

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Vladimíra Štejrová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Vladimíra Štejrová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**ROZDÍLY V UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U DĚTÍ
ZÁKLADNÍCH A SPECIÁLNÍCH ŠKOL A MOŽNOSTI
JEJICH PREVENCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Rozdíly v užívání návykových látek u dětí základních a speciálních škol a možnosti jejich prevence“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

V Plzni dne 26. 2. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala panu Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Vladimíra Štejrová

ANOTACE

Příjmení a jméno: Štejrová Vladimíra

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Rozdíly v užívání návykových látek u dětí základních a speciálních škol a možnosti jejich prevence

Vedoucí práce: Mgr et. Mgr Václav Beránek

Počet stran: číslované 70, nečíslované 10

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: závislost, léčba, prevence, návykové látky, uživatel, konzumace, účinky, intoxikace, droga

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá užíváním návykových látek u dětí základních a speciálních škol a prevencí drogových závislostí. Teoretická část se věnuje základním pojmům související s drogovou problematikou. Dále popisuje dělení návykových látek a jednotlivé zástupce skupin drog. Teoretická část je zaměřená i na prevenci a možnosti léčby závislostí na omamných látkách.

Praktická část porovnává zkušenosti s psychotropními látkami žáků základních a speciálních škol. Zabývá se otázkami, kdo dětem drogy prvně nabídl, kde a s kým je užívají.

ANNOTATION

Surname and name: Štejrová Vladimíra

Department: Department of paramedical rescue work and technical studies

Title of thesis: Differences between taking of narcotics in primary and special schools and possibilities of their prevention.

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages: numbered 70, unnumbered 10

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 24

Key words: addiction, therapy, preventiv, addictive substances, user, consumption, effects, intoxication, drug

Summary:

This bachelor thesis deals with the use of addictive substances among children of elementary and special schools and prevention of drug addiction. The theoretical part deals with basic concepts related to drugs. It also describes the division of substance abuse and the various representative groups of drugs. The theoretical part is focused on the prevention and treatment options for drug addiction.

The practical part compares the experience with psychotropic substances of primary and special schools children. It deals with issues who first offered drugs to children, where and with whom they use them.

OBSAH

ÚVOD	10
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1. ÚVOD DO DROGOVÉ PROBLEMATIKY	12
--	-----------

1.1 Historie užívání drog	12
---------------------------------	----

1.2 Pojem drogy, užívání drog	13
-------------------------------------	----

1.3 Pojem závislost	15
---------------------------	----

1.3.1 Příčiny vzniku závislosti	16
---------------------------------------	----

Poznámky a odkazy ke kapitole 1	18
---------------------------------------	----

2. KATEGORIZACE DROG	20
-----------------------------------	-----------

2.1 Dělení podle míry rizika vzniku závislosti	21
--	----

2.1.1 Tabákové výrobky	22
------------------------------	----

2.1.2 Alkohol	22
---------------------	----

2.2 Dělení podle účinku	23
-------------------------------	----

2.2.1 Konopné drogy	23
---------------------------	----

2.2.2 Těkavé látky	25
--------------------------	----

2.2.3 Opiáty	25
--------------------	----

2.2.4 Stimulační drogy	26
------------------------------	----

2.2.5 Halucinogenní drogy	28
---------------------------------	----

2.2.6 Psychotropní léky	29
-------------------------------	----

Poznámky a odkazy ke kapitole 2	31
---------------------------------------	----

3. ÚČINKY DROG	34
-----------------------------	-----------

3.1 Účinky nikotinu	34
---------------------------	----

3.2 Účinky alkoholu	35
---------------------------	----

3.3 Účinky konopných drog	36
---------------------------------	----

3.4 Účinky těkavých látek	37
---------------------------------	----

3.5 Účinky opiátů	37
-------------------------	----

3.6 Účinky stimulačních drog	38
------------------------------------	----

3.7 Účinky halucinogenních drog	39
---------------------------------------	----

3.8 Účinky psychotropních léků	40
--------------------------------------	----

Poznámky a odkazy ke kapitole 3	41
---------------------------------------	----

4. TYPY PROTIDROGOVÉ PREVENCE	43
--	-----------

4.1 Primární prevence.....	43
4.2 Sekundární prevence	45
4.2.1 Ambulantní léčba.....	45
4.2.2 Pobytová léčba.....	46
4.2.3 Substituční léčba.....	47
4.3 Terciární prevence	47
4.3.1 Terénní programy	47
4.3.2 Kontaktní centra	48
4.4 Realizace prevence v praxi	48
Poznámky a odkazy ke kapitole 4	49

PRAKTICKÁ ČÁST

5. FORMULACE PROBLÉMU	52
6. STANOVENÍ HYPOTÉZ A CÍLŮ	53
7. METODIKA VÝZKUMU	54
8. VZOREK RESPONDENTŮ.....	55
9. ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	56
10. DISKUZE	76
ZÁVĚR	79

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ÚVOD

Užívání látek, které ovlivňují náladu či vnímání reality, provází lidstvo již odedávna. Tyto látky byly používány v léčitelství a při náboženských a společenských obřadech.

Přestože je užívání drog doprovázeno řadou problémů a potíží, stoupá stále počet těch, kteří je zkouší a mnohdy se na nich stávají závislími. Bohužel mezi nimi nechybí ani děti. Důvodů, proč mladý člověk s drogou experimentuje, je celá řada. Pro někoho může být droga symbolem zralosti a dospělosti, pro někoho snahou uniknout z nepříjemné reality či symbolem protestu vůči dospělým, jiný experimentuje z pouhé zvědavosti.

Problému s návykovými látkami u dětí a mládeže je v současnosti věnována stále větší pozornost ze strany odborné i laické veřejnosti. Společnost vynakládá nemalé finanční prostředky na opatření, jejichž cílem je snaha problém co nejefektivněji řešit.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti - užívání omamných látek dětmi je v dnešní době hodně diskutovaným tématem.

Cílem této bakalářské práce je porovnat zkušenosti dětí základních a speciálních škol s různými návykovými látkami. Dále informovat o možných rizicích spojených s užíváním drog a poskytnout potřebné informace o možnostech léčby závislosti na drogách.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě základní části - teoretickou a praktickou.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. Jejím účelem je uvedení do problematiky drog, drogových závislostí, možností prevence a léčby. První kapitola bakalářské práce se zabývá historií návykových látek, základními pojmy souvisejícími s drogovou problematikou a drogovou závislostí. Vysvětluje pojmy droga, úzus, abúzus a závislost. Dále se tato kapitola věnuje příčinám vzniku závislostí a jejich složkám. Dělení návykových látek a popisu jednotlivých druhů drog vyskytujících se na našem území je věnována druhá kapitola. Třetí kapitola se zabývá účinky návykových látek zmíněných v předešlé kapitole. Jsou zde uvedena i rizika vznikající při jejich dlouhodobém užívání. Poslední kapitola teoretické části je zaměřená na drogovou prevenci a možnosti léčby drogových závislostí. Popisuje prevenci primární, sekundární a terciární. Tato témata tvoří teoretický rámec praktické části bakalářské práce.

Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu dotazníkovou metodou. V rámci možností se pokusíme navzájem porovnat zkušenosti s návykovými látkami žáků devátých tříd základních a speciálních škol na jižním Plzeňsku. Zjištěné informace budou statisticky zpracovány. Na závěr bude provedeno vyhodnocení a diskuze výsledků výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ÚVOD DO DROGOVÉ PROBLEMATIKY

První kapitola bakalářské práce se zabývá historií návykových látek, základními pojmy souvisejícími s drogovou problematikou a drogovou závislostí. Pro lepší orientaci si vysvětlíme pojmy droga, úzus, abúzus a závislost. Dozvíme se, jakým způsobem jsou návykové látky nejčastěji užívány, dále se budeme věnovat příčinám vzniku drogové závislosti a jejich složkám.

1.1 Historie užívání drog

Historie návykových látek je stará jako lidstvo samo. Již v době paleolitu docházelo k užívání psychotropních látek v rámci šamanských rituálů. Opium, kokain a alkohol byly konzumovány již v mladší době kamenné. Z medu, datlí a fiků byly vyráběny nápoje podobné vínu již před 10 000 lety. První zmínky o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let a pocházejí z říše Sumerů. Sumerové ale nebyli jediní, kdo mák znali. V Egyptě byl mák důležitou složkou při kultovních obřadech a ve starém Řecku využívali jeho omamných účinků lékaři. Právě Řekové dali makové šťávě název opium. Po dobytí Řecka se nápoj rozšířil více na Západ. Zasloužili se o to Arabové, kteří při svých válečných taženích v 6. a 7. století donesli opium až do Persie, Indie a Číny. V Číně se využívalo jako prostředek k potlačení hladu v dobách hladomoru. Do Evropy se opium rozšířilo v 19. století.¹

Indii proslavila jedna z nejznámějších drog – konopí. První zmínky jsou staré 5000 let, v této době se konopí používalo v medicíně při léčbě nespavosti a migrény. O 1000 let později se pěstování konopí rozšířilo do Číny, Tibetu, Afriky, Severní a Jižní Ameriky, do Karibské oblasti a zemí Středního východu.²

Zapomenout bychom neměli na Střední a Jižní Ameriku. Aztékové, Mayové a indiáni některých kmenů užívali řadu psychedelických rostlin, jako např. kaktus Peyotl nebo San Pedro obsahující účinný alkaloid meskalin. Dále užívali houby rodu Psilocybe, obsahující účinnou látkou psilocybin. V amazonské oblasti připravují Mazanští a Zaparo indiáni nápoj z liány *Banisteropsis caapi* a nazývají jej „víno duše“ (nebo „víno smrti“). Zkušenosti s psychedelickými drogami nemají jen domorodci ze Střední a Jižní Ameriky. V rovníkové Africe je velmi oblíbená keřovitá rostlina *Tabernanthe Iboga*. Obsahuje drogu ibogain, který je považován za látku vyvolávající snové stavy. Kořeny Ibogy v malých dávkách působí jako afrodisiakum a stimulantium. Naopak vysoké dávky se používají při náboženských ceremoniích k zasvěcení do kultu Bwiti.³

Kokain, který se získává z rostliny *Erythroxylon coca*, pochází z Jižní Ameriky. Žvýkání koky a její účinky znali v Andách, na území dnešního Ekvádoru již před 5000 lety. Z kokových listů byl čistý kokain izolován v roce 1860. Používal se v medicíně pro místní znecitlivění při drobnějších operacích. V 90. letech 19. století kokain používal S. Freud při léčbě morfinismu. V této době se již vyskytly negativní vlastnosti kokainu, jako je závislost a smrtelné předávkování. S kokainem experimentovaly i známe osobnosti českého filmu, jako byla Adina Mandlová, Lída Baarová či Ljuba Hermanová.⁴

V poválečném období se začíná měnit i drogová scéna. Díky izolaci vůči ostatním státům se u nás téměř neobjevují tradiční drogy, jako je např. heroin, kokain, hašiš, LSD. Tyto typy drog se začínají šířit čím dál častěji do širších vrstev společnosti. V nižších a středních vrstvách začíná vznikat nová drogová subkultura, která reaguje na problémy druhé poloviny dvacátého století. Mládež má dost konzumního stylu života, sociálních rozporů a všech forem individualismu. Svět prožívá rozčarování z vleklých válečných konfliktů v Koreji a ve Vietnamu. V této době se rodí hnutí hippies a užívány jsou především omamné a psychotropní drogy.⁵

U nás dochází k rozmachu užívání drog přibližně o deset let později, v sedmdesátých letech. Naši uživatelé drog jsou téměř výlučně odkázáni na domácí produkty nebo ilegální úniky z farmaceutického průmyslu a zdravotnické sítě. Mezi nejčastější zneužívané formy užívání drog patří čichání těkavých látek a zneužívání léků. Mezi podomácku vyráběné drogy patří pervitin a braun. Zneužíváno bylo i konopí pěstované na jižním Slovensku pro textilní a farmaceutický průmysl. Po roce 1989 dochází u nás vzhledem k novým politickým a ekonomickým změnám k masivnímu drogovému rozšíření.⁶

1.2 Pojem droga, užívání drog

Abychom se lépe orientovali v problematice drog a drogových závislostí, musíme si vysvětlit základní pojmy. Co je to **droga**? Původ slova droga vysvětluje Göhler⁷ převzetím z původního francouzského „drogue“, výrazem pro sušené, tedy živočišné nebo sušené suroviny, které se používaly ve 14. století. Nožina⁸ se zmiňuje, že slovo droga souvisí s nizozemským „droog“ – suchý, něco suchého. Termín „drug“ v anglicky mluvících zemích je označením pro lék. Pro nás je důležitá definice J. Presla, který říká, že droga, nebo také návyková látka, je „každá látka, ať již přírodní nebo syntetická, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.
2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.⁹

Karel Nešpor společně s Ladislavem Csémy považuje za drogu „každou chemickou nebo přírodní látku, která mění duševní stav člověka a ovlivňuje jeho myšlení, cítění anebo jednání.“¹⁰ Je tedy zřejmé, že návykové látky jsou pro člověka velice nebezpečné. Jedinec závislý na drogách ztrácí kontrolu nad svým chováním, hůře zvládá stresové situace, je oslabený a častěji trpí infekcemi. To s sebou přináší řadu problémů v jeho osobním i společenském životě.

Další důležité pojmy, které bychom měli znát, jsou užívání (konzumace, úzus) a zneužívání (abúzus). Konzumace je podle J. Presla „užívání v přiměřeném množství a při vhodných příležitostech – např. i pivo k obědu.“¹¹ To znamená, že nemá negativní vliv na zdraví, mezilidské vztahy, ekonomický status jednotlivce i společnosti a nenarušuje proces dospívání jedince. Způsob užívání (tzv. aplikace) se u různých skupin návykových látek liší. Mezi nejčastější aplikace drogy patří:

- *kouření* – v podobě cigaret (čistá droga nebo ve směsi s tabákem), pomocí speciálních dýmek a vodních dýmek. Drogy, které se často kouří, jsou marihuana, hašiš, kokain a heroin. Kouření je ve srovnání s injekční aplikací méně rizikové, projevují se však negativní vlivy sloučenin vznikajících při spalování.
- *šňupání* - oblíbený způsob užívání kokainu, heroinu a pervitinu. Dochází často k narušení nosní přepážky a k následné ztrátě čichu.
- *inhalace výparů* – typické pro látky ze skupiny organických rozpouštědel (toluen).
- *injekční užívání* – nejčastěji pervitin a heroin. Mezi uživateli je tento způsob aplikace velmi oblíbený. Dochází totiž k rychlejšímu nástupu účinku (účinky nastupují téměř okamžitě). Injekční aplikace patří ovšem mezi nejrizikovější. Hrozí nákazy virovými hepatitidami B a C a virem HIV, zanesení cévního řečiště a následné abscesy vznikající při aplikaci a v neposlední řadě vysoké riziko předávkování, protože je náročné odhadnout dávku.
- *odvary a pokrmy z psychotropních látek* – odvary se připravují z lysohlávek a durmanu, pokrmy jsou např. v podobě marihuanových „koláčků“.
- *vstřebávání sliznicí* – aplikace LSD. Droga se vkládá pod jazyk, kde se nachází mnoho cév, kterými se látky snadno vstřebávají.

Abúzus je termín pro zneužívání, tedy nadužívání. K. Nešpor a L. Csémy abúzus popisují jako „*vzorec užívání, který poškozuje zdraví.*“¹² V tomto případě jde již o takovou formu užívání drog, která negativně ovlivňuje psychický, fyzický a duševní vývoj jedince. Důsledkem abúzu může být poškození zdraví, sociální a ekonomický propad. Abúzus ale neznamená závislost a škodlivé užívání nemusí u každého nutně vést ke vzniku závislosti.

1.3 Pojem závislost

Závislost si představme jako stav, kdy se člověk bez dané látky (v našem případě drogy) nedokáže obejít, touží po ní a chce ji stále více. K. Nešpor závislost vysvětluje jako „*skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“¹³ Existuje mnoho definic, lze ale říci, že drogová závislost splňuje několik bodů:

- a) „*nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném brání drogy*
- b) *tendence ke zvyšování dávek*
- c) *existence psychické či fyzické závislosti na určité droze vyjádřená přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického nebo fyzického typu*
- d) *negativní důsledky pro jedince a společnost.*“¹⁴

Je nutné ale říci, že jednotlivá kritéria závislosti mohou být vyjádřena u jednotlivých drog různou intenzitou, nebo mohou zcela chybět. Např. u halucinogenů nevzniká abstinční syndrom, naopak opiáty jsou v tomto směru velmi nebezpečné.

V klasickém medicínském pojetí závislostí se vžilo rozlišování fyzické (somatické, biologické, tělesné) závislosti a závislosti psychické – duševní.¹⁵

Psychická závislost je duševní stav, který vzniká konzumací drogy a projevuje se nutkavou touhou tento stav opakovat. Touha po droze se v odborné literatuře objevuje pod pojmem craving (česky bažení). Intenzita psychické závislosti může být různá. Od pouhého přání, kterému lze odolat, až po dychtivé, neodolatelné a opakující se bažení po droze, i když člověk drogu ani požívat nechce a považuje své jednání za nerozumné. Vznik psychické závislosti nemusí být spjat jen se samotným aktem užití drogy, ale je spojen s dalšími okolnostmi, které psychickou závislost spoluutvářejí. Jde např. o prostředí, kde se droga užívá, charakteristiku místní drogové scény a její rituály spjaté s užíváním drogy apod. I psychická závislost může být provázena fyzickými projevy, jako je pocení, třesení

apod. Je důležité zmínit se o tom, že psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k opakovanému užívání drog.¹⁶

Projevem *fyzické závislosti* jsou tzv. abstinenční příznaky („abst'ák“). Ty se projevují fyzickými projevy, které mohou být velice intenzivní a v mnoha případech i životu nebezpečné. Abstinenčních příznaků může být celá řada – zívání, slzení, pocení, zvýšená teplota, třes, husí kůže, nechutenství, úzkost, zácpa, pocity horka a chladu, pokles krevního tlaku, bolesti kloubů, epileptický záchvat apod. Souhrn více abstinenčních příznaků se nazývá abstinenční syndrom.¹⁷ Abstinenční příznaky se neobjevují pouze u uživatelů tvrdých drog (jako např. u heroinu nebo pervitinu), často k nim dochází i u lidí konzumujících silnou kávu ve větší míře nebo u alkoholiků.

Závislost může vzniknout nejen na návykové látky, o čemž slyšíme stále častěji, ale i na chování, které působí pocit potěšení nebo úlevy. Není nijak výjimečná závislost na hazardních hrách, práci nebo sexu (gamblerství, workoholismus, nymfomanie).

1.3.1 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou různé, nelze jednoznačně určit typicky predisponovanou osobnost závislého. J. Presl¹⁸ se zmiňuje, že existuje mnoho teorií o možných příčinách drogové závislosti. Všechny tyto teorie se nacházejí ve vzájemné kombinaci těchto okruhů:

- osobnostní charakteristiky – dědičnost
- vlivy prostředí
- přítomnost drogy a její charakteristiky

Do prvního okruhu můžeme zařadit tzv. biologické faktory, které mohou rizika pozdějšího vývoje zvyšovat. Jde o různá prenatální poškození, která vedou k narození slabého jedince. Roli zde hraje příliš nízký, nebo příliš vysoký věk matky, zhoršující se životní prostředí, nevhodná strava, alergizující faktory. Zkoumány jsou i otázky dědičnosti. Podle J. Presla „*je prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu je riziko vzniku závislosti u potomstva zvýšeno, i když jsou odstraněny jiné působící faktory (odděleně vychovávaná jednovaječná dvojčata)*.“¹⁹ Uvádí, že vysoké procento osob s pozdějšími drogovými problémy má již premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Nejčastěji se jedná o sklon k poruchám emoční sféry, především náchylnost k depresím. Mezi další významné vlastnosti, kterých lze najít celou řadu, patří např. nezdrženlivost, nestálost a snížená odolnost vůči běžné denní zátěži. J. Presl²⁰ se dále zmiňuje, že predisponované osoby se mohou zařadit do dvou hlavních skupin. Do první skupiny patří osoby zranitelné, úzkostné a se zvýšenou citlivostí. „*Tito lidé mají problém v komunikaci,*

jsou zraňováni ve svých vztazích k autoritám a trpí svojí neschopností navázat uspokojující partnerský vztah.“²¹ Je tedy pochopitelné, že tito jedinci mají větší náklonnost ke stimulačním drogám, které jim poskytnou to, co se jim nedostává. Druhá skupina lidí je charakterizována jako osobnosti extrovertní, u kterých se projevuje zvýšená dráždivost, snížená schopnost koncentrace, sklony k impulzivité apod. Pro takto strukturované jedince bývá zážitkem setkání s drogami opiátového typu, díky kterým prožívají nepoznaný stav vnitřního klidu a míru.²²

Do druhého okruhu, který se zabývá vlivem prostředí, lze zařadit působení všeho, co nás obklopuje.²³ Jedná se především o vztahy jedince s okolím, které působí v oblasti zrání. Vlivů, které se podílejí na formování osobnosti, je celá řada. Jde např. o rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti. Lze říci, že jinak formuje zrání člověka život na vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. Velkou roli hraje i kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dalším významným faktorem, který zvyšuje riziko drogového problému, je vliv vrstevníků, kamarádů, part a jiných společností. V období dospívání může mít názor vrstevníků větší hodnotu než tradiční hodnoty primárního rodinného systému. Významný vliv má i partnerský vztah a profese.²⁴

V posledním okruhu je potřeba zdůraznit roli drogy a její charakteristiky jako faktoru ovlivňujícího vznik závislosti. Podle J. Presla²⁵ nelze tento faktor vyloučit. Jednoduše řečeno, kdyby drogy neexistovaly, problém by nevznikal. Říká, že bychom se měli smířit s tím, že drogy jsou všude kolem nás a stát nás před nimi neochrání. Jedinou pomocí je pomoci si sami. *„Umět odmítnout. Umět zvolit menší zlo, pokud je to nutné. Přijmout zodpovědnost za vlastní chování.“*²⁶

Poznámky a odkazy ke kapitole 1:

- ¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 83-84. ISBN 80-86734-05-6.
- ² MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 28. ISBN 978-80-247-0865-2.
- ³ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 84-87. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁴ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. s. 50-55. ISBN 80-85917-36-X.
- ⁵ Tamtéž str. 102-107
- ⁶ Tamtéž str. 115-117
- ⁷ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2001. Pro zdraví. s. 18. ISBN 80-7202-950-9.
- ⁸ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. s. 9. ISBN 80-85917-36-X.
- ⁹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 9. ISBN 80-85800-25-X.
- ¹⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994. s. 56.
- ¹¹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 11. ISBN 80-85800-25-X.
- ¹² NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994. s. 56.
- ¹³ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 9-10. ISBN 978-80-7367-908-8.
- ¹⁴ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 11. ISBN 80-85800-25-X.
- ¹⁵ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. s. 12. ISBN 80-85917-36-X.
- ¹⁶ Tamtéž str. 12-13
- ¹⁷ Tamtéž str. 13-15
- ¹⁸ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 48. ISBN 80-85800-25-X.

