů (tj. 8,90 %). Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 9.



Graf 9: První opilost

Šestá otázka měla zjistit, kolik z dívek a kolik z chlapců kouří a také zda více kouří studenti SOU a SOŠ než studenti gymnázia. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 10 a 11. Tato otázka u kouřících také zjišťovala množství vykouřených cigaret za den – tabulka č. 12, graf č. 12.

Tabulka 10: Počet kouřících cigarety dle pohlaví

	Chlapci	Dívky	Celkem
Kouřím	40	53	93
Nekouřím	28	25	53
Celkem	68	78	146

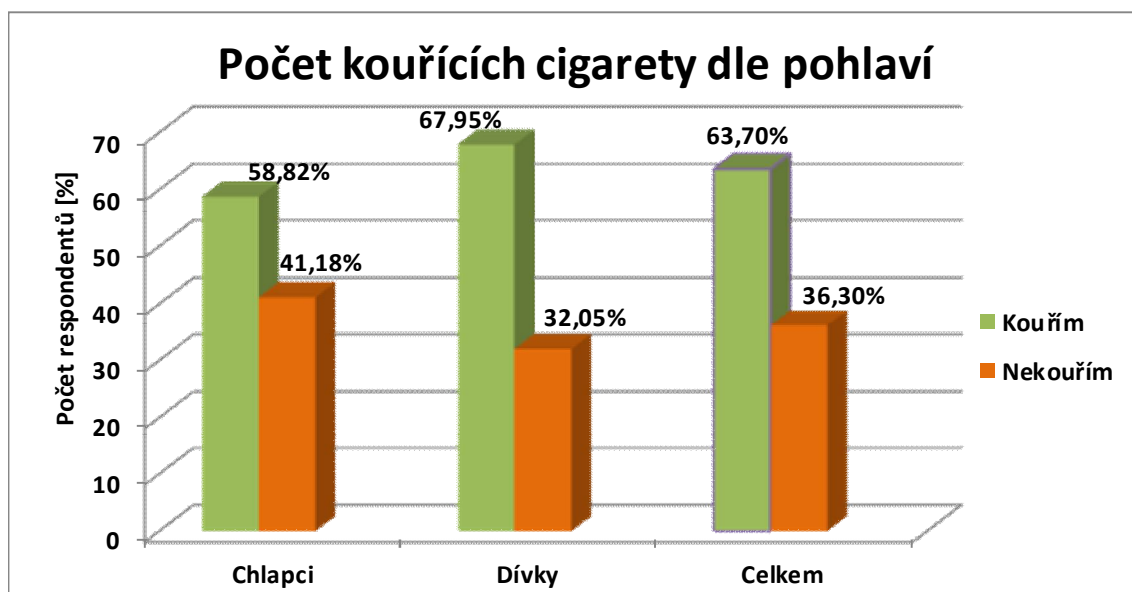
Tabulka 11: Počet kouřících cigarety dle školy

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Kouřím	0	2	3	4	5	12	14	6	5	14	13	15	93
Nekouřím	12	6	7	5	2	6	4	2	3	2	0	4	53
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

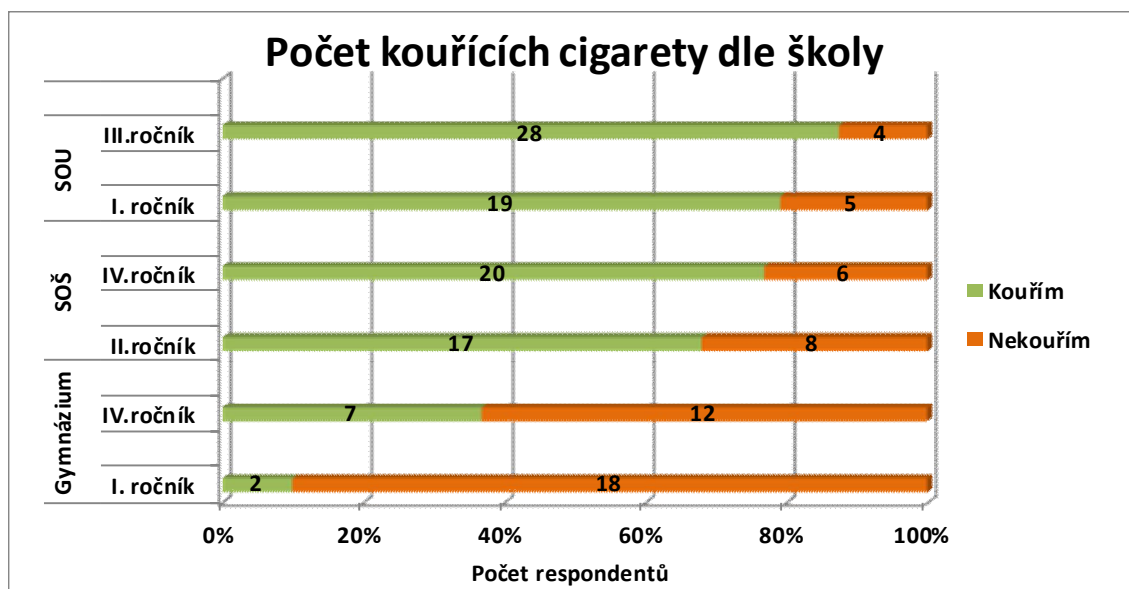
⁾ Chlapci

⁾ Dívky

Touto otázkou jsme zjistili, že 63,70 % respondentů kouří. Dále jsme zjistili, že mezi kuřáky je více dívek než chlapců. Výsledky jsou také zaznamenány v grafu č. 10. Dále jsme také zjistili, že studenti SOU a SOŠ kouří daleko více než studenti gymnázia a také, že studenti SOU kouří více než studenti SOŠ. Odpovědi jsou také znázorněny v grafu č. 11.



Graf 10: Počet kouřících cigarety dle pohlaví



Graf 11: Počet kouřících cigarety dle školy

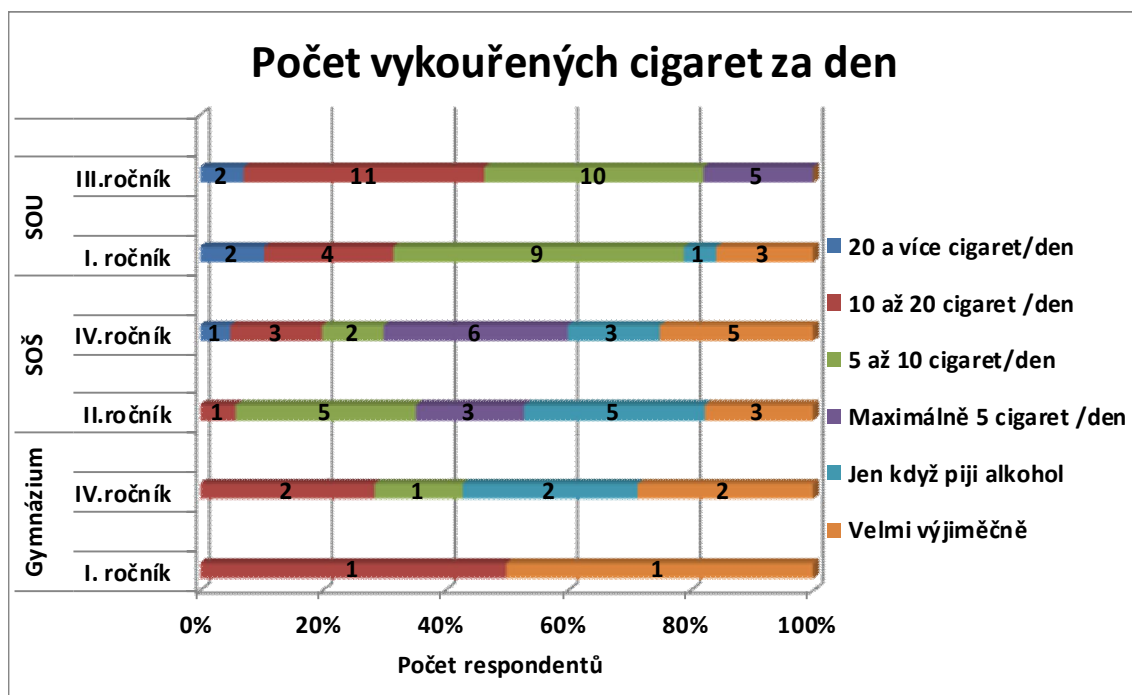
Tabulka 12: Množství vykouřených cigaret za den

