

# Drogová scéna na střední škole

Ing. Marek Sýkora

---

Bakalářská práce  
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ing. Marek SÝKORA**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Učitelství odborných předmětů pro SŠ**  
  
Téma práce: **Drogová scéna na střední škole**

Zásady pro vypracování:

**Teoretická část: historie drog, rizika, příznaky a důvody užívání drog, kategorizace drog, mládež a prevence, vývoj drogové scény**  
**Praktická část: vytvoření, zpracování a vyhodnocení dotazníku: Proč mladí lidé začínají užívat drogy a co je k tomu vede?**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**Karel Nešpor: Návykové látky – romantické období končí, Praha, červen 1995**

**Jean Bergeret: Toxikomanie a osobnost, Victoria publishing, 1996**

**Jindřich Nerad, Ludmila Neradová: Drogy a mýty -- drogová problematika z nizozemské perspektivy. Olomouc: Votobia, 1998**

**Drogová scéna v ČR. Sborník Národní protidrogové centrály. ročník IX**

**Karel Nešpor: Návykové chování a závislosti, současné poznatky a perspektivy léčby**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Emilie Dvořáčková**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 3. ledna 2008



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSC.  
*děkan*



L.S.



Mgr. Jarmila Celá  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Drogy jsou každodenní součástí života středoškoláků. V teoretické části jsem se zaměřil na historii vývoje konzumace drog, rizika užívání drog, kategorizaci návykových látek a drogové situaci na středních školách a jejich prevence. V praktické části jsem se zabýval otázkou tolerance dospívajících studentů k návykovým látkám a jejich zkušeností s těmito drogami.

Klíčová slova: drogy, mládež, prevence

## **ABSTRACT**

The drugs are an everyday part of students' life at high school . The aim of my theoretical part work is the history of drugs, consumption, risks of drug use, categorization of addiction drugs, a drug situation at high schools and its prevention. The aim of my practical part is the margin question of a drug addiction and a student's drug experience.

Keywords: drugs, teenagers, prevention

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu Mgr. Emílii Dvořáčkové za cenné rady a za pomoc při zpracování této práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 HISTORICKÉ HLEDISKO A VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....	10
1.1 Historie .....	10
1.2 Drogy jako součást kultury národa .....	11
1.3 Drogová závislost.....	12
1.3.1 Definice závislosti.....	13
2 RIZIKA, PŘÍZNAKY A DŮVODY UŽÍVÁNÍ DROG .....	15
2.1 Nebezpečí návykových látek.....	15
2.2 Důvody proč člověk užívá drogy.....	15
2.3 Způsoby a rizika aplikace drog.....	17
2.4 Jak se projevuje závislý na drogách.....	18
3 ROZDĚLENÍ KATEGORIZACE DROG .....	20
3.1 Canabinoidy.....	21
3.2 Halucinogeny .....	22
3.3 Stimulační drogy .....	23
3.4 Opiáty .....	24
3.5 Tlumící látky.....	24
3.6 Alkohol .....	25
3.7 Nikotin.....	26
3.8 Kofein .....	26
4 SITUACE V OBLASTI NELEGÁLNÍHO OBCHODU A ZNEUŽÍVÁNÍ DROG .....	27
4.1 Mládež a drogy .....	27
5 PREVENCE JAKO SOUČÁST VÝCHOVY.....	29

5.1	Primární prevence.....	29
5.2	Sekundární a terciární prevence.....	30
6	<b>VÝVOJ DROGOVÉ SCÉNY V ČESKÉ REPUBLICĚ .....</b>	<b>31</b>
6.1	Přehled vývoje drogové scény v ČR .....	31
6.2	Drogy mezi školáky na SŠ .....	33
6.3	Co školy mohou dělat a dělají? .....	34
6.4	Užívání drog v číslech .....	34
7	<b>SOUČASNÁ SITUACE V OBLASTI DROG .....</b>	<b>36</b>
7.1	Stav před rokem 1989 .....	36
7.2	Stav po roce 1989.....	37
7.3	Množství zadržených drog .....	37
7.4	Užívání drog.....	38
7.5	Uživatelé drog .....	38
7.6	Legalizace měkkých drog .....	39
II.	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
8	<b>CÍLE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>41</b>
8.1	Cíle dotazníkového šetření .....	41
8.2	Pracovní hypotézy .....	41
8.3	<b>Vzorek zkoumaných osob, použitá metoda výzkumu.....</b>	<b>41</b>
8.3.1	Vzorek zkoumaných osob.....	41
8.3.2	Použitá metoda výzkumu.....	41
8.4	Interpretace výsledků dotazníkového šetření a grafické znázornění.....	42
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>53</b>
	<b>PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK.....</b>	<b>54</b>

## ÚVOD

Problematika návykových látek je v naší společnosti stále aktuálnějším tématem, a to především u dospívající mládeže. Mladí lidé jsou vhodným objektem pro tzv. společenské užívání drog. V mé bakalářské práci se chci zaměřit na užívání návykových látek zejména mladou generací. V teoretické části jsem se zaměřil na historii vývoje konzumace drog, rizika užívání drog, kategorizaci návykových látek a drogové situaci na středních školách a jejich prevence. V odborné literatuře se v této souvislosti uvádí, že drogy jsou každodenní součástí života středoškoláků. V praktické části jsem se zabýval otázkou tolerance dospívajících studentů k návykovým látkám a jejich zkušeností s těmito drogami.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 HISTORICKÉ HLEDISKO A VÝKLAD ZÁKLADNÍCH POJMŮ

## 1.1 Historie

Od svého vzniku musel člověk vyvíjet úsilí na získání prostředků, aby si zachoval svou existenci, zabezpečil svou rodinu a potomstvo. Při práci stáli lidé před situacemi, které se nedaly zvládnout bez námahy a odříkání.

Život člověku přináší mnohé, někdy až katastroficky vyhocené události: ať už při osobní tragédii – povodně, zemětřesení, neúroda. Nebo i katastrofy společenské, které na lidi dolehnu s větším vlivem, než přírodní úkazy nebo osobní neštěstí.

Z těchto neštěstí se stále více a více lidí nedokázalo dostat aktivním překonáním těžkostí či odstraněním jejich následků. Podnikavostí lidé objevili rostliny, které požitím podporovaly a uvolňovaly fantazii a pomáhaly jim lehce a rychle uvést se do stavu blaženosti. Po těchto zkušenostech člověk vynaložil úsilí na to, aby z rostlin získal co nejvíce takovýchto látek. Objevil chemické pochody – kvašení, destilaci, které výrobu některých omamných látek umožňovaly. Velmi brzy se je naučil vyrábět synteticky. K jejich výrobě vybudoval celá odvětví zemědělství a průmyslu, a ta se stala neodmyslitelnou součástí každé společnosti. Za dočasné stavy blaženosti, které nijak neřešily špatnou životní situaci, musel člověk draze zaplatit, vypěstoval si návyky na omamné látky, které jsou velmi pevné a obtížně se ruší, právě proto, že vyvolávají velmi příjemné stavy. Proto se užívání těchto látek značně rozšířilo. Již v minulosti se staly součástí náboženských obřadů a společného života. Na toto však rychle doplatil tím, že si vypěstoval návyk na omamné látky a na celou situaci, která souvisí s jejich užíváním.

Droga je jakákoliv látka, činnost, nebo objekt, který je schopen měnit prožívání a vnímání vašeho vnitřního, nebo vnějšího světa, a může způsobit psychickou, nebo fyzickou závislost. Co vše se dá za drogu považovat? Náš právní řád neuznává obecného pojmu droga, ale v širším pojetí vymezuje termín návyková látka (alkohol) a definuje látky omamné, psychotropní a jedy - klasické nelegální nealkoholové drogy. Alkohol patří mezi drogy tzv. "společensky legální" = tolerované (na výrobě se podílí stát, regulační pravidla a distribuce jsou stanoveny zákonem). Droga je také definována jako

jakákoliv látka s potenciálně psychotropními vlastnostmi, která může vyvolat závislost a být škodlivá jednotlivci i společnosti.

## 1.2 Drogy jako součást kultury národa

V minulosti příslušníci různých náboženství věřili, že látky, které způsobují povznesenou náladu, spánek nebo tiší bolesti, jsou darem bohů - indické konopí pochází z vlasů boha Višnu, mák dala Řekům bohyně Démétér, kávové boby dal zase Mohamedovi archanděl Gabriel. Tyto látky byly v těchto kulturách používány od nepaměti a pomáhaly jim. Například v Indii se vždy kouřilo konopí, kterému říkají bhang. Pro hinduisty byla tato rostlina posvátná. Umožňovala jim přežít dny a noci bez jídla a pití, studenti svatých knih kouřili bhang před tím, než usedli ke studiu a také mnohým hinduistickým rodinám pomohla tato rostlina překonat hrůzy hladomoru. Kouření marihuany začali odsuzovat až křesťanští misionáři, kteří v ní viděli nástroj čarodějnictví.

V 19. století znal civilizovaný svět téměř všechny typy dnešních drog. Jejich zneužívání se stalo záležitostí velmi úzkého okruhu dobře ekonomicky situovaných lidí. V tomto období se jiné drogy kromě alkoholu a tabáku nestaly masovější záležitostí, ačkoli byly ve většině případů volně dostupné.

Dvacáté století je stoletím překotného vývoje a převratných změn, jak politických, tak ekonomických, ale i technických a společenských. Šedesátá léta znamenají i v drogové oblasti bezesporu revoluci. Během těchto let se uskutečnil pokus volně začlenit dosud málo známé drogy do života moderní přetechnizované společnosti. Pomocí nich mělo lidstvo dospět k jakémusi vyššímu vývojovému stupni myšlení i jednání, ale opak byl skutkem. Drogy se staly masovou záležitostí se vším negativním, co k nim neoddělitelně patří. Zoufalý pokus o řešení krizové situace vedl koncem 70. let v USA k vyhlášení tzv. drogové války, ale její výsledek nesplňoval do ní vložené očekávání. Od šedesátých let našeho století dochází v západním světě k explozi požívání návykových látek s řadou nových a společensky závažných znaků. Rapidně narostlo skupinové zneužívání návykových omamných látek osobami, které si nemohou stěžovat na utlačování, hlad, nouzi či nedostatek základních biologických prostředků.

### 1.3 Drogová závislost

Je psychický a někdy také fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnou chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může a nemusí být přítomna. Osoba může být závislá na jedné nebo více drogách.

Drogová závislost je charakterizována jako přání, potřeba či nutkání užívat drogu a pokračovat v užívání za každou cenu. Objevuje se tendence zvyšovat dávky. Závislost se projevuje jako závislost psychická nebo fyzická nebo v podobě obou závislostí na droze. Při fyzické závislosti se organismus droze přizpůsobil, zahrnul ji do své látkové výměny a po přerušení přísunu drogy reaguje poruchou, kterou nazýváme abstinenční stav. Po odeznění somatické stránky abstenčního stavu se obvykle dostavuje psychická stránka, která bývá pro úspěšné vypořádání se závislostí problematičtější. Psychická závislost je duševní stav vzniklý podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání požívat drogu. Po vysazení drogy se neprojevují tělesné abstinenční příznaky, ale psychické, jako je podrážděnost, mrzutost, zvýšená výbušnost, napětí, úzkost, deprese, někdy i halucinace nebo stavy zmatenosti s neklidem.

Vztah mladého člověka k droze může být indiferentní, projevuje se nezájmem o drogy, odmítavý, ambivalentní, tzn. rozporný, kdy na jedné straně droga láká a na druhé je nechutí k jejímu užívání a vztah kladný, kdy člověk má pocit, že mu droga něco přináší, v něčem mu pomáhá. Na začátku drogové závislosti je kladný vztah člověka k droze.

Rozvoj drogové závislosti jde většinou v řetězci: experiment – užívání – problémové užívání - závislost.

Experimentátor je ten, kdo k pokusu s drogou přišel náhodou a zkusil tak maximálně čtyřikrát experimentovat. Za uživatele je považován např. občasný víkendový konzument, kdy užívání drog je spojeno s určitou pravidelnou příležitostí, s určitým časem a psychickou načasovaností. Problémový uživatel se setkává s drogou pravidelně. Ta se stává odpovědí na problémy, které dotyčný neumí jiným způsobem řešit. Závislý uživatel už nemůže bez drogy být. Nedokáže přestat z vlastního rozhodnutí, jeho organismus je na droze závislý.