¹⁹ Tamtéž str. 49

²⁰ Tamtéž str.49

²¹ Tamtéž str.49

²² Tamtéž str.49-50

²³ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91. ISBN 80-86734-05-6.

²⁴ PRESL, J. *Drogová závislost.* 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 51-58. ISBN 80-85800-25-X

²⁵ Tamtéž str.59

²⁶ Tamtéž str.59

2. KATEGORIZACE DROG

V předešlé kapitole jsme se seznámili s historií návykových látek a se základními pojmy týkajícími se drog a jejich užívání. Vysvětlili jsme si, co je to droga, konzumace drog, zneužívání drog a drogová závislost. Dozvěděli jsme se, jakým nejčastějším způsobem jsou návykové látky užívány a že projevem závislosti je především abstinenční syndrom.

V této kapitole se seznámíme s dělením drog a s jednotlivými zástupci, se kterými mají děti a dospělí možnost setkat se v naší společnosti. Protože je dělení drog velmi složité a do každé skupiny patří mnoho zástupců, sestavili jsme přehledné členění. V něm drogy rozdělujeme podle různých kritérií – podle míry tolerance ve společnosti, podle míry rizika vzniku závislosti, podle vzniku a podle jejich účinku.

Drogy:

- ***Dělení podle míry tolerance ve společnosti:***
 - a) Legální - běžně se s nimi setkáváme, jsou společensky tolerovány, ale může na ně vzniknout stejná závislost jako na ilegální drogy.
 - alkohol, nikotin, léky, kofein, organická rozpouštědla
 - b) Nelegální - společností netolerované, jejich přechováváním a prodejem se dostáváme do střetu se zákonem
 - marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze a jiné
- ***Dělení podle míry rizika vzniku závislosti:***
 - a) Měkké drogy
 - káva, čaj, tabákové výrobky, produkty konopí (marihuana, hašiš)
 - b) Tvrdé drogy
 - alkohol, extáze, heroin, kokain, LSD, lysohlávky, morfin, pervitin, toluen
- ***Dělení podle vzniku:***
 - a) Přírodní
 - konopné produkty, opium, psychoaktivní houby a rostliny (lysohlávky, muchomůrky, durman apod.)
 - b) Semisyntetické
 - kokain, crack, LSD, morfin, heroin
 - c) Syntetické
 - pervitin, extáze, opioidy, toluen, anxiolytika a sedativa

- **Dělení podle účinku:**
 - a) Konopné drogy
 - marihuana, hašiš, konopný olej
 - b) Těkavé látky (organická rozpouštědla)
 - toluen
 - c) Opiáty
 - morfin, heroin, kodein, braun
 - d) Stimulační drogy
 - pervitin, kokain, MDMA (extáze)
 - e) Halucinogenní drogy
 - LSD, Psilocybin
 - f) Psychotropní léky
 - analgetika, sedativa, anxiolytika

2.1 Dělení podle míry rizika vzniku závislosti

Asi nejnámější dělení drog je na dvě hlavní skupiny, **drogy tvrdé a měkké**. Toto dělení se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním. Zjednodušeně lze říci, že čím je droga "tvrdší", tím větší poškození je schopna vyvolat. Měkké drogy jsou obecně považovány za ty bezpečnější, u nichž nehrozí tak velké riziko závislosti. Patří mezi ně především čaj, káva, tabák a konopné drogy. Naopak na drogy tvrdé (alkohol, heroin, pervitin, LSD, morfin a jiné) závislost vzniká může.

Dělení drog na tvrdé a měkké je velice diskutovatelné téma a má své příznivce i odpůrce. Např. J. Presl²⁷ uvádí, že vhodnější způsob dělení používají v Holandsku. Tam drogy dělí na skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a na skupinu s rizikem nepřijatelným. Podle J. Presla je „*první skupina charakterizována tím, že drogy sem zařazené lze v podstatě konzumovat, tedy užívat v přijatelných intervalech a přijatelných množstvích, aniž v neúnosné míře dojde ke vzniku závislosti či k jiným negativním důsledkům.*“²⁸ Připouští však, že ke ztrátě kontroly, závislosti nebo k tělesnému poškození může v určitém procentu populace dojít i u skupiny látek s rizikem přijatelným. Vzpomeňme si např. na závislost na nikotinu. I když tyto látky patří do skupiny s akceptovatelným, přijatelným rizikem, závislost na nich vzniká a takovýchto případů není málo.

2.1.1 Tabákové výrobky

Nikotin je důležitou složkou **tabáku** a tabákových výrobků. Jde o tekutinu bez barvy a zápachu. Na tabáku vzniká rychle závislost. Začíná závislostí psychosociální, po určité době vzniká závislost fyzická. Tabák pěstovali již indiáni. Kouřili jej při určitých rituálech, nedocházelo u nich tedy ke zdravotnímu poškození. Díky tomu, že používali dýmky, nemuseli šlukovat, protože kouř z dýmky se vstřebává v ústní dutině. Naopak kouř z cigaret je zapotřebí vtáhnout do plic, aby se mohl nikotin vstřebat.²⁹ Další způsob, jak lze tabák konzumovat, je žvýkání tabákových listů.

Do Evropy se tabák dostal na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492. Dnes je tabák rozšířený po celém světě. Teprve v roce 1950 bylo zjištěno, že má nepříznivé účinky na zdraví.³⁰

V rozvojových zemích stoupá spotřeba tabáku přibližně o 3%, naopak v rozvinutých zemích jeho obliba spíše klesá. U nás začíná denně kouřit asi 100 dětí mladších 18 let, nejčastěji kolem věku 14 let. Ve věku 13 – 15 let u nás kouří asi 35% dětí. Překvapivé je, že dívky kouří více než chlapci. V současnosti v ČR kouří asi jedna třetina dospělé populace, tj. 2,5 milionu osob. Během těhotenství kouří v průměru 12% žen.³¹

Jak je známo, nebezpečný pro organismus není pouze nikotin obsažený v tabáku, ale i samotný kouř, který obsahuje řadu chemických látek (např. dehty, kysličník uhelnatý, kyanid apod.). V ohrožení je tedy i člověk, který nekouří, ale bývá často v zakouřeném prostředí.

2.1.2 Alkohol

Příkladem tvrdých drog je vysoce společensky tolerovaný **alkohol**. „*Alkohol (chemicky etylalkohol, etanol $C_2H_5 - OH$) 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.*“³² Obsah alkoholu v nápojích se liší. Nejméně alkoholu bývá v pivech (desetistupňové kolem 2% alkoholu, dvanáctistupňové 3 – 4%). Vína obsahují kolem 10 – 18%, destiláty kolem 40% i více. Kromě koncentrace hraje velkou roli i množství. Jedno 12° pivo obsahuje zhruba stejně alkoholu jako sklenička vína.

Alkohol je známý již několik tisíc let, používal se při náboženských obřadech, později jako nápoj. Zprávy jsou i o jeho léčebném používání. V naší zemi bylo oblíbeno především

pivo a medovina. Jejich obliba s sebou nesla závažné problémy. První „protialkoholní zákon“ vyhlásil Břetislav I. roku 1039.³³

Nadměrná konzumace alkoholu se nazývá alkoholismus. Tento termín jako první použil švédský lékař Magnuss Huss v roce 1849. Od roku 1951 začal být alkoholismus považován za medicínský problém. První definice pijáctví jako nemoci pochází již z roku 1784. Jejím autorem byl americký lékař Benjamin Rush.³⁴

Česká republika patří již několik let v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu (přibližně 10 litrů 100% alkoholu na jednoho obyvatele za rok). První místo zaujímá v konzumaci piva (160 litrů na jednoho obyvatele). Nadměrná konzumace alkoholu se u nás týká přibližně 25% dospělé mužské populace a 5% žen.³⁵

2.2 Dělení podle účinku

Další způsob dělení návykových látek je podle jejich účinku. Drogy můžeme rozdělit na čtyři základní skupiny – konopné drogy, opiáty, stimulační drogy a halucinogeny. Tyto skupiny látek se od sebe liší vzhledem, průběhem závislosti a mírou rizika pro uživatele. K těmto nelegálně vyráběným látkám můžeme dále přiřadit skupinu pátou a šestou – psychotropní léky a látky těkavé, tedy jinak řečeno drogy legální. U každé skupiny drog zmiňujeme řadu různých zástupců, se kterými se můžeme setkat. Uvádíme ty nejtypičtější a nejčastěji se vyskytující drogy v České republice.

2.2.1 Konopné drogy

Asi nejznámější a nejzneužívanější drogou je konopí a produkty z něj. Cannabinoidy patří mezi lehké drogy a obsahují účinnou látku THC (delta-9-tetrahydrokanabinol). Jejich název je odvozený od rostliny, ze které se získávají – Cannabis sativa (konopí seté).³⁶ Konopí seté je jednoletá dvoudomá rostlina. Stonek dosahuje délky až 6 metrů., samčí rostliny bývají vyšší a štíhlejší. Listy mají kopinatý tvar a pilovitý okraj.³⁷

Konopí pochází z Indie a známé je více jak 5000 let. V historii se používalo při různých náboženských obřadech. V dnešní době se pěstuje pro průmyslové účely. Z konopí lze získat vlákno, které se vyznačuje vysokou pevností v tahu, zároveň pružností a odolností vůči teplu. Neobsahuje bílkoviny, tudíž je chráněno před moly a škůdci. Vlákno se využívá při výrobě oblečení, obuvi, mimo to i jako izolační materiál ve stavebnictví, čalounění do

aut apod. Z konopí se také vyrábí papír, který je pevnější a trvanlivější než běžný papír ze dřeva, umělé hmoty a palivo do automobilů.³⁸

Konopí se používá nejen pro své psychotropní účinky, ale i jako léčebný prostředek. Velmi rozšířená je v dnešní době výroba kosmetických přípravků. Z důvodu schopnosti zvyšovat chuť k jídlu a potlačovat nevolnost a zvracení je využíváno u pacientů po chemoterapiích či s onemocněním AIDS, dále se používá při léčbě roztroušené sklerózy, migrény a Parkinsonovy choroby, glaukomu (zelený oční zákal), úrazů míchy, epilepsie, astmatu a jiných.³⁹

Na černém trhu se vyskytují tři nejznámější typy konopných drog: marihuana (sušina konopí), hašiš (pryskyřice z konopí) a hašišový olej.

Marihuana, lidově nazývaná např. tráva, marjánka nebo gandža se získává sušením a úpravou listů a samičího květenství konopí setého. Barva, velikost a aroma závisí na typu pěstované odrůdy, způsobu pěstování (intenzita světla, okolní teplota), době sklizně a kvalitě zpracování. Může být tmavě zelená až skoro černozelená, což značí rychlé sušení, vlhký sběr a špatnou přípravu.⁴⁰ K. Kalina marihuanu popisuje jako „*látku v menších kouscích, držících v hrudkách při sobě, jemně lepících a s velmi charakteristickým aroma.*“⁴¹ Usušené květy rostliny se rozdrtí na jemné části, zelená drť poté připomíná kuchyňské koření majoránku. Marihuana vypěstovaná u nás a v jiných evropských zemích obsahuje 2 – 8% účinné látky, speciální druh z Nizozemska a Albánie dokonce 20% a více. Je to dáno šlechtěním rostliny a novými technikami pěstování.⁴²

Hašiš představuje zaschlou pryskyřici, která se získává ze zralých samičích květů rostliny.⁴³ Nejčastěji se vyskytuje v podobě kostek tmavě zelené až tmavě hnědé barvy. Zbarvení záleží na původu drogy. U nás se vyskytuje světle hnědý z Maroka, tmavě hnědý z Afghánistánu atd. Obsah THC u hašiše je vyšší než u marihuany, v průměru přibližně 20%, vysoce kvalitní hašiš z Nizozemska obsahuje až 40% účinné látky.⁴⁴

Konopný (hašišový) olej se vyrábí extrakcí hašiše. Obsahuje přibližně 15% až 50% THC, výjimkou nejsou případy, kdy množství THC dosahuje až 70 %. Konopný olej má jantarovou až tmavě hnědou barvu, záleží na způsobu výroby.⁴⁵ Kapky oleje se dávají na tabák, cigaretový filtr nebo se přidávají do jídla. Na vyvolání psychoaktivních účinků stačí jen 1 – 2 kapky. Konopný olej není mezi uživateli příliš rozšířený, neboť je jeho cena mnohem vyšší než cena ostatních konopných drog.⁴⁶

Konopné drogy lze do těla dopravit různými způsoby. Nejrozšířenější je kouření jointů, fajfek a vodních dýmek. Kromě marihuany se kouří i hašiš a hašišový olej. Joint (též brko či špek) je vlastnoručně ubalená cigareta obsahující drť z lístků rostliny, kterou lze smíchat

s cigaretovým nebo dýmkovým tabákem. S tabákem se smíchává i hašiš nebo se na něj kape hašišový olej. Uživatelé drogu uchovávají v různých kapesních krabičkách s motivy marihuany či v malých PVC sáčcích s uzavíratelným proužkem.

Konopné drogy lze aplikovat také perorálně. Přidávají se do různých jídel (např. bramboráků, bábovky) či nápojů (např. mléko, káva, kakao). Velmi málo rozšířená je aplikace injekční.

2.2.2 Těkavé látky

Skupina návykových látek uvedených pod označením prchavé látky. Častěji se setkáváme s pojmenováním těkavé látky nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky (například éter a rajský plyn).⁴⁷ Výskyt těkavých látek v poslední době klesá, užívají se minimálně, jsou nahrazovány stimulačními drogami a opiáty.

Toluen je nejznámějším a nejrozšířenějším zástupcem této skupiny. Je snadno dostupný v drogeriích a považuje se za nejnebezpečnější a nejtvrďší drogu vůbec. Do těla se aplikuje tzv. čicháním (sniffing). Nejčastěji poškozeny tedy bývají dýchací cesty. Pro zvýšení efektu uživatelé čichají pod dekou nebo s hlavou v igelitovém pytlíku. Kromě dýchacích cest poškozuje i jaterní tkáň. Při pitvách jedinců, kteří zemřeli na předávkování, jsou patrné změny mozkové kůry. Větším rizikem této drogy ale je, že se těžko odměří přesná dávka. Dochází tak k častému nechtěnému předávkování. Naprostá většina úmrtí u nás způsobená předávkováním drogou není zapříčiněna pervitinem či heroinem, ale právě toluenem.⁴⁸ Právě proto je toluen nazýván drogou hloupých. To vystihuje J. Presl, který uvádí: „*Příliš málo dává a příliš mnoho bere.*“⁴⁹

Čichání těkavých látek je rozšířené především u mladistvých, kteří s inhalováním často brzy přestávají a přecházejí na jiné drogy. K největšímu rozšíření těkavých látek došlo v Anglii od roku 1980. V této době uživatelé inhalovali obsah hasicích přístrojů. V bývalém Československu byly těkavé látky známé již před druhou světovou válkou. Koncem šedesátých let zneužívali žáci a studenti čisticí prostředek Čikuli, který obsahoval trichlorethylen.⁵⁰

2.2.3 Opiáty

Název opiátů je odvozen od surového opia získaného z nezralých makovic máku setého. Nezralá makovice obsahuje žlutozelenou šťávu s velkým množstvím alkaloidů (např. morfin, kodein nebo papaverin). Opium se mimo jiné používá i v lékařství jako

nejsilnější lék proti bolesti, nebo jako lék proti kašli. Předepisuje se i novorozencům, jejichž matky jsou závislé na heroinu.⁵¹

Morfin společně s kodeinem patří mezi základní alkaloidy obsažené v opiu. Izolován byl v 19. století. Zneužívání morfinu v období první světové války vedlo ke vzniku tzv. morfinismu. Vojáci jej používali jako prostředek tišící bolest. Spousta lidí jej brala delší dobu, proto u nich došlo ke vzniku typického tělesného abstinčního syndromu. Koncem 19. století bylo morfium postupně nahrazováno heroinem.⁵²

Heroin patří mezi klasické představitele skupiny opiátů. V současnosti jde o jednu z nejnebezpečnějších drog. Závislost na heroinu se považuje za nejrizikovější a nejškodlivější.⁵³ Vyskytuje se ve dvou formách. Hnědý heroin („brown sugar“) se nejčastěji šnupe, kouří nebo inhaluje z aluminiové folie. Může se i užívat nitrožilně, v tom případě je zapotřebí přidat kyselinu. Druhá forma heroinu je bílý heroin („white powder“), který se podobá mouce. Šnupe se nebo se po rozpuštění aplikuje nitrožilně.⁵⁴ „*Heroin byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný“.*“⁵⁵ Původně sloužil jako běžný lék proti kašli, tuberkulóze a astmatu. Používal se i při experimentech jako lék proti závislosti na morfin. Bohužel ale nedocházelo k pozitivnímu výsledku, naopak se lidé stávali závislí i na heroinu. Jeho výroba byla pozastavena a heroin se stal ilegální drogou. V Evropě je dovážen na západ především z Turecka. Obchodníci do něj přidávají různé přísady (např. jedlá soda, kofein, ale také prací prášek), aby zvýšili jeho objem.⁵⁶

Pro výrobu **kodeinu** hraje stejně jako u morfia důležitou roli opium. Poprvé byl kodein izolován v roce 1832, v současné době se vyrábí synteticky metylací morfinu. Je obsažen v mnoha lécích proti bolesti a kašli. Jeho účinky jsou oproti morfinu menší. Vyskytuje se ve formě bílých tablet, ampulí nebo sirupu. Látka se aplikuje pod kůži, orálně nebo do svalu. V sedmdesátých letech se z kodeinu začal vyrábět mnohem účinnější derivát – „braun“, který je u nás velmi oblíbený.⁵⁷

Užívání a výroba **brauna**, který se vyrábí z léčiv obsahující kodein, je naší specialitou. Výsledný produkt má hnědou barvu a stejné účinky jako všechny opioidy. Užívá se nitrožilně, ale může se i šňupat nebo kouřit. Ve 2. polovině 90. let byl braun postupně nahrazován heroinem.⁵⁸

2.2.4 Stimulační drogy

Stimulační drogy jsou látky, které stimulují (povzbuzují) centrální nervový systém.⁵⁹ Odstraňují únavu, potřebu jíst a spát, zvyšují výkon i aktivitu. Dostavuje se pocit fyzické

i duševní síly až euforie. Často tedy bývají zneužívány jako doping. Na stimulační drogy vzniká výrazná psychická závislost. Nejznámějšími zástupci jsou kofein obsažený v kávě a čaji, pervitin, kokain, méně typickým zástupcem je extáze (MDMA), která má kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický.

Pervitin (metamfetamin) lidově nazývanýá perník, speed, ale i peří, péčko a piko je nejrozšířenější droga v České republice. Bývá uváděn jako tradiční česká droga, proto jej v sousedních státech (Německo, Rakousko a Polsko) nazývají „čeko (tschecho)“. Ovšem českým vynálezem pervitin v žádném případě není. Syntetizován byl v roce 1888 v Japonsku, do Evropy se dostal v první polovině třicátých let.⁶⁰ Výroba pervitinu není příliš složitá. Vyrábí se z jiné stimulační látky – efedrinu. Efedrin se po extrakci mění na metamfetamin.⁶¹ V konečné fázi se podobá bílému prášku hořké chuti. Velké riziko současného černého trhu je, že ne všechno, co se prodává, je skutečně čistý metamfetamin. Patrné je to již na první pohled. Zabarvení produktu do žluta či fialova vypovídá o příměsích jodu nebo jiných látek. K tomu dochází při nedokonalém čištění nebo v případě, že konečného produktu nebylo dosaženo a jde o pouhý „mezistupeň“. Tyto nečisté drogy jsou pro organismus velmi nebezpečné. Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním, nejčastěji nitrožilně. Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. V mnohem menších dávkách se budivé aminy používaly i léčebně.⁶² Zpočátku je užíván příležitostně, nejčastěji o víkendech. Postupně ale uživatel potřebuje drogu nejen o víkendech, ale i během týdne. Opakované užívání vede k závislosti, která nevzniká po jednorázovém užití ani po užívání trvajícím např. měsíc. Rozvíjí se tři až šest měsíců.⁶³

Kokain (sníh, koks nebo crack) je bílý krystalický prášek s nahořklou chutí. Získává se z listů keře *Erythroxylon coca* pocházejícího z jihoamerických And. Žvýkání listů obsahujících kokain je velmi oblíbené u jihoamerických Indiánů.⁶⁴ Chemicky čistý kokain byl poprvé izolován v roce 1860 v Německu. Byl používán v medicíně jako prostředek pro místní umrtvení. K rozšíření do celého světa došlo v období první světové války. V této době se kokain používal při léčbě opiátových (hlavně morfiových) závislostí. To ale u mnoha pacientů vedlo k závislosti na obou drogách.⁶⁵ Kokain je zneužíván především v USA a Kanadě. Jeho obliba roste ve Velké Británii, naopak v kontinentální Evropě (s výjimkou Holandska) rozšířený příliš není. Nejčastěji se aplikuje šňupáním, méně často nitrožilně. Netradiční způsob užití je aplikace na genitálie při pohlavním styku.⁶⁶ Protože je jeho cena příliš vysoká, nahradil jej v 80. letech 20. století „crack“. Crack, který se kouří, oslovil i jiné vrstvy společnosti, jako např. prostitutky, protože jeho cena byla nižší a

účinky naopak razantnější. Efekt se dostaví několik minut po aplikaci, ale trvá jen jednu až dvě hodiny.⁶⁷

MDMA (extáze) byla objevena v roce 1912. V této době se používala jako lék na hubnutí. V čisté formě je to bílá, krystalická, silně hořká látka. Na černém trhu se nejčastěji vyskytuje v podobě malých tablet či kapslí. Tablety se liší zbarvením, tvarem a motivem, který je na nich znázorněn (např. holubice, hvězdy, sluníčka apod.). Běžná dávka v jedné tabletě se pohybuje mezi 80 – 100 mg účinné látky. Za jeden večer bývá konzumováno více tablet najednou (2 – 10). Uživatelé často extázi kombinují s jinými látkami, aby dosáhli většího efektu. Tím se ale zvyšuje pravděpodobnost výskytu závažných zdravotních komplikací a nežádoucích účinků. Typické jsou kombinace s amfetaminy, kokainem, alkoholem a marihuanou. Velmi nebezpečná je kombinace MDMA s antidepresivy. Může dojít i k úmrtí.⁶⁸ Extáze je užívána o víkendech na tanečních akcích. Díky svým účinkům uživatelům zajistí dobrou náladu a energii potřebnou na tanec. Závislost u této drogy je výjimečná, často ale uživatelé přecházejí na silnější stimulanty (pervitin, kokain).⁶⁹

2.2.5 Halucinogenní drogy

„Halucinogenní drogy jsou jednou z nejméně 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 spojená s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti.“⁷⁰ Jedná se o skupinu přírodních a syntetických látek, které způsobují změnu vnímání. Jejich nevyzpytatelné účinky mohou působit problém lidem, kteří tyto drogy moc neznají a neumí s nimi správně zacházet. Užívání halucinogenních drog bylo spjato s náboženskými rituály, některé z nich se dokonce uctívají jako božstva. Nevzniká na nich závislost, ani nedochází k fyzickému poškození organismu.⁷¹

Do skupiny halucinogenů patří látky umělé a poloumělé, ale i látky rostlinného a živočišného původu. Mezi nejznámější patří LSD a psilocybin.

