

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Diplomová práce

Drogová závislost a drogová prevence na základních školách

Autor: Daniela Reindlová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Miroslav Procházka

Studijní program: M7503 Učitelství pro základní školy

Studijní obor: Učitelství pro 1. stupeň ZŠ

Datum zadání diplomové práce: 16. listopadu 2006

Datum odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2008

University of South Bohemia in České Budějovice

Pedagogical faculty

Department of Pedagogy and Psychology

Diploma thesis

**Drug abuses prevention at elementary
school**

Author: Daniela Reindlová

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Drogová závislost a drogová prevence na základních školách jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Ve Stachách dne 20. dubna 2008

.....

Daniela Reindlová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé diplomové práce, Mgr. Miroslavu Procházkovi, za jeho odborné vedení, cenné rady a věcné připomínky. Dále děkuji studentům oboru sociální pedagogiky na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích za ochotu při vyplňování dotazníků.

Anotace

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku drog ve společnosti a na postoje dospělé populace k legálním drogám – alkoholu a cigaretám. Hlavním problémem je zjišťování věku, kdy děti prvně experimentují s alkoholem a cigaretami.

Teoretická část se zabývá obecnými informacemi o drogách. Pozornost je věnována sociálně patologickým jevům, rozdělení drog, vzniku a charakteristice drogové závislosti a v neposlední řadě protidrogové prevenci, hlavně té primární a preventivním programům.

Praktická část je zaměřena na vztah dospělé populace k alkoholu a cigaretám, protože právě názory dospělých ovlivňují názor dětí mladšího školního věku. Zabývala jsem se také zjišťováním toho, kdy děti prvně experimentují s alkoholem a cigaretami. Dotazníkového šetření se účastnilo 84 respondentů, studentů oboru sociální pedagogika.

Annotation

This thesis focuses on drug problems in society and the attitudes of the adult population to the legalized drugs – like hard alcohol and cigarettes. The main aim is the survey of the age when children start to experiment with alcohol and cigarettes for the first time.

The theoretical part deals with general information about drugs. Attention is paid to socially pathological phenomena, categories of drugs, the origin of addiction and its characteristics as well as prevention, mainly the primary one, and the preventive programs.

The practical part also deals with the question at what age children start to experiment with alcohol and cigarettes for the first time. Eighty-four respondents took part in this questionnaire. All of them were students of the department of social pedagogy.

OBSAH

I. ÚVOD	9
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Vymezení základních pojmů	11
1.1 Sociálně patologické jevy	11
1.1.1 Kriminalita a delikvence	11
1.1.2 Agresivita a šikanování	13
1.1.3 Patologické závislosti	14
1.1.4 Patologie rodiny	16
1.1.5 Sebevražednost	17
1.1.6 Prostituce a sexuální deviace	17
1.2 Chápání pojmů droga v současné literatuře	20
1.3 Historie drog	21
1.4 Rozdělení drog	25
2. Závislost na drogách	27
2.1 Základní vymezení závislosti	27
2.2 Faktory ovlivňující vznik závislosti	29
2.3 Abstinenční stav	33
3. Charakteristika jednotlivých drog	35
3.1 Alkohol	35
3.2 Tabák	40
3.3 Konopné drogy	42
3.4 Opiáty	45
3.5 Stimulační drogy	48
3.6 Halucinogeny	51
3.7 Těkavé látky	53
3.8 Psychofarmaka	53

4. Drogová prevence	55
4.1 Prevence obecně	55
4.2 Dělení drogové prevence	57
4.3 Protidrogová politika v ČR	59
4.3.1 Historie prevence v ČR	59
4.3.2 Prevence v současnosti	60
4.3.3 Právní legislativa ČR	64
4.4 Preventivní protidrogové programy	65
III. PRAKTICKÁ ČÁST	71
1. Cíle dotazníkového šetření	71
2. Zkušenosti a vztah dospělé populace k alkoholu a cigaretám	71
2.1 Popis zkoumaného vzorku	72
2.2 Výsledky výzkumu	74
3. Vyhodnocení dotazníkového šetření	89
IV. ZÁVĚR	91
V. POUŽITÉ PRAMENY	93
VI. PŘÍLOHY	95
Příloha č. 1 – Účinné látky v některých přírodních drogách	95
Příloha č. 2 – Typ závislosti	96
Příloha č. 3 – Abstinenční příznaky	97
Příloha č. 4 – Léky s možným vznikem závislosti	98
Příloha č. 5 – Dotazník použitý v praktické části	99
Příloha č. 6 – Ukázka vyplněného dotazníku	103

I. ÚVOD

Jak všichni víme, neustále narůstá počet lidí závislých na drogách a věk těch, kteří přicházejí s drogami do kontaktu, se snižuje. Drogová závislost je jev nesmírně složitý a důvody k užívání drog jsou nejrůznější. Od hloupé hry přes individuální psychickou labilitu, pokřivené sociální vztahy v rodině i společnosti, neschopnost vyrovnat se s nějakou osobní prohrou, až k dědičné dispozici. Chtějí-li rodiče, pedagogové a vychovatelé, kteří se s tímto bolavým problémem setkají, uspět, musí si položit tři základní otázky:

- S jakými drogami se dnes mohou děti setkat?
- Jaké škodlivé následky má užívání drog?
- Jakými způsoby můžeme dětem pomoci vyhnout se droze, či se od ní odpoutat?

Každé dítě může být potenciálním uživatelem drog! Drogy byly, jsou a budou velkým problémem společnosti. Každá droga, která je vpravena do organismu, může být nejen škodlivá, ale i velice nebezpečná!

V mé práci jsem se pokusila shrnout základní informace, které se týkají drogové závislosti a drogové prevence. Na začátek uvádím jednoduchý přehled sociálně patologických jevů, do kterých drogová závislost patří. Další část je věnována drogám obecně, najdeme zde jejich historii, rozdělení a obecné informace o nich. Závislost je pojem, který s drogou úzce souvisí a je následkem zneužívání drog. Je ovlivněna mnohými faktory, o kterých se dočteme dále. Samozřejmě nesmí chybět stručný přehled informací o jednotlivých návykových látkách a rizik spojených s jejich užíváním. Poslední okruh teoretické části je věnován prevenci a preventivním programům v České republice. Praktická část vychází z dotazníku, který mi vyplnili studenti sociální pedagogiky. Zabývá se vztahem a vnímáním alkoholu a cigaret v dnešní společnosti, tím jak lidé vnímají nebezpečnost těchto látek a zda lidé tyto látky vůbec považují za drogy.

Hlavními zdroji informací pro teoretickou část práce jsou převážně publikace předních českých odborníků na drogovou problematiku. Mezi nejznámější patří Karel Nešpor, Miroslav Nožina, Jiří Presl, Pavel Valíček, Renata Štablová a mnoho jiných. Zajímavé a užitečné informace převážně o prevenci poskytují webové stránky Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR a metodické příručky, které právě toto ministerstvo nebo Ministerstvo vnitra ČR pravidelně vydávají.

Domnívám se, že drogy do jisté míry zasahují do života každého z nás. Proto je nezbytně nutné netajit či nezakrývat pozitivní či negativní účinky drog, ale otevřeně o nich mluvit. Dnešní děti dospívají mnohem rychleji a mnoho informací o životě získávají dříve, než jim mohou skutečně porozumět a vyrovnat se s nimi. Proto by se s nimi mělo otevřeně mluvit již v mladším školním věku a poskytnout jim základní informace. Preventivní programy uskutečněné ve škole jsou jistě velkým přínosem, ale myslím si, že nejvíce informací by děti měly získat od rodičů, od lidí, kterým věří a jsou jim nejbližší. Ti by měli dbát na to, aby děti upřednostňovaly zdravý životní styl a zajistit jim plnohodnotné trávení volného času.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

1.1 Sociálně patologické jevy

Drogová závislost, nebo jiná závislost (např. gambling) patří mezi jevy, které se nazývají sociálně patologické. To jsou sociálně nezdravé, nenormální či obecně nežádoucí společenské jevy, takové, které se odlišují od tzv. „normality společnosti“. Autorem pojmu sociální patologie byl anglický filozof a sociolog Herbert Spencer (1820 – 1903), autor „organické teorie společnosti“. Hledal vztahy mezi biologickým a společenským organismem, tedy mezi biologickou a společenskou patologií. Na přelomu 19. a 20. století patřily mezi sociálně patologické jevy sebevraždnost, alkoholismus, homosexualita, prostituce, rozvodovost, nezaměstnanost, později k nim byly přidány narkomanie, drogové závislosti, násilí a agresivita, patologie rodiny a pohlavní choroby. V současnosti mezi ně odborníci řadí: kriminalitu a delikvenci, patologické závislosti (drogová, kultová, hráčská ...), sebevraždnost, prostituci a pohlavní choroby, patologii rodiny (syndrom CAN, rodinné násilí ...), xenofobii a rasismus, agresivitu a šikanu (Hroncová, J., 2004, str. 6 – 9).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR se zabývá hlavně prevencí sociálně patologických jevů a to v oblastech:

- a) násilí a šikanování,
- b) záškoláctví,
- c) kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- d) ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- e) xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- f) užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- g) netolismu (virtuálních drog) a patologického hráčství (gambling),

- h) diváckého násilí,
- i) komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- j) syndromu týraných a zneužívaných dětí,
- k) sekt a sociálně patologických náboženských hnutí

(http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/2005_2008web.doc, 25.3.2008).

1.1.1 Kriminalita a delikvence

S. Bartlová (Bartlová, S., 1998) definuje kriminalitu jako výskyt trestného nebo kriminálního chování, který vyjadřuje souhrn trestných činů, spáchaných ve společnosti za určitou časovou jednotku. Kriminální chování, označeno jako zločiny, je rozděleno do různých kategorií, a to podle závažnosti trestného činu, věku pachatele a podobně. Delikvence znamená porušování práva, zákona. Je to širší pojem než kriminalita. Jako jednu z hlavních příčin delikventního a kriminálního chování uvádíme agresi. Přes mnohé výzkumy v oblastech lidského chování dodnes neexistuje obecná koncepce a rozbor této problematiky. Pojem agresivita je vymezována jako tendence k útočnému jednání vůči druhé osobě nebo okolí. Mezi další příčiny patří poruchy osobnosti: psychopatie, psychózy, schizofrenie, neurózy, mentální retardace, syndrom ADHD nebo ADD --> vnitřní příčiny. Druhá skupina příčin se nazývá vnější --> jde především o vliv rodiny, školy, vliv vrstevnických skupin, vliv masmédií, nezaměstnanost a ekonomická krize, nedostatky v legislativě aj.(Vykopalová, H., 2001, str. 12 – 22). Trestná činnost dětí a mladistvých se v mnoha ohledech liší od trestné činnosti ostatních věkových skupin. To je dáno stupněm psychického a somatického vývoje, vlastnostmi, zkušenostmi i motivy k páčání trestné činnosti. Mládež páčá trestnou činnost častěji se spolupachateli a ve skupině. Delikvencí rozumíme i trestné činy, které spáchali mladiství do 15let, kteří za své činy nejsou zodpovědní. Impulsem pro trestnou činnost je v řadě případů alkohol, případně jiná návyková látka. Výběr předmětu útoku je určován jiným hodnotovým systémem než u dospělých. Mladí pachatelé často odcizují předměty,

které momentálně potřebují, nebo které se jim vzhledem k věku líbí (např. automobily, motocykly, televizory, oblečení, zbraně, nože, alkohol, cigarety, léky apod.). Věci získané z trestné činnosti bývají rozdělovány ve skupině. Finanční prostředky se zpravidla utrácejí společně.

1.1.2 Agresivita a šikanování

Dnešní děti a mládež jsou stále více agresivní, neohleduplní a sprostí nejen vůči svým vrstevníkům, ale vůči všem lidem ve svém okolí. Šikanování je stále více středem pozornosti a zasahuje stále širší kategorie obyvatelstva. Šikanování je charakterizováno jako úmyslná snaha získat nad jiným jednotlivcem psychickou, společenskou nebo hmotnou výhodu prostřednictvím ubližování, výsměchu, zastrasování a hrozeb. Podstatou je, že jde o dlouhodobé, opakované a úmyslné ubližování s cílem získat převahu. Pojem, který s šikanou úzce souvisí je agrese. Ta je definována jako útočné jednání, které nastupuje jako reakce na skutečné či zdánlivé ohrožení své moci (Hroncová, J., 2004, str. 132 - 139). Agresivní sklony se u člověka vytvářejí na základě jeho genetické výbavy. Významnou roli při utváření agresivního chování však hraje výchova, temperament, zacházení s dítětem v rodině a jak je agrese vnímána okolím. To ji často toleruje, akceptuje nebo dokonce pozitivně odměňuje. O rostoucí míře násilí a agresivity dnes snad nikdo nepochybuje. Snižuje se i věková hranice agresorů. V roce 2000 se děti do 15 let dopustily 4 vražd, 512 případů vydírání, 341 případů úmyslného ublížení na zdraví a 224 loupeží (Vykopalová, H., 2001, str. 103 - 106). Násilí a agresivita jsou úzce spojeny s již výše zmíněným pojmem šikanování. Šikana může mít podtext sexuální, rasistický, etnický, náboženský, pracovní apod. Obětí se často stávají jedinci, kteří jsou na okraji skupiny, jsou něčím odlišní, osamělí jedinci, neschopní zaujmout, ze sociálně slabších rodin. Tyto děti se většinou nedokáží bránit. Dalším typem jsou provokující jedinci. Posmívají se, dráždí ostatní děti. Pokud na ně někdo zaútočí, brání se. Šikanování většinou není problém mezi dvěma jednotlivci, ale je to problém

skupiny, v důsledku poruch vztahů ve skupině. Je rozlišováno několik vývojových stupňů šikany ve skupině: prvním stupněm je tzv. ostarkismus – jedná se o mírné, převážně psychické formy násilí. Ostarkismus přerůstá v druhý stupeň, kdy dochází k tvrdší fyzické agresi a manipulaci, stoupá napětí. Třetí stupeň je charakterizován vytvářením podskupin ve skupině, dochází ke spolupráci agresorů, kteří systematicky šikanují slabší oběti. Čtvrtý stupeň je již charakterizován převažujícím vlivem podskupiny agresorů, jejichž normy ostatní přejímají a stávají se nepsaným pravidlem ve skupině. Pátý stupeň je označován jako totalita nebo dokonalá šikana, normy agresorů jsou přijaty všemi členy skupiny. Dochází k vykořisťování, brutalita agresorů je stále větší a ti ztrácejí poslední zbytky zábran. U obětí dochází k větším a větším psychickým a fyzickým újmám, což může vést ke zhroucení, opuštění školy nebo i k sebevraždě. Zpravidla až neúnosné podmínky a brutalita vedou k upoutání pozornosti okolí a odhalení šikanování. Oběti šikanování si odnáší z tohoto období negativní zkušenosti a vzpomínky na celý život, projevuje se to depresivními stavy a úzkostmi. Šikanování je vedle alkoholismu a zneužívání drog nejvýraznějším negativním jevem ve společnosti. Proto patří mezi hlavní předměty primární prevence nejen na našich školách (Vykopalová, H., 2001, str. 103 - 106).

1.1.3 Patologické závislosti

Mezi nejnámější závislost patří ta drogová, tou se ovšem nebudu v této kapitole zabývat. Závažným sociálním problémem je v současné době **patologické hráčství (gambling)**. To patří podle Mezinárodní klasifikace nemocí mezi návykové a impulzivní poruchy. Není to tedy závislost v pravém slova smyslu. Tato porucha spočívá v častých opakovaných hráčských epizodách, které převládají na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Původní motivací je téměř vždy naděje na velkou výhru, poté následuje potřeba vyhrát prohrané peníze zpět. Dalším motivem bývá často únik ze skutečného světa, atmosféra z hry a vzrušení kolem hry. Mezi typické znaky hráčského chování patří

podrážděnost a neklid při pokusech přestat hrát, snaha získat větší částky peněz na hraní, plánování dalších způsobů hraní, konání trestné činnosti, lhaní členům rodiny, ohrožení nebo ztráta zaměstnání (Nešpor, K., 2000, str. 30 – 32). Hráčství je v lidské společnosti známé od nepaměti, dříve to byly hlavně hry v kartách, kostky či ruleta. V posledních letech se rozmohla hra především na počítačích a hracích automatech. Také u nás, s příchodem demokracie a uvolněním atmosféry, vyrostly desítky heren a hrací automaty můžeme z komerčních důvodů nalézt prakticky všude. Na počátku stojí fáze výher, kdy člověk najednou přijde k penězům. Člověk propadá hře a i přes dlouhá, neúspěšná období již nedokáže přestat. Hráčská vášeň může skončit až sebevražednými pokusy. V případě, že někomu hráčství přerůstá přes hlavu, měl by vyhledat pomoc lékaře – odborníka na závislosti (Beran, J., 1996, str. 20 - 22).

Mezi návykové chování patří některé závažné poruchy příjmu potravy. Jde hlavně o **mentální anorexii a mentální bulimii**. Poruchy příjmu potravy a jídelních návyků jsou stále častější a jsou důsledkem moderního životního stylu a představ o dokonalém fyzickém vzhledu. Nejvíce jsou ohroženy ženy a dívky. Mentální anorexie je definována jako úmyslně vyvolávané ubývání a udržování na váze pacienta a velké obavy z tloušťky, které jsou naprosto neopodstatněné. Sami pacienti usilují o snížení váhy, následkem je vznik podvýživy, metabolické poruchy a další poruchy organismu. Její průběh může být tak akutní, že může vést k závažným psychickým poruchám, k sebevražednosti, totálnímu vyhladovění aj. Mentální bulimie je definována jako opakující se záchvaty přejídání a nadměrné kontrolování tělesné váhy, což vede k následnému zvracení nebo užívání laxativ. To může vyvolat tělesné komplikace, jako jsou zvýšená svalová dráždivost, epileptické záchvaty, srdeční arytmie, svalová slabost aj. (Vykopalová, H., 2001, str. 80 – 85).

Jedna z méně častých je tzv. **závislost na práci**. Sice ji nenajdeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí, ale jedná se o reálný problém. Většina těchto lidí si vůbec neuvědomuje, že nějaký problém mají a považují ho spíše za přednost. Tito lidé tvoří sourodou skupinu, ale jsou rozdělení: typ urputného dřiče – věnují se práci

téměř nepřetržitě, ať už je to potřebné nebo ne. Zvyšuje se riziko chybných úkolů, zdravotních úrazů a nesprávných rozhodnutí. Druhý typ – záchvatový – porucha se projevuje nárazově a po nadměrné pracovitosti nastává nezáměr, útlum nebo zhroucení. Dotyčný není schopen podávat dlouhodobý pracovní výkon a jeho produktivita je nižší než u kolegů. Třetí typ – hyperaktivní s poruchou pozornosti – tito lidé nejsou schopni soustředit se na daný úkol a dokončit ho a šíří kolem sebe rozruch a zmatek. Čtvrtý typ – pracovní labužník – sem patří pedanti a perfekcionisté. Pokud jsou tito lidé ve vedoucích pozicích, dokáží znepríjemnit ostatním pracovní proces. Posledním typem je tzv. opečovávač – ten se často obětuje pro blaho druhých a tím v nich vyvolává pocit viny. Toto rozdělení vytvořil profesor B. E. Robinson (Nešpor, K., 2000, str. 39 - 41).

Závislost se může vytvořit téměř na čemkoliv. Jsou případy závislých na sexu, na internetu, mobilním telefonování, dále sem patří jiné návykové a impulzivní poruchy, jako jsou patologické krádeže (kleptomanie), patologické nakupování aj.

1.1.4 Patologie rodiny

Rodina je základní společenskou jednotkou a měla by uspokojovat nejen materiální, ale i emoční potřeby dítěte. O patologii v rodinné výchově mluvíme tehdy, pokud se v ní vyskytnou nezdravé prvky, pokud rodina není schopna připravit dítě na život ve společnosti a pokud se v ní nevyvíjí vyrovnaná a psychicky odolná osobnost. Mnohé patologické jevy jsou podmíněny společenskými změnami. Rodiny můžeme rozdělit podle toho, jak vykonávají své funkce: rodiny funkční – zajišťují prospěch dítěte, rodiny problémové – neplní funkci, ale fungují a neohrožují dítě, rodiny dysfunkční – trpí vážnějšími poruchami a ohrožují vývoj dítěte, rodiny afunkční – přestávají plnit svůj účel a ohrožují existenci dítěte. V dnešní době je ve většině vyspělých zemí světa velká míra rozvodovosti. Rodiny se stávají neúplné a děti nemají vzor při tvoření nových sociálních rolí (Vykopalová, H., 2001, str. 23 - 30). Mezi sociálně patologické jevy související s rodinou patří syndrom týraného,

zanedbávaného a zneužívaného dítěte (syndrom CAN). Tento pojem v sobě od roku 1992 zahrnuje: tělesné týrání, pohlavní týrání, citové týrání, zanedbávání, systémové týrání. Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti nebo jeho nezabránění. Nejznámějším bývá tělesný trest, který bývá u většiny rodičů považován za nejlepší prostředek k získání respektu a kázně. Častým používáním tělesných trestů vzniká potřeba zvyšovat jeho frekvenci, ale i intenzitu. Tím vzniká možnost překročení jisté neviditelné hranice mezi trestem a týráním. Psychické (citové) týrání je následek takového jednání dospělé osoby, které negativně ovlivňuje citový i psychický vývoj dítěte. Tato forma týrání se projevuje aktivně (nadávky, verbální útoky na sebevědomí dítěte ...) a pasivně (nezájem o dítě, nevšímavost, odmítání lásky dítěti ...). Za sexuální zneužívání dítěte je považováno nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti nebo jednání. Zahrnuje jakýkoliv sexuální dotyk, styk či vykořisťování kýmkoliv jiným. O sexuálním zneužívání je možno hovořit kdykoliv, pokud se dospělý jedinec uspokojuje prostřednictvím dítěte nebo dítě zneužívá v oblasti prostituce a pornografie. Zanedbáváním chápeme jakýkoliv nedostatek starostlivosti, který vede k poškození vývoje dítěte. Může se projevit v různých podobách: zanedbání tělesné (nesprávná, nedostatečná výživa, nedostatečná osobní hygiena, malá zdravotní péče ...), zanedbávání výchovy a vzdělávání (velká absence ve škole nebo nenastoupení do školy, nedostatečný zájem o výchovu dítěte ...), zanedbávání emocionální (neuspokojení základních psychických potřeb dítěte – potřeby lásky, jistoty, projevy náklonosti ze strany rodičů). Zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte vede k psychickým deprivacím dítěte, často děti utíkají z domova, páchají trastnou činností, zneužívají drogy. Někdy si dítě může sáhnout na svůj vlastní život (Hroncová, J., 2004, str. 160 - 164).