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
20 a více cig./den	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	5
10-20 cig./den	0	1	1	1	1	0	3	0	1	3	5	6	22
5-10 cig./den	0	0	1	0	4	1	2	0	2	7	4	6	27
Maximálně 5 cig./den	0	0	0	0	0	3	4	2	0	0	3	2	14
Jen když piji alkohol	0	0	0	2	0	5	2	1	0	1	0	0	11
Velmi výjimečně	0	1	1	1	0	3	2	3	1	2	0	0	14
Celkem	0	2	3	4	5	12	14	6	5	14	13	15	93

⁾ Chlapci

⁾ Dívky

Z 93 kouřících respondentů jich 27 odpovědělo (tj. 29,03 %), že vykouří 5 až 10 cigaret denně. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 22 oslovených, byla denní spotřeba 10 až 20 cigaret. Pět studentů (tj. 5,38 %) uvedlo, že vykouří 20 a více cigaret denně. Zbývajících možnosti získali podobný počet odpovědí. Odpovědi na tuto otázku jsou vyjádřeny v grafu č. 12.



Graf 12: Počet vykouřených cigaret za den

Sedmá otázka se ptala na to, v kolika letech studenti prvně ochutnali cigaretu. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 13 a vyjádřeny v grafu č. 13.

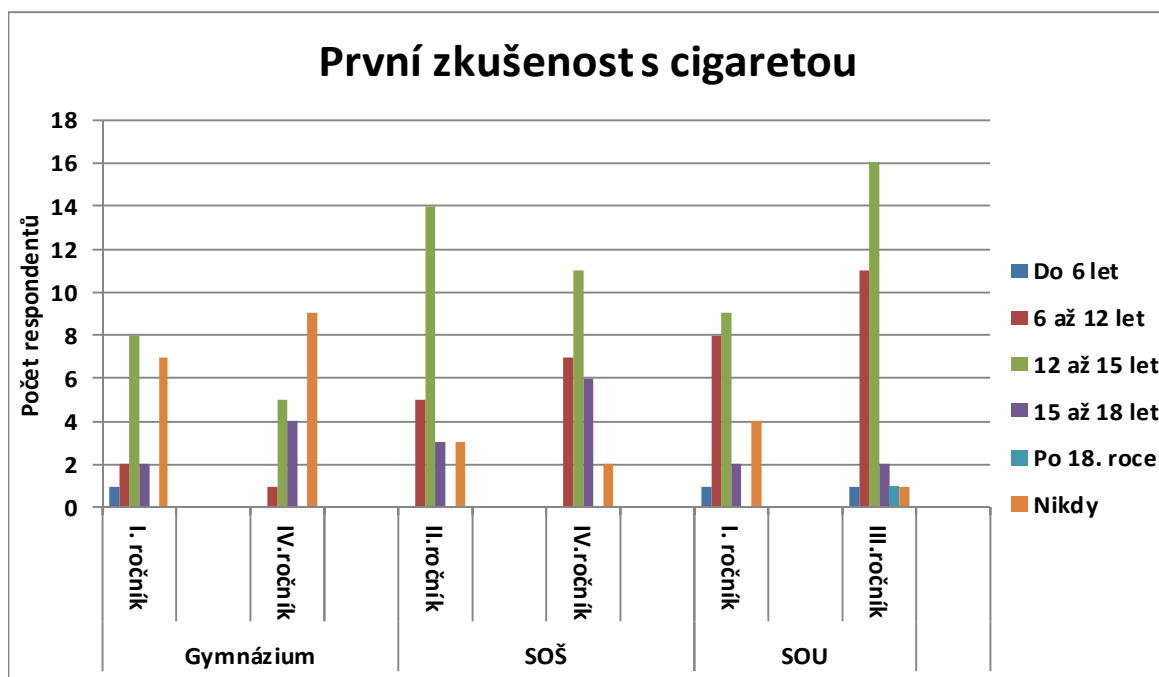
Tabulka 13: Kdy jste poprvé ochutnal/a cigaretu?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Do 6 let	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
6 až 12 let	2	0	1	0	2	3	6	1	1	7	5	6	34
12 až 15 let	4	4	3	2	5	9	10	1	2	7	6	10	63
15 až 18 let	2	0	2	2	0	3	2	4	1	1	0	2	19
Po 18. roce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Nikdy	3	4	4	5	0	3	0	2	3	1	0	1	26
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

Z celkového počtu 146 respondentů, 63 studentů (tj. 43,15 %) uvedlo, že prvně ochutnali cigaretu mezi 12. až 15. rokem. Na druhém místě skončila odpověď mezi 6. až 12. rokem, kterou zvolilo 34 dotazovaných (tj. 23,29 %). Třetí nejčastější odpovědí byla možnost nikdy, kterou uvedlo 26 studentů (17,81%, z toho bylo 16 studentů gymnázia). 81,51 % dotázaných (119 studentů) prvně ochutnalo cigaretu ve věku, kdy je prodej tabákových výrobků osobám mladší 18 let zakázán. Odpovědi jsou také zobrazeny v grafu č. 13.



Graf 13: První zkušenost s cigaretou

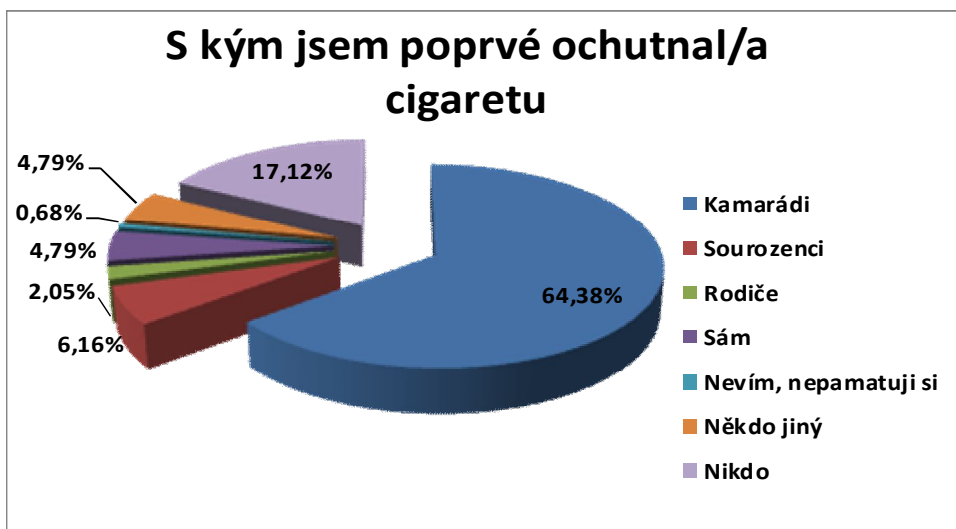
Osmou otázkou jsme zjišťovali, s kým dotazovaní prvně ochutnali cigaretu. Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce č. 14.