Nejrozšířenějším a nejsilnějším halucinogenem je **LSD-25** (derivát kyseliny lysergové). Na našem černém trhu se vyskytuje ve formě tzv. tripů a krystalů. Tripy jsou malé papírové čtverečky o rozměrech přibližně 5x5 milimetrů. Naopak krystaly se vyskytují v podobě malých granulek tmavomodré nebo zelené barvy, které připomínají umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně. Látka se nechává rozpustit pod jazykem.⁷²

LSD syntetizoval v roce 1938 Albert Hofmann. Byl průmyslově vyráběn a používal se v psychiatrii. Díky velkému množství nežádoucích účinků byla výroba pozastavena a v psychiatrii se s ním dále neexperimentovalo.⁷³ Hodně oblíbená a tolerovaná byla droga na počátku šedesátých let v USA. Proslavilo ji hnutí hippies. Ovlivňovala nejen lidi, ale i hudbu a výtvarné umění. Strach politiků z těchto svobodomyšlných lidí vedl k jejímu zákazu. Obliba této drogy v poslední době klesá, oblíbenější jsou stimulační drogy.⁷⁴

Psilocybin je droga obsažená v houbě Psilocybe Bohemica (Lysohlávka česká).⁷⁵ Lysohlávku českou popsal v osmdesátých letech náš mykolog Svatopluk Šebek. Vyrůstá na podzim, nožka je štíhlá, 5 – 20 cm dlouhá. Světle žlutohnědý klobouček má tvar úzkého kužele o průměru 0,5 – 2 cm.⁷⁶ V posledních dvaceti letech její obliba stoupá. Zkušenost s ní má 5 – 9% středoškoláků v České republice. Najít ale pravou lysohlávku není jednoduché, protože existují druhy, které se podobají tvarem i zbarvením. Problémem je odhad účinné látky, protože každá houba obsahuje jiné množství psilocybinu. Tím se zvyšuje riziko předávkování. Častěji se ale vyskytují otravy houbami způsobené prostou záměnou. Zkušenosti uživatelé znají účinky psilocybinu velmi dobře a ví, kolik drogy je zapotřebí k vyvolání požadovaných účinků. Lidé, kteří s touto drogou experimentují, považují její užívání za rituál.⁷⁷

U nás se vyskytuje mnoho dalších halucinogenních drog rostlinného a živočišného původu, např. mezkalin (získávaný z kaktusu Lophophora Williamsi), iboga, bulbocapnin a další. Domorodci žvýkají kořeny Ibogy, aby zahnali hlad a únavu, vyšší dávky vyvolávají halucinace. Stále častěji se objevují otravy způsobené požitím durmanu (Datura stramonium) či rulíku zlomocného (Atropa belladonna). Díky nezkušenosti často dochází k otravám, které mohou končit smrtí.⁷⁸

2.2.6 Psychotropní léky

„Užívání léků ve vyšší míře, než předepisuje lékař, je společensky závažný jev, který bývá hodně podceňovaný. Zneužíváním (abúzem) léku rozumíme aplikaci léků buď z jiného než terapeutického důvodu, nebo v neobvykle vysokých dávkách po neobvykle dlouhou dobu.“⁷⁹ Závislost na lécích vzniká poměrně rychle a příčin vzniku je několik. Například nám mohou být léky proti nespavosti či bolesti předepisovány příliš dlouho, nebo můžeme být nedostatečně informováni o možných vedlejších účincích. Vždyť volně prodejných léků proti bolesti je celá řada, lidé je užívají při bolestech zubů, kloubů, zad apod. Mezi

nejznámější zneužívané psychotropní léky patří analgetika, sedativa a hypnotika a trankvilizéry.

Analgetika jsou látky, které snižují vnímání bolesti. Dělí se na opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika – NSA. Opioidní analgetika (např. Tramal, Fortral) působí přímo v CNS. Používají se k tišení pooperačních a poúrazových bolestí. Naopak NSA se ordinují při bolestech kloubů, svalů a při léčbě revmatických onemocnění. Zástupci této skupiny jsou nám velmi známí, patří do ní často užívaný Aspirin, Brufen a Ibuprofen. Nevýhodou NSA je riziko krvácení do trávicího ústrojí. V ohrožení jsou zejména starší osoby (nad 65 let) a osoby s vředovými chorobami.⁸⁰

„**Sedativa** jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem.“⁸¹ Do této skupiny léků patří barbituráty, bromidy a některé rostlinné drogy, které se v dnešní době v podstatě nepoužívají. Barbituráty se dnes využívají jen zřídka v neurologii jako antiepileptika, tzn. léky zamezující vzniku epileptického záchvatu. Za sedativa můžeme pokládat i hypnotika (např. Rohypnol) používaná při léčbě nespavosti. Vyvolávají ospalost a navozují spánek. Mimo léčby poruch spánku se používají i při předoperační přípravě pacienta či vlastní anestezii.⁸²

„Skupinou léků, které pozitivním způsobem ovlivňují náladu, jsou **anxiolytika** – trankvilizéry.“⁸³ Spolu s hypnotiky patří mezi nejčastěji předepisované léky. Anxiolytika způsobují snížení či odstranění úzkosti, napětí a strachu. Dále se používají při závislosti na alkoholu či barbiturátech, epileptickém záchvatu a při léčbě vedlejších nežádoucích účinků navozené neuroleptiky.⁸⁴ Nejčastěji předepisované jsou benzodiazepinová anxiolytika (Diazepam) používaná při léčbě strachu, neklidu, svalového napětí, podrážděnosti či nespavosti. Účinkují rychle a jsou dobře snášeny.⁸⁵

Psychotropní léky jsou velice nebezpečné. Nejen svými nežádoucími účinky, možností vzniku závislosti, ale především snadnou dostupností. Nejčastěji zneužívaná bývají nesteroidní antiflogistika. Brufen a Ibuprofen používá řada lidí při samoléčbě bolesti. Nadužívání těchto léků v kombinaci s alkoholem vede k poškození ledvin a jater. I když si to mnoho lidí neuvědomuje, závislost na lécích je velkým problémem, kterému není věnována dostatečná pozornost. Myslím si, že zneužívaných léků bude v budoucnosti ještě více.

Poznámky a odkazy ke kapitole 2

²⁷ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 10. ISBN 80-85800-25-X.

²⁸ Tamtéž str. 10

²⁹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205. ISBN 80-86734-05-6.

³⁰ Tamtéž str. 206

³¹ Tamtéž str. 206

³² Tamtéž str. 151

³³ Tamtéž str. 152

³⁴ Tamtéž str. 152

³⁵ NEŠPOR, K., *Zůstat strýzlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. s. 20. ISBN 80-7294-206-9.

³⁶ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 31. ISBN 80-85800-25-X.

³⁷ MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 66-68. ISBN 978-80-247-0865-2.

³⁸ Tamtéž str. 422-423

³⁹ Tamtéž str. 433

⁴⁰ Tamtéž str. 126

⁴¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

⁴² MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 126-127. ISBN 978-80-247-0865-2.

⁴³ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 31. ISBN 80-85800-25-X.

⁴⁴ MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 128. ISBN 978-80-247-0865-2.

⁴⁵ Tamtéž str. 130

⁴⁶ Tamtéž str. 130

⁴⁷ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 193. ISBN 80-86734-05-6.

- ⁴⁸ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 43. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁴⁹ Tamtéž str. 43
- ⁵⁰ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 194-195. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁵¹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 23. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁵² Tamtéž str. 23
- ⁵³ Tamtéž str. 28
- ⁵⁴ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 161. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁵⁵ Tamtéž str. 161
- ⁵⁶ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 28. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁵⁷ Tamtéž str. 23
- ⁵⁸ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 162. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁵⁹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 15. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁶⁰ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 166. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁶¹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 15. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁶² KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 166. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁶³ Tamtéž str. 166
- ⁶⁴ Tamtéž str. 165
- ⁶⁵ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 17-18. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁶⁶ Tamtéž str. 19
- ⁶⁷ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 165. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁶⁸ Tamtéž str. 201
- ⁶⁹ Tamtéž str. 201

- ⁷⁰ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁷¹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 39. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁷² KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 169. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁷³ Tamtéž str. 169
- ⁷⁴ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 40. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁷⁵ Tamtéž str. 41
- ⁷⁶ GERHARDT, E. *Houby*. 3. vyd. Praha: Rebo Productions CZ, 2008. s. 120. ISBN 978-80-255-0001-9.
- ⁷⁷ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 41-42. ISBN 80-85800-25-X.
- ⁷⁸ MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 1996. s. 95. ISBN 80-200-0508-0.
- ⁷⁹ POMOC V ZÁVISLOSTI. *Závislost na lécích* [online]. Copyright © 2011. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-lecich>
- ⁸⁰ BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 222. ISBN 80-247-1136-2.
- ⁸¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 180. ISBN 80-86734-05-6.
- ⁸² Tamtéž str. 180
- ⁸³ Tamtéž str. 180-181
- ⁸⁴ Tamtéž str. 180-181
- ⁸⁵ BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 19. ISBN 80-247-1136-2.

3. ÚČINKY DROG

Kapitola Účinky drog navazuje na předešlou kapitolu, ve které jsme se seznámili s nejznámějšími zástupci návykových látek. Drogy jsme si rozdělili do několika základních skupin, nejznámější a také nejpoužívanější je dělení podle míry rizika vzniku závislosti a podle jejich účinku.

V této kapitole se dočteme, k jakým změnám chování dochází v případě užívání návykových látek a jaké účinky mají konkrétní skupiny drog.

Závislosti na návykových látkách jsou obecně pro jedince rizikem vážných zdravotních, psychických i sociálních dopadů, nemluvě o ohrožení života a zdraví, které mohou skončit úmrtím. Navíc u dětí a dospívajících se častokrát závislost rozvíjí mnohem rychleji než u dospělých jedinců, což je dáno nezralostí metabolických procesů a zpomalením vyplavování drogy z organismu. Tím hrozí vážná tělesná poškození a otravy (intoxikace) drogou již při malém množství. Dospívající a adolescenti mají tendenci navíc různě zkoušet hranice, experimentovat s novými a zakázanými věcmi, riskovat.

To, že dítě bere drogy, nemusí být (alespoň zpočátku) vůbec nápadné. Existuje však několik varovných signálů, které napovídají, že se něco děje a není něco v pořádku. Mezi typické příznaky patří drogy, kterých bychom si mohli všimnout, patří problémy ve škole, ztráta původních zájmů, změna přátel a party, změna chování, slabost a spaní přes den, ztráta chuti k jídlu a hubnutí. Nápadné jsou také kožní defekty vznikající po škrábnutích a drobných sebepoškozeních na obličeji a rukách, mizení peněz, nález stříkaček, jehel a drog a stopy po injekčním vpichu na končetinách. V tomto případě není o čem diskutovat, zde žádné výmluvy neplatí.⁸⁶

3.1 Účinky nikotinu

Nikotin v nízkých koncentracích působí jako stimulant. Zvyšuje tedy krevní tlak a srdeční tep. Mimo jiné působí i na psychiku, vyvolává pocit uvolnění a povzbuzení, odstraňuje nervozitu a napětí. Negativní účinky, které zná kdejaký začínající kuřák nebo ten, kdo vykouřil více cigaret v krátkém časovém rozmezí, jsou bledost, studený pot, závrať, bolesti hlavy, pocit úzkosti, průjem apod. Mezi hlavní abstinenci příznaky, které se objevují již za několik hodin po poslední dávce nikotinu, patří především nezvladatelná touha po cigaretě, podrážděnost, nervozita, změny nálady, poruchy spánku a únava.⁸⁷

Kouření je příčinou přibližně každého pátého úmrtí na nemoci cév a srdce, což ročně představuje zhruba 15 000 zemřelých osob. V 90% je příčinou rakoviny plic. Ze studií vyplývá, že kuřák, který vykouří 14 cigaret denně, je osmkrát více ohrožen rakovinou plic než nekuřák, a u kuřáka, který vykouří 25 cigaret denně, je takové riziko až pětadvacetkrát vyšší.⁸⁸

Mezi další druhy rakoviny spojované s kouřením patří rakovina dutiny ústní, hrtanu, hltanu, jícnu, močového měchýře, ledvin, žaludku a slinivky břišní. Kouření má však souvislost také s mnoha dalšími nemocemi, např. s astmatem nebo s rozedmou plic, při které se kouřením zužují poškozené plicní cévy. Mimo jiné kouření působí negativně na pokožku, pleť na obličeji rychleji stárne. Dalšími negativními účinky kouření jsou narušení kvality spermií, snížení plodnosti žen, zvýšení pravděpodobnosti mimoděložního těhotenství, spontánního potratu a předčasného porodu.⁸⁹

3.2 Účinky alkoholu

Psychoaktivní účinky alkoholu závisí především na množství požitého alkoholu, jeho formě a způsobu užití. Akutní intoxikace CNS alkoholem se projevuje jako opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Při nižších dávkách dochází ke změnám nálady, mnohmluvnosti a zvýšenému sebevědomí. Posléze se objevuje snížení zábran a agresivita. Při rychlé konzumaci vyšších dávek alkoholických nápojů a při déle trvající nepřerušené konzumaci dochází k útlumu. Dostavuje se únava, somnolence, spánek, v horších případech bezvědomí nebo dokonce smrt.⁹⁰

Škodlivé užívání, jak vysvětluje K. Kalina, „je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu.“⁹¹ Škodlivé užívání se může postupně vyvinout v závislost. Přejít od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. Typickými změnami jsou postupné zvyšování tolerance, postupná ztráta kontroly a postupné zanedbávání jiných zájmů. Současně dochází ke změnám v myšlení a chování.⁹²

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu a poruchy paměti (tzv. „okénka“). S rozvojem závislosti dochází zpočátku ke zvyšování tolerance, závislá osoba denně konzumuje velké množství alkoholu, aniž by se chovala nápadně či budila pozornost. Postupně se však tolerance výrazně snižuje - i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého příznaky těžké opilosti.⁹³ Se závislostí na alkoholu je spojeno velké množství komplikací. Mezi nejčastější patří poškození gastrointestinálního

traktu (dysfagie, průjmy, gastritidy, jícnové varixy). Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, u uživatelů piva se více vyskytuje rakovina rekta. Chronický abusus alkoholu vede k poškození pankreatu a poruše sekretu inzulínu. Časté jsou také avitaminózy, poruchy krvetvorby, srážení krve a anémie. U mužů dochází ke snížení sekreci testosteronu, poruchám sexuální funkce a k impotenci, u těhotných žen hrozí riziko poškození plodu, které se projevuje růstovou retardací, postižením CNS a kraniofaciální dysmorfii (fetální alkoholový syndrom - FAS).⁹⁴

3.3 Účinky konopných drog

Účinky konopných drog jsou ovlivněny nejen samotnou látkou, tzn. její koncentrací, ale především celkovým „naladěním“ jedince, prostředím, způsobem aplikace, zkušeností s drogou, únavou, odlišnou citlivostí, očekáváním apod. Tyto faktory mohou průběh intoxikace razantně změnit.⁹⁵

Pokud se konopné drogy kouří, účinek se dostavuje během několika desítek sekund až minut a trvá 3 až 6 hodin. Velkou roli hraje množství aktivních látek v droze. Při ústním požití nastupují účinky pomaleji a později. Trvají ale výrazně déle, než při kouření. Nejčastějším účinkem konopných drog je sucho v ústech, pocit žízně a hladu, lehká euforie, uvolnění a dobrá nálada, která se projevuje nezadržitelným smíchem. Dochází k ponoření do svých pocitů, nálad, myšlenek a fantazie a také k poruchám ve vnímání prostoru a času.⁹⁶ „Čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče a i velmi krátký okamžik se může zdát jako by uběhly celé hodiny.“⁹⁷ Objevují se i sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze. Akutní intoxikace může zvyšovat riziko úrazů u některých činností, jako např. při řízení vozidla nebo při obsluze nebezpečných strojů. Řízení motorového vozidla pod vlivem konopné látky je trestným činem. Přítomnost THC lze prokázat prostřednictvím testu vzorku moči, krve či vlasů (po vykouření jedné cigarety lze prokázat 40 – 50% THC v buněčných membránách po 4 – 8 dnech, 10 – 20% drogy po 30 dnech a 1% po 48 – 138 dnech).⁹⁸

Po vykouření většího množství drogy nebo po opakovaném kouření v jednom dni dochází k únavě a ospalosti. Slangově je tento stav nazýván „výkyd“. Často bývá doprovázen pocitem úzkosti, depresemi a tělesnou bezvládností. Mezi nežádoucí účinky konopných drog patří zrychlená srdeční frekvence, bušení srdce a zarudlé spojivky.⁹⁹

Závislost na konopných drogách vzniká poměrně vzácně. Při dlouhodobém užívání drogy se často mění nálady, zhoršuje se soustředění, prospěch a obratnost, dochází

k citovému otupění a ztrátě hodnot. Prodlužuje se reakční čas, zhoršuje se paměť, orientace v čase a prostoru. U žen denní příjem drogy způsobuje nepravidelný menstruační cyklus, u mužů se zvyšuje riziko neplodnosti. Při užívání konopných drog během těhotenství dochází k poškození plodu. Konopné drogy negativně působí na srdce, může dojít k poruchám srdečního rytmu. Švédská studie prokázala u kuřáků marihuany vyšší výskyt schizofrenie.¹⁰⁰

3.4 Účinky těkavých látek

Inhalace (vdechování) výparů toluenu a jiných těkavých látek způsobuje bolest hlavy, podráždění sliznic, nevolnost až zvracení. Posléze se dostavuje stav podobný opilosti provázený pocitem euforie, zvýšené tělesné teploty, záchvěvy horka a mravenčením. Typická jsou také zmatenost, dezorientace, narušení vnímání prostoru a času a zrakové a sluchové halucinace. Kýženým efektem čichání toluenu je stav polospánku, který se při předávkování prohlubuje do bezvědomí, kómatu a dochází k zástavě dechu a oběhu. Protože jde těžko odhadnout bezpečnou dávku, dochází k předávkování velmi často, a to již při prvním experimentu. Dlouhodobé užívání toluenu může vést k rozvoji závislosti a jeho časté vdechování zanechává patrné následky, např. degenerativní změny v játrech, ledvinách, srdci, dýchacích cestách a kostní dřeni. Mezi ty nejzávažnější patří ale poškození mozku, tzv. toxická encefalopatie, která se vyznačuje trvalým oslabením intelektu, úpadkem osobnosti až demencí.¹⁰¹

„Čichači“ toluenu jsou velmi nápadní, neboť vydechují charakteristický zápach, který je z dechu cítit i po 10 až 12 hodinách. Takto nápadní bývají až v pokročilých fázích, do poslední chvíle se snaží, aby nebyli přistiženi.¹⁰²

3.5 Účinky opiátů

Skupina opiátů tlumí centrální nervovou soustavu a potlačuje bolest. Po požití se dostavuje hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění celého těla, zpomalení dechové frekvence, zúžení zornic (mióza) a snížení tělesné teploty. Uživatel se cítí uvolněný, uklidněný až ospalý.¹⁰³ V případě přiměřené dávky není na toxikomanovi nic nápadného. Naopak při předávkování, ke kterému dochází v naprosté většině nechtěně, se prohlubuje

ospalost, postižený upadá do kómatu a smrt nastává na zástavu dechu nebo oběhu. Vědomé předávkování bývá za účelem spáchání sebevraždy.¹⁰⁴

V průběhu závislosti na opiátech, která se rozvíjí po několika týdnech užívání, rychle roste tolerance. K dosažení žádaného účinku je potřeba stále dávky zvyšovat. Po čase užívání opiátů se začínají objevovat první příznaky abstinčního syndromu. Mezi ně patří např. bolest svalů a kloubů, pocení, zvýšená teplota, slzení, průjmy, mydriasa, pokles krevního tlaku, poruchy spánku, napětí ve svalech až křeče apod. V této chvíli dochází k velkému zvratu. Člověk se cítí dobře a je schopen „fungovat“ jen pod vlivem opiátů. Bez nich se cítí o mnoho hůře. V této fázi začíná uživatel ztrácet nad svým chováním kontrolu. Ráno se budí s projevy abstinčního syndromu a hned shání novou dávku. Začíná mít problémy v práci nebo ve škole. Ve většině případů v práci končí a tím přichází o zdroj příjmů. Prodává hodnotné věci, zařízení bytu a oblečení. Krade v samoobsluhách nebo si vydělává prostitucí. Tělo toxikomana chátrá, barva jeho kůže je bledá. Dochází k poruchám menstruace a ztrátě zájmu o sex.¹⁰⁵

3.6 Účinky stimulačních drog

Po požití stimulačních drog *„dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zvýšení psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii (tedy schopnosti vcítit se do problémů ostatních).“*¹⁰⁶ Nebezpečnému stavu, ke kterému dochází u chronických uživatelů stimulačních drog, říkáme toxická psychóza (tzv. „stíha“). Stíha se rozvíjí pozvolna a projevuje se vztahovačností, podezřívavostí, zrakovými a sluchovými halucinacemi. Příznaky toxické psychózy jsou srovnatelné se schizofrenií, musí být tedy léčena psychofarmaky.¹⁰⁷

Účinky pervitinu a kokainu jsou velmi podobné. Zvyšují krevní tlak a tep, rozšiřují zorničky. Snižují chuť k jídlu, uživatelé nejedí několik dní, hubnou a trpí podvýživou. Pervitin odstraňuje pocit spánku. Intoxikovaný nespí i více jak čtyři dny v kuse, po několikadenním „tahu“ nastává tzv. dojezd připomínající kocovinu doprovázenou depresemi a únavou. Kokain naopak náladu zlepšuje, způsobuje příjemné halucinace a zvyšuje chuť na sex. Často jej užívají prostitutky.¹⁰⁸ Rozdíl mezi pervitinem a kokainem je v délce psychotropního efektu. U kokainu trvá pouze 20 – 30 minut. Uživatel dávky opakuje i desetkrát až dvacetkrát za den.¹⁰⁹ Chroničtí uživatelé pervitinu a kokainu jsou nápadní na první pohled. Nedbají o svůj vzhled, jsou podvyživení a bledí. Způsob života, kterým žijí, zatěžuje jejich kardiovaskulární systém, zvyšuje se tak riziko srdečních a

mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání kokainu poškozuje nosní sliznici, často dochází k úplné ztrátě čichu.¹¹⁰

Extáze navozuje empatii, tzn. schopnost vcítit se do druhého, zvyšuje komunikativnost a potřebu dotýkat se druhých. Stav pod vlivem extáze trvající přibližně dvě hodiny nazýváme „rush“ (jízda). MDMA nepůsobí jako afrodiziakum, naopak tlumí erekci u mužů a oddaluje ejakulaci. Zvyšuje krevní tlak a srdeční akci, snižuje chuť k jídlu, způsobuje nystagmus (kmitání očí ze strany na stranu) apod. Mezi závažné komplikace patří přehřátí organismu (hypertermie), ke kterému často dochází na celovečerních party a které může vést i k úmrtí.¹¹¹

3.7 Účinky halucinogenních drog

Účinky LSD a psilocybinu jsou velmi podobné. Do jedné hodiny po požití se objevují první příznaky intoxikace. Vše závisí na množství a čistotě látky. K. Kalina uvádí, že *„nástup bývá doprovázen pocity mírného chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy pocity závratě či nevolnosti.“*¹¹² Příznaky odeznívají po krátké chvíli.