Doba vzniku závislosti je různě dlouhá a závisí na typu drog, osobnosti člověka a na jeho aktuálním psychickém a fyzickém stavu (např. u morfinu a heroinu vzniká závislost velice rychle), na působení sociálního prostředí. Nejsme tedy schopni přesně vymezit dobu zahrnující cestu od experimentu k závislosti. [1]

### 1.3.1 Definice závislosti

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Syndrom závislosti: Je to skupina 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. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:[2]

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;

---

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

## **2 RIZIKA, PŘÍZNAKY A DŮVODY UŽÍVÁNÍ DROG**

### **2.1 Nebezpečí návykových látek**

Jedním z hlavních důvodů, který může negativně ovlivnit úspěšnost žáků na budoucí povolání, je rizikové chování v oblasti drogových závislostí.

Užívání a zneužívání drog je celosvětovým problémem, který se nevyhýbá ani České republice. Drogy jsou dostupné a tím stoupá i užívání návykových látek mezi mládeží. Podle statistik klesá věk mladých experimentátorů. Existují represivní opatření v boji proti zneužívání drog, stát nabízí závislým léčbu, ale důraz by měl být kladen zejména na účinnou prevenci.

Zvláštní pozornost by měla být věnována lidem ve věkovém rozmezí 13 – 19 let. Jde o rizikovou skupinu, u které pravděpodobnost navázání kontaktu s drogou je velmi vysoká. U této skupiny je také vyšší riziko vytvoření závislosti, která pak následně postupně vyřazuje mladého člověka z běžného života. Proto významné místo na regionální úrovni zaujímají právě školská zařízení. Protidrogové působení na mládež na půdě školy by však nemělo být jen zaměřeno pouze na přenášení informací o nebezpečí zneužívání návykových látek. Škola by se měla podílet na vzdělávání mládeže v mnohočetnosti problémů, které drogy ve společnosti způsobují, měla by věnovat pozornost otázkám souvisejícím se zdravím způsobem života, s hledáním morálních hodnot, s uměním vyrovnat se stresem. Dále by se měla zaměřovat na vytváření sebedůvěry mladých, na budování silných osobností odmítajících všechny formy sebeustrukce a rozhodovat se i pod negativním tlakem vrstevníků správně a morálně.

### **2.2 Důvody proč člověk užívá drogy**

Každý člověk chce mít život co nejjednodušší, bez bolesti, utrpení a problémů, proto lidé vždycky hledali látky, které by jim život ulehčily. Na konci 19. století, kdy byly farmakologie a psychiatrie uznány za specializace moderní vědy, přenesla se tato zkoumání pouze na lékaře, psychiatry, chemiky, farmakology atd. Ti teď hledají látky, které by tišily bolesti, pomáhaly usnout, stimulovaly ve slabosti a zároveň byly nenávykové. Jejich hledání je však marné, protože jestliže nějaká látka má tyto

vlastnosti, dokáže tišit bolest, pomáhá usnout nebo stimuluje ve slabosti, budou chtít lidé, kteří tyto problémy mají, tyto látky užívat. Jejich návykovost potom nespočívá v droze samé, ale návykovou se ta droga stane proto, že ji lidé užívají rádi. Téměř každá droga, která se užívá přiměřeně, slouží jako lék, ale na druhou stranu jakákoliv droga užívaná příliš často anebo ve velkém množství, může mít škodlivé účinky pro toho, kdo ji užívá. Většina drog poškozuje mozek, ovlivňuje myšlení, soustředění, postřeh, fyzické pocity, emoce, vědomí. Taky v lékařství je jen málo léků, které nemají nějaké vedlejší účinky. Jaký je tedy hlavní důvod, proč člověk začne brát drogy, když ji nepotřebuje z léčebných důvodů?

Všeobecně řečeno, každý člověk má nějaké problémy, kterých by se rád zbavil. Lidé utíkají od celé řady problémů: od stresu, finančních starostí, obav, příliš velkého pracovního zatížení, nedostatku práce, rozpadlých rodin či přátelství atd. Každý hledá většinou tu nejjednodušší cestu, která mu vyhovuje, která je pro něho přijatelná. Ale jsou lidé, kteří se snaží jít ještě dál a utéct úplně z reálného světa. Nejsou schopni běžný svět zvládnout, a tak užívají drogy, jejichž pomocí si chtějí vytvořit svět jiný, svět představ a iluzí.

Od drog mladí očekávají zmírnění nervozity a úzkosti, smutku a depresí, pocity štěstí a jiné příjemné pocity, zbavení se společenských zábran a komplexů, odreagování, zvýšení pracovní výkonnosti, únik před nudou, únik před rodinnými problémy, před problémy ve škole, únik před samotou. Droga jim může vynahradit domnělá nebo skutečná příkoří, může se stát formou pomsty, většinou jako projev nezralého chování vůči rodičům. Droga se také může stát prostředkem, pomocí kterého chtějí mladí na sebe a své problémy upozornit.

Důvody, proč mladí lidé, především studenti středních škol, chtějí zkusit nějakou, třeba i tvrdou, drogu jsou obecně dva. Nejčastěji mladý člověk experimentuje, chce zažít dobrodružství, chce zkusit něco módního. Takoví experimentátoři, pokud mají dobré domácí zázemí a jsou zdraví, ve velké většině se závislými nestanou. Mnohem hůř je na tom druhá skupina těch, kteří se k drogám uchýlí, aby zahnali deprese. Jsou to hlavně děti ze špatně komponovaných rodin, kde chybí pohoda, mladí lidé s psychickými problémy nebo nadprůměrně citliví lidé trpící depresemi. Dalším běžným důvodem je tlak společnosti, skupiny nebo nějaké party, ve které se člověk pohybuje, a kde se užívání drog bere jako normální jev.



K zneužívání drog jsou náchylnější osoby s rysy nezdrženlivosti, nestálosti, nevyváženosti, nezralosti a sociální nepřizpůsobivosti, ale i osoby zvýšeně citlivé, které těžko snáší zátěž běžného života. Dále jde i o osoby uzavřené, těžko navazující kontakt s okolím (droga tuto bariéru prolomí). S drogou si však mohou začít i mladí, kteří mají potřebu být středem okolí. Nejpodstatnější a nejdůležitější prevencí je dobrá rodinná výchova. U řady závislých jsou zjišťovány poruchy v rodině. Vina se nedá svalovat na množící se pracovní zaneprázdněnost rodičů, pokud ti si najdou čas vidět své dítě alespoň ráno a večer, smysluplně s ním umí promluvit a projevují skutečný zájem o dítě

K tomu, aby člověk vzal drogu, je vždy třeba nějaký spouštěcí, provokující podnět. U mládeže bývá nejčastějším podnětem k experimentu s drogou zprvu zvědavost, nuda, či pocit životní prázdnoty. Podnětem bývá i neschopnost přizpůsobit se sociálním poměrům nebo kladeným nárokům. Častým důvodem je i snaha „vypadat dospěle“. Tento důvod jde většinou ruku v ruce s negativním vlivem problémové party. Když mladý člověk patří do určité skupiny svých vrstevníků, kteří ho uznávají, necítí se osamělý. Pocit sounáležitosti s partou, dodržování jejich nepsaných pravidel, přeceňování přátelství mezi členy party, to vše vede k velmi silnému poutu ke skupině vrstevníků, která pak ovlivňuje i hodnotovou orientaci svých členů. Nebezpečné jsou i různé komplexy, které droga dokáže utlumit. V každém případě droga nabízí únik od reality. Kdo užívá drogy, není spokojen se svým skutečným životem.

### 2.3 Způsoby a rizika aplikace drog

Kouření: kouř z drogy obsahuje mimo účinných psychoaktivních látek řadu vedlejších zplodin, které způsobují:

- častější onemocnění dýchacího ústrojí
- oslabení imunitního systému
- zvýšené riziko nádorových onemocnění

Šňupání vyvolává:

- časté záněty nosohltanu
- krvácení z nosu
- někdy až proděravění nosní přepážky.

### Nitrožilní aplikace

- po nesterilním vpichování dochází k infekčním zánětům končetin a vzniku hnisavých ložisek a následné otravě krve
- nesterilními sdílenými jehlami a stříkačkami se přenáší nebezpečné infekční choroby (žloutenka, AIDS...).

## 2.4 Jak se projevuje závislý na drogách

Člověk závislý na droze je jí trvale ovlivňován, drogu vyhledává, je ochoten platit za ni penězi i svými službami. Droga se tak stává trvalou součástí jeho hodnotového žebříčku a postupně se dostává na jeho první místo.

Její soustavným vlivem dochází k porušení mozkové tkáně a ke změně osobnosti člověka. Jeho osobnost se „chemicky mění“, rozpadá, degraduje. Z člověka, který se vyvíjel stejně jako ostatní, se stává osoba s omezenými zájmy a vyhasínajícími city. Přestává plnit svoje pracovní a studijní povinnosti, nezajímá ho sport, zájmová činnost ani jiné oblíbené činnosti mezi mládeží. Ve škole se horší prospěch, narůstá absence. Nakonec přestane definitivně do školy docházet. V učebním poměru nezíská kvalifikaci. Pokud bude schopen nějaký čas pracovat, zbývají pro něho jen nekvalifikované práce. S touto prognózou si však závislí nic nedělá, protože jediným zájmem cílem je droga. Rozpadá se jeho vztah k rodině, dochází ke společenské izolaci nevyhledává ani společnost kamarádů, kteří mají podobnou propojenost s drogou, protože komunikace mezi nimi je díky droze velmi omezená. Ve skupině závislých lidí neexistuje sounáležitost, ale spíše závist a nevraživost vůči těm, kteří mají přístup k droze. Každý z nich myslí na sebe a na uspokojení vlastní potřeby. Závislí zůstávají na konec sám s drogou až do konce. Umírá většinou na předávkování nebo na choroby spojené s drogovou závislostí.

Nevyzrálá osobnost mladistvého je na zhoubné působení drogy daleko citlivější a její poškození a rozpad probíhá daleko rychleji než u dospělého.

Od určitého stupně závislosti na droze mladý člověk přestane školu navštěvovat, takže jeho další osud bude škola už těžko ovlivňovat. Přesto považuji za nezbytné naznačit

---

celý proces růstu závislosti, protože na začátku – u experimentu a užívání – je veliká šance mladého člověka zastavit a pokusit se mu ukázat jiný životní směr. A zde může škola sehrát důležitou roli. Troufám si tvrdit, že při odborném a citlivém přístupu je šance pomoci i ve fázi problémového užívání drogy tím, že škola zprostředkuje kontakty na odborníky a umožní mu zařadit se do přípravy na budoucí profesi.

### 3 ROZDĚLENÍ KATEGORIZACE DROG

Výzkumy ukázaly, že tabák, alkohol (legální drogy) a marihuana jsou 3 nejdostupnější drogy pro mládež. Jsou označovány jako vstupní drogy, neboť to jsou drogy nejčastěji užívané, když s nimi mládež začíná experimentovat. Otevírají dveře dalším drogám.

Rozdělení drog do skupin - abychom se orientovali v problematice drog a drogových závislostí, bude nejlépe vysvětlit několik základních pojmů. Co je to vlastně droga? Existuje celá řada definicí, drogu lze chápat jako každou látku ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:[3]

má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.

může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.

Jako drogy jsou označovány téměř výlučně látky, které splňují shora uvedené požadavky a jsou naší společností zákonem zapovězeny, resp. jejich výroba a distribuce. Tato skupina je také svým způsobem demonizována a označována jako původce drogových problémů. Všimněme si, jak vymizelo dříve běžné chápání pojmu droga (snad z anglického „drug“ – medicína) – tedy lék. Toto klasické chápání pojmu droga však zpravidla z povědomí lidí vymizelo a pomocí nejrůznějších účelových definic je zjednodušeně vytvářeno rovnítko: droga = cosi nelegálního a škodlivého. Negativní efekt drog nelze popřít, ale zároveň nelze vynechat i jejich často pozitivní účinky, kterých lidstvo využívalo a využívá. Jestliže se podíváme na drogy zcela obecně, bez ohledu na jejich legalitu či ilegalitu v té které společnosti a době, můžeme je charakterizovat známým „dobrý sluha, ale špatný pán“. Prostě každá droga má svá rizika, ale i svoje přednosti a oboje je nutno alespoň v základech znát. Měli bychom být otevřeně informováni o tom, jaký je poměr rizik u té které drogy, a na základě této vědomosti k drogám přistupovat. Je samozřejmě lepší se drogám zcela vyhnout a žít tzv. bezdrogovým životem. Realita je prostě jiná a tou je třeba se řídit, abychom se naučili vyhýbat největším rizikům a zvládat obtížné situace s co nejmenšími ztrátami.