1.1.5 Sebevražednost

Sebevražda, latinsky označována jako suicidium, je jedním ze způsobů nepřirozené smrti. První přehledy, statistiky či analýzy u nás byly shrnuty v dílech T.

G. Masaryka roku 1930. Odborná literatura rozlišuje sebevraždu od sebezabití a sebevražedné pokusy. Další související pojmy jsou sebeobětování, účast na sebevraždě, eutanázie a vražda na žádost. Sebezabití je čin, při kterém chybí vědomý úmysl člověka dobrovolně zemřít. Tato forma může nastat náhodně, např. u některých duševních poruch, jako následek impulzivního chování, nebo neopatrnosti či podceněním nebezpečí. Časté jsou sebevražedné pokusy, které jsou charakteristické pro hystericky zaměřené osoby. Tímto konáním si vynucují pozornost okolí a nejde o skutečné přání zemřít. Pokud se člověk vzdá svého života ve prospěch jiného člověka, nebo v zájmu jiné věci, mluvíme o sebeobětování. Příkladem je čin Jana Palacha. V některých evropských zemích je povolena asistovaná sebevražda či usmrcení na vlastní žádost – eutanázie. Ta je prováděna lékařem na žádost pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí a jeho stav je bolestivý a nesnesitelný. P. Ondrejko (Hroncová, J., 2004, str. 123) uvádí několik druhů sebevražd: demonstrativní jsou typické pro ženy a mladé dívky, snaží se dosáhnout nějakého cíle, aniž by si přály zemřít. Dalším druhem jsou sebevraždy bilanční, ty představují východisko ze zdánlivě neřešitelné situace. Tito lidé často trpí těžkými depresemi. Třetím druhem jsou rituální sebevraždy, ty jsou typické pro určitá náboženství a kultury. Patří sem i hromadné sebevraždy náboženského charakteru. Únikové sebevraždy jsou vyvolané strachem před smrtí, nesnesitelnou bolestí aj. Posledním druhem jsou sebevraždy, které mají charakter sebepotrestání. Projevují se autoagresí vůči sobě a často jsou doprovázeny duševními chorobami.

1.1.6 Prostituce a sexuální deviace

Jedním z nejstarších sociálních jevů je právě prostituce. Jedná se o poskytování heterosexuálních nebo homosexuálních služeb za peníze nebo jinou protihodnotu. Důvodem většinou bývá špatná ekonomická situace, to nemusí být vždy ten hlavní důvod, někdy jde o snahu dosáhnout společenské či profesní kariéry nebo úspěchu. V dnešní době se ve světě velmi rozmáhá sexturismus, což znamená cestování lidí

z bohatších států do chudších za účelem koupení sexuálních služeb. Velmi nebezpečné sociálně patologické jevy jsou různé sexuální deviace. Patří mezi ně celá škála aktivit, které mohou být neškodné, až po nejnebezpečnější trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví nebo životu oběti. Mezi sexuální deviace zahrnujeme např.: exhibicionismus (obnažování na veřejnosti), sadismus (ublížení, ponižování partnera), masochismus (vlastní bolest, ponižení), incest (pohlavní styk s pokrevně příbuznou osobou), tranvestitismus (převlékání se do šatů opačného pohlaví), nekrofilie (erotická náchylnost k mrtvým), pedoflie (erotické zaměření na děti). Některé sexuální deviace jsou natolik nebezpečné, že se proti nim společnost snaží bojovat všemi dostupnými prostředky (Hroncová, J., 2004, str. 140 - 148).

Společnost si uvědomuje, že sociálně patologické jevy jsou problémem, který neustále narůstá a proto mu věnuje velmi výraznou pozornost. Výrazná je primární prevence sociálně patologických jevů, která je v rámci školství zaměřena na:

- a) předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků:
 - záškoláctví,
 - šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus,
 - kriminalita, delikvence,
 - užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek,
 - závislost na politickém a náboženském extremismu,
 - netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling)
- b) rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech:
 - domácího násilí,
 - týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání,
 - ohrožování mravní výchovy mládeže,
 - poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie)

(http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.doc, 25.3.2008).

Vedle prevence se stát a společnost věnují financování preventivních programů, školení odborníků na jednotlivé problémy a samozřejmě zajišťování plnohodnotných volnočasových aktivit pro děti a mládež.

1.2 Chápání pojmu droga v současné literatuře

Slovo droga pochází z arabského „durana“ s původním významem léčivo. Tento pojem byl dříve běžně chápán jako něco zcela jiného než dnes. Např. z nizozemského „droog“ – žízeň, nebo anglického „drug“ – medicína, tedy lék přírodního původu. Toto chápání pojmu droga dnes vidíme jen v názvu „drogerie“, kde se původně prodávaly bylinné a léčivé čaje a jiné léky z přírodních látek.

V dnešní době je mnoho pokusů o charakteristiku pojmu droga. Například J. Presl definuje drogu jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, u které nalezneme dva důležité rozpoznávací znaky:

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“. Tento potenciál je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy (Presl J., 1995).

Jedna z nejjednodušších definic, která je opakovaně citována v příručkách pro preventisty zní: „Droga je každá látka, která ovlivňuje nějakým způsobem psychiku a prožívání člověka a může vyvolat závislost“ (Beran, Šoltysová, Wasserbauer, Žák, 1996, str. 8).

Velmi důležitým, i když mnohdy zpochybňujícím zdrojem informací, je internet. Vyhledávaná internetová encyklopedie říká, že: „Droga je obecné označení

pro velice široký okruh psychotropních látek, jejichž užívání může vést k drogové závislosti. V léčitelství se slovo droga používá k označení sbíraných částí léčivých rostlin. Obecně lze za drogu považovat i nehmotné statky a dá se tímto slovem označovat i věc, která nás motivuje (pro muzikanta může být drogou publikum, pro sportovce vidina medaile), ale většinou se používá pro označení psychotropních látek” (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Droga>, 18.11.2007).

Podle stanoviska Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1969 je za drogu považována jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. (Štablová, R., 1997, str. 11).

Ve vymezení drogy v práci P. Valíčka je zdůrazněn rozměr zneužitelnosti. Každá látka, která se používá k jiným účelům než léčení, např. v magii, v náboženství, při zneužívání toxikomany se označuje jako omamná droga. Může být jak přírodního, tak i syntetického původu a musí splňovat dva následující předpoklady:

1. ovlivňovat prožívání reality, tj. mít psychotropní efekt.
2. vyvolávat závislost (Valíček, P., 2003, str. 43).

Definice jsou různé a v mnoha věcech se liší. Jedno je však jisté. Droga ovlivní lidské myšlení, prožívání, chápání, cítění i chování. Ovlivní život.

1.3 Historie drog

Zkušenosti s drogou doprovázejí lidskou civilizaci od jejího počátku. O sepětí historie a kultury s drogou je napsáno mnoho prací. Historie užívání drog je zajímavým tématem, proto má každý autor své osobní a bezpochyby originální pojetí. Užívání drog je úzce spjato s náboženskými a kmenovými rituály. Rostliny s obsahem omamných látek lidé považovali za dary bohů a jejich užití mělo člověku zprostředkovat setkání s nadpřirozenými bytostmi, zemřelými předky, pomoci uzdravit nemocné. Například v indických mytologických pověstech se uvádí, že

indické konopí pochází z vlasů boha Višnu. Podle jiné báje dala Démétér Řekům mák, který přinášel spánek, archanděl Gabriel dal zase Mohamedovi kávové boby. Také američtí indiáni užívali omamné rostliny.

Mnohé omamné látky se v medicíně užívají dodnes. Zatímco užívání některých druhů drog bylo výsadou jen vybrané skupiny lidí – šamanu, náčelníků kmene, jiné pomáhaly překonat únavu či pocit hladu (především v případě koky).

První vyrobenou drogou byl pravděpodobně **alkohol**. Jeho výroba je totiž velmi snadná a to z ovoce pomocí kvasinek. Existují tři tisíce staré záznamy o nálevnách alkoholu ve starém Babylonu, víno se pěstovalo a vyrábělo v celé části římské říše. Konzumace alkoholických nápojů všeho druhu je kromě islámských států rozšířena po celém světě. Alkohol hraje svou roli i v mnoha náboženstvích, například v křesťanství ve formě mešního vína. Během 19. a 20. století se velmi rozšířil v chudších čtvrtích měst. Na to vlády většiny zemí v Evropě a v Americe reagovaly uvalením vysokých daní na prodej alkoholu, omezením provozu lokálů a celkovým omezením prodeje alkoholu, v některých zemích dokonce prohibicí. V druhé polovině devatenáctého století se začala také objevovat první abstinenci hnutí, která se na počátku dvacátého století objevila i v Čechách (Szasz, T., 1997).

Kouření tabákových výrobků patří mezi velmi rozšířené a oblíbené na celém světě. Tabáková rostlina (*Nicotina rustica*) pochází ze Severní Ameriky a pokuřování jejích listů patřilo mezi zvyky mnoha indiánských kmenů. Kryštof Kolumbus přivezl tabákovou rostlinu do Evropy. Zde se její obliba velmi rozšířila. Cigareta, jako pohodlný kouřící nástroj se ve velkém ujala až ve 20. století. Kouření cigaret se pak velmi rychle rozšířilo a to tak, že v 50. letech v USA kouřila téměř polovina mužů 15 až 20 cigaret denně. Až v průběhu 50. let minulého století se ukázala zdravotní rizika při kouření tabáku. I když je nikotin relativně netoxický, vdechovaný kouř ze spalování je škodlivý. Obsahuje sloučeniny, které mohou vyvolat rakovinu - především rakovinu plic.

V Indii a v arabském světě se po tisíciletí kouřily listy jiné rostliny, **konopí**

setého (*Cannabis sativa*). V hindském náboženství hraje konopí významnou úlohu při rituálech a v islámských zemích, kde je zakázaný alkohol, ho do jisté míry nahrazuje. Přestože se o konopných drogách občas hovoří jako o něčem, co do Evropy bylo přivezeno až v novověku a o něčem, co nemá v jejím kulturně - historickém kontextu tradici, ukázaly moderní výzkumy, že jde o omyl, pramenící z neznalosti. Poslední výsledky naopak ukazují, že tyto drogy jsou látkami, které byly v Evropě známy a zřejmě též užívány ve velmi hluboké historii. Pravděpodobně nejdůležitější současný odhad pochází od Richarda Schultese, který předpokládá, že první pokusy o pěstování konopí mohou být datovány někdy do doby okolo 10 000 let před naším letopočtem. Tento názor podporují četné nálezy například polypodních keramických misek sloužících s největší pravděpodobností k pálení konopí. Tyto nálezy jsou datovány do období někde okolo 3 000 před naším letopočtem. Konopí od té doby patří hned po alkoholu a kouření k třetí nejčastěji užívané droze. Kromě omamných účinků má konopí i některé pozitivní účinky na lidské zdraví. Příznivě působí u pacientů s AIDS, s roztroušenou sklerózou, se svalovou ztuhlostí (spasticitou) a s různými formami chronických bolestí (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/konopne_drogy/konopne_drogy_podrobne, 17.2.2008).

Listy **koky** neboli kakainovníku pravého (*Erythroxylum coca*), nejužívanějšího stimulantia, žvýkali už peruánští indiáni. Pro Inky byla koka posvátným symbolem. Když v roce 1860 německý chemik Albert Niemann izoloval z kokových listů čistý kokain, nová droga si získala oblibu v medicíně, byla totiž mj. prvním účinným lokálním anestetikem vhodným pro náročné operace oka a pro zubařské zákroky. Kokain se používal v léčbě mnoha nemocí a mezi jeho zastánce patřil i Sigmund Freud. Původně se kokain aplikoval při léčbě závislosti na opiu. Brzy se ale zjistilo, že kokain je také vysoce návykový a z lékařské scény úplně zmizel. Výtahy z kokových listů obsahovala například původní receptura Coca Coly

a prodávalo se několik druhů „kokového vína“ (Janík, A.; Dušek, K., 1990).

Opium, uschlá šťáva z máku setého (*Papaver somniferum*), je jedna z nejstarších známých prostředků pro tlumení bolesti. Již v antice byly tyto účinky známy ve středomoří. Ve starořeckých pověstech byly makovice zasvěceny bohu spánku Morfeovi. Z Řecka se poznání dostalo do Říma. V 19. století bylo opium neomezeně dováženo do Velké Británie a jeho užívání nebylo zpočátku nijak omezováno. Opium a později jeho hlavní účinná látka morfin se staly základem pro stovky léků. Spotřeba byla velmi vysoká zvláště koncem 19. století a vynález injekční stříkačky v roce 1850 umožnil aplikaci přímo do krve. V roce 1912 podepsala Anglie opiový zákon, který tuto drogu, kromě medicínských účelů, zakázal. Anglii následovaly mnohé státy světa (V Severní Americe byl schválen opiový zákon r. 1914, ve Francii r. 1916, v Holandsku a Belgii r. 1919, 1920 v Anglii, Československo ho schválilo r. 1920) (Szesz, T., 1997).

I **halucinogenní drogy** lidé požívají několik tisíc let. Nejstaršími písemnými záznamy je pak zcela nevyvratitelné, že užívání halucinogenních drog tvořilo významnou součást různých rituálních obřadů a pravděpodobně se významně podílelo na objevení některých charakteristických uměleckých prvků zachycených na nástěnných malbách, plastikách a dalších výtvorech z období paleolitu a neolitu. Archeologické nálezy například v Guatemale potvrzují, že halucinogenní houby byly v tomto prostředí rituálně užívány již déle než tři tisíce let. Objev LSD byl spojen s izolováním halucinogenů z rostlin: mezikalinu z mexického kaktusu a psilocybinu z mexických hub. K halucinogenům se koncem 20. století připojila velmi rozšířená rekreační droga extáze (MDMA). Její účinky jsou částečně stimulační i halucinogenní.

V 19. století se objevily první čistě **syntetické drogy**, které měnily vědomí. Historicky nejstarší byly amfetaminy. Pravotočivý d-amfetamin byl využíván při rýmě proti ucpanému nosu. Během druhé světové války však sloužil jako stimulant pro vojáky, aby vydrželi dlouho v bělosti. Účinnější amfetaminy, převážně

metamfetamin (Speed), byly později hojně zneužívány a stále se zneužívají.

Během 20. století se užívání drog velmi rozmohlo. Drogy se užívaly v chudších vrstvách jako reakce na sociální situaci, v bohatých vrstvách jako známka blahobytu. Téměř všechny státy světa a jejich vlády pochopily, že užívání drog je nebezpečné a škodí to společnosti i jedincům. Proto je vydáváno mnoho legislativních předpisů a norem, které užívání omezují. Přesto některé drogy – alkohol a tabák, jsou pro státy “výhodné”, protože jejich prodej je zatížen dosti vysokou spotřební daní, která do státní kasy přináší nemalé peníze. Ale i proti těmto legálním drogám se snažíme bojovat (věková hranice pro jejich prodej, omezení reklamy, atd.). Drogy byly, jsou a budou pro určitou skupinu lidí lákavé, ale podle mého názoru se tato skupina stále zmenšuje a lidé se zajímají spíše o zdravý styl života (Szasz, T., 1997).

1.4 Rozdělení drog

Drogy lze rozdělit podle několika hledisek. Většina autorů používá rozdělení podle převládajícího účinku:

1. Tlumivé látky - opium, heroin, braun, kodein, morfin, diazepam, flunitrazepam, nitrazepam, toulén, alkohol atd.
2. Stimulační látky - pervitin, kokain, efedrin, crack, amfetamin atd.
3. Halucinogeny - lysohlávky, LSD, marihuana, hašiš, extáze, ketamin, mezkalin atd.

Dalším kritériem pro dělení drog je riziko vzniku závislosti na nich:

1. Drogy měkké (drogy s akceptovatelným rizikem) - např. káva, tabákové výrobky, alkohol a produkty konopí. Alkohol lze brát v naší společnosti jako drogu číslo jedna. Jeho konzumace je běžným a tolerovaným jevem. Vztah většiny populace k alkoholu lze nazvat konzumní, tj. užívání v přiměřeném množství a při vhodných příležitostech. Naprostá abstinence není běžná. Tato

droga je některými lékaři doporučována jako prevence proti kardiovaskulárním chorobám. Přesto však víme, že 3 – 4 % populace propadají této legální droze a vytváří si na ni závislost. (Presl, J., 1995, str. 10-11).

2. Drogy tvrdé (drogy s neakceptovatelným rizikem) - např. heroin, kokain, crack, pervitin, aj. U těchto druhů omamných látek je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké (Valíček, P., 2000).

Drogy lze též rozdělit na ty, jejichž základ tvoří přírodní materiál a drogy vyráběné synteticky:

1. Drogy rostlinného původu - spektrum drog získaných z přírodních materiálů je poměrně úzké, zato má své tradice již několik tisíciletí. Patří sem listy keře nebo malého stromu - koky, z kterých se získává kokain. Z nedozrálých makovic lze poměrně snadno získat opium. Konopí seté nebo konopí indické se pěstuje pro marihuanu, hašiš nebo hašišový olej. Je i mnoho dalších rostlin, které sice nejsou tak známé, ale řadíme je mezi drogy: kat - z rostliny *Catha edulis*, betel - z ořechu arekové palmy, meskalin - z dužnatého kaktusu peyotl, lysohlávky - houby rodu *Psilocybe*, a mnoho jiných omamných rostlin. Účinné látky v některých přírodních drogách uvádím v příloze č. 1.

2. Syntetické láky - tyto látky jsou na drogové scéně zastoupeny především amfetaminy a halucinogeny. Amfetaminy jsou bohatá skupina látek, která obsahuje amfetamin. Nejznámější drogou z této skupiny je pervitin vyráběný z efedrinu. Patří sem i MDMA, známá jako extáze. Halucinogeny jsou zastoupeny LSD a nebezpečnou drogou Nexus. Mezi syntetické látky patří i některá léčiva, zejména sedativního charakteru na bázi benzodiazepinů nebo barbiturátů. Rozšířenými syntetickými látkami u nás jsou látky těkavé (Štablová, R., 1997).

2. Závislost na drogách

2.1 Základní vymezení závislosti

Na otázku proč a jak vzniká drogová závislost, existuje mnoho různých názorů. Jedna z nejznámějších a nejuznávanějších definic drogové závislosti je popsána v Mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou vytvořili experti Světové zdravotnické organizace. Syndrom závislosti je zde definován jako 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. Jako centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je toto vymezení uvedeno touhou (často silnou, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- 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;
- 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);
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užití látky, nebo zotavení se z jejího účinku;

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

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek. Statistický kód syndromu závislosti je značen F1x.2, kdy na místo x před desetinnou tečkou se doplňuje látka, takže jednotlivé druhy závislosti se kódují následovně:

F10.2 Závislost na alkoholu;

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin);

F12.2 Závislost na kanabioidech;

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách (tlumivých lécích);

F14.2 Závislost na kokainu;

F15.2 Závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu;

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA čili ecstasy);

F17.2 Závislost na tabáku;

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech;

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

(Nešpor, K., 2000, str. 14-15).

J. Beran a kol. uvádějí jednodušší charakteristiku závislosti, která zní:

1. přání, potřeba či nutkání užívat drogu a pokračovat v užívání za každou cenu
2. tendence zvyšovat dávku
3. tělesná nebo psychická závislost nebo obě závislosti na droze.

Pokud je užívání pravidelné nebo průběžné a jsou-li splněny výše uvedené podmínky, hovoříme o drogové závislosti.

Podle řady pojetí a definic nemůžeme pochybovat, že drogovou závislost lze řadit mezi závažná onemocnění. Presl uvádí definici, která se velmi podobá Beranově pojetí a k jeho kritériím ještě přidává, že drogová závislost má negativní důsledky pro jedince a společnost. Jednotlivá kritéria mohou mít u různých drog

různou intenzitu, některá mohou dokonce chybět. To ale může být kompenzováno kritériem jiným. Jestliže některé drogy mají vysoký potenciál vzniku závislosti (opiáty), pak mají menší vliv na tělesné a psychické poškození organismu (ve srovnání s ostatními drogami). Známe drogy, kde není přítomen výraznější abstinenci syndrom. Známe dokonce drogy (halucinogeny), kde o závislost klasického typu vůbec nejde (Presl, J., 1995, str. 11 - 12).

Na droze mohou vzniknou dva druhy závislosti, tělesná (fyzická) a psychická. U jednotlivých skupin drog se tyto závislosti liší. Např. na pervitinu či kokainu vzniká vysoká psychická závislost, ale tělesná je zde relativně malá. **Tělesná závislost** – je stav, kdy se organismus droze přizpůsobil, zahrnul jí do své látkové výměny. Člověk tělesně závislý na droze drogu potřebuje a na přerušení přísunu drogy reaguje poruchou, které říkáme abstinenci stav. **Psychická závislost** – je to duševní stav vzniklý podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání požívat drogu. A to od pouhého přání, kterému se nedá odolat, přes touhu, až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požit drogu, i když postižený drogu požívat nechce a považuje svoje jednání za nerozumné. Jde-li pouze o psychickou závislost, neobjeví se po vysazení drogy žádné tělesné abstinenci příznaky (Beran, J., 1996, str. 8-9). Projevy závislosti u jednotlivých druhů drog uvádím v příloze č. 1.

2.2 Faktory ovlivňující vznik závislosti

Vznik závislosti nezáleží jen na samotné droze. Je to příliš složitý jev a musíme brát v úvahu 4 faktory (příčiny), které vedou ke vzniku, udržování nebo případně ukončení drogové závislosti. Můžeme je rozdělit do následujících skupin:

- faktory farmakologické (droga)
- faktory somatické a psychické (osobnost)
- faktory enviromentální (prostředí, rodina)

- faktory percipitující (podnět).

Jednotlivé faktory se sice případ od případu liší, ale vždy jsou přítomny v určité míře všechny. Proto je musíme brát v úvahu všechny, ať už při prevenci nebo následné terapii (Illes, T., 2002, str.7 - 8).

Jiní autoři tyto faktory rozdělují do více skupin a přikládají jim veliký vliv na vznik závislosti. Ten je ovlivněn vzájemným působením různých systémů. Každý jedinec je vystaven jak ochranným, tak rizikovým činitelům a to v mnoha společenských oblastech. Závislosti lze předcházet tak, že rizikové faktory budeme potlačovat a ochranné posilovat tak, že se budeme snažit o zdravý způsob života. Pro představu uvádím výčty podle K. Nešpora (Nešpor, K., 1998, str. 25 - 31):

a) Na úrovni jedince

Zvyšují riziko: duševní poruchy a poruchy chování; setkání s alkoholem, tabákem a jinými drogami v mladém věku; chronická onemocnění a úrazy hlavy; malá schopnost zvládat stres; nízké sebevědomí; sklon k násilí a agresivitě a horší sebeovládání; nízká inteligence; týrání a zneužívání dětí; příslušnost k znevýhodněné etnické skupině; malá úcta k vlastnímu zdraví.