U nižších dávek se vyskytují iluze a pseudohalucinace. Uživatelům se zvyšuje citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev. Objevují se jim barevné kaleidoskopické obrazce. Intoxikace je doprovázena pocity mírné euforie a dobrou náladou. Ve výjimečných případech dochází k pocitům nepohody, úzkosti až depresi.¹¹³ Vyšší dávky látky jsou daleko razantnější. Narušují normální psychiku, vnímání, emotivitu a myšlení. Intoxikace v plné dávce bývá silným zážitkem. To popisuje J. Presl jako stav, při kterém *„dochází k prožitkům odosobnění, k izolaci od okolí a ponoření se do vnitřního prožitkového světa. Mění se vnímání prostoru, času, barev i zvuků. Zvyšuje se fantazie. Předměty se mění ve zvířata či osoby, stávají se přátelskými či nepřátelskými vůči intoxikované osobě. Prostor se bortí, zmenšuje či zvětšuje. Barvy lze vnímat nejen zrakem, ale i sluchem apod.“*¹¹⁴ Intoxikace při plné dávce trvá v průměru 8 hodin, nejsou ale vzácné i celodenní „jízdy“. Průběh je ovlivněn nejen drogou, ale také uživatelem samotným. Stejná dávka může u stejného jedince vyvolat opačné efekty, jako např. úzkost, agresivitu, zmatenost.¹¹⁵

Účinek halucinogenních drog je nevypočitatelný, neboť způsobují tzv. „flash backy“. Jde o stavy, kdy uživatel prožívá další intoxikaci, i přes to, že další drogu nepožil. Nepatrné množství drogy totiž zůstává ve tkáních dlouhou dobu, dokonce i celý rok. Droga se pak při nějaké zátěžové situaci uvolní do oběhu a působí na CNS.¹¹⁶

3.8 Účinky psychotropních léků

Společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití se pacient cítí ospalý, otupělý a celkově utlumený. Při předávkování může dojít až k hlubokému bezvědomí – kómatu. Dlouhodobé užívání vede k závislosti s psychickou a somatickou složkou. Při odvykání pacient trpí nespavostí, bolestí svalů, křečemi, průjmami, je neklidný, mrzutý až agresivní.¹¹⁷

Opioidní *analgetika* mají stejné akutní a dlouhodobé účinky jako nelegální opioidy, tzn. heroin a braun. Příznaky při vysazení mají nižší intenzitu. NSA jsou nebezpečná hlavně při otravách malých dětí. Otrava např. Aspirinem či Acylpyrinem je častá u kojenců a batolat. Nadužívání této skupiny léků není bezpečné. Poškozují především gastrointestinální trakt. Zánět žaludeční sliznice (gastritida) vzniká při nadměrném užívání Ibuprofenu, Brufenu a Ibalginu. Např. Paralen a Panadol při překročení denní dávky toxicky poškozují játra. Velmi rizikové je užívání těchto dvou léků člověkem závislým na alkoholu, neboť alkoholismus zvyšuje jejich toxicitu až o 50 – 70%. Dlouhodobé užívání NSA poškozuje ledviny.¹¹⁸

Sedativa mohou být smrtelné při předávkování. Zneužívání barbiturátů je velmi rizikové, rychle na ně totiž roste tolerance. Proto by se žádné sedativum nemělo při léčbě nespavosti podávat dlouhodobě. „*Všechna sedativa mohou zhoršovat pozornost, paměť a koordinaci. Mezi další časté účinky patří „kocovina“, setřená řeč, vrávoravá chůze, otupělost, sucho v ústech a kolísání nálad.*“¹¹⁹ Abstinenčními příznaky jsou úzkost, podrážděnost, nespavost, nevolnost a zvracení, tachykardie, pocení a jiné. Při chronickém zneužívání sedativ dochází k poruchám paměti, učení a koordinace.¹²⁰

Chroničtí uživatelé *anxiolytik* (benzodiazepinů) se cítí unavení a ospalí, trpí poruchami koordinace pohybů, poruchami krátkodobé paměti. Jsou zmatení a dezorientovaní, mohou být i agresivní, ztrácejí motivaci. Silnější intoxikace připomíná opilost. „*Intoxikovaný je nápadně veselý, potácí se, patrný je pokles svalového napětí, který někdy vede k pádům.*“¹²¹ Benzodiazepiny prodlužují reakční čas, nesmí jej tedy užívat řidiči motorových vozidel, vlaků apod. Mnohem rizikovější je kombinace benzodiazepinů (především Diazepam a Rohypnol) s alkoholem, kdy dochází k přechodnému narušení krátkodobé paměti.¹²²

Poznámky a odkazy ke kapitole 3

⁸⁶ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 9-10. ISBN 978-80-7367-908-8.

⁸⁷ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 205. ISBN 80-86734-05-6.

⁸⁸ Tamtéž str. 206

⁸⁹ Tamtéž str. 206

⁹⁰ GIFFORD, M., *Alcoholism – Biographies of Disease*. ABC-CLIO, 2009. s. 37. ISBN 978-0-313-35908-8.

⁹¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 152. ISBN 80-86734-05-6.

⁹² Tamtéž str. 152

⁹³ NEŠPOR, K., *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. s. 38. ISBN 80-7294-206-9.

⁹⁴ GIFFORD, M., *Alcoholism – Biographies of Disease*. ABC-CLIO, 2009. s. 40-44. ISBN 978-0-313-35908-8.

⁹⁵ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 176. ISBN 80-86734-05-6.

⁹⁶ Tamtéž str. 176

⁹⁷ Tamtéž str. 176

⁹⁸ MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 264. ISBN 978-80-247-0865-2.

⁹⁹ Tamtéž str. 238

¹⁰⁰ NEŠPOR, K., FISCHEROVÁ, D., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *FIT IN 2001 PLUS: Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1996. s. 21-22.

¹⁰¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 194. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁰² PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 44. ISBN 80-85800-25-X.

¹⁰³ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-160. ISBN 80-86734-05-6.

- ¹⁰⁴ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 24-25. ISBN 80-85800-25-X.
- ¹⁰⁵ Tamtéž str. 26
- ¹⁰⁶ Tamtéž str. 16
- ¹⁰⁷ Tamtéž str. 16-17
- ¹⁰⁸ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 165-167. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹⁰⁹ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 18. ISBN 80-85800-25-X
- ¹¹⁰ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 167. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹¹¹ SAUNDERS, N. *Extáze a techno scéna*. 1. vyd. Brno: JOTA, 1996. s. 43-44. ISBN 80-85617-93-5.
- ¹¹² KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 170. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹¹³ Tamtéž str. 170
- ¹¹⁴ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 41. ISBN 80-85800-25-X.
- ¹¹⁵ Tamtéž str. 41
- ¹¹⁶ Tamtéž str. 40
- ¹¹⁷ BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 24. ISBN 80-247-1136-2.
- ¹¹⁸ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 182. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹¹⁹ Tamtéž str. 182
- ¹²⁰ BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 25-26. ISBN 80-247-1136-2.
- ¹²¹ Tamtéž str. 26
- ¹²² KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 181. ISBN 80-86734-05-6.

4. TYPY PROTIDROGOVÉ PREVENCE

V minulé kapitole jsme se seznámili s účinky jednotlivých skupin návykových látek a se změnami chování, ke kterým při jejich užívání dochází. Každá skupina drog má svá specifika a jistá rizika.

Protidrogová prevence, o které se dočteme v poslední kapitole, je nezbytnou součástí drogové problematiky. Pro společnost a závislé jedince je velice důležitá, snaží se, aby lidé nepřišli s návykovými látkami do kontaktu a v případě, že už lidé drogy užívají, nabízí jim možnosti léčby a bezplatná zařízení, kam mohou závislí uživatelé docházet.

Prevence je definována jako intervence k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání drog.¹²³ Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) rozlišujeme prevenci na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence má za úkol „předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.“¹²⁴

Sekundární prevence se zabývá „předcházením vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislími.“¹²⁵

Terciární prevence má „předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.“¹²⁶

4.1 Primární prevence

„Do oblasti primární prevence patří všechny aktivity směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl.“¹²⁷ Má za úkol zabránit vzniku závislosti, nejlépe předejít styku jedince s drogou vůbec. Jejím hlavním principem je snižování nabídky drog (dostupnost drog ve společnosti) a snížení poptávky po drogách (snížení zájmu o návykové látky).¹²⁸ Oba principy se musí vzájemně doplňovat. Primární prevence se zaměřuje na celou populaci, ale také na ohrožené skupiny, jako např. „děti ulice“, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy nebo děti uživatelů drog. Zahrnuje tyto složky:

- *„vytváření povědomí a informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním,*
- *podpora protidrogových postojů a norem,*
- *posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů,*

- *podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog.*¹²⁹

Existuje řada postupů a programů primární prevence drogové závislosti. Jednou z forem jsou rozšířené „**peer programy**“.¹³⁰ Pro šíření primárně preventivních informací jsou vyškoleni „peeři“ - vrstevníci, kteří podporují zdravé normy a způsoby chování a odmítají nezdravé návyky. „Peeři“ absolvují školení, při kterých získají potřebné informace o problematice, které pak předávají vrstevníkům.¹³¹ Pro zvýšení informovanosti se používají přednášky či promítání preventivních filmů. Efektivita této formy je však sporná.

Další relativně novou formou primární prevence jsou tzv. **nízkoprahové kluby** (odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež - NZDM).¹³² Jsou určeny pro děti a mladistvé, kteří tráví volný čas touláním se na ulici, v partě či jinak neorganizovaně. Navštěvovat je mohou všichni – nezáleží na prospěchu ve škole či na stylu oblékání. Přístup není omezen financemi. Zařízení mladým nabízejí mnoho programů a vybavení. Hlavní význam klubů je však v jejich poradenské a preventivní činnosti.¹³³ Umožňují dětem a mládeži si popovídat, nebo se svěřit se svými problémy. Zkušenosti a vyškolení pracovníci vytvářejí pro děti chráněný prostor, který na anonymních sídlištích chybí. V každém klubu rovněž platí pravidla, která mimo jiné zakazují užívání alkoholických nápojů, drog, násilí či šikanu.¹³⁴

V Plzeňském kraji se nízkoprahové kluby nacházejí v Plzni, Rokycanech, Dobřanech, Domažlicích a Horažďovicích.

Jinou možností primární prevence je práce terénního sociálního pracovníka, tzv. **streetworker**, který se setkává s problémy dětí a mládeže přímo na „ulici“.¹³⁵ Jedná se např. o experimentování s drogami, trestnou činnost a vandalismus, psychické a sociální problémy spojené s dospíváním, problémy v rodině a ve škole, nebo záškoláctví. Těmto lidem terénní pracovník nabízí poradenství přímo v terénu, pomoc s jejich problémy (např. doprovod na úřady), nebo asistenci při realizaci jejich vlastních nápadů a akcí.¹³⁶

V rámci primární prevence a informovanosti o drogách se začíná využívat i internet, ať už jako zdroj informací ze stránek organizací, které se zabývají drogovou problematikou, nebo prostřednictvím internetových poraden.

Velice důležitá je i primární prevence na školách. Na každé základní či střední škole by měli mít na starost problematiku primární prevence a oblast drogové problematiky drogoví preventisté.

4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence zahrnuje veškeré léčebné programy a má tedy za úkol vyléčit závislost klienta na návykových látkách. Jejím cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu.¹³⁷ **Podle typu** rozlišujeme léčbu *ambulantní* (AT ordinace, stacionární programy), *rezidenční – pobytová* (terapeutické komunity, psychiatrické léčebny, specializovaná oddělení nemocnic) a *substituční*.¹³⁸

Je dobré vědět, že léčbou, ať už jakkoli dlouhou, léčebný proces nekončí. Na klienta po léčbě čekají různá nebezpečí, která se lépe zvládají s alespoň minimální podporou v rámci doléčování. Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, doléčování, které pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a zvyšuje její efekt.

4.2.1 Ambulantní léčba

Jedná se o léčbu, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Klient dochází do zařízení, kde ambulantní léčba probíhá, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit. Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální a rodinné zázemí, které je pro ně podporou. Za účinnou se považuje léčba trvající minimálně tři měsíce, s frekvencí kontaktů s léčebným zařízením nejméně dvakrát až třikrát týdně.¹³⁹

V České republice nabízejí ambulantní péči **AT poradny**.¹⁴⁰ Jedná se o ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti. Do těchto zařízení dochází klient po dohodě s lékařem zpravidla dvakrát či třikrát týdně na pohovor. Jde-li o krizové situace, může být kontakt častější. V současnosti u nás probíhají i svépomocné skupiny Anonymní alkoholici a Anonymní narkomani (obvykle se používají zkratky AA a AN).¹⁴¹

Další podobou ambulantní léčby je denní **stacionář**, kam klient dochází každý všední den. Léčebný program trvá od ranních do odpoledních hodin, klient tedy tráví v léčebném zařízení v podstatě celý den. Zúčastní se skupinových terapií, individuálních pohovorů s terapeutem, využívá poradenství ohledně sociálních, právních záležitostí apod. Večer odchází domů. Součástí léčby bývá také rodinná nebo partnerská terapie.¹⁴²

4.2.2 Pobytová léčba (ústavní, rezidenční)

Jedná se o léčebné programy, při kterých klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim

a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod.¹⁴³ Klienti se mohou účastnit aktivit pro volný čas nebo mohou využít poradenství v sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou nebo partnerem klienta. Pobytová léčba může být *krátkodobá* (trvá 4 – 8 týdnů), *střednědobá* (2 – 3 měsíce), *dlouhodobá* (6 měsíců až 1 rok).¹⁴⁴ Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá obvykle v psychiatrických léčebnách. Tento typ léčby se nazývá ústavní léčba. Pro dlouhodobé léčby probíhající v terapeutických komunitách se obvykle užívá pojem rezidenční léčba.

Léčba závislosti v **psychiatrické léčebně** je vhodná pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně důležité na nějakou dobu toto prostředí opustit. Po léčbě se ale mají kam vrátit a s podporou jsou schopni zvládat běžný život bez drog. Po absolvování léčby v psychiatrické léčebně je možné navázat léčbu v terapeutické komunitě.¹⁴⁵

Při léčbě v **terapeutické komunitě** se využívá strukturovaný program, jasný režim, skupinová a pracovní terapie, sociální poradenství, sportovní zátěžové aktivity apod. Pobyt v komunitě je vhodný především pro dlouhodobé uživatele drog, kteří mají nevyhovující zázemí a mnoho dalších problémů.¹⁴⁶ Po ukončení léčby by měl být klient schopen normálně fungovat a vybudovat si znovu svůj život a svoje sociální zázemí.

Ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně se provádí **detoxifikace (detoxikace, „detox“)**. Jde o léčebnou metodu, jejímž cílem je zbavit organismus škodlivé látky, zastavit užívání drogy u klienta a minimalizovat symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Zbavení se návykových látek se děje buď bez použití léků, nebo za farmakologické podpory. Pokud se používá medikace, předepisuje se látka, která má podobné účinky jako droga, kterou dotyčný užíval.¹⁴⁷ Detoxifikace, která by měla být provázena psychoterapeutickou péčí zaměřenou na podporu a motivaci k další léčbě, trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů. Závisí to na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a jiných faktorech. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní poté, co odezněly abstinční příznaky a léky jsou vysazené.¹⁴⁸ Pokud je klient propuštěn dříve, detoxikace není dokončena a hrozí riziko relapsu.

Je nutné si uvědomit, že zbavení se odvykacího syndromu není v žádném případě možné považovat za dokončení léčby. Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu.

4.2.3 Substituční léčba

Substituce („nahrazení“) je způsob léčby, kdy je původní droga nahrazena lékařsky předepsanou látkou s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky

(např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu). Nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace návykové látky za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů.¹⁴⁹ Léčba trvá několik týdnů, měsíců, ale i let, doba závisí na individuální situaci klienta. Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím,¹⁵⁰ což napomáhá klientovi zapojit se snadněji do běžného života, řešit své osobní problémy, sociální situaci apod.

Substituční léčba není v konečném důsledku velká výhra. Omezení dané každodenním docházením (či docházením několikrát týdně) pro dávku substituční látky ovlivňuje klientův život.

4.3 Terciární prevence

Terciární prevence má za úkol minimalizovat vážná nebo trvalá zdravotní a sociální poškození z užívání návykových látek. Radíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u klientů, kteří neabstínují.¹⁵¹

Jedním z prostředků terciární prevence je **Harm reduction**.¹⁵² Úkol těchto programů spočívá ve snižování rizik při užívání drog. Pokud již člověk drogy užívá, je nezbytné, aby byly k dispozici služby, které se snaží minimalizovat rizika nákazy infekčními chorobami a rizika při užívání návykových látek.¹⁵³ Protože je klient informován o tom, jak drogy užívat, aby si ublížil co nejméně, dochází ke snížení nákladů na případnou léčbu somatických potíží a onemocnění souvisejících s užíváním návykových látek.

Programy harm reduction jsou provozovány buď přímo v „terénu“ – na místech, kde se uživatelé drog scházejí nejčastěji (terénní programy – streetwork), nebo v tzv. nízkoprahových zařízeních (kontaktní centra). Nízký práh v tomto případě znamená překonání psychologických a administrativních bariér.¹⁵⁴ Služby centra může využít kdokoli z uživatelů drog, mohou přijít kdykoli v otevírací době bez objednání. Služby jsou bezplatné a anonymní.

4.3.1 Terénní programy – streetwork

Terénní programy zajišťují výměnný program jehel a stříkaček. Termín „výměnný“ znamená, že je klientovi poskytován zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky, které se pak likvidují. Klient má možnost získat sterilní jehly a stříkačky a nemusí užívat injekční náčiní společně s dalšími uživateli, což zvyšuje riziko nákazy

infekčními nemocemi.¹⁵⁵ Dále jim streetworkeri poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog, různé informační materiály apod.

4.3.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra nabízejí výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog a základní zdravotní ošetření. Klient má možnost využít služby „kontaktní místnosti“. Pobyt je stanovený na cca 1 - 2 hodiny, klient zde může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně se občerstvit, osprchovat se, vyprat prádlo apod. Další možností je poradenství v případě sociálních potíží, zájmu o léčbu, zprostředkování léčby. Poradenství již probíhá mimo služby „kontaktní místnosti“ a také už nebývá anonymní. Obvykle jsou informace poskytovány i pro rodiče uživatelů drog a pro blízké osoby. Některá centra nabízejí pomoc a poradenství pro uživatele návykových látek ve vazebních věznicích či výkonu trestu.¹⁵⁶ Pracovníci buď s klienty udržují písemný kontakt, nebo docházejí za klienty přímo do vězení.

Kontaktní centrum v Plzni je součástí organizace Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., která kromě K-centra poskytuje i komplexní služby v oblasti specifické primární prevence užívání návykových látek (tzv. P-centrum), drogové poradenství ve věznicích, terénní programy a program následné péče.

4.4 Realizace prevence v praxi

Jako výstup pro praxi jsme zhotovili propagační leták. Ten definujeme jako souvislou plochu zhotovenou nejčastěji z papíru. Výhody letáku spočívají v nižší pořizovací hodnotě a v mobilnosti.¹⁵⁷

V letáku uvádíme adresy zařízení, které se zabývají prevencí závislostí na drogách v Plzni a jejím okolí. Tento propagační materiál by mohl oslovit ředitele škol a také rodiče, kteří jistě chtějí, aby jejich děti byly dostatečně informovány o možnostech prevence drogových závislostí a aby věděly, koho mohou v případě problémů s návykovými látkami kontaktovat. Prevence je totiž důležitým krokem k tomu, aby drogová závislost u dětí i dospělých vůbec nevznikla. Leták naleznete v příloze č. 1.

Poznámky a odkazy ke kapitole 4

¹²³ ROTGERS, F. A KOLEKTIV. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 11. ISBN 80-7169-836-9.

¹²⁴ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 16. ISBN 80-86734-05-6.

¹²⁵ Tamtéž str. 16

¹²⁶ Tamtéž str. 16

¹²⁷ PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. s. 63. ISBN 80-85800-25-X.

¹²⁸ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 17. ISBN 80-86734-05-6.

¹²⁹ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Primární prevence* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>

¹³⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 45. ISBN 80-85121-52-2.

¹³¹ Tamtéž str. 45-47

¹³² ROTGERS, F. A KOLEKTIV. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 41. ISBN 80-7169-836-9.

¹³³ Tamtéž str. 41-44

¹³⁴ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 67. ISBN 80-85121-52-2.

¹³⁵ Tamtéž str. 72

¹³⁶ Tamtéž str. 72-75

¹³⁷ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 16. ISBN 80-86734-05-6.

¹³⁸ Tamtéž str. 17

¹³⁹ Tamtéž str. 281

¹⁴⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 114. ISBN 80-85121-52-2.

¹⁴¹ Tamtéž str. 115 - 117

¹⁴² Tamtéž str. 124

- ¹⁴³ ROTGERS, F. A KOLEKTIV. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 102. ISBN 80-7169-836-9.
- ¹⁴⁴ Tamtéž str. 103
- ¹⁴⁵ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Léčebné programy* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
- ¹⁴⁶ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 109. ISBN 80-85121-52-2.
- ¹⁴⁷ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Detoxifikace* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>
- ¹⁴⁸ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 305. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹⁴⁹ Tamtéž str. 270
- ¹⁵⁰ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Substituční léčba* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html>
- ¹⁵¹ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 17. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹⁵² Tamtéž str. 263
- ¹⁵³ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Streetwork, K-centra* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
- ¹⁵⁴ KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 264. ISBN 80-86734-05-6.
- ¹⁵⁵ SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Streetwork, K-centra* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
- ¹⁵⁶ Tamtéž, dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
- ¹⁵⁷ HLAVATÝ, J. *Didaktická technika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2002. s. 21. ISBN 80-7080-479-3.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Problematika zneužívání návykových látek patří k nepříjemným otázkám, které v současné době řeší prakticky každá vyspělá společnost. Závislost na drogách se stala velkým problémem nejen v zahraničí, ale bohužel i u nás. Fakt, že u nás dochází ke zvýšenému přílivu omamných a psychotropních látek a tím i k růstu počtu osob na nich závislých, již dnes nikoho nepřekvapuje. Drogová závislost ale postihuje stále nižší věkové skupiny, drogy jsou dnes dostupné již dětem na základních školách. Je nutné položit si otázku, zda a jak je možné účinně zasáhnout v boji proti drogám, jakou formu prevence zvolit a zvážit účinnost represivních opatření. To, že nelegální drogy vstoupily do života naší společnosti, neznamená, že bychom měli rezignovat v hledání účinných prostředků, které pomohou snižovat nabídku i poptávku po nich.