Tabulka 14: S kým jste poprvé ochutnal/a cigaretu?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ¹⁾	D ²⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Kamarádi	6	3	3	2	5	14	14	5	5	12	9	16	94
Sourozenci	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	3	1	9
Rodiče	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
Sám	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7
Nevím, nepamatuji si	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Někdo jiný	2	1	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	7
Nikdo	3	4	4	5	0	3	0	2	2	1	0	1	25
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

¹⁾ Chlapci ²⁾ Dívky

Pokud studenti někdy cigaretu ochutnali, nejčastěji odpovídali, že to bylo s kamarády. Tuto možnost zvolilo 64,38 % respondentů. S rodiči ochutnali cigaretu pouze 3 studenti, z čehož vyplývá, že rodiče považují cigarety za více nebezpečné než alkohol (pozn. alkohol dostalo od rodičů poprvé ochutnat 35,62 % dotázaných). U možnosti s někým jiným respondenti uváděli tetu (ve 3 případech), sestřenicí, švagrovou. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 14.



Graf 14: S kým jsem poprvé ochutnal/a cigaretu

Devátá otázka se ptala kuřáků, od kolika let kouří pravidelně. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 15.

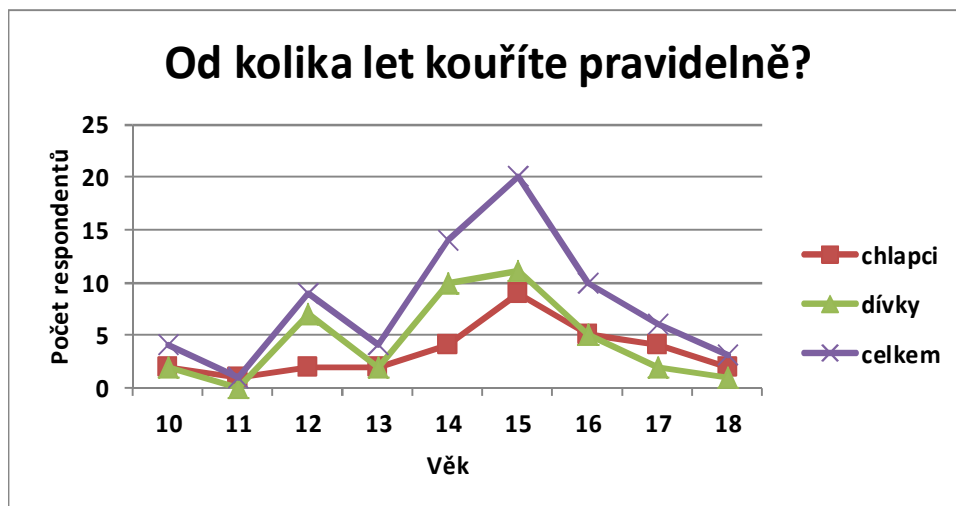
Tabulka 15: Od kolika let kouříte pravidelně?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
10 let	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
11 let	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
12 let	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	2	9
13 let	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
14 let	0	0	0	0	1	4	0	0	0	2	3	4	14
15 let	0	0	0	0	2	0	2	0	1	4	4	7	20
16 let	0	0	1	1	2	1	2	2	0	0	0	1	10
17 let	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	2	6
18 let	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že studenti začínají pravidelně kouřit mezi 14. až 16. rokem. Dívky začínají kouřit spíše v mladším věku (nejčastěji mezi 14. až 15. rokem), chlapci zase ve vyšším věku (nejčastěji mezi 15. až 18. rokem). Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 15.



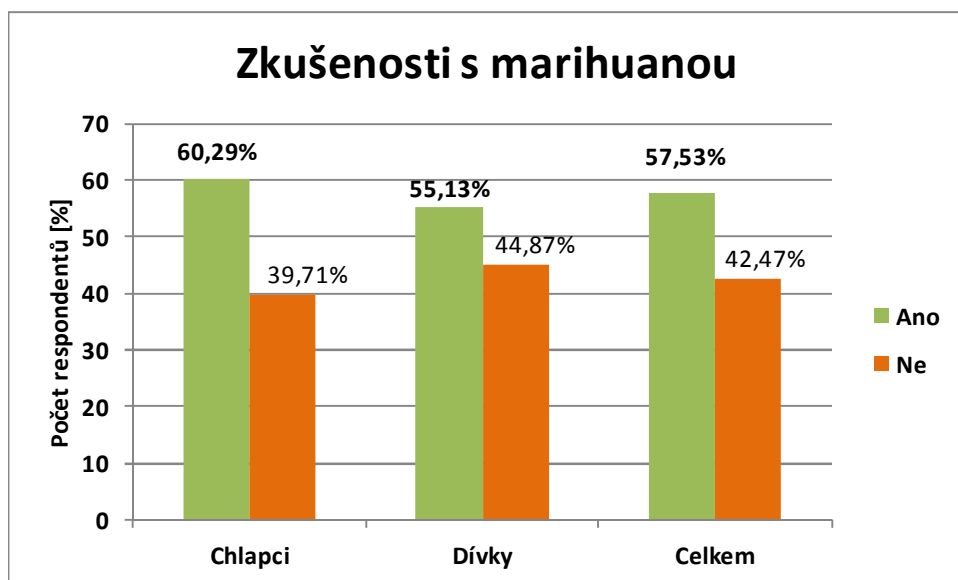
Graf 15: Od kolika let kouříte pravidelně?

Desátá otázka se ptala na zkušenosti s marihuanou. Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v tabulce č. 16.

Tabulka 16: Zkušenosti s marihuanou

	Chlapci	Dívky	Celkem
Ano	41	43	84
Ne	27	35	62
Celkem	68	78	146

Více než 57 % respondentů uvedlo, že někdy kouřili marihuanu. Z odpovědí také vyplývá, že chlapci mají více zkušeností s marihuanou než dívky, ale rozdíl podle pohlaví není veliký. Odpovědi na tuto otázku jsou také zaznamenány v grafu č. 16.



Graf 16: Zkušenosti s marihuanou dle pohlaví

Tato otázka také zjišťovala zkušenosti s marihuanou dle typu školy. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 17.

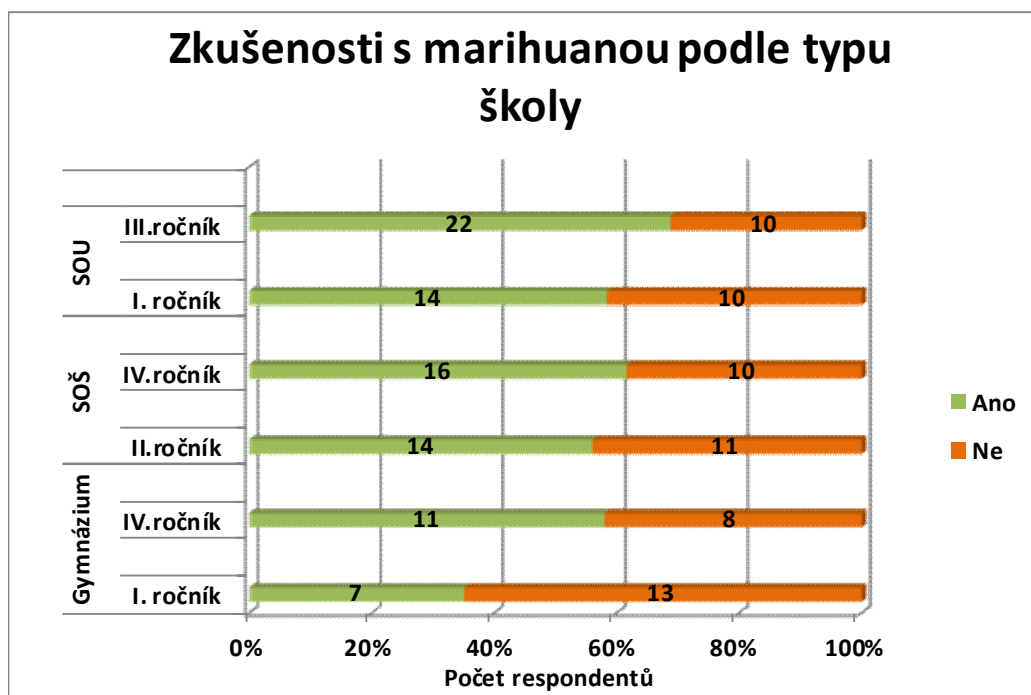
Tabulka 17: Zkušenosti s marihuanou dle typu školy

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I..		III.		
	CH ⁾	D ⁾⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Ano	5	2	5	6	5	9	13	3	4	10	9	13	84
Ne	7	6	5	3	2	9	5	5	4	6	4	6	62
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

Jak můžeme vidět v grafu č. 17, studenti gymnázia mají nejméně zkušeností s marihuanou oproti studentům SOŠ a SOU. Naopak, nejvíce zkušeností s touto nelegální drogou mají studenti SOU. Z výsledků také vyplývá, že studenti nižších ročníků mají s touto drogou méně zkušeností než studenti vyšších ročníků. Tato skutečnost byla zaznamenána u všech typů škol.