Snižují riziko: dobré duševní i tělesné zdraví; pozdní nebo žádné setkání s drogou; umí vytvářet citové vazby a má dobré sebevědomí; umí řešit obtížné situace a vzdorovat nepříznivému vlivu okolí; veselost, vytrvalost, pilnost a přizpůsobivost; je inteligentní; je dobře začleněn do rodiny, školy i do společnosti; umí dobře trávit volný čas.

b) Na úrovni rodiny

Zvyšují riziko: nejasná pravidla, nedostatek času a malá péče; nesoustavná a přehnaná přísnost, nedostatečné citové vazby, konflikty mezi rodiči; schvalování pití alkoholu nebo braní drog v rodině; někdo z rodičů nebo sourozenců je závislý na alkoholu nebo drogách; malá očekávání od dítěte a jeho podceňování; duševní choroba někoho z rodiny; chudoba či nezaměstnanost; sexuální zneužívání dítěte v rodině; rodina špatně funguje, jsou v ní nejasné role; výchova pouze jedním rodičem

bez pomoci dalších příbuzných; časté stěhování rodiny; život mimo rodinu a bez domova.

Snižují riziko: jasná rodinná pravidla; přiměřená péče a dostatek času; pevné citové vazby; členové rodiny spolu dobře spolupracují; styl výchovy je přiměřeně omezující; v rodině převládá zdravý způsob života a odmítání návykových látek; v rodině se nevyskytuje závislost na alkoholu ani na drogách; dítě má v rodině zajištěnou ochranu, je v bezpečí a jeho potřeby jsou přiměřeně uspokojovány; členové rodiny jsou duševně zdraví; výchova vytváří kvalitní vztahy i mimo rodinu; sdílená zodpovědnost v rodině; rodiče pomáhají dítěti nacházet kvalitní zájmy a záliby; dobré fungování rodiny.

c) Na úrovni školy

Zvyšují riziko: ve škole není systematická prevence, škola spoléhá na jednorázové přednášky; škola nespolupracuje s rodiči, ani s užitečnými organizacemi v okolí školy; škola toleruje návykové látky ve školním prostředí; alkohol, tabák i drogy jsou ve škole a v jejím okolí snadno dostupné; učitelé jsou vnímáni nepřátelsky nebo lhostejně, s žáky nespolupracují; atmosféra na škole je odcizená, chybí nabídka dobrých hodnot; neexistuje návaznost na kvalitní mimoškolní aktivity a vhodné způsoby trávení volného času.

Snižují riziko: škola provádí prevenci problémů působených návykovými látkami soustavně a systematicky a používá účinné postupy (např. peer programy); škola při prevenci spolupracuje a komunikuje s rodiči, a s dalšími organizacemi a institucemi v okolí školy, včetně policie; existuje zákaz návykových látek na škole; alkohol, tabák i drogy jsou ve škole a v jejím okolí žákům nedostupné nebo málo dostupné; učitelé jsou vnímáni jako pomáhající a pečující rozvoji žáků, učitelé umí s žáky dobře komunikovat a spolupracovat; pro selhávající a problémové žáky hledá škola cestu, jak jim pomoci; škola vede k formování společensky žádoucího chování; existuje dobrá návaznost na kvalitní způsob trávení volného času.

d) Na úrovni zaměstnání

Zvyšují riziko: hodně stresu, trojsměnný provoz, existenční nejistota, nárazovost a termínovaná práce; odpovědnost bez kompetence a napjaté pracovní vztahy; snadná dostupnost alkoholu a drog na pracovišti; spolupracovníci nebo nadřízení zneužívají alkohol či drogy; zaměstnání je spojeno s cestováním nebo dokonce s výrobou nebo prodejem alkoholu a drog; velké a nekontrolované příjmy, nebo naopak velmi špatně placená práce; nezaměstnanost.

Snižují riziko: ne příliš velká dávka stresu, možnost si práci organizovat a spolupracovat; existuje dobrá perspektiva; na pracovišti jsou dobré vztahy a dobrá komunikace; alkohol a drogy jsou na pracovišti nedostupné nebo obtížně dostupné, jejich zákaz je jasný a dodržovaný; spolupracovníci a nadřízení nezneužívají drogy; u náročnějších profesí je možnost dočasného nebo dlouhodobého zástupu.

e) Na úrovni vrstevníků

Zvyšují riziko: mají problémy s autoritami a bouří se proti nim; protispolečenské chování vrstevníků; party zabývající se nelegálními aktivitami; k alkoholu a k drogám se staví pozitivně; vrstevníci začínají brzy alkohol a drogy zneužívat, jsou více ovlivňováni kamarády než rodiči; mají další přátele, kteří zneužívají alkohol, tabák nebo drogy; šikanování ze strany vrstevníků.

Snižují riziko: vrstevníci respektují dobré dospělé autority; mají zájmy a záliby neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami; alkohol a drogy odmítají; jsou schopní přijímat dobré hodnoty dospělých; vrstevníci mají další přátele, kteří žijí zdravým způsobem života; vrstevníci aktivně odpuzují od alkoholu, tabáku a drog.

f) Na úrovni společnosti

Zvyšují riziko: chudoba, nedostatek příležitostí, náhlé sociální změny; nedostatek pracovních příležitostí; společnost nenabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas; alkohol, tabák a drogy jsou velmi snadno dostupné; nedostatek zdravotní a sociální péče a vzdělání; ve společnosti existuje cynický postoj ke zdraví; nespolupracují

sdělovací prostředky; velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů; špatné bytové podmínky; rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra, vysoká kriminalita a drogové gangy; velkoměstské prostředí.

Snižují riziko: přiměřené materiální podmínky, dostatek příležitostí při studiu nebo v zaměstnání; společnost nabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas; alkohol, tabák a drogy jsou dětem obtížně dostupné; dobrá zdravotní a sociální péče; společenské normy a zákony omezují dostupnost návykových látek, omezení reklamy návykových látek; preventivní programy jsou systematické a dlouhodobé; odpovědný postoj ke zdraví ve společnosti; spolupráce sdělovacích prostředků, orientují se k ochraně a posilování zdraví a nabízí pozitivní modely a lepší možnost než návykové látky; média návykové látky jednoznačně odmítají a poskytují prostor pro účinnou prevenci; dostatečné sociální zajištění a dobré bytové podmínky; rasová a náboženská tolerance, nízká kriminalita; zájem soukromého sektoru na prevenci; společnost je vnímána jako přátelská, nabízí dobré možnosti uplatnění.

2.3 Abstinenční syndrom

Jednou ze základních vlastností drog je schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové přeměny. Organismus si na novou látku zvykl. Dochází ze zvýšení tolerance, čili že organismus potřebuje pro novou látkovou výměnu více drogy a její dávka se tak musí zvyšovat. Dále dochází k jevu, kdy nedostatek drogy je pocíťován jako nepříjemný stav. Člověk nejprve bere drogu proto, aby dosáhl něčeho příjemného. Může to být odstranění úzkosti, potlačení únavy, dosažení euforie, zvýšení sebevědomí, aj. Po odeznění účinku drogy, se alespoň zpočátku, vrací zpět k výchozímu stavu. Později se po vynechání dávky dostaví onen nepříjemný, obtížný stav, droga se stala nutností – objevil se syndrom abstinence. Tento syndrom může být přítomen jak v oblasti fyzické, tak psychické. **Fyzický** se projevuje nejrůznějšími

tělesnými obtížemi, objevuje se bolest, křeče, průjmy, zácpy, pocení, slzení apod. Výrazný je u uživatelů opiových drog, nejvíce na heroinu. **Psychický** je výraznější např. u kuřáků, projevuje se úzkostí, neklidem, podrážděností, agresivitou, únavou, vyčerpáním, spavostí, pasivitou, nutkavou potřebou vzít si znovu drogu atd. Abstinenční syndrom se projeví u jakékoliv závislosti, ať už se jedná o silného pijáka kávy, hráče hracích automatů, workoholika či uživatele heroinu. Příznaky jsou u každého individuální. Někdy je za potřebí podstoupit tzv. detoxifikaci, dobu strávenou v ústavní péči za pomoci nejrůznějších medikamentů (Presl, J., 1995). V příloze č. 2 uvádím abstinenční příznaky u jednotlivých druhů návykových látek.

3. Charakteristika jednotlivých drog

3.1 Alkohol

Pokud mluvíme o alkoholu, máme na mysli nápoje, které jsou z největší části směsí ochucené vody a lihu. V alkoholických nápojích je obsažena bezbarvá tekutina, etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$). Je to přírodní látka, která vzniká kvašením cukru. Za účasti fermentů, které mění hexózy postupně na kyselinu pyrohroznovou, acetaldehyd a etylalkohol za vzniku kysličníku uhličitého a energie. Je snadno rozpustný ve vodě a má velmi jednoduchou chemickou strukturu. To umožňuje snadný a rychlý průnik do tkání orgánů, včetně mozku.

Etanol ovlivňuje jak psychické, tak fyzické funkce organismu. Při chronickém abúzu (konzumaci) dochází k poškození orgánů. Ovlivnění vnímání a chování člověka závisí na hladině alkoholu v krvi. Alkohol je pro děti a mládež mnohem více nebezpečný než pro dospělé. Opilost nebo dokonce otrava může nastat již po malých dávkách. Jejich játra nejsou schopna ho odbourávat v takové míře jako u dospělých a navíc mají menší tělesnou hmotnost. Návyk na alkohol se u dětí a mladistvých vytváří velmi rychle. Proto se civilizované země snaží tuto skupinu populace před alkoholem ochránit. Ve Spojených státech či Japonsku je povolen prodej alkoholu od 21 let, ve Švédsku od 20 let. V České republice je tato hranice stanovena na 18 let, ale ani ta se velmi často nedodrží (Nešpor K., 1997, str. 38).

Některé účinky: Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí. Ovšem díky uvolnění po užití se alkohol považuje za životabudič. V menších dávkách způsobuje alkohol oslabení pozornosti a opatrnosti, zpomalení reakcí, zhoršení koordinace pohybů, zvýšenou hovornost, tendenci se prosazovat, někdy slovní, či fyzickou agresi. Brzké známky požití – alkohol v dechu, zarudlé oči, zhoršená pohybová kooperace, bolesti hlavy v kocovině, nejistá chůze, ospalost, nezřetelná výslovnost, oslabení zábran v chování (Marhounová, J., Nešpor K., 1995, str. 78). Skála J. ve své publikaci uvádí, že alkohol nepříznivě ovlivňuje tyto

vlastnosti: Chápání, koncentrace vnímání na určitou věc, bdělost a pozornost vůči novým dojmům, obratnost. Alkohol je zákeřný také v tom, že výkon se snižuje, alkoholizovaný jedinec si však myslí opak.

Po vyšších dávkách dochází k útlumu spavosti. Při otravě nastává bezvědomí a je ohroženo dýchání. Alkohol tlumí bolest, což může být dosti nebezpečné. Znamky dlouhodobého požívání – ztráta paměti na události v průběhu opilosti (tzv. okénko), třes i v době, kdy nebyl požit alkohol, zvyšování odolnosti proti alkoholu, ospalost, samotářské pití, ztráta nepijících přátel, požívání alkoholu k uklidnění, snížená schopnost pití ovládat a zastavit, častější úrazy (Nešpor, K., Csémy, L., 1997, str. 38).

Největší rizika: Alkohol zvyšuje vznik řady závažných nemocí. Funkční a orgánové poškození závisí zejména na množství požitého alkoholu a délce jeho požívání. Je prokazatelné, že již 15 g alkoholu denně poškozuje některé orgány. Závažná je alkoholická podvýživa, alkoholik trpí nechutí k jídlu, jehož příčinou je chronický zánět sliznice žaludku vyvolaný nadměrným pitím. Alkohol dále poškozuje především játra, jeden z nejdůležitějších a nenahraditelných orgánů těla. Při závažných potížích s játry a zánětu nervů je nutná včasná léčba podmíněná abstinencí od alkoholu. Objevují se alkoholové epilepsie a nemoci mozkových a periferních nervů, to se projevuje pícháním a mravenčením v končetinách a slabostí svalů. Zhoršuje se průběh mnoha běžných onemocnění např. cukrovky, oslabená je také imunita organismu, roste riziko infekcí. Je zde vyšší riziko vzniku mnoha zhoubných nádorů a nemocí spojených se srdcem a cévami. Zanedbatelné nejsou ani poruchy psychické, které se mohou objevit jako součást abstinenčního syndromu nebo jako potíže přicházející v průběhu chronického pití. Může jít o podrážděnost, vztahovačnost, žárlivost, poruchy paměti, úzkost, podrážděnost, v některých případech i krátké zrakové či sluchové halucinace, odumírání mozkových buněk a následná alkoholová demence, nebo dokonce až těžké deprese se sebevražděnými sklony. Při náhlém přerušení užívání alkoholu dochází ke třesu, který je mnoha alkoholikům záminkou pro ranní pití. Závažný je stav nazývaný **delirium tremes**,

který nastává po přerušení dostatečné dávky alkoholu u velmi silných pijáků. Ten je neklidný, třese se, dostávají se hrozivé halucinace, objevuje se pocení, nevolnost, zvracení. Tento stav trvá od několika hodin, až po tři dny. Pokud není poskytnuta odborná pomoc, může být delirantní stav životu nebezpečný. Závažná je i alkoholická epilepsie, která se také objevuje po přerušení pití alkoholu. Alkohol ovlivňuje reakční rychlost a vnímání, což je hlavním důvodem toho, že je v České Republice zakázáno řídit pod vlivem alkoholu. Po požití i malého množství alkoholu je vyšší sklon riskovat, přeceňovat se, je horší odhad vzdálenosti, reakční čas se prodlužuje, při vyšší hladině alkoholu se objevují poruchy rovnováhy, nebezpečí spánku během řízení. Zvýšené riziko nehody trvá i v kocovině. Dopravní nehody pod vlivem alkoholu bývají těžší. Častější je výskyt mnohočetných poranění, častější jsou i smrtelné nehody.

Po alkoholovém večíрку nastává stav, který nazýváme **kocovina**. Je způsobena více vlivy: narušením minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevyspáním, účinky alkoholu na mozek aj. Při kocovině je vhodné doplnit minerály a tekutiny (např. formou nějaké lehce stravitelné polévky) a pít hodně tekutin, aby se organismus dostatečně zavodnil. Naprosto nevhodný je další alkohol. Konečnou fází může být až smrt. Tu může způsobit selhání některých orgánů, závažná nemoc jako např. rakovina či infekční nemoc, dopravní nehoda pod vlivem alkoholu, sebevražda. Nejčastější příčinou smrti u alkoholiků je **cirhóza jater**, kterou způsobuje to, že játra musí neustále odbourávat alkohol a to je samozřejmě zatěžuje, proto část buněk odumírá a je nahrazována vazivem a následně dochází k ztvrdnutí jater (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>, 17.3.2008).

Chronické užívání je dlouhotrvající zneužívání alkoholu, které se projevuje ve fyzické i psychické oblasti a vede až k **závislosti na alkoholu**. Projevují se velmi podobné fyzické abstinenční příznaky, jako při závislosti na opiátech. Závislost na alkoholu vzniká poměrně rychle a snadno. Jellinek již v 50. letech 20. století uvádí pět typů závislosti na alkoholu. Ve své knize je popisuje J. Skála:

Typ alfa – konzumace pro to, aby člověk vyřešil své vnitřní problémy. Občasné užívání pomáhá odstranit napětí a dosáhnout euforie, pomáhá sblížovat s lidmi. Kontrola nad alkoholem bývá téměř vždy, zatím není přítomna fyzická ani psychická závislost. Rizika: Roste tolerance a frekvence užívání, dochází k úrazům a k delikvenci.

Typ beta – pití je příležitostné, velkou roli hrají sociokulturní okolnosti (víkendové pití). Často k pití dochází ze strachu, že by se jedinec odlišoval od ostatních a zůstal v izolaci. Rizika: Zvyšuje se frekvence i tolerance, dochází k trestným činům (řízení dopravních prostředků).

Typ gama – představuje již závislost na alkoholu s charakteristickým znakem nespolehlivé, poruchové kontroly. Jedinec nedokáže konzumaci alkoholu kontrolovat, často dochází k intoxikaci. Po ní nastává kratší či delší doba abstinence. Tolerance stále stoupá, objevují se znaky psychické závislosti. Tento typ závislosti je velmi nebezpečný a vede k psychickým, ekonomickým a společenským důsledkům a škodám.

Typ delta – jde o chronickou konzumaci alkoholu. V popředí je závislost fyzická. Rizika: Hrozí větší poškození tělesného i psychického zdraví, než u typu gama.

Typ epsilon – je blízký typu gama, představuje opakovanou konzumaci alkoholu trvající často několik dnů či týdnů.

Jednotlivé typy závislostí na alkoholu (gama, delta, epsilon) se nevyskytují zdaleka tolik, a málokdy izolovaně. U nás se častěji vyskytují jedinci s převahou závislosti typu gama, méně často s převahou typu delta (Skála, J., 1987, str. 44 - 46).

Mnozí odborníci místo fází uvádějí raději stádia (zde je možný pohyb pouze ze stádia nižšího do stádia vyššího) závislostí na alkoholu:

I. stádium - počáteční (prealkoholické): Zvyšuje se frekvence pití, stoupají dávky alkoholických nápojů, piják poznává “odměňující” účinky alkoholu.

II. stádium – varovné: Jednotlivec pije již často tajně ze strachu, aby jeho okolí nic nepoznalo. Myslí trvale na alkohol, zajišťuje si zásoby alkoholických nápojů, pije

dychtivě svou první dávku. Je citlivý na zmínky o alkoholu, začíná mít "okénka". Toto stádium trvá půl roku až 5 let.

III. stádium – rozhodné (kritické): Ztrácí spolehlivou kontrolu nad alkoholem, brání se ovlivňování ze strany svého okolí, co se týká konzumace. Dělá si výčitky, výkyvy nálad, činí opakované, ale marné pokusy pít zdrženlivě. Dochází k zúžení zájmů, ochabování mezilidských vztahů, problémům na pracovišti a ke společenskému sestupu. Objevují se známky tělesného poškození, často i sexuální problémy. Tolerance vůči alkoholu stále stoupá, vyskytují se kratší či delší období abstinence.

IV. stádium – konečné (chronické): Dochází k výraznému oslabení tělesného i duševního zdraví. Klesá tolerance na alkohol, dochází k ranním douškům i několikadenním tahům, dostavují se stavy úzkosti a třesy. Jedinec vyhledává osoby, které jsou pod jeho společenskou úrovní, aby měl příležitost na pití. Dochází ke konzumaci technických prostředků, které obsahují alkohol (Okena, Alpa, ředěný líh vodou, ...). Dochází k bezmocnému debaklu, s alkoholem to nejde, bez něj také ne (Skála, J., 1987, str. 46 - 47).

Jiné novější zdroje uvádějí stádia jen tři: Rané, střední a pokročilé stádium. Nejprve se alkohol chová jako přítel, pomáhá vyřešit těžké situace. Zvyšuje se tolerance, jedinec začíná pít tajně a první sklenka je "na ex" → **rané stádium**. Alkohol začne ovládat jejich život. Jedinec často pije tajně, začíná se stranit společnosti, přestávají ho bavit jiné zájmy než alkohol. Objevují se občasné pokusy abstinovat, většinou však pouze krátkodobé. Závislost nemusí být vždy jen fyzická, ale může jít o člověka trpící závislostí psychickou → **střední stádium**. Alkohol přejímá absolutní kontrolu nad jedincovým životem, ten se straní společnosti, trpí výčitkami, ztrácí cíle a je neschopen nést odpovědnost. Pokud pití alkoholu dojde až takhle daleko, alkoholik už pít musí, aby zabránil abstinčním příznakům → **pokročilé stádium** (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=45>, 17.3.2008).

Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou než ve skutečnosti je, protože je

obecně tolerován, jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami, nicméně je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný. Má to mnoho příčin. Ty se týkají jednak historie užívání, kdy o alkoholu lze prohlásit, že tu byl „odjakživa“, pití alkoholu je spojeno s dějinami lidstva a je typické spojení užívání alkoholu se společenskými událostmi: Alkohol má ve společnosti pevné místo a nelze ho jednoduše vykrátit. Ovšem co se týče vzniku závislosti a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno nebo dokonce podporováno. Jak už je zmíněno výše, alkohol je České republice legální, přesto je jeho užívání omezeno několika zákony, které upravují např. podávání alkoholu nezletilým, zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu, omezení alkoholu při práci apod.

3.2 Tabák

Tabák pochází z usušených listů rostliny rodu *Nicotiana*, jehož nepopulárnější a nejčastěji kultivovaný druh je *Nicotiana tabacum*, který má svou původní vlast v Americe. Účinky tabáku se neprojevují tak rychle a dramaticky. Jeho vliv na člověka a jeho organismus je však značný. Podle zahraničních pramenů je kolem 30% případů rakovin na světě způsobeno kouřením tabáku. Celosvětově nyní umírají ročně 4 miliony lidí a v ČR 23 tisíc každý rok v důsledku nemocí způsobených tabákem. Ve dvacátém století má tabák na svědomí kolem 100 milionů obětí (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/tabak/tabak_podrobne, 17.3.2008). Tabákový kouř obsahuje tisíce chemických látek. Mimo jiné jsou to dehty, kysličník uhelnatý, amoniak, ketony a dokonce i velmi jedovatý kyanid, arzenid, nebo formaldehyd. Z nich je 60 – 100 rakovinotvorných. Dehet je sice rakovinotvorná látka, ale je nositelem chuti a vůně v cigaretách. Jeho množství se snižuje, například v Evropské unii je nyní zakázáno vyrábět cigarety s obsahem dehtu vyšším než 12 mg. Cigarety kuřák kouří však jen kvůli jediné návykové látce –

nikotinu. Sám nikotin je prudký jed a podání pouhých 50 mg najednou může způsobit smrt. Přesto však většina silných kuřáků denně tuto dávku překročí. Každý kuřák začátečník neujde otravě nikotinem. Ta se projevuje bledostí, nevolností, pocením, zúženými zornicemi. Na nikotin si organismus poměrně rychle zvyká – rychlá tolerance.

Spotřeba tabáku ve většině vyspělých zemí klesá. Je to důsledkem mnoha opatření, např. zdravotní výchova, dostatečná primární prevence, cenová regulace, zákaz kouření na veřejných místech, atd. Podobně jako u alkoholu se v České republice na prodej tabákových výrobků a dalších záležitostí spojených s tabákem vztahují omezení daná zákonem. Například tabákové výrobky nesmějí být prodány mladým lidem pod 18 let.