Největší zlo všech drog pro společnost spočívá v tom, že jejich užívání rozkládá přirozené sociální vazby, způsobuje zdravotní problémy a spojuje uživatele s kriminálním prostředím a chováním. Pouze mladý člověk, který má dostatek informací o rizicích spojených s užíváním návykových látek, může drogy ze svého hodnotového systému vyloučit. Důležité je totiž nezačít.

6. STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cílem této bakalářské práce bylo získat potřebné informace o rozdílu v užívání návykových látek u dětí základních a speciálních škol. K hlavnímu cíli jsme si stanovili hypotézu H_0 :

- **Hypotéza H_0 :** Žáci speciálních škol užívají návykové látky více než žáci základních škol.

Pro zjišťování informací jsme zvolili formu dotazníkového šetření. V něm nás také zajímalo, jakou mají žáci základních a speciálních škol zkušenost s konkrétními návykovými látkami. Na výběr měli možnost cigarety, pivo, víno, tvrdý alkohol, konopné drogy, těkavé látky, léky, extáze, pervitin, kokain, heroin, lysohlávky, LSD a jiné. Jejich úkolem bylo označit ty, které již někdy užíli. Dále jsme se v dotazníku zabývali cigaretami, marihuanou, pivem a tvrdým alkoholem. Tyto látky jsme zvolili, protože jsme předpokládali, že se s nimi žáci setkávají nejvíce. Pro získání více informací jsme se v dotazníku ptali, které osoby tyto drogy žákům prvně nabídly, s kým žáci tyto látky nejčastěji užívají, na jakých místech a v jakém množství.

Stanovené vedlejší cíle:

1. Zjistit, jaké drogy užívají žáci základních a speciálních škol nejčastěji.
2. Zjistit, která osoba žákům základních a speciálních škol drogu prvně nabídla.
3. Zjistit, s kým žáci základních a speciálních škol drogy nejčastěji užívají.
4. Zjistit, kde žáci základních a speciálních škol drogy nejčastěji užívají.

K vedlejším cílům bakalářské práce se vztahují vedlejší hypotézy:

- **Hypotéza H_1 :** Žáci základních a speciálních škol užívají z návykových látek nejvíce cigarety.
- **Hypotéza H_2 :** Žákům základních a speciálních škol návykovou látku prvně nabídl(-a) nejčastěji kamarád(-ka).
- **Hypotéza H_3 :** Žáci základních a speciálních škol užívají návykové látky nejčastěji na ulici.
- **Hypotéza H_4 :** Žáci základních a speciálních škol užívají návykové látky nejčastěji společně s kamarády.

7. METODIKA VÝZKUMU

Pro zjištění informací jsme použili formu kvantitativního výzkumu. Pro tento výzkum jsme sestavili dotazník zaměřený na vztah a zkušenost žáků základních a speciálních škol s různými návykovými látkami. Dotazník byl určen pro žáky devátých tříd základních a speciálních škol v okrese Plzeň – jih. Žáky devátých tříd jsme jako respondenty pro náš výzkum vybrali z toho důvodu, že se jedná o děti ve věku 14 – 15 let, to znamená v období puberty. V tomto věku jsou děti velmi zranitelné, ovlivnitelné, uzavřené (méně se svěřují), a vztahovačné. Dospívání je charakteristické zvýšenou kritičností ve vztahu k autoritám a siláckými postoji k radám rodičů a učitelů. Děti v pubertě mají tendenci zkoušet něco nového, experimentovat. Kontakt s drogou je u nich tedy velmi rizikový.

Abychom získali stejný počet respondentů ze základních a speciálních škol, vybrali jsme si jednu základní školu (Základní škola v Chlumčanech) a dvě školy speciální (Základní školy v Dobřanech a ve Stodě se speciálními třídami).

Dotazník se skládal z 18 uzavřených otázek. První dvě otázky se zaměřovaly na zkušenost žáků s návykovými látkami. Zajímalo nás, zda žáci devátých tříd základních a speciálních škol mají zkušenost s drogami a s jakými konkrétně. Zbylých 16 otázek se týkalo cigaret, marihuany, piva a tvrdého alkoholu. Tyto látky jsme si stanovili proto, že jsme předpokládali, že se s nimi žáci setkávají nejvíce. V dotazníku jsme se ptali, zda s nimi mají zkušenost, kdo jim tyto látky prvně nabídl, s kým a kde je užívají a v jakém množství. Dotazník najdete v příloze č. 2.

Sběr dat proběhl v únoru v roce 2013. Dotazník jsem v papírové podobě rozdávala žákům devátých tříd základních a speciálních škol. Rozdala jsem 20 dotazníků na Základní škole v Chlumčanech a 20 dotazníků na Základních školách se speciálními třídami v Dobřanech a ve Stodě. Návratnost dotazníků byla 100%. Před vyplňováním dotazníků jsem žáky informovala o dané problematice a vysvětlila jim základní pojmy, aby obsahu dotazníku co nejvíce porozuměli.

8. VZOREK RESPONDENTŮ

Výzkumný soubor tvoří žáci devátých tříd Základní školy Chlumčany a Základních škol se speciálními třídami v Dobřanech a ve Stodě.

Obec Chlumčany ležící 15 km jihozápadně od města Plzně má 2466 obyvatel. Na Základní škole v Chlumčanech se vyučuje podle vlastního školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Škola nabízí širokou škálu mimoškolních aktivit a zájmových kroužků. Celkově má škola 9 tříd a 207 žáků. Ve škole působí metodik prevence pro 1. a pro 2. stupeň, který vytváří preventivní program a dohlíží na jeho realizaci.

Město Dobřany leží 4 km od obce Chlumčany a má 6084 obyvatel. Základní škola Dobřany zabezpečuje základní vzdělání pro děti z Dobřan a spádových obcí Vstíš a Nová Ves. Součástí školy jsou i speciální třídy při Psychiatrické léčebně, které poskytují vzdělávání pacientům dětského oddělení. Na škole se vyučuje podle vlastního školního vzdělávacího programu pro základní vzdělání s přílohou pro žáky s lehkým mentálním postižením. Celkově má škola 26 tříd, z toho jsou 4 třídy speciální. Školu navštěvuje 535 žáků.

V městě Stod, které se nachází 14 km od obce Chlumčany, žije 3567 obyvatel. Na Základní škole ve Stodě je výuka realizována podle Školního vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Ve speciálních třídách je vyučování vedeno podle dokumentu Školní vzdělávací program pro žáky s lehkým mentálním postižením. Na škole je celkově 22 tříd, z toho 3 speciální. Školu navštěvuje 299 žáků.

9. ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Pro zpracování výzkumné práce jsme rozdali 40 dotazníků, se 100% návratností. Veškeré zjištěné informace jsme převedli do číselných hodnot a dále statisticky zpracovali. Statistické hodnoty jsme doplnili tabulkami a sloupcovými grafy. V tabulkách u žáků základních a speciálních škol uvádíme absolutní a relativní hodnotu. Absolutní hodnota znázorňuje počet dětí, které zvolily danou odpověď, a relativní hodnota zobrazuje procentuální zastoupení.

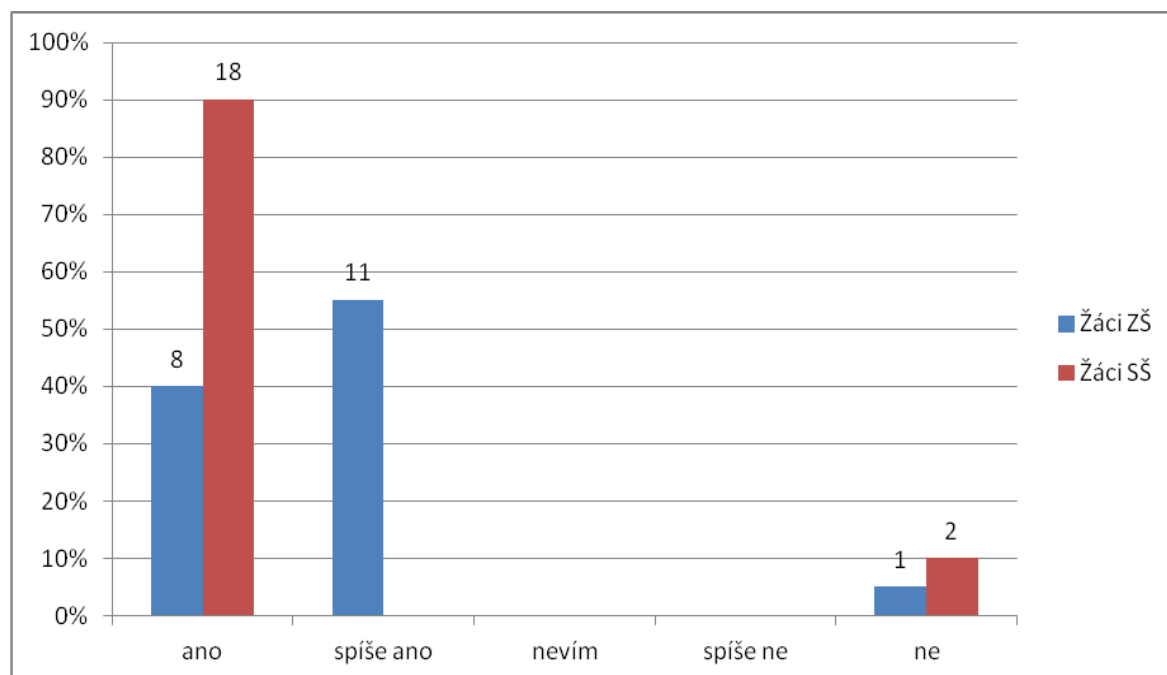
Pro zpracování získaných dat jsme použili počítačový program Microsoft Office Excel 2007.

Vyhodnocení otázky č. 1: *Máš zkušenost s nějakými návykovými látkami?*

Tab. 1 Zkušenosti s návykovými látkami

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ano	8	40%	18	90%
spíše ano	11	55%	0	0%
nevím	0	0%	0	0%
spíše ne	0	0%	0	0%
ne	1	5%	2	10%

Graf 1 Zkušenosti s návykovými látkami



V otázce, zda respondenti mají zkušenost s nějakými návykovými látkami, jsme použili škálu možností „ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne“. Možnosti „ano“ a „spíše ano“ jsme vyhodnotili jako kladnou odpověď na otázku, možnosti „spíše ne“ a „ne“ jsme určili jako zápornou odpověď.

Z celkového počtu 100% (20) žáků ze základní školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenosti s návykovými látkami, 40% (8) žáků „ano“, „spíše ano“ odpovědělo 55% (11) žáků a odpověď „ne“ zvolilo 5% (1) žáků.

Z celkového počtu 100% (20) žáků speciální školy odpovědělo 90% (18) žáků „ano“ a 10% (2) žáků odpověděli „ne“.

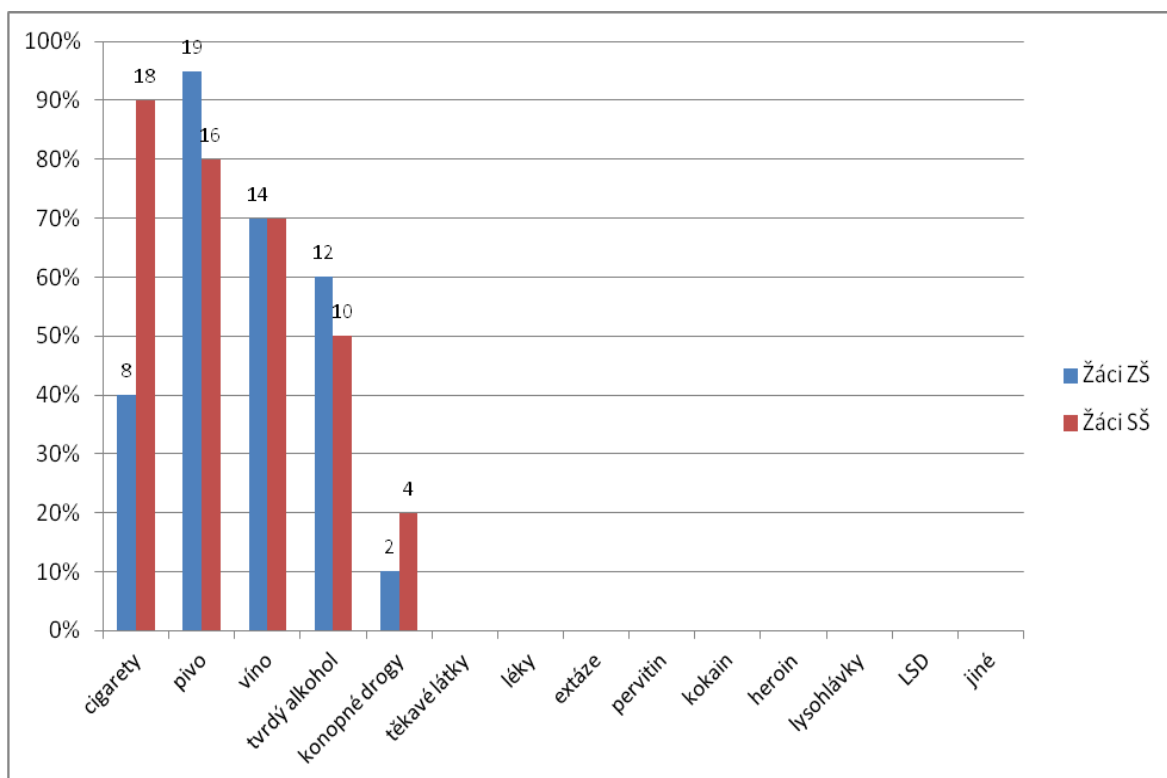
Z toho vyplývá, že drogy již užilo 95% (19) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy.

Vyhodnocení otázky č. 2: *Označ drogu, kterou už jsi někdy užil(a).*

Tab. 2 Drogy

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
cigarety	8	40%	18	90%
pivo	19	95%	16	80%
víno	14	70%	14	70%
tvrdý alkohol	12	60%	10	50%
konopné drogy	2	10%	4	20%
těkavé látky	0	0%	0	0%
léky	0	0%	0	0%
extáze	0	0%	0	0%
pervitin	0	0%	0	0%
kokain	0	0%	0	0%
heroin	0	0%	0	0%
lysohlávky	0	0%	0	0%
LSD	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%

Graf 2 Drogy



Respondenti měli za úkol označit všechny návykové látky, se kterými mají zkušenost. V seznamu návykových látek byly cigarety, pivo, víno, tvrdý alkohol, konopné drogy, těkavé látky, léky, extáze, pervitin, kokain, heroin, lysohlávky, LSD a jiné.

Cigarety označilo 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy. Zkušenost s pitím piva označilo 9 % (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy. Pití vína zvolilo 70% (14) žáků základní školy a 70% (14) žáků speciální školy. Pití tvrdého alkoholu uvedlo 60% (12) žáků základní školy a 50% (10) žáků speciální školy. Zkušenost s konopnými drogami označilo 10% (2) žáků základní školy a 20% (4) žáků speciální školy.

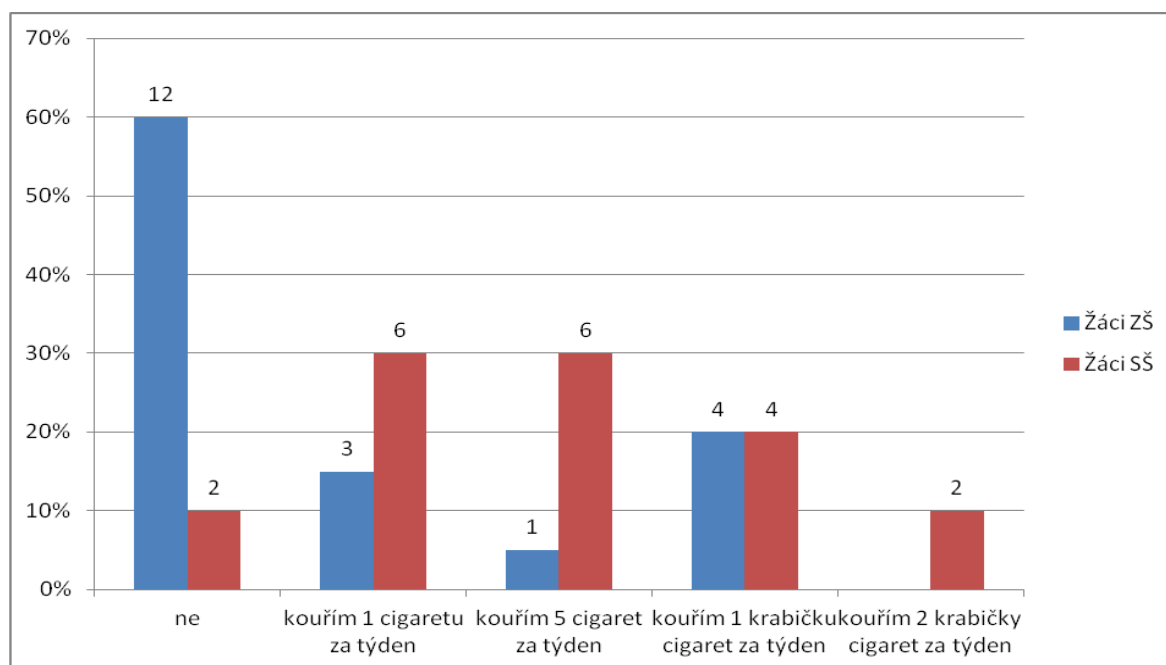
Zkušenost s léky, extází, pervitinem, kokainem, heroinem, lysohlávkami, LSD a jinými látkami neoznačil žádný žák.

Vyhodnocení otázky č. 3: *Máš zkušenost s kouřením cigaret?*

Tab. 3 Zkušenost s cigaretami

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ne	12	60%	2	10%
kouřím 1 cigaretu za týden	3	15%	6	30%
kouřím 5 cigaret za týden	1	5%	6	30%
kouřím 1 krabičku cigaret za týden	4	20%	4	20%
kouřím 2 krabičky cigaret za týden	0	0%	2	10%

Graf 3 Zkušenost s cigaretami



Z celkového počtu 100% (20) žáků základní školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s kouřením cigaret, 60% (12) žáků „ne“, 15% (3) žáků odpovědělo „kouřím 1 cigaretu za týden“, 5% (1) žáků zvolilo odpověď „kouřím 5 cigaret za týden“ a 20% (4) žáků zvolilo odpověď „kouřím 1 krabičku cigaret za týden“.

Z celkového počtu 100% (20) žáků speciální školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s kouřením cigaret, 10% (2) žáků „ne“, 30% (6) žáků odpovědělo „kouřím 1 cigaretu za týden“, 30% (6) žáků zvolilo odpověď „kouřím 5 cigaret za týden“, 20% (4) žáků odpovědělo „kouřím 1 krabičku cigaret za týden“ a 10% (2) žáků zvolilo možnost „kouřím 2 krabičky cigaret za týden“.

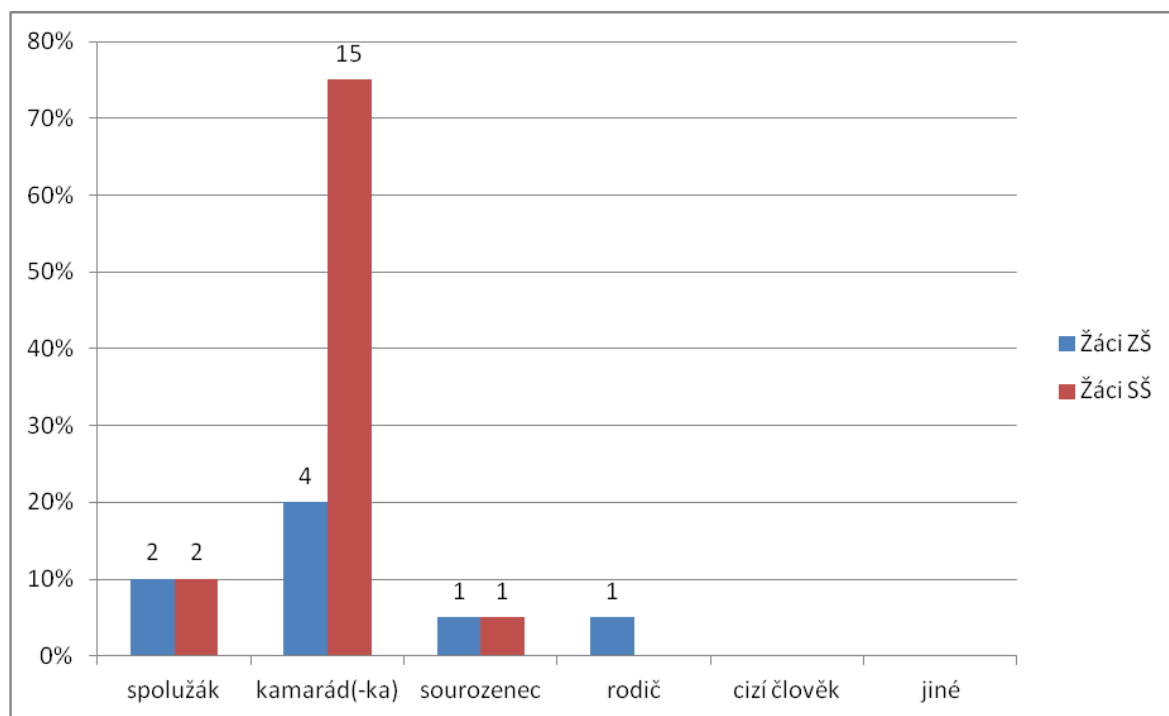
Z toho vyplývá, že zkušenost s kouřením cigaret má 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy.

Vyhodnocení otázky č. 4: Kdo ti cigaretu prvně nabídl?

Tab. 4 Nabídka cigarety

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
spolužák	2	10%	2	10%
kamarád(-ka)	4	20%	15	75%
sourozenec	1	5%	1	5%
rodič	1	5%	0	0%
cizí člověk	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
kouří celkem	8	40%	18	90%

Graf 4 Nabídka cigarety



Zkušenost s kouřením cigaret má 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy.

Na otázku, kdo žákům základní školy cigaretu prvně nabídl, odpovědělo 10% (2) žáků „spolužák“, 20% (4) žáků zvolilo odpověď „kamarád(-ka)“, 5% (1) žáků odpovědělo „sourozenec“ 5% (1) žáků určilo „rodič“.