Graf 17: Zkušenosti s marihuanou podle typu školy

Otázka č. 11 zněla: V kolika letech jste prvně ochutnal/a marihuanu? Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 18.

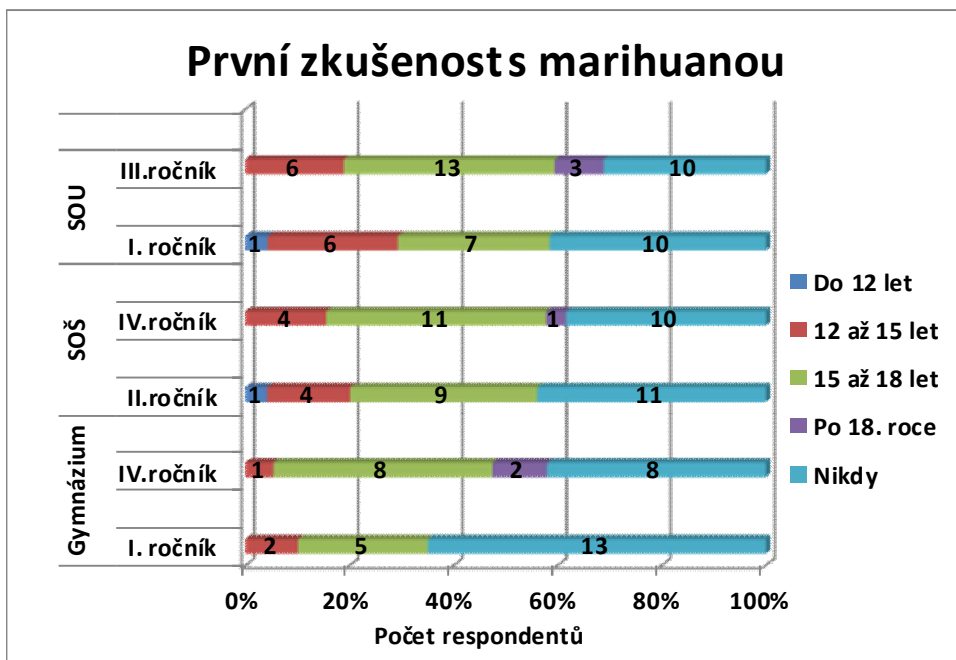
Tabulka 18: V kolika letech jste prvně ochutnal/a marihuanu?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ¹⁾	D ²⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Do 12 let	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
12 až 15 let	1	1	0	1	1	3	4	0	2	4	2	4	23
15 až 18 let	4	1	3	5	4	5	8	3	2	5	6	7	53
Po 18. roce	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	2	6
Nikdy	7	6	5	3	2	9	5	5	4	6	4	6	62
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

¹⁾ Chlapci

²⁾ Dívky

Jak jsme již zjistili v otázce č. 10, 62 studentů (tj. 42,47 %) nemá žádné zkušenosti s marihuanou. Z 84 studentů, kteří zkušenost s touto drogou přiznali, jich 53 uvedlo, že poprvé ochutnali marihuanu ve věku 15 až 18 let, 23 studentů pak uvedlo možnost 12 až 15 let. Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány v grafu č. 18.



Graf 18: První zkušenost s marihuanou

Otázka č 12 se ptala studentů na to, s kým marihuanu ochutnali poprvé. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 19.

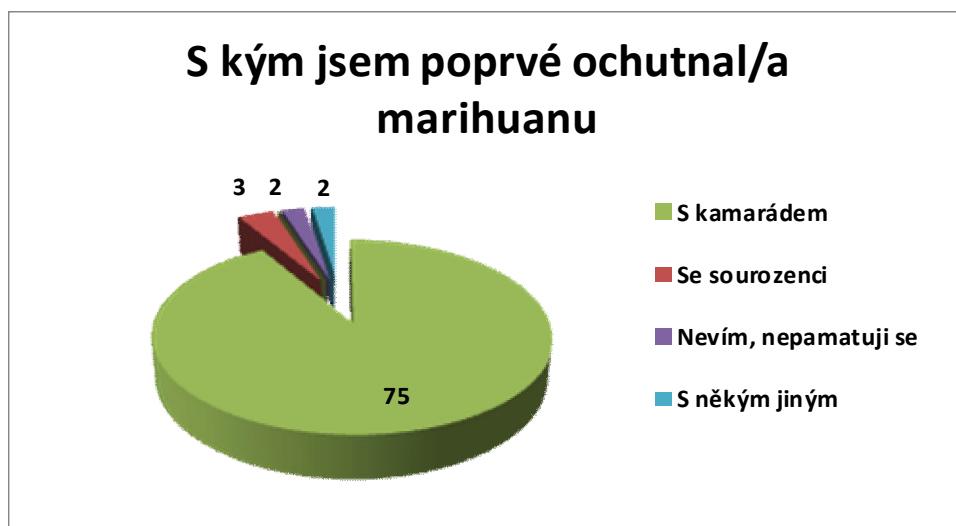
Tabulka 19: S kým jste poprvé ochutnal/a marihuanu?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
S kamarádem	5	2	5	6	4	8	11	3	4	8	7	12	75
Se sourozenci	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
Sám/a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nevím, nepamatuji se	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
S někým jiným	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
S nikým	7	6	5	3	2	9	5	5	4	6	4	6	62
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	15	13	18	144

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

Na tuto otázku odpovědělo 144 studentů z celkového počtu 146 (tj. 98,63%). Z 84 respondentů, kteří marihuanu užili, jich 75 odpovědělo, že tuto drogu poprvé ochutnali s kamarády. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 19, v grafu není znázorněna možnost odpovědi s nikým.



Graf 19: S kým jsem poprvé ochutnal/a marihuanu

Třináctá otázka zjišťovala, jak často studenti marihuanu kouří. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 20.