Některé účinky: U kuřáků začátečníků je častá bledost, studený pot, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy. Později zažloutlé prsty od cigaret, pokles tělesné výkonnosti, kašel, chronický zánět hltanu i hrtanu, srdeční choroby. Nepříznivé jsou účinky na pokožku (na konci zapálené cigarety je teplota kolem 1 000 °C). U kuřáků, kteří přestávají kouřit se objevuje abstinenční příznaky (např. podrážděnost, problémy s trávením, nespavost) (Nešpor K.; 1996; str.16-17).

Největší rizika: Kouření zvyšuje riziko vzniku zhoubných nádorů. Častá jsou onemocnění dýchacích cest, rozedma plic, astma. Je to jedna z nejčastějších příčin impotence u mužů. Kouření má i vysoký vliv na poškození dítěte u těhotných žen. Výrazně se zvyšuje riziko vzniku srdečních chorob, onemocnění žaludku, cév dolních končetin, poškození mozku. Objevují se potíže trávicí soustavy – nechutenství, průjmky, zácpy, zvracení. Také systém krevního oběhu trpí. Kuřáci si často stěžují na bušení srdce, nepravidelný tep, pocity sevřenost v okolí srdce. Většina kuřáků má problémy s vysokým krevním tlakem. Nikotin je typický nervový jed, proto se u kuřáků často vyskytují poruchy nervového systému. Trpí jednotlivá smyslová ústrojí, nejčastěji čich a chuť. K nejzávažnějším projevům užívání nikotinu patří nespavost (Illes T.;2002; str.12-13).

Podle odborníků je kouření nejzávažnější příčinou smrti, které se dá předejít.

Negativní vliv má kouř i na **pasivní kuřáky**, nekuřáky, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem. To má stejné škodlivé účinky na zdraví a stejnou měrou se podílí na vzniku rakoviny a jiných chorob. Varovné je, že kouří asi 50% rodin s dětmi. Pro ty je vliv kouře obzvlášť nebezpečný. Hrozí jim záněty dýchacích cest a astma.

3.3 Konopné drogy

Tyto drogy jsou produktem rostliny indického konopí - *cannabis sativa indica*, nebo konopí setého - *cannabis sativa*. Patří mezi nejoblíbenější ilegální drogy na světě. V roce 2000 se ke zkušenosti s konopnými drogami přihlásilo 35 – 50% českých středoškoláků. Hlavní účinnou látkou je THC (delta-9-tetrahydrocannabinol, s chemickým vzorcem $C_{21}H_{30}O_2$, označovaný též delta-9-THC). THC se z těla vylučuje jen velmi pomalu a ukládá se v tukové tkáni. Po vykouření jedné cigarety lze prokázat 40 – 50% THC v buněčných membránách a 1% lze prokázat dokonce po 48 – 138 dnech (Nešpor, K., 1996). Konopí se nepoužívá pouze jako droga, ale je to i významná hospodářská plodina. Semena obsahují až 30% tuku, který se používá k výrobě olejů. Stonky jsou surovinou pro získání pevných kvalitních vláken pro výrobu provazů, sítí, papíru atd. Konopí se také pěstuje jako biomasa, dosahuje 50 až 60 tun zelené hmoty z hektaru. Významný je však i jeho léčebný účinek, používá se při pokročilém onemocnění AIDS nebo rakoviny, poruchách pohybového ústrojí a ochrnutí, depresích, nevolnosti i zvracení po prodělané chemoterapii (Valíček, P., 1999, 57 – 67).

Účinky: Jako u všech psychotropních látek, tak i popsané účinky konopných drog patří mezi nejčastější, u nichž nelze totiž nikdy s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky se totiž na průběhu a charakteru stavů podílí celkové „nastavení“ (setting) jedince, očekávání, prostředí, únava,

individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů, z nichž každý může stavy během intoxikace velmi zásadně změnit. Při průměrné dávce (30 mg THC) se účinky projevují již po několika minutách po požití a přetrvávají 3 – 8 hodin. Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek lze řadit sucho v ústech, jemný pocit chladu a zostření chuti, takže jídlo se stává zajímavější a uživatel má pocit hladu. Dochází také k výraznému vnímání barev, zvuků a hudby. Typický stav po požití konopných látek je deformace ve vnímání času, ten se náhle pomalu vleče. Ve většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která občas přechází do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Občas se u uživatelů objeví pocit nevolnosti. Ani plynulý přechod z dobré na špatnou náladu není ojedinělý.

Rizika: Doposud není popsán žádný případ smrtelného předávkování na konopných drogách. To je také častý argument zastánců zlegalizování těchto drog u nás. Marihuanové cigarety však obsahují více rakovinotvorných látek než tabák. Po častém a nadměrném užívání se objevují poruchy v některých kognitivních funkcích, zejména ve výpadku krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. Pokud k intoxikaci dochází ve stavu deprese či v nepříjemném prostředí, může dojít k rozvoji paranoidního stavu. Jedinec má pocit že, ho všichni sledují, má strach že bude zatčen policií, přestože u sebe tuto nelegální drogu právě nemá. U osob, které mají vrozenou či vytvořenou dispozici k depresivním stavům, se po požití většího množství konopí mohou tyto stavy objevit, hrozí nebezpečí sebepoškozování, agrese, dochází ke stavům zmatenosti, jako jsou dezorientace, poruchy myšlení a emocí. Konopí může být také spouštěč mnohých psychických nemocí, a to již při prvním užití. Roste nebezpečí úrazů a dopravních nehod. U mužů se snižuje plodnost a je zde riziko poškození plodu u těhotných žen. Droga také oslabuje imunitní systém, což v kombinaci s rakovinotvornými dehty zvyšuje riziko vzniku nádorů. Mimořádně nebezpečné jsou tyto drogy pro lidi s nemocným srdcem a vysokým krevním tlakem a pro osoby psychicky labilní. Většina výzkumů dnes potvrzuje, že marihuana může

být návyková a má na uživatele negativní mentální, emocionální a fyzický dopad. **Způsoby užívání:** Konopné drogy jsou užívány především kouřením. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů nejrůznějšího druhu. Existují recepty na marihuanové pečivo, polévku, čaj apod. Efekt je ovšem větší v případě inhalace. Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány především dvě základní formy drogy. První je marihuana (tráva, zeli apod.), druhou hašiš (haš, čokoláda apod.). Závislost se projevuje užíváním této drogy i při zcela nevhodných případech (např. řízení automobilu, ve škole, ve společnosti, která to odsuzuje, atd.). Marihuana i hašiš jsou často pro dosažení silnějšího efektu zneužívány společně s alkoholem a jinými psychoaktivními látkami (Nožina, M., 1997, str. 33 - 36).

Marihuana - představuje název pro samičí květy a horní lístky z konopí. Zpravidla se používá jako kuřivo ve směsi s tabákem. Marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2-8% obsahu aktivních látek. Zahraniční pak v rozmezí 6-14% (speciálně upravená až 18 % a ve výjimečných případech i více).

Hašiš – je konopná pryskyřice, hnědé, tmavě hnědé nebo černé barvy, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Obsah aktivních látek může být až okolo 40%. Konzumuje se převážně kouřením ve speciálních dýmkách či cigaretách nebo se žvýká. Bývá také extrahován s alkoholem a vyrábí se z něj hašišová kořalka.

Hašišový olej – kanabisový derivát, který má obsah až 20% THC. Je to hustá lepkavá kapalina, tmavě hnědé až černé barvy. Pro dosažení psychoaktivního efektu stačí 1 – 2 kapky nakapané na cigaretový filtr (Nožina, M., 1997, str. 34 - 35).

3.4 Opiáty

Tyto drogy společně s psychofarmatiky patří mezi tlumivé látky. Opiáty se v lékařství používaly jako nejsilnější léky proti bolesti. Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických (poloumělých) opiátů je morfin a jeho deriváty. V roce 1803 se německému lékárníkovi Sertürnerovi podařilo izolovat dominantní složku opia, alkaloid morfin. Původně byl používán jako lék proti nespavosti. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je přírodní heroin (diacetylmorfin) a synteticky vyrobený metadon (6-dimetylamino-4,4,difenyl-3-hepaton-hydrochlorid). Opiáty jsou spolu s ředidly vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog vůbec. Velký podíl na tom má nejvyšší závislostní potenciál. Heroin je nejdražší drogou u nás (cca 1500 Kč denně) a to uživatele velmi rychle peněžně vyčerpá a vede ke krádežím a kriminalitě. Opiáty se lze velice poměrně předávkovat, každá dávka obsahuje různou koncentraci heroinu (Valíček, P., 1999, str. 67 - 76).

Účinky: Opiové drogy napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle - tzv. „vnitřních opiátů“ – endorfinů, enkefalinů a dynorfinů.

Tyto peptidy, vzbuzující mimořádně příjemné pocity, se do těla vylučují například při pohlavním styku, ale i při tělesné námaze, radosti apod. Účinky opiátů způsobují řadu procesů. Opiátové účinky na centrální nervový systém (mozek a míchu) - působení na část mozku, nazvanou locus ceruleus, vzbuzují pocit euforie a klidu. To je doprovázeno příjemnými pocity v oblasti břicha. Opiáty svým účinkem na míchu snižují schopnost těla reflexivně reagovat na bolestivé podněty, což do určité míry snižuje bolest. V neposlední řadě navozují otupělost a ospalost, což zapříčiňuje neschopnost soustředění, apatii, snížení fyzické aktivity. Dále se objevuje pocit nevolnosti a zvracení, potlačení kašlacího reflexu, pocit tíže končetin, křeče. Opiáty utlumují dýchání, což vede k infekci plic a při předávkování je to nejčastější příčina smrti. Účinky opiátů na periferní nervový systém – působí na svaly v žaludku, které posouvají potravu do tenkého a tlustého střeva, což způsobuje zácpu. Tento účinek je tak silný, že se používá při léčbě úplavice. Opiáty způsobený histaminový efekt

(zánětlivá reakce), jako jsou stažení zornic, sucho v ústech, očích a nose, zčervenání, pocit horka, svědění a výrazné pocení. Jiné účinky, u nichž se nepodařilo přesně prokázat mechanismus (ale přitom je jasné, že s opiáty souvisí) – existuje celá řada účinků, které se spojují s opiáty a pro něž nemáme jasné nebo průkazné vysvětlení. Patří mezi ně prodloužení nebo vymizení menstruačního cyklu, snižuje sexuální apetenci, způsobují halucinace a úzkosti. Nebezpečné jsou účinky na nenarozený plod a novorozence – u dětí matek, které užívají opiáty, bývá zjišťována nižší porodní váha, která bývá zapříčiněna předčasným porodem, podvýživou či účinky kouření tabáku. Velmi často se u nich objevuje novorozenecký abstinenční syndrom. Obvykle nastupuje 48 hodin po porodu a projevuje se poruchou spánku, podrážděním, kýcháním, křikem, vodnatou stolicí, hyperaktivitou a neklidem, světloplachostí, nízkým přírůstkem na váze, zvracením, křečemi. V některých případech se vyskytne syndrom náhlého úmrtí novorozence (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne, 24.3.2008).

Rizika: Největší riziko opiátů a z nich především heroinu plyne z faktu, že nikdy nevíte, kolik heroinu jste si v dávce vlastně koupili. Na černém trhu jsou nejběžnější dávky v čistotě 17 – 20%, ale objeví se i v koncentraci 5%. V tom případě nefunguje. Čistota 90 – 100% je tak nebezpečná, že spolehlivě zabíjí. Další rizika vyplývají i z toho, že opiáty se mohou užívat nitrožilně a to s sebou přináší rizika trombózy, zánětů žil, zánětu jater, syfilidy, nákazy AIDS a mnoho jiných nemocí. Zvyšování tolerance na opiátových drogách je velmi rychlé. Proto i závislost vzniká po několika prvních dávkách. U uživatelů dochází i ke zničení osobního i profesního života, ke ztrátě rodiny i přátel. Tyto drogy, převážně heroin, jsou velmi finančně „vysávající“, proto většina uživatelů dříve či později začne krást a může skončit ve vězení.

Opium - sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum album*) je jednou z nejdéle známých drog. Její název pochází z řeckého „ópos“ (šťáva). K získání 1 kg surového opia je třeba šťáva z přibližně 20 000 nezralých makovic. Typickým způsobem jeho zneužívání bylo a je požívání (nebo

pítí v roztocích) a kouření z dýmek. Opium se na českém trhu objevuje také jako příměs pouličně prodávaného hašiše, což výrazně zvyšuje nebezpečnost této konopné drogy.

Morfin - je mocný lék proti bolesti, vyvolává euforii způsobuje celkový útlum mozku – to má za následek uklidnění až narkotický spánek s barevnými sny. Vedlejším a velmi obávaným účinkem útlumu je riziko zástavy dechu pro ovlivnění dechového centra. Morfin dráždí centrum pro zvracení. Morfin silně ovlivňuje pohlavní funkce. Muži i ženy ztrácejí zájem o sex.

Kodein – je slabé analgetikum, působí jako výborný lék ke ztlumení kašle. Jinak jsou jeho účinky podobné morfiu, jen jsou mnohem slabší.

Heroin - v současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Heroin byl původně připraven jako nenávyková látka, jako látka proti dýchacím potížím u pacientů s astmatem a tuberkulózou. Dnes je závislost na pouličním heroínu obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost: zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká. Heroin je klasická tvrdá droga. Při podání má náhlý nárazový účinek (kick, flash), ten však trvá pouze jednu až sedm hodin, což je o poznání méně než u morfiu. Na českém trhu se objevuje buď jako hnědý heroin („brown sugar“), který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny, lépe se ale kouří, a bílý heroin („white dust“), který se podobá mouce, dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu, kouřit se ale nedá. Jedovatost heroínu je přibližně pětkrát vyšší než u morfiu a dvacetinásobně vyšší než u opia (Nožina, M., 1997, str.16 - 23).

Metadon – se používá především pro substituční léčbu závislostí na opiátech, protože má mírnější, ale delší odvykací syndrom. **Substituční léčba** je standardním léčebným postupem. Jde o první volby pro pacienty, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody. Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence. Do té doby jde o udržení a zlepšení pacientova somatického a psychického stavu. Dnes se již od této terapie

upouští, protože přináší mnoho problémů.

3.5 Stimulační drogy

Tyto drogy, jinak označovány také jako psychostimulancia, jsou charakteristické tím, že zahánějí pocit hladu, únavy nebo potřebu spánku a navozují pocit svěžesti. Nejběžnější a legální jsou kofein a nikotin. Standardně se mezi stimulanci zařazují kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát metamfetamin (pervitin). Na pomezí mezi touto skupinou a halucinogeny stojí tzv. "halucinogenní aminy" - jejich typickým zástupcem je MDMA (ecstasy). Jedná se o látky, které vzbuzují velmi silný pocit posílení, všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly a energie. Snižují chuť k jídlu. Jejich zneužívání vede k silnému návyku. Některé tyto drogy jsou rostlinného původu a vyrábějí se z kávovníku pravého – koky. Psychoaktivní látky jsou obsaženy v listech tohoto keře. Největší pěstitelské oblasti se nachází v Peru, Bolívii, Kolumbii a Ekvádoru. Syntetické stimulační látky – amfetaminy, jsou jednoduché sloučeniny, které mají podobné účinky jako kokain. Toxický syndrom vyvolaný amfetaminy je charakteristický závažnými psychózami, nerozpoznatelnými od pravé schizofrenie.

Účinky: zlepšení nálady, potlačení únavy a pocitu hladu, celkové zrychlení psychických procesů, zjitřená představivost, zvýšená schopnost vcítit se do pocitu druhých a uvolnění zábran. Vesměs jsou stimulační drogy používány k vyvolání pocitu euforie. Prvotní účinek nemusí být vždy příjemný a výrazný. Někdy dochází k stavům nervozity, podrážděnosti a úzkosti. Při častém a déletrvajícím zneužívání této skupiny drog dochází u každého konzumenta zákonitě k zásadním proměnám psychiky. Tento účinek je mezi uživateli této skupiny drog dobře znám a ve slangu

narkomanů se označuje pojmem „stíha.“ Jde o rozvoj toxické psychózy – psychické poruchy, projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný kocovině. Dominuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů. Není výjimečný ani několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s konzumací ohromného množství potravy.

Rizika: užívání stimulantů představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém. Stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus po dobu účinku podává vrcholový výkon bez většího přísunu potravy, což vede k úbytku váhy, někdy až o 10 kg za měsíc. Mohou se objevit i závažné psychózy, kdy jsou zřetelné paranoidní domněnky, že jedinci chce někdo ublížit, dochází ke změně nálad, výrazné jsou i zrakové, sluchové a hmatové halucinace. Stimulancia vytvářejí velmi rychle a spolehlivě psychickou závislost. Největší riziko stimulantů a z nich především pervitinu plyne z faktu, že nikdy nevíte, kolik drogy jste si v dávce vlastně koupili a jaké je kvality (Nožina, M., 1997, str. 23 - 32).

Kokain – poprvé byl použit jako anestetikum očním lékařem K. Kollerem v roce 1884. Dnes se kokain pro značnou toxicitu, nebezpečí návykovosti a menší stálost v terapii téměř neužívá. Listy koky se zpracují na pastu, tzv. kokainovou bázi, ta se ilegální cestou chemicky převede na velmi světově rozšířenou drogu – kokain. Ten se dostává k uživatelům v podobě bílého prášku, který se nejčastěji šňupe nosními dírkami nebo se injekčně vpichuje. Při prvním požití se neobjevují příjemné prožitky, ale naopak pocit srdeční slabosti, třes rukou rozšířené zornice, bledost a mrazení. Teprve opakované požívání vede k pocitům blaženosti a spokojenosti. Kokainisté se rádi navzájem vyhledávají, dovedou si společně vsugerovat halucinace. Dochází k touze po sexuálních zážitcích (Valíček, P., 2000, str. 49 - 57).

Crack – je to slangový název pro hydrochlorid kokainu. Nejedná se o novou drogu, ale o látku, která vznikne tepelnou úpravou hydrochloridu kokainu, jedlé sody a éteru. Je prodáván ve formě bílých krystalků. Crack bývá kouřen ve zvláštních

dýmkách či cigaretách ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Po požití této drogy nestávají podobné účinky jako u kokainu, ale stav intenzivní euforie trvá pouze 5 – 10 minut. Největší riziko spočívá ve vysokém nebezpečí předávkování, protože se obtížně odhadne množství prodávaných dávek.

Pervitin – tato droga je jednou z nejrozšířenějších zneužívaných ilegálních látek v České Republice. Její tradice je zde velmi dlouhá, jejich užívání a výroba nebyly výjimečné ani v době totality. Vstupní produkt pro výrobu pervitinu je stimulační látka zvaná efedrin, který lze získat z některých běžně prodejných léků. Efedrin lze za pomoci dalších chemikálií změnit na metamfetamin. Ten si lze vyrobit v domácích laboratořích, které jsou rozseté po celé ČR. Velké riziko spočívá v tom, že pervitin nemusí být správně vyroben, ale obsahuje příměsi různých chemikálií. Hrozí tak nebezpečí poškození organismu těmito nečistými drogami. Po požití dochází k zlepšení fyzické a psychické výkonnosti, uvolňování zábran, nemá problémy navázat kontakt s opačným pohlavím, průměrný řidič si připadá jako král silnic.

Extáze – neboli MDMA, je syntetický produkt vyrobený z amfetaminu, který vyvolává zvýšenou citlivost a vnímavost. Původně byla extáze používána jako lék v psychiatrii. V popisu účinků, složení a dokonce i chemická struktura je v literaturách uváděna různě. Problém spočívá v to, že derivátů amfetaminu jako základní drogy existuje celá řada. Na černém trhu se pak objevují tyto deriváty v různých podobách, často se ovšem nejedná o extázi, ale pouze o derivát efedrinu. Tato droga se užívá ve formě tablet či kapslí, po jejich spolknutí dochází k nástupu účinků – vzájemné porozumění, solidarita, pocity radosti. Extáze tlumí agresivitu. Při intoxikaci jsou popisovány pocity nervozity, nespavost a následná únava. Účinky drogy závisí na zkušenosti příslušné osoby, jejím metabolismu a prostředí. Rozšíření extáze je úzce spojeno s určitým druhem společenských příležitostí, při nichž ji zneužívá především mládež, hudba její účinky stimuluje. Proto se jí říká taneční droga (Nožina, M., 1997, str. 28 - 32).

3.6 Halucinogeny

Jde o látky syntetické nebo přírodní, které mají silný psychoaktivní účinek. Navozují stav vybuzení centrální nervové soustavy, deformují vnímání, projevují se změnou nálady, někdy navodí stav euforie, někdy těžké deprese. Látka navozuje falešné představy a zrakové halucinace. Jejich užívání bylo vždy spjato s náboženskými rituály. Halucinogeny můžeme rozdělit na tři skupiny: na látky přírodního rostlinného původu z hub, jako meskalin a psylocybin; přírodní látky živočišného původu, jako bufetenin; a syntetické nebo semisyntetické látky, jako LSD.

Účinky: po požití dochází k pocitům mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, výjimečně k pocitům závratě či nevolnosti. Může dojít k bolesti hlavy, pocitu neklidu, malátnosti, křečím, poruchám rovnováhy. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požití látky, její čistoty a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Častým doprovodným tělesným efektem je sucho v ústech. Charakteristický je výskyt iluzí a pseudohalucinací, zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev. Intoxikace je doprovázena pocitem mírné euforie, dobrou náladou, deformací vnímání reality, někdy také dochází k pocitům nepohody, úzkosti či depresím.

Rizika: nejvýznamnější komplikace užití halucinogenů souvisí s jejich primárním účinkem, tedy schopností vyvolávat halucinace a psychotické stavy. Společně s nimi dochází k falešným představám, ty mohou vést k nějaké nehodě nebo vážné poruše chování, což může být příčina agresivity proti sobě nebo okolí. Existuje také varianta, že psychotické stavy mohou přetrvávat dlouhodobě, popřípadě se mohou vracet v podobě tzv. psychotických reminiscencí (flash back, echo fenomén). Vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit vážná nevratná poškození jater nebo ledvin. U lidí s vrozeným srdečním onemocněním může dojít k různým srdečním komplikacím, způsobeným velkými výkyvy tlaku krve a zrychlené srdeční činnosti. Při „špatném naladění“, tedy například při déletrvající depresi nebo při intoxikaci na místě, kde to

není příjemné, může dojít k rozvoji paranoidního stavu, kdy má dotyčný pocit, že je ostatními sledován, že se na něj stále dívají, pozorují ho, hodnotí (Valíček, P., 2000, str. 99 - 105).

Meskalin – je to psychoaktivní látka obsažená v různých druzích kaktusů, ty jsou známy jako peyotes. Z nich je vylisován a ve formě rostlinného oleje bývá přidáván do nápojů. Rovněž se zpracovává do práškové podoby a užívá ve formě tablet.