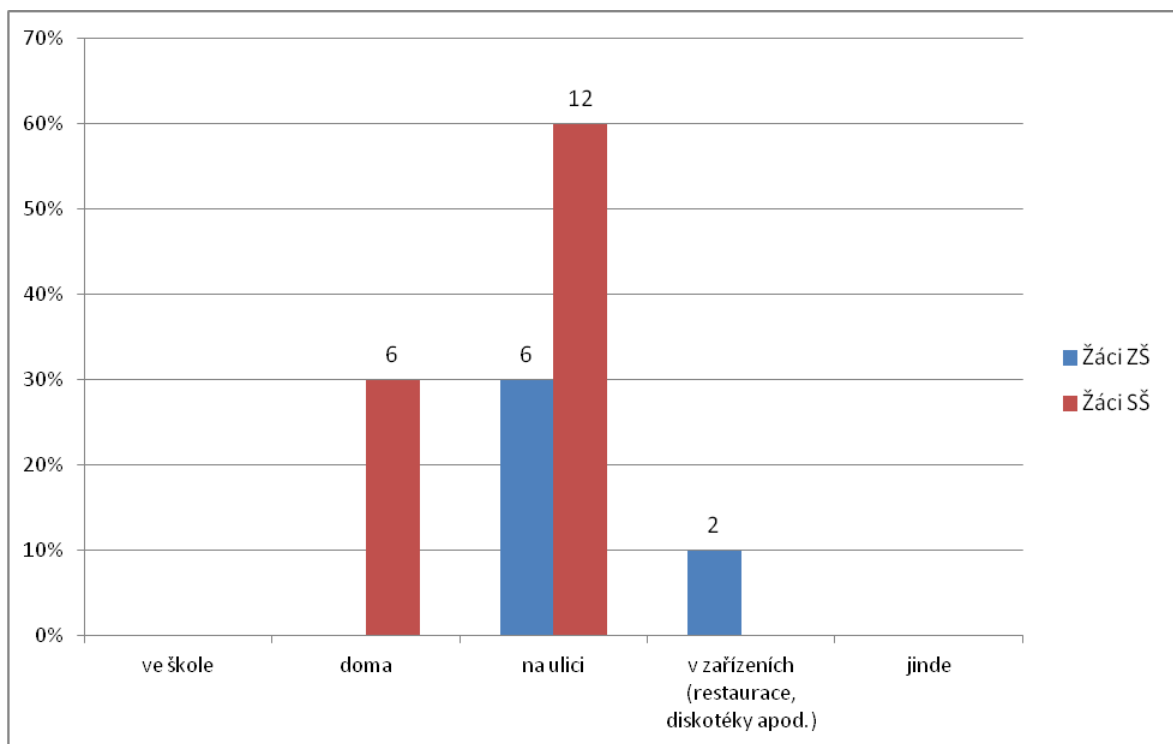
Na otázku, kdo žákům speciální školy cigaretu prvně nabídl, odpovědělo 10% (2) žáků „spolužák“, 75% (15) žáků zvolilo odpověď „kamarád(-ka)“ a 5% (1) žáků zvolilo možnost „sourozenec“.

Vyhodnocení otázky č. 5: *Kde nejčastěji cigarety kouříš?*

Tab. 5 Místo, kde cigarety kouříš

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ve škole	0	0%	0	0%
doma	0	0%	6	30%
na ulici	6	30%	12	60%
v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)	2	10%	0	0%
jinde	0	0%	0	0%
kouří celkem	8	40%	18	90%

Graf 5 Místo, kde cigarety kouříš



Zkušenost s kouřením cigaret má 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy.

Na otázku, kde žáci základní školy kouří cigarety nejčastěji, odpovědělo 30% (6) žáků „na ulici“ a 10% (2) žáků zvolilo odpověď „v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)“.

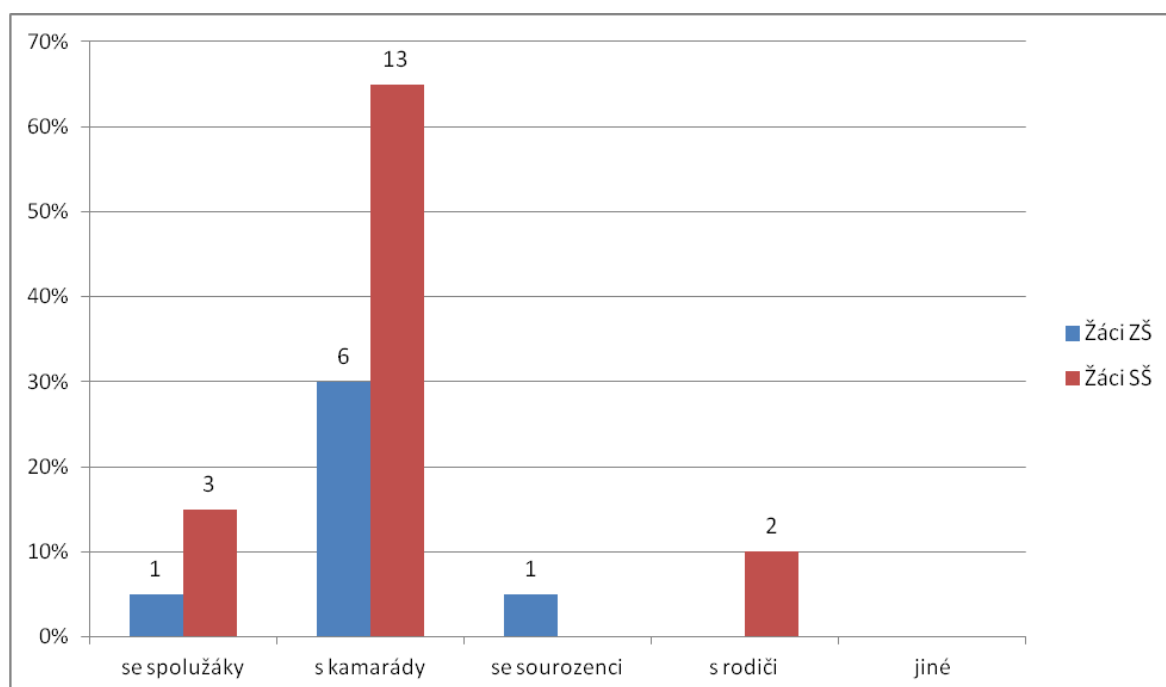
Na otázku, kde žáci speciální školy kouří cigarety nejčastěji, odpovědělo 30% (6) žáků „doma“ a 60% (12) žáků zvolilo možnost „na ulici“.

Vyhodnocení otázky č. 6: *S kým nejčastěji cigarety kouříš?*

Tab. 6 Lidé, se kterými cigarety kouříš

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
se spolužáky	1	5%	3	15%
s kamarády	6	30%	13	65%
se sourozenci	1	5%	0	0%
s rodiči	0	0%	2	10%
jiné	0	0%	0	0%
kouří celkem	8	40%	18	90%

Graf 6 Lidé, se kterými cigarety kouříš



Zkušenost s kouřením cigaret má 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy.

Za osoby, s kterými žáci základní školy kouří cigarety nejčastěji, zvolilo 5% (1) žáků „spolužáky“, 30% (6) žáků zvolilo „kamarády“ a 5% (1) žáků určilo „sourozence“.

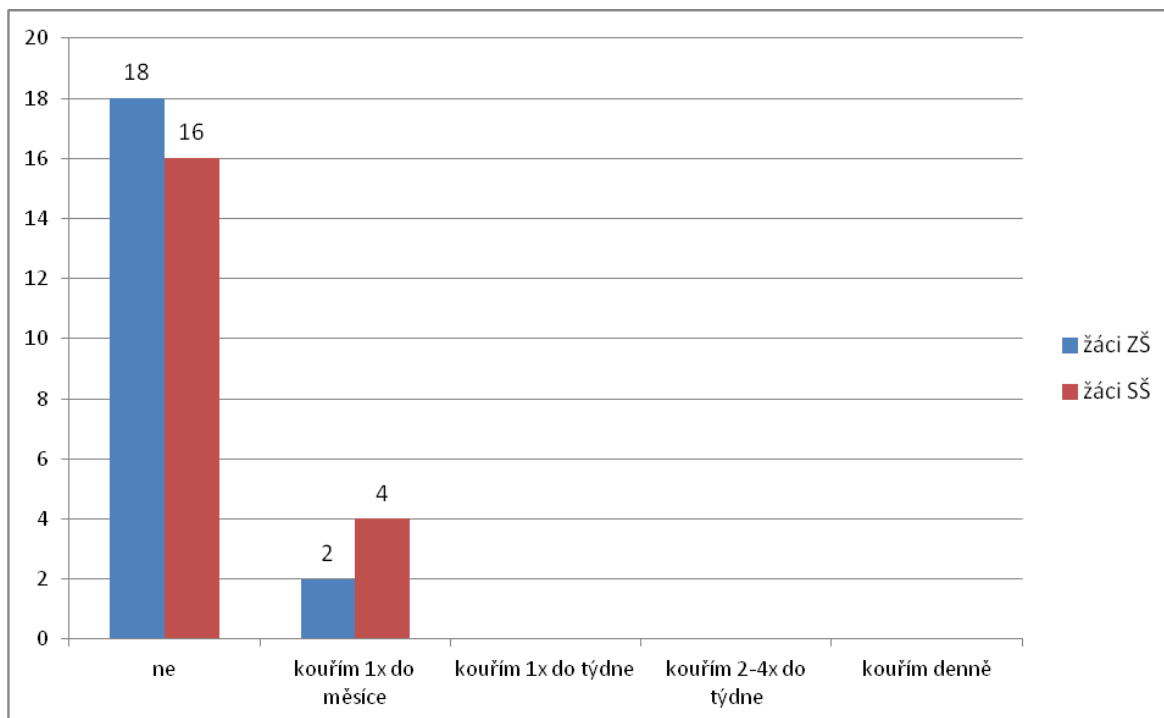
Za osoby, s kterými žáci speciální školy kouří cigarety nejčastěji, zvolili 15% (3) žáků „spolužáky“, 65% (13) žáků zvolilo „kamarády“ a 10% (2) žáků určilo „rodiče“.

Vyhodnocení otázky č. 7: *Máš zkušenost s kouřením marihuany?*

Tab. 7 Zkušenost s marihuanou

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ne	18	90%	16	80%
kouřím 1x do měsíce	2	10%	4	20%
kouřím 1x do týdne	0	0%	0	0%
kouřím 2-4x do týdne	0	0%	0	0%
kouřím denně	0	0%	0	0%

Graf 7 Zkušenost s marihuanou



Z celkového počtu 100% (20) žáků základní školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s kouřením marihuany, 90% (18) žáků „ne“ a 10% (2) žáků zvolilo možnost „kouřím 1x do měsíce“.

Z celkového počtu 100% (20) žáků speciální školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s kouřením marihuany, 80% (16) žáků „ne“ a 20% (4) žáků zvolilo možnost „kouřím 1x do měsíce“.

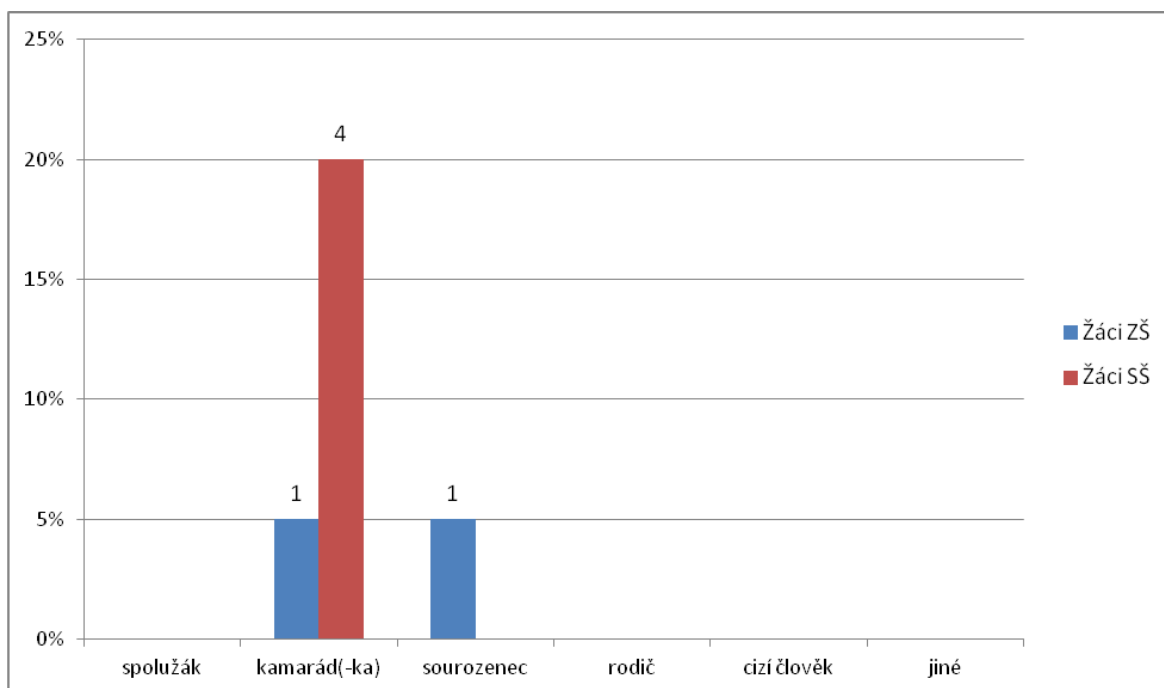
Z toho vyplývá, že zkušenost s kouřením marihuany má 10% (2) žáků základní školy a 20% (4) žáků speciální školy.

Vyhodnocení otázky č. 8: *Kdo ti marihuanu prvně nabídl?*

Tab. 8 Nabídka marihuany

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
spolužák	0	0%	0	0%
kamarád(-ka)	1	5%	4	20%
sourozenec	1	5%	0	0%
rodič	0	0%	0	0%
cizí člověk	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
kouří celkem	2	10%	4	20%

Graf 8 Nabídka marihuany



Zkušenost s kouřením marihuany má 10% (2) žáků základní školy a 20% (4) žáků speciální školy.

Na otázku, kdo žákům základní školy marihuanu prvně nabídl, odpovědělo 5% (1) žáků „kamarád(-ka)“ a 5% (1) žáků zvolilo možnost „sourozenec“.

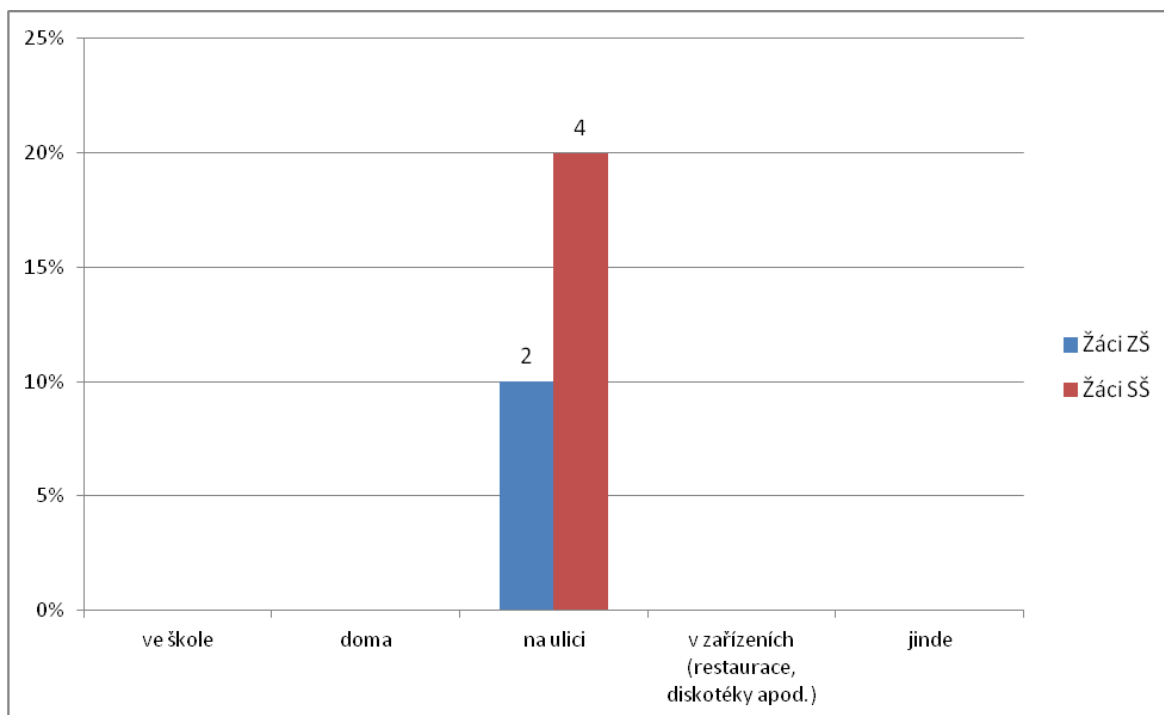
Na otázku, kdo žákům speciální školy marihuanu prvně nabídl, odpovědělo 20% (4) žáků „kamarád(-ka)“.

Vyhodnocení otázky č. 9: *Kde nejčastěji marihuanu kouříš?*

Tab. 9 Místo, kde marihuanu kouříš

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ve škole	0	0%	0	0%
doma	0	0%	0	0%
na ulici	2	10%	4	20%
v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)	0	0%	0	0%
jinde	0	0%	0	0%
kouří celkem	2	10%	4	20%

Graf 9 Místo, kde marihuanu kouříš



Zkušenost s kouřením marihuany má 10% (2) žáků základní školy a 20% (4) žáků speciální školy.

Na otázku, kde žáci základní školy kouří marihuanu nejčastěji, odpovědělo 10% (2) žáků „na ulici“.

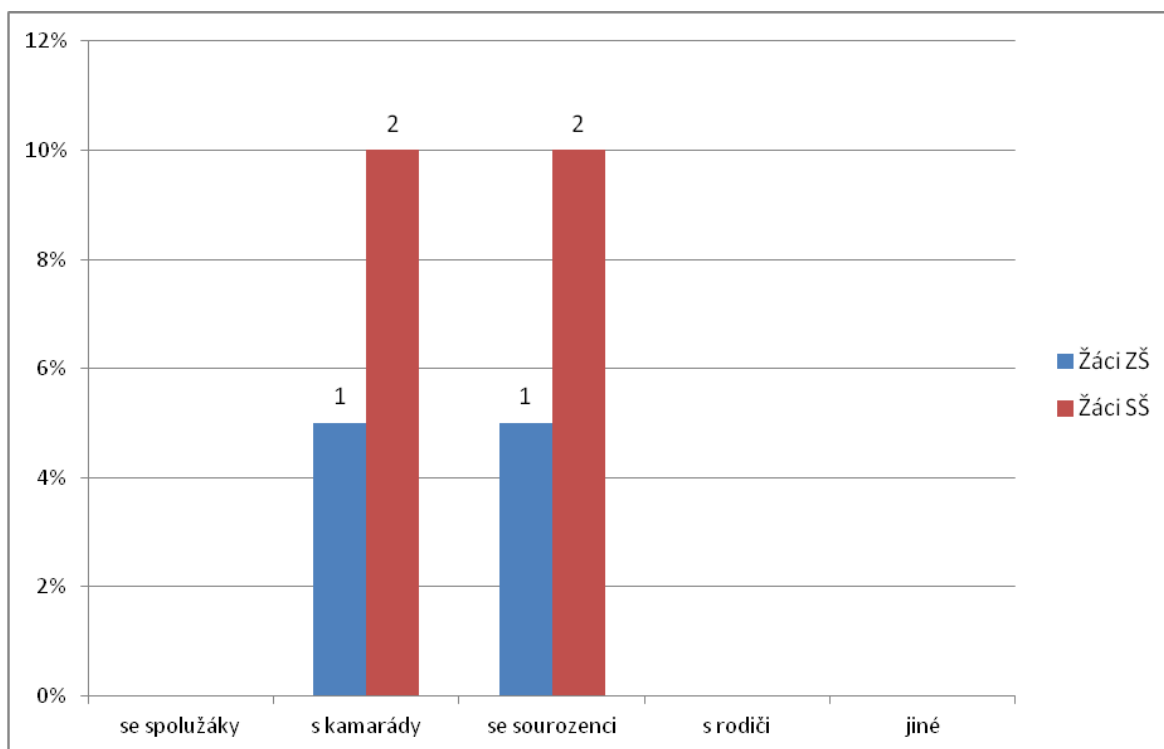
Na otázku, kde žáci speciální školy kouří marihuanu nejčastěji, odpovědělo 20% (4) žáků „na ulici“.

Vyhodnocení otázky č. 10: *S kým nejčastěji marihuanu kouříš?*

Tab. 10 Lidé, se kterými marihuanu kouříš

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
se spolužáky	0	0%	0	0%
s kamarády	1	5%	2	10%
se sourozenci	1	5%	2	10%
s rodiči	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
kouří celkem	2	10%	4	20%

Graf 10 Lidé, se kterými marihuanu kouříš



Zkušenost s kouřením marihuany má 10% (2) žáků základní školy a 20% (4) žáků speciální školy.

Za osoby, s kterými žáci základní školy kouří marihuanu nejčastěji, zvolilo 5% (1) žáků „kamarády“ a 5% (1) žáků určilo „sourozence“.

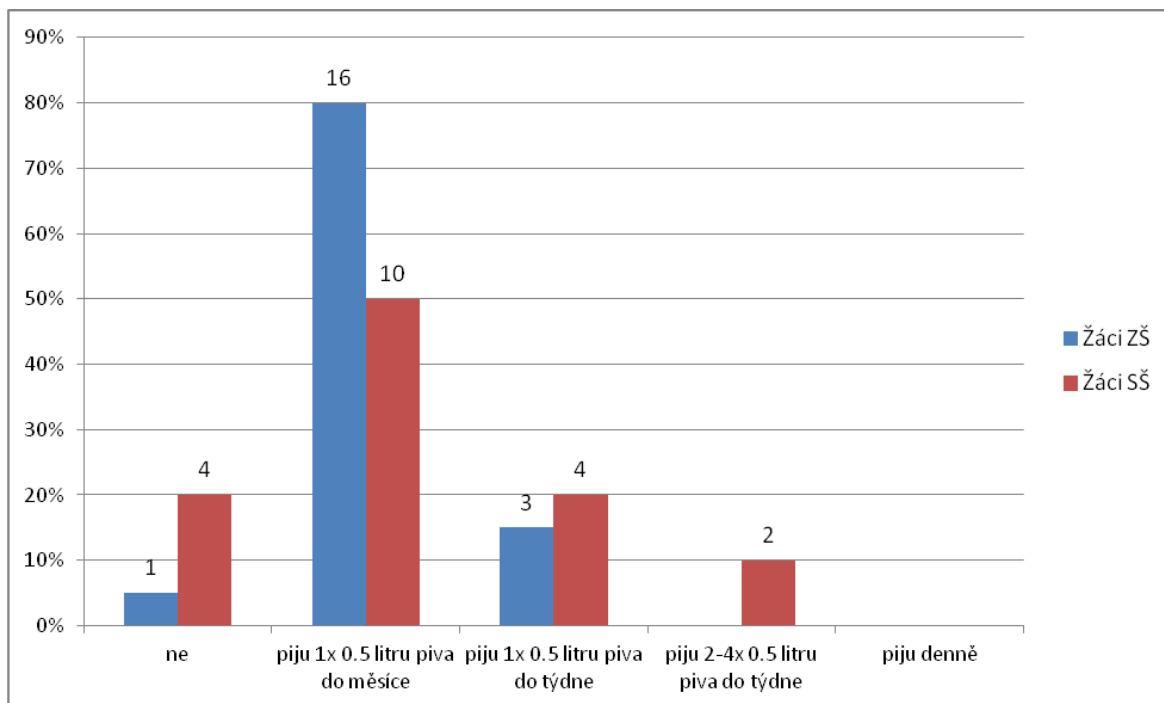
Za osoby, s kterými žáci speciální školy kouří marihuanu nejčastěji, zvolilo 10% (2) žáků „kamarády“ a 10% (2) žáků určilo „sourozence“.