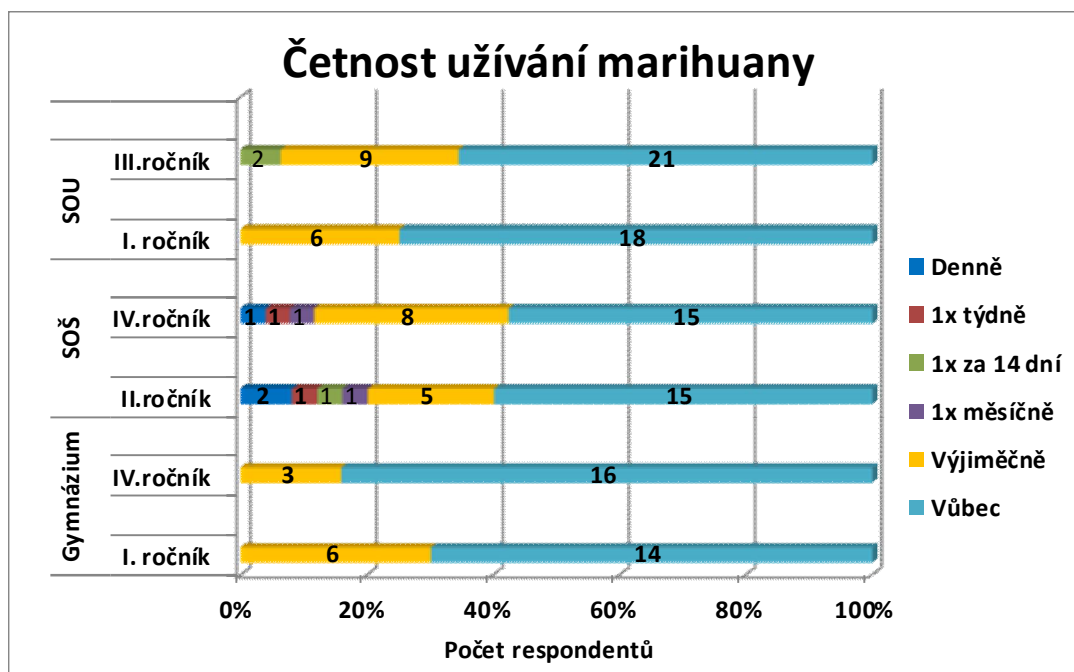
Tabulka 20: Jak často kouříte marihuanu?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Denně	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3
1x týdně	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
1x za 14 dní	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
1x měsíčně	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Výjimečně	4	2	2	1	2	3	7	1	1	5	4	5	37
Vůbec	8	6	8	8	2	13	9	6	7	11	9	12	99
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

67,81 % respondentů uvedlo (99 studentů), že marihuanu neužívají vůbec, 25,34 % (tj. 37 studentů) občas. Tři studenti SOŠ odpověděli, že marihuanu kouří denně. Tato otázka je také znázorněna v grafu č. 20.



Graf 20: Četnost užívání marihuany

Otázka č. 14 zjišťovala, jestli studenti mají zkušenosti i s jinými návykovými látkami, než na které byl dotazník zaměřen doposud. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 21.

Tabulka 21: Máte zkušenosti i s jinými návykovými látkami?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Ano	1	0	2	1	0	1	3	2	0	4	1	4	19
Ne	11	8	8	8	7	17	15	6	8	12	12	15	127
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾ Dívky

127 respondentů (tj. 86,99 %) odpovědělo, že nemá zkušenosti s jinými návykovými látkami, naopak 19 studentů odpovědělo, že zkušenosti má. Těchto

19 studentů jsme se dále ptali, jaké návykové látky zkusili. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 22.

Tabulka 22: Jaké návykové látky jste zkusil/a?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II. r		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Pervitin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	4
Heroin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokain	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Extáze	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	1	1	9
LSD	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	5
Ředidla	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	4
Lysohlávky	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	6
Jiné	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Celkem	1	0	3	1	0	2	5	2	0	14	1	4	33

⁾ Chlapci

⁾ Dívky

Z odpovědí vyplývá, že studenti mají nejvíce zkušeností s extází, na druhém místě se umístily lysohlávky, dále LSD. Na čtvrté příčce se umístil pervitin, se kterým mají zkušenosti čtyři dívky SOU, ředidla a odpověď jiné (u této možnosti studenti uváděli kofein a tein). Jeden student SOŠ má zkušenosti s kokainem.

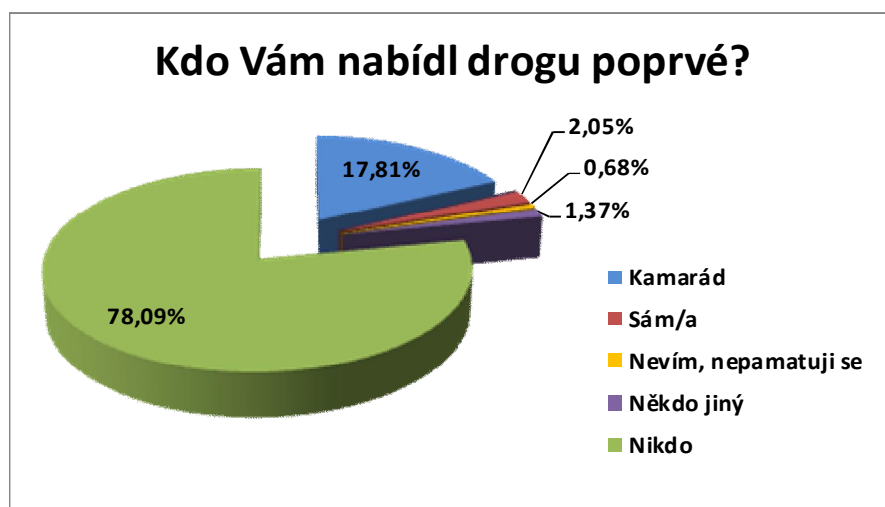
Otázka č. 15 zněla: Kdo Vám nabídl drogu poprvé? Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 23.

Tabulka 23: Kdo Vám drogu nabídl poprvé?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Kamarád	2	1	2	1	0	4	5	2	0	4	0	5	26
Sourozenec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sám/a	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Nevím, nepamatuji se	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Někdo jiný	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Nikdo	9	7	5	8	7	14	12	6	8	12	12	14	114
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci ⁾ Dívky

Pokud nebudeme brát na zřetel možnost nikdo, kterou uvedlo 114 respondentů, byla droga nejčastěji studentů nabídnuta kamarádem. Tuto možnost zvolilo 26 dotázaných. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 21.



Graf 21: Kdo Vám nabídl drogu poprvé?

Otázka č. 16 se ptala na četnost užívání návykových látek. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 24.

Tabulka 24: Jak často užíváte návykové látky?

Škola	Gymnázium				SOŠ				SOU				Celkem
Ročník	V.		VIII.		II.		IV.		I.		III.		
	CH ⁾	D ⁾	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
Denně	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1x týdně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1x za 14 dní	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1x měsíčně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Výjimečně	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4
Vůbec	12	8	8	9	7	17	17	7	8	16	13	19	141
Celkem	12	8	10	9	7	18	18	8	8	16	13	19	146

⁾ Chlapci

⁾⁾ Dívky

Jeden student gymnázia odpověděl, že drogu užívá denně. Tento student jako drogu však uvedl kofein a tein. Čtyři studenti, z toho tři ze SOŠ a jeden z gymnázia, užívají návykové látky výjimečně, ostatní respondenti vůbec, což představuje 96,58 % dotázaných.

6 Interpretace výsledků

Celá tato práce je zaměřena na zkušenosti studentů středních škol s návykovými látkami. Výzkumu se zúčastnily tyto školy: Gymnázium Trhové Sviny, Střední odborná škola stavební z Českých Budějovic a Střední odborné učiliště z Trhových Svinů.

První předpoklad, že studenti gymnázia mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti střední odborné školy a středního odborného učiliště, **se potvrdil**. Pokud bychom se zaměřili na jednotlivé typy návykových látek, zkušenosti studentů s alkoholem jsou u všech typů škol srovnatelné (gymnázium : SOŠ : SOU = 100 % : 98,04 % : 98,21 %). Rozdíly byly zaznamenány u kouření cigaret (zkušenost s cigaretami uvedlo 23,08 % studentů gymnázia, 72,55 % studentů SOŠ a 83,93 % studentů SOU), marihuany (zkušenost s marihuanou uvedlo 46,15 % studentů gymnázia, 58,82 % studentů SOŠ a 64,29 % studentů SOU) a užívání ostatních návykových látek (zkušenost uvedlo 10,26 % studentů gymnázia, 11,76 % studentů SOŠ a 16,07 % studentů SOU), kdy studenti gymnázia mají s těmito typy návykových látek méně zkušeností než studenti střední odborné školy a středního odborného učiliště. Celkově tedy studenti gymnázia mají méně zkušeností s návykovými látkami než ostatní studenti

Druhý předpoklad, že chlapci mají více zkušeností s návykovými látkami než dívky, **se nepotvrdil**. Pokud opět rozebereme jednotlivé typy návykových látek, zjistili jsme, že neexistují rozdíly mezi chlapci a dívkami u alkoholu. Zkušenost s alkoholem uvedlo 97,06 % chlapců a 100 % dívek. S marihuanou má více zkušeností chlapců (60,29 %) než dívek (55,13 %). Naopak více dívek má zkušenosti s ostatními návykovými látkami jako je pervitin, extáze, LSD a ředidla a lysohlávky. Zkušenost a ostatními návykovými látkami uvedlo 12 dívek (tj. 15,38) a 7 chlapců (tj. 10,29 %).