Psilocybin – tato látka je součástí některých hub. Psilocybin je chemicky příbuzný LSD a má i podobné účinky. U nás je obsažen v houbě lysohlávce. Houby se většinou suší nebo nakládají a pak se konzumují jejich hlavičky. Problematický je odhad účinné látky, protože obsah psilocybinu se může v různých lokalitách lišit. Okruhy lidí orientovaných na tuto drogu považují její užívání často za rituál.

LSD – neboli lysergamid, se původně používal v experimentování v oblasti psychiatrie. Nejčastěji je zneužívána ve formě tripů – papírky napuštěné touto látkou nebo ve formě tablet či proužků želatiny. I velmi malá dávka LSD je schopna vyvolat halucinogenní efekt, který přetrvává až 8 hodin. Po užití dochází k pocitům závratě, nevolnosti, někdy zvracení. Objevuje se slinotok, kuřáci mívají tendenci kouřit. Somaticky se objevuje rozšíření zornic, stoupá krevní tlak a tep, stoupá teplota, intoxikovaný se potí. Látka nevyvolává závislost, ale při častém užívání dochází k osobnostním změnám (Nožina, M., 1997, str. 37 - 40).

3.7 Těkavé látky

Jedná se o skupinu návykových látek, někdy označovány jako látky prchavé nebo inhalační drogy. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Historie prchavých látek, hlavně éteru, rajského plynu (N_2O) a chloroformu je spojena s lékařstvím. Používaly se k navození narkózy. S rozvojem chemie byla vynalezena celá řada prostředků obsahujících

prchavá rozpouštědla. Některé z těchto látek jsou volně dostupné a jejich cena je řádově několik desítek korun. Proto i věk „čičačů“ je velmi nízký. Nejčastějším způsobem užívání je vdechování z igelitových pytlíků, do nichž je vložen kus tkaniny namočen v inhalantu. Uživatelé charakteristicky sladce páchnou, zvláště dech je cítit po organickém rozpouštědle. Nejrozšířenějším zástupcem této skupiny drog u nás je bezpochyby toluen.

Účinky: příznaky intoxikace se podobají opilosti. Objevuje se oblouzení, nepřítomnost duchem, neobvyklé, nekontrolované chování, výpadky paměti. Objevují se závratě, poruchy vidění a rovnováhy, problémy s artikulací slov, poruchy koordinace atd. Příznakem jsou rozšířené zornice, zarudlé oči, nepřítomný pohled. Častá je vyrážka kolem úst.

Riziko: těkavé látky jsou z hlediska zneužívání velmi nebezpečné. Je zde vysoké riziko předávkování či reflexní zástavy dechu a krevního oběhu. Při čichání totiž nelze odměřit přesnou dávku. Také poškození vnitřních orgánů je značné, nejméně je poškození mozku. Velice často dochází k nevratným změnám, vážnému poškození neuronů a úbytku intelektu. Dále poškozují ledviny, játra a kostní dřeň. Časté je i poleptání dýchacího ústrojí (Nožina, M., 1997, str. 41 - 42).

3.8 Psychofarmatika

Zneužívání psychofarmatik, neboli léčiv, má u nás dlouholetou tradici, a i přes výrazná rizika jejich užívání, patří mezi legální drogy. Tato skupina návykových látek zahrnuje kromě sedativ a hypnotik i další léky, které u jejich uživatelů mohou způsobit závislost, např. analgetika, anxiolytika. Dále sem patří barbituráty, deriváty brómu, neuroleptika, kombinované preparáty, antidepressiva, atd. (Nožina, M., 1997, str.45 – 48).

Účinky a rizika: Hlavním společným účinkem analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití dochází k ospalosti,

k vyhasínání reflexů, při předávkování dochází ke komatu nebo až ke smrti, a to zejména v případech, kdy se kombinují s jinou návykovou látkou (např. alkohol). Chronické užívání vede k psychické a somatické závislosti na dané návykové látce a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis. Anxiolytika odstraňují strach, mohou mít antidepressivní účinky, někdy dochází k uvolnění vzteku a k agresivitě. Při chybění léku - drogy se objevuje odvykací syndrom charakterizovaný neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případně zvýšením nebo znovuobjevením bolestí, zejména po vysazení opioidních analgetik. Objevují se bolesti svalů, křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes. Při nedostatku benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti, v krajních případech se může vyvinout i epileptický záchvat. Dalším problémem je, že dlouho probíhají skrytě a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Zneužívání léků a závislost na nich je známá u mladistvých a mladých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním, případně vyšším věku. Lékové závislosti jsou velmi obtížně léčitelné (http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne, 25.3.2008).

V příloze č. 4 uvádím některé léky s možným vznikem závislosti.

4. Drogová prevence

4.1. Prevence obecně

Slovo prevence vychází z latinského *praeventus* - zákrok předem. Prevence v širším slova smyslu znamená „předcházení nežádoucímu jevu a ochrana před ním“. Označuje všechny aktivity, jejichž cílem je potírání výskytu a zabraňování rozvoji negativního jevu ve společnosti. V medicíně je prevence definována, jako „soubor opatření mající zabránit onemocnění“. Právnicky je definována, jako „legislativní opatření, které má chránit společnost před nežádoucím konkrétním jednáním jednotlivců a skupin obyvatelstva“. Prevence v užším slova smyslu je chápána jako prevence jednotlivých negativních jevů - prevence kriminality, prevence závislosti, apod.. Prevencí buď negativním jevům předcházíme, nebo pozitivně ovlivňujeme ty pozitivní. Dalším druhem prevence je působení na již vzniklé jevy. Toto působení je v současné době častější a obvyklejší. Jde o to, abychom tyto jevy omezili, změnili, či alespoň zmírnili jejich následky (Štablová, R., 1997, str. 172 - 178). Prevence by se měla řídit několika zásadami:

- mít porozumění – chápat vliv a tlak kamarádů,
- rozhodnost – nedovolit dětem a mladistvím nebezpečné aktivity,
- podpora – pomoci najít dětem a mladistvím cestu jak říct NE,
- sebekritika – Jaký vliv má mé užívání návykových látek na děti v mém okolí? (Illes T., 2002, str. 44).

Na prevenci musíme nahlížet komplexně, tím rozumíme působení na kognitivní, emocionální a sociální schopnosti. S prevencí se musí začít od nejtělejšího věku. Specifické působení je možné rozčlenit do následujících věkových období: do 3 let, do 6 let, do 12 let, do 18 let a výše:

- V období do 3 let dítě vnímá samo sebe, je zaměřené na vlastní osobu. Mělo by kolem sebe mít klidné, bezpečné a příjemné prostředí, ve kterém by pevně zakotvilo.

- Od 3 do 6 let dítě bere rodiče a nejbližší osoby (učitelky MŠ) za nejdůležitější osoby a autority. Jejich chování je pro něj vzorem. V tomto období je důležité vést dítě k dobrému způsobu života, k správným hygienickým návykům. Zde se začíná s prevencí negativních jevů. Dítě má vědět, že existují věci, které jsou zdraví nebezpečné.
- Děti do 12 let začínají hodnotit informace a skutečnosti, zda jsou shodné, nebo se rozcházejí, všímají si rozporů a žádají vysvětlení. Často hodnotí rychle a černobíle. Informace by proto měly být dobře vysvětleny, a to v době, kdy se o ně dítě zajímá. Tyto informace získává od rodičů a jiných autorit, kterým věří, ale často je informováno od svých vrstevníků a škola a rodina začínají ztrácet svůj vliv. V tomto věku by měly děti získat pocit odpovědnosti, utváří si sociální vztahy a učí se komunikovat.
- Od 13 do 18 let prochází dítě složitým obdobím vzdoru, vzpoury, revolty. Dítě je kritické, velmi citlivé, bolestně prožívá neúspěchy. Mělo by mít pocit, že ho rodiče pochopí, obklopí láskou, vyslechnou a že jim mohou věřit. Vrstevníci mají velmi velký vliv a to jak pozitivní, tak negativní. Tento věk je kritický v prvních kontaktech s návykovou látkou. Dítě potřebuje posilovat pocit sebedůvěry, sebepoznávání, směřovat k určitému životnímu cíli.
- 18 let je magická hranice, na kterou každý mladý člověk netrpělivě čeká. Má pocit, že už mu nemůže nikdo nic zakazovat, že může vše, co chce. Obhájí si své názory a snaží se odpoutat od svých rodičů.

Jeden z nejúčinnějších způsobů prevence je působení příkladem a vzorem. Prvními vzory bývají rodiče, starší sourozenci, později to mohou být filmové hvězdy, zpěváci a známé osobnosti. Prevence je dlouhodobý proces, jehož výsledky nejsou hned viditelné! (Štablová, R., 1997, str. 172 - 178).

4.2. Dělení drogové prevence

Nejen Renata Štablová, ale i mnoho jiných odborníků na tuto problematiku, uvádí jako nejzákladnější rozdělení drogové prevence na prevenci primární, sekundární a terciální:

Primární prevence - je zaměřena na širokou veřejnost, hlavně však na děti a mládež. Je směřována do budoucna, cílem je působit tak, aby negativní jev vůbec nenastal. Základem primární prevence je výchova a utváření postojů v rodině. Abychom předcházeli možnému abúzu návykových látek, je důležitý zdravý životní styl rodiny, vymezení jasných pravidel a jejich dodržování, důvěra, vhodné trávení volného času, pocit bezpečí, posilování sebedůvěry, aj. Další důležitou institucí je zde škola. Zde mohou pedagogové využít preventivní učební materiály, DVD, pracovat s peer aktivisty nebo spolupracovat s jinými preventivními programy. V podstatě primární prevence obsahuje tyto hlavní složky: (1) informuje o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích, se zneužíváním drog spojených, (2) podporuje protidrogové postoje a normy, (3) posiluje prosociální chování, (4) pomáhá jednotlivcům i skupinám v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů, (5) podporuje zdravější alternativy, tvořivé chování a životní styl bez drog. Primární drogovou prevenci dělíme na nespecifickou primární prevenci a primární prevenci specifickou. **Nespecifická primární prevence** tvoří nedílnou součást primární prevence a jejím obsahem jsou všechny techniky umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Zahrnuje veškeré aktivity nemající přímou souvislost se zneužíváním návykových látek. Jedná se o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoli nežádoucích forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času. Do nespecifické prevence patří zájmové kroužky, dále sportovní aktivity apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. **Specifická primární prevence** je zaměřená specificky na určitou formu

nežádoucího chování, kterému se snaží předcházet nebo omezit jeho nárůst. Zaměřuje se na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet výskytu určitého nežádoucího chování nebo alespoň posunout výskyt takového jevu do vyššího věku a účinně tím snížit zdravotní či sociální dopady. Dále je zaměřena na určité cílové skupiny

(http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/primarni_prevence, 12.3.2008).

Sekundární prevence - je zaměřena na rizikové skupiny, či jedince, u nichž je pravděpodobné, že se dostanou do sociálně patologické situace, nebo se již dostali. Dále je zaměřena na sociální prostředí a sociální vztahy. Pomoc zajišťují poradny, linky důvěry, ambulantní centra, výchovní poradci na školách, kontaktní centra, protidrogoví koordinátoři, psychologové zaměřeni na problematiku závislostí a další. Z počátku často bývá problémem včas podchytit zneužívání návykových látek u dětí a mládeže. Důležití jsou zde i tzv. streetworkři (sociální asistenti), kteří navštěvují místa, kde se scházejí lidé užívající drogy, pokouší se s nimi navázat kontakt a poskytnout jim radu a pomoc.

Terciální prevence - jejím cílem je zajistit včasnou a odbornou pomoc. Je zaměřena na skupiny a jedince, kteří již užívají návykové látky, nebo se dostali do kategorie jiného sociálně negativního chování. Je zde široká nabídka alternativ, které mohou tito lidé využít – AT poradny, prvokontaktní zařízení, detoxikační centra, psychiatrické léčebny, terénní programy, aj. Tato péče je ovšem velmi finančně náročná (Štablová, R., 1997).

Úřad vlády České republiky vydal v roce 2007 nejnovější výzkumné poznatky v drogové prevenci, a zde je uvedeno následující rozdělení:

Všeobecná prevence – zaměřuje se na celou populaci, přičemž preventivní programy mají přinést prospěch každému členovi dané populace. Hlavním cílem je působit na mladé lidi, aby nezačali užívat návykové látky. Do této prevence můžeme zařadit např. školní protidrogovou prevenci zařazenou do učebního plánu.

Selektivní prevence – je zaměřena na tu část populace, u které je riziko rozvoje užívání návykových látek nadprůměrné. Příkladem je mimoškolní program pro děti, které mají problémy s chováním.

Indikovaná prevence – zde je hlavním cílem snížit riziko rozvoje užívání drog u jedinců, kteří již tyto látky užívají. Jako příklad lze uvést snahu snižování konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů (Prevence užívání drog mezi mladými lidmi, Úřad vlády ČR, 2007).

4.3 Protidrogová politika v ČR

4.3.1 Historie prevence v ČR

Dříve byla prevence spojována hlavně se zdravotnictvím, jejím cílem bylo předcházet nemocem. Rozvíjela se především primární prevence, např. pravidelné preventivní lékařské prohlídky na školách, očkování proti nemocím a poskytování informací. V 50. letech se začíná mluvit i o prevenci sekundární – měla eliminovat to co by nemoc mohla způsobit, pokud by se plně rozvinula. V 60. letech se přidává prevence terciální – jejím úkolem je snížit a předejít dalším poškozením. V 70. letech se u nás výrazně rozšířila domácí výroba hlavně braunu a pervitinu, což se projevilo ve vysokých sazbách trestů a odnětí svobody. Při kvalifikaci této trestné činnosti se často používal § 132 – rozkrádání majetku v socialistickém vlastnictví, kde hrozil trest odnětí svobody až do 15 let. Svým zastrahujícím dopadem plnil dobře svůj preventivní účel. V 80. letech vyšla řada vládních nařízení a zákonů na ochranu společnosti. 28.3.1989 byl vydán zákon č. 187/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi – v základním ustanovení říká „*Alkoholismus a jiné toxikomanie včetně kouření jsou negativní jevy způsobující značné společenské škody, zejména poškozování zdraví občanů.*“ Dále je v zákoně stanoveno, co se rozumí pod pojmem alkoholismus, návykové látky, osoba závislá na alkoholu nebo

jiných návykových látkách. Zákon se zabývá také výchovou (ve školách a v rodině - § 3), zdravotnictvím (ošetření v protialkoholní záchytné stanici - § 6, ustanovení léčebně preventivní péče - § 9), sociální péčí (způsob poskytování sociální péče - § 10) a omezujícími opatřeními (v jakém případě je zakázáno podávání a požívání alkoholických nápojů a zneužívání omamných prostředků na pracovištích - § 4). Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví - Ústav zdravotní výchovy. Prevence závislostí se dlouho týkala pouze alkoholu a tabáku. Po roce 1989 dochází k rozvoji drogového trhu. Problém drog se začíná zviditelňovat a medializovat. Do České republiky se drogy začaly cíleně dovážet z různých míst světa. Naše preventivní aktivity nebyly na tuto situaci připraveny. V naší republice se značně zvýšila poptávka po drogách, a kde je poptávka, je i nabídka. Drogy byly značně levnější než v sousedních zemích. V této době (1997) chyběla legislativní opatření. Pouze policisté nemohli tento problém vyřešit. Zvýrazňuje se úloha prevence, to hlavně prostřednictvím masmédií, rodiny a školy. Některé informace v masmédiích mají ovšem opačný vliv, některé články popírají škodlivost některých drog, např. marihuany. Také ve školství nebyla prevence nejlepší, zabývají se jí až v době, kdy se drogy již staly součástí mladých lidí (15, 16 let). Začaly se proto rozvíjet i vzdělávací aktivity pro pedagogy v oblasti drogové prevence. Jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na skutečnost, že škola je po rodině tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci. Od počátku nového století se školní prevence výrazně zlepšila a je cílená již od mateřských škol (Štablová, R., 1997).

4.3.2 Prevence v současnosti

Na jednotlivé části prevence by se nemělo nahlížet odděleně, ale chceme - li v prevenci uspět, měli bychom ji řešit a financovat jako celek. Zásadní směr v

prevenci určuje státní politika a to materiály, které schválí, a finanční podporou. Prevence spadá především do působnosti:

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR - vymezuje jednotlivé úkoly škol a školských zařízení v jednotlivých oblastech prevence. Důležitým dokumentem je pokyn ministra k prevenci zneužívání návykových látek ve školách a školských zařízeních. Do systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy patří jednotlivé instituce a organizace veřejné správy a další subjekty. Jde především o:

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

Zásadní význam pro prevenci mají i nevládní organizace, které vhodnou formou doplňují činnost institucí veřejné správy a dalších subjektů (Metodický pokyn MŠMT ČR, čj.: 14514/2000 - 51). Jednotlivé úkoly jsou konkrétně vymezeny a je uvedena odpovědnost za jejich plnění. Dále byla resortem zpracována Metodika postupu škol a školských zařízení v sociální prevenci, včetně návykových látek a jiných závislostí. V materiálu jsou uvedeny zásady pro efektivní prevenci a je zde zdůrazněna spolupráce rodiny a školy.

Ministerstvo zdravotnictví ČR – zajišťující péči o osoby zneužívající drogy a závislé, rozšiřuje nabídku dalšího vzdělávání zdravotníků o drogové problematice a poskytuje finanční prostředky na preventivní materiály a programy. Dále zajišťuje výchovu ke zdravému životnímu stylu. Odpovídá za legislativu týkající se legálního zacházení s návykovými látkami, přípravky a pomocnými látkami, povoluje dovozy

a vývozy těchto látek v ČR, vykonává kontrolní činnost.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – odpovídá za řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním všech typů drog, ať už legálních či ilegálních a za realizaci a financování sociálních služeb pro uživatele drog, jejich blízké a rodinné příslušníky. Zajišťuje ochranu dětí a mládeže. Pro tyto účely byl v minulých letech značně zvýšen počet terénních sociálních pracovníků.

Ministerstvo vnitra ČR – v protidrogové politice odpovídá hlavně za regulaci opatření potlačujících nabídku ilegálních drog a kontroluje prodej drog legálních. V obecné rovině odpovídá za ochranu veřejného pořádku a snižování kriminality. Zajišťuje profesní přípravu pracovníků Policie ČR.

Na prevenci se podílí do značné míry všechna ministerstva ČR. Ministerstvo spravedlnosti ČR vytváří legislativní systém, Ministerstvo obrany ČR je odpovědné za včasné odhalení užívání drog u vojáků, Ministerstvo zahraničních věcí ČR koordinuje plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv podepsaných v rámci OSN nebo EU, Ministerstvo financí ČR ze státního rozpočtu uvolňuje finanční prostředky na programy protidrogové prevence, Ministerstvo zemědělství ČR odborně spolupracuje při evidenci legální produkce máku setého a konopí.

Významným státním orgánem podílejícím se nejen na prevenci drogových závislostí, ale na prevenci všech sociálně patologických jevů je **Policie ČR**. Odpovídá za realizaci konkrétních opatření, která zabraňují prodeji ilegálních drog, na dodržování zákonných norem, které upravují prodej alkoholu a tabáku. Zajišťují ochranu veřejného pořádku a potírání kriminality. Potlačení nabídky ilegálních drog dosahuje především díky odhalování organizovaného drogového zločinu a pouliční drogové kriminality (Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, 2005, str. 23 - 26).

Nevládní organizace – ty hrají významnou roli v prevenci a svou činností zasahují do všech složek protidrogové prevence. Jejich aktivity se soustředí na prevenci tam, kde chyběla. Vznikala nízkoprahová zařízení, pracují tzv. streetworkeri, zabývají se

vyhledáváním toxikomanů v terénu, nabízením pomoci či rady. Tyto organizace zakládají terapeutické komunity s nabídkou léčby, vyměňují narkomanům injekční jehly, rozdávají kondomy, balíčky první pomoci, informační materiály. Příkladem nevládní iniciativy v prevenci problémů způsobených alkoholem a jinými drogami je program FIT IN. Nabízí preventivní aktivity zaměřené na rizikové skupiny. Financování těchto organizací je značně závislé na státu. Sponzoři o preventivní drogové programy nejeví veliký zájem (Štablová, R., 1997).

Hlavní principy a cíle protidrogové politiky ČR - vláda schválila svým usnesením č. 109/04 o přípravě národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 jako hlavní princip české protidrogové politiky **ochranu veřejného zdraví**. Na jeho plnění se podílí celá řada opatření, od preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních, přes vymáhání práva, až k zlepšení zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky pro jedince i celou společnost. Dalšími principy uplatňovanými při realizaci protidrogové politiky v období 2005–2009 jsou:

- a) realistický a poučený přístup – vychází ze zkušeností z let minulých a cíle jsou realistické a dosažitelné,
- b) priorita ověřených dat a strategií - všechny aktivity protidrogové politiky musejí vycházet z vědecky ověřených faktů a dat. Pro jednotlivé strategie je důležitá podpora výzkumů,
- c) partnerství a společný postup - národní strategie spolupracuje se všemi články veřejné správy i občanské společnosti a to na místní, krajské, národní i mezinárodní úrovni,
- d) komplexní přístup - řešení problematiky užívání drog vyžaduje komplexní a strukturovaný přístup, v němž jednotlivé složky protidrogové politiky hrají nezastupitelnou a rovnocennou roli. Nápravu nelze uskutečnit izolovaně v jedné oblasti protidrogové politiky,

e) hodnocení efektivity – všechny poznatky protidrogové politiky je třeba důkladně monitorovat a vyhodnocovat. Nové trendy v užívání drog a vědecké poznatky důkladně modifikovat,

f) dlouhodobé plánování – jakákoli prevence má smysl pouze tehdy, pokud je dlouhodobá a důkladně naplánovaná.

Na období 2005 až 2009 si Vláda ČR vytyčila cíle protidrogové politiky. Patří mezi ně: potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného obchodování s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog. Druhý hlavní cíl zní: snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat (Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, 2005, str. 16, 17).

4.3.3 Právní legislativa ČR

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR uvádí celou řadu zákonů, vyhlášek a pokynů, které mají nejen chránit děti a mládež před návykovými látkami, ale i např. omezují prodej alkoholu a tabákových výrobků, zneužívání omamných látek, upravují financování preventivních programů a jiné. Pro představu uvádím přehled legislativy, kterou se nejen Česká republika, ale i Evropská unie řídí (<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarnipreven ce.doc>, 25.3.2008):

Vnitrostátní legislativa týkající se drogové problematiky:

- Zákon o péči o zdraví lidu
- Vyhláška ministerstva spravedlnosti ČSSR č. 244/1988 Sb.
- Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách, úplné znění 55/2002 Sb.
- Vyhláška č. 62/1989 Sb. o Úmluvě o psychotropních látkách
- Trestní zákon č. 140/1961 Sb.
- Trestní zákon č. 112/1998 Sb. – tzv. drogová novela trestního zákona.