Vyhodnocení otázky č. 11: *Máš zkušenost s pitím piva?*

Tab. 11 Zkušenosti s pitím piva

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ne	1	5%	4	20%
piju 1x 0.5 litru piva do měsíce	16	80%	10	50%
piju 1x 0.5 litru piva do týdne	3	15%	4	20%
piju 2-4x 0.5 litru piva do týdne	0	0%	2	10%
piju denně	0	0%	0	0%

Graf 11 Zkušenosti s pitím piva



Z celkového počtu 100% (20) žáků základní školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s pitím piva, 5% (1) žáků „ne“, 80% (16) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0,5 litru piva do měsíce“ a 15% (3) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0,5 litru piva do týdne“.

Z celkového počtu 100% (20) žáků speciální školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s pitím piva, 20% (4) žáků „ne“, 50% (10) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0,5 litru piva do měsíce“, 20% (4) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0,5 litru piva do týdne“ a 10% (2) žáků odpovědělo „piju 2-4x 0,5 litru piva do týdne“.

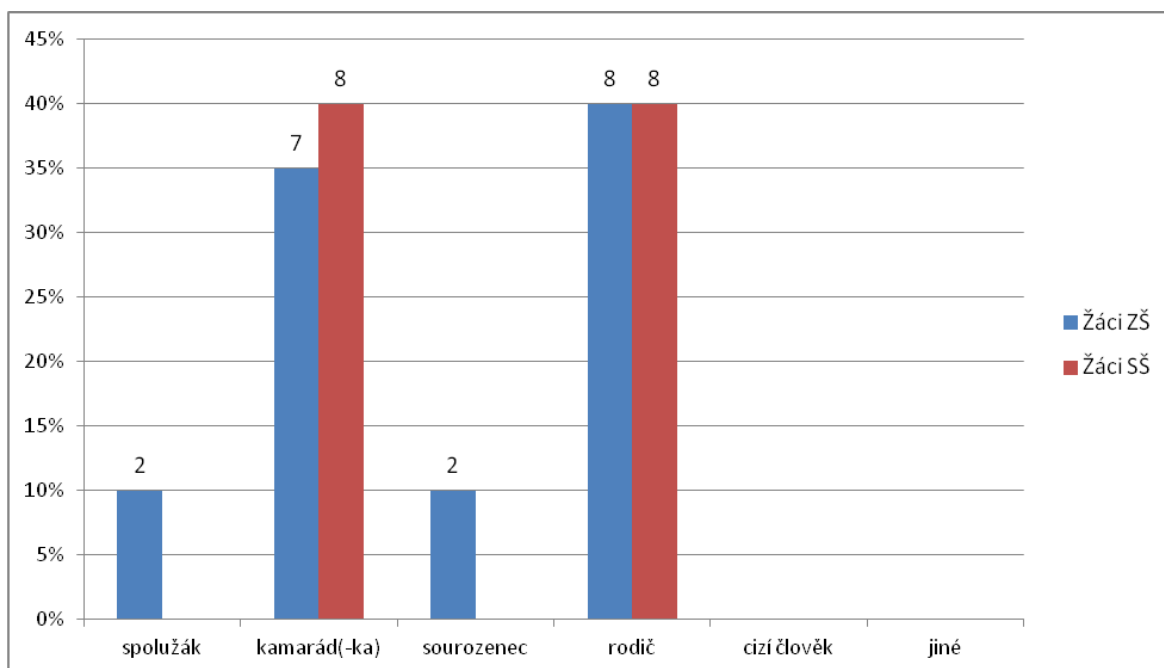
Z toho vyplývá, že zkušenost s pitím piva má 95% (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy.

Vyhodnocení otázky č. 12: *Kdo ti pivo prvně nabídl?*

Tab. 12 Nabídka piva

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
spolužák	2	10%	0	0%
kamarád(-ka)	7	35%	8	40%
sourozenec	2	10%	0	0%
rodič	8	40%	8	40%
cizí člověk	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
pije celkem	19	95%	16	80%

Graf 12 Nabídka piva



Zkušenost s pitím piva má 95% (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy.

Na otázku, kdo žákům základní školy pivo prvně nabídl, odpovědělo 10% (2) žáků „spolužák“, 35% (7) žáků zvolilo odpověď „kamarád(-ka)“, 10% (2) žáků odpovědělo „sourozenec“ a 40% (8) žáků určilo „rodič“.

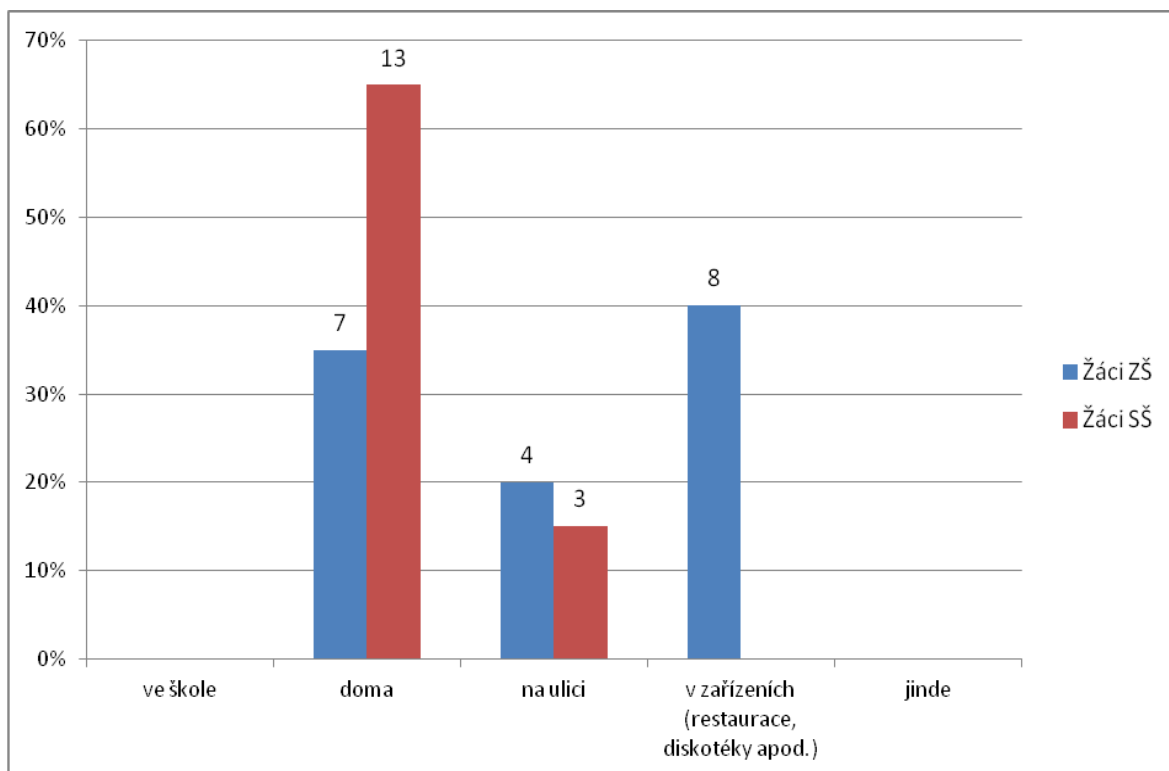
Na otázku, kdo žákům speciální školy pivo prvně nabídl, odpovědělo 40% (8) žáků „kamarád(-ka)“ a 40% (8) žáků zvolilo odpověď „rodič“.

Vyhodnocení otázky č. 13: *Kde nejčastěji pivo piješ?*

Tab. 13 Místo, kde pivo piješ

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ve škole	0	0%	0	0%
doma	7	35%	13	65%
na ulici	4	20%	3	15%
v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)	8	40%	0	0%
jinde	0	0%	0	0%
pije celkem	19	95%	16	80%

Graf 13 Místo, kde pivo piješ



Zkušenost s pitím piva má 95% (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy.

Na otázku, kde žáci základní školy pijí pivo nejčastěji, odpovědělo 35% (7) žáků „doma“, 20% (4) žáků zvolilo odpověď „na ulici“ a 40% (8) žáků zvolilo možnost „v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)“.

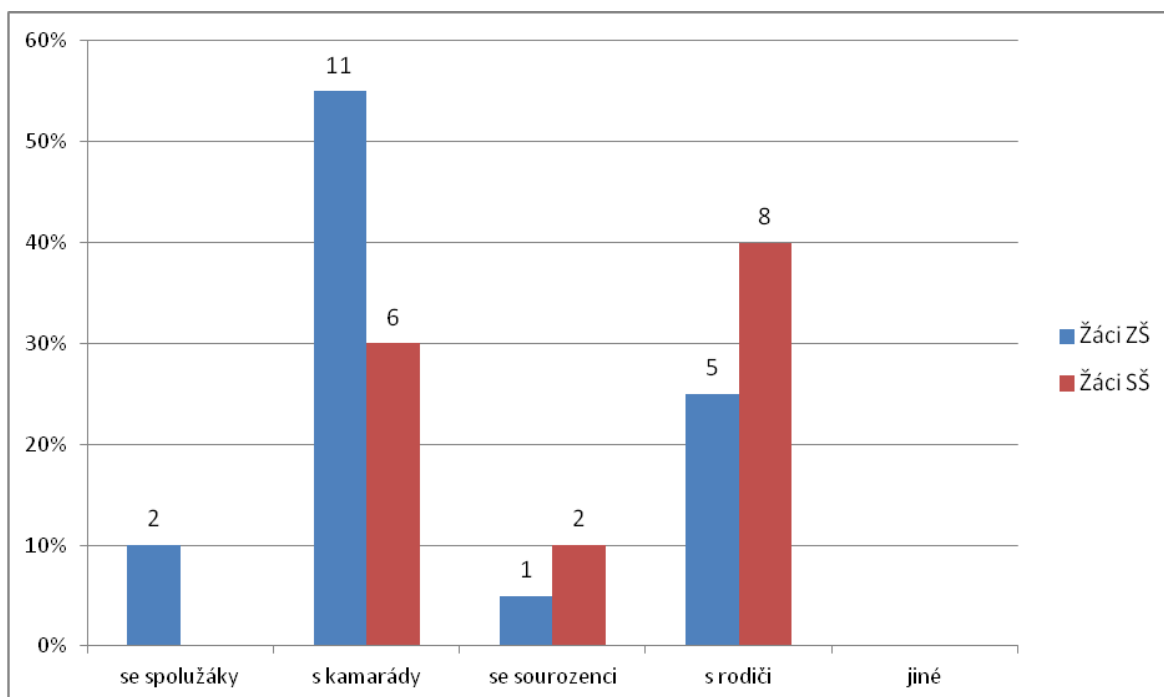
Na otázku, kde žáci speciální školy pijí pivo nejčastěji, odpovědělo 65% (13) žáků „doma“ a 15% (3) žáků zvolilo odpověď „na ulici“.

Vyhodnocení otázky č. 14: *S kým nejčastěji pivo piješ?*

Tab. 14 Lidé, se kterými pivo piješ

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
se spolužáky	2	10%	0	0%
s kamarády	11	55%	6	30%
se sourozenci	1	5%	2	10%
s rodiči	5	25%	8	40%
jiné	0	0%	0	0%
pije celkem	19	95%	16	80%

Graf 14 Lidé, se kterými pivo piješ



Zkušenost s pitím piva má 95% (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy.

Za osoby, s kterými žáci základní školy pijí pivo nejčastěji, zvolilo 10% (2) žáků „spolužáky“, 55% (11) žáků zvolilo „kamarády“, 5% (1) žáků určilo „sourozence“ a 25% (5) žáků určilo „rodiče“.

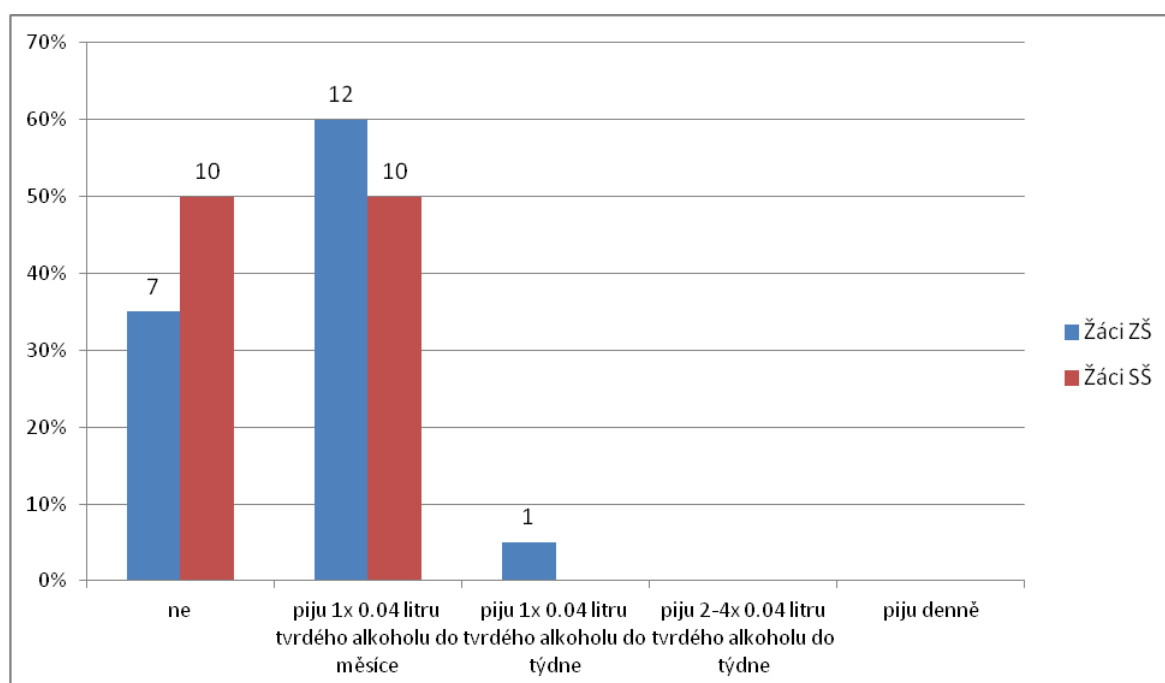
Za osoby, s kterými žáci speciální školy pijí pivo nejčastěji, zvolilo 30% (6) žáků „kamarády“ 10% (2) žáků zvolilo „sourozence“ a 40% (8) žáků určilo „rodiče“.

Vyhodnocení otázky č. 15: *Máš zkušenost s pitím tvrdého alkoholu?*

Tab. 15 Zkušenosti s tvrdým alkoholem

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ne	7	35%	10	50%
piju 1x 0.04 litru tvrdého alkoholu do měsíce	12	60%	10	50%
piju 1x 0.04 litru tvrdého alkoholu do týdne	1	5%	0	0%
piju 2-4x 0.04 litru tvrdého alkoholu do týdne	0	0%	0	0%
piju denně	0	0%	0	0%

Graf 15 Zkušenosti s tvrdým alkoholem



Z celkového počtu 100% (20) žáků základní školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s pitím tvrdého alkoholu, 35% (7) žáků „ne“, 60% (12) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0.04 litru tvrdého alkoholu do měsíce“ a 5% (1) žáků odpovědělo „piju 1x 0,04 litru tvrdého alkoholu do týdne“.

Z celkového počtu 100% (20) žáků speciální školy odpovědělo na otázku, zda mají zkušenost s pitím tvrdého alkoholu, 50% (10) žáků „ne“ a 50% (10) žáků zvolilo možnost „piju 1x 0.04 litru tvrdého alkoholu do měsíce“.

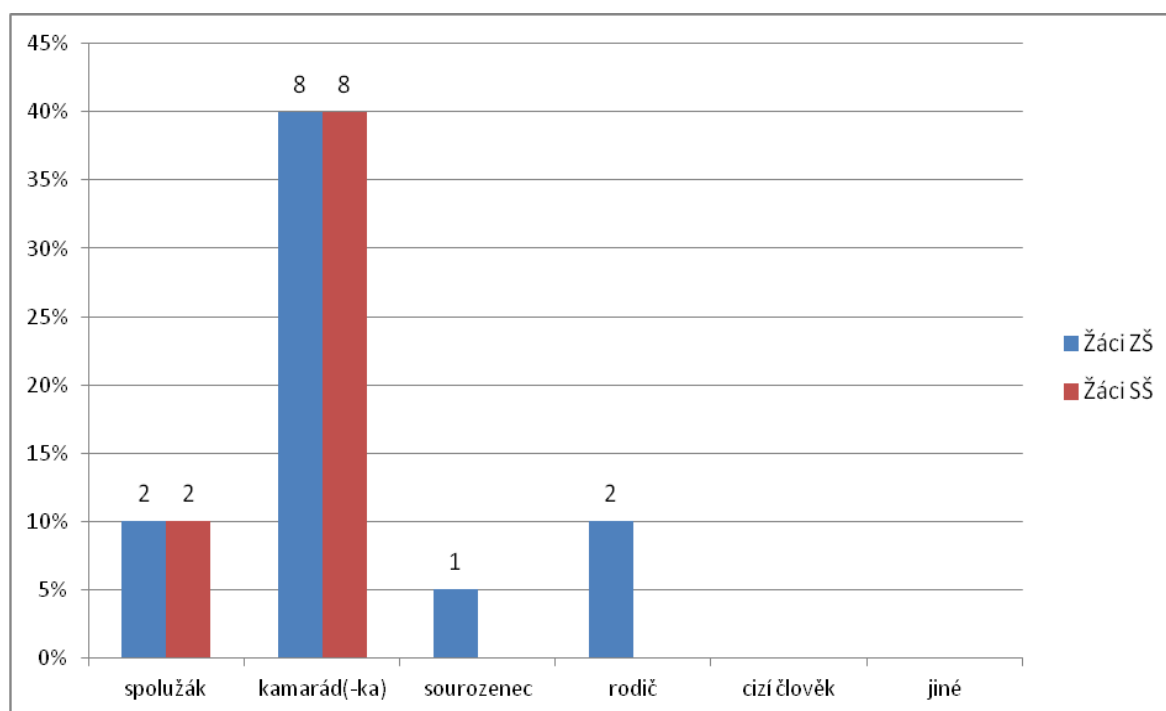
Z toho vyplývá, že zkušenost s tvrdým alkoholem má 65% (13) žáků základní školy a 50% (10) žáků speciální školy.

Vyhodnocení otázky č. 16: *Kdo ti tvrdý alkohol prvně nabídl?*

Tab. 16 Nabídka tvrdého alkoholu

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
spolužák	2	10%	2	10%
kamarád(-ka)	8	40%	8	40%
sourozenec	1	5%	0	0%
rodič	2	10%	0	0%
cizí člověk	0	0%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
pije celkem	13	65%	10	50%

Graf 16 Nabídka tvrdého alkoholu



Zkušenost s tvrdým alkoholem má 5 % (13) žáků základní školy a 50% (10) žáků speciální školy.

Na otázku, kdo žákům základní školy tvrdý alkohol prvně nabídl, odpovědělo 10% (2) žáků „spolužák“, 40% (8) žáků zvolilo odpověď „kamarád(-ka)“, 5% (1) žáků odpovědělo „sourozenec“ a 10% (2) žáků určilo „rodič“.

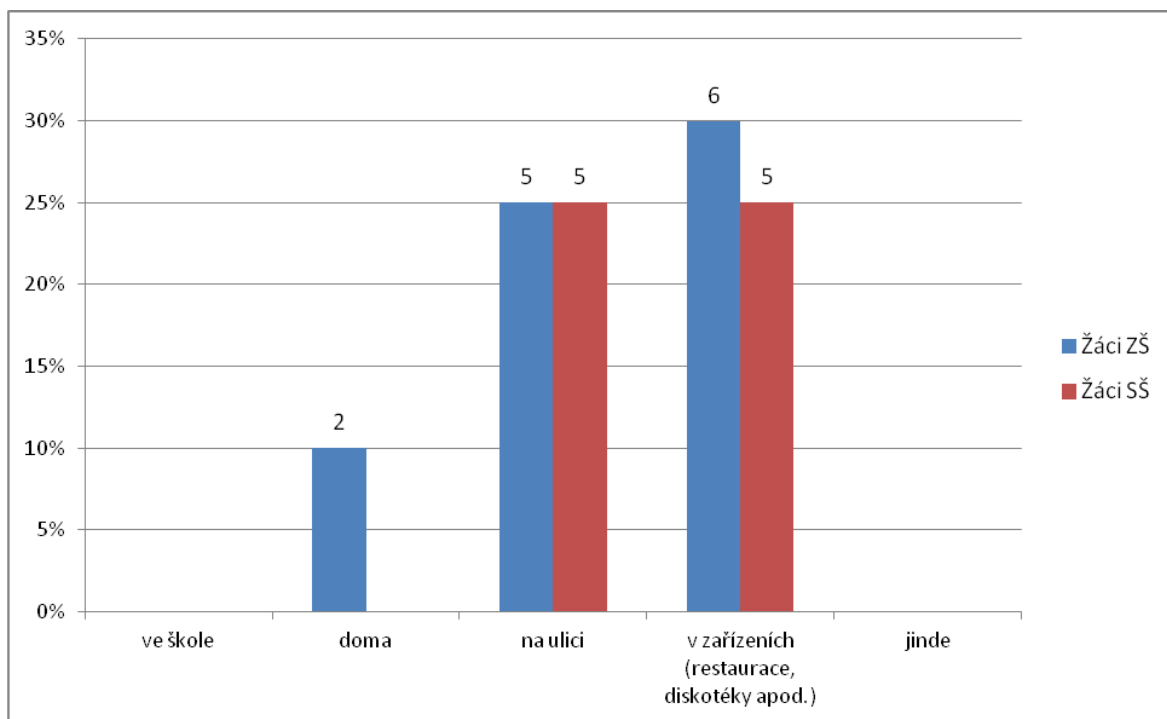
Na otázku, kdo žákům speciální školy tvrdý alkohol prvně nabídl, odpovědělo 10% (2) žáků „spolužák“ a 40% (8) žáků zvolilo odpověď „kamarád(-ka)“.

Vyhodnocení otázky č. 17: *Kde nejčastěji tvrdý alkohol piješ?*

Tab. 17 Místo, kde tvrdý alkohol piješ

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
ve škole	0	0%	0	0%
doma	2	10%	0	0%
na ulici	5	25%	5	25%
v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)	6	30%	5	25%
jinde	0	0%	0	0%
pije celkem	13	65%	10	50%

Graf 17 Místo, kde tvrdý alkohol piješ



Zkušenost s tvrdým alkoholem má 65% (13) žáků základní školy a 50% (10) žáků speciální školy.