Třetí předpoklad, že studenti námi oslovených škol mají srovnatelné zkušenosti s návykovými látkami s výsledky školní studie ESPAD 2011 a i s výsledky Celopopulační studie užívání návykových látek z roku 2008 pro věkovou skupinu 15–24 let, **se nepotvrdil**. Jak vyplývá z výsledků školní studie ESPAD 2011, mezi nelegálními drogami se na prvním místě umístily konopné drogy (42,3 %), dalšími nejčastějšími bylo čichání rozpouštědel (7,8 %), halucinogenní houby (6,9 %), LSD (5,1 %) a extáze (3,3 %). Alkohol v životě pilo téměř 98 % dotázaných a alespoň jednou

v životě kouřilo 75 % respondentů. Z našeho výzkumu vyplývá, že také nejvíce studentů má zkušenosti s marihuanou (50,72 %), na dalších místech se umístily lysohlávky (7,25 %), pervitin, extáze a LSD (všechny po 4,38 %), zkušenosti s alkoholem mělo 97,10 % dotázaných, alespoň jednou v životě kouřilo 55,07 % respondentů, což je téměř o 20 % méně než uvádí výsledek studie ESPAD 2011.

Podle výsledků studie realizované v roce 2008 užilo alkohol 87,1 %, alespoň jednou v životě kouřilo 70,7 % respondentů, z nelegálních drog se na prvním místě umístily konopné drogy s 36,7 %, na dalších místech se umístila extáze (14,3 %), halucinogenní houby (8,7 %), pervitin, amfetaminy (5,8 %), LSD (5,4 %) a těkavé látky (4,1). Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že alkohol ochutnalo 98,63 % respondentů, zkušenosti s kouřením cigaret má 63,70 % studentů. Z nelegálních drog se na prvním místě také umístilo konopí s 57,53 %, na dalším místě se umístila extáze (6,16 %), lysohlávky (4,11 %), LSD (3,43 %), ředidla, pervitin (2,74 %) a kokain (0,68 %).

Čtvrtý předpoklad, že chlapci kouří cigarety více než dívky, **se nepotvrdil**. Z celkového počtu 78 dívek jich 53, tj. 67,95 %, uvedlo, že kouří. Z chlapců kouří 40 dotázaných (tj. 58,52 %) z celkového počtu 68.

Pátý předpoklad, že studenti I. a II. ročníků mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti III. a IV. ročníků, **se potvrdil**. Pokud se opět podíváme na jednotlivé návykové látky, zjistíme, že dva studenti, kteří uvedli, že nepijí, alkohol navštěvují I. ročník středního odborného učiliště a II. ročník střední odborné školy. I frekvence požití alkoholu říká, že studenti nižších ročníků užívají alkohol méně často než studenti vyšších ročníků (viz graf č. 5). Toto však neplatí o studentech gymnázia. Pokud se zaměříme na kouření cigaret, zkušenosti s marihuanou a ostatními návykovými látkami, zjistíme, že ve všech těchto případech se potvrdil výzkumný předpoklad. Cigarety kouří 38 studentů nižších ročníků a 55 studentů vyšších ročníků. Zkušenost s marihuanou uvedlo 35 studentů z nižších ročníků a 49 studentů z vyšších ročníků. Ostatní návykové látky vyzkoušelo 6 studentů nižších ročníků a 13 studentů vyšších ročníků.

7 Závěr

Teoretická část této práce se zabývala problematikou drog, jejich rozdělení a účinky. Pozornost byla také věnována výzkumům zabývajícím se problematikou návykových látek. Výzkumy v ČR jsou zaměřeny na celou populaci ČR, ale i na školní populaci. Česká republika se účastní i mezinárodních výzkumů, např. ESPAD. Práce se také zabývala problematikou prevence ve školním prostředí. Teoretická část byla zpracována na základě dostupných literárních zdrojů. Literatury, která se zabývá touto problematikou, je dostatek. Velké množství informací o této problematice lze nalézt také na internetu (např. www.adiktologie.cz/, www.drogy-info.cz/...).

V praktické části se tato bakalářská práce se zabývala zkušenostmi studentů středních škol s návykovými látkami. Práce byla zaměřena na alkohol, marihuanu a ostatní návykové látky jako extáze, LSD, lysohlávky atd. Pro zpracování této práce byly osloveny tyto školy: Gymnázium Trhové Sviny, Střední odborná škola stavební České Budějovice a Střední odborné učiliště Trhové Sviny. Zkušenosti studentů s návykovými látkami byly zjišťovány metodou dotazníkové šetření. Dotazník byl anonymní a skládal se z 16 otázek. Jednotlivé otázky byly vyhodnoceny a zpracovány pomocí tabulek a grafů.

Z výzkumu vyplývá, že zkušenosti s alkoholem má 98,63 % respondentů. Pouze dva studenti uvedli, že alkohol nikdy neochutnali. Zkušenosti s kouřením cigaret má 63,70 % studentů (z toho 58,82 % chlapců a 67,95 % dívek). Z nelegálních drog se na prvním místě umístilo konopí s 57,53 % (zkušenost s marihuanou uvedlo 60,29 % chlapců a 55,13 % dívek), na dalším místě se umístila extáze (6,16 %), lysohlávky (4,11 %), LSD (3,43 %), ředidla (2,74 %), pervitin (2,74 %) a kokain (0,68 %). Dále jsme zjistili, že studenti gymnázia mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti střední odborné školy a než studenti středního odborného učiliště. Z výzkumu také vyplynulo, že studenti nižších ročníků mají méně zkušeností s návykovými látkami než studenti vyšších ročníků.

8 Seznam grafů, obrázků a tabulek

8.1 Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	68
Graf 2: Zastoupení respondentů dle typu školy.....	69
Graf 3: Zastoupení chlapců a dívek podle typu školy	69
Graf 4: Pijete alkohol?	70
Graf 5: Frekvence pití alkoholu.....	71
Graf 6: Nejčastěji užívaný druh alkoholu	72
Graf 7: První zkušenost s alkoholem	74
Graf 8: Kdo mi dal poprvé ochutnat alkohol.....	75
Graf 9: První opilost.....	76
Graf 10: Počet kouřících cigarety dle pohlaví.....	77
Graf 11: Počet kouřících cigarety dle školy	78
Graf 12: Počet vykouřených cigaret za den	79
Graf 13: První zkušenost s cigaretou	81
Graf 14: S kým jsem poprvé ochutnal/a cigaretu	82
Graf 15: Od kolika let kouříte pravidelně?.....	84
Graf 16: Zkušenosti s marihuanou dle pohlaví.....	85
Graf 17: Zkušenosti s marihuanou podle typu školy	86
Graf 18: První zkušenost s marihuanou	87
Graf 19: S kým jsem poprvé ochutnal/a marihuanu	89
Graf 20: Četnost užívání marihuany	90
Graf 21: Kdo Vám nabídl drogu poprvé?	92

8.2 Seznam obrázků

Obrázek 1: Trip LSD.....	19
Obrázek 2: Lysohlávky	20
Obrázek 3: Opium	23
Obrázek 4: Listy koky pravé	30