Mezinárodní smlouvy, kterými je stát vázán poté, co je ratifikoval:

- Jednotná úmluva o omamných látkách sjednaná 31.3.1961 v New Yorku (vyhl. Ministerstva zahraničních věcí č. 47/1965 Sb., změna 458/1991 Sb.).
- Protokol o změnách Jednotné úmluvy o omamných a psychotropních látkách z roku 1961, sjednaný 25.3.1972 v Ženevě.
- Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971, sjednaná 21.2.1971 ve Vídni (vyhl. Ministerstva zahraničních věcí č. 62/1989 Sb.).
- Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami sjednaná 20.12.01988 ve Vídni.

Další závazné pokyny:

- Pokyn č. 16 227/96-22 k prevenci zneužívání návykových látek ve školách a školských zařízeních (uveřejněno ve Věstníku MŠMT č. 8/1996).
- Pokyn SK20/98 - Minimální preventivní program pro školy a školská zařízení v oblasti zneužívání návykových látek Škola bez drog.
- Metodický pokyn 19 197/98-24 pro čerpání a vyúčtování finančních prostředků, vyčleněných z rozpočtu MŠMT pro školské úřady určené na realizaci SK20/98 a na podporu činností směřujících v roce 1998 k prevenci dalších sociálně patologických jevů.
- Doplněk 25 598/98-24 k pokynu 19 197/98-24.
- Zákon o sociálně právní ochraně dětí 359/99 Sb. v platném znění.

4.4 Preventivní protidrogové programy

Tyto programy jsou zaměřeny na předcházení nejen drogové závislosti, ale na prevenci všech sociálně patologických jevů. Můžeme se s nimi setkat jak na základních a středních školách, tak už již na mateřských školách. Vývoj preventivních programů prošel v posledních 15 letech velmi náročným obdobím. Základním dokumentem, který se jimi začal více zabývat, byla první Strategie protidrogové politiky z roku 1993. V období 1995 až 1997 se o prevenci návykových

látek vážně diskutuje a začíná se koordinovat a provádět. Následné období 1998 až 2000 lze označit jako krok zpět. Vznikl dokument koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 1998 až 2000. Díky neprofesionalitě a neznalosti nespĺňovala tato koncepce základní požadavky, neboť neobsahovala cíle, časový plán, rozdělení zodpovědnosti jednotlivých institucí. Za primární prevenci bylo označeno téměř vše, čím lze vyplnit volný čas. Ani následující koncepce MŠMT nepřinesla příliš výrazný posun žádným směrem.

Dnes zodpovědnost za preventivní programy nese MŠMT, které udává pokyny pro jednotlivé rezorty, poskytovatele služeb a kraje. Ve druhé polovině roku 2004 proběhl projekt, který určil standardy pro primární prevenci. Ty obsahují souhrn základních požadavků na to, aby byly splněny požadavky primárních preventivních programů (Miovský, M., Kubů, P., Miovská, L., 2004).

Primárně preventivní programy mají v současné době spousty podob. Lze je rozdělit do několika skupin.

Z hlediska cílové populace je můžeme dělit na:

- a) komplexní, které pracují s dětmi, studenty, pedagogy, rodiči, s institucemi a veřejností (prostřednictvím masmédií, tisku ...),
- b) populačně cílené, které nepracují s celou populací, ale jen s její částí v rámci určitého systému,
- c) populačně náhodné pracující na základě nabídky a poptávky, kdy na jedné straně organizace nabízí program a na druhé straně si ho zadavatel (např. školy) objednává bez větších ohledů na potřeby populace,

Z hlediska časovosti programů je lze rozdělit na:

- a) programy s dlouhodobým působením, kde není důležité, jak dlouho organizace daný program realizuje, ale jak dlouho konkrétní děti tímto programem procházejí (pět, sedmi, desetileté programy),

- b) střednědobé programy, cca dva až tři roky,
- c) krátkodobé programy, většinou v rozsahu hodin rozložených do několika dnů,
- d) nárazové - jednorázové programy jako jednorázová hodinová až tříhodinová aktivita.

Krátkodobé či nárazové preventivní programy nemají výraznou účinnost. Cílem preventivních programů je žáky a studenty přesvědčit o tom, že zdravý životní styl je něco lepšího, než užívání návykových látek. Chceme jim ukázat, jak efektivně trávit volný čas a jak najít způsob říct droze ne. A to během několika málo hodin téměř nikdy nedokážeme.

V současnosti jednorázové preventivní programy rozdělujeme do dvou kategorií: **přednášky a besedy** realizuje buď dvojice lektorů nebo jeden lektor v časovém rozpětí do dvou vyučovacích hodin, většinou pro jednu třídu, ale někdy i pro více tříd dohromady. Přednášky se využívají k předání určitých znalostí, nebo postupů. V určitých případech je nutné tento postup použít, ale pouhé přednášky vedou k velmi malé účinnosti. Druhou kategorií jsou **komponované pořady**. Využívají kromě mluveného slova přednášejících a diskuse také promítání filmů, dramatických či hudebních vstupů a her diváků. Tyto pořady lze rozdělit do následujících skupin:

- promítání filmu (buď naučného nebo publicistického), po něm následuje beseda nebo jen odpovědi na dotazy,
- film a dotazy, ale proložené hudebním vystoupením známého interpreta nebo vystoupením známé osobnosti třeba z oblasti sportu,
- film, dotazy, hudba + aktivní zapojení posluchačů přehráváním různých situací a jejich řešení.

Komponované pořady se dělají pro všechny věkové kategorie od 1. tříd ZŠ až po střední školy. Aktéři jsou buď drogoví odborníci, často spolupracují společně s umělci či sportovci.

Realizace těchto jednorázových programů je často kritizována, protože nesplňuje

základní kritérium dlouhodobosti a všestrannosti. Jsou-li ale skutečně doplňkem dlouhodobé prevence, není nutné pohlížet na ně skepticky (<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarniprevence.doc>, 25.3.2008).

Dlouhodobé preventivní programy se nejčastěji rozdělují podle věkové skupiny, pro kterou jsou určeny. V metodickém pokynu MŠTM je dáno, s čím by žáci měli seznámit:

- Dlouhodobý program pro předškolní věk - tento program je pojat v celkovém kontextu podpory zdraví a rámcově navazuje na běžně používané výchovné činnosti předškolních zařízení. Jednotlivé kapitoly informují děti o zdraví, hygieně, výživě, pohybu, významu rostlin, základních informacích o škodlivosti alkoholu, cigaret a drog.
- Dlouhodobý program v raném školním věku - program by měl doplňovat a rozvíjet informace o drogách a zdravém životním stylu. Jednotlivé kapitoly jsou v podstatě totožné s předškolní výchovou, ale jejich obsah je lehce náročnější vzhledem k věku dětí.
- Dlouhodobý program pro 4. a 5. třídy - program je zaměřen na to, proč lidé berou drogy, co je lepším řešením, na jednoduché objasnění vzniku závislosti a účinků a následků základních drog. Důležitou částí je nácvik reakcí na nebezpečné situace, včetně schopností odmítnat nabídku.
- Dlouhodobý program pro 2. stupeň základních škol - rozšiřuje a podrobněji vysvětluje bloky pro předcházející věkové skupiny. Dává více do souvislosti bezprostřední účinky drog s dlouhodobými následky jejich zneužívání, zmiňuje různé druhy pomoci závislým, včetně seznámení se zařízeními, kde je možné pomoc vyhledat. Důraz je kladen též na témata, jako jsou mezilidské vztahy, řešení problémů, poznání sebe sama, komunikace apod. Přesná náplň musí vždy odrážet skutečný stav vědomostí a postojů v jednotlivých třídách, protože jejich úroveň bývá v různých lokalitách odlišná.

- Program pro střední školy - program se zabývá nabídkou alternativních forem jednání. Nabízí orientaci ve složitých životních situacích, kterými jednotlivec v náročné době dospívání prochází. Programy preventivního charakteru bývají často zaměřeny na výcvik tzv. peerů pro základní školy

(<http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/JCHVybraneterminyprimarnipreven ce.doc>, 25.3.2008).

Jednou z možností, jak uskutečnit programy primární prevence jsou **peer programy** neboli vrstevnické programy, které pocházejí z USA a jejich principem je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro utváření postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování. Tito lidé jsou většinou studenti středních škol. Podstata spočívá v tom, že cílová populace se může s peer aktivistou ztotožnit. Důležitý je věk, ale třeba i sociální situace. Tento program se jeví jako nejefektivnější především u normální populace, selhává však u jedinců se zvýšeným rizikem. Toto selhání je pravděpodobně dáno tím, že problémový jedinec nebude vnímat svého neselhávajícího vrstevníka jako člověka ve stejné situaci a též sociální skupině. Nemůže se s ním tedy dost dobře ztotožňovat a použít jeho pozitivní model chování (Nešpor, K., Csémy, L., 1996, str. 24-25).

Aby byl preventivní program efektivní a měl význam, vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR metodický pokyn k prevenci sociálně patologických jevů, kde jsou preventivní programy pro školy definovány takto:

- a) je dlouhodobým preventivním programem pro školy a školská zařízení,
- b) je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z příslušného rámcového vzdělávacího programu, popř. přílohou dosud platných osnov a učebních plánů,
- c) vychází z omezených časových, personálních a finančních investic se zaměřením na nejvyšší efektivitu,

- d) jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle,
 - e) je naplánován tak, aby mohl být řádně uskutečňován,
 - f) přizpůsobuje se kulturním, sociálním či politickým okolnostem i struktuře školy či specifické populaci jak v rámci školy, tak v jejím okolí, respektuje rozdíly ve školním prostředí,
 - g) oddaluje, brání nebo snižuje výskyt sociálně patologických jevů,
 - h) zvyšuje schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí,
 - i) má dlouhotrvající výsledky,
 - j) pojmenovává problémy z oblasti sociálně patologických jevů,
 - k) pomáhá zejména těm jedincům, kteří pocházejí z nejvíce ohrožených skupin (minoritám, cizincům, pacientům či dětem) při ochraně jejich lidských práv,
 - l) podporuje zdravý životní styl, tj. harmonickou rovnováhu tělesných a duševních funkcí s pocitem spokojenosti, chuti do života, tělesného i duševního blaha (výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybové aktivity)
- (http://www.msmt.cz/uploads/soubory/prevence/PH_20006_07_51_MP_k_preveni_SPJ_k_podpisu_mini.doc, 25.3.2008).

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle dotazníkového šetření

Cílem mého dotazníkového šetření je zjistit, jak dospělá populace nahlíží na legální drogy – alkohol a cigarety. Z předchozích výzkumů již víme, že mládež tyto návykové látky nepovažuje za příliš nebezpečné. Alkohol je brán jako společenská a kulturní záležitost, bez které si nedovedou představit oslavu, posezení s kamarády či jinou společenskou akci. Přestože podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2003 přes 25 % šestnáctiletých studentů uvedlo, že jsou denní kuřáci, dnešní doba je proti kouření. Cílem mé studie je zjištění, jak se na tuto problematiku dívá dospělá populace. Jaké jsou rozdíly v názorech mezi věkovou skupinou 20 až 32 let a skupinou 33 až 48 let. Cílem je i porovnání s výsledky studie ESPAD z roku 2003, která zkoumala názory a zkušenosti mezi šestnáctiletými studenty.

2. Zkušenosti a vztah dospělé populace k alkoholu a cigaretám

V dotazníkovém šetření jsem se zaměřila na užívání alkoholu a cigaret. V úrovni celkové spotřeby alkoholu na osobu a rok zaujímá dlouhodobě Česká republika přední místo v žebříčku evropských zemí, proto jsem se zajímala o to, jak na alkohol a cigarety nahlíží česká dospělá populace, kdy přišli poprvé do kontaktu s alkoholem a cigaretami, jak často tyto drogy zneužívají.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Úřad vlády ČR) vydává 6krát ročně periodickou publikaci *Zaostřeno na drogy*. Lednové číslo z roku 2005 je nazváno *Legální drogy v České republice*. Zde jsou uveřejněny výsledky studie GYTS (Global Youth Tobacco Survey) z roku 2002, mapující rozsah

kouření mezi mládeží. Jsou zde uvedeny i mnohé výsledky studií, týkajících se alkoholu. Významné jsou i výsledky celoevropské studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), která probíhá každé 4 roky a věnuje se této problematice mezi středoškoláky. Naposledy byla realizovaná v roce 2003. Z těchto studií vyplývají mnohé poznatky, které se upotřebí při tvorbě protidrogové prevence.

Konstrukce dotazníků (příloha č. 5), výběr respondentů a samotná realizace dotazníkového šetření proběhla na základě mých předpokladů.

Předpoklady (hypotézy):

- Předpokládám, že děti konzumují a experimentují s alkoholem v době mladšího školního věku, do 12 let.
- Předpokládám, že první ochutnávka alkoholu je často od rodičů nebo jiného dospělého.
- Předpokládám, že cigarety prvně člověk zkusí ve věku 12 až 15 let a to s kamarády v partě.
- Předpokládám, že budou značné rozdíly názorů na alkohol a cigarety z pohledu mladší (20 až 32 let) a starší (33 až 48 let) generace.

2.1 Popis zkoumaného vzorku

Dotazníkové šetření vyplnilo celkem 84 dospělých. Z toho bylo 46 žen a 36 mužů. Jednalo se o studenty 1. a 3. ročníku kombinovaného studia oboru sociální pedagogiky. Tento obor je otevřen na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento bakalářský studijní program poskytuje vysokoškolské vzdělání pro pracovníky z různých oblastí veřejné správy (státní správy i samosprávy), poskytuje ale také přípravu pracovníkům z veřejných institucí, které se zabývají sociální prací, prevencí a bezpečnostními otázkami (nadace, neziskové organizace, soukromé bezpečnostní služby, vzdělávací instituce). Cílem je

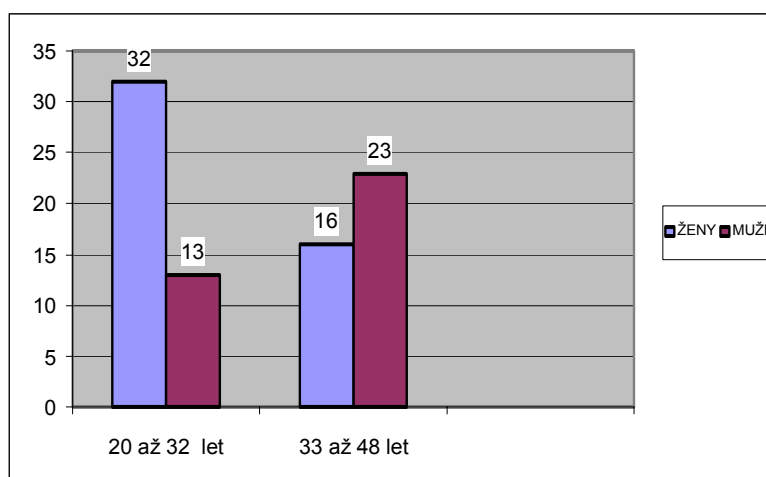
rozvinout potřebné profesní kompetence a to především posílení činností v oblasti sociální, preventivní a výchovné práce. Dále je u studentů vytvářen základ pro rozvoj komunikativních, organizačních a řídicích dovedností, posilovat takové pojetí profese, jehož součástí je pomáhající a poradenská činnost. Tím budou absolventům poskytnuty lepší podmínky nejen pro kvalitnější výkon profese, ale i pro rozšíření možností jejich uplatnění i kariérního růstu.

Nejmłodšimu dotazovanému bylo 20 let, nejstaršimu bylo 48 let. Respondenti jsou lidé z praxe a mají značnou míru zkušeností. Tabulka č. 1 ukazuje věkové složení mužů a žen vyplňujících dotazník. Totéž ukazuje i obrázek č. 1. Dotazovaní jsou rozděleni do dvou skupin podle věku, jelikož se budu zajímat o rozdíly v názorech mezi těmito dvěma skupinami. První skupina – mladší generace, jsou dotazovaní ve věku 20 až 32 let. Druhá skupina – starší generace, jsou dotazovaní ve věku 33 až 48 let. Ukázku vyplněného dotazníku naleznete v příloze č. 6.

Tabulka č. 1

VĚK	ŽENY	MUŽI	CELKEM
20 – 32 let	32	13	45
33 – 48 let	16	23	39

Obrázek č. 1

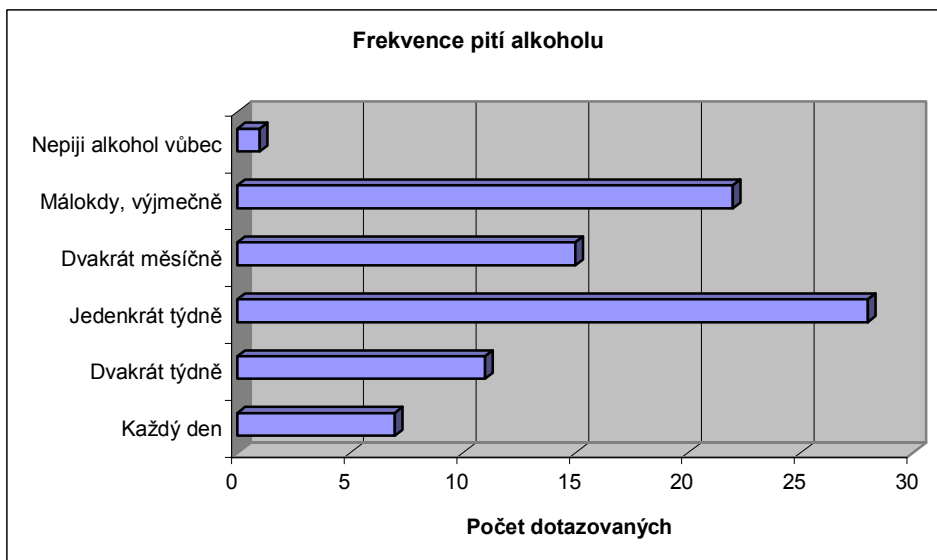


2.2 Výsledky průzkumu

Otázka č. 1 Pijete alkohol?

Tato otázka se zabývá pitím alkoholu, zda lidé pijí alkohol a jak často. Otázka se týká také toho, jaký druh alkoholu pijí dotazovaní nejčastěji. Obrázek č. 2 ukazuje, jak časté je pití alkoholu u dospělé populace.

Obrázek č. 2



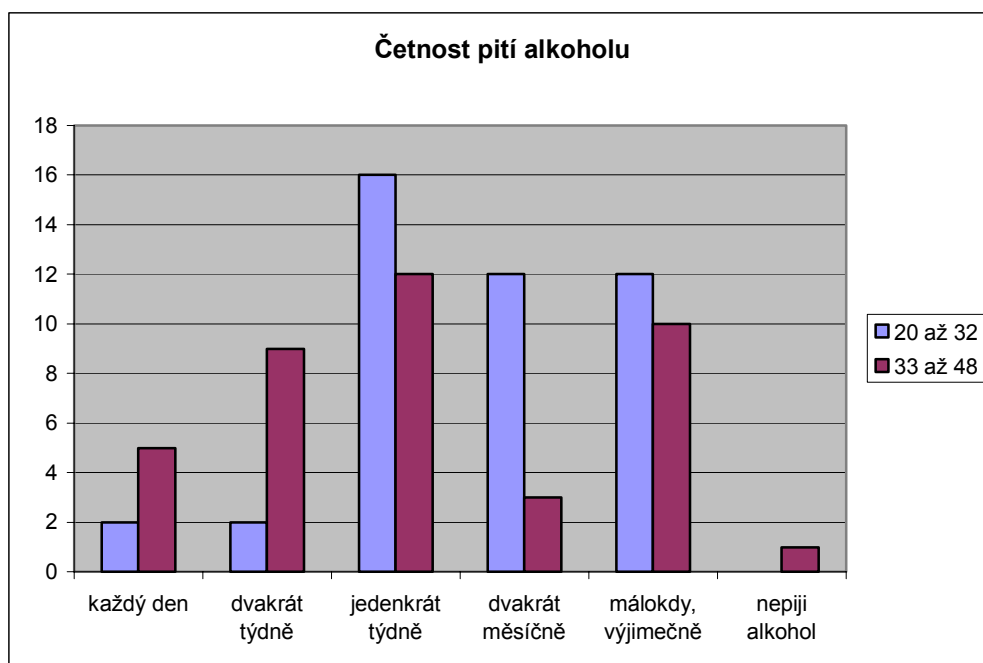
Pouze jeden dotazovaný na otázku, zda pije alkohol, odpověděl, že ne. Více než třetina dotazovaných pije alkohol jedenkrát týdně. Dokonce 7 lidí odpovědělo, že alkohol pijí každý den. Na druhou stranu je velmi povzbuzující, že 22 dotazovaných (přes 26 %) pije alkohol velmi výjimečně.

U této otázky se neobjevují výrazné generační rozdíly. Starší generace pije alkohol častěji, 5 dotazovaných uvedlo pití alkoholu každý den a 9 dvakrát týdně.

Zatímco pouze 2 dotazovaní z mladší generace pijí alkohol každý den a 2 dotazovaní dvakrát týdně. Srovnání ukazuje obrázek č. 3.

Výsledky studie ESPAD z roku 2003 ukazují frekvenci pití piva, vína a destilátů v posledních 30 dnech. Povzbuzující je, že piva se nenapilo přes 37 % studentů, vína přes 47 % studentů a destilátů přes 43 % studentů v posledních 30 dnech. U těchto studentů lze předpokládat, že alkohol pijí málokdy nebo výjimečně, nebo nepijí alkohol vůbec.

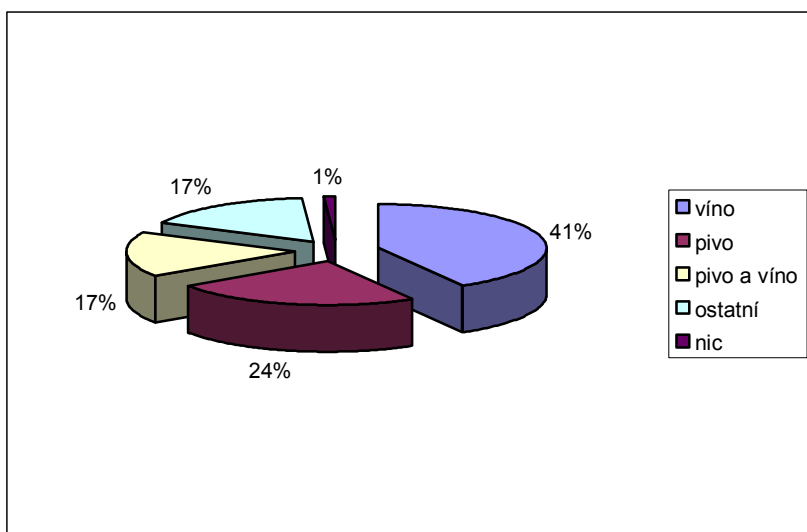
Obrázek č. 3



I když se říká, že Češi jsou „národ pivařů“, v mém dotazníkovém šetření se ukázalo, že lidé pijí mnohem častěji víno. 35 dotazovaných (41 %) odpovědělo pouze víno a 20 dotazovaných (24 %) pouze pivo. 14 dotazovaných (17 %) odpovědělo pivo i víno. Ostatní (17 %) uvedli většinou víno či pivo a nějaký tvrdý alkohol. Častý byl rum, vodka nebo míchané nápoje. Procentuální složení pití alkoholu ukazuje obrázek č. 4.