Jak jsem již uvedl, různé drogy jsou spojeny s různou mírou rizika. Jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti. Toto riziko tu je a je přítomno u každé drogy i u těch nejvíce

tolerovaných a zdánlivě zcela neškodných. Právě míra rizika vzniku závislosti slouží jako hlavní kritérium pro dělení drog na:

- lehké a těžké
- měkké a tvrdé

Tento způsob dělení je značně nepřesný. Proto je daleko vhodnější a srozumitelnější způsob užívaný v Holandsku, kde drogy dělí na skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a na skupinu s rizikem nepřijatelným.[4]

První skupina je 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. Je tedy zjevné, že v určitém procentu populace ke ztrátě kontroly a závislosti či k tělesnému poškození dojde, ale toto procento není pro společnost tak alarmující, aby zavedla přísná restriktivní opatření a tím se pokusila situaci kontrolovat. Příkladem tzv. lehkých drog je třeba káva, tabákové výrobky všeho druhu, produkty konopí (marihuana, hašiš) a také v naší společnosti droga číslo jedna – tedy alkohol.

Druhou skupinou, z výše jmenovaných, jsou tzv. tvrdé drogy. U nich je vznik závislosti jednoznačně vysoký – podle Holanďanů „s neakceptovatelným“ – rizikem. Drogovou závislost v tomto případě chápeme jako onemocnění, které je spojeno s dvěma charakteristickými prvky:

- nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném braní drogy
- tendence ke zvyšování dávek

### 3.1 Canabinoidy

Jedná se o látky:           Marihuana (marijánka, tráva, hulení, kytka, seno, skunk)  
                                  Hašiš (haš, bahno, hovno, čokoláda) + hašišový olej  
                                  (všechny drogy jsou produktem rostliny cannabis sativa)

Vzhled, forma:           obdoba tabákových listů, semínka (marihuana), kousky různě zbarvené, nejčastěji tmavohnědé pryskyřice (hašiš), tmavá olejnatá tekutina (hašišový olej), někdy forma různých cukrovinek či pečiva,

Způsob užití: kouření, ústy – per orálně

Účinky: velmi odlišné (dle typu drogy, resp. obsahu účinné látky, kterou je tetrahydrocannabinol – THC) – od mírné euforie až po halucinace (nejčastěji zrakové)

Příznaky a rizika: nepřírozená veselost, rozjařenost, rozšířené zornice, zarudlé oči, zrychlený puls, výrazně zvýšená chuť k jídlu, pot páchne po spáleném listí či trávě, zhoršení koncentrace, prodloužení reakčního času, THC je zhruba 4000x účinnější než alkohol a 1 gram hašiše může vést k oblouznění 3-4 lidí. [5]

### 3.2 Halucinogeny

Jedná se o drogy: LSD (trip, tripík, papírek, sluníčko)

Meskalin (látka, obsažená v kaktusu Peiote)

Lysohlávky (houbičky)

Durman

Vzhled, forma: malé čtverečky papíru (několik milimetrů) impregnované tekutinou či gelem – drogou (LSD), tekutina (odvary, nálevy z přírodních drog), tablety, kapsle.

Způsob užití: ústy – per orálně

Účinky: poruchy vnímání různých smyslů, zejména halucinace (vnímání neexistujících podnětů, objektů) – ne vždy mají příjemný obsah, někdy jsou naopak děsivé, změněné prožívání reality, včetně vlastní osoby, změny nálady.

Příznaky a rizika: rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličeji, někdy zvýšená tělesná aktivita, vznik psychického návyku, poruchy sebeovládání, riziko přetrvávání psychické poruchy či její provokace

Halucinogeny se používaly od pradávna při náboženských rituálech a v našem století při výzkumech v psychiatrii. Do halucinogenů zařazujeme různé skupiny drog. Některé jsou přírodního původu, například tzv. kouzelná houba (psilocybin) nebo mezkalin, jiné se vyrábějí laboratorně jako třeba LSD.

Tyto drogy působí silně na vědomí, na smysly a na způsob, jakým uživatel vnímá svět.

Člověk, který je užívá, může mít halucinace, které mohou být někdy dost děsivé. Účinek těchto drog je nevyzpytatelný.

U většiny halucinogenů není velké nebezpečí fyzické závislosti a z dlouhodobého pohledu se zdá, že nezpůsobují ani vážnou psychickou závislost. Ale vytvářejí problém tolerance a mnoho lidí umírá právě pod vlivem halucinogenů. Snadno totiž dojde k tomu, že pod vlivem drog nabude člověk dojmu, že umí létat a vyskočí třeba z okna. [5]

### 3.3 Stimulační drogy

Jedná se o látky: Amfetamin (speed, piko, perník, peří, methylamfetamin)

Efedrin (efko, éčko, efo)

Pervitin (metamfetamin, piko, péčko, perník)

Kokain (kokeš, pudr, sníh, koks)

Crack (forma kokainu určená ke kouření)

MDMA (extáze, éčko, xtc, droga lásky, kulatý, Adam atd.)

Fermetrazin (fermetrák, metrák)

Vzhled forma: různobarevné tablety, prášek, krystalky (crack)

Způsob použití: kouření, šňupání, injekce

Účinky: tělesná i duševní stimulace, zvýšení bdělosti, snížení či odstranění únavy a chuti k jídlu, při vyšších dávkách úzkost, potřeba překotné činnosti, neklid, nespavost, svědění, mravenčení (pocit hmyzu pod kůží), vztahovačnost, pocity síly a nadřazenosti, náladovost, agresivita, po odeznění bezprostředního účinku hlad, vyčerpání, spánek, deprese, při velkých dávkách hrozí srdeční selhání a riziko smrtelných otrav při předávkování.

Příznaky a rizika: pocení, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak, roztřesenost, neklid, rozšířené zornice, chronická rýma doprovázená výtokem nebo krvácením z nosu, poškozené nosní přepážky (kokain), hubnutí, bledá kůže, vznik výrazné psychické závislosti (nedochází ke zvyšování dávek, ale droga je užívána častěji, pocity pronásledování (paranoidita), agresivita, halucinace, poruchy paměti. [5]

### 3.4 Opiáty

Jedná se o látky:	Braun (béčko) Heroin (háčko, herák, hero, Herodes, kůň, White lady) Kodein (káčko) Opium (makovice) Metadon a Pethid
Vzhled, forma:	prášek, tablety, ampule, tekutina
Způsob užití:	kouření, šňupání, injekce
Účinky:	celkový dušení a tělesný útlum, zklidnění, uvolnění, snížení či odstranění bolesti.

Příznaky a rizika: po užití drogy: stav omámení, poruchy koordinace, zpomalené reakce, zúžení zornic, výtok z nosu, vodnaté oči, stopy po vpichu (které mohou být zanícené), bledá kůže, hubenost, nejzávažnějším rizikem je možnost předávkování, které může skončit úmrtím, velice rychlý vznik psychické a fyzické závislosti s těžkými odvykacími (abstinenčními) příznaky, následujícími krátce (někdy již za několik hodin) po odeznění účinku drogy, ztráta zájmů, kriminální jednání (krádeže, agresivita), poruchy potence u mužů, u žen poruchy menstruace, vážné poškození organismu (mozku, jater, záněty žil), riziko infekcí (žloutenka, HIV-AIDS) při používání nesterilních jehel a stříkaček. [5]

### 3.5 Tlumící látky

Jedná se o drogy:	Neopiátová analgetika (léky proti bolestem) Barbituráty (léky s obsahem barbiturátů, např. fenobarbital) Hypnotika (léky „na spaní“) Sedativa (léky „na uklidnění“) Anxiolitiky (léky proti úzkostem)
Vzhled, forma:	různobarevné tablety, dražé, kapsle, injekční ampule, tekutina
Způsob užití:	injekce, ústy (tablety), nosem (čichání)



Účinky: relaxace – uvolnění, při vyšších dávkách celkový útlum (tělesný i duševní).

Příznaky a rizika: zpomalené myšlení, zastřená a zpomalená řeč, apatie, ospalost, otupělost, opilé vzezření, náladovost, vznik psychické i fyzické závislosti, možnost předávkování s následnou otravou, bezvědomím, úmrtím, při náhlém vysazení riziko epileptických záchvatů (hrozí zvláště u barbituratů), při chronickém užívání: bolesti hlavy, deprese, úzkosti, agresivita. [5]

### 3.6 Alkohol

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

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

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholizmus“.

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100% alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů na jednoho obyvatele za rok.

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. [6]

### 3.7 Nikotin

Tabák se dostal do Evropy z Ameriky díky Kolumbovi v roce 1492. Nikotin - důležitá součást tabáku - nese jméno po francouzském vyslanci v Portugalsku Jeanu Nicotovi, který tabák propagoval pro jeho léčivé schopnosti. Nicot však nedoporučoval tabák kouřit, ale používal tabákové listy k léčivým obkladům.

Kouření tabáku pochází od amerických indiánů. Společenským návykem se stalo v 2. polovině 19. století a nyní je považováno za nemoc s velkým celospolečenským dopadem. Nikotin je návyková droga a lze jej použít i jako lék k odvykání kouření. Kouření cigaret je příčinou vzniku řady chorob, zejména aterosklerotických vaskulárních nemocí a zhoubných nádorů. Kuřáci mají často poruchy metabolismu lipidů, endotelovou dysfunkci, vyšší sympatickou nervovou aktivitu, vyšší hladiny fibrinogenu a další projevy potvrzující sklon ke zvýšené koagulaci a snížené fibrinolýze. Kouření může přispívat k rozvoji diabetu 2. typu u nemocných s metabolickým syndromem a inzulínovou rezistencí. Kouření cigaret je nemoc, kterou je třeba cíleně a odborně intervenovat a léčit. [7]

### 3.8 Kofein

V tropických oblastech roste strom kola a obyvatelé žvýkají jeho kofeinem napěchovaná semena. Mimo to žvýkají i samotná kávová zrna. U nás se pije převážně turecká káva, jinde je oblíbenější překapávaná (Maďarsko, Rakousko, Polsko aj.). Pití čaje je tradicí hlavně v Anglii a v Číně. Závislost na kofeinu patří k jedné z nejrozšířenější závislosti na světě. Kofein je obsažen v kávě, v čaji, ale i v mnoha druzích osvěžujících nápojů (Kofola, Coca Cola ap.). Problém je v tom, že v některých zemích je pití těchto nápojů národním zvykem a tak se ani nad pěti dávkami kofeinového nápoje denně nikdo nepozastavuje. Závislost na kofeinu se vyznačuje abstinenciími příznaky při vynechání dávky. Jedná se o pocity úzkosti a neklidu, silného útlumu a poruchy spánku. Jakmile nemá člověk delší dobu kávu nebo čaj, touha po těchto nápojích rapidně vzrůstá. Odvykání by nemělo být tak těžké, ale protože je pití čaje i kávy společenskou záležitostí, vznikají někdy problémy. Důležité je upravit také celkovou životosprávu.[8]

## 4 SITUACE V OBLASTI NELEGÁLNÍHO OBCHODU A ZNEUŽÍVÁNÍ DROG

Dle údajů Národního koordinátora epidemiologie a primární prevence ČR – Hygienické stanice hl. m. Prahy, jak je uvádí Národní protidrogová centrála „je pervitin v Praze a ČR na prvním místě v oblíbenosti a zároveň i dostupnosti mezi jinými drogami“. Cena pro dealera za 1 kg činí v průměru 700.000 Kč, cena za gram činí 900 Kč a cena 1 dávky 100 Kč (dávka: 0,1 gramu). Kvalita pervitinu dodávaného na nelegální trh v ČR záleží zejména na: schopnostech a zkušenostech výrobce pervitinu, na kvalitě suroviny – efedrinu a samozřejmě na jednotlivých dealerech, kteří drogu od výrobce více či méně ředí. [9]

Výroba pervitinu „není složitá“ a tato skutečnost přímo souvisí i s podobami jednotlivých zařízení na výrobu pervitinu. Výrobci – uživatelé zpravidla používají menší varny, které jsou mobilní a vejdou se do dvou až tří nákupních tašek. Takováto zařízení lze bez problému sestavit v kterémkoli bytě nebo sklepě a vlastní výroba drogy nemusí (v závislosti na zkušenostech výrobce) budít podezření z nelegální činnosti. Druhou skupinu tvoří výrobci – prodejci, jejichž hlavním cílem je výroba co největšího množství drogy určené k prodeji. Tyto osoby zpravidla používají velmi dobře vybavené laboratoře, které budují mimo svá trvalá bydliště a mají přísun velkého množství kvalitních chemikálií. V současné době se oblíbenost pervitinu rozšířila i do sousední SRN, kde je pervitin distribuován pod názvem Krystal. Vzhledem k této skutečnosti byl zaznamenán i zvýšený počet nelegálních laboratoří zejména v severních a západních Čechách. Tento druh pervitinu je oblíben zejména pro relativně nízkou cenu a vysokou kvalitu.