Obrázek 5: Chemický vzorec extáze	33
Obrázek 6: Tablety extáze.....	33
Obrázek 7: Konopí seté	37
Obrázek 8: Květenství konopí.....	37
Obrázek 9: Marihuana.....	38
Obrázek 10: Chemický vzorec nikotinu.....	41
Obrázek 11: Systém prevence v ČR	56
Obrázek 12: Systém prevence v ČR	56

8.3 Seznam tabulek

Tabulka 1: Míra rizikovosti návykových látek.....	16
Tabulka 2:Obsah nejvýznamnějších alkaloidů v opiu	23
Tabulka 3: Výzkumný vzorek	68
Tabulka 4: Pijete alkohol?.....	70
Tabulka 5: Jak často studenti pijí alkohol.....	71
Tabulka 6: Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?.....	72
Tabulka 7: Kdy jste prvně ochutnal/a alkohol?.....	73
Tabulka 8: Kdo Vám dal poprvé ochutnat alkohol?	74
Tabulka 9: Kdy jste se prvně opil/a?	75
Tabulka 10: Počet kouřících cigarety dle pohlaví	76
Tabulka 11:Počet kouřících cigarety dle školy	77
Tabulka 12: Množství vykouřených cigaret za den.....	78
Tabulka 13: Kdy jste poprvé ochutnal/a cigaretu?	80
Tabulka 14: S kým jste poprvé ochutnal/a cigaretu?	81
Tabulka 15: Od kolika let kouříte pravidelně?	83
Tabulka 16: Zkušenosti s marihuanou	84
Tabulka 17: Zkušenosti s marihuanou dle typu školy	85
Tabulka 18: V kolika letech jste prvně ochutnal/a marihuanu?	86
Tabulka 19: S kým jste poprvé ochutnal/a marihuanu?.....	88
Tabulka 20: Jak často kouříte marihuanu?.....	89
Tabulka 21: Máte zkušenosti i s jinými návykovými látkami?	90

Tabulka 22: Jaké návykové látky jste zkusil/a?	91
Tabulka 23: Kdo Vám drogu nabídl poprvé?	92
Tabulka 24: Jak často užíváte návykové látky?	93

9 Seznam použité literatury

BĚLÁČKOVÁ, V. Evropský drogový průzkum srovná efektivnost drogových politik – přidejte se i vy. [online]. 2012 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/3479/Evropsky-drogovy-pruzkum-srovna-efektivnost-drogovych-politik-pridejte-se-i-vy>

BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P., HORÁKOVÁ, M. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-052-0.

BORNÍK, Miroslav. *Drogy : co bychom o nich měli vědět*. Vyd. 1. Praha : Themis, 2001. 31 s., [16] s. barev. obr. příl. ISBN 80-85821-98-2.

BRŤKOVÁ, R., GAJDOŠÍKOVÁ, A. Užívání návykových látek u mentálně postihnutých žiaků v speciálních základných školách na Slovensku. In: KREJČÍŘOVÁ, O., GOLDOVÁ, V. *Drogy a šikana - stále nebezpečí: [soubor přednášek z konference: Vsetín 2006]*. Vyd. 1. Vsetín: Město Vsetín, komise prevence kriminality, 2007, s. 15-54. ISBN 978-80-254-0524-6.

CSÉMY, L. a P. CHOMYNOVÁ. *Zaostřeno na drogy: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, roč. 10, č. 1 [cit. 2013-03-12]. ISSN 1214-1089. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2012_zaostrreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2012_01_cislo_1_2012

Drogová poradna [online]. 2009 [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/>

GABRHELÍK, R., ZÁBRANSKÝ, T., MIOVSKÝ, M. Modalita konopných drog: Hašiš. In: MIOVSKÝ, M. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 125-131. ISBN 978-80-247-0865-2.

GALLÀ, Maurice. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci* [online]. 1. vyd. v českém jazyce. Editor Jiří Richter. Překlad Jindřich Bayer. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 156 s. [cit. 2013-02-26]. Metodika (Úřad vlády České republiky), no. 4. ISBN 80-867-3438-2. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/publikace-ke-stazeni/jak-ve-skole-vytvorit-zdravejsi-prostredi.html>

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. vyd. Brno : Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GROHMANNOVÁ, K. Dělení drog, účinky, komplikace. In: RADIMECKÝ, J. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, s. 20-25. ISBN 978-80-239-9960-0.

HARTNOLL, Richard. *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe: co jste se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 96 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), 6. ISBN 80-867-3445-5.

KALINA, K. Návykové látky: problémy a přístupy: Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-6.

KRÁLÍKOVÁ, E. Rozdělení a účinky návykových látek: Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 205-209. ISBN 80-86734-05-6.

MARTANOVÁ, V. Primární prevence užívání návykových látek - základní vymezení problematiky a terminologie. In: MARTANOVÁ, V. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, s. 8-13. ISBN 978-80-254-0525-3.

MCGRATH, Y., SUMNALL, H., McVIEGH, J., BELLIS, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. v jazyce českém. Překlad Jiří Bareš. Praha: Úřad vlády České republiky, c2007, 70 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 11. ISBN 978-808-7041-161.

Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. In: 2000. Dostupné z: http://www.sociologie2005.wz.cz/dokumenty/II_socialni_patologie/STUD_socPatologie_MetPokyn_PrevenceJevu.doc

MINAŘÍK, Jakub. O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky. In: *Drogová poradna* [online]. 2009 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>

MINAŘÍK, Jakub. Opium. In: *Drogová poradna* [online]. 2009 [cit. 2013-02-7]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/opium.html>

MINAŘÍK, J. Rozdělení a účinky návykových látek: Opioidy a opiáty. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 158-163. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J. Rozdělení a účinky návykových látek: Stimulancia. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 1- místní a celkové infekce, orgánová poškození. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 223-228. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. Rozdělení a účinky návykových látek: MDMA a jiné drogy „technoscény“. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 200-203. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Rozdělení a účinky návykových látek: Halucinogenní drogy. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 169-173. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. Rozdělení a účinky návykových látek: Konopné drogy. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. *Vybrané teoretické aspekty provádění školních studií v adiktologii* [online]. Praha: Centrum adiktologie, 2001 [cit. 2013-03-19]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3958/037-Skolni-studie-teorie-pdf>

MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 2003-2006 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003, 151 s. ISBN 80-717-8831-7.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí: časná a krátká intervence. Praha: Sportprag, 1998. 104 s. ISBN (brož.).

Pedagogický lexikon: Metodik prevence. Dostupné z: http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/M/Metodik_prevence?highlight=Metodik+%C5%A1koln%C3%AD+prevence

POPOV, P. Rozdělení a účinky návykových látek: Alkohol. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 151-158. ISBN 80-86734-05-6.

Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti. [online]. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.poradenskecentrum.cz/>

PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994, 83 s. Medica, sv. 9. ISBN 80-858-0018-7.

Primarniprevence.cz. [online]. 2003-2013 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/>

SKÁCELOVÁ, L. Standardní činnost školního metodika prevence (ŠMP). In: MARTANOVÁ, V. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, s. 14-17. ISBN 978-80-254-0525-3.

ŠKAŘUPOVÁ, K. *Zaostřeno na drogy: Trendy užívání drog v populaci v ČR: Souhrn výsledků dosavadních studií* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010, roč. 8., č. 2 [cit. 2013-03-22]. ISSN 1214-1089. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2010_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2010_02

ŠPALEKOVÁ, M. *Nástrahy dnešní doby: Materiály pro výchovné poradce a metodiky prevence na ZŠ a SŠ*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s.r.o., 2011, s. 4-6. ISBN 978-80-87553-22-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VANTUCH, P. *Drogy a kriminalita*. Vyd. 1. Brno: Univerzita J. E. Purkyně, 1990, 171 p. Spisy Právnické fakulty University J.E. Purkyně v Brně, sv. 82. ISBN 80-210-0169-0.