Výsledky ESPAD ukazují, že nejběžněji konzumovaný alkohol mezi mládeží je pivo. Zároveň se však ukázalo, že destiláty jsou konzumovány s vyšší frekvencí, než víno. Na celkové spotřebě alkoholu se ze 45 % podílelo pivo, 37 % destiláty a 17 % víno.

Obrázek č. 4



Otázka č. 2 Kdy poprvé jste ochutnal/a alkohol?

Úkolem této otázky je zjistit, v kolika letech lidé přijdou do prvního kontaktu s alkoholem. Mým předpokladem je, že většina respondentů uvede věk do 12 let. Počet odpovědí je uveden v tabulce č. 2.

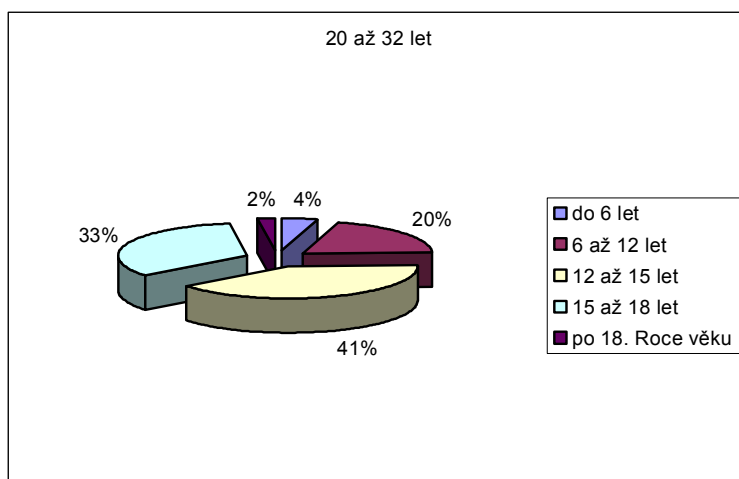
Tabulka č. 2

VĚK	POČET DOTAZOVANÝCH
Do 6 let	3
6 až 12 let	16
12 až 15 let	34
15 až 18 let	28

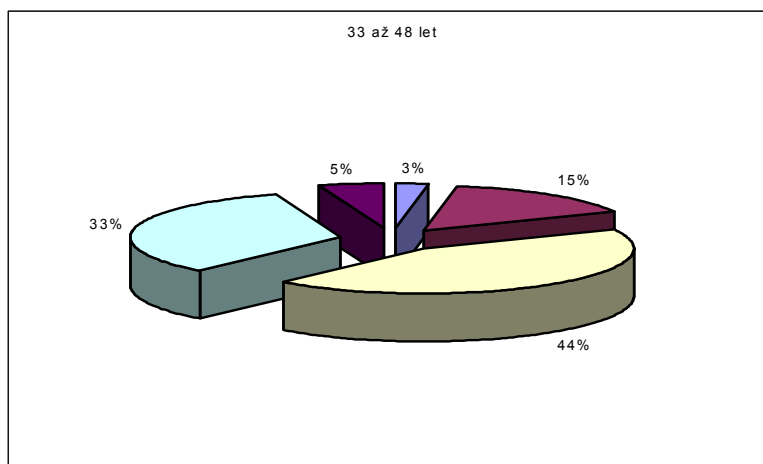
Po 18. roce věku	3
Nikdy	0

Nejvíce dotazovaných, necelých 41 % uvedlo, že alkohol ochutnali ve věku 12 až 15 let. Velkou skupinu tvoří i ti, kteří alkohol ochutnali až po 15. roce věku (přes 33 %). Malá část dotazovaných, jen 3,5 % uvedli, že alkohol ochutnali až po 18. roce věku, tedy v době, kdy je to podle zákona možné. Ve výsledcích ESPAD je uvedeno, že alkohol ochutná většina dětí do 13let. Při porovnávání rozdílů mezi věkovými skupinami není téměř žádný rozdíl. Porovnání ukazují obrázky č. 5 a 6.

Obrázek č. 5



Obrázek č. 6



Otázka č. 3 Kdo Vám prvně dal ochutnat alkohol?

K alkoholu se děti mohou dostat velmi snadno. Od koho dostaly prvně napít nám ukazuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3

ALKOHOL DOSTALI OCHUTNAT OD:	POČET DOTAZOVANÝCH:	ODPOVĚDI V PROCENTECH:
Kamarádi	32	38 %
Sourozenci	2	2 %
Rodiče	25	29 %
Babička nebo dědeček	6	7 %
Nevím, nepamatuji se	13	15 %
Někdo jiný	6	7 %

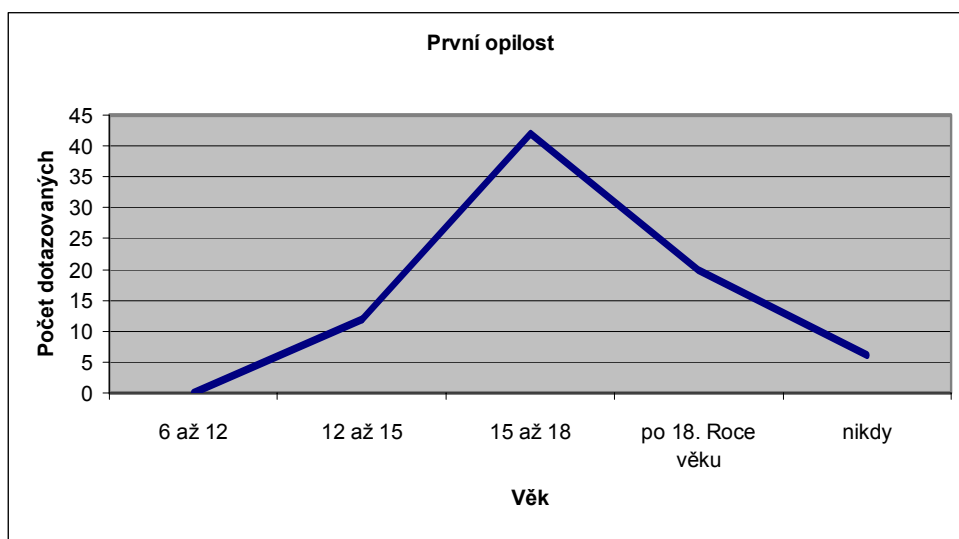
V odpovědi „někdo jiný“ dotazovaní uvedli např. sám potají, švagr, či někdo jiný z příbuzných. Můj předpoklad byl, že alkohol děti většinou dostanou ochutnat od rodičů, nebo jiného dospělého. Dotazníkové šetření ovšem uvádí, že tomu tak není. 38 % dotazovaných uvedlo, že alkohol prvně ochutnali s kamarády. Pouze 29

% uvádí, že ho dostalo ochutnat od rodičů a 7 % od prarodičů.

Otázka č. 4 Kdy jste se prvně opil/a?

Touto otázkou zjišťují, kdy se mladí lidé setkávají s alkoholem více a poznají prvně jeho účinky. Při opití už se nejedná pouze o nevinné ochutnání, ale lidé pijí pro to, aby nastal onen očekávaný pocit – opilost. Obrázek č. 7 ukazuje, jak odpověděli dotazovaní na tuto otázku.

Obrázek č. 7



Z grafu jasně vyplývá, že většina respondentů se opila mezi 15. a 18. rokem věku. Podle právních předpisů ČR se alkohol a tabákové výrobky smějí podávat až osobě starší 18let. Je jasné, že tato hranice se málokdy dodržuje. Dotazovaní jsou ve věkové hranici 20 až 48 let, ovšem dnes se věk opilých dětí stále snižuje i přes to, že

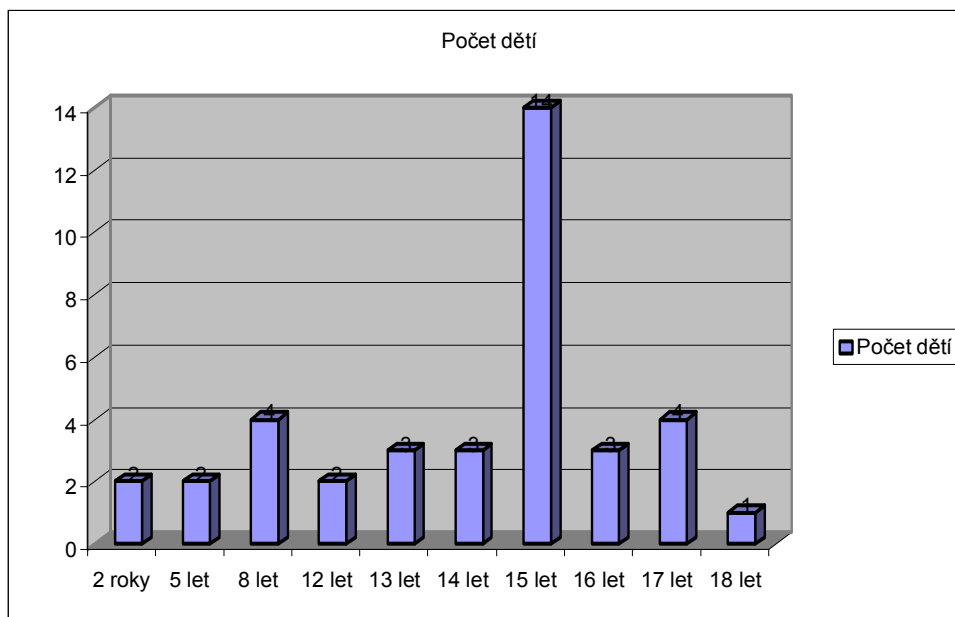
stát i policie proti podávání alkoholu mladistvým velmi bojují.

Z ESPAD vyplývá, že alespoň jednou v životě bylo opilých 78 % českých studentů. Věk, kdy došlo k první opilosti tento výzkum neuvádí, ale dosti znepokojivé je, že přes 13 % studentů uvedlo častou opakovanou opilost (3 a vícekrát v posledních 30 dnech).

Otázka č. 5 Máte již své děti?

Smyslem této otázky bylo zjistit, jak se rodiče dnes dívají na podávání alkoholu dětem. V mém dotazníkovém šetření uvedlo 41 dotazovaných, že již má své děti. Z rodičů 19 odpovědělo, že alkohol nedalo svým dětem ochutnat nikdy. Většina dětí v této skupině je ve věku do 10 let, takže je to dosti pochopitelné. 22 dotazovaných odpovědělo, že svým dětem alkohol ochutnat dali. Nejčastější věk, kdy dostali děti od rodičů ochutnat alkohol je 15 let, nejnižší je již 2 roky. V kolika letech dali rodiče ochutnat svým dětem alkohol ukazuje obrázek č. 8.

Obrázek č. 8



U této otázky mě zajímalo, jaké jsou rozdíly v podávání alkoholu dětem mezi zkoumanými věkovými skupinami. Výsledek ovšem nebude zcela objektivní, jelikož se skupiny rodičů ve věkových kategoriích výrazně liší. Zatímco v mladší generaci uvedlo pouze 9 dotazovaných, že již děti má, u starší generace 34 dotazovaných patří mezi rodiče. Všichni rodiče z mladší věkové skupiny mají děti do 10 let věku. Proto je zde pochopitelné, že 8 z 9 dotazovaných rodičů uvedlo, že svým dětem alkohol nedali nikdy ochutnat. Žena, která uvedla, že dále svým dětem alkohol ochutnat má 2 děti ve věku 6 a 8 let. Alkohol jim dala ochutnat v 5 letech, jen tak na ochutnání. Mezi starší generací jsou pouze 4 dotazovaní, kteří dali svým dětem ochutnat alkohol do věku 10let.

K jaké příležitosti dali rodiče ochutnat dětem alkohol je uvedeno v tabulce č. 4. Počty odpovědí se neshodují s počtem dotazovaných, jelikož jde o počet dětí.

Tabulka č. 4

PŘÍLEŽITOST	POČET ODPOVĚDÍ
-------------	----------------

Nějaká oslava, slavnostní přípitek	18
Jen tak na ochutnání	13
Napily se sami, bez mého svolení	2
Jiná příležitost	4
Nevím, nepamatuji se	1

Jako jinou příležitost všichni uvedli pití alkoholu po jídle. Alkohol je u nás velmi rozšířený a nesmí chybět na žádné společenské akci nebo je brán jako doplněk k jídlu. Ve spoustě domácností se k obědu pije pivo a není výjimkou, že i velmi malé děti si smějí „cucnout“.

Otázka č. 6 Kouříte cigarety?

Kouření cigaret a jiných tabákových výrobků bylo ve 20. století velmi rozšířené. Reklamy na tabákové výrobky byli k vidění po ulicích, v tisku či v televizi. Dnešní trendy jsou naopak proti kouření a reklama ukazuje spíše zdravý způsob života, bez cigaret, že „in“ je nekouřit. Počet dotazovaných, kteří uvedli, že kouří a kolik cigaret kouří nám ukazuje tabulka č. 5.

Tabulka č. 5

		20 a více cigaret denně	1
--	--	-------------------------	---

		10 až 20 cigaret denně	6
		5 až 10 cigaret denně	4
		Maximálně 5 cigaret denně	8
		Jen když piji alkohol	2
		Velmi výjimečně	6
	NE - 56		

Podle výsledků poslední studie „Zdraví a škodlivé návyky“ z roku 2003 lze v České republice 30 % občanů ve věku 15–64 let označit za pravidelné kuřáky, kteří kouří více než jednu cigaretu denně. Dalších 3,4 % tvoří příležitostní kuřáci. Za nekuřáky se označuje 53 % dotázaných (Úřad vlády ČR, 2005).

Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že 27 respondentů – necelá třetina uvedla, že kouří. Pouze 19 z nich (23 % ze všech dotazovaných) budeme považovat za pravidelné kuřáky, ostatní kouří jen výjimečně nebo pokud pijí alkohol. Za nekuřáky se považuje 67 % dotazovaných. Pouze 1 muž (necelá 1 % dotazovaných) uvedl, že kouří 20 a více cigaret denně. Ve výsledcích ESPAD uvedlo 2,6 % studentů, že kouří 20 a více cigaret denně.

Zde se projevily značné rozdíly mezi generacemi. Mezi mladšími dotazovanými uvedlo pouze 9 dotazovaných, že kouří. U starší generace je to jednou tolik dotazovaných, tedy 18. Kolik cigaret kouří nám ukáže následující tabulka č. 6.

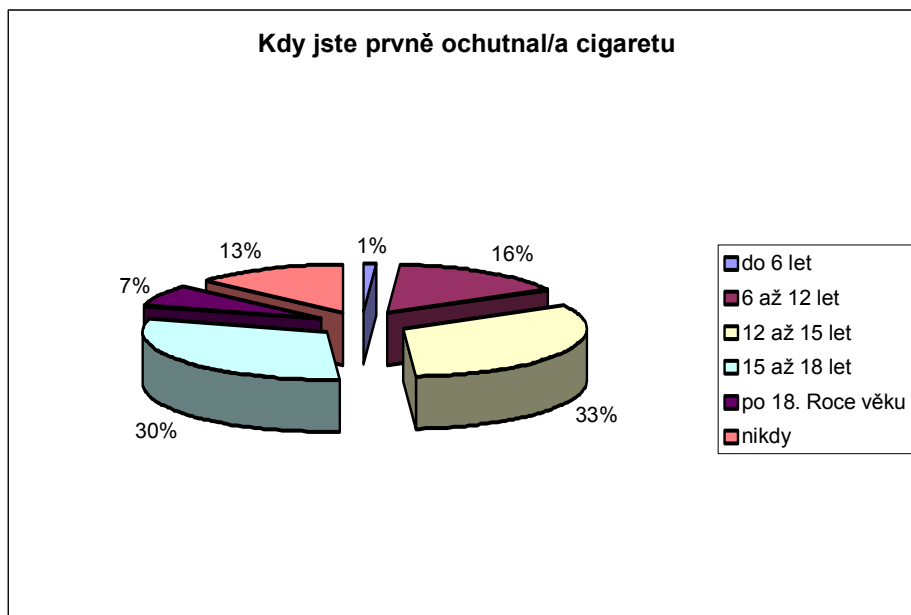
Tabulka č. 6

Kolik cigaret	20 až 32 let	33 až 48 let
20 a více cigaret denně	1	0
10 až 20 cigaret denně	1	5
5 až 10 cigaret denně	0	4
Maximálně 5 cigaret denně	3	5
Jen když piji alkohol	2	0
Velmi výjimečně	2	4
CELKEM	9	18

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

Tato otázka je zaměřena na první experimenty s cigaretami. Co uvedli na tuto otázku respondenti v mém dotazníkovém šetření, ukazuje obrázek č. 9.

Obrázek č. 9



Velice zajímavé a povzbuzující je, že 13% (11 dotazovaných) uvedlo, že

nikdy neochutnalo cigaretu. Oproti výsledkům v ESPAD, kdy uvedlo 20 % studentů, že nikdy nekouřilo je to horší výsledek, ale musíme brát v úvahu také značně vyšší věk respondentů v mém dotazníkovém šetření. Nejvíce dotazovaných, 33 %, uvedlo, že prvně ochutnali cigaretu ve věku 12 až 15 let a ve věku 15 až 18 let přes 30 % dotazovaných. Cigaretu sice ochutnalo 87 % dotazovaných, ale pouze 23 % respondentů jsou pravidelní kuřáci.

Otázka č. 8 S kým jste prvně ochutnal/a cigaretu?

Cigarety jsou společností brány jako více nebezpečné než alkohol. Proto mě zajímalo, s kým dotazovaní prvně experimentovali s touto drogou. Výsledek ukazuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7

S KÝM JSTE PRVNĚ OCHUTNAL/A CIGARETU?	POČET DOTAZOVANÝCH:
S kamarádem, kamarády	63
Se sourozenci	3
S rodiči	1
Sám/a	6
Nevím, nepamatuji se	0
S někým jiným	0

Ostatní dotazovaní (11) uvedli v otázce č. 7, že nikdy cigaretu neochutnali. Oproti alkoholu je zde výrazný rozdíl v ochutnání od rodičů. Alkohol dostalo od rodičů či jiného dospělého (babička nebo dědeček) ochutnat 29 dotazovaných (35 %). U cigaret je to pouze 1 člověk (necelé 1 %), který za odpověď dodal, že se jednalo o výchovný účel. Z toho jasně vyplývá, že alkohol považují dospělí pro děti

méně nebezpečný než cigarety. V otázce číslo 7 a 8 nejsou žádné výrazné rozdíly mezi generacemi

Otázka č. 9 Pokud kouříte, od kolika let pravidelně?

Tato otázka byla určena pouze těm, kteří uvedli v otázce č. 6, že kouří, což zahrnuje 27 respondentů. Nejčastěji uváděný věk byl 16 let. Ale objevily se zde i odpovědi 12 a 13 let. Žena, která kouří pravidelně od 12let uvedla, že kouří 10 až 20 cigaret denně. Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že pouze 4 kuřáci (15 %) začali kouřit až po 18. roce věku (včetně), ostatní začali v době, kdy pro ně kouření tabákových výrobků bylo nelegální.

Podle studie GYTS vyplynulo, že $\frac{3}{4}$ dospělých kuřáků začalo s kouřením do 18 let věku. Nejvíce jich začalo mezi 13. až 15. rokem. Z výsledků ESPAD vyplívá, že nejvíce kuřáků začíná s cigaretami ve věku 14 až 15 let.

Otázka č. 10 Když jste byl/a dítě, kouřil někdo ve Vašem blízkém okolí?

Tato otázka je zaměřená na to, jak okolí ovlivní vztah dětí k cigaretám. Zde pouze 14 dotazovaných odpovědělo, že nikdo v jejich okolí nekouřil. Velmi častou odpovědí bylo, že kouřil tatínek nebo maminka. Často oba rodiče. Tabulka č. 8 uvádí, kdo v okolí dotazovaných kouřil v době jejich dětství.

Tabulka č. 8

KDO KOUŘIL VE VAŠEM OKOLÍ, KDYŽ JSTE BYL/A DÍTĚ?	POČET DOTAZOVANÝCH:
Maminka	32
Tatínek	46
Sourozenci	5

Babička	13
Dědeček	20
Někdo jiný	3

V odpovědi „někdo jiný“ se objevil 2krát strýc a 1krát teta. I přes veliký počet odpovědí je značně malý počet těch, kteří uvedli, že v současnosti kouří. Proto se domnívám, že pokud se dítě často setkává s kuřáky, nemusí to přímo ovlivnit, zda v dospělosti bude či nebude kouřit.

Otázka č. 11 Zdá se Vám hranice 18 let pro prodej alkoholu a tabákových výrobků dostačující?

Následující tabulka č. 9 ukazuje názor dotazovaných na tuto problematiku.

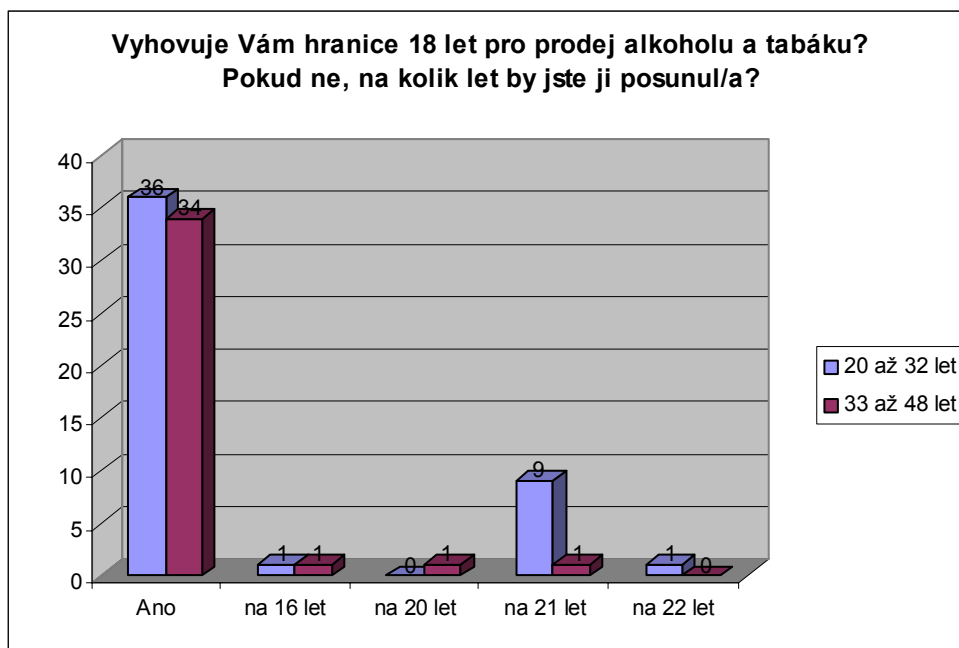
Tabulka č. 9

Ano	70	
Ne, snížil/a bych ji	2	Obě odpovědi byly sníženy na 16 let
Ne, zvýšil/a bych ji	12	Na 20 let – 1 odpověď
		Na 21 let – 10 odpovědí
		Na 22 let – 1 odpověď

Česká republika patří ke státům, které mají tuto hranici stanovenou oproti jiným vyspělým státům světa velmi nízko. I přes to se 2krát objevila odpověď, že by tuto hranici dotazovaní snížili.

I v odpovědích na tuto otázku se liší názory ve věkových skupinách. 10 dotazovaných ze skupiny mladší generace uvedlo, že by tuto hranici zvýšili. Ze starší generace by ji zvýšili pouze 2 dotazovaní. Odpovědi jsou graficky znázorněny v obrázku č. 10.

Obrázek č. 10



Otázky č. 12. Co se Vám vybaví, když se řekne drogy?

Smyslem této otázky bylo zjistit, jak dotazovaní nahlíží na drogy a drogovou problematiku. Jaké pocity a asociace v nich slovo „drogy“ vyvolává. Jelikož mezi respondenty byli i osoby, které se v zaměstnání zabývají drogově závislými lidmi, spousta odpovědí vyjadřovala osobní zkušenosti. Velmi častou odpovědí byla „závislost“ a „návyková látka“. Tuto odpověď napsalo 26 respondentů, což je 15 %. Častý byl výčet různých druhů drog, jako např. čokoláda, káva, cigarety, alkohol,

marihuana, hašiš, LSD, heroin, pervitin, kokain ... 4 dotazovaní si pod pojmem droga představili „injekční stříkačku“ a 5 dokonce „smrt“. Ostatní odpovědi představovaly osobní zkušenosti a pocity, strach, problém, chyby v prevenci, nebezpečí pro společnost, ohrožení života, manipulace aj.

3. Vyhodnocení dotazníkového šetření

V dotazníkovém šetření jsem se zabývala skupinou studentů sociální pedagogiky. Věková hranice dotazovaných je mezi 20 a 48 lety, proto se domnívám, že tito lidé už mají své názory opřeny o značné životní zkušenosti. **Předpoklad, že většina dětí konzumuje a experimentuje s alkoholem v mladším školním věku, tedy do 12 let, se nepotvrdil.** Pouze 19 dotazovaných uvedlo, že alkohol ochutnali do věku 12 let. Do 6 let ho ochutnali 3 dotazovaní a ve věku 6 až 12 let ho ochutnalo 16 dotazovaných. Dohromady je to 25 %. Legálně, tedy po 18. roce věku, ochutnali alkohol pouze necelé 4 % dotazovaných. Přestože je prodej alkoholu podle zákona osobám mladším 18let zakázán, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2003 přinesla překvapivé výsledky. „Velmi snadno“ nebo „celkem snadno“ si pivo obstaralo 96 % studentů, víno 95 % studentů a destiláty téměř 84 % studentů.

Druhý **předpoklad, že děti dostanou alkohol prvně ochutnat od rodičů nebo jiného dospělého, se také nepotvrdil.** Děti ochutnávají alkohol nejčastěji se svými kamarády a od rodičů či prarodičů dostalo prvně „napít“ 36 % dotazovaných. Značná část respondentů 15 % odpověděla, že si již nepamatují, od koho dostali ochutnat poprvé alkohol.

Třetí **předpoklad, že cigarety děti prvně zkusí ve věku 12 až 15 let a to většinou s kamarády se potvrdil.** 33 % dotazovaných odpovědělo, že kouřit prvně zkoušeli ve věku 12 až 15 let. Značná část odpovědí byla i ve věku 15 až 18 let, celých 30 % a nesmím opomenout ani věk 6 až 12 let, kdy cigaretu zkoušelo 16 % dotazovaných. Povzbudivé je, že 13 % dotazovaných cigaretu nekouřilo nikdy.

První cigaretu většina respondentů, 87 %, zkusila s kamarády. Dospělí považují cigarety a tabákové výrobky pro děti za velmi nebezpečné. Což dokazuje pouze 1 odpověď, kdy dotazovaný zkusil první cigaretu s rodiči a uvedl, že to mělo výchovný účel.

Poslední předpoklad, že budou značné rozdíly názorů na alkohol a cigarety z pohledu mladší (20 až 32 let) a starší (33 až 48 let) generace se potvrdil. Značné rozdíly byly hlavně v oblasti cigaret a kouření. V četnosti užívání alkoholu jsou jen nepatrné rozdíly. Více respondentů ze starší generace uvedlo že pije alkohol dvakrát týdně nebo každý den (14 dotazovaných), v mladší generaci takto často pijí alkohol pouze 4 dotazovaní. U kouření je mezi mladší generací méně kuřáků. Pouze 9 odpovědělo, že kouří. U starší generace kouří 18 dotazovaných. Ale v celkovém vyhodnocení je velmi povzbudivé, že pouze 23 % dotazovaných lze považovat za pravidelné kuřáky. Generační rozdíl se projevil i v názoru na hranici 18let pro legální prodej alkoholu a tabáku. Většina dotazovaných ze starší generace, téměř 92 %, s touto hranicí souhlasila. V mladší generaci se objevilo více názorů na zvýšení této hranice alespoň o 2 roky. Souhlasilo pouze 77 % z nich.

Oproti výsledkům ESPAD se neobjevují výrazné rozdíly v názorech na alkohol a cigarety. V mém dotazníkovém šetření sice pouze 1 respondent uvedl, že alkohol nepije, dotazník ESPAD uvádí okolo 40 % studentů, kteří v posledních 30dnech alkohol vůbec nepili. Tento rozdíl je zajisté dán věkovým rozdílem dotazovaných a budeme doufat, že i tím, že pro mládež do 18let je alkohol nelegální a proto ho mladí tolik nepijí. Tabákové výrobky jsou sice také pro nezletilé nelegální, ale z výsledků ESPAD vyplynulo, že pouze 20 % studentů nikdy nekouřilo. V mém dotazníku odpovědělo pouze 13 % dotazovaných, že nikdy nekouřilo. Tento rozdíl je také jistě dán věkovým rozdílem obou skupin.

Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že lidé sice berou hlavně alkohol jako běžnou součást svého života, ale jeho užívání není nějak výrazné a časté. Názor na cigarety je podle mého velmi povzbudivý. To, že pouze 23 % respondentů jsou

pravidelní kuřáci ukazuje, že prevence kouření je úspěšná. Ještě koncem minulého století bylo kouření bráno jako normální věc a nikdo proti němu výrazně nebojoval. Lidé dnes vědí, že tabákový kouř škodí nejen jim, ale i těm, kteří jsou v blízkosti kuřáka.

IV. ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala drogovou závislostí a drogovou prevencí na základních školách. I když výzkumné šetření se týkalo dospělé populace, její názory se odráží právě v dětech a v tom jaký postoj k drogám zaujmou. Děti, hlavně na prvním stupni ZŠ, ovšem mají často velmi zkreslené představy o drogách. Většina z nich na tuto problematiku ještě nemá svůj vlastní názor, ale přejímají názory dospělých a samozřejmě těch, kteří jsou jim nejbližší. To bývají nejčastěji rodiče, sourozenci, babička, dědeček a dokonce i učitel, který s dětmi na 1. stupni ZŠ tráví značnou část dne. Pokud tito lidé budou drogy propagovat a chválit nebo dokonce užívat a budou k nim mít kladný a pozitivní vztah, děti budou považovat drogy za součást běžného života a také na ně nahlížet pozitivně.

Největší část populace užívá drogy legální, hlavně alkohol a cigarety. Tyto návykové látky jsou součástí naší společnosti a kultury. Téměř všechny děti se s nimi setkávají od narození a prakticky všude. Hlavně s alkoholem. Časté jsou reklamy v televizi, tisku či na bilboardech; restaurace, kluby či bary jsou téměř na každém rohu a výjimkou není ani potkat opilého člověka běžně na ulici. Děti to sice přímo neohrožuje, ale určitě k alkoholu získávají nějaký vztah. A proč ho nezkusit, když všude okolo se o něm tolik mluví?

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2003 sice přes 25 % šestnáctiletých studentů uvedlo, že jsou denními kuřáky, ale není to tak dávno, co kouřil téměř každý a kouřilo se téměř všude. Popelníky nechyběly na

nádraží, v kancelářích nebo dokonce v čekárnách u lékaře. S cigaretami a jinými tabákovými výrobky to je dnes již trochu jinak. Vyspělé státy světa začínají proti tabáku značně bojovat. Důvod je prostý. Zdraví si není pouze ten, kdo kouří, ale ohrožuje i ty, kteří jsou nuceni vdechovat kouř z cigaret. A právě mezi těmito pasivními kuřáky bývají často děti. Boj proti kouření probíhá v mnoha oblastech společenského života. Nesmí se kouřit ve veřejných prostorách, na autobusových zastávkách, mnohé země Evropy a světa zakázaly kouřit v restauracích či kavárnách. Omezená je reklama na tabákové výrobky, zvyšuje se jejich cena. Každá krabička cigaret nebo jiný tabákový výrobek obsahuje varovný nápis. Prevence je velmi výrazná a pravděpodobně začíná být také úspěšná.

Na dotazníkové šetření mi odpovídali studenti sociální pedagogiky, lidé mezi 20. a 48. rokem věku. Cílem bylo zjistit jejich vztah a názor na alkohol a cigarety, porovnat jejich výsledky mezi sebou z hlediska věku a porovnat je s výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2003. Toto porovnávání není sice zcela objektivní, jelikož mého dotazníkového šetření se zúčastnilo pouze 84 respondentů a výsledky ESPAD vycházejí z odpovědí studentů z několika desítek středních škol, středních odborných škol a odborných učilišť. Na porovnání nahlížejme tedy pouze orientačně. Názory dospělé populace jsou jednoznačně více proti alkoholu a cigaretám. Je to ovšem dáno jejich jiným společenským postavením. Také vzdělání je velmi důležité, mého dotazníkového šetření se zúčastnili studenti vysoké školy, tedy lidé s ukončeným středoškolským vzděláním. Mládež je velmi ovlivňována také vrstevnickými skupinami a často se setkáváme s tím, že pokud chtějí zapadnout do party, musí užívat návykové látky.

Dnešní doba je velmi rychlá a nepřehledná. Ale boj za zdravý životní styl se stále zesiluje a ovlivňuje více lidí. Ti se snaží ze svého života vytlačit vše, co jim škodí a je nezdravé, tedy i drogy. Doufám, že svět bude v tomto trendu pokračovat a že i mladí lidé pochopí, že drogy více berou než dávají.

V. POUŽITÉ PRAMENY

LITERATURA

1. Bartlová, S. *Sociální patologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-7013-259-0
2. Beran, J. A kolektiv *PROČ???* Jihlava: Vzdělávací agentura IDEA, 1996.
3. Borník, M. *Drogy. Co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-85821-98-2
4. Hroncová, J. a kolektiv *Sociálna patológia*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB v Banské Bystrici, 2004. ISBN 80-8055-926-0
5. Ganeri A. *Drogy – od extáze k agonii*. Praha: Amulet, s.r.o., 2001.
6. Illes T. *Děti a drogy*. Praha: ISV nakladatelství, 2002. ISBN 80-85866-50-1
7. Janík A., Dušek K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3
8. Kalina K. a kolektiv *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
9. Kalina K. a kolektiv *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
10. Kozák J. a kolektiv *Rizikový faktor kouření*. Praha: KPK Praha, 1993. ISBN 80-85267-42-X
11. Miovský M., Kubů P., Miovská L. *Abstrakt*. 2004
12. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X

13. Nešpor K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6
14. Nešpor K., Csémy L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
15. Nešpor K., Pernicová H., Csémy L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8
16. Nešpor K., Csémy L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, a.s., 1993.
17. Nožina M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X
18. Presl J. *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-18-7
19. Szasz T. *Historie jedné hysterie*. Votobia 1997; ISBN 80-7198-201-6
20. Skála J. a kolektiv *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, 1987.
21. Štablová R. *Drogy, kriminalita a prevence*. Praha: Policejní akademie České republiky, 1997. ISBN 80-85981-64-5
22. Valíček P. a kolektiv *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: START, 2000. ISBN 80-86231-09-7
23. de Véze Ernest Bosc *Hašiš – látky psychické a magické rostliny*. Praha: Clinamen, 2000.
24. Vykopalová J. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0337-4
25. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-94-3
26. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-39-0
27. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací*. Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1

28. *Zaostřeno na drogy*. Úřad vlády ČR, 2005. ISSN 1214-1089

INTERNETOVÉ ZDROJE

www.drogy-info.cz

www.drogovaporadna.cz

www.msmt.cz

www.mvcr.cz

VI. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Účinné látky v některých přírodních drogách

Příloha č. 2 – Typ závislosti

Příloha č. 3 – Abstinenční příznaky

Příloha č. 4 – Léky s možným vznikem závislosti

Příloha č. 5 – Dotazník použitý v praktické části

Příloha č. 6 – Ukázka vyplněného dotazníku

Příloha č. 1 – Účinné látky v některých přírodních drogách

Účinná látka:	Obsažená v:
Psilocybin	Houbách rodu lysohlávek
Kyselina ibotenová	Muchomůrce červené
Mezkalin	Kaktusu Lophophora Williamsi
Bufotenin	Semenech rostliny Cohoba na Haiti
Ibogain	V kůře kořene keře Tabernate Iboga
Tetrahydrocannabinol	Konopí
Atropin, Skopolamin	Durmanu

(<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=5>, 15.2.2008)

Příloha č. 2 Typ závislosti

Typ drogy	Droga	„Psychická závislost“	„Fyzická závislost“
Stimulancia	Kokain	Silná, vzniká velmi rychle zejm. u i.v. aplikace nebo „crack“	Slabá
	Amfetamin	Silná, trochu pomalejší vznik, kromě i.v. aplikace	Slabá
	Nikotin	Slabá, relativně rychlý vznik u kouření	Slabá
	Kofein	Slabá, pomalu vzniká	Slabá
Tlumivé látky	Alkohol	Středně silná, pomalu vzniká	Střední - silná
	Benzodiazepiny	Slabá, pomalu vzniká	Slabá - střední
	Barbituráty	Slabá – střední, pomalu vzniká	Výrazná
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Střední	Slabá
Opiáty	Morfín, heroin	Silná, rychle vzniká pokud i.v. aplikace nebo při kouření	Velmi silná
	Methadon	Slabší	Silná

Kanabinoidy	Kanabis, marihuana,	Střední, relativně rychle vzniká při kouření	Střední
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD), meskalin	Slabá	Slabá

Příloha č. 3 Abstinenční příznaky

Typ drogy	Droga	Abstinenční příznaky
Stimulancia	Kokain	Především psychické znaky, těžké deprese, dysforie, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu
	Amfetamin	Podobné jako u kokainu
	Nikotin	Především psychické znaky, podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu
	Kofein	Především psychické znaky, deprese, únavnost, bolest hlavy
Tlumivé látky	Alkohol	Těžké, strach, úzkost, deprese, dysforie, poruchy spánku, chvění, třes, otřásání, křeče, zmatenost, halucinace
	Benzodiazepiny	Slabé a různorodé, těžký strach, dysforie, poruchy spánku, cítění mimo realitu, třes, křeče, halucinace
	Barbituráty	Těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče

Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) ketamin	Strach, úzkost, dysforie
Opiáty	Morfin, heroin	Střední- těžké, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, svalové křeče, průjem, chvění a třes
	Methadon	Slabší (pomaleji se vylučuje z organismu)
Kanabinoidy	Kanabis, marihuana	Slabé, strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku
Halucinogeny	Kyselina lysergová (LSD), meskalin	Řídké, nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, která nebývá tak častá, aby se vyvinula „fyzická závislost“

(http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm, 25.3.2008)

Příloha č. 4 - Léky s možným vznikem závislosti

Skupina	Příklady léků
ANALGETIKA	Acylcofin, Coldres, Dinyl, Korylan, Alnagon Morfin, Dolsin, Diolan Kodein, Bephronal, Temgesic, Subutex Tramal
SEDATIVA	Bellaspón
HYPNOTIKA	Nitrazepam, Rohypnol Hypnogen, Stilnox
ANXIOLYTIKA	Neurol, Xanax, Radepur, Elenium, Diazepam

	Meprobamat
OSTATNÍ	Fenmetrazin, Ritalin Adipex retard Solutan Codein, Ipecarin, Kodynal, Diolan

(http://www.drogy-info.cz/index.php/info/legalni_drogy/leky/leky_podrobne,
25.3.2008)

Příloha č. 5 – Dotazník použitý v praktické části

Dotazník – CIGARETY A ALKOHOL V NAŠEM ŽIVOTĚ

(Jsem studentka Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích a tento dotazník bude sloužit jako materiál pro mou diplomovou práci, na téma drogová prevence a drogová závislost na základní škole. Proto Vám děkuji za čas, který strávíte jeho vyplňováním Daniela Reindlová)

Správné odpovědi zakroužkujte nebo podtrhněte, pokud je potřeba, dopište

Pohlaví: muž / žena

Věk: _____

1. Pijete alkohol? ANO / NE

Pokud ano, jak často? Každý den

Dvakrát týdně

Jedenkrát týdně

Dvakrát měsíčně

Málokdy, výjimečně

Pokud ano, jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?

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

Do 6 let věku

6 až 12 let

12 až 15 let

15 až 18 let

Po 18. roce věku

Nikdy

3. Kdo Vám prvně dal ochutnat alkohol?

Kamarádi

Sourozenci

Rodiče

Babička nebo dědeček

Nevím, nepamatuji se

Někdo jiný _____

4. Kdy jste se prvně opil/a?

6 až 12 let

12 až 15 let

15 až 18 let

Po 18. roce věku

Nikdy

Nevím, nepamatuji se

5. Máte již své děti? ANO / NE

Pokud ano, kolik dětí máte a v jakém věku?

Pokud ano, dal/a jste jim někdy ochutnat alkohol? ANO / NE

Pokud ano, kolik jim bylo tehdy let?

Pokud ano, při jaké to bylo příležitosti?

Nějaká oslava (slavnostní přípitek)

Jen tak na ochutnání

Napily se sami, bez mého svolení

Jiná příležitost _____

Nevím, nepamatuji se

6. Kouříte cigarety? ANO / NE

Pokud ano, kolik? 20 a více cigaret denně
 10 až 20 cigaret denně
 5 až 10 cigaret denně
 maximálně 5 cigaret denně
 Jen když piji alkohol
 Velmi výjimečně

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

Do 6 let
6 až 12 let
12 až 15 let
15 až 18 let

Po 18. roce věku

Nikdy

8. S kým jste prvně ochutnával/a cigaretu?

S kamarádem, kamarády

Se sourozenci

S rodiči

Sám/a

Nevím, nepamatuji se

S někým jiným _____

9. Pokud kouříte, od kolika let pravidelně? _____

10. Když jste byl/a dítě, kouřil někdo ve Vašem blízkém okolí? ANO / NE

Pokud ano, kdo?

Maminka

Tatínek

Sourozenci

Babička

Dědeček

Někdo jiný, kdo? _____

11. Zdá se Vám hranice 18 let pro prodej alkoholu a tabákových výrobků dostatečnou?

ANO

Ne, snížil/a bych ji – na kolik let? _____

Ne, zvýšil/a bych ji – na kolik let? _____

12. Co se Vám vybaví, když se řekne droga?

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku

Daniela Reindlová

Příloha č. 6 – Ukázka vyplněného dotazníku

Dotazník – CIGARETY A ALKOHOL V NAŠEM ŽIVOTĚ

(Jsem studentka Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích a tento dotazník bude sloužit jako materiál pro mou diplomovou práci, na téma drogová prevence a drogová závislost na základní škole. Proto Vám děkuji za čas, který strávíte jeho vyplňováním Daniela Reindlová)

Správné odpovědi zakroužkujte nebo podtrhněte, pokud je potřeba, dopište

Pohlaví: muž / žena

Věk: 20

1. Pijete alkohol? ANO / NE

Pokud ano, jak často? Každý den

Dvakrát týdně

Jedenkrát týdně

Dvakrát měsíčně

Málokdy, výjimečně

Pokud ano, jaký druh alkoholu nejčastěji pijete?

pivo

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

Do 6 let věku

6 až 12 let

12 až 15 let

15 až 18 let

Po 18. roce věku

Nikdy

3. Kdo Vám prvně dal ochutnat alkohol?

Kamarádi

Sourozenci

Rodiče

Babička nebo dědeček

Nevím, nepamatuji se

Někdo jiný _____

4. Kdy jste se prvně opil/a? 6 až 12 let
12 až 15 let
15 až 18 let
Po 18. roce věku
Nikdy
Nevím, nepamatuji se

5. Máte již své děti? ANO/NE

Pokud ano, kolik dětí máte a v jakém věku?

2 6 a 8 let

Pokud ano, dal/a jste jim někdy ochutnat alkohol? ANO/NE

Pokud ano, kolik jim bylo tehdy let?

asi 5

Pokud ano, při jaké to bylo příležitosti?

Nějaká oslava (slavnostní přípitek)

Jen tak na ochutnání

Napily se sami, bez mého svolení

Jiná příležitost _____

Nevím, nepamatuji se

6. Kouříte cigarety? ANO/NE

Pokud ano, kolik? 20 a více cigaret denně

10 až 20 cigaret denně

5 až 10 cigaret denně

maximálně 5 cigaret denně

Jen když piji alkohol

Velmi výjimečně

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

Do 6 let

6 až 12 let

12 až 15 let

15 až 18 let

Po 18. roce věku

Nikdy

8. S kým jste prvně ochutnával/a cigaretu?

S kamarádem, kamarády

Se sourozenci

S rodiči

Sám/a

Nevím, nepamatuji se

S někým jiným _____

9. Pokud kouříte, od kolika let pravidelně? od 15

10. Když jste byl/a dítě, kouřil někdo ve Vašem blízkém okolí? ANO / NE

Pokud ano, kdo?

Maminka

Tatínek

Sourozenci

Babička

Dědeček

Někdo jiný, kdo? _____

11. Zdá se Vám hranice 18 let pro prodej alkoholu a tabákových výrobků dostačující?

ANO

Ne, snížil/a bych ji – na kolik let? _____

Ne, zvýšil/a bych ji – na kolik let? _____

12. Co se Vám vybaví, když se řekne droga?

marihuána, marijovka, lalča

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku

Daniela Reindlová