### 4.1 Mládež a drogy

V roce 1997 proběhlo rozsáhlé dotazníkové šetření o užívání psychotropních látek mezi středoškoláky a uční. Po třech letech bylo připraveno další opakování studie, která proběhla v březnu a dubnu 2000 - tentokrát na nejrůznějších typech středních škol mezi studenty a uční a v posledních ročnících základních škol - a oslovila mládež ve věku 14 - 19 let.

Šetření proběhlo v Praze, ve všech bývalých krajských městech a minimálně dvou okresech v každém regionu. Bylo sledováno užití kanabinoidů, sedativ užívaných bez lékařského předpisu, pití alkoholu v kombinaci s prášky, užití pervitinu, ecstasy, cracku, heroinu a dalších opiátů, LSD a dalších přírodních halucinogenů ("houbičky", durman apod.), kokainu, toluenu a dalších rozpouštědel. Výrazně nejvyšší podíl respondentů majících celoživotní i aktuální zkušenost s užitím drogy je v Praze, kde tuto zkušenost uvedlo 52,9 % (v roce 1997 to bylo 52,5 %). Celorepublikový průměr se však oproti roku 1997 zvýšil ze 41,2 % na 47,6 % respondentů majících zkušenost s drogou a převyšuje ho ještě Jižní Morava a Západní Čechy. Mimořádně závažná je především vyšší zkušenost dívek s užitím jiných opiátů (4,3 % oproti 3,1 % mezi chlapci), dívky užívají častěji než chlapci také pervitin (6,3 % oproti 5,8 % mezi chlapci), ale především sedativa a prášky v kombinaci s alkoholem (sedativa 18,1 % oproti 8,4 % mezi chlapci a u alkoholu s prášky 22,3 % oproti 13,8 %). Jako první drogu v životě užíli respondenti mající zkušenost s drogou v 82 % kanabinoidy (marihuanu či hašiš). Závažným zjištěním je však skutečnost, že 1,3 % užílo jako první drogu přímo pervitin či jiná stimulantia, téměř 1 % extázi a téměř 0,5 % heroin či jiné opiáty. Navíc přes 4 % z těchto respondentů užílo drogu, aniž vědělo, o jakou drogu se jedná. Zdrojem první drogy v životě jsou většinou osoby respondentovi blízké (sourozenci, kamarádi, spolužáci či parta). První drogu si zakoupilo jen 3,4 % z uživatelů drog, 1,7 % si svoji první drogu sama vypěstovala či vyrobila. Zdravotní nebezpečí vyplývající z užívání drog bývá ještě umocněno rizikovým chováním při aplikaci drogy. V souboru udalo injekční aplikaci substance bez předpisu lékaře vlastní stříkačkou a jehlou 3,2 %, další 0,2 % je sdíleli s jiným uživatelem. Závažnost tohoto zjištění zvláště vyniká, promítneme-li získané výsledky do populace 14 - 19letých v ČR. Počet obyvatel v této věkové skupině je zhruba 835 000. Užílo-li 3,4 % z nich drogu injekčně, znamená to existenci 28 000 osob ve vysokém riziku infekce virovými hepatitidami a HIV/AIDS. U všech sledovaných drog byl zaznamenán podstatný nárůst uživatelů. Zatímco u marihuany, LSD a kokainu je tento nárůst zhruba o 43 % - 45 %, pak velmi varující je vzestup počtu uživatelů pervitinu o 143 % a dokonce nárůst počtu uživatelů heroinu o 167 %. [6]

## 5 PREVENCE JAKO SOUČÁST VÝCHOVY

Vládní protidrogová politika směřuje k tomu, aby občanu byla poskytnuta jak ochrana před nabídkou drog, tak i možnost získat poznatky, dovednosti a motivace k tomu, aby sám rozhodnul o svém postoji k drogám a nesl za něj plnou odpovědnost. Dále možnost vyhledat odbornou, poradenskou a léčebnou pomoc v případě, že je drogou ohroženo jeho zdraví; možnost resocializace v případě, že kontakt s drogou vedl k jeho sociálnímu selhání. Klíčovou strategií jsou opatření směřující k snižování poptávky po drogách. Toho lze dosáhnout jen dlouhodobým úsilím a spoluprací státních orgánů i nestátních subjektů a širokých vrstev občanské veřejnosti. V rámci této strategie rozlišujeme primární, sekundární a terciální prevenci.

### 5.1 Primární prevence

Cílem je spolupodílet se na vytváření podmínek k akceptaci zdravého životního stylu, odrazování dětí a mládeže od užívání alkoholu a ostatních návykových látek. Má za úkol cíleně působit na širokou veřejnost dětí, mládeže, rodičů a pedagogů

V oblasti primární prevence patří mezi nejrozšířenější a nejvýznamnější aktivity preventivní programy ve školách a školských zařízeních. Celkem bylo v rámci těchto programů za rok 2004 realizováno 4 027 samostatných specificky protidrogově preventivních akcí, jichž se zúčastnilo 68 601 dětí. Pro 1 122 pedagogů bylo uskutečněno celkem 198 akcí. Jednalo se zejména o programy vzdělávacího typu; ostatní typy programů jsou méně časté. Stoupá význam internetu v oblasti zvýšení informovanosti a poradenství i podíl zapojení nestátních organizací do primární prevence. [6]

Zatímco na poli primární prevence pro žáky a studenty existuje řada kompetitivních resortních, oblastních a dalších koncepcí, pro řadu dalších cílových skupin (vymezených profesně, věkem, sociálně), které se nalézají ve zvýšeném riziku zneužívání návykových látek, téměř žádné preventivní koncepce ani programy neexistují. To beze zbytku platí především pro romskou populaci.

Jako primární prevence jsou s úmyslem získání finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity. Účinnost těchto aktivit ve smyslu

prevence užívání drog lze stěží hodnotit, obecně řečeno je významně nižší než účinnost specifických programů. V mezinárodní terminologii nejsou mezi „protidrogovou prevencí“ zařazovány.

## 5.2 Sekundární a terciární prevence

Sekundární prevence se zabývá ohroženými nebo přímo postiženými osobami. Spadá do ní poradenství, sociální péče, sociální práce, léčení a jiné odpovídající přístupy. K těmto účelům jsou zřizovány poradny, střediska krizové intervence, telefonické linky pomoci v krizových situacích a detoxikační centra, kde je možná krátkodobá lékařská a psychologická pomoc při vysazení drog, ambulantní a lůžková péče, kde těžiště práce spočívá v terapeutických programech (psychoterapie, farmakoterapie). V terciární prevenci jde o zmírňování důsledků užívání drog. Nejedná se přímo o řešení, ale o volbu jakéhosi "menšího zla". Například program harm reduction pracuje s lidmi, kteří braní drog nechápou jako problém, nechtějí si svou závislost připouštět a z tohoto důvodu necítí potřebu se léčit. V rámci tohoto programu se například provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové, čímž se pracovníci programu (takzvaní street workeri) pokouší předcházet infekcím jako je žloutenka nebo virus HIV; nejedná se tedy v žádném případě o podporu braní drog. Mimo to se street workeri zabývají šířením informací prostřednictvím letáčků, přímým kontaktem s postiženými a navazováním kontaktů, což se může později stát prvním krokem narkomana k zahájení léčby. Dalším programem, který pod terciární prevenci spadá je substituční program, jehož základem je náhrada drogy nečisté za drogu chemicky čistou, legálně podanou v zařízení k tomu určenému. Substitucí se nabízí možnost brát drogu legálně, pravidelně, bezpečným způsobem (ústí) a tím se zvyšuje šance na normální život, nalezení zaměstnání a začlenění se zpět do společnosti. Substituce je možná pouze u závislosti na opiátech. V širší souvislosti lze do terciární prevence zahrnout i základní sociální a existenční výpomoc (potravin, vitamíny, šatstvo, přechodné ubytování) a terapeutické práce s nejbližšími závislých, kteří léčbu odmítají (rodiči, partneři).

## 6 VÝVOJ DROGOVÉ SCÉNY V ČESKÉ REPUBLICE

### 6.1 Přehled vývoje drogové scény v ČR

Z 15. a 16. století máme doklady z celé Evropy o přípravách čarodějnických nápojů a mastí. V Čechách se pak dochovaly zápisů z čarodějnických receptů a procesů, které svědčí o tom, že jsme nebyli ve srovnání s okolní Evropou nijak pozadu. S cílem dosáhnout psychických i fyzických požitků se omamné látky začaly více využívat v 17. století. S rozvojem technických věd a rozpracováním chemických metod čištění, koncentrace a oddělování se šíří i syntetická výroba nových látek. Poptávka vede k masovější výrobě a v rámci rodícího se farmaceutického průmyslu k jejich širšímu využití při výběru léčiv, jedů, ale také „požitkových“ látek. Éry vzestupu drog jako vážného společenského fenoménu pak u nás odstartoval derivát opia – morfin v polovině 19. století. Nástup „osvíceného“ 20. století je ještě ve znamení „Morfeova přípravku“. Nicméně už následující období je poznamenáno prudkým rozvojem „moderních forem“ organizovaného obchodu s drogami.

Obecně je uznáváno, že drogový boom ve světě začal v šedesátých létech dvacátého století. Tuto skutečnost dopravit do tehdejšího ČSSR nebylo jednoduché. To ovšem neznamená, že se drogy u nás nezneužívaly. Stejně jako v okolním světě naše „drogová scéna“ procházela určitým, byť specifickým vývojem. Počátky zneužívajících drog sahají nepochybně k drogám rostlinného původu.

Podle Národní protidrogové centrály [10] nebyla drogová scéna před rokem 1989 sice tak dramatická jako v řadě západních zemí, přesto zde existovaly problémy spojené s užíváním drog, o kterých se ale z politických důvodů moc nemluvalo. Nelegální drogy byly rozšířeny již v sedmdesátých a osmdesátých letech a trh zásobovaly převážně domácí produkty, jako jsou léky, těkavé látky, podomácku vyráběné drogy (např. pervitin, braun) a pěstované konopí. Celá drogová scéna byla situována do malých skupin, přičemž každá skupina byla co do výroby tak distribuce soběstačná.

Po listopadových událostech roku 1989 došlo v ČR k výraznému nárůstu jak nabídky, tak poptávky po drogách. Otevřením hranic se zde objevily nové a kvalitnější drogy,

kteřé byly za velice nízkou cenu neboť i v tomto světě platí zákony ekonomiky a takzvaných zaváděcích (dumpingových) cen, což má zpravidla za následek přilákání většího počtu odběratelů. Česká republika se rovněž stala důležitou transportní zemí, přes kterou procházely drogy ze Středního a Blízkého východu dále na Západ, Těto skutečnosti v prvopočátku nahrával i závažný negativní fakt, že policie měla s takovouto drogovou problematikou pramalé zkušenosti a její prioritou byla zejména vlastní reorganizace. V průběhu dalších let se situace stále více a více uklidňovala, trh byl nasycen a policie ve větší míře začala tuto problematiku sledovat. Přesto v poslední době na trh vstoupila opět domácí produkce a to zejména s drogou pervitin. Jeho rozšířenost je v České republice opravdu veliká, pervitin snad nikdy z české drogové scény nezmizí.

Drogová scéna v České republice prošla po roce 1990 zásadním vývojem. Tradiční vztahy a vazby spojené s převážně domácí ilegální výrobou drog ze sedmdesátých a osmdesátých let byly nahrazeny novými. Nabídka a dostupnost ilegálních drog se dramaticky zvýšila. Česká republika byla zpočátku "jenom" důležitou tranzitní zemí a překladištěm. Naše území křížuje tzv. severní větev Balkánské trasy, která slouží dopravě ilegálních omamných a psychotropních látek mezi "producentskými" zeměmi Blízkého a Středního východu a "spotřebitelskými" zeměmi západní a severní Evropy. [11] Přibližně v roce 1993 se Česká republika začala prokazatelně měnit na významnou spotřebitelskou zemi. Naplnil se tím předpoklad, že liberalizací společnosti, odbouráním totalitního režimu spolu se zvyšující se životní úrovní dojde k tendenci vyrovnání se zemím vyspělé Evropy s tím rozdílem, že vývoj drogové scény v ČR bude značně rychlejší, než tomu bylo např. v zemích Evropského společenství. Téměř okamžitě došlo k výraznému nárůstu celkového počtu osob závislých na droze, k nárůstu počtu osob experimentujících s drogou. Je to dáno i tím, že drogy byly zpočátku nabízeny za dumpingové ceny, čímž dealeři evidentně sledovali vytvoření co největší sítě nových konzumentů drog. I když dnes se již ceny stabilizovaly, případně velmi mírně rostou, stále ještě jsou relativně nízké, navíc kvalita drog zůstává oproti jiným zemím velmi vysoká. Nejzávažnějším je prudký nárůst počtu prvokonzumentů heroinu a dále počet závislých osob aplikujících si drogy nitrožilně. V posledních letech lze konstatovat, že dynamika růstu počtu závislých má i nadále neustále zrychlující se tendenci. Poptávku po drogách se nedaří snižovat, roste počet konzumentů a selhává prevence. Nejnovější statistiky policie a celníků ukazují, že do země proudí každým rokem stále více a více



drog. Národní protidrogová centrála sama uvádí, že se jí v nejlepším případě podaří zajistit asi 20% všech drog. Zbytek jde logicky na trh. Policie v roce 1998 zadržela drogy v hodnotě přes čtvrt miliardy korun, znamenalo by to tedy, že se na trhu prodalo drog za více než miliardu. Stejně tak každým rokem přibývá množství trestných činů nedovolené výroby a držení omamných látek. Bohužel platí, že tyto zadržené osoby jsou vesměs jen nevýznamné “malé ryby” a jejich místo v řetězci je rychle nahrazeno. Alarmujícím faktem je skutečnost, že věková hranice uživatelů drog přitom stále klesá a nejvíce narkomanů je podle statistik mezi dětmi a mládeží ve věku 15 až 19 let. Represe ani prevence zřejmě situaci nevyřeší, protože proti faktu, že droga je stále vysoce módní zakázané ovoce, údajně není možné mnoho udělat. Opravdová prevence je tedy záležitost na generace. S drogami na území naší republiky prorazily samozřejmě též silné mezinárodní gangy. Je pro ně charakteristická etnická sounáležitost, vysoká profesionalita, vynikající technické zabezpečení a praxe z různých zemí Evropy. Drtivá většina z jejich členů jsou u nás registrovaní podnikatelé - Albánci z Kosova, Alžírčané, Argentinci, Australané, Srbové, Makedonci, Rusové (a další národnosti bývalé SSSR) či Němci. Šéfové těchto gangů jsou s největší pravděpodobností turečtí obchodníci. [12]

## 6.2 Drogy mezi školáky na SŠ

Marihuana není pro školáky ničím neobvyklým. Středoškolákům už nechutná jen nikotin. Bylo by iluzí myslet si, že se škole může podařit zabránit, aby přes její dveře pronikly drogy. Akce jako hromadné testování moči ve škole nebo prohledávání školních prostor psy nepatří do protidrogové prevence ve školách. Taková opatření by nebylo možné ani vhodné zavádět, na školu nelze převádět činnosti, které přísluší do kompetencí jiných orgánů. Obecně lze ve škole jen velmi těžko řešit problém drog u dětí, protože je to především záležitost rodičů. Proti jejich vůli se s tím skutečně dá dělat málo. Učitelé by ale měli být schopni rozpoznat, když problém u dítěte začne, a měli by umět rodiče přesvědčit, aby vyhledali odbornou pomoc. Přesvědčit, ne donutit. Teprve když všechny jejich snahy selžou, mohou se pedagogové obrátit o pomoc na sociálněprávní odbory místních úřadů.

### 6.3 Co školy mohou dělat a dělají?

Jsou to hlavně programy primární prevence zaměřené na ovlivňování atmosféry ve škole, vytváření pozitivního a přátelského prostředí, budování zdravého životního stylu. Pak jsou to programy specifické primární prevence zaměřené na specifické skupiny dětí, které jsou například ze sociokulturně znevýhodněného prostředí nebo se dostaly do konfliktu se zákonem. Že jsou programy prevence účinné, dokazuje i to, že drogová epidemie v ČR v posledních letech poklesla. Od let 2001 až 2002, kdy kulminovala, se snižuje, a co je důležité, nesnižuje se věk dětí, které drogy užívají. Zastavil se zatím nad hranicí dvanácti let. V oblasti prevence na daném úseku jsou dobré zkušenosti s besedami, které se provádí v posledních ročnících základních škol a na SOU a středních školách. Je bezpodmínečně nutné, aby besedu vedl člověk znalý věci, který může podat kvalifikovanou informaci s ohledem na rozdílný věk posluchačů a který nezdůrazní vzrušující a přitažlivé detaily, ale naopak vyzdvihne obecné a odstrašující znaky nealkoholové toxikomanie u mládeže.

### 6.4 Užívání drog v číslech

Podle průzkumů má v životě alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 16 % obyvatel ČR (v EU mezi 20 - 25 %, v USA 34 %). Ve sledovaném roce u nás alespoň jednou nelegální drogu užilo 8 % populace (v zemích EU 5 - 10 %, v USA 10 %).

Pro většinu osob charakterizovaných v předchozím odstavci platí, že jedinou nelegální drogou, s níž se setkaly, bylo konopí nebo hašiš. Taneční drogu „ecstasy“ alespoň jednou v životě užila 4 % obyvatel ČR ve věku 15 - 64 let, jiné drogy (heroin, pervitin, kokain, LSD atd.) pak méně než 1 % populace.

Stejně jako jinde v Evropě a ve Spojených státech, i v České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany, zejména mezi nejmladší populací (ve věku 15 - 25 let). Pravidelně marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15 - 19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46 %). Zdá se, že středoškoláci diferencovali své zkušenosti a postoje – obliba „problémových drog“ (zejména heroinu) v této populaci stagnuje, až klesá.

Spolu s růstem obliby „taneční hudby“ stoupá počet osob, užívajících „ecstasy“ v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu.

---

Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) je stabilní – neroste – a pohybuje se kolem 37 500 osob. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – ve sledovaném období se zvýšila míra užívání heroinu a naopak snížila míra užívání pervitinu. [9]

## 7 SOUČASNÁ SITUACE V OBLASTI DROG

Výrazné politické, ekonomické, sociální a kulturní změny, jež česká společnost po revoluci v roce 1989 na cestě od totalitního k demokratickému systému nastoupila, s sebou přinesly i nová, za komunismu tabuizovaná témata. K nim patří např. kriminalita, život lidí s mentálními a zdravotními postiženími či zneužívání dětí. Zviditelnění těchto jevů médii a odborníky zastihlo společnost nepřipravenou, což vyvolalo potřebu začít se těmito otázkami systematicky zabývat. Vláda proto v roce 1993 položila prakticky „na zelené louce“ základy národní drogové politiky a od té doby byl vybudován systém inspirovaný modely některých západoevropských zemí.

### 7.1 Stav před rokem 1989

Pro porozumění rozhodujícím faktorům a přístupům, jež drogovou politiku ovlivňovaly, i pro pochopení povahy a důsledků zvolených alternativ je třeba podívat se do historie. V komunistickém Československu bylo užívání drog konstruováno jako jeden ze znaků úpadku kapitalistické společnosti a proto tabuizováno. Neslučovalo se s ideologií harmonické beztřídní společnosti bez vážných nemocí či protispolečenského chování. Ve skutečnosti třídy, stejně jako užívání drog, existovaly. Byly jen konstruovány podle klíče příslušnosti a demonstrovány sympatií nebo odporu vůči vládnoucí komunistické straně. Všichni si nebyli rovni, někteří byli nespokojeni a nemocní. Ty, kteří to dávali otevřeně najevo nebo by se o to mohli pokusit, režim „skrýval“ ve věznicích či v obřích výchovných, sociálních a zdravotnických institucích. Takže pro většinovou společnost „neexistovali“. Uživatelé drog se soustřeďovali do malých uzavřených skupin kolem „vaříče“ schopného z dostupných léků vyrábět drogy. Úkolem ostatních členů skupiny bylo získávat suroviny pro jejich výrobu. Nejčastěji byl užívány podomácku pěstovaná marihuana, těkavé látky a pervitin (metamfetamin) s brownem (hydrocodon) vyráběné z léků. Poslední dvě látky jsou svými farmakologickými účinky srovnávány s kokainem a heroinem. Převážně nucenou léčbou uživatelů drog se zabývala téměř výhradně protialkoholní a protitoxikomanická oddělení psychiatrických ambulancí a léčeben. Užívání drog se tedy nedostalo do obecného povědomí jen díky tabuizaci. Společnost si proto nevytvořila znalosti a mechanismy, jak užívání drog přijímat, monitorovat, analyzovat a reagovat na ně.

Totalitní Československo nepodporovalo rozvoj občanské společnosti, a proto prakticky neexistovaly občanské nebo nestátní aktivity a organizace. Veškeré výrobní prostředky stejně jako všechna zařízení zdravotní péče, sociálních služeb či výchovy a vzdělávání byly vlastnictvím státu a tudíž pod jeho přímou kontrolou. [13]

## 7.2 Stav po roce 1989

Změna společenského řádu přinesla liberalizaci společnosti s důrazem na osobní svobodu a lidská práva, podstatné snížení sociální kontroly – i v důsledku nedůvěry společnosti vůči policii zkompromitované službou totalitnímu režimu, volný pohyb přes hranice a svobodu slova a projevu, jež přispěly k odtabuizování některých témat. Současně společnost neměla objektivní informace o drogách a možných rizicích jejich užívání. Nebyla připravena na přechod od nabídky a distribuce drog v uzavřených skupinách ke komerčně fungujícímu černému trhu, navíc obohacenému o spektrum dosud téměř nedostupných látek (např. heroin, LSD, hašiš, kokain). Existující skupiny výrobců a uživatelů „domácích“ drog byly ideálním základem pro účely vybudování ilegálního trhu. [13]

## 7.3 Množství zadržených drog

Policie zadržela 4.059 kg drog v roce 1992, 56,2 kg v roce 1995 a 21,7 kg drog a jednorázovou zásilku 20.247 ks ecstasy pro kanadský trh. Celníci zadrželi 53,9 kg drog v roce 1995, 228,6 kg v roce 2001. Z porovnání zadržených drog za 2003 a odhadu spotřeby drog v ČR v roce 2000 tj. zhruba 33.500 kg (5.000 kg heroinu, 3.500 kg pervitinu a 25.000 kg konopných drog, 300.000 tablet ecstasy a 80.000 dávek LSD) vyplývá, že represivní orgány zadržely necelé 1 % ze spotřebovaných drog. Přestože Národní protidrogová centrála uvedené údaje Českého statistického úřadu a údaje o množství v ČR spotřebovaných ilegálních drog v roce 2001 ve své výroční zprávě sice uvádí, trvá však na tom, že se jí nedaří zadržet asi 70 – 80 % ze všech u nás zkonsumovaných drog. [9]

## 7.4 Užívání drog

Od počátku je užívání drog vnímáno jako problém s dopady do zdravotní, sociální a trestně právní oblasti. Hlavním zdravotním rizikem injekčního užívání je HIV/AIDS, sociálním rizikem pak „sociální degradace či selhání“. Hrozbou jsou i související kriminalita a průnik drog do věznic. Ekonomicko-politickou stabilitu ohrožuje praní špinavých peněz a usazení mezinárodních zločineckých organizací v ČR. V r. 1998 se problémy související s užíváním drog posunuly více ke zdravotní a sociálním rizikům. Ač je problémem veškeré užívání drog, nejpočetnější jsou injekční uživatelé (nad 50%). Prioritou je minimalizovat možné negativní důsledky užívání drog (včetně legálních) u uživatelů, jejich blízkých i u veřejnosti. [14]

## 7.5 Uživatelé drog

Uživatelé drog nebyli formálně nikdy vnímáni jako jednodílná skupina. Byli děleni podle užívaných látek a vzorců užívání na: (1) experimentátory (2) problémové uživatele a (3) drogově závislé. Ale v prvním období byli závislí s moralistickým nádechem vnímáni jako osoby, jež užívání „vedlo k jejich sociálnímu selhání či degradaci“ a portrétovali jako nezodpovědní ke svému zdraví. Tento mýtus byl výzkumem vyvrácen na příkladu zastavení šířící se epidemie HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog na konci 80. let 20. stol. První vláda byla v otázce postihu uživatelů drog nekonzistentní. Na základě osobních a občanských práv deklarovala jednotlivcům právo na „sebepoškozování a beztrestnost užívání drog“ a zavázala se zachovat beztrestnost uživatelů (trestní řád komunistického Československa nijak přímo nepostihoval držení a užívání omamných a psychotropních látek, tvrdil totiž, že takové chování se v ideální beztrždní společnosti nevyskytuje.). Současně však uložila vypracovat návrh o trestně stíhatelném množství držené drogy. I druhý a třetí vládní dokument rozlišoval, byť formálně, různé typy uživatelů drog. Zavedení trestnosti držení drog pro vlastní potřebu toto rozčlenění jednoznačně popřelo a v praxi postavilo všechny uživatele drog bez rozdílu mimo zákon. I přesto, že postih za držení (tedy i za užívání) drog dosud nenabral masového rozměru. [13]

## 7.6 Legalizace měkkých drog

Legalizátoři a prohibicionisté se shodují v názorech na podporu vzdělání o drogách a léčení. Podporovatelé restriktivní drogové politiky propagují úplné vyhýbání se nemedicínskému použití drog, zatímco omezovači poškození podporují propagaci odpovědného užívání v současnosti nelegálních drog. Ti, kteří podporují legalizaci, poukazují na to, že zakazování užívání nelegálních drog je drahá strategie. Tyto údaje dále ukazují skutečnost, že restriktivní drogová politika přesunuje náklady užívání drog týkající se zdraví a produktivity na trestně-soudní systém. Rozšíření restriktivní politiky, která by kladla větší důraz na nutnost protidrogového léčení pro závislé, může být výhodným a cenově-efektivním politickým rozhodnutím. Podporovatelé restriktivní drogové politiky vědí, že zákaz samotný neukončí užívání zakázaných drog ani vysoké společenské náklady způsobené užíváním drog. Drogová prohibice dosahuje svých cílů při značných nákladech ve formě udržování trestního a soudního systému a určitých omezení osobního výběru.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 8 CÍLE A HYPOTÉZY

### 8.1 Cíle dotazníkového šetření

- \* č.1 zjistit jaký je vztah k návykovým látkám mezi dospívajícími
- \* č.2 zjistit jak velké zkušenosti mají dospívající s konzumací alkoholu a drog
- \* č.3 zjistit četnost užití a druh návykové látky v posledních 30 dnech
- \* č.4 porovnat rozdíly v odpovědích u studentů z různým věkem

### 8.2 Pracovní hypotézy

- \* č.1 tolerance mezi dospívajícími k návykovým látkám je vysoká
- \* č.2 desetina dospívajících zažila problém s návykovou látkou
- \* č.3 nejrozšířenějšími návykovými látkami jsou tabák, alkohol, marihuana
- \* č.4 existují rozdíly v odpovědích studentů různého věku

### 8.3 Vzorek zkoumaných osob, použitá metoda výzkumu

#### 8.3.1 Vzorek zkoumaných osob

Jestliže v běžném životě vyslovujeme soudy o jiných lidech, činíme tak většinou na základě znalosti určitého (někdy jen zcela malého) počtu lidí. Předpokládáme, že vlastnosti lidí, o kterých se vyslovujeme, jsou stejné (nebo podobné) jako vlastnosti těch, které známe. Podobně jako v běžném životě, ani ve výzkumu není zpravidla možné, abychom prozkoumali všechny jedince, kteří nás zajímají. Svoje zjištění opíráme většinou jen o znalost určitého vzorku (výběru). Pro svou práci jsem si vybral studenty středních škol. Zaměřil jsem se na studenty třetích a čtvrtých ročníků. Dotazníkové šetření jsem prováděl u celkem 120 studentů 5 škol.

#### 8.3.2 Použitá metoda výzkumu

Metoda, kterou jsem zvolil pro svou práci je dotazník, jedná se o velmi frekventovanou metodu získávání dat. Dotazník je prostředek pomocí kterého se zkoumají mínění lidí o jednotlivých jevech. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně. Dotazníkové metodě bývá často vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí

být vidění. Na druhé straně je nespornou výhodou dotazníku, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů.

### **8.3.2.1 Struktura dotazníku**

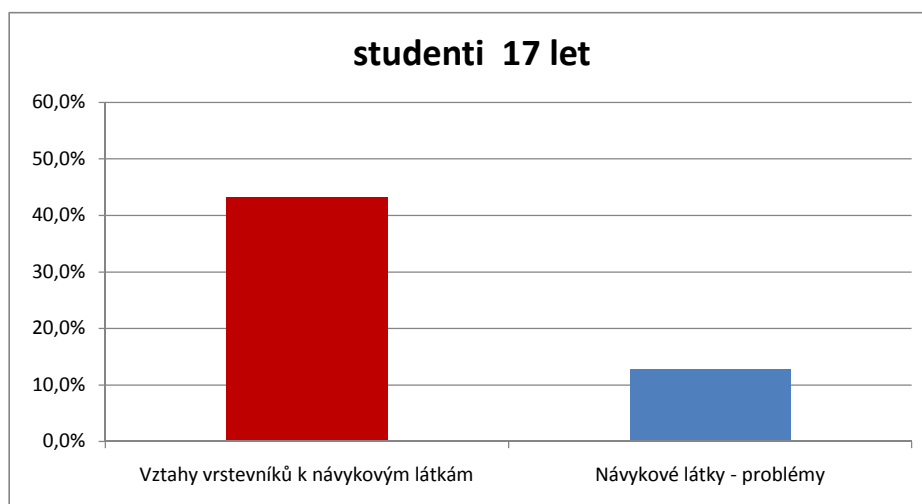
Dotazník obsahuje celkem 20 otázek. Na 19 otázek studenti odpovídali ano (souhlasím) nebo ne (nesouhlasím), jedná se otázky uzavřené dichotomické. U jedné otázky (otázka č. 20) bylo možno označit současně několik odpovědí, jedná se o otázku uzavřenou, výčtovou. V závěru dotazníku jsou obsaženy základní identifikační údaje, které se týkají věku a pohlaví. Dotazníkové šetření je anonymní.

### **8.3.2.2 Zdroj dotazníku**

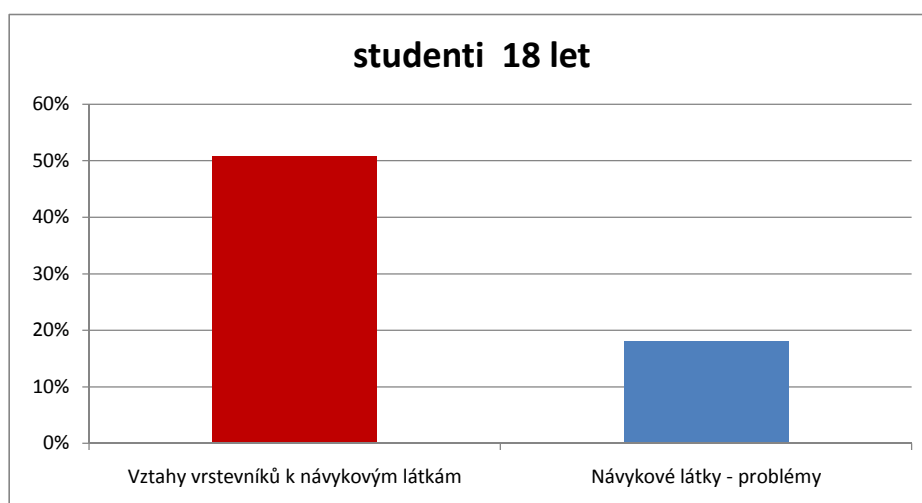
Dotazník, který je součástí mé práce, jsem získal z internetových stránek (<http://www.plbohnice.cz/nespor/index.html>). Dotazník jsem z části ponechal v původním znění, některé otázky jsem ale neuváděl. Dotazník jsem doplnil o otázky, v kterých by se alespoň z části odrazil názor studentů na drogovou problematiku. Zaměřuji se především na střední školy. Vycházím z předpokladu, že kvalitnější a rozsáhlejší výuka, jakož i větší zájem studentů o tuto problematiku se odrazí na výsledcích dotazníku. Vytvořený dotazník je v příloze č.1.

## **8.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření a grafické znázornění**

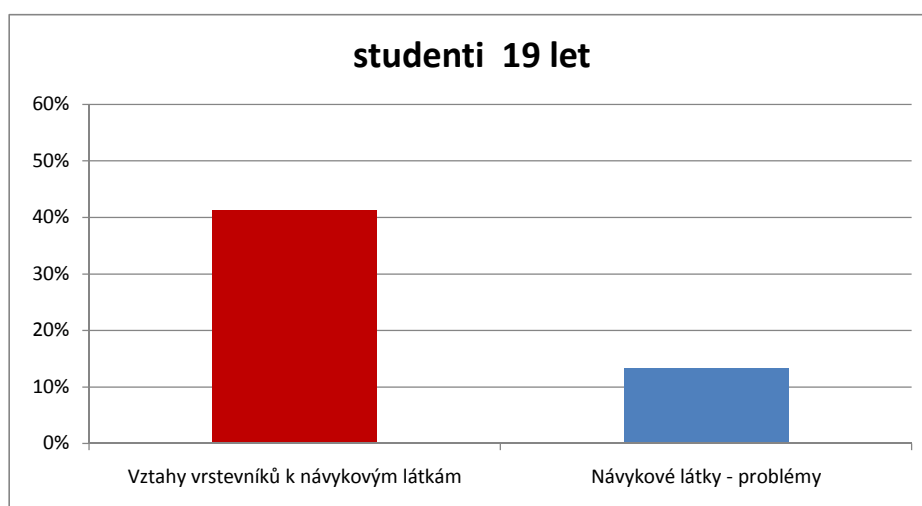
V grafech č. 1 – 3 jsou výsledky odpovědí na prvních 19 otázek z dotazníku. Je zde vyneseno procentuelní množství odpovědí z prvního sloupce dotazníku otázek č.1 – 5 (tzv. problémové odpovědi) – červený sloupec . To znamená čím větší procento tím kladnější a tolerantnější vztah k návykovým látkám. Modrý sloupec znázorňuje procentuelní zastoupení odpovědí z prvního sloupce dotazníku pro otázky č.6 – 19. To znamená čím větší procento tím větší zkušenosti s užitím návykových látek. Grafy jsou rozděleny dle věkové kategorie studentů - 17, 18 a 19 let.



Graf č. 1



Graf č. 2

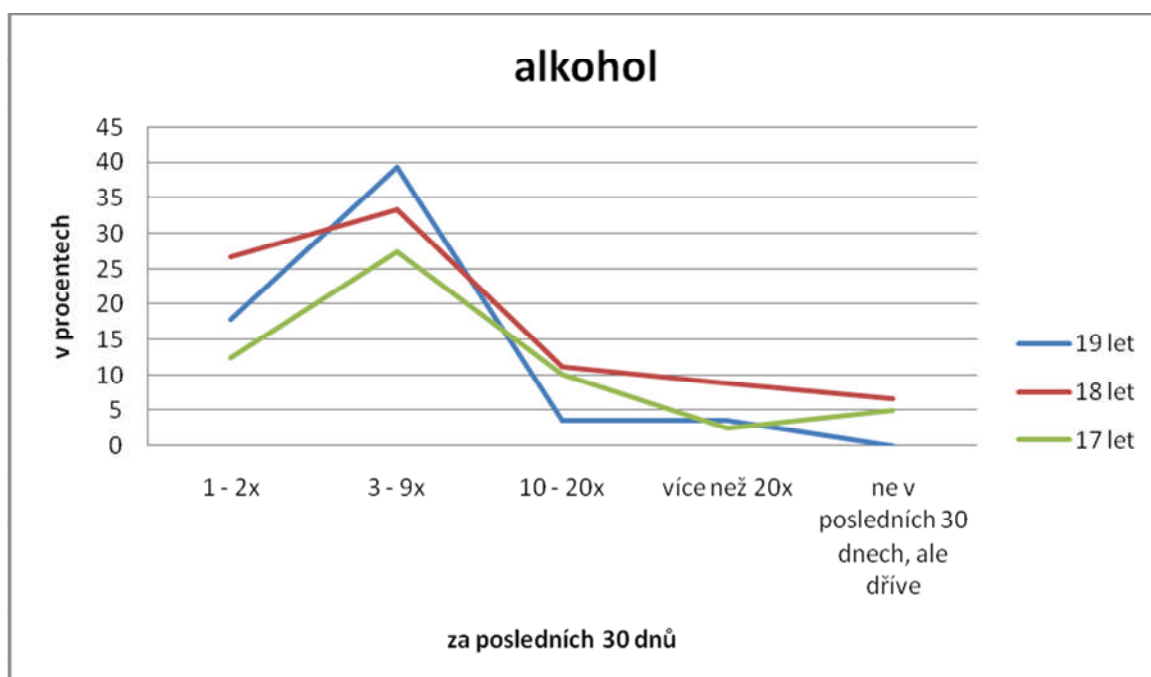


Graf č. 3

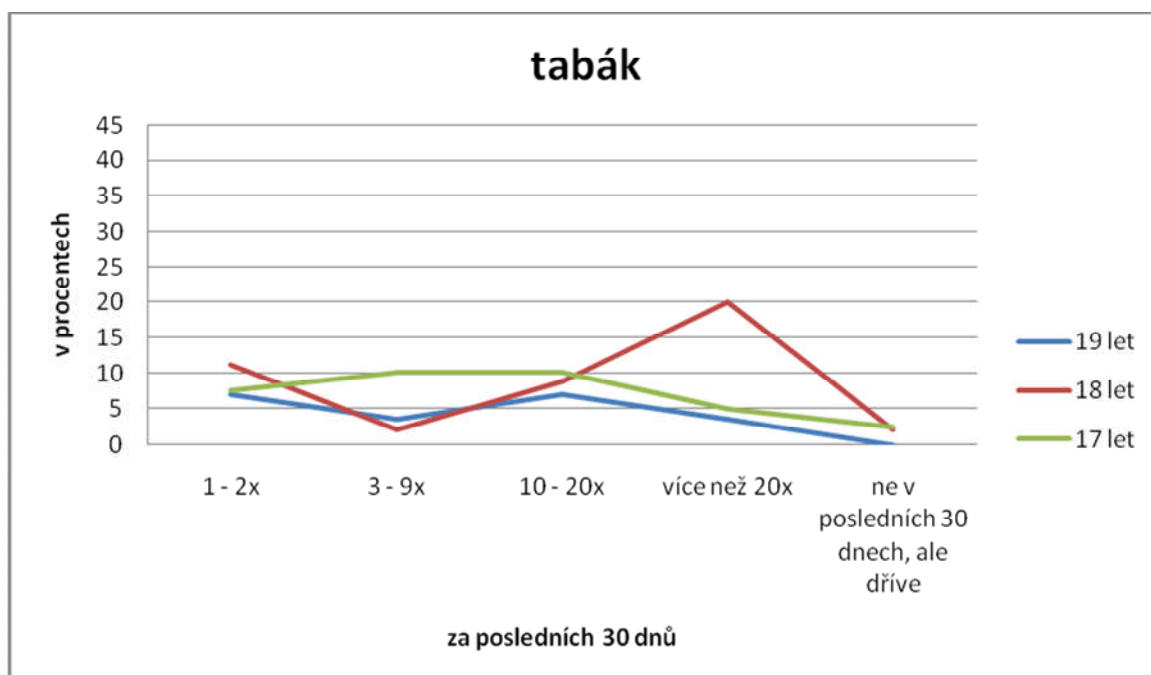
Vyhodnocení: Z grafů 1 – 3 lze vyčíst, že u všech tří věkových kategorií je tolerance k návykovým látkám víc jak 40% kladná. U osmnáctiletých studentů jde dokonce o víc než 50% což by mohlo souviset i dosažením hranice dospělosti dle zákona. U druhé části dotazníku (návykové látky – problémy) mají sedmnáctiletí studenti v průměru 12% odpovědí z 1. sloupce dotazníku což odpovídá zhruba dvěma ze čtrnácti kladných „problémových“ otázek na jednoho studenta. U osmnáctiletých jsou to pak téměř 3 otázky a u devatenáctiletých pak opět dvě „problémové“ otázky.

---

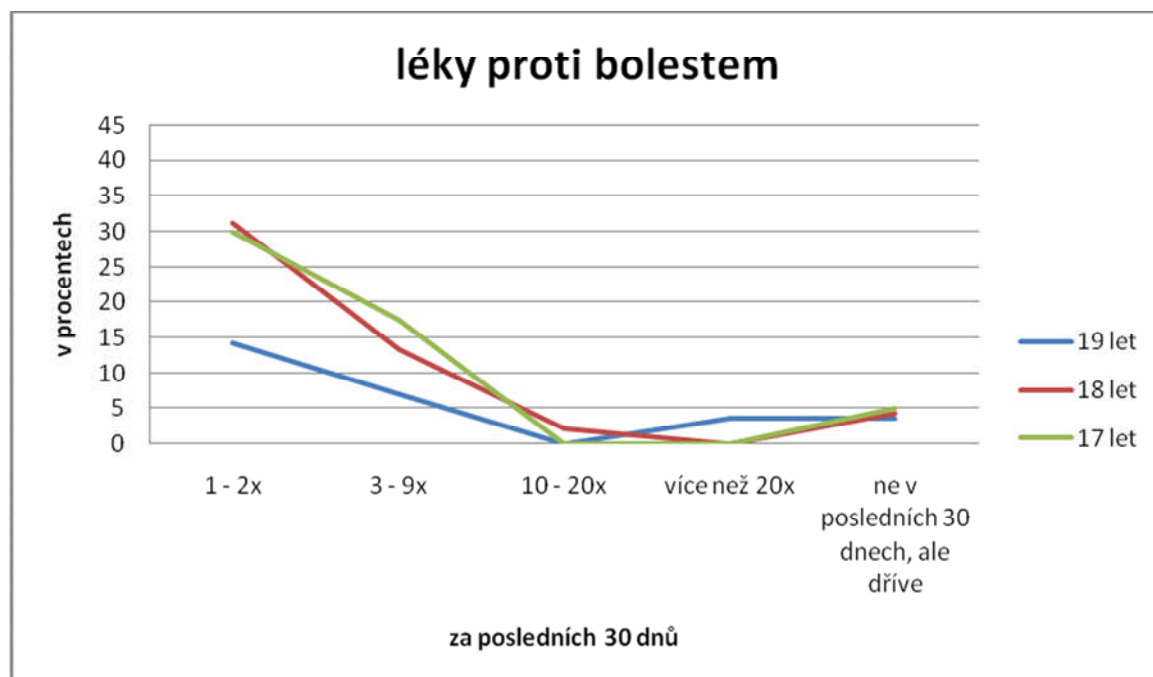
V grafech č. 4 – 6 jsou porovnány tři nejčastěji užívané návykové látky mezi studenty – tabák, alkohol a léky proti bolesti. Je zde porovnán i rozdíl mezi věkovými kategoriemi.



Graf č. 4



Graf č. 5



Graf č. 6

Vyhodnocení: Z grafu č. 4 můžeme vyčíst, že nejčastěji studenti všech věkových kategorií konzumují alkohol 3 – 9x měsíčně. To by mohlo odpovídat tzv. víkendovým konzumacím. Z grafu č. 5 zase vyčteme, že nejvíce kuřáků je mezi osmnáctiletými studenty – opět by tu mohla sehrát roli zákonná dospělost. V grafu č. 6 jde pozorovat dvojnásobné užití léků proti bolestem u studentů 17 a 18 let oproti studentům devatenáctiletým.

Odpovědi na cíle dotazníkového šetření a potvrzení hypotéz:

Vztah dospívajících k návykovým látkám se zdá být dle průzkumu vysoce tolerantním. Skoro polovina respondentů v dotaznících uvedlo, že zábava bez alkoholu je nebaví, popř. že na různé večírky byl alkohol nebo jiné drogy přineseny kamarády.

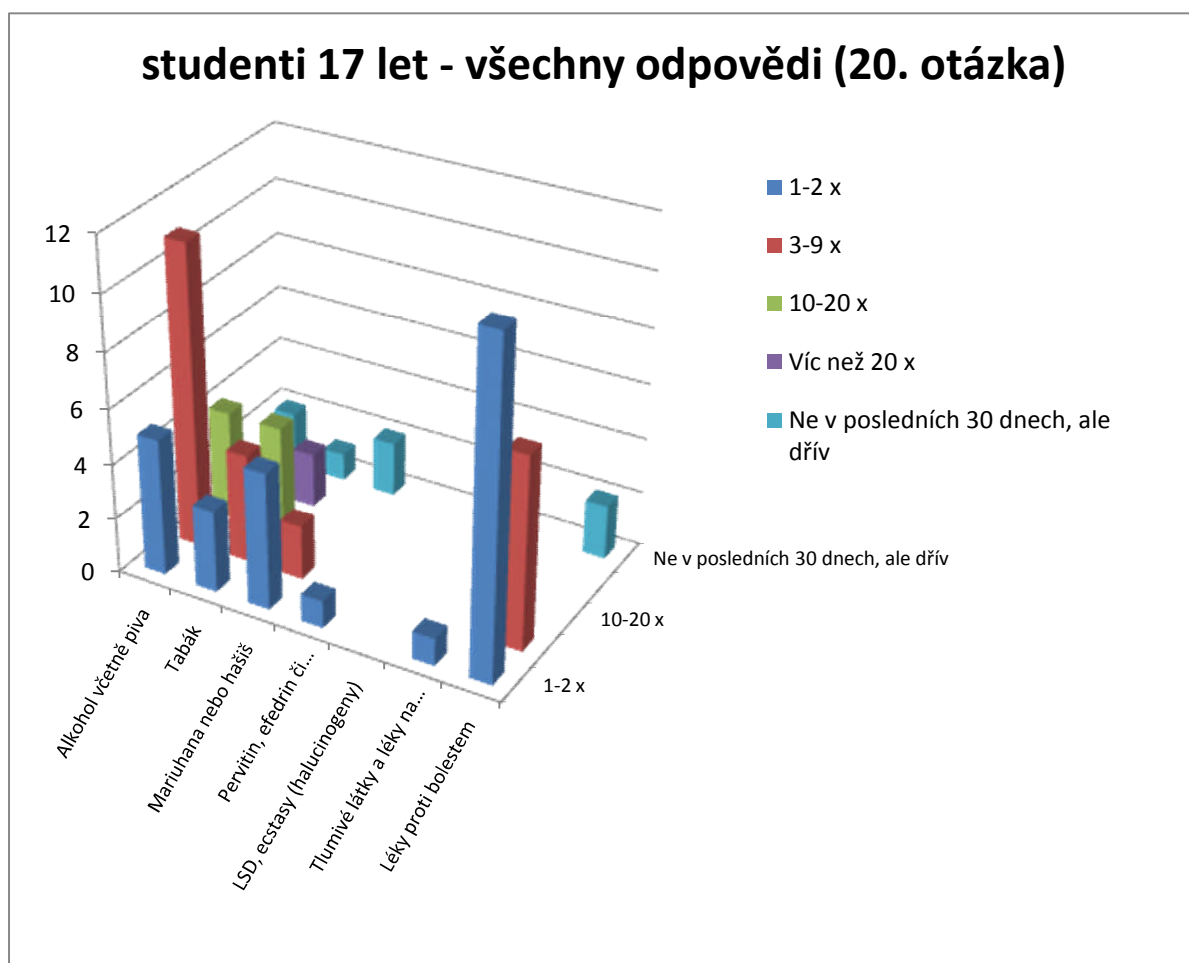
Zhruba třetina dotázaných zažila již nějakou problémovou zkušenost s návykovou látkou, což je třikrát více než byla pracovní hypotéza.

Z dotazníku vyplynulo, že nejčastěji užívanými návykovými látkami jsou: tabák, alkohol a léky proti bolestem. Proti pracovní hypotéze tak léky proti bolestem nahradily marihuanu.

Rozdíly mezi věkovými kategoriemi nebyly nijak výrazné, čímž se nepotvrdila pracovní hypotéza.

V grafech č. 7 – 9 jsou zaznamenány všechny odpovědi k otázce č. 20 dle věkové kategorie. Nejsou zde uvedeny odpovědi „Ani 1x“.

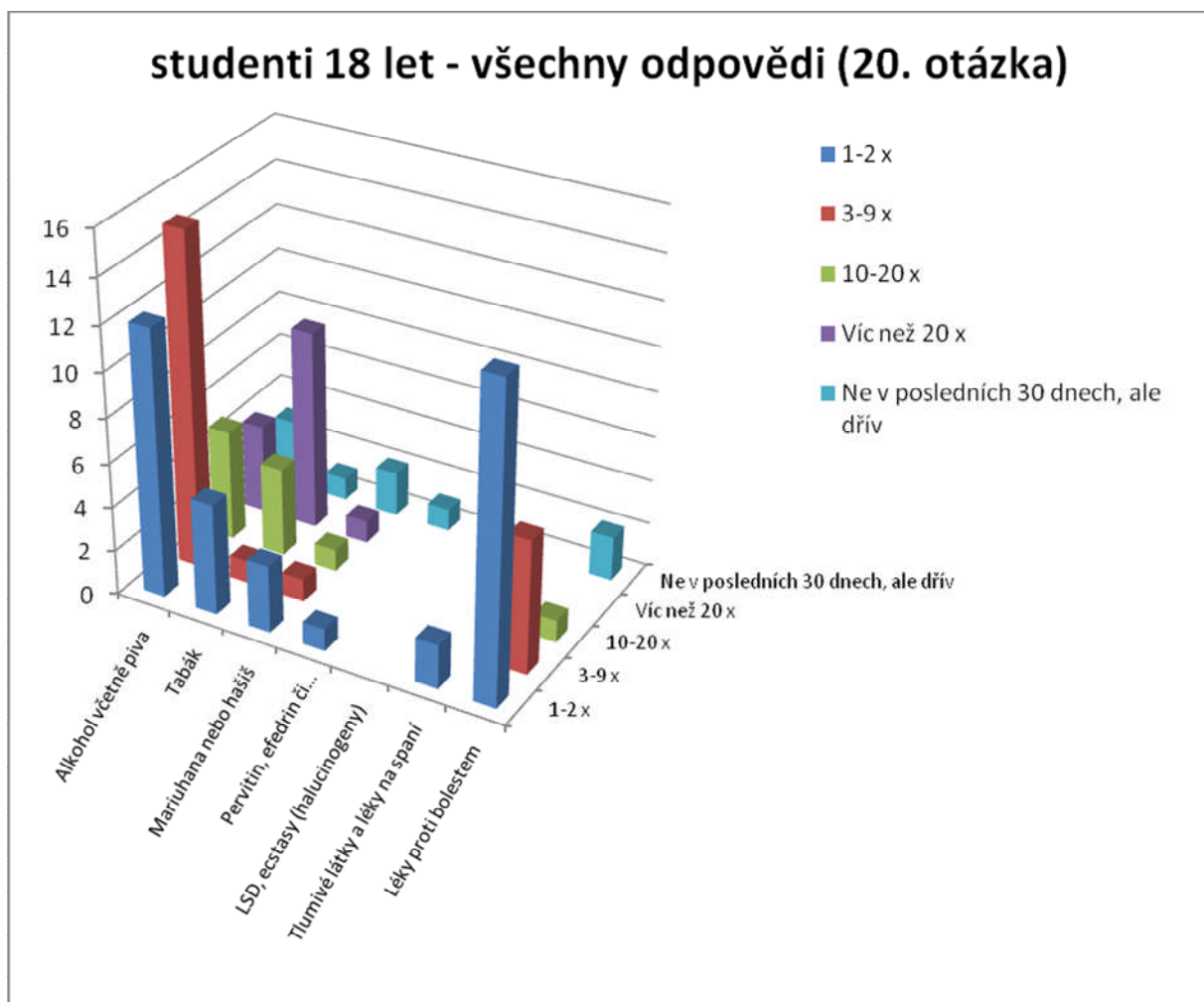
Počet studentů: 17 let - 42



Graf č. 7

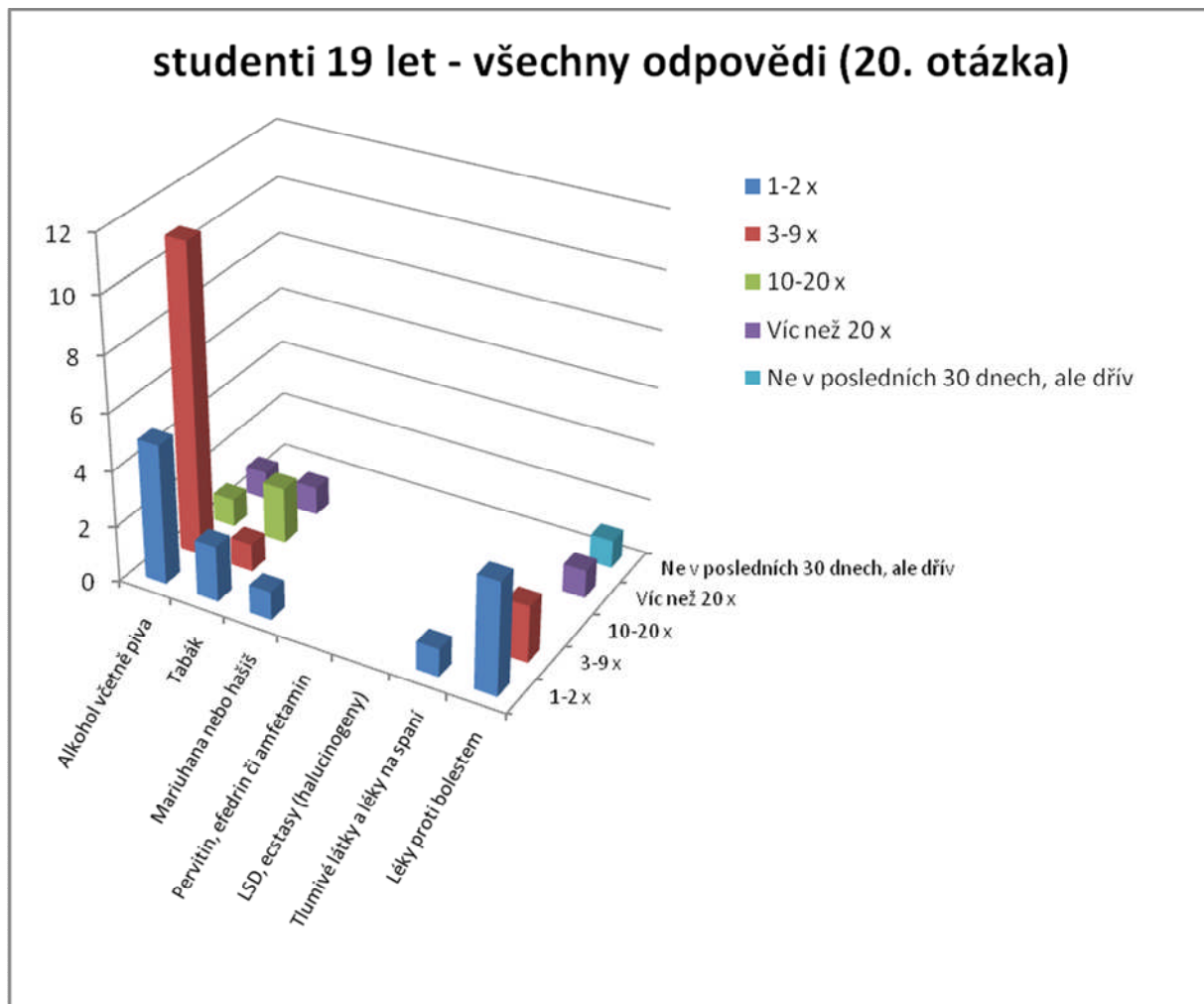


Počet studentů: 18 let - 49



Graf č. 8

Počet studentů: 19 let - 29



Graf č. 9

---

## ZÁVĚR

Drogy z našeho světa nikdy nevyumizí, ale zvyšující se statistiky drogové závislosti a snižování věku prvokonzumentů je alarmující. Proto je drogová prevence velmi důležitá, zvláště u mladých lidí. Tato skupina je nejrizikovější. Hlavní příčinou zneužívání drog je lidská slabost a zvědavost. Velmi obtížné je přesně analyzovat příčiny a podmínky vzniku a vývoje závislosti na návykových látkách. Osobní vlastnosti, snadná dostupnost návykových látek a komplex vlivů sociálního prostředí v rodině, škole a kolektivu jsou charakteristické faktory pro zneužívání návykových látek. Mládež uvádí jako nejčastější důvod konzumace drog: touhu prožít něco zvláštního a neobvyklého, uniknout nepříjemným situacím a tvrdé realitě, dosáhnout dočasné úlevy, uniknutí samotě a protest proti autoritě. Mezi příčiny je možné zařadit i nesprávné využití volného času. Těžko napravitelné zdravotní i společenské důsledky užívání návykových látek vyžadují, aby bylo tomuto tématu věnováno zvýšené úsilí.

---

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Kamil Kalina a kol.: Drogy a drogové závislosti 1. 2. Část, rok: 2003
- [2] Karel Nešpor: Návykové chování a závislost, Portál 2007
- [3] Jiří Presl: Drogová závislost, 9. Svazek Praha Maxdorf 1994
- [4] Jindřich Nerad, Ludmila Neradová: Drogy a mýty – drogová problematika z nizozemské perspektivy. Olomouc: Votobia, 1998
- [10] Drogová scéna v ČR. Sborník Národní protidrogové centrály, bulletin 3/2003
- [11] Jaroslav Prokeš et al.: Základy toxikologie, Galén 2005
- [12] Pervitin v ČR. Sborník Národní protidrogové centrály, bulletin 2/2002

Internetové zdroje:

- [5] [www.toxi-k.wz.cz](http://www.toxi-k.wz.cz)
- [6] [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- [7] [www.drogy.net](http://www.drogy.net)
- [8] [www.mineralfit.cz](http://www.mineralfit.cz)
- [9] [www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)
- [13] [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)
- [14] [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

---

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 studenti 17 let.....	43
Graf č. 2 studenti 18 let.....	43
Graf č. 3 studenti 19 let.....	44
Graf č. 4 alkohol.....	46
Graf č. 5 tabák.....	46
Graf č. 6 léky proti bolestem.....	47
Graf č. 7 studenti 17 let - všechny odpovědi (20. otázka).....	48
Graf č. 8 studenti 18 let - všechny odpovědi (20. otázka).....	49
Graf č. 9 studenti 19 let - všechny odpovědi (20. otázka).....	50

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

### Dotazník

Odpověz, prosím, na všechny následující otázky. Zakroužkuj „souhlasí“ nebo “nesouhlasí“, i když to nebude úplně přesné. Odpověz podle toho, jestli je pravdivá odpověď podle tvého názoru blíže souhlasu nebo blíže nesouhlasu. Odpovědi se týkají období posledních 12 měsíců, pokud není uvedeno jinak.

Otázka	1. sloupec	2. sloupec
1. Pije některý z tvých přátel pravidelně alkohol nebo bere drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
2. Dává nebo prodává některý z přátel drogy vrstevníkům?	Souhlasí	Nesouhlasí
3. Baví tvé přátele večírky, kde se nepodává alkohol nebo kde nejsou drogy?	Nesouhlasí	Souhlasí
4. Přinesli přátelé na nějaký večírek během posledních 12 měsíců alkohol nebo drogy?	Souhlasí	Nesouhlasí
5. Máš dobrého přítele nebo přítelkyni, kterým se dá svěřit?	Nesouhlasí	Souhlasí
6. Cítil (cítila) jsi někdy silné přání nebo touhu po alkoholu, jiných drogách nebo hazardní hře?	Souhlasí	Nesouhlasí
7. Stalo se ti někdy, že jsi musel (musela) zvyšovat množství alkoholu nebo drog, abys dosáhl (dosáhla) účinku, ke kterému ti dříve stačilo menší množství?	Souhlasí	Nesouhlasí
8. Měl (měla) jsi někdy pocit, že pití alkoholu, braní drog přestáváš ovládat?	Souhlasí	Nesouhlasí
9. Měl (měla) jsi někdy pocit, že jsi na alkoholu, drogách závislý (závislá)?	Souhlasí	Nesouhlasí
10. Utratil (utrátila) jsi někdy příliš mnoho peněz za alkohol, jiné drogy a přišel (přišla) jsi tak o něco jiného (jiné aktivity, věci, hodnoty)?	Souhlasí	Nesouhlasí
11. Někdy, že jsi pod vlivem alkoholu nebo drog něco nedodržel (nedodržela), např. byl (byla) jsi v noci přes zákaz mimo domov nebo porušil (porušila) zákon?	Souhlasí	Nesouhlasí
12. Mění se ti často vlivem alkoholu nebo drog nálada z velmi šťastné do velmi smutné?	Souhlasí	Nesouhlasí
13. Měl (měla) jsi někdy úraz pod vlivem alkoholu či drog?	Souhlasí	Nesouhlasí
14. Ublížil (ublížila) jsi někdy někomu (i nechtěně) pod vlivem drog nebo alkoholu?	Souhlasí	Nesouhlasí
15. Pohádal (pohádala) ses vážně pod vlivem alkoholu nebo drog s přáteli nebo s někým z rodiny?	Souhlasí	Nesouhlasí
16. Měl (měla) jsi někdy kvůli alkoholu, drogám problémy s přáteli, kteří takové věci odmítají?	Souhlasí	Nesouhlasí
17. Měl (měla) jsi někdy odvykací potíže (abst'ák) po vysazení alkoholu nebo drog?	Souhlasí	Nesouhlasí
18. Stalo se ti, že sis později nepamatoval (nepamatovala), co jsi dělal (dělala) pod vlivem alkoholu?	Souhlasí	Nesouhlasí
19. Nepít alkohol, nebrat drogy je pro tebe snadné?	Nesouhlasí	Souhlasí

20. Jak často jsi měl (měla) během posledních 30 dnů některou z následujících látek?  
Zaškrtni příslušné políčko.

	Ani 1x ↓	1-2x ↓	3-9x ↓	10-20x ↓	Víc než 20x ↓	Ne v posledních 30 dnech, ale dřív ↓
1. Alkohol včetně piva						
2. Tabák						
3. Marihuana nebo hašiš						
4. Pervitin, efedrin či amfetamin						
5. LSD (tripy), ecstasy a jiné halucinogeny						
6. Tlumivé látky a léky na spaní						
7. Léky proti bolesti						
8. Opiáty (heroin, braun, kodein)						
9. Těkavé látky (čichání)						
10. Kokain						
11. Jiné návykové látky (jaké)						

Projdi prosím ještě jednou odpovědi na otázky ze všech oblastí a ověř si, že u každé otázky je zakroužkována odpověď.

Doplňte: pohlaví:            M            Ž            věk :