Výzkumy v oblasti drogové problematiky v ČR. [online]. [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.asociace.org/pravni-poradna-aktuality.php?id=5&rubrika=5>

Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2013-03]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/>

ZEMAN, P., TRÁVNÍČKOVÁ, I., ŠTEFUNKOVÁ M. *Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2011, 136 s. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-807-3381-127. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/387.pdf>

10 Přílohy

Seznam příloh

Příloha I Dotazník

Příloha II Vyplněný dotazník

Příloha I Dotazník

Dotazník - Zkušenosti studentů s návykovými látkami

Jsem studentkou Pedagogické fakulty JČU v Č. Budějovicích a tento dotazník bude použit pro zpracování bakalářské práce na téma zkušenosti studentů středních škol s návykovými látkami. Dotazník je anonymní a diskrétní. Děkuji za jeho vyplnění.

Ing. Martina Kocábková

Své odpovědi zaškrtněte nebo podtrhněte, pokud je potřeba, dopište.

Pohlaví: muž/žena

Bydliště: _____

Ročník: _____

1. Pijete alkohol? ANO / NE

Pokud ano, jak často?

- ☐ Každý den
- ☐ Dvakrát týdně
- ☐ Jedenkrát týdně
- ☐ Dvakrát měsíčně
- ☐ Málokdy, výjimečně

2. Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?

- ☐ Pivo
- ☐ Víno
- ☐ Destiláty
- ☐ Ostatní _____
- ☐ Žádný

3. Pamatujete si, kdy jste prvně ochutnal/a alkohol?

- ☐ Do 6 let věku
- ☐ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy

4. Kdo Vám prvně dal ochutnat alkohol?

- ☐ Kamarádi
- ☐ Sourozenci
- ☐ Rodiče
- ☐ Babička nebo dědeček
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ Někdo jiný _____
- ☐ Nikdo

5. Kdy jste se prvně opil/a?

- ☐ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy
- ☐ Nevím, nepamatuji se

6. Kouříte cigarety? ANO / NE

Pokud ano, kolik?

- ☐ 20 a více cigaret denně
- ☐ 10 až 20 cigaret denně
- ☐ 5 až 10 cigaret denně
- ☐ Maximálně 5 cigaret denně
- ☐ Jen když piji alkohol
- ☐ Velmi výjimečně

7. V kolika letech jste prvně ochutnal/a cigaretu?

- ☐ Do 6 let
- ☐ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy

8. S kým jste prvně ochutnal/a cigaretu?

- ☐ S kamarádem, kamarády
- ☐ Se sourozenci
- ☐ S rodiči
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ S někým jiným _____
- ☐ S nikým

9. Pokud kouříte, od kolika let pravidelně? _____

10. Kouřil/a jste někdy marihuanu? ANO/NE

11. V kolika letech jste prvně ochutnal/a marihuanu?

- ☐ Do 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy

12. S kým jste prvně ochutnal/a marihuanu?

- ☐ S kamarádem, kamarády
- ☐ Se sourozenci
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ S někým jiným _____
- ☐ S nikým

13. Jak často kouříte marihuanu?

- ☐ Denně
- ☐ 1x týdně
- ☐ 1x za 14 dní
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ Výjimečně
- ☐ Vůbec

14. Máte zkušenosti i s jinými návykovými látkami? ANO/NE

Pokud ano, s jakými?

- ☐ Pervitin
- ☐ Heroin
- ☐ Kokain
- ☐ Extáze
- ☐ LSD
- ☐ Ředidla (toluen)
- ☐ Lysohlávky
- ☐ Jiné: _____

15. Kdo Vám drogu prvně nabídl?

- ☐ Kamarád, kamarádi
- ☐ Sourozenec
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ Někdo jiný: _____
- ☐ Nikdo

16. Jak často je užíváte?

- ☐ Denně
- ☐ 1x týdně
- ☐ 1x za 14 dní
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ Výjimečně
- ☐ Vůbec

Děkuji za vyplnění dotazníku

Ing. Martina Kocábková

Příloha II Vyplněný dotazník

Dotazník - Zkušenosti studentů s návykovými látkami

Jsem studentkou Pedagogické fakulty JČU v Č. Budějovicích a tento dotazník bude použit pro zpracování bakalářské práce na téma zkušenosti studentů středních škol s návykovými látkami. Dotazník je anonymní a diskrétní. Děkuji za jeho vyplnění.

Ing. Martina Kocábková

Své odpovědi zaškrtněte nebo podtrhněte, pokud je potřeba, dopište.

Pohlaví: muž/žena

Bydliště: LOCEMICE

Ročník: VIII. A

1. Pijete alkohol? ANO/ NE

Pokud ano, jak často?

- ☐ Každý den
- ☐ Dvakrát týdně
- ☐ Jedenkrát týdně
- ☐ Dvakrát měsíčně
- ☒ Málokdy, výjimečně

2. Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?

- ☐ Pivo
- ☐ Víno
- ☐ Destiláty
- ☒ Ostatní SOMERBY
- ☐ Žádný

3. Pamatujete si, kdy jste prvně ochutnal/a alkohol?

- ☐ Do 6 let věku
- ☒ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy

4. Kdo Vám prvně dal ochutnat alkohol?

- ☐ Kamarádi
- ☐ Sourozenci
- ☒ Rodiče
- ☐ Babička nebo dědeček
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ Někdo jiný _____
- ☐ Nikdo

5. Kdy jste se prvně opil/a?

- ☐ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☒ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☐ Nikdy
- ☐ Nevím, nepamatuji se

6. Kouříte cigarety? ANO (NE)

Pokud ano, kolik?

- ☐ 20 a více cigaret denně
- ☐ 10 až 20 cigaret denně
- ☐ 5 až 10 cigaret denně
- ☐ Maximálně 5 cigaret denně
- ☐ Jen když piji alkohol
- ☐ Velmi výjimečně

7. V kolika letech jste prvně ochutnal/a cigaretu?

- ☐ Do 6 let
- ☐ 6 až 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☒ Nikdy

8. S kým jste prvně ochutnal/a cigaretu?

- ☐ S kamarádem, kamarády
- ☐ Se sourozenci
- ☐ S rodiči
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ S někým jiným _____
- ☒ S nikým

9. Pokud kouříte, od kolika let pravidelně? _____

10. Kouřil/a jste někdy marihuanu? ANO (NE)

11. V kolika letech jste prvně ochutnal/a marihuanu?

- ☐ Do 12 let
- ☐ 12 až 15 let
- ☐ 15 až 18 let
- ☐ Po 18. roce věku
- ☒ Nikdy

12. S kým jste prvně ochutnal/a marihuanu?

- ☐ S kamarádem, kamarády
- ☐ Se sourozenci
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ S někým jiným _____
- ☒ S nikým

13. Jak často kouříte marihuanu?

- ☐ Denně
- ☐ 1x týdně
- ☐ 1x za 14 dní
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ Výjimečně
- ☒ Vůbec

14. Máte zkušenosti i s jinými návykovými látkami? ANO NE

Pokud ano, s jakými?

- ☐ Pervitin
- ☐ Heroin
- ☐ Kokain
- ☐ Extáze
- ☐ LSD
- ☐ Ředidla (toluen)
- ☐ Lysohlávky
- ☐ Jiné: _____

15. Kdo Vám drogu prvně nabídl?

- ☐ Kamarád, kamarádi
- ☐ Sourozenec
- ☐ Sám/a
- ☐ Nevím, nepamatuji se
- ☐ Někdo jiný: _____
- ☒ Nikdo

16. Jak často je užíváte?

- ☐ Denně
- ☐ 1x týdně
- ☐ 1x za 14 dní
- ☐ 1x měsíčně
- ☐ Výjimečně
- ☒ Vůbec

Děkuji za vyplnění dotazníku

Ing. Martina Kocábková