Na otázku, kde žáci základní školy pijí tvrdý alkohol nejčastěji, odpovědělo 10% (2) žáků „doma“, 25% (5) žáků zvolilo odpověď „na ulici“ a 30% (6) žáků zvolilo možnost „v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)“.

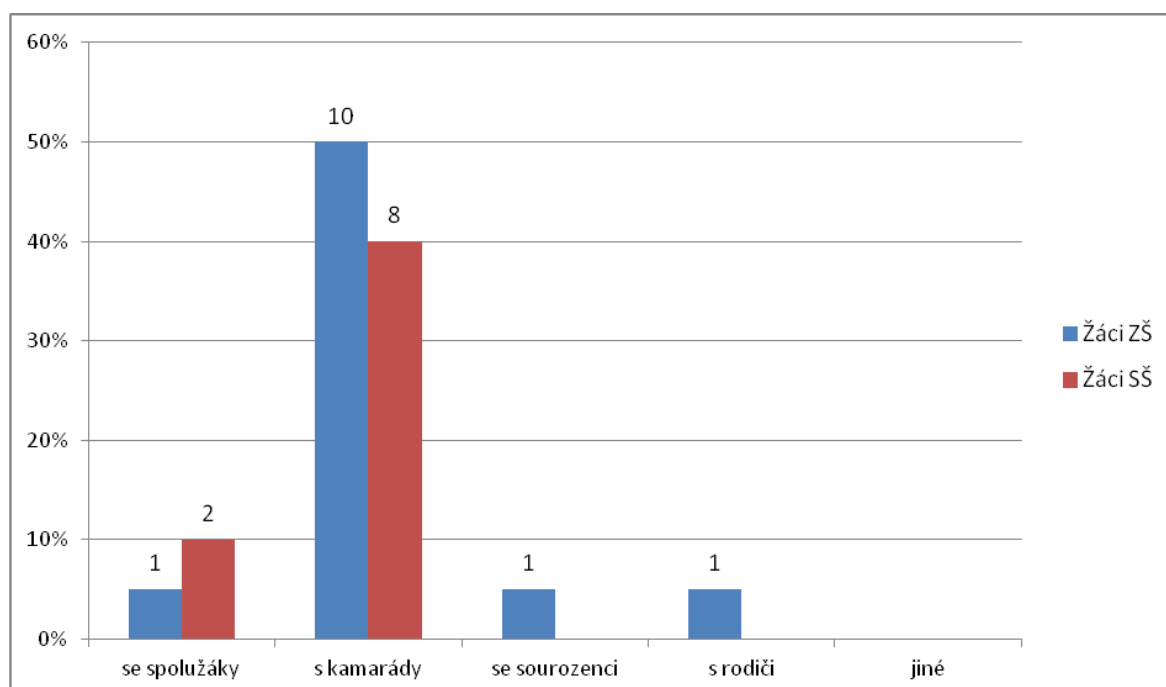
Na otázku, kde žáci speciální školy pijí tvrdý alkohol nejčastěji, odpovědělo 25% (5) žáků „na ulici“ a 25% (5) žáků zvolilo odpověď „v zařízeních (restaurace, diskotéky apod.)“.

Vyhodnocení otázky č. 18: *S kým nejčastěji tvrdý alkohol piješ?*

Tab. 18 Lidé, se kterými tvrdý alkohol piješ

Odpověď	Žáci základních škol		Žáci speciálních škol	
	Absolutní hodnota	Relativní hodnota	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
se spolužáky	1	5%	2	10%
s kamarády	10	50%	8	40%
se sourozenci	1	5%	0	0%
s rodiči	1	5%	0	0%
jiné	0	0%	0	0%
pije celkem	13	65%	10	50%

Graf 18 Lidé, se kterými tvrdý alkohol piješ



Zkušenost s pitím tvrdého alkoholu má 65% (13) žáků základní školy a 50% (10) žáků speciální školy.

Za osoby, s kterými žáci základní školy pijí tvrdý alkohol nejčastěji, zvolilo 5% (1) žáků „spolužáky“, 50% (10) žáků zvolilo „kamarády“, 5% (1) žáků určilo „sourozence“ a 5% (1) žáků určilo „rodiče“.

Za osoby, s kterými žáci speciální školy pijí tvrdý alkohol nejčastěji, zvolilo 10% (2) žáků „spolužáky“ a 40% (8) žáků zvolilo „kamarády“.

10. DISKUZE

Předmětem naší práce zabývající se problematikou drog bylo porovnat zkušenosti s návykovými látkami žáků základních a speciálních škol. Před začátkem psaní bakalářské práce jsme si stanovili hypotézy, zda mají větší zkušenost s psychotropními látkami žáci základních či speciálních škol, jaké návykové látky jsou užívány nejčastěji, kdo drogy žákům prvně nabídl, kde a s kým žáci tyto látky užívají. Pro zjištění potřebných informací jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu.

Dotazník byl určen pro žáky devátých tříd základních a speciálních škol v okrese Plzeň – jih. Abychom získali stejný počet respondentů ze základních a speciálních škol, vybrali jsme jednu základní školu (Základní škola v Chlumčanech) a dvě školy speciální (Základní školy v Dobřanech a ve Stodě se speciálními třídami). Celkem jsme tedy získali 40 respondentů (20 respondentů ze základní školy a 20 respondentů ze speciálních škol). Dotazník se skládal z 18 uzavřených otázek.

Sběr dat proběhl v únoru v roce 2013. Návratnost dotazníků byla 100%. Uvědomujeme si, že respondentů pro šetření nebylo mnoho a že výsledky výzkumu mohou být zkreslené, přesto věříme, že i tak malý vzorek může odhalit problémy, na které jsme chtěli upozornit.

V této kapitole ke stanoveným hypotézám přiřadíme údaje získané z dotazníkového šetření, které jsme zpracovali v předešlé kapitole. Prostřednictvím těchto dat hypotézy potvrdíme nebo vyvrátíme. Z pěti stanovených hypotéz se celkem dvě hypotézy nepotvrdily.

Hypotéza H₀: *Žáci speciálních škol užívají návykové látky více než žáci základních škol.*

K hypotéze H₀ se vztahuje otázka č. 1 z dotazníkového formuláře. V této otázce jsme se ptali, zda žáci mají zkušenost s nějakou návykovou látkou. Předpokládali jsme, že vzhledem k odlišnému sociálnímu zázemí žáků speciálních škol, výchově, jinému vztahu k trávení volného času a nižší školní přizpůsobivosti a připravenosti mají s návykovými látkami větší zkušenost než žáci základních škol. Shrnutí výsledků je v tab. 1 a grafu 1. Z nich vyplývá, že zkušenost s drogami má 95% (19) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy. I když nebyl výsledek jednoznačný, překvapilo nás, že větší zkušenost s psychotropními látkami mají žáci základní školy.

Hypotéza H₀ nebyla potvrzena.

Hypotéza H₁: *Žáci základních a speciálních škol užívají z návykových látek nejvíce cigarety.*

K hypotéze H₁ se vztahuje otázka č. 2 z dotazníku. Respondenti měli za úkol označit návykové látky, s kterými mají zkušenost. Na výběr měli z možností cigarety, pivo, víno, tvrdý alkohol, konopné drogy, těkavé látky, léky, extáze, pervitin, kokain, heroin, lysohlávky, LSD a jiné. Kouření cigaret se týká velké části naší populace, proto jsme předpokládali, že právě cigarety budou žáky užívané nejvíce. Tato hypotéza potvrzena ale nebyla. Shrnutí výsledků je v tab. 2 a grafu 2. Z nich vyplývá, že s cigaretami má zkušenost 40% (8) žáků základní školy a 90% (18) žáků speciální školy. U žáků speciální školy byla tato hodnota nejvyšší, u respondentů ze základní školy byla hodnota vyšší u zkušenosti s pitím piva. Zkušenost s pitím piva označilo 95% (19) žáků základní školy a 80% (16) žáků speciální školy. Je smutné, že i přesto, že je kouření cigaret a pití piva dětem do 18 let zakázané, má s nimi zkušenost téměř většina dotazovaných.

Hypotéza H₁ nebyla potvrzena.

Hypotéza H₂: *Žákům základních a speciálních škol návykovou látku prvně nabídl(-a) nejčastěji kamarád(-ka).*

K hypotéze H₂ se vztahují otázky č. 4, 8, 12 a 16 z dotazníkového formuláře. V těchto otázkách jsme se zajímali, kdo žákům návykovou látku prvně nabídl. Dotazovaní měli možnost odpovědět „spolužák“, „kamarád(-ka)“, „sourozenec“, „rodič“, „cizí člověk“ a „jiné“. Při sestavování této hypotézy jsme se domnívali, že především starší kamarádi mají na ty mladší velký vliv a často mohou dětem nabízet různé drogy. Hypotéza byla potvrzena. Shrnutí výsledků je v tab. 4, 8, 12, 16 a v grafech 4, 8, 12, 16. Dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že nejčastěji žákům návykovou látku prvně nabídl(-a) opravdu kamarád(-ka). Překvapivé ale bylo, že hned na druhém místě byli rodiče. Nejčastěji byli rodiče označeni u první nabídky piva. Cizí člověk dotazovaným respondentům narkotika nikdy nenabídl.

Hypotéza H₂ byla potvrzena.

Hypotéza H₃: *Žáci základních a speciálních škol užívají návykové látky nejčastěji na ulici.*

K hypotéze H₃ se vztahují otázky č. 5, 9, 13 a 17 z dotazníkového formuláře. V těchto otázkách jsme se ptali, kde nejčastěji žáci návykové látky užívají. Respondenti mohli odpovědět „ve škole“, „doma“, „na ulici“, „v různých zařízeních (tzn. restaurace, diskotéky apod.)“ a „jinde“. Protože dnešní mládež tráví velkou část svého volného času scházením

se s kamarády či partou na ulicích a jiných místech, očekávali jsme, že nejčastější odpověď na tuto otázku bude, že žáci drogy konzumují především na ulici. V dotazníku tuto odpověď respondenti označili nejvíce. Hypotéza se tedy potvrdila. Naopak možnost ve škole nezvolili žáci ani jednou. Shrnutí výsledků je v tab. 5, 9, 13, 17 a v grafech 5, 9, 13, 17.

Hypotéza H₃ byla potvrzena.

Hypotéza H₄: *Žáci základních a speciálních škol užívají návykové látky nejčastěji společně s kamarády.*

K hypotéze H₄ se vztahují otázky č. 6, 10, 14 a 18 z dotazníku. V těchto otázkách nás zajímalo, s kým žáci užívají návykové látky nejčastěji. Odpověď na tuto otázku mohla být „se spolužáky“, „s kamarády“, „se sourozenci“, „s rodiči“ a „jiné“. Jelikož jsme za osobu, která žákům základních a speciálních škol prvně drogu nabídla, zvolili kamaráda(-ku), domnívali jsme se, že i s kamarády respondenti narkotika konzumují nejčastěji. Hypotéza se nám potvrdila. Shrnutí výsledků je v tab. 6, 10, 14, 18 a v grafech 6, 10, 14, 18. Z nich vyplývá, že žáci základních a speciálních škol užívají návykové látky nejčastěji s kamarády.

Hypotéza H₄ byla potvrzena.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „Rozdíly v užívání návykových látek u dětí základních a speciálních škol a možnosti její prevence“ jsme nastínili problematiku drog, pozornost jsme věnovali jednotlivým zástupcům návykových látek a jejich účinkům. Dále jsme popsali drogovou prevenci, která je nezbytnou součástí této problematiky. Zaměřili jsme se na prevenci primární, která se snaží předejít styku s psychotropními látkami, prevenci sekundární, která zahrnuje možnosti léčby drogových závislostí, a prevenci terciární snažící se minimalizovat zdravotní a sociální poškození z užívání návykových látek.

Cílem této bakalářské práce bylo porovnat zkušenosti dětí základních a speciálních škol na jižním Plzeňsku s různými psychotropními látkami. Důležitým úkolem práce je také informovat o možných rizicích spojených s užíváním drog a poskytnout potřebné informace o možnostech léčby závislosti na návykových látkách.

Součástí bakalářské práce byl kvantitativní výzkum. Pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo na základních školách a základních školách se speciálními třídami v okrese Plzeň – jih, jsme zjistili, že více konzumují návykové látky žáci základních škol. Domnívali jsme se, že větší zkušenosti s drogami budou mít žáci speciálních škol, proto nás výsledek, i přes to, že nebyl úplně jednoznačný, překvapil. Dále jsme zjistili, že nejčastěji dětem drogu prvně nabídl(-a) kamarád(-ka). Překvapivé pro nás ale bylo, že hned na druhém místě skončil rodič. Rodič jako osoba, která svým dětem nabídla drogu poprvé, se často objevila u první nabídky piva. Rodiče si možná neuvědomují, že i jedno pivo po obědě, které dětem občas dovolí, může zvýšit riziko, že děti budou alkohol více konzumovat i mimo rodinu. Díky výzkumu jsme také zjistili, že žáci užívají návykové látky nejčastěji společně se svými kamarády venku na ulici.

Údaje, které jsme při šetření získali, by měly rozšířit informovanost o užívání návykových látek u dětí základních a speciálních škol. Jako výstup pro praxi jsme vytvořili propagační leták, ve kterém uvádíme adresy organizací zabývajících se prevencí drogových závislostí.

Uvědomujeme si, že výsledky výzkumu takto malého rozsahu nelze zcela aplikovat do praxe a že z práce vyplynuly další zajímavé otázky. Na druhou stranu věříme, že naše snažení svůj smysl má, a sice v informování o rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech léčby závislosti na návykových látkách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1. BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1136-2
2. GERHARDT, E. *Houby*. 3. vyd. Praha: Rebo Productions CZ, 2008. ISBN 978-80-255-0001-9
3. GIFFORD, M., *Alcoholism – Biographies of Disease*. ABC-CLIO, 2009. ISBN 978-0-313-35908-8
4. GÖHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9
5. HLAVATÝ, J. *Didaktická technika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2002. ISBN 80-7080-479-3.
6. KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
7. MANN, J. *Jedy, drogy, léky*. 1. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 1996. ISBN 80-200-0508-0
8. MILOVSKÝ, M. A KOLEKTIV. *Konopí a konopné drogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2
9. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
10. NEŠPOR, K., *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. 1. vyd. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9
11. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994.
12. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
13. NEŠPOR, K., FISCHEROVÁ, D., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *FIT IN 2001 PLUS: Příručka pro spolupracovníky programu FIT IN na základních a středních školách*. 2. rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1996.
14. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X
15. PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-25-X

16. ROTGERS, F. A KOLEKTIV. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
17. SAUNDERS, N. *Extáze a techno scéna*. 1. vyd. Brno: JOTA, 1996. ISBN 80-85617-93-5
18. VALEŠOVÁ, M. a kol. *Metodický pokyn k tvorbě kvalifikační práce*. 1.vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, 54 s. ISBN 978-80-261-0156-7

Elektronické zdroje

1. POMOC V ZÁVISLOSTI. *Závislost na lécích* [online]. Copyright © 2011. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zavislost-na-lecich>
2. SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Detoxifikace* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>
3. SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Léčebné programy* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
4. SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Primární prevence* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
5. SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Streetwork, K-centra* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
6. SANANIM: DROGOVÁ PORADNA. *Substituční léčba* [online]. ©2009 SANANIM, o.s. [cit. 2013-02-26]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html>

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Zkušenosti s návykovými látkami

Tab. 2 Drogy

Tab. 3 Zkušenost s cigaretami

Tab. 4 Nabídka cigarety

Tab. 5 Místo, kde cigarety kouříš

Tab. 6 Lidé, se kterými cigarety kouříš

Tab. 7 Zkušenost s marihuanou

Tab. 8 Nabídka marihuany

Tab. 9 Místo, kde marihuanu kouříš

Tab. 10 Lidé, s kterými marihuanu kouříš

Tab. 11 Zkušenost s pitím piva

Tab. 12 Nabídka piva

Tab. 13 Místo, kde pivo piješ

Tab. 14 Lidé, se kterými pivo piješ

Tab. 15 Zkušenost s pitím tvrdého alkoholu

Tab. 16 Nabídka tvrdého alkoholu

Tab. 17 Místo, kde tvrdý alkohol piješ

Tab. 18 Lidé, se kterými tvrdý alkohol piješ

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zkušenosti s návykovými látkami

Graf 2 Drogy

Graf 3 Zkušenost s cigaretami

Graf 4 Nabídka cigarety

Graf 5 Místo, kde cigarety kouříš

Graf 6 Lidé, se kterými cigarety kouříš

Graf 7 Zkušenost s marihuanou

Graf 8 Nabídka marihuany

Graf 9 Místo, kde marihuanu kouříš

Graf 10 Lidé, s kterými marihuanu kouříš

Graf 11 Zkušenost s pitím piva

Graf 12 Nabídka piva

Graf 13 Místo, kde pivo piješ

Graf 14 Lidé, se kterými pivo piješ

Graf 15 Zkušenost s pitím tvrdého alkoholu

Graf 16 Nabídka tvrdého alkoholu

Graf 17 Místo, kde tvrdý alkohol piješ

Graf 18 Lidé, se kterými tvrdý alkohol piješ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA – Anonymní alkoholici

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)

AN – Anonymní narkomani

AT ordinace – ambulantní péče

AT poradny – ambulantní psychiatrická péče

CNS - centrální nervová soustava

FAS – fetální alkoholový syndrom

HIV - Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

KC – kontaktní centrum

LSD - Dihethylamid kyseliny lysergové

MDMA – Methylenedioxyamfetamin

NSA – nesteroidní antiflogistika

NZDM – Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

PVC - Polyvinylchlorid

THC - Tetrahydrocannabinol

WHO - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Propagační leták

Příloha č. 2 – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Propagační leták




Jak předejít závislosti na drogách?

Cítíš silnou touhu nebo nutkání pit alkohol nebo si vzít drogu ?
Nedokážeš se ve vztahu k alkoholu nebo k droze ovládat ?
Měl si po vysazení drogy nebo alkoholu „absták“ ?
Zanedbáváš kvůli alkoholu nebo droze své záliby?

**POKUD SI NA OTÁZKY ODPOVÍDÁŠ ANO,
PRAVDĚPODOBŇNĚ SE JEDNÁ O ZÁVISLOST.
NEVÁHEJ POŽÁDAT O RADU A POMOC NA TĚCHTO ADRESÁCH:**

Kontaktní centrum, Terénní program

Haviřská 11
301 00 Plzeň
tel./fax: +420 377 421 374
e-mail: kcentrum@cppt.cz
Internetové poradenství:
dotazvy@cppt.cz




Program následné péče

Doudlevecká 71
301 00 Plzeň
tel.: +420 377 321 051
e-mail: ambulance@cppt.cz



P-Centrum


Plachého 6
301 00 Plzeň
tel.: +420 377 220 325
mobil: +420 731 183 394
e-mail: prevence@cppt.cz



Kluby pro děti a mládež

Lokality a forma poskytované služby:
Rokycany, Plzeň 1,
Dobřany, Domažlice,
Horažďovice

Kontakt:
Bc. Václava Egermaierová
Svazu boj. za svobodu 68
337 01 Rokycany
tel.: 734 640 493
e-mail: kluby.zapad@diakonie.cz



Příloha č. 2 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Vladimíra Štejrová a jsem studentka 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví. Tento dotazník bude sloužit jako podklad pro zpracování bakalářské práce, která se zabývá otázkou **užívání návykových látek**. Prosim Vás proto o vyplnění dotazníku, jehož zpracování by Vám mělo zabrat maximálně 10 minut. Dotazník je zcela **anonymní**.

Za Váš čas a pozornost předem děkuji.

1. Máš zkušenost s nějakými návykovými látkami?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

2. Označ drogu, kterou už jsi někdy užil(a):

- cigarety (tabákové výrobky)
- pivo
- víno
- tvrdý alkohol (slivovice, rum, vodka)
- konopné drogy (marihuana, hašiš)
- těkavé látky (toluen)
- léky na uklidnění, spaní či proti bolesti
- extáze
- pervitin
- kokain
- heroin
- lysohlávky
- LSD
- jiné

3. Máš zkušenost s kouřením cigaret?

- ne
- kouřím 1 cigaretu za týden
- kouřím 5 cigaret za týden
- kouřím 20 cigaret (1 krabička) za týden
- kouřím 40 (2 krabičky) za týden

4. Kdo ti cigaretu prvně nabídl?

- spolužák
- kamarád(-ka)
- sourozenec
- rodič
- cizí člověk
- jiné.....

5. Kde nejčastěji cigarety kouříš?

- ve škole
- doma
- na ulici
- v různých zařízeních (např. restaurace, hospody, diskotéky)
- jinde.....

6. S kým nejčastěji cigarety kouříš?

- se spolužáky
- s kamarády
- se sourozenci
- s rodiči
- jiné.....

7. Máš zkušenost s kouřením marihuany?

- ne
- kouřím 1x do měsíce
- kouřím 1x do týdne
- kouřím 2-4x do týdne
- kouřím denně

8. Kdo ti marihuanu prvně nabídl?

- spolužák
- kamarád(-ka)
- sourozenec
- rodič
- cizí člověk
- jiné.....

9. Kde nejčastěji marihuanu kouříš?

- ve škole
- doma
- na ulici
- v různých zařízeních (např. restaurace, hospody, diskotéky)
- jinde.....

10. S kým nejčastěji marihuanu kouříš?

- se spolužáky
- s kamarády
- se sourozenci
- s rodiči
- jiné.....

11. Máš zkušenost s pitím piva?

- ne
- piju 1x 0,5 litru piva do měsíce
- piju 1x 0,5 litru piva do týdne
- piju 2-4x 0,5 litru piva do týdne
- piju denně

12. Kdo ti pivo prvně nabídl?

- spolužák
- kamarád(-ka)

- sourozenec
- rodič
- cizí člověk
- jiné.....

13. Kde nejčastěji pivo piješ?

- ve škole
- doma
- na ulici
- v různých zařízeních (např. restaurace, hospody, diskotéky)
- jinde.....

14. S kým nejčastěji pivo piješ?

- se spolužáky
- s kamarády
- se sourozenci
- s rodiči
- jiné.....

15. Máš zkušenost s pitím tvrdého alkoholu? (např. rum, vodka, slivovice atd.)

- ne
- piju 1x 0,04 litru tvrdého alkoholu (1 velký panák) do měsíce
- piju 1x 0,04 litru tvrdého alkoholu do týdne
- piju 2-4x 0,04 tvrdého alkoholu do týdne
- piju denně

16. Kdo ti tvrdý alkohol prvně nabídl?

- spolužák
- kamarád(-ka)
- sourozenec
- rodič
- cizí člověk
- jiné.....

17. Kde nejčastěji tvrdý alkohol piješ?

- ve škole
- doma
- na ulici
- v různých zařízeních (např. restaurace, hospody, diskotéky)
- jinde.....

18. S kým nejčastěji tvrdý alkohol piješ?

- se spolužáky
- s kamarády
- se sourozenci
- s rodiči
- jiné.....

Děkuji za Váš čas při vyplnění tohoto dotazníku!