

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Bc. Soňa Buchtová**

II. ročník - prezenční studium

Obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Drogová problematika na zdravotnických  
školách**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Kameníčková**

**Olomouc 2011**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 30. 6. 2011

.....

Děkuji paní Mgr. Janě Kameníčkové za odborné vedení, poskytování cenných rad a materiálových podkladů k práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a trpělivost při tvorbě diplomové práce.

„Co tady děláš?“ řekl pijanovi, který seděl mlčky před řadou prázdných a řadou plných lahví.

„Piji,“ odpověděl pochmurně pijan.

„A proč piješ?“ zeptal se malý princ.

„Abych zapomněl,“ řekl pijan.

„Nač abys zapomněl?“ vyzvídala malý princ a užuž ho začínal litovat.

„Abych zapomněl, že se stydím,“ přiznal se pijan a sklonil hlavu.

„A zač se stydíš?“ vyptával se dále malý princ, protože by mu byl rád pomohl.

„Stydím se, že piji!“ dodal pijan a nadobro se odmlčel.

(Antoine de Saint-Exupéry, Malý princ)

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÉ POZNATKY</b> .....	<b>8</b>
<b>1 DOSPÍVÁNÍ</b> .....	<b>8</b>
1.1 PUBERTA .....	9
1.1.1 <i>Fyzický vývoj a vývoj poznávacích funkcí</i> .....	10
1.1.2 <i>Citový vývoj</i> .....	11
1.1.3 <i>Sociální vývoj</i> .....	12
1.2 ADOLESCENCE .....	13
1.2.1 <i>Fyzický vývoj a vývoj poznávacích funkcí</i> .....	13
1.2.2 <i>Citový vývoj</i> .....	15
1.2.3 <i>Vytváření pocitu identity</i> .....	16
1.2.4 <i>Sociální vývoj</i> .....	17
<b>2 DROGY</b> .....	<b>18</b>
2.1 DĚLENÍ DROG.....	18
2.1.1 <i>Dělení drog dle postoje společnosti ke droze:</i> .....	18
2.1.2 <i>Dělení drog dle předpokládané míry rizika vzniku závislosti:</i> .....	19
2.1.3 <i>Dělení drog dle převládajícího účinku (působení na psychiku):</i> .....	19
2.2 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH DROG .....	19
2.2.1 <i>Alkohol</i> .....	19
2.2.2 <i>Tabák</i> .....	20
2.2.3 <i>Konopné látky</i> .....	21
2.2.4 <i>Těkavé látky</i> .....	23
2.2.5 <i>Opioidy a opiáty</i> .....	23
2.2.5.1 <i>Heroin</i> .....	24
2.2.5.2 <i>„Braun“</i> .....	24
2.2.5.3 <i>Metadon</i> .....	25
2.2.6 <i>Stimulancia</i> .....	25
2.2.6.1 <i>Kokain</i> .....	26
2.2.6.2 <i>Crack</i> .....	26

2.2.6.3	Pervitin.....	26
2.2.6.4	Extáze .....	27
2.2.7	<i>Halucinogeny</i> .....	27
2.2.7.1	Lysergamid .....	29
2.2.7.2	Psilocybin .....	29
2.2.7.3	Meskalin .....	29
2.2.8	<i>Léky vyvolávající závislost</i> .....	30
2.2.8.1	Analgetika.....	30
2.2.8.2	Hypnotika a sedativa .....	31
2.2.8.3	Anxiolytika .....	31
<b>3</b>	<b>DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....</b>	<b>32</b>
3.1	AKUTNÍ INTOXIKACE.....	32
3.2	ABÚZUS .....	32
3.3	ZÁVISLOST.....	32
3.3.1	<i>Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.....</i>	<i>33</i>
3.3.1.1	Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek .....	34
3.3.2	<i>Fyzická (somatická) závislost</i> .....	<i>35</i>
3.3.2.1	Abstinenční (odvykací) syndrom .....	35
3.3.3	<i>Psychická závislost</i> .....	<i>36</i>
3.3.4	<i>Příčiny vzniku závislosti</i> .....	<i>36</i>
3.3.4.1	Osobnost člověka a její charakteristika .....	36
3.3.4.2	Vlivy prostředí .....	37
3.3.4.3	Droga a její charakteristika .....	40
3.3.5	<i>Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu</i> .....	<i>40</i>
3.3.5.1	Fáze občasné konzumace (počáteční, prealkoholická, incipientní) ....	40
3.3.5.2	Fáze varovná (prodromální).....	41
3.3.5.3	Fáze kritická (rozhodné, krucióální) .....	41
3.3.5.4	Fáze konečná (terminální, období úpadku) .....	42
3.3.6	<i>Fáze vývoje vzniku závislosti na nealkoholových drogách</i> .....	<i>42</i>
3.3.6.1	Fáze experimentování a občasného užívání .....	43
3.3.6.2	Fáze pravidelného užívání .....	43
3.3.6.3	Fáze návykového užívání .....	44

3.3.6.4	Fáze terminální.....	44
<b>4</b>	<b>PREVENCE.....</b>	<b>45</b>
4.1	PRIMÁRNÍ (PROTI)DROGOVÁ PREVENCE.....	45
4.1.1	<i>Specifická (proti)drogová primární prevence</i> .....	46
4.1.2	<i>Nespecifická (proti)drogová primární prevence</i> .....	46
4.1.3	<i>Selektivní (proti)drogová primární prevence</i> .....	46
4.1.4	<i>Indikovaná (proti)drogová primární prevence</i> .....	46
4.2	SEKUNDÁRNÍ (PROTI)DROGOVÁ PREVENCE.....	47
4.2.1	<i>Nízkoprahové programy</i> .....	47
4.2.2	<i>Vysokoprahové programy</i> .....	47
4.3	TERCIÁRNÍ (PROTI)DROGOVÁ PREVENCE .....	48
4.4	ŠKOLNÍ PROTIDROGOVÁ PREVENCE.....	48
4.4.1	<i>Efektivní preventivní programy</i> .....	49
4.4.1.1	<i>Prvky kvalitních, efektivních preventivních programů</i> .....	49
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>DROGOVÁ PROBLEMATIKA NA ZDRAVOTNICKÝCH ŠKOLÁCH .....</b>	<b>50</b>
5.1	CÍLE VÝZKUMU .....	50
5.2	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	50
5.2.1	<i>Technika výzkumu</i> .....	51
5.2.2	<i>Organizace výzkumného šetření</i> .....	51
5.3	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U ŽÁKŮ/STUDENTŮ.....	53
5.4	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ U PEDAGOGŮ.....	93
<b>6</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>107</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>112</b>
	<b>LITERATURA .....</b>	<b>115</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>120</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>122</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>124</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>124</b>

# ÚVOD

Užívání návykových látek je mezi mladistvými značně rozšířený jev. Přispívají k tomu jistě i fyzické, sociální a psychické změny, které s dospíváním souvisejí.

Čeští studenti se dle výsledků mezinárodní studie ESPAD z roku 2007 (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách), kterou pro Českou republiku zpracovali a roku 2009 publikovali PhDr. Ladislav Csémy, Mgr. Pavla Chomynová a PhDr. Petr Sadílek, řadí svými zkušenostmi s návykovými látkami na přední místa v žebříčku evropských zemí, převážně pak v konzumaci alkoholu a cigaret. Zkušenosti s marihuanou pak převyšují evropský průměr.

Hlavním záměrem této práce však není jen podat vhled do drogové problematiky jako takové. Tato práce je zaměřena na drogovou problematiku na zdravotnických školách, které svým studentům poskytují mnoho příležitostí pracovat s léky, které mohou být zneužity. Tento fakt byl hlavním motivem pro formulaci výzkumné otázky celé této práce a její výzkumné části.

Práce je členěna tak, aby podala stručný vhled do problematiky dospívání, kterému je věnována první kapitola. Následují dvě kapitoly, které se věnují rozdělení drog do několika skupin, a jejich účinkům. Samostatné kapitoly jsou věnovány prevenci, která je v případě užívání návykových látek nedocenitelná, a důsledkům užívání psychoaktivních látek.

Poslední kapitola se věnuje podrobnému popisu kvantitativního výzkumu, který sledoval zkušenosti a znalosti studentů zdravotnické školy s návykovými látkami a drogovou problematikou na škole, ale také pohled a zkušenosti pedagogů s danou problematikou.

Práce byla sepsána po proběhlé literární rešerši, ke které byla použita databáze Vědecké knihovny Olomouc [aleph.vkol.cz](http://aleph.vkol.cz), vyhledávač Gogole chrome a katalog Národní lékařské knihovny [medvik.cz](http://medvik.cz). Při vyhledávání byla použita klíčová slova drogy, prevence závislostí, adiktologie, vývojová psychologie, psychologie a psychopatologie.



# TEORETICKÉ POZNATKY

## 1 Dospívání

Období dospívání je charakteristické svými bouřlivými změnami ve fyzickém i v psychickém vývoji. Jedná se o věk druhé strukturální přeměny, tedy období, ve kterém se mění proporce těla i struktura psychiky. Fyziologické i psychické změny nastupují v nestejnou dobu v závislosti na pohlaví – u dívek se tyto změny objevují dříve. Rozdílná akcelerace je typická pro vývoj mezi chlapci a dívkami, ale i u téhož pohlaví. Ale ani v rámci stejného pohlaví nemůžeme mluvit o jednotné hranici nástupu vývojových fází, proto můžeme spatřit fyzickou i psychickou odlišnost u stejně starých dívek i chlapců. Navíc, ani ve srovnání několika generací nelze pozorovat shodu v nástupu jednotlivých změn. Za poslední století se vývoj i růst dětí jednoznačně zrychlil a navíc lze pozorovat nárůst výšky i hmotnosti.<sup>1</sup> (Tento jev se označuje jako sekulární akcelerace.) Dospívání se rozšířilo o dřívější nástup a pozdější ukončení, protože větší nároky na vzdělání a ekonomickou nezávislost oddalují nástup k plné dospělosti.<sup>2</sup>

Ze sociologického hlediska se v dospívání jedná se o kontinuální proces socializace, ve kterém se osvojují společenské role a pozice dospělosti. Za rozhodující se v tomto období považuje zvolení budoucího povolání nebo volba dalšího studia.<sup>3</sup>

Ovšem značné rozdíly v dospívání lze pozorovat i v rámci kultur, v rámci jejich specifických nároků. V současných nerozvinutých společnostech je považováno za nejrizikovější období rané dětství, zatímco v moderních technologických společnostech je za nejrizikovější období považováno právě dospívání. Ke komplikacím v dospívání přispívá nově i stírání hranic mezi kulturami a různými

---

<sup>1</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 101.

<sup>2</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové, 2008. Pubescence, s. 48.

<sup>3</sup> WEDLICOVÁ, I.; HEŘMANOVÁ, V. et al. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem, 2008. Citový vývoj dospívajících, s. 72.

společenskými normami, nejisté perspektivy budoucnosti a časté desinformace s komerčním podtextem. Proto na začátku 90tých let 20. století stanovila Světová zdravotnická organizace dospívající jako samostatnou rizikovou skupinu, která vyžaduje zvýšenou péči v oblasti prevence.<sup>4</sup> Důvody tohoto opatření jsou nasnadě. Pro dospívající je subkultura mládeže charakteristická i když účast na ní je jen dočasná. S tím se pojí potřeba diferencovat se od společenských standardů a životních stereotypů. Součástí tohoto období je i zvýšená náchylnost k užívání drog a ke hledání neobvyklých zážitků vůbec.<sup>5</sup> Dospívající si takovým chováním mohou potvrzovat možnost autonomního rozhodování, nebo „obhajovat“ pocit vnitřní svobody proti vnějším tlakům či manipulaci.<sup>6</sup>

## 1.1 Puberta

Diskrepance mezi somatickým a psychickým vývojem jedince se začíná upravovat právě v tomto období, přičemž se zpomaluje fyzický růst na rozdíl od psychických funkcí, které jsou v rozmachu. Pubescent se v tomto období stává biologicky zralým dospělým, schopným sexuální reprodukce, přičemž však ještě není plně připraven na rodičovskou roli.

Většinou je puberta chápána jako období krizí, které s sebou přináší časté konflikty s dospělými. Pokud však dosavadní výchova probíhala ve vstřícném prostředí s individuálním přístupem a jedinec nebyl dlouhodobě vystaven ponižování, probíhá puberta bez větších konfliktů s dospělými, což potvrzují i některé výzkumy.<sup>7</sup> Dalo by se tedy říci, že puberta je zkušebním kamenem ve vztahu k dosavadní výchově, ale nesmíme přitom opomenout vrozené, zděděné a získané povahové rysy, protože ne všechny povahové rysy musí nutně plynout z výchovy.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Fáze dospívání, s. 172 - 173.

<sup>5</sup> NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha, 2005. Vývoj osobnosti, s. 387.

<sup>6</sup> PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha, 2007. Svobodná vůle a vzdor, s. 385.

<sup>7</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 105 – 106.

<sup>8</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Puberta, s. 100.

### 1.1.1 Fyzický vývoj a vývoj poznávacích funkcí

V období puberty se vyvažují tělesné proporce, zpomaluje se růst končetin, narůstá svalová hmota. Váha mozku se blíží ke své finální hranici. Tělo začíná působit dospělým dojmem i když růst ještě není zcela ukončen. Pubescent se učí ovládat svůj sexuální pud.<sup>9</sup>

Rozumové schopnosti se vyvíjí velice rychle, zatímco vyšší stupně abstraktního myšlení se rozvíjí pomaleji. Myšlení se v této době stává samostatnějším, rozumové schopnosti se takřka vyrovnají těm v dospělém věku. Dívky mají v tomto ohledu částečný předstih před chlapci, ale později se tento jev vytrácí a rozdíl se vyrovnává. Obě pohlaví mají společné ukvapené generalizování. Cit pro jemné rozdíly ve slovních výrazech se teprve vyvíjí.<sup>10</sup>

V pubertě se výrazně vyvíjí logická paměť. Pubescent si pamatuje obsahy s logickými souvislostmi mnohem lépe a po delší dobu, zatímco mechanické učení má výrazně krátkodobější charakter. Jasně čitelná je i výběrovost paměti, kde dochází k lepšímu zapamatování, uchování i vybavení těch poznatků, které spadají do oblasti zájmů. Na základě toho se můžeme setkat s tím, že pubescent, pokud se jedná o věc, která ho baví, může předčit ve znalostech učitele nebo rodiče.

Fantazijní produkce se vyznačuje nápaditostí a originalitostí. Jedinci, kteří spadají do této věkové skupiny často volí neotřelé a jedinečné postupy. Častá denní snění jsou výsledkem bohaté představivosti, jsou prostředníkem mezi ideálem a skutečností. Tyto představy jsou často eroticky a sexuálně zabarveny. Obsahy těchto představ jsou inspirovány navazováním kontaktů s druhým pohlavím a sexuálními touhami. Tento stav můžeme nazvat naivním romantismem, který z části ovlivňuje chování pubescenta. Jednání pubescenta se může někdy jevit jako bezcitné, jedná se ale pouze o projev racionalismu, pro který je charakteristické, že neuznává citové pohnutky lidského jednání, proto jedinec v tomto období potřebuje rozumové zdůvodnění lidského jednání i přesto, že je sám často ovlivněn citovými pohnutkami. Další podstatný jev vyskytující se v pubescenci je radikalismus, což je unáhlené hodnocení, kdy je jedna získaná zkušenost generalizována a přijímána jako platný fakt.

---

<sup>9</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 106.

<sup>10</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Puberta, s. 101 – 102.

Generalizace názorů může být převzata i od jiných jedinců, ke kterým pociťuje náklonnost. Tyto názory mohou být unáhlené, protože pubescenti neuznávají kompromisy, ani nedokáží identifikovat složitost jevů. Typická je v tomto období názorová proměnlivost a nestálost.<sup>11</sup>

### 1.1.2 Citový vývoj

Emoce v období puberty mohou mít dva extrémy: přecitlivělost či necitelnost a hrubost. Během puberty se začínají upravovat rozkolísané citové projevy vůči rodičům, které byly poznamenány prepubertálním stavem.<sup>12</sup>

Během pubescence je jedinec převážně zaměřen na sebe, na pozorování vlastního myšlení, jednání, chování, na svou atraktivitu pro druhé. Sebecit je v tomto období velmi křehký a ze strany rodičů i vychovatelů je potřeba brát tento fakt na zřetel a předcházet srážení sebevědomí. Po neúspěchu totiž obvykle klesá aspirační úroveň.

Ze strany pedagogů je třeba, aby rozlišovali mezi podrážděností a hněvem u pubescenta, jelikož při hněvu reaguje aktivním odporem proti něčemu co se mu jeví jako omezování jeho svobody, nebo jako křivda vůči jeho osobě.<sup>13</sup>

V tomto období se také vyvíjí morální a estetické city, přejímání mravních hodnot rodiny a společnosti. Nově se objevují úvahy o smyslu života, o morálce a o společenských normách.<sup>14</sup> Pubescent začíná chápat co je spravedlnost, pravda, právo apod. Heteronomní morálka, která je postavena na imperativeness okolí, by měla v této době postupně přecházet k autonomní morálce, která je formována na základě vlastního svědomí. Nesmíme ale opomenout, že tato osobnostní vlastnost se u pubescentů vyskytuje v různé kvalitě i kvantitě. Budování mravního cítění souvisí

---

<sup>11</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 106 – 108.

<sup>12</sup> WEDLICOVÁ, I.; HEŘMANOVÁ, V. et al. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem, 2008. Citový vývoj dospívajících, s. 76.

<sup>13</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Puberta, s. 102 – 103.

<sup>14</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 109.

i s vazbami na sociální prostředí. Intenzivnější vztahy k sociálnímu okolí jsou přímoúměrné úrovni jeho svědomí.<sup>15</sup>

Sebecit a sebevědomí jsou ovlivněny sebekritickým postojem vůči sobě. Často se vyskytují pochybnosti o vlastních kvalitách. Na kritiku, která je namířena vůči pubescentovi reaguje obvykle přecitlivěle, tento stav může vést přechodně k pocitu osamění až izolace. Druhým extrémem v této oblasti je vnímání vlastní jedinečnosti, nekritické sebeobdivování až narcismus.

### 1.1.3 Sociální vývoj

Navazování nových kontaktů a hraní nových rolí v různých skupinách jedinců se stává jednou z primárních potřeb. Ve vrstevnické skupině je uniformita v oblasti oblékání, chování i názorech charakteristická. Individualita jedince má menší hodnotu než skupinové názory, ale zároveň může jedinec ve skupině zažívat uznání a akceptování vlastních názorů. Vliv skupiny vrstevníků má nezastupitelnou roli při dotváření osobnosti díky posilování sebepojetí a sebevědomí.<sup>16</sup> Pouta ve skupině jsou většinou pevná, kompaktní a solidární. Členové skupiny častěji upřednostňují před kvalitami intelektuálními spíše kvality fyzické. Kladný přínos skupiny můžeme spatřovat v tom, že podporuje emoční vyrovnanost pubescenta a její působení dokáže vyvažovat nepříznivé vlivy rodiny.<sup>17</sup>

S potřebou afiliace souvisí pubertální zamilovanost. Hlavním motivem je zde touha zažít něco nového, nevšedního, nepoznaného. Objevují se první platonické idealizující nesexuální erotické city. Velkou roli zde hraje fantazie. K objektu zamilovanosti se staví zcela nekriticky, přičemž vyzvedává jeho kladné vlastnosti a záporné převážně potlačuje.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> WEDLICOVÁ, I.; HEŘMANOVÁ, V. et al. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem, 2008. Citový vývoj dospívajících, s. 78

<sup>16</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období dospívání – prepuberta a puberta, s. 108 – 109.

<sup>17</sup> WEDLICOVÁ, I.; HEŘMANOVÁ, V. et al. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem, 2008. Citový vývoj dospívajících, s. 82.

<sup>18</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Puberta, s. 104.

## 1.2 Adolescence

Období adolescence je hranice mezi dětstvím a dospělostí, kdy jedinec definitivně přestává být dítětem. Vývojové rozdíly mezi chlapci a děvčaty se koncem tohoto období vyrovnávají. Věkové ohraničení adolescence nelze s jistotou definovat, protože horní i dolní hranice je individuální a závisí na společensko-kulturních zvyklostech.<sup>19</sup>

Adolescenci lze také charakterizovat jako období přípravy na dospělost. Pojem adolescence není a ani nebyl ustálený ve všech kulturách. V některých kulturách, ve kterých dosažení dospělosti znamená dosažením pohlaví zralosti a sociální zralosti či vykonání určitého rituálu, neexistuje adolescence dodnes.

V současné moderní společnosti se období adolescence prodlužuje v souvislosti s vyššími nároky společnosti na profesní přípravu. Student je na své primární rodině déle závislý a to převážně finančně. Zároveň však dochází v tomto období k vytváření specifického životního stylu adolescenta.<sup>20</sup> Období adolescence lze také definovat jako období harmonizace fyzických proporcí i psychické regulace a dotváření vlastní identity.<sup>21</sup>

### 1.2.1 Fyzický vývoj a vývoj poznávacích funkcí

Tělesné proporce i fyzická zdatnost se v období adolescence postupně zcela vyrovnávají dospělému jedinci. Změny jsou v tomto období patrné převážně u chlapců, u nichž stále přetrvává výrazný růst do výšky a nárůst svalové hmoty. Svého maxima dosahuje také produkce testosteronu u chlapců, což vysvětluje intenzivní zájem o sexuální aktivity.<sup>22</sup> I přes přetrvávající růst do výšky u chlapců, se v tomto období postupně růst zpomaluje. Toto zpomalení růstu nastává dříve u dívek, přičemž na konci období adolescence dochází k úplné zástavě růstu do výšky.

---

<sup>19</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 111.

<sup>20</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové, 2008. Adolescence, s. 52.

<sup>21</sup> WEDLICOVÁ, I.; HEŘMANOVÁ, V. et al. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem, 2008. Výchova v adolescenci, s. 86.

<sup>22</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové, 2008. Adolescence, s. 52.

Dochází k poklesu kvality živých představ, která už nikdy nebude stejná jako v období dětství. Oproti tomuto faktu se zdokonaluje styl myšlení a aplikace formálních logických operací. Vyrovnává se a harmonizuje vztah mezi myšlením a afektivitou. Adolescent postupně upouští od vnucování své vlastní myšlenky širokému okolí, což bylo typické pro pubescenci.<sup>23</sup>

V myšlení však stále přetrvávají prvky radikalismu, který se projevuje jednostranností v chápání skutečnosti, nepostihuje veškeré faktory ovlivňující danou skutečnost či situaci.<sup>24</sup> Tento jev lze zdůvodnit nedostatkem životních zkušeností, potřebných pro utvoření zcela objektivního a zdravě kritického názoru.<sup>25</sup> Na druhé straně, jsou adolescenti právě díky nedostatku těchto zkušeností schopni uvažovat pružně a otevřeně, díky čemuž mohou tvořit nové kreativní a neotřelé myšlenky a způsoby řešení určitých problémů. Tato jejich iniciativa však může být poznamenána jejich zbrklostí, neopatrností.<sup>26</sup>

V adolescenci dochází k rozvoji abstraktního myšlení, díky němuž je adolescent schopen vnímat své myšlenkové pochody jako objekt či cíl a uvažovat o nich. Je schopen posuzovat více možných odpovědí či vysvětlení na určitou problematiku najednou.<sup>27</sup> Pro rozvoj abstraktního myšlení se stává v tomto období nepostradatelné soustavné vzdělávání a samozřejmě i sebevzdělávání.<sup>28</sup>

Mizí naivní romantismus, avšak nadále v kognitivním vývoji přetrvává kritický realismus, projevující se ověřováním získaných poznatků. V myšlenkách se adolescent obrací do vlastního nitra, využívá introspekce, analyzuje sám sebe a zároveň se dokáže i kriticky zhodnotit. Svému okolí se v této fázi může jevit jako lhostejný, avšak jedná se pouze o vyrovnání se se změnou směru myšlení. Někteří autoři nazývají tento stav stavem odcizení, které je ovšem nezbytné pro vytvoření konzistentního a integrovaného já.

---

<sup>23</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Adolescence, s. 112 - 113.

<sup>24</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 114.

<sup>25</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Adolescence, s. 113.

<sup>26</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové, 2008. Adolescence, s. 52.

<sup>27</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 115.

<sup>28</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Adolescence, s. 113.

V kognitivním vývoji se objevuje systematizace poznatků, díky níž je adolescent schopen získat mnoho rozličných poznatků, souvislostí mezi nimi a získat v daných oborech širokou pojmovou znalost. Dále se v tomto období mění chápání času, který přestává být pouhým numerickým údajem na hodinách, ale stává se formou možného prostorového intervalu. Postupně dochází k utřídění hodnotového systému a zvnitřnění převzatých mravních norem. Charakteristická je názorová proměnlivost, která souvisí i s identifikací s určitým světovým názorem. Pod vlivem argumentů je adolescent schopen své názory měnit, avšak je velmi citlivý vůči autoritativnímu vnucování názorů, které je většinou velmi negativně přijímáno, protože dospívající v tomto období má potřebu vytvořit si svůj vlastní názor podložený osobní zkušeností. Projevuje se touha po svobodě individuálním vyjádření názorů a postojů.<sup>29</sup>

### 1.2.2 Citový vývoj

Pro dospívajícího v tomto období má velký význam vnější tělesný vzhled a jeho celková atraktivita, které významně ovlivňují jeho sebeprožívání a sebepojetí. Adolescent si utváří komplexní představu o sobě na základě vlastní introspekce a pozorování svého vzhledu a dovedností, současně však také na základě sociálního srovnávání a vzájemné interakci se sociálním prostředím.

Míra sebevědomí a sebedůvěry je podřízena sebeobrazu, který se u adolescenta formuje na základě vnějších i vnitřních podnětů. Zvýšená kritičnost bývá u adolescentů orientována na vlastní rodiče. Tento fakt je ovlivněn touhou po samostatnosti a nezávislosti. Adolescent touží po privilegiích dospělého, ovšem bez jeho odpovědnosti, kterou na sebe většinou nechce a ani nemůže převzít. Veškeré tyto negace jsou však do jisté míry nepostradatelné pro osobnostní zrání a dospění adolescenta.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 115.

<sup>30</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Adolescence, s. 113.



### 1.2.3 Vytváření pocitu identity

Vytváření pocitu identity je nedílnou součástí osobnosti jedince, jeho charakteristických vzorců myšlení, chování a emocí. U adolescenta je vytvoření pocitu identity propojeno s otázkami typu „kdo jsem“, „jaké jsou mé role“, „jak mě vidí okolí“ apod. Adolescentovi se nabízejí různé role, v různých sociálních situacích, přičemž pomocí experimentování s těmito rolemi, hraním různých rolí, získá zkušenosti s alternativními způsoby chování a jednání.

Tento proces není izolován pouze na toto vývojové období, ale probíhá kontinuálně už od dětství. Díky tomu dochází k neustálému přezkoumávání reality a sebe sama, své osobnosti, ve vztahu k sociálnímu kontextu.

Vedle sociálních činitelů, které utvářejí pocit identity, působí i vrozené vzorce chování, nazývané genotyp. Díky tomuto reagují lidé na stejné podněty či situace různým způsobem. S tím souvisí i prožívání rozdílných emocí. Např. úzkostlivý člověk bude reagovat převážně přecitlivěle a reakce z vnějšího prostředí interpretovat jako důsledek osobního selhání. Následně může tyto své interpretace prožívat velice intenzivně. Oproti tomu, další člověk může na stejný podnět reagovat mnohem rozvážněji, a s minimální emocionální odezvou. Různé reakce na stejné prostředí lze nejlépe pozorovat u sourozenců. Svou roli zde totiž sehrává zděděná míra extroverze či introverze, reaktivita, aj.

Adolescence je složitým obdobím také z toho důvodu, že ani okolí často neví, jestli se má k adolescentovi chovat jako k dospělému, či jako k dítěti. Nejvíce se rozpor mezi aktuálním vyhodnocením společnosti a vyhodnocením adolescenta projeví, když rodiče kladou na adolescenta takové požadavky, které jsou v přímém rozporu s jeho snahou být co nejvíce nezávislý. Z toho plynou dlouhotrvající konflikty, které jsou tak logickým vyústěním dvou protikladných sil.

Společně s důrazem na vlastní nezávislost se také pojí snaha o vytvoření autonomní morálky.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 111 - 114.

#### 1.2.4 Sociální vývoj

Období adolescence se vyznačuje rozvíjením sociálních vazeb, které jsou budovány jak po kvantitativní, tak po kvalitativní stránce. Adolescent se citově odpoutává od rodičů a hledá nové vazby ve společnosti. Pokud by adolescent zůstal názorově i emocionálně fixován na rodiče, mohlo by to být v budoucnosti překážkou v navazování společenských a partnerských vztahů.

Adolescent má potřebu budovat vztahy, které pro něj neměly takovou důležitost. Začíná navazovat kontakty s jinými dospělými, má potřebu budovat emotivní vztahy. Zpětné vazby, které získává z těchto vztahů, mu slouží k vytváření sebehodnocení.<sup>32</sup>

Pronikání do světa dospělých je často doprovázeno kritikou. Globální problémy, politika, společenská morálka a mnohé další společenské aspekty jsou často podnětem k hledání trvalých hodnot a radikálních ideálů. Alternativní kultury a vlastní způsob sebevyjadřování nabývá na ceně. Někteří adolescenti jeví velmi intenzivní zájem o filozofické a duchovní otázky. Díky své nevyzrálosti však mohou být terčem škodlivých náboženských sekt a radikálních ideologických skupin.<sup>33</sup> Tato společenství jsou přitažlivá především pro jedince, kteří trpí pod společenskými konflikty, jež rozvracejí jejich duševní rovnováhu. Aktivita těchto skupin je umocněna kritičností mládeže vůči dospělým, a touhou po autonomii. Pokud mladý člověk postrádá ve svém blízkém okolí kladnou autoritu, které by se chtěl sám podřídit, je přitažlivost takových skupin o to větší.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc, 2008. Období adolescence, s. 116.

<sup>33</sup> SKORUNKOVÁ, R. *Úvod do vývojové psychologie*. Hradec Králové, 2008. Adolescence, s. 53.

<sup>34</sup> KOHOUTEK, R. *Psychologie duševního vývoje*. Brno, 2008. Adolescence, s. 120.

## 2 Drogy

Drogy jsou jakékoliv přírodní či syntetické látky, působící po vpravení do živého organismu změnu jedné nebo více psychických či tělesných funkcí.<sup>35</sup> Jsou to návykové látky, které za určitých okolností nemusí poškodit zdraví člověka, což ovšem neplatí v případě nadměrného a opakovaného užívání drogy.<sup>36</sup>

### 2.1 Dělení drog

Drogy lze rozdělit dle několika kritérií, a to dle postoje společnosti k droze, dle rizika závislosti a dle převládajícího účinku. V následující části práce objasníme jednotlivé dělení.

#### 2.1.1 Dělení drog dle postoje společnosti ke droze:

- a) legální drogy – takové, s nimiž se běžně setkáváme, jsou společensky tolerovány, ovšem může na nich vzniknout závislost (např. alkohol, nikotin, léky, kofein, organická rozpouštědla)
- b) nelegální/ilegální drogy – tzv. drogy „mimo zákon“, jsou společností netolerované, jejich přechováváním a distribucí se dostáváme do střetu se zákonem (např. marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze atd.)<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. Praha, 1999. Slovník, s. 12.

<sup>36</sup> ZÁŠKODNÁ, H. *Sociální deviace dětí a mládeže*. Ostrava, 1998. Vymezení základních pojmů, s. 18.

<sup>37</sup> Meditorial. *Substituční léčba: stránky o závislosti* [online]. © 2011 [cit. 2011-01-14]. Rozdělení drog. Dostupné z WWW: <<http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>. ISSN 1804-0799.

### 2.1.2 Dělení drog dle předpokládané míry rizika vzniku závislostí:

- a) měkké drogy – obecně jsou považovány za drogy s akceptovatelným rizikem vzniku závislostí (např. tabák, marihuana, hašiš, káva, čaj)
- b) tvrdé drogy – označované také za drogy s neakceptovatelným rizikem vzniku závislostí (např. toluen, heroin, morfin, crack, lysohlávky, kokain, efedrin, alkohol – viz příloha č. 1)

### 2.1.3 Dělení drog dle převládajícího účinku (působení na psychiku):

- a) tlumivé (narkotické) látky – navozují útlum nervového systému
- b) stimulační látky – zvyšují psychickou i tělesnou aktivitu
- c) halucinogeny, psychodelika – způsobují nejvýraznější změny vnímání reality<sup>38</sup>

## 2.2 Charakteristika vybraných drog

### 2.2.1 Alkohol

Alkohol (etylalkohol) je nejčastěji užívaná návyková látka v České republice. Patří do skupiny hypnosedativ, které ovlivňují metabolismus buněk nervové soustavy.<sup>39</sup> Vzniká kvašením různých rostlinných cukrů, například pivo ze sladu, víno z hroznů a destiláty z různých druhů plodů, přičemž se také liší obsahem alkoholu. Pivo se rozděluje dle druhu a stupně a může obsahovat až 8 % alkoholu, víno obsahuje 10 až 18 % alkoholu. Bezpochyby nejvyšší obsah alkoholu mají destiláty, u nichž se obsah alkoholu pohybuje okolo 30 – 40 %, ale některé druhy mohou obsahovat více

---

<sup>38</sup> MINAŘÍK, J. *O drogách.cz* [online]. ©2003-2004 [cit. 2011-01-15]. Drogy – definice a druhy. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=181&list=115>>.

<sup>39</sup> ŠTABLOVÁ, R., et al. *Návykové látky a současnost*. Praha, 2006. Alkohol a tabák jako návykové látky, s. 85.

než 50 % alkoholu.<sup>40</sup> Množství alkoholu v biologických tekutinách, např. v krvi se vyjadřuje v promilích, přičemž 1 ‰ je přibližně 1 g alkoholu na 1 l tekutiny. Alkohol má však své využití i v lékařství, kde se využívá jako rozpouštědlo a pro své antiseptické vlastnosti.<sup>41</sup> Obecně lze za alkohol označit jakýkoliv nápoj, pokud má více jak 0,5 objemového procenta alkoholu.<sup>42</sup>

Jak již bylo řečeno, řadí se alkohol z hlediska účinku mezi tlumivé látky. Malé dávky alkoholu navozují pocit uvolnění a euforie, snižují schopnost člověka pohotově reagovat a soustředit se. Dochází k útlumu vnímání bolesti a povzbuzení sebevědomí. Na druhou stranu alkohol snižuje sebekritičnost a sebekontrolu. Při užití vyšších dávek alkoholu se postupně objevují potíže s řečí, s koordinací pohybů a rovnováhou. Mezi další projevy účinku alkoholu lze zařadit záchvaty hněvu až agresivní jednání, ospalost, žaludeční nevolnost a zvracení. Alkohol může navodit hluboký spánek až bezvědomí. Smrt při alkoholové intoxikace nastává nejčastěji v důsledku útlumu dechového centra nebo v důsledku vdechnutí zvratků.<sup>43</sup>

### 2.2.2 Tabák

Tabák jsou sušené a dále upravované listy rostliny tabáku obecného nebo selského. Výsledným produktem zpracování tabákových listů jsou cigarety, doutníky, dýmkový tabák. Ovšem kromě tabáků určených ke kouření, existují i tzv. bezdýmky tabáky, mezi něž patří šňupací a orální tabák. Šňupací tabák se užívá vdechnutím do nosní dutiny. Orální tabák bývá v podobě listů, které se žvýkají, nebo papírových kuliček obsahujících tabák, které se vkládají do úst.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Alkohol, s. 21.

<sup>41</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Druhy alkoholických nápojů, s. 65.

<sup>42</sup> SVATOŠ, R. *Základy kriminologie a prevence kriminality*. České Budějovice, 2009. Drogová kriminalita, s. 88.

<sup>43</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Alkohol, s. 21.

<sup>44</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Tabák, s. 21.

V naší republice se nejčastěji setkáváme s tabáky určenými ke kouření. Je známo, že tabákový kouř obsahuje řádově tisíce chemických látek, avšak pouze na jednu z nich vzniká závislost a to na nikotinu.<sup>45</sup> Přenos nikotinu z plic do mozku probíhá velmi rychle, a to během 7 vteřin. Na ostatní orgány působí tato látka během několika minut. V mozku se díky jeho působení uvolňuje dopamin, který navozuje příjemné pocity, v nadledvinkách nikotin uvolňuje adrenalin, díky němuž se zlepšuje koncentrace a výkonnost.<sup>46</sup>

Obecně však užívání tabáku jako takového nepřináší žádné extatické zážitky. Mezi jeho účinky patří například nevolnost, slinění, zvracení, průjem, závrať, bolest hlavy, nespavost či třes. Někdy se mohou vyskytnout i pocity derealizace – dané osobě se okolní svět jeví jako cizí, změněný, nereálný. Tyto účinky jsou typické zejména u osob s nízkou tolerancí (při první cigaretě vůbec nebo po určitém období abstinence), případně po užití vyšší dávky nikotinu.<sup>47</sup> Vyšší dávka nikotinu, přibližně dávka 50 miligramů, může způsobit i smrt.<sup>48</sup>

### 2.2.3 Konopné látky

Konopné látky patří v naší republice mezi nejčastěji užívané nelegální návykové látky. Jejich zdrojem je rostlina konopí setého a konopí indického.<sup>49</sup> Účinnou látkou je THC (delta-9-trans-tetrahydrocannabinol). Existují dvě formy konopných látek, marihuana a hašiš, které obsahují stejnou účinnou látku, avšak liší se v obsahu této účinné látky, svou úpravou a výsledným produktem.

Marihuana („bang“, „ganja“, „kif“, „marijánka“, „tráva“ atd.) jsou sušené a dále upravované květy a listy samičích rostlin konopí. Je zařazována do skupiny drog

---

<sup>45</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách: příručka pro pedagogy*. Praha, 1996. Tabák, s. 23.

<sup>46</sup> ŠTABLOVÁ, R., et al. *Návykové látky a současnost*. Praha, 2006. Alkohol a tabák jako návykové látky, s. 85.

<sup>47</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Tabák, s. 21.

<sup>48</sup> ŠTABLOVÁ, R., et al. *Návykové látky a současnost*. Praha, 2006. Alkohol a tabák jako návykové látky, s. 85.

<sup>49</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Konopné látky, s. 22.

označovaných jako lehké drogy (drogy s akceptovatelným rizikem).<sup>50</sup> Obsah THC se pohybuje okolo 8 – 12 %. Hašiš („charas“) je zaschlá a zformovaná pryskyřice z konopí s obsahem účinných látek okolo 40 %.<sup>51</sup> Dále se můžeme setkat s konopným (hašišovým) olejem, což je konopný extrakt, někdy také nazývaný medový olej, vyráběný extrakcí hašiše. Obsahuje přibližně od 15 do 50 % THC, ojediněle však může množství THC dosahovat až 70 %. Mezi méně obvyklé formy konopných drog patří konopné mléko, respektive extrakt z konopí ve smetaně nebo mléce, himka, podomácku připravený hašišem namořený tabák apod.<sup>52</sup> Konopné látky se užívají buď perorálně nebo kouřením.

Pro intoxikaci konopnými látkami je charakteristický pocit euforie, často se vyskytuje bezdůvodná veselost provázená neutišitelným smíchem, myšlení je zpomaleno, daná osoba se noří do svých vlastních pocitů, myšlenek a fantazií. Jsou zvýrazněny zrakové a sluchové vjemy, zvyšuje se jejich intenzita, kontrast barev. Typické je zpomalené vnímání času, nepřesné vnímání objektů a vzdálenosti. Bývá narušena krátkodobá pozornost a paměť. Uvedené příznaky se často prolínají, ovšem některé z nich se nemusí dostavit vůbec. Vyjmenované příznaky mají podobu pozitivního efektu (chtěného), na druhou stranu se však může vyskytnout negativní (nechtěný) efekt projevující se dráždivým kašlem, nepříjemným vnímáním bušení srdce, úzkostí, depresí, stavy paniky s úplnou dezorientací v čase i prostoru apod. U predisponovaných osob může intoxikace konopnými látkami vyvolat schizofrenní onemocnění. Avšak účinky jsou často ovlivněny osobností daného jedince, jeho aktuálním psychickým a fyzickým stavem.<sup>53</sup>

---

<sup>50</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: 1995. Konopí a jeho produkty, s. 31.

<sup>51</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Konopné látky, s. 22 - 23.

<sup>52</sup> MIOVSKÝ, M., et al. *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha, 2008. Modality konopných drog, s. 130 – 131.

<sup>53</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Konopné látky, s. 22 - 23.

#### 2.2.4 Těkavé látky

Těkavé látky jsou nejčastěji vyráběny z nafty nebo zemního plynu. Vyznačují se schopností uvolňovat se do okolí a rozpouštět látky organického původu. Nejčastěji se aplikují inhalací výparů z namočených kusů látky, z igelitových sáčků nebo přímo z lahve. Mezi tyto látky se řadí např. toluen, benzín, aceton, lepidla, barvy.<sup>54</sup>

Tyto látky patří do skupiny látek označovaných jako látky tlumivé, s narkotickým účinkem. Užívají se převážně pro své euforizující, halucinogenní a narkotizující účinky. Při aplikaci se nejprve dostavuje pocit rozjařenosti podobný opilosti, který následně přechází do otupělosti a obluzení<sup>55</sup> s prostorovou dezorientací, barevnými halucinacemi a pocitem ztráty hmotnosti. Dále se vyskytuje nezřetelná řeč, nekoordinovanost pohybů a svalová ochablost. Intoxikace těmito látkami způsobuje nepravidelnosti srdeční akce, slzení, vodnatou sekreci z nosní dutiny a postupné upadání do hlubokého spánku.<sup>56</sup> Je zde však riziko, že se spánek zvrátí v kóma se zástavou dechu a krevního oběhu, protože při čichání těkavých látek je velmi obtížné odměřit přiměřenou dávku.<sup>57</sup>

#### 2.2.5 Opioidy a opiáty

Opioidy jsou látky obsahující alkaloidy získané ze surového opia, jehož zdrojem je mák setý, jejich semi-syntetické a syntetické deriváty a látky přirozeně se vyskytující v těle.<sup>58</sup> Opioidy farmakologicky působí na organismus prostřednictvím opioidních receptorů, v lékařství se využívají jako analgetika – antidota (nejsilnější léky proti bolesti) nebo jako antitusika (léky proti kašli), protože tlumí kašlací reflex. Opiáty jsou podskupinou opioidů. Jejich struktura je podobná morfinu, což je

---

<sup>54</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Tlumivé látky, s. 21.

<sup>55</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Klasifikace drog, s. 78.

<sup>56</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Tlumivé látky, s. 21 - 22.

<sup>57</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Klasifikace drog, s. 78.

<sup>58</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Opioidy, s. 23.



nejdůležitější účinná látka opia. Mezi opioidy a opiáty se řadí např. heroin, „braun“ a „megafon“.

Opioidy mají obecně tlumivý účinek, potlačují bolest, navozují euforii a zklidnění až ospalost. Působí tlumivě na dechové centrum, což může vést až k zástavě dechu. Jejich účinky na krevní oběh se vyznačují vazodilatací (rozšíření cév), bradikardií (zpomalení srdeční frekvence) a hypotenzí (pokles tlaku), z čehož vyplývá, že při vysokých dávkách opioidů může dojít až k zástavě krevního oběhu. Mezi další negativní účinky se řadí dysforie (rozlad), nevolnost, zvracení, svědění kůže a neschopnost koncentrace. Při akutní intoxikaci se dále objevuje pocit hučení v uších, pocit tepla v obličeji, povrchní dýchání, mióza (zúžení zornic), která následně přechází v mydriázu (rozšíření zornic) a nakonec hyperreflexie (zvýšení všech somatických reflexů).

#### **2.2.5.1 Heroin**

Heroin řadu let nejrozšířenější drogou této skupiny. Je vyráběn z morfinu, nebo přímo z opia. Jeho účinky na organismus se shodují s účinky opioidů a opiátů obecně. K aplikaci se nejčastěji využívá nitrožilní podání, dále také šňupání, kouření a inhalace z aluminiové fólie. Způsob aplikace závisí i na formě látky, kdy hnědý heroin je spíše vhodný ke kouření či inhalaci a bílý heroin k intravenózní aplikaci a šňupání. Dávky se obvykle ze začátku pohybují pod 100 mg na den.

#### **2.2.5.2 „Braun“**

Braun je specificky českou drogou, vyráběnou v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein. Má podobu hnědé tinktury, která se aplikuje intravenózně. Účinky jsou shodné s účinky opioidů a opiátů. V současné době je využíván převážně jako „náhradní“ droga při výkyvech heroinového trhu.

### 2.2.5.3 Metadon

Megafon je syntetický opioid, využívaný k substituční léčbě při odvykání. Nemá tak výrazné účinky jako heroin, zato má delší poločas eliminace. Aplikuje se většinou jednou denně perorálně či injekčně. Vyrábí se pouze pro medicínské účely, avšak dostává se i na nelegální trh.<sup>59</sup>

### 2.2.6 Stimulancia

Stimulancia (psychostimulancia) jsou látky různé chemické struktury přírodního či syntetického původu. Působí budivě na CNS (centrální nervový systém), díky čemuž vyvolávají psychické i fyzické povzbuzení a zvyšují pohotovost organismu k výkonu.<sup>60</sup> Mezi jejich zástupce patří např. pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain a extáze neboli MDMA, která však stojí na pomezí mezi stimulancii a halucinogeny.<sup>61</sup>

Stimulancia obecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení, díky většímu množství asociací a výbavnosti paměti, avšak na úkor její přesnosti. Zkracují spánek, tlumí únavu, snižují chuť k jídlu, odbourání zábran, navozují euforii a velmi příjemné psychické i fyzické pocity síly a energie.<sup>62</sup> Při užití vyšších dávek se objevuje paranoidní myšlení a halucinace (zrakové, sluchové, čichové, hmatové).<sup>63</sup> Na druhou stranu vyvolávají také negativní pocity jako např. úzkost, zmatenost, někdy umocňují trému, užití může vést k agresivitě apod. Po jejich užití dále dochází k vzestupu krevního tlaku, tepové frekvence, bronchodilataci atd. Po odeznění účinku látky nastupuje tzv. dojezd, což je stav podobný „kocovině“ s celkovým vyčerpáním, únavou, bolestmi kloubů, několikadenním spánkem

---

<sup>59</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Opioidy a opiáty, s. 159 – 162.

<sup>60</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Klasifikace drog, s. 78.

<sup>61</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Stimulancia, s. 23.

<sup>62</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Stimulancia, s. 164.

<sup>63</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Stimulancia, s. 23.

přerušovaným krátkými epizodami bdění s „vlčím“ hladem a konzumací velkého množství potravy.<sup>64</sup>

### 2.2.6.1 Kokain

Kokain je alkaloid obsažený v listech keře *Erythroxylon coca*, který byl původně využíván pro své anestetické účinky. Užívá se žvýkáním listů, šňupáním „bílého prášku“ nebo intravenózně. Jeho účinky jsou shodné s účinky stimulancií obecně.

### 2.2.6.2 Crack

Crack je slangový název pro přírodní stimulační látku, získanou tepelnou úpravou hydrochloridu kokainu a přidáním jedlé sody a éteru.<sup>65</sup> Výsledný produkt má podobu bílé či nažloutlé sražené hmoty, která se následně formuje do malých kousků podobajících se úlomkům mýdla.<sup>66</sup> V porovnání s kokainem je jeho cena výrazně nižší a účinek výraznější. Aplikuje se kouřením, často společně s tabákem nebo marihuanou, ale může být i inhalován.

### 2.2.6.3 Pervitin

Pervitin, neboli metamfetamin je derivát syntetických stimulačních látek (amfetaminy) získávaný z efedrinu nebo z pseudoefedrinu.<sup>67</sup> Je to bílá krystalická látka bez zápachu, hořké chuti, která se aplikuje perorálně, šňupáním či intravenózně. Jeho

---

<sup>64</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Stimulancia, s. 164.

<sup>65</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Stimulační drogy (psychostimulancia), s. 47.

<sup>66</sup> ŠTABLOVÁ, R., et al. *Návykové látky a současnost*. Praha, 2006. Crack kokain (Krek), s. 144.

<sup>67</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Stimulační drogy (psychostimulancia), s. 47.

účinky jsou shodné s účinky stimulancií obecně, ovšem závisí také na množství látky, její čistotě a způsobu aplikace.<sup>68</sup>

#### 2.2.6.4 Extáze

Extáze neboli MDMA je syntetická látka, jejíž užívání je dnes spojeno s určitým typem společenské zábavy, stylem a druhem hudby vyznačujícím se sugestivním, cyklickým rytmem. Vyskytuje se ve formě tablet nebo kapslí, užívá se perorálně.

Po užití nastupuje asi po půlhodinovém intervalu pocit tělesného tepla, štěstí, radosti, blaha, prohlubující se vzájemné porozumění, empatie a solidarita. Tento efekt se vyskytuje v intervalu asi dvou hodin ve fázi zvané „ruch“ (jízda). Uživatel většinou intenzivně tančí, někdy až do úplného vyčerpání.<sup>69</sup>

#### 2.2.7 Halucinogeny

Halucinogeny můžeme rozdělit do tří skupin a to na látky přírodní, rostlinného původu a z hub, dále na látky přírodní živočišného původu a na látky syntetické a semisyntetické.

Pro halucinogeny jsou typické především kvalitativní změny vědomí. Intoxikace se začíná projevovat po krátkém období latence a její nástup i účinky jsou velmi závislé na množství a čistotě látky a také na individuálních psychických vlastnostech daného jedince a na jeho citlivosti vůči účinkům této látky. Počáteční stádium intoxikace bývá doprovázeno pocitem mírného chvění, neschopností koordinovat pohyby, slabostí v nohou, někdy bolestmi hlavy, nevolností a závratěmi. Výjimečně může nevolnost přejít až do stádia zvracení.<sup>70</sup> Ojedinele se mohou vyskytnout také křeče, poruchy rovnováhy, třes či pocení. Tyto projevy však bývají

---

<sup>68</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči : Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Stimulancia, s. 23.

<sup>69</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Stimulační drogy (psychostimulancia), s. 48.

<sup>70</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Halucinogenní drogy, s. 169-170.

po krátké době vystřídány celkovým tělesným uvolněním. Dochází k výrazným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání.<sup>71</sup> Při intoxikaci je charakteristický výskyt halucinací a pseudohalucinací. Typický pro tento stav je sklon k ornamentalizaci, dále zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je také výskyt barevných kaleidoskopických obrazců, například barevných mozaik, květů, točících se barevných terčů apod. Dále bývají přítomny změny nálad, stav euforie, pocity štěstí někdy přecházející až v nabuzený extatický stav. Ovšem mohou se také objevit pocity úzkosti, nepohody, deprese. Velmi zajímavé jsou při intoxikaci také stavy depersonalizace a derealizace. Při depersonalizaci (odosobnění) může mít uživatel pocit ztráty citlivosti v části či celém těle (v extrémních případech ve spojení s halucinacemi může dojít k pocitu chybění končetiny apod.), dále pocit ztráty schopnosti empatie, vřelých citů, lásky, nenávisti apod. Derealizační pocity mohou navodit až stav úplného odcizení vlastního těla a prožívání, kdy uživatel vnímá sám sebe pouze jako diváka pozorujícího děj v kině s naprostou neúčastí na něm. Stav intoxikace může vést až k výskytu tzv. bad tripu, což je stav charakteristický halucinacemi paranoidního charakteru, dezorientací a zmateností.

Celkový ráz a průběh intoxikace je velmi závislý na „nastavení“ jedince, jeho očekávání, únavě, individuálních odlišnostech citlivosti vůči látce a mnoha dalších faktorech, mimo jiné má na průběh intoxikace vliv také tzv. „setting“, tedy místo, prostředí, kde je droga užívána.<sup>72</sup> U predisponovaných osob je riziko rozvoje psychiatrických nemocí a při vysokých dávkách halucinogenů může dojít až k úmrtí v důsledku narušení dechového centra.<sup>73</sup> Halucinogenní drogy patří obecně co do účinku k nejméně předvídatelným drogám vůbec.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Halucinogeny, s. 24.

<sup>72</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Halucinogenní drogy, s. 169-171.

<sup>73</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Halucinogeny, s. 24.

<sup>74</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Halucinogenní drogy, s. 169-171.

### 2.2.7.1 Lysergamid

Lysergamid, neboli LSD se distribuuje v podobě tzv. tripů (papírové čtverečky) či krystalů a jeho účinnou látkou je derivát kyseliny lysergové. Obě tyto formy se užívají perorálně, postupným rozpuštěním v ústech pod jazykem. Účinky LSD jsou velmi nevypočitatelné, zejména proto, že obsahuje podíl příměsí a nečistot.

### 2.2.7.2 Psilocybin

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látka obsažená v houbách rodu *Lysohlávek*, běžně se vyskytujících na našem území. Chemicky je podobná LSD a má i obdobné účinky. Houby se většinou suší nebo nakládají a následně se užívají převážně perorálně. Pro zmírnění nepříjemné chuti bývají klobouky máčeny do medu apod.<sup>75</sup> Při intoxikaci bývají výraznější tělesné příznaky, často spojené s mírným třesem a neklidem, doprovázeným zvýšeným krevním tlakem a pulsem.<sup>76</sup> Obsah psilocybinu v lysohlávkách se může v různých lokalitách lišit, díky čemuž je problematické odhadnout množství této účinné látky a může dojít k předávkování.

### 2.2.7.3 Meskalin

Meskalin je látka přírodního původu, získávaná z dužnatých částí některých kaktusů. Může být užívána ve formě tekutiny přidané do nápojů, nebo ve formě tablet. Účinky se shodují s obecnými účinky halucinogenů.<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Halucinogeny, s. 49.

<sup>76</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Halucinogenní drogy, s. 170.

<sup>77</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Halucinogeny, s. 49.

## 2.2.8 Léky vyvolávající závislost

Léky jsou využívány buď jako suroviny pro výrobu dalších drog, nebo jsou užívány v původní podobě.<sup>78</sup> Mezi nejužívanější patří sedativa, anxiolytika, hypnotika a analgetika což jsou látky které navozují zklidnění, zmírnění úzkosti, podporují spánek a tlumí bolest.<sup>79</sup> Analgetika, sedativa, hypnotika i anxiolytika lze dále členit na podskupiny opioidní a neopioindní, benzodiazepinové a nebenzodiazepinové (viz příloha č. 2).<sup>80</sup> Ovšem v dnešní době jsou většinou všechny léky obsahující psychotropní látky na lékařský předpis, díky čemuž je omezen přístup mládeže k těmto lékům.<sup>81</sup> Tyto léky se většinou užívají perorálně, avšak jsou známy i případy injekční aplikace. Společným účinkem těchto látek je útlum centrální nervové soustavy (CNS). Po jejich užití dochází pozvolně k ospalosti, otupělosti a k celkovému útlumu, s nesrozumitelnou blábolivou řečí. Intoxikace může vést k ataxii, vyhasínání reflexů a při předávkování až ke komatu.

### 2.2.8.1 Analgetika

Analgetika, léky proti bolesti, tvoří rozsáhlou skupinu potenciálně návykových látek. Řada z nich je v lékárnách k dostání bez lékařského předpisu. Dělí se na neopioindní, označované jako analgetika-antipyretika, které tlumí nejen bolest, ale i horečku a opioidní označovaná jako analgetika-anodyna s centrálním účinkem, používaná k tlumení středně silné a silné bolesti.

---

<sup>78</sup> ŠTABLOVÁ, R., et al. *Návykové látky a současnost*. Praha, 2006. Léčiva, s. 79.

<sup>79</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Léky s centrálně tlumivým účinkem, s. 22.

<sup>80</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Léky vyvolávající závislost, s. 187.

<sup>81</sup> PETR, P., et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. České Budějovice, 2007. Zneužívání farmak, s. 46.

### 2.2.8.2 Hypnotika a sedativa

Tyto léky se převážně užívají k léčbě spánkových poruch.<sup>82</sup> Patří mezi ně celá řada látek, avšak nejčastěji jsou zneužívány benzodiazepiny a barbituráty. Příkladem benzodiazepinů jsou alprazolam, diazepam, oxazepam apod. Intoxikace těmito látkami se projevuje útlumem, ospalostí, zhoršenou koordinací pohybů a zmateností. Paradoxně se však může vyskytnout opačná reakce, tedy stimulace a hyperaktivita. Příkladem barbiturátů jsou butobarbital, fenobarbital, amobarbital apod. Při intoxikaci barbituráty dochází k bolestem hlavy, ospalosti, zčervenání v obličeji, rychlému a oploštělému dýchání. Někdy se může vyskytnout i nevolnost, zvracení a tečkovitá, jasně zbarvená vyrážka.<sup>83</sup>

### 2.2.8.3 Anxiolytika

Anxiolytika, neboli trankvilizéry, jsou léky k tlumení patologického strachu a úzkosti. Jsou to nejčastěji předepisované a zároveň také nejčastěji zneužívané léky. Lze je rozdělit na anxiolytika benzodiazepinová a nebenzodiazepinová. Hlavním účinkem obou typů těchto léků je útlum CNS, postupující ospalost, ataxie, nezáměr o okolí a tím i únik od reality, úzkosti a strachu.<sup>84</sup>

---

<sup>82</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Léky vyvolávající závislost, s. 187-189.

<sup>83</sup> RADIMECKÝ, J., et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: Učební podklady ke kurzu*. Praha, 2007. Léky s centrálně tlumivým účinkem, s. 22.

<sup>84</sup> KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha, 2003. Léky vyvolávající závislost, s. 189.



### **3 Důsledky užívání psychoaktivních látek**

Psychoaktivní látky jsou ty, které mají vliv na psychický stav jedince, tzn. mohou jeho stav psychiky měnit, přičemž tyto změny obvykle subjekt vidí jako žádoucí. Důsledkem užívání těchto látek může být akutní intoxikace, abúzus (zneužívání) a závislost.

#### **3.1 Akutní intoxikace**

Jako akutní intoxikace bývá označována přechodná fáze fyziologických a psychických funkcí. Tato fáze může být vystupňována až do charakteru poruchy. O projevech při této fázi pojednává druhá kapitola této práce zaměřená na účinky jednotlivých návykových látek.

#### **3.2 Abúzus**

Abúzus neboli zneužívání je charakteristické psychickými nebo somatickými změnami, resp. poškozením, která vznikají v důsledku většinou dlouhodobého užívání psychoaktivní (návykové) látky. Zneužívání těchto látek lze označit jako sebepoškozující chování.<sup>85</sup>

#### **3.3 Závislost**

Latinský termín pro závislost je „addictus“, což v původním slova smyslu znamenalo předávání zboží mezi obchodníky. Postupně se název tohoto slovy přenesl

---

<sup>85</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2008. Zneužívání a závislost na psychoaktivních látkách, s. 548.

i k předávání jiných látek. Vyznačoval se tak ovšem vždy vztah věřitele a dlužníka. Výstižnější je však slovo francouzského původu *accroché*, znamenající např. o rybě, že je „chycena na háčku“.<sup>86</sup>

Závislost je psychický fenomén charakteristický neodolatelným nutkáním k určitému druhu chování, přáním změnit subjektivní realitu, tendencí ke zvyšování dávek návykové látky, neschopností omezit dané chování a nepříjemnými pocity při vynechání (abstinenci).<sup>87</sup>

Přestože člověka vnímáme jako holistickou jednotku, rozlišujeme z praktického hlediska závislost psychickou (duševní) a závislost fyzickou (tělesnou, somatickou).<sup>88</sup> Závislost na drogách souvisí většinou i se sociální „závislostí“ na skupině lidí, ve které je návyková látka distribuována a užívána, s čehož vyplívá i izolace od okolní společnosti.<sup>89</sup>

### 3.3.1 Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo x před desetinnou tečkou se doplňuje látka): Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení);

---

<sup>86</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, 2009. Drogy a alkohol, s 203.

<sup>87</sup> FIŠEROVÁ, M. *Stránky ústavu farmakologie 3. LF UK* [online]. 2000 [cit. 2011-02-09]. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. Dostupné z WWW: <[http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)>.

<sup>88</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Drogy, s. 73.

<sup>89</sup> HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha, 2001. Co to vlastně je „závislost“?, s. 14.

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

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek.<sup>90</sup>

### **3.3.1.1 Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek**

F10.2 Závislost na alkoholu

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin)

F12.2 Závislost na kanabinoidech

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

F14.2 Závislost na kokainu

F15.2 Závislost na jiných stimulancích, včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 Závislost na halucinogenech

F17.2 Závislost na tabáku

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech

---

<sup>90</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha, 2007. Definice závislosti, s. 9 – 10.

### 3.3.2 Fyzická (somatická) závislost

Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými „dávkami“ určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji abstinčního syndromu (odvykacího stavu).<sup>92</sup>

#### 3.3.2.1 Abstinční (odvykací) syndrom

Abstinční syndrom vzniká po přerušení podávání drogy a je v podstatě výrazem závislosti organismu na droze.<sup>93</sup> Je to velmi nepříjemný stav, který může ohrozit i život dané osoby, avšak odeznívá během několika dní.<sup>94</sup> Fyzická závislost je doprovázena abstinčními příznaky, např. třesem, křečemi, pocením, závratěmi, zažívacími potížemi apod.<sup>95</sup> Komplikace při tomto stavu, u nelegálních drog, nebývají časté. Paradoxně se velmi vážný tělesný odvykací stav vyskytuje u látek legálních, tedy u některých léků a alkoholu, u nichž dochází mnohem častěji ke komplikacím a rozvinutý abstinční syndrom je prakticky bez hospitalizace nezvládnutelný.

---

<sup>91</sup> ŘÍČAN, P., et al. *Dětská klinická psychologie*. Praha, 2006. Diagnostika problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, s. 263.

<sup>92</sup> MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-02-10]. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>>.

<sup>93</sup> ŠVARCOVÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie*. Hradec Králové, 2009. Drogová závislost, s. 58.

<sup>94</sup> MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-02-10]. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>>.

<sup>95</sup> ŠVARCOVÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie*. Hradec Králové, 2009. Problematika závislostí, s. 54.

### 3.3.3 Psychická závislost

Psychická složka závislosti je mnohem hůře ovlivnitelná. Její koordinace vyžaduje více než pevnou vůli dané osoby, právě kvůli této složce závislosti vznikají léčebná zařízení pro drogově závislé, terapeutické komunity a doléčovací centra.<sup>96</sup> Psychická závislost se projevuje se poruchami spánku, úzkostí, depresí, agresivitou i autoagresivitou, suicidními (sebevražednými) sklony apod.<sup>97</sup> Psychická složka závislosti je také důvodem recidiv a její zvládnutí může trvat mnoho měsíců i let a často vyžaduje zásadní změnu myšlení, vztahů, prostředí a životního stylu.<sup>98</sup>

### 3.3.4 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti lze shrnout do třech základních faktorů, které se vzájemně kombinují a doplňují.

#### 3.3.4.1 Osobnost člověka a její charakteristika

Je zapotřebí říci, že neexistuje tak nešťastná kombinace osobnostních charakteristik, která by jedince jednoznačně předurčovala ke vzniku závislosti. Na druhou stranu neexistuje osobnost, která by byla proti vzniku závislosti naprosto imunní. Závislost lze v podstatě za předpokladu splnění určitých podmínek vypěstovat u každého. Nicméně pravděpodobnost vzniku závislosti je vyšší u:

- a) osob zvýšeně citlivých, zranitelných, úzkostných, které trpí pocity méněcennosti, mají problémy v komunikaci a v navazování partnerských vztahů. Tito lidé se zvýšeně pozorují a mají sklon k hypochondrii. Drogou

---

<sup>96</sup> MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-02-10]. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>>.

<sup>97</sup> ŠVARCOVÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie*. Hradec Králové, 2009. Problematika závislostí, s. 54.

<sup>98</sup> MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-02-10]. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>>.

volby bývají u těchto lidí různá stimulanca, které jim poskytují oživení všedního života.

- b)** osob spíše extrovertních, obracejících svou reaktivitu navenek. Často se u těchto osob projevuje zvýšená impulzivita, dramatizování, snížená schopnost koncentrace a sklony k egocentrismu. Již ve školním věku může působit tato zvýšená aktivita projevovaná nevhodným způsobem problému a později vést až ke konfliktům s okolím a agresivnímu chování. Tito lidé upřednostňují opioidy a opiáty pro jejich tlumivé účinky.

### 3.3.4.2 Vlivy prostředí

Vlivy prostředí se na vzniku závislosti podílejí pravděpodobně nejvýrazněji. Lze mezi ně zařadit prakticky vše, co nás obklopuje, tedy rodina, vrstevníci, parta, škola, zaměstnání působení masmédií apod. Všechny tyto faktory formují postoj osobnosti k světu obecně, tedy i postoj k návykovým látkám. V následující části budou rozpracována jednotlivá prostředí, která formují postoj k návykovým látkám:

- a) rodina** – má největší vliv na osobnost jedince (hlavně matka). Mezi rizikové faktory pro vznik závislostí patří:

- a. tzv. hyperprotektivní model rodiny – nejčastěji bývá hyperprotektivním rodičem matka, která svému potomku věnuje až „přecitlivělou“ péči. Tento problém se nastává převážně v období puberty, kdy matčina péče přestává být adekvátní k věku dítěte, se kterým je nadále jednáno jako s malým.<sup>99</sup>
- b. nedostatečná rodičovská péče – dítěti nejsou jasně stanovena pravidla chování, je mu věnována nedostatečná péče a dohled, dítě nemá apod. U těchto dětí bývá nedostatek autorit.
- c. závislost člena rodiny atd.<sup>100</sup>

- b) kamarádi, vrstevníci, parta** – parta, kamarádi a vrstevníci jsou bezesporu pro správný rozvoj osobnosti velmi důležité, přičemž veškeré tyto složky

---

<sup>99</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha, 1995. Drogová závislost a její příčiny, s. 46-53.

<sup>100</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách: příručka pro pedagogy*. Praha, 1996. Jak vzniká závislost?, s. 17-18.

mohou mít na jedince kladný či naopak záporný vliv. Ochranu, nebo naopak riziko v drogové problematice tvoří jejich zájmy a záliby, ideologie, hodnotící postoje apod. Mezi faktory zvyšující či naopak snižující riziko vzniku závislostí v tomto prostředí patří:

- a. Skupina mládeže s velmi tolerantním vztahem k drogám, kde může být droga součástí určitého životního stylu a životní filosofie nebo pouze jako módní trend (např. house kultura). Droga je zde většinou chápána pouze jako módní prostředek pro dosažení příjemného stavu, jako prostředek, nikoli cíl. Způsoby aplikace drogy bývají spíše méně rizikové a jen zřídka vedou ke vzniku závislosti.
- b. Party běžně užívající drogy, ve kterých se dosud nezasvěcený jedinec poprvé setkává s návykovými látkami, jsou pro jedince nejvíce rizikové z hlediska vzniku závislosti. Soudržnost takovéto party se však většinou rozpadá s přibývajícím drogovými problémy jednotlivých členů, kteří se postupně izolují právě od této své původní party.
- c. Skupiny ideologicky či kultovně orientované s odmítavými postoji vůči drogám, představují menší riziko drogové závislosti, naopak mohou působit preventivně.

**c) partnerský vztah, profese**

- a. Partnerský vztah s člověkem závislým na drogách je velmi nelehký a přináší sebou řadu rizik, jako například riziko vzniku vlastní závislosti, rizika zdravotní (HIV apod.) a právní (kriminalita).
- b. Profese se může být rizikovým faktorem ovšem může působit i protektivně. Zvýšené riziko je u profesí se snadnou dostupností návykových látek, např. zdravotníci, a u osob které jsou vysoce vytížené a mají velkou zodpovědnost jako např. úspěšní podnikatelé.<sup>101</sup>

**d) škola** – mezi rizikové faktory zvyšující riziko vzniku závislostí patří:

- a. neexistující systematická prevence, lhostejnost učitelů;

---

<sup>101</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha , 1995. Drogová závislost a její příčiny, s. 53-57.

- b. snadná dostupnost alkoholu a jiných drog ve škole, nebo v jejím okolí;
- c. nedostatečná nabídka pozitivních hodnot;
- d. špatný prospěch;
- e. neoblíbenost v třídním kolektivu;
- f. stres, přetížení atd.<sup>102</sup>

e) **masmedia** – masmedia mají na člověka velký vliv, jsou součástí každodenního života a mají schopnost s lidmi manipulovat a ovlivnit jejich úsudek. Jejich taktika je založena na dlouhodobém a nepřímém působení na člověka, přičemž do jisté míry ovlivňují socializaci jedince a do určité míry jej uzpůsobují k obrazu svému. Většinou se jedná o stereotypní, opakující se sdělení, kterému má jedinec tendenci uvěřit a brát jej za samozřejmost. Média plní funkci zábavní, informační, kulturní, sociální a politickou.

Bulvárně orientovaný tisk pojímá většinou drogový problém jako zajímavost pro čtenáře, senzaci a prostředek k navýšení zisku. Bohužel taková koncepce drogové problematiky se nevyskytuje pouze u bulvárního tisku, ale i u zdánlivě seriózních tiskovin, které pouze více uhladí styl informování než bulvár, ovšem náhled na danou problematiku je veskrze stejně naivní.<sup>103</sup>

Mezi masmédiá se v současné době řadí i internet, kde si mohou jednotlivci, ale i skupiny vyměňovat názory a zkušenosti související s drogovou problematikou. Ty jsou však často zkreslené a subjektivně ovlivněné. Často bývají součástí takových to internetových stránek i diskuzní fóra, která se mohou stát i zprostředkovatelem návykových látek.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách: příručka pro pedagogy*. Praha, 1996. Jak vzniká závislost?, s. 18.

<sup>103</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha, 1995. Drogová závislost a její příčiny, s. 57-59.

<sup>104</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Selected Issues: Annual Report 2006*. Luxemburg, 2006. Role of the Internet, s. 47-48.



### 3.3.4.3 Droga a její charakteristika

O jednotlivých drogách a jejich charakteristice pojednává druhá kapitola této práce. Přítomnost drogy je jedním z faktorů ovlivňujících vznik závislosti, pokud by neexistovaly žádné návykové látky ovlivňující psychiku, nevznikl by drogový problém. Ovšem takováto situace je pouze hypotetická.

Je třeba vzít na vědomí, že poptávku po drogách nelze mocensky eliminovat např. státní mocí. Jestliže existuje poptávka, vznikne vždy i nabídka. Proto je třeba si uvědomit a smířit se s tím, že drogy jsou všude kolem nás a těch ilegálních bude stále přibývat a budou stále více viditelné. Stát nemá moc ochránit své občany před touto problematikou, jedině oni sami si mohou pomoci, počítat s riziky a následky, umět odmítnout a zvolit menší zlo, jestliže je to nutné. Každý musí přijmout zodpovědnost za své vlastní chování a tím omezit působení drogy na vznik drogové závislosti na minimum.<sup>105</sup>

### 3.3.5 Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu lze rozdělit do čtyř fází, fáze občasné konzumace (počáteční, prealkoholická), fáze varovné (prodromální), fáze kritické (rozhodné, kruciólní) a fáze konečné (terminální, období úpadku).

#### 3.3.5.1 Fáze občasné konzumace (počáteční, prealkoholická, incipientní)

„Vstupem“ do této fáze je první (byť mírný) abúzus, obsahující pocity euforie, uvolnění a subjektivního zlepšení sociálních funkcí.<sup>106</sup> Konzumace alkoholu je v tomto období propojena se společností, projevem sociální konformity. Pakliže je jedinec členem sociální skupiny, ve které je konzumace alkoholu považována za normu, existuje reálné riziko, že se u něj frekvence pití alkoholu zvýší, popřípadě stoupnou denní dávky alkoholu. Konzumace alkoholu může v zátěžové situaci sloužit

---

<sup>105</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha, 1995. Drogová závislost a její příčiny, s. 59.

<sup>106</sup> ŘEHAN, V. *Adiktologie I*. 1. vyd. Olomouc, 2007. Možnosti diagnostiky, s. 53.

k potlačení napětí, relaxaci a dosažení dobré nálady. Rizikovým mechanismem je zafixování zkušenosti, že alkohol přináší úlevu. Takto disponovaný člověk zvyšuje dávky alkoholu zejména v období nahromadění problémů, které se následně ani nepokouší řešit účelnějším postupem.<sup>107</sup>

### **3.3.5.2 Fáze varovná (prodromální)**

Konzument se již zaměřuje na koncentrovanější nápoje, začíná se u něj projevovat zjevná opilost, v alkoholu spatřuje uvolnění, úlevu a euforii. Po užití alkoholu si připadá výkonnější a sebejistější. U dotyčného dochází k hypobulii (oslabuje se jeho vůle), začíná se projevovat snížený pocit zodpovědnosti, slábne etická složka osobnosti a objevují se závady a poruchy chování.<sup>108</sup>

V této fázi dotyčný někdy pije sám (i tajně), zvyšuje dávky i frekvenci užití alkoholu. Začínají se u něj vyskytovat alkoholové výpadky paměti (palimpsesty), kdy si nepamatuje své chování v této období. Konzument si začíná uvědomovat svou potřebu alkoholu a vnímá ji jako nepříjemnou signalizaci, varování.<sup>109</sup>

### **3.3.5.3 Fáze kritická (rozhodné, kruciólní)**

Jedince nacházející se v této fázi již označujeme jako alkoholiky. Tito lidé výrazně ztrácejí sebekontrolu, neovládají se a již po požití velmi malého množství alkoholu mají nutkavou touhu „pít dál“, stali se již závislími.<sup>110</sup> Schopnost regulovat příjem alkoholu je zcela omezena, vyskytují se častěji stavy opilosti, objevuje se alkoholická amnézie.

---

<sup>107</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2008. Vývoj vzniku závislosti na nealkoholových drogách, s. 555 - 556.

<sup>108</sup> KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno, 2007. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus i závislosti na sektách, s. 212.

<sup>109</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2008. Vývoj vzniku závislosti na nealkoholových drogách, s. 555 - 556.

<sup>110</sup> KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno, 2007. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus i závislosti na sektách, s. 212.

Alkohol již dotyčnému neposkytuje tak žádoucí pocity jako dříve, ovšem v případech, že by se nenapil, cítil by se tak špatně, že by dlouho abstinenci nevydržel. Závislost si však nechce přiznat, je přesvědčen, že by dokázal přestat pít. Neustále se pohybuje mezi stavem střízlivosti, ve kterém je odhodlán své chování změnit, a stavem kdy porušuje toto rozhodnutí, který může být spojen s pozdějším sebeobviňováním a výčitkami. Dochází ke změnám v hodnotovém systému, k oploštění zájmů i vztahů k lidem a okolí.<sup>111</sup>

U chronického alkoholismu (stejně jako u drogové intoxikace) se vyskytují deprese, pokleslá nálada. V mnoha případech dochází k celkovému psychomotorickému zpomalení. V souvislosti s depresivními stavy se objevují i suicidiální myšlenky a chování.<sup>112</sup>

#### **3.3.5.4 Fáze konečná (terminální, období úpadku)**

V této fázi se již dostávají např. poruchy srdeční činnosti, výrazné poškození jaterní tkáně, nervové soustavy, poruchy zažívacího traktu, převážně vředové choroby, poruchy slinivky břišní a ledvin. U alkoholika dochází k celkové degradaci osobnosti s alkoholickou otupělostí. Potřeba alkoholu je stálá, přičemž alkoholik pije v kuse několik dní tak dlouho, jak to jeho organismus snese. Avšak v důsledku poškození jaterní tkáně a nervové soustavy se opíjí už i velmi malou dávkou alkoholu. V tomto stádiu závislosti je reálná hrozba vzniku duševních poruch, včetně deliria tremens (poruchy vědomí, optické přeludy, halucinace, iluze, motorický neklid, třes apod.).<sup>113</sup>

#### **3.3.6 Fáze vývoje vzniku závislosti na nealkoholových drogách**

Zneužívání drog má své fáze (stádia). Jako pro každou nemoc, tak i pro zneužívání drog platí, čím dříve je nemoc zachycena (v nižší fázi), tím je snáze

---

<sup>111</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2008. Vývoj vzniku závislosti na nealkoholových drogách, s. 556.

<sup>112</sup> MILLER, N. S. *The Pharmacology of Alcohol and Drugs of Abuse and Addiction*. New York, 1991. s. 78 - 79.

<sup>113</sup> KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno, 2007. Drogové závislosti, alkoholismus, nikotinismus i závislosti na sektách, s. 212.

léčitelná s menším rizikem trvalých následků.<sup>114</sup> Vývoj vzniku drogové závislosti na nealkoholových drogách lze rozdělit do čtyř fází a to do fáze experimentálního a občasného užívání, fáze pravidelného užívání, fáze návykového užívání a fáze terminální.

### **3.3.6.1 Fáze experimentování a občasného užívání**

V této fázi droga vyvolává žádoucí pocity uvolnění, štěstí, sebejistoty, zvyšuje pocity kompetentnosti, umožňuje dosáhnout potřebnou a požadovanou míru aktivizace. Člověk je oprostěn od pocitů úzkosti, strachu a nejistoty. Později je však droga nutná k udržení zdání normálního stavu, ovšem jedinec experimentující s drogou si tuto skutečnost nepřipustí a nereaguje na žádné moralizování ani sankce.

Jakmile člověk zjistí, že mu může droga pomoci v situacích nouze nebo nudy, bude mít tendenci užít ji opakovaně. Návyk v této fázi ještě není vyvinut, z čehož vyplývá, že droga není užívána pravidelně, uživatel většinou tají, že drogu občas bere, zatím pro něj jsou důležité i jiné hodnoty a záleží mu na vztazích s lidmi i na akceptovatelném plnění běžných rolí.

### **3.3.6.2 Fáze pravidelného užívání**

Jestliže bude jedinec užívat drogu v kratších pravidelných intervalech, vytvoří se u něj určitý stereotyp chování. V této fázi už nepopírá, že užívá drogu, ale nepřiznává rizika svého jednání, odmítá si připustit jeho závažnost a snaží se přesvědčit sebe sama i své okolí, že „sice občas něco vezme, ale má vše pod kontrolou“. Tato iluze, iluze kontroly, je typická pro počínající závislost a rychlost jejího postupu závisí na typu psychoaktivní látky, frekvenci její aplikace a dávkách. Dalšími důležitými signály vznikající závislosti jsou změny v chování a úbytek zájmů.

---

<sup>114</sup> ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc, 2003. Vývojové stupně zne/užívání drog, s. 18.

### 3.3.6.3 Fáze návykového užívání

V této fázi postupující závislosti se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co nesouvisí s drogami, závislý ztrácí motivaci a pozměňuje své hodnoty. Už se nesnaží maskovat a skrývat svůj návyk, chybí mu k tomu čas i energie. Stává se lhostejným k mínění druhých, ztrácí svou profesní i některé další role. Vztahy s přáteli a s rodinnými příslušníky jsou narušeny a přesto, že má jedinec občas výčitky svědomí, není s tím schopen nic udělat.

Někteří se snaží své jednání ospravedlňovat a svádět svou závislost na krutá svět. Na druhou stranu mohou zaujímat demonstrováný postoj lhostejnosti ve smyslu „Lepší žít naplno, i když krátce“. Droga už nepovznáší, nicméně je o to víc potřebná k navození „normálního“ stavu. Je buď akceptována jako trvalá součást života, nebo má naopak dotyčný snahu se jí zbavit, protože se bojí dalšího úpadku své osobnosti. Mnozí se v této fázi snaží omezit dávku drogy nebo přestat, ale většinou se jedná pouze o střídání období abstinence a relapsů. Jen malá část drogově závislých zvládne zátěž spojenou s komplexní změnou životního stylu i přes silnou motivaci k léčbě.

### 3.3.6.4 Fáze terminální

Nadměrné užívání drog poškozuje jedince biologicky i sociálně. Psychické i somatické zdraví je narušeno a dochází k celkovému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Kontakty jsou udržovány pouze s lidmi, kteří jsou spjati s příslušnou subkulturou. Drogově závislý se stává zcela nespolehlivým a bezohledným, přičemž jeho jediným zájmem je získání potřebné dávky drogy. Potřeba a touha po droze je tak silná, že eliminuje sociální zábrany a dohání závislého ke krádežím, podvádění, loupení a prostituci.<sup>115</sup>

---

<sup>115</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2008. Vývoj vzniku závislosti na nealkoholových drogách, s. 562 - 563.

## 4 Prevence

Pod pojmem prevence obecně rozumíme předcházení nemocí, čili postupy aplikované s cílem zabránit vzniku onemocnění či úrazu, nebo předcházení zhoršení nemoci, snaha o zachycení nejranějších stádií onemocnění, u kterých je včasná léčba účinnější a vede k lepší prognóze, nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného, tedy opatření zaměřená proti vzniku komplikací určité nemoci.<sup>116</sup> Obecně bývá zvykem dělit prevenci na primární, sekundární a terciární,<sup>117</sup> ovšem Ústav pro lékařství americké akademie věd (Institut of medicine) přišel s návrhem klasifikace dělené na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tento nový rámec se zaměřuje na poměrování rizika rozvoje užívání drog v určité populaci a rozsah intervencí.<sup>118</sup> V této práci se však přidržíme klasické klasifikace, která je pro naše podmínky běžnější.

### 4.1 Primární (proti)drogová prevence

Primární prevence se zaměřuje na předcházení zneužívání drog a/nebo oddálení prvního setkání dětí a mladých lidí s drogami. Tato prevence je zacílena na dosud nezasazenou populaci. Jejím obecným záměrem je odradit od užívání drog, respektive poskytnout dostatečné podklady k vědomému rozhodnutí abstinovat či užívat drogy, čili vytvořit si obecný pohled na zdraví.<sup>119</sup> Významné místo při utváření obecného pohledu na zdraví a péči o něj současně s prevencí závislostí zaujímá vedle rodiny také škola, a to především kvalitou svého vzdělávacího programu v oblasti Člověk a zdraví.

---

<sup>116</sup> ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc, 2003. Prevence, s. 55.

<sup>117</sup> ŠVEC, J.; JEŘÁBKOVÁ, S.; TESAŘOVÁ, V. *Jak se bránit drogám a předcházet závislostem*. Praha, 2007. Pojetí a dělení prevence, s. 16.

<sup>118</sup> MCGRATH, Y. et al. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha, 2007. Protidrogová prevence a definice, s. 14.

<sup>119</sup> ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc, 2003. Prevence, s. 55.

Ke zkvalitnění a zefektivňování této preventivní intervence je velmi důležité dostatečné a účinné vzdělávání budoucích i stávajících pedagogů.<sup>120</sup>

Primární (proti)drogovou prevenci lze rozdělit na specifickou, nespecifickou, selektivní a indikovanou.

#### **4.1.1 Specifická (proti)drogová primární prevence**

Specifická (proti)drogová prevence je charakteristická přímou návazností příslušných preventivních činností na drogovou problematiku. Zahrnuje besedy, přednášky, techniky odmítání drog aj.

#### **4.1.2 Nespecifická (proti)drogová primární prevence**

Tato prevence je charakterizována péčí o smysluplné trávení volného času a podporou aktivit vedoucích k rozvoji osobnosti, posílení sebevědomí, schopnosti rozhodovat a komunikovat. Je zaměřena vedle (proti)drogové prevence i na prevenci sociálně patologických jevů obecně.

#### **4.1.3 Selektivní (proti)drogová primární prevence**

Selektivní prevence se zaměřuje na rizikové skupiny, jako jsou žáci/studenti speciálních škol, handicapovaní, sídlištní party apod.

#### **4.1.4 Indikovaná (proti)drogová primární prevence**

Indikovaná prevence se zaměřuje na rizikové jedince, tedy sourozence a potomky závislých osob, šikanovaným, dětem/studentům s poruchami chování apod.<sup>121</sup>

---

<sup>120</sup> ŘEHULKA, E., et al. *School and Health 21: General Issues in Health Education*. Brno, 2009. Education for health: New professional training for teachers, s. 109.

## 4.2 Sekundární (proti)drogová prevence

Sekundární prevence se zakládá na předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými. Zahrnuje v sobě včasnou intervenci, poradenství a léčbu.<sup>122</sup>

V zásadě se zde setkáváme s programy dvou typů, a to s nízkoprahovými programy a s vysokoprahovými programy.

### 4.2.1 Nízkoprahové programy

Tyto programy nevyžadují po cílové skupině bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu. Nabízejí léčbu somatických škod, psychické a sociální poradenství apod. Ve vhodných případech je poskytována také léčba vedoucí k abstinenci. Z výše uvedeného vyplývá, že nízkoprahové programy jsou dostupnější větší části uživatelů/závislých a tak představují významný mezistupeň mezi životem bez kontaktu s pomáhající institucí a přechodem do vysokoprahových programů.

### 4.2.2 Vysokoprahové programy

Účast ve vysokoprahových programech je podmíněna abstinencí. Tyto programy nabízejí psychologickou/psychiatrickou pomoc a v některých případech i sociální servis s cílem vytvořit či posílit abstinenci chování a návyky, čímž se řadí spíše mezi léčbu „doléčovací“.<sup>123</sup>

---

<sup>121</sup> MACHOVÁ, J.; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha, 2009. Vzdělávání dětí a mladistvých v protidrogové prevenci, s. 84.

<sup>122</sup> KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha, 2008. Sekundární prevence, s. 20.

<sup>123</sup> ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc, 2003. Prevence, s. 56.



### 4.3 Terciární (proti)drogová prevence

Tato prevence je zaměřena na předcházení vážného či trvalého zdravotního a sociálního poškození způsobenému užíváním drog. Zahrnuje resocializaci, sociální rehabilitaci osob, které prošly léčnou vedoucí k abstinenci nebo se zapojily do substituční léčby a abstunují od nelegálních drog, dále pojímá snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při intravenózní aplikaci drog u osob, které aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnuty s užíváním přestat („harm reduction“).<sup>124</sup>

### 4.4 Školní protidrogová prevence

Školní protidrogová prevence obsahuje všechny výše uvedené typy prevence, avšak omezuje se na specificky školní prostředí. Její součástí je prevence zneužívání drog, pravidla a předpisy týkající se drog, předávání ohrožených žáků/studentů do péče profesionálních zdravotnických služeb a další aktivity a strategie týkající se užívání a zneužívání drog ve školách.

Školám bývají často nabízeny různé programy zaměřené na (proti)drogovou prevenci, ovšem většina z nich je neefektivní a některé z nich mohou mít i nežádoucí účinky. Zde nastává dilema týkající se výběru vhodných programů. Do výběru totiž vstupují otázky volného času, nedostatek objektivních kritérií a know-how o efektivnosti programu a v neposlední řadě také otázka financování daného programu.

I přesto by jsme si měli uvědomit, že právě školní prostředí a vzdělávání obecně je považováno za efektivní platformu pro drogovou prevenci, protože školy navštěvuje většina mladých lidí ve věku 11 až 19 let.<sup>125</sup> Ačkoli hlavní tradiční sociální instituce je rodina, musíme si připustit, že její vliv na děti slábne a naděje v posilování prosociálních postojů a dovedností, společně s preventivním působením, jsou vkládány do školních institucí.<sup>126</sup>

---

<sup>124</sup> KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha, 2008. Terciární prevence, s. 22 – 23.

<sup>125</sup> GALLÀ, M., et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Praha, 2005. Školní prevence, s. 11 - 13.

<sup>126</sup> MATOUŠEK, O.; KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha, 2003. Programy vázané na školu, s. 272 – 273.

#### 4.4.1 Efektivní preventivní programy

Efektivní preventivní programy jsou zaměřeny nejen na zvyšování znalostí, ale především na postoje a chování žáků/studentů. Tyto složky jsou bezesporu nejnáročnější součástí preventivních programů, protože je nutné přistupovat ke každému značně individuálně a přesto ovlivnit celou třídu.

Dnes jsou hojně využívány tzv. Peer-programy, kdy na žáky/studenty působí jejich vrstevníci, kteří jsou předem proškoleni a souhlasí s aktivní účastí v programu. Je pochopitelné, že vliv vrstevníka je na pubescenta/adolescenta vyšší než vliv dospělého, jehož názory většinou odmítá.

##### 4.4.1.1 Prvky kvalitních, efektivních preventivních programů

- a) Komplexnost preventivního programu (zvyšování znalostí, ovlivňování postojů i nácvik chování)
- b) Nácvik sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život
- c) Přiměřenost věku
- d) Spolupráce s rodinou
- e) Spolupráce se spojenci – pedagogický sbor, lékaři, psychologové, další školy, místní komunita, organizace mládeže, místní správa atd.
- f) Obsahuje nácvik, jak čelit tlaku vrstevníků<sup>127</sup>
- g) Interaktivnost programu, s omezeným počtem účastníků
- h) Využití pozitivních modelů
- i) Soustavnost a dlouhodobost
- j) Program je prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> ŘEHULKA, E., et al. *Prevence závislostí ve škole*. Brno, 2008. Programy primární prevence zaměřené na omezování kouření u dětí a dospívajících, s. 48 – 49.

<sup>128</sup> NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.; SOVINOVA, H. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocen*. Praha, 1998. Zásady efektivní primární prevence, s. 4 – 9.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 Drogová problematika na zdravotnických školách

### 5.1 Cíle výzkumu

- 1) Zjistit období prvního setkání žáků/studentů SZŠ a VOŠz s drogou
- 2) Zjistit důvody užití drogy žáků/studentů SZŠ a VOŠz
- 3) Zjistit zájem žáků/studentů SZŠ a VOŠz o drogovou problematiku
- 4) Odhalení nejčastějších míst setkání žáků/studentů SZŠ a VOŠz s drogou
- 5) Zjistit povědomí žáků/studentů SZŠ a VOŠz o rizicích spojených s užíváním drog
- 6) Zjistit zdroje informací žáků/studentů a pedagogů SZŠ a VOŠz o drogové problematice
- 7) Zjistit (proti)drogovou prevence na SZŠ a VOŠz
- 8) Zjistit zkušenosti pedagogů SZŠ a VOŠz s drogovou problematikou
- 9) Vytvořit edukační materiál

### 5.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkum byl určen pro žáky/studenty zdravotnických oborů a pedagogy vyučující na školách se zdravotnickým zaměřením. Byl proveden na Střední zdravotnické škole a vyšší odborné škole zdravotnické Emanuela Pöttinga v Olomouci. Zkoumaný soubor žáků/studentů o počtu 186 respondentů byl sestaven dle vstupních kritérií:

- Žáci střední zdravotnické školy E. Pöttinga v Olomouci
- Studenti vyšší odborné školy zdravotnické E. Pöttinga v Olomouci

Zkoumaný soubor pedagogů o počtu 30 respondentů byl sestaven dle vstupních kritérií:

- Pedagogičtí pracovníci střední zdravotnické školy E. Pöttinga v Olomouci
- Pedagogičtí pracovníci vyšší odborné školy zdravotnické E. Pöttinga v Olomouci

### 5.2.1 Technika výzkumu

K získání dat byla využita metoda anonymních dotazníků, které jsou součástí diplomové práce jako přílohy č. 3, 4.

Dotazník pro žáky/studenty obsahuje 27 otázek směřovaných k jednotlivým cílům této práce. Dotazníky byly po domluvě s vedením školy a potvrzení písemného souhlasu (viz příloha č. 5) rozdávány školní metodičkou prevence, ve třídách 1. – 4. ročníku SZŠ E Pöttinga v Olomouci a třídách 1. – 3. ročníku VOŠz E. Pöttinga v Olomouci.

Dotazník pro pedagogy obsahuje 13 otázek zaměřených na zjištění (proti)drogové prevence na SZŠ/VOŠz, spokojenosti pedagogů se současným stavem (proti)drogové prevence a zkušeností pedagogů s drogovou problematikou. Dotazníky byly po domluvě s vedením školy rozdávány školní metodičkou prevence.

### 5.2.2 Organizace výzkumného šetření

Vlastnímu šetření předcházela osobní návštěva Střední zdravotnické školy a vyšší odborné školy zdravotnické E. Pöttinga v Olomouci, která vedla k podání písemné žádosti o povolení výzkumného šetření (viz. příloha č. 5), seznámení vedení školy a školního metodika prevence s cíli diplomové práce, metodou získávání dat a jejich vyhodnocováním.

Na základě písemného souhlasu bylo zahájeno pilotní šetření, které předcházelo vlastnímu výzkumnému šetření, zaměřené na zjištění srozumitelnosti položek u obou dotazníků. Následně proběhlo vlastní výzkumné šetření ve spolupráci se školním metodikem prevence, který zprostředkoval distribuci a sběr dotazníků. Veškerá získaná data byla zpracována anonymně.

Bylo rozdáno dohromady 200 (100 %) dotazníků studentům, z toho se vrátilo 186 (93%) správně vyplněných a 50 dotazníků pedagogům, z toho se vrátilo 30 (60%) správně vyplněných.

### 5.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření u žáků/studentů

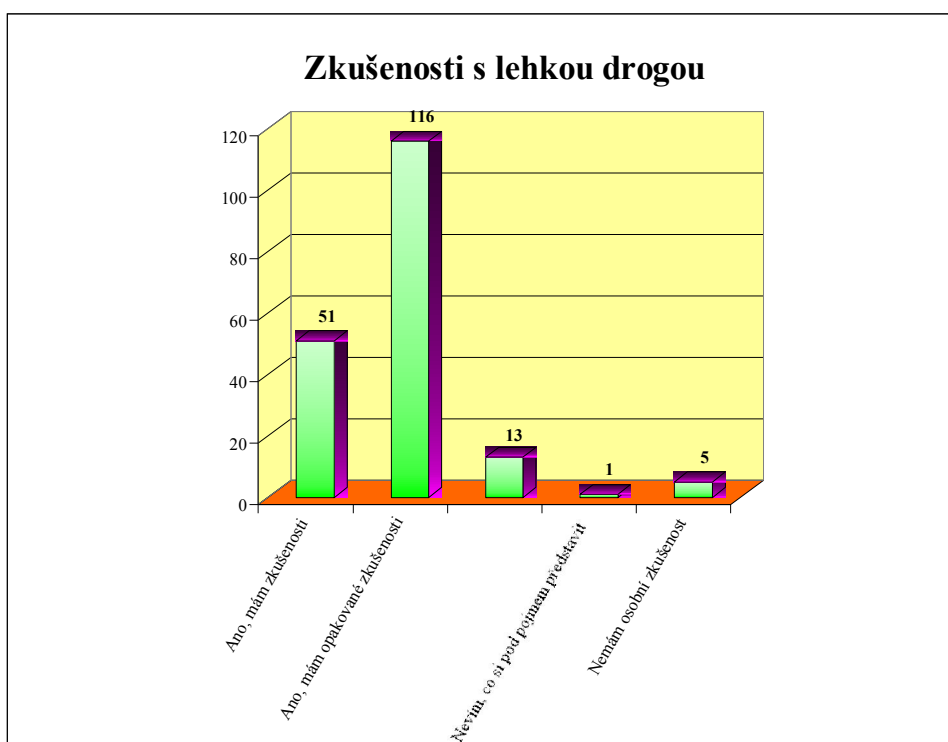
Popisky ve všech grafech jsou uvedeny v absolutní četnosti. Absolutní a relativní četnost je uvedena v tabulkách, včetně celkového shrnutí pro danou položku.

#### Položka 1 A: Máte zkušenosti s lehkou drogou?

Tabulka 1: Zkušenosti s lehkou drogou

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano, mám zkušenosti	51	27%
Ano, mám opakované zkušenosti	116	62%
Ne	13	7%
Nevím, co si pod pojmem představit	1	1%
Nemám osobní zkušenost	5	3%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 1: Zkušenosti s lehkou drogou



Z celkového počtu 186 (100%) respondentů uvedlo 51 (27%) respondentů, že mělo zkušenosti s lehkou drogou, 116 (62%) respondentů mělo opakované zkušenosti s lehkou drogou. Zkušenosti s lehkou drogou nemělo pouze 13 (7%) respondentů, 1 (1%) respondent nevěděl, co si pod pojmem lehká droga představit a 5 (3%) respondentů nemělo s lehkou drogou osobní zkušenost.

**Položka 1 B: Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, napište prosím, se kterou lehkou drogou máte konkrétně zkušenosti:**

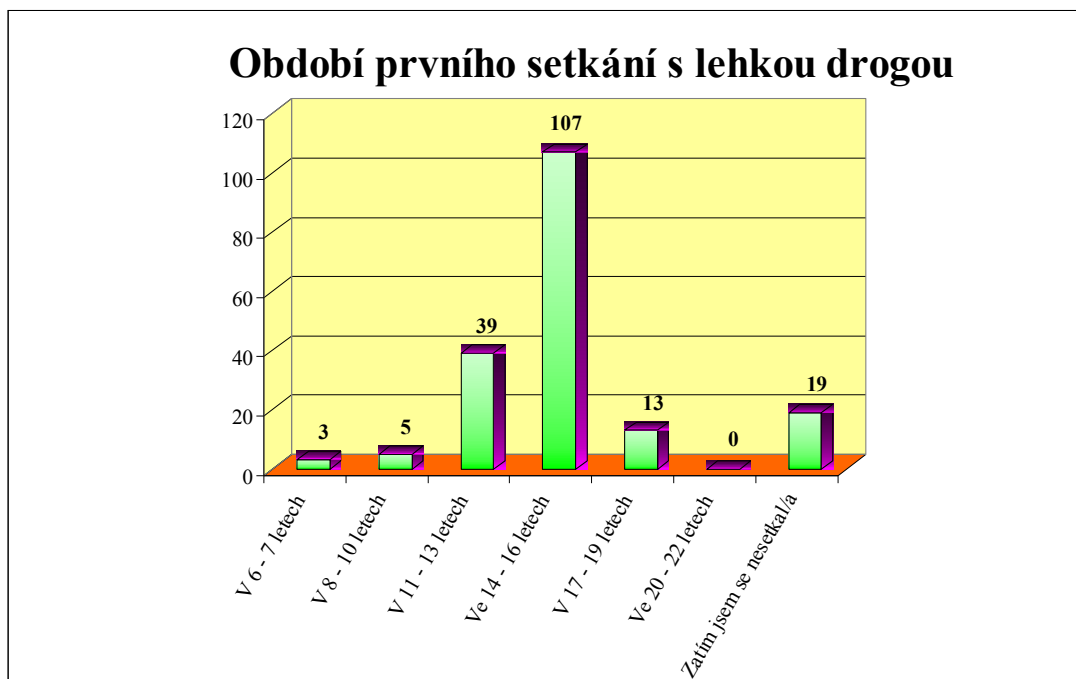
Z celkových 186 (100%) respondentů, odpovědělo na tuto otázku 167 (90%) respondentů, kteří měli/mají zkušenost s lehkou drogou. Pro tuto položku považujeme těchto 167 respondentů za 100%, z nichž nejčastěji žáci/studenti uváděli jako lehkou drogu se kterou mají zkušenost alkohol, který uvedlo 68 (41%) respondentů, dále nikotin, uvedený 42 (25%) respondenty, a následně kombinaci obou výše uvedených, kterou uvedlo 25 (15%) respondentů. Jako další užívané lehké drogy uváděli marihuanu, kterou uvedlo 13 (8%) respondentů, převážně v kombinaci s alkoholem, což uvedlo 17 (10%) respondentů. Pouze 2 (1%) respondenti uvedli jako lehkou drogu i kávu a čokoládu.

## Položka 2: V kolika letech jste se poprvé setkali s lehkou drogou?

Tabulka 2: Období prvního setkání s lehkou drogou

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
V 6 - 7 letech	3	2%
V 8 - 10 letech	5	3%
V 11 - 13 letech	39	21%
Ve 14 - 16 letech	107	58%
V 17 - 19 letech	13	7%
Ve 20 - 22 letech	0	0%
Zatím jsem se neseťkal/a	19	10%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 2: Období prvního setkání s lehkou drogou



S lehkou drogou se poprvé setkali z celkového počtu 186 (100%) respondentů 3 (2%) respondenti ve věku 6 – 7 let, 5 (3%) respondentů ve věku 8 – 10 let. V 11 – 13 letech se poprvé setkalo s lehkou drogou celkem 39 (21%) respondentů, 107 (58%) respondentů uvedlo první setkání s lehkou drogou ve 14 – 16 letech,



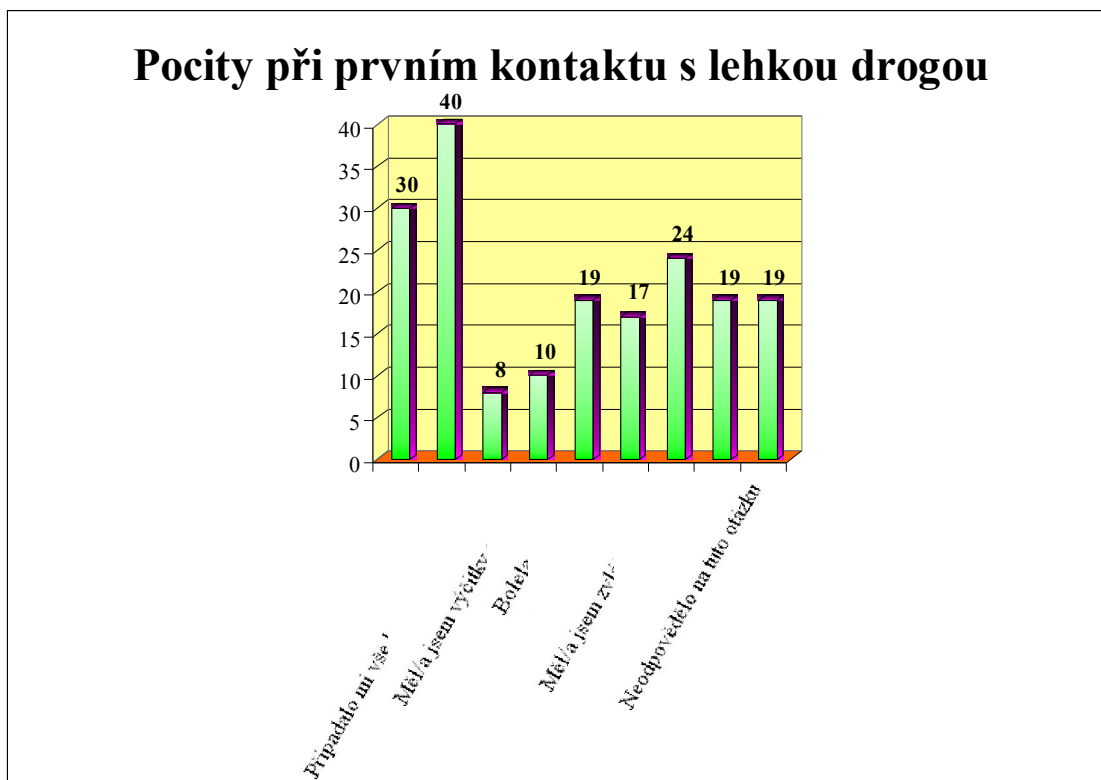
13 (7%) respondentů v 17 – 19 letech. Ani jeden (0%) respondent nevedl jako období prvního setkání s lehkou drogou 20 – 22 let. Možnost zatím jsem se s lehkou drogou nesešel/a zvolilo 19 (10%) respondentů.

**Položka 3: V případě, že jste měli kontakt s lehkou drogou, jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s touto drogou?**

Tabulka 3: Pocity při prvním kontaktu s lehkou drogou

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Bylo mi špatně	30	16%
Cítil/a jsem se skvěle	40	22%
Připadalo mi vše krásné a jednoduché	8	4%
Měl/a jsem výčitky svědomí	10	5%
Bolela mě hlava	19	10%
Chtělo se mi spát	17	9%
Měl/a jsem zvláštní pocity	24	14%
Jiné	19	10%
Neodpovědělo na tuto otázku	19	10%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 3: Pocity při prvním kontaktu s lehkou drogou



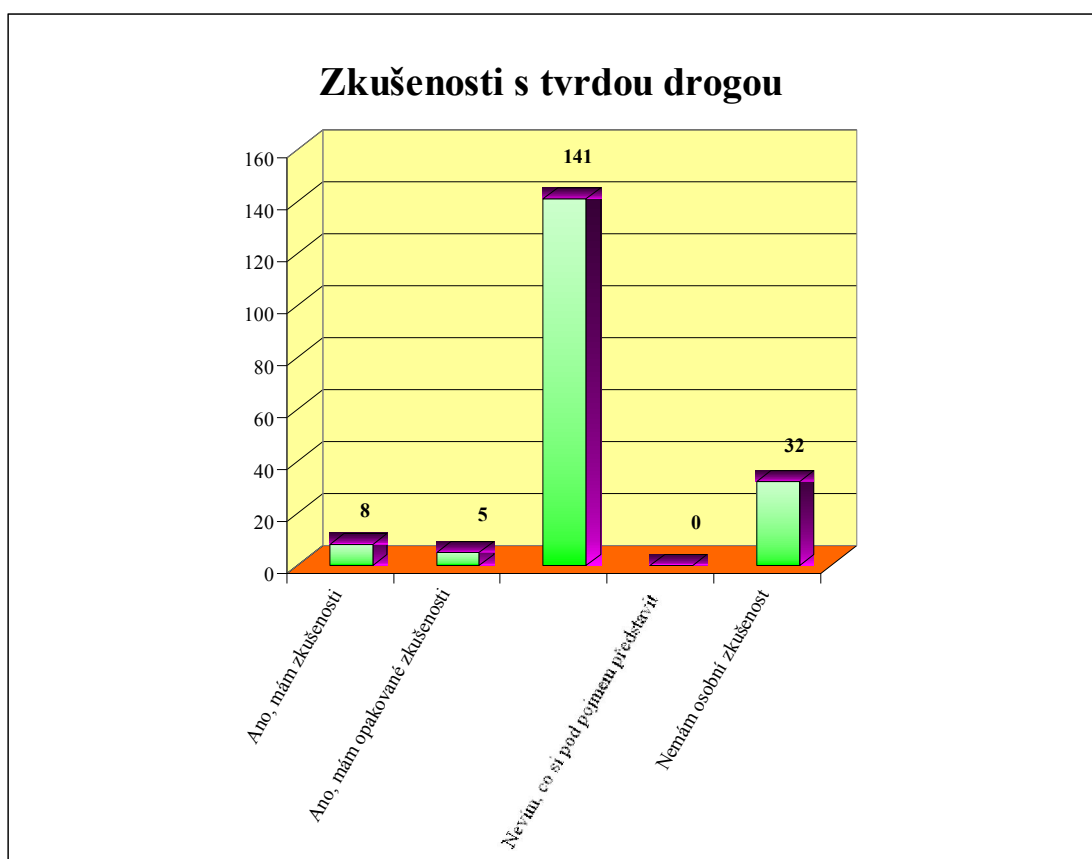
Z celkového počtu 186 (100%) respondentů zvolilo jako odpověď na otázku jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s lehkou drogou 30 (16%) respondentů „bylo mi špatně“. Odpověď „cítíl/a jsem se skvěle“ zvolilo 40 (22%) respondentů, „připadalo mi vše krásné a jednoduché“ zvolilo 8 (4%) respondentů. Možnost „měl/a jsem výčitky svědomí“ označilo 10 (5%) respondentů. Bolest hlavy při prvním kontaktu s lehkou drogou uvedlo 19 (10%) respondentů. 17 (9%) respondentů uvedlo, že se jim chtělo spát, 24 (14%) respondentů mělo zvláštní pocity. Možnost „jiné“ zvolilo 19 (10%) respondentů, kteří uváděli větší odvahu, pocity „nabuzení“, nepříjemnou pachut' v ústech a žádné pocity. Z celkového počtu 186 respondentů na tuto položku neodpovědělo 19 (10%) respondentů.

#### Položka 4 A: Máte zkušenosti s tvrdou drogou?

Tabulka 4: Zkušenosti s tvrdou drogou

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano, mám zkušenosti	8	4%
Ano, mám opakované zkušenosti	5	3%
Ne	141	76%
Nevím, co si pod pojmem představit	0	0%
Nemám osobní zkušenost	32	17%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 4: Zkušenosti s tvrdou drogou



Z celkového počtu 186 (100%) respondentů uvedlo 8 (4%) respondentů, že mělo zkušenosti s tvrdou drogou, 5 (3%) respondentů mělo opakované zkušenosti s tvrdou drogou. Zkušenosti s tvrdou drogou nemělo 141 (76%) respondentů, ani jeden

(0%) respondent nezvolil odpověď „nevím, co si pod pojmem lehká droga představit a 32 (17%) respondentů nemělo s tvrdou drogou osobní zkušenost.

**Položka 4 B: Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, napište prosím, se kterou tvrdou drogou máte konkrétně zkušenosti:**

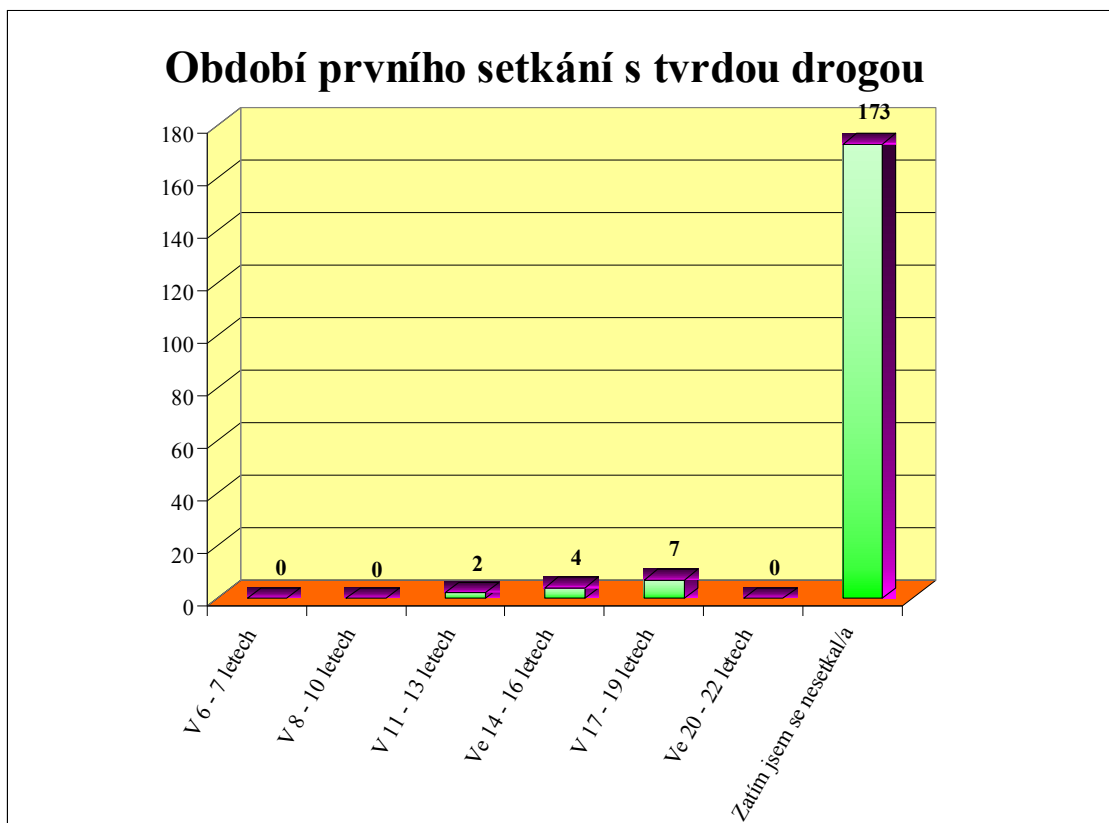
Z celkových 186 (100%) respondentů, odpovědělo na tuto otázku 13 (7%) kteří měli/mají zkušenost s tvrdou drogou. Pro tuto položku považujeme těchto 13 respondentů za 100%, z nichž uvedlo jako tvrdou drogu 7 (54%) respondentů extázi, „éčko“, 2 (15%) respondenti uvedli marihuanu, 1 (8%) respondent uvedl „houbičky, hašiš a speed“, 2 (15%) respondenti uvedli pervitin, z nich jeden v kombinaci s LSD. Jeden (8%) respondent uvedl jako tvrdou drogu, se kterou má zkušenosti kokain.

### Položka 5: V kolika letech jste se poprvé setkali s tvrdou drogou?

Tabulka 5: Období prvního setkání s tvrdou drogou

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
V 6 - 7 letech	0	0%
V 8 - 10 letech	0	0%
V 11 - 13 letech	2	1%
Ve 14 - 16 letech	4	2%
V 17 - 19 letech	7	4%
Ve 20 - 22 letech	0	0%
Zatím jsem se neseťkal/a	173	93%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 5: Období prvního setkání s tvrdou drogou



S tvrdou drogou se poprvé z celkového počtu 186 (100%) respondentů neseťkal ani jeden (0%) respondent ve věku 6 – 7 let a ve věku 8 – 10 let. V 11 – 13 letech

se poprvé setkali s tvrdou drogou 2 (1%) respondenti, 4 (2%) respondenti uvedli první setkání s tvrdou drogou ve 14 – 16 letech, 7 (4%) respondentů v 17 – 19 letech. Ani jeden (0%) respondent neuvedl jako období prvního setkání s tvrdou drogou 20 – 22 let. Možnost zatím jsem se s tvrdou drogou nesetkal/a zvolilo 173 (93%) respondentů.

**Položka 6: V případě, že jste měli kontakt s tvrdou drogou, jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s touto drogou?**

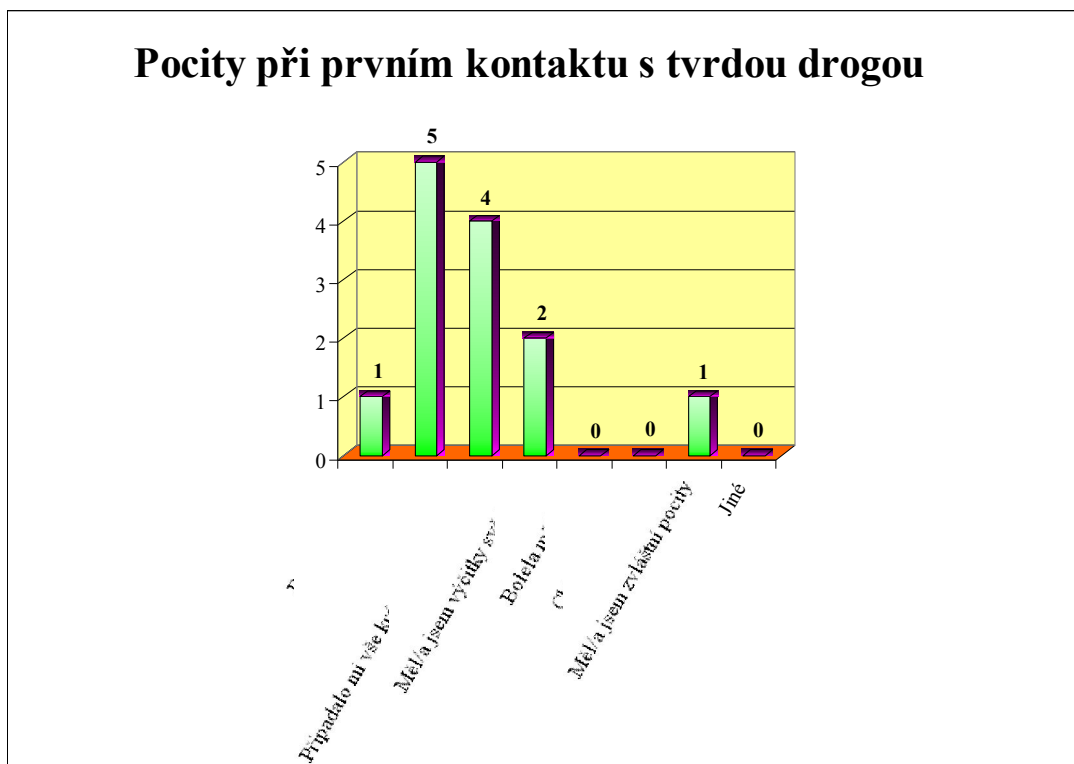
Na tuto položku odpovědělo z celkového počtu 186 (100%) respondentů pouze 13 (7%) respondentů. Pro větší grafickou přehlednost je těchto 13 respondentů pro tuto položku považováno za 100% a veškeré procentuální hodnoty v této položce se vztahují právě k tomuto vzorku respondentů.

Tabulka 6: Pocity při prvním kontaktu s tvrdou drogou

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Bylo mi špatně	1	8%
Cítil/a jsem se skvěle	5	38%
Připadalo mi vše krásné a jednoduché	4	31%
Měl/a jsem výčitky svědomí	2	15%
Bolela mě hlava	0	0%
Chtělo se mi spát	0	0%
Měl/a jsem zvláštní pocity	1	8%
Jiné	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>



Graf 6: Pocity při prvním kontaktu s tvrdou drogou



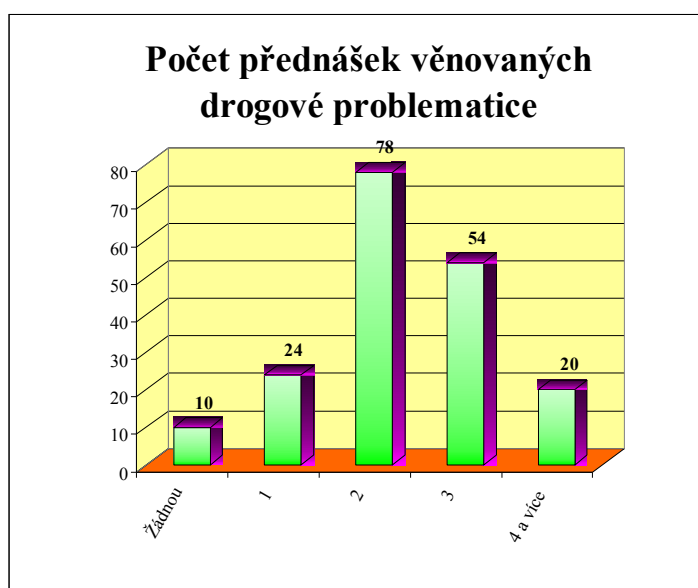
Z celkového počtu 13 (100%) respondentů, kteří odpověděli na tuto položku zvolil jako odpověď na otázku „Jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s tvrdou drogou?“ 1 (8%) respondent „bylo mi špatně“. Odpověď „cítil/a jsem se skvěle“ zvolilo 5 (38%) respondentů, „připadalo mi vše krásné a jednoduché“ zvolili 4 (31%) respondenti. Možnost „měl/a jsem výčitky svědomí“ označili 2 (15%) respondenti. Bolest hlavy při prvním kontaktu s lehkou drogou neuvědl ani jeden (0%) respondent, stejně jako možnost „chtělo se mi spát“. 1 (8%) respondent měl zvláštní pocity. Možnost „jiné“ ne zvolil ani jeden (0%) respondent.

**Položka 7: Kolik jste na této škole měli přednášek věnovaných drogové problematice?**

Tabulka 7: Počet přednášek věnovaných drogové problematice

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Žádnou	10	5%
1	24	13%
2	78	42%
3	54	29%
4 a více	20	11%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 7: Počet přednášek věnovaných drogové problematice



Z celkových 186 (100%) respondentů uvedlo 10 (5%) respondentů, že neměli na této škole žádnou přednášku věnovanou drogové problematice, 24 (13%) respondentů uvedlo, že měli jednu přednášku věnovanou drogové problematice na této škole, 78 (42%) respondentů uvedlo, že mělo 2 přednášky věnované drogové problematice na této škole, 54 (29%) respondentů uvedlo tři přednášky věnované drogové problematice na této škole a 20 (11%) respondentů uvedlo 4 a více přednášek věnovaných drogové problematice na této škole.

**Položka 8: Věnovali jste se drogové problematice v předmětech (dle učebního plánu)? Vypište prosím, ve kterých to bylo.**

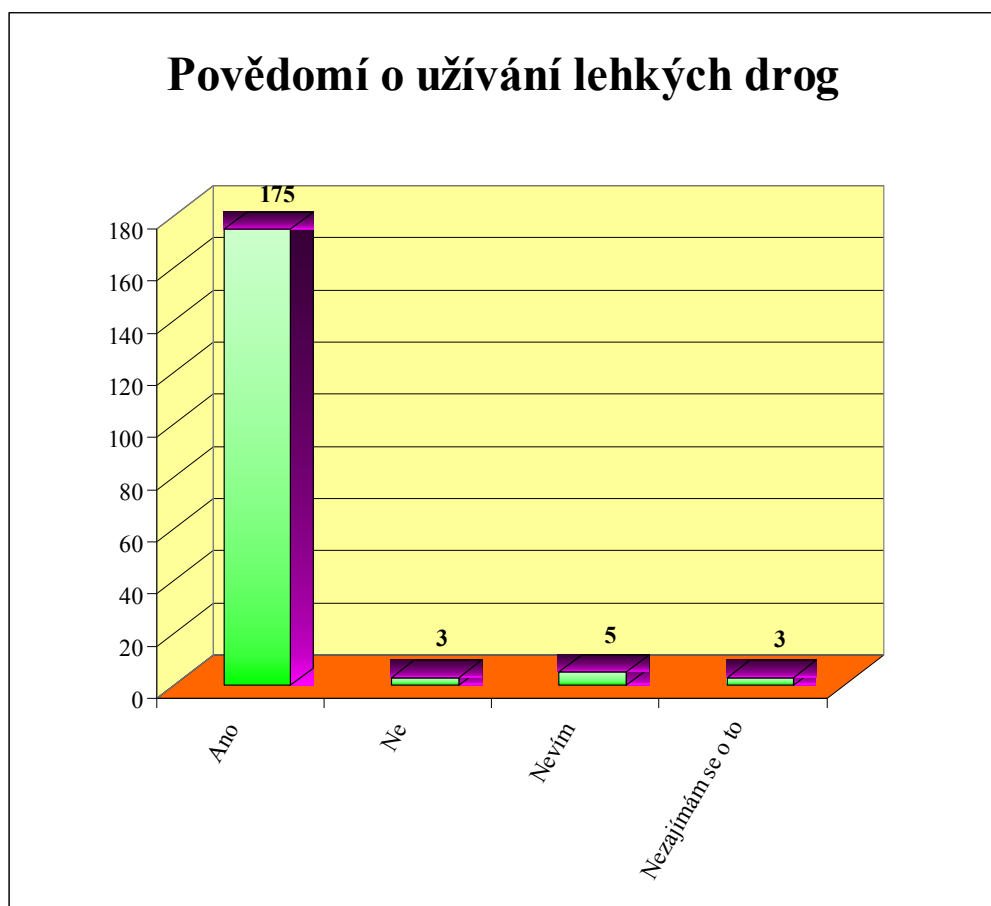
Ze 186 (100%) respondentů uvedlo 102 (55%) respondentů, že se drogové problematice věnovali ve veřejném zdravotnictví a výchově ke zdraví, 31 (17%) respondentů uvedlo občanskou nauku, 10 (5%) respondentů uvedlo veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví společně s občanskou naukou, 22 (12%) respondentů uvedlo jako předměty, ve kterých se věnovali drogové problematice psychologii a ošetrovatelství a 2 (1%) respondenti uvedli chemii. Pouze 19 (10%) respondentů uvedlo, že se v žádném předmětu drogové problematice nevěnovali.

### Položka 9: Víte o člověku z Vašeho okolí, který užívá lehké drogy?

Tabulka 8: Povědomí o užívání lehkých drog

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	175	94%
Ne	3	2%
Nevím	5	3%
Nezajímám se o to	3	2%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 8: Povědomí o užívání lehkých drog



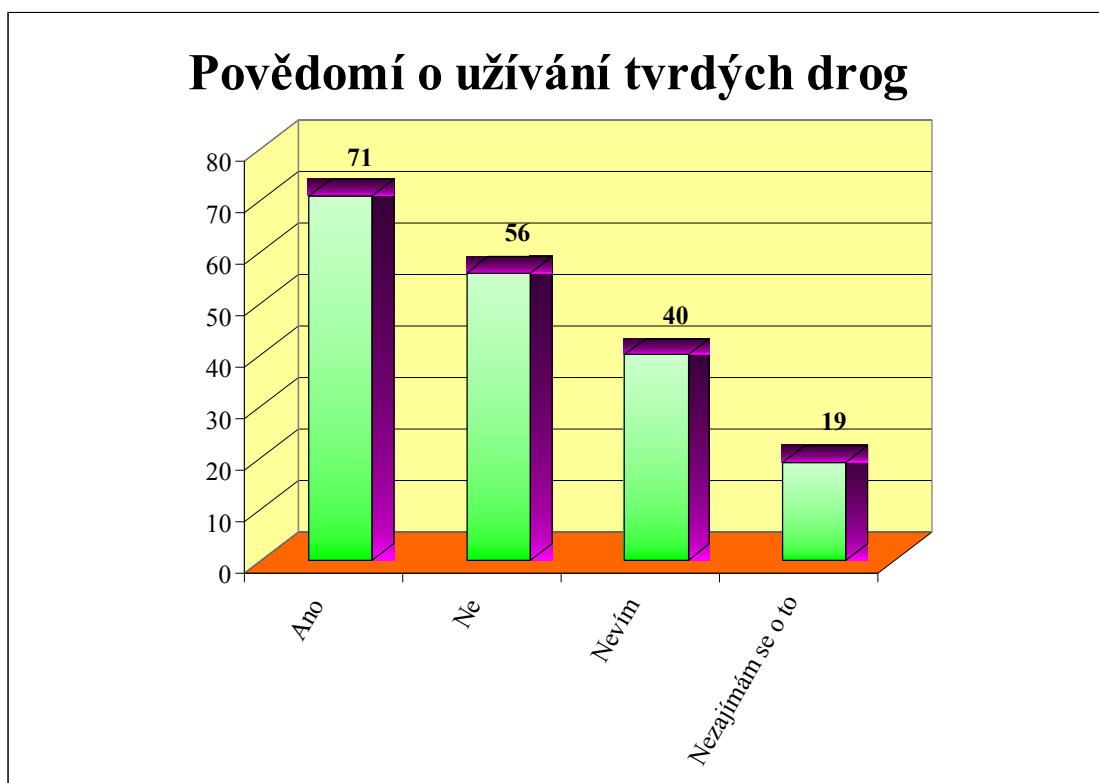
Z celkového počtu 186 (100%) respondentů má 175 (94%) respondentů povědomí o člověku ve svém okolí, který užívá lehké drogy. 3 (2%) respondenti nemají povědomí o člověku ve svém okolí, který užívá lehké drogy, 5 (3%) respondentů neví a 3 (2%) respondenti se o to nezajímají.

## Položka 10: Užívá někdo ve Vašem okolí tvrdé drogy?

Tabulka 9: Povědomí o užívání tvrdých drog

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	71	38%
Ne	56	30%
Nevím	40	22%
Nezajímám se o to	19	10%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 9: Povědomí o užívání tvrdých drog



Z celkového počtu 186 (100%) respondentů má 71 (38%) respondentů povědomí o člověku ve svém okolí, který užívá tvrdé drogy. 56 (30%) respondentů nemá povědomí o člověku ve svém okolí, který užívá lehké drogy, 40 (22%) respondentů neví a 19 (10%) respondentů se o to nezajímá.

**Položka 11: Napište prosím, kdo je Váš školní metodik prevence?**

Graf 10: Povědomí o školním metodikovi prevence



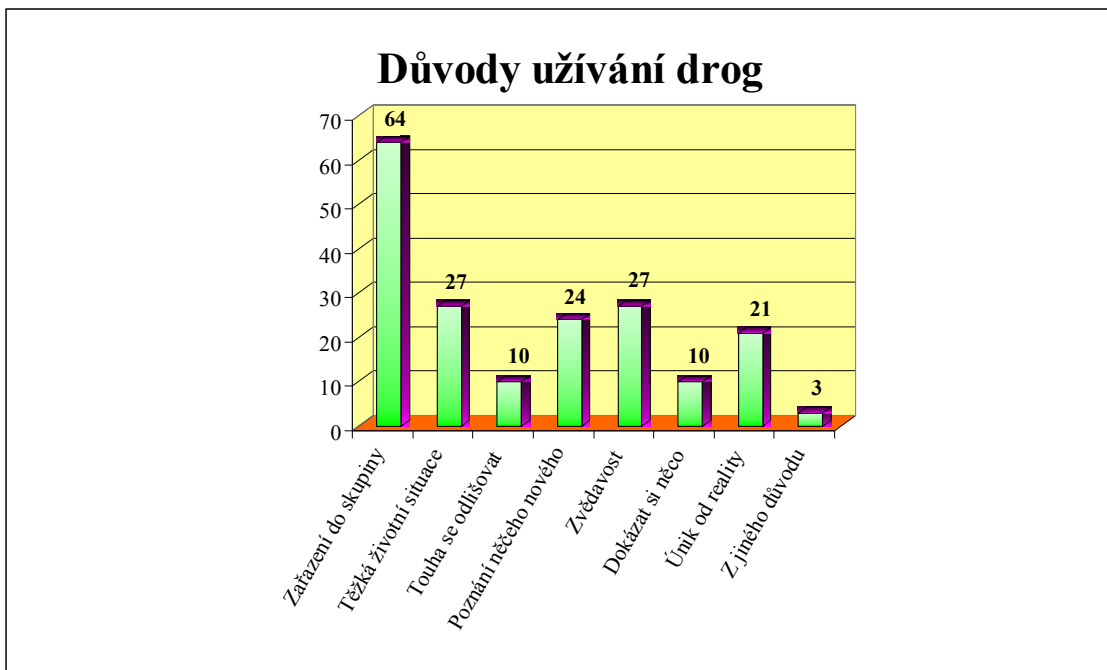
Z celkového počtu 186 (100%) respondentů uvedlo 139 (75%) respondentů správnou osobu jako školního metodika prevence. 47 (25%) respondentů uvedlo chybnou odpověď. Mezi chybnými odpověďmi se vyskytovala jiná osoba, kterou uvedlo celkem 10 (21% z chybných odpovědí) respondentů a 37 (79% z chybných odpovědí) respondentů napsalo, že neví.

## Položka 12: Z jakého důvodu podle Vás někdo začne užívat drogy?

Tabulka 10: Důvody užívání drog

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Zařazení do skupiny	64	34%
Těžká životní situace	27	15%
Touha se odlišovat	10	5%
Poznání něčeho nového	24	13%
Zvědavost	27	15%
Dokázat si něco	10	5%
Únik od reality	21	11%
Z jiného důvodu	3	2%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 11: Důvody užívání drog



Jako důvody užívání drog zvolilo z celkových 186 (100%) respondentů 64 (34%) respondentů možnost zařazení do skupiny, 27 (15%) respondentů těžkou životní situací, 10 (5%) respondentů touhu se odlišovat, 24 (13%) respondentů touhu po poznání něčeho nového, 27 (15%) respondentů zvědavost, 10 (5%) respondentů touhu dokázat si něco a 21 (11%) respondentů zvolilo možnost únik od reality. 3 (2%) respondenti zvolili možnost jiné a uvedli zde „z nudy“.

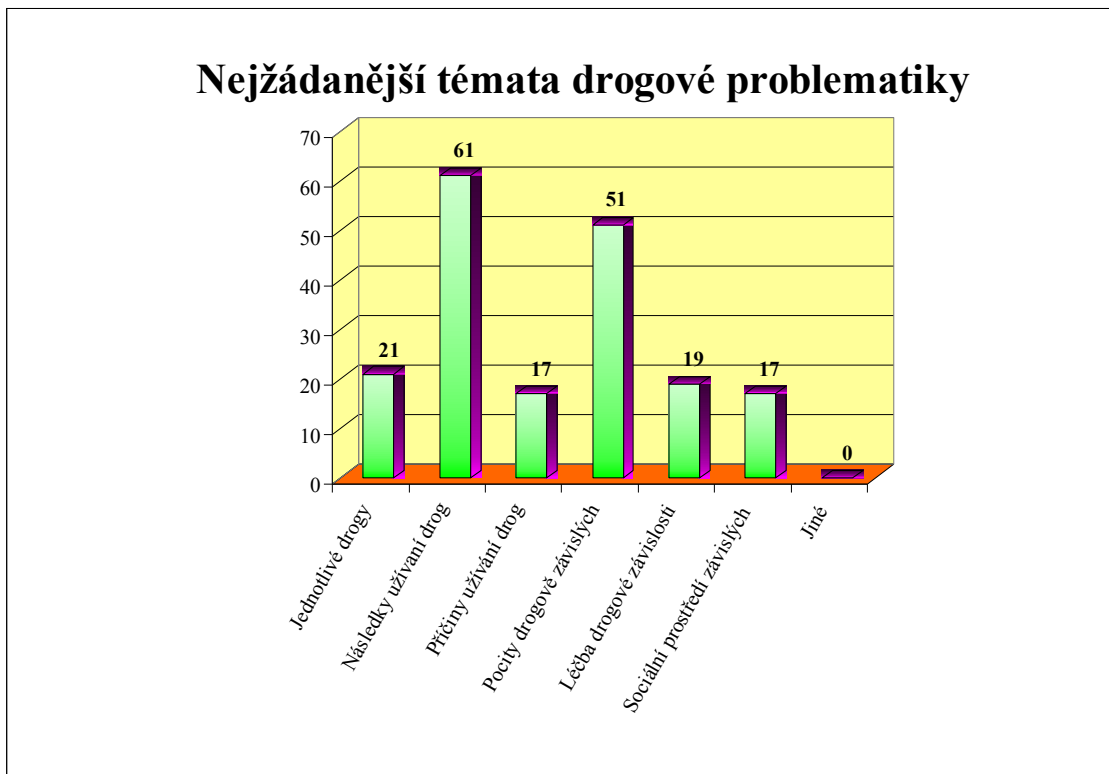


**Položka 13: Co Vás na drogové problematice nejvíce zajímá?**

Tabulka 11: Nejžádanější témata drogové problematiky

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Jednotlivé drogy	21	11%
Následky užívání drog	61	33%
Příčiny užívání drog	17	9%
Pocity drogově závislých	51	28%
Léčba drogové závislosti	19	10%
Sociální prostředí závislých	17	9%
Jiné	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 12: Nejžádanější témata drogové problematiky



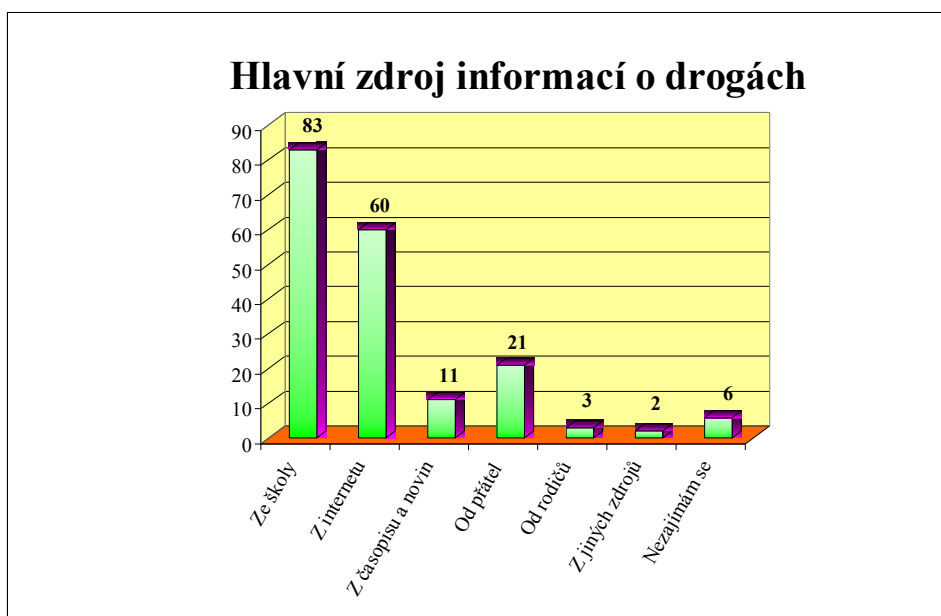
Z celkových 186 (100%) respondentů uvedlo na otázku co vás na drogové problematice nejvíce zajímá 21 (11%) respondentů jednotlivé drogy, 61 (33%) respondentů následky užívání drog, 17 (9%) respondentů příčiny užívání drog. Pocity drogově závislých uvedlo 51 (28%) respondentů. 19 (10%) respondentů uvedlo léčbu drogově závislých a 17 (9%) respondentů uvedlo sociální prostředí lidí závislých na drogách. Ani jeden (0%) respondent ne zvolil možnost jiné.

#### Položka 14: Z jakých zdrojů získáváte nejvíce informací o drogové problematice?

Tabulka 12: Hlavní zdroj informací o drogách

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ze školy	83	45%
Z internetu	60	32%
Z časopisu a novin	11	6%
Od přátel	21	11%
Od rodičů	3	2%
Z jiných zdrojů	2	1%
Nezajímám se	6	3%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 13: Hlavní zdroj informací o drogách



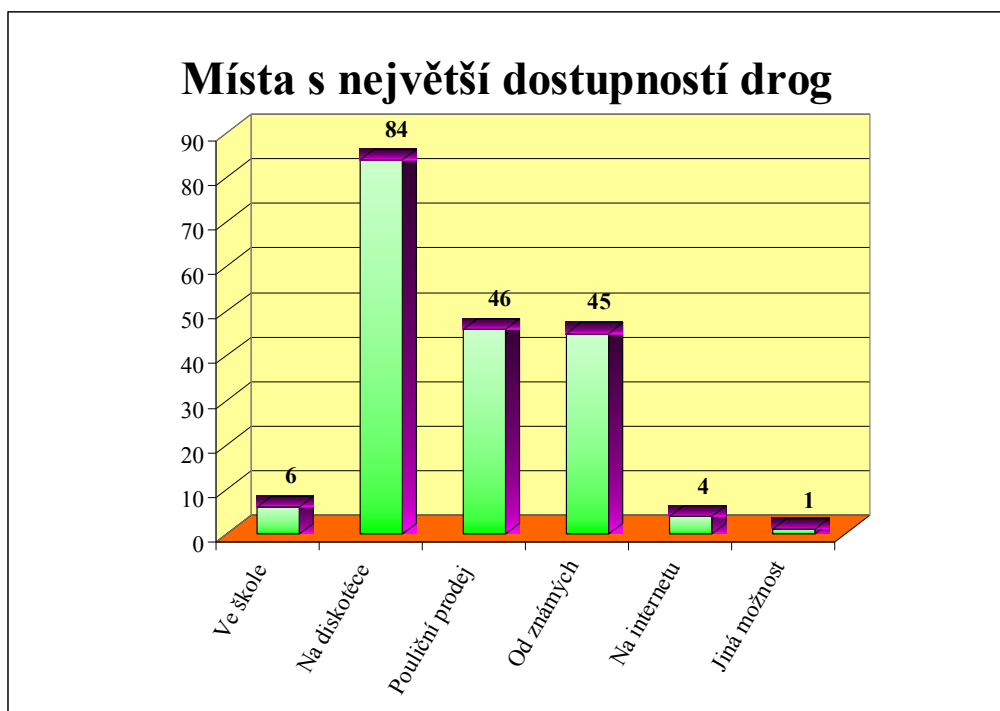
Jako hlavní zdroj informací o drogové problematice uvedlo 83 (45%) respondentů školu. Internet uvedlo 60 (32%) respondentů, časopisy a noviny 11 (6%) respondentů. Možnost od přátel zvolilo 21 (11%) respondentů, od rodičů 3 (2%) respondenti. Odpověď z jiných zdrojů zvolili 2 (1%) respondenti, kteří zde uvedli knihy My děti ze stanice ZOO, Memento, A bude hůř. Možnost o tuto problematiku se nezajímám zvolilo 6 (3%) respondentů.

### Položka 15: Kde jsou podle Vás drogy nejvíce dostupné?

Tabulka 13: Místa s největší dostupností drog

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ve škole	6	3%
Na diskotéce	84	45%
Pouliční prodej	46	25%
Od známých	45	24%
Na internetu	4	2%
Jiná možnost	1	1%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 14: Místa s největší dostupností drog



Ze 186 (100%) respondentů odpovědělo na tuto položku 6 (3%) respondentů ve škole a 84 (45%) respondentů na diskotéce. 46 (25%) respondentů uvedlo jako místo, kde jsou nejvíce dostupné drogy pouliční prodej. Možnost od známých zvolilo 45 (24%) respondentů, na internetu 4 (2%) respondenti. Jinou možnost uvedl 1 (1%) respondent, který zde uvedl nádraží.

### **Položka 16: Patří podle Vás alkohol a tabák mezi drogy?**

Tabulka 14: Pohled respondentů na alkohol a tabák jako na drogy

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Ano	163	88%
Ne	23	12%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 15: Pohled respondentů na alkohol a tabák jako na drogy



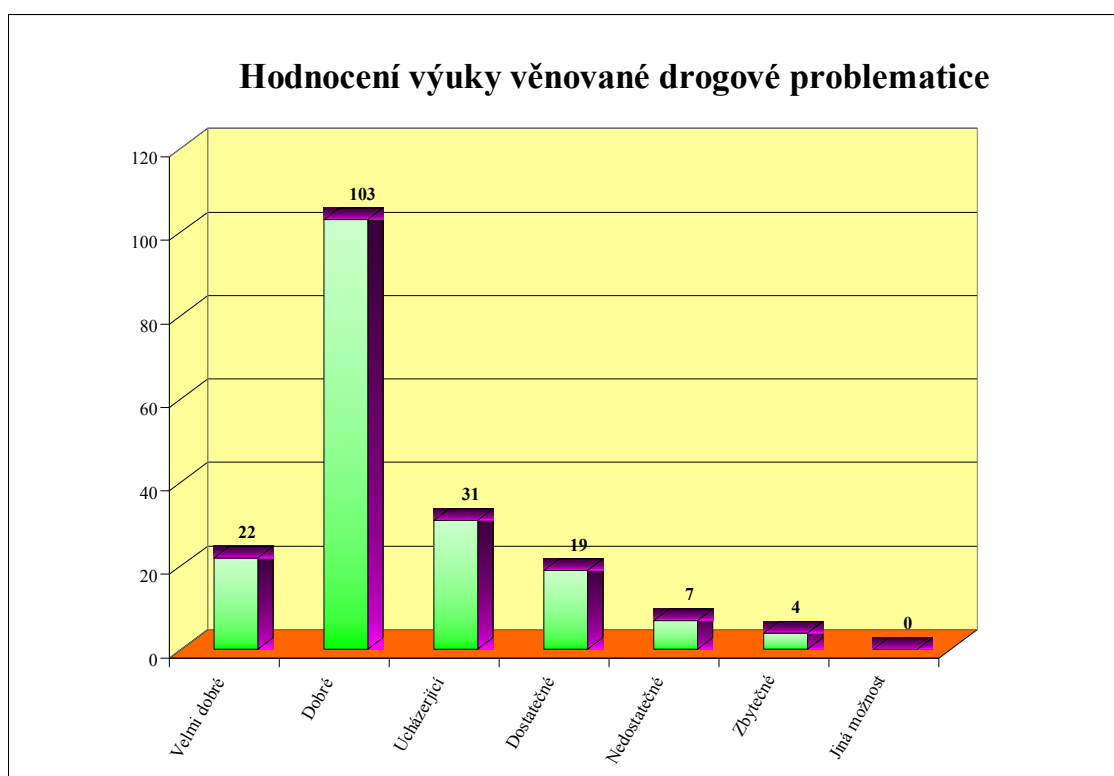
Podle 163 (88%) respondentů, z celkového počtu 186 (100%) respondentů, patří alkohol a tabák mezi drogy. Jako argumenty pro své rozhodnutí respondenti uváděli nejčastěji že jsou návykové, dále pak škodlivé, popřípadě kombinaci obou výše zmíněných a také, že ovlivňují psychiku. Dle 23 (12%) respondentů nepatří alkohol a tabák mezi drogy, protože jsou volně dostupné, což byl nejčastější argument, užívá je skoro každý, nejsou návykové, jejich konzumace není trestná apod.

**Položka 17: Pokud, jste měli ve školní výuce hodiny věnované drogové problematice, jak byste je ohodnotili?**

Tabulka 15: Hodnocení výuky věnované drogové problematice

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Velmi dobré	22	12%
Dobré	103	55%
Ucházející	31	17%
Dostatečné	19	10%
Nedostatečné	7	4%
Zbytečné	4	2%
Jiná možnost	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 16: Hodnocení výuky věnované drogové problematice



Hodiny ve školní výuce věnované drogové problematice hodnotilo 22 (12%) respondentů jako velmi dobré, 103 (55%) respondentů jako dobré, 31 (17%) respondentů jako ucházející, 19 (10%) respondentů jako dostatečné. Za nedostatečné tyto hodiny považovalo 7 (4%) respondentů, za zbytečné 4 (2%). Jinou možnost ne zvolil ani jeden (0%) respondent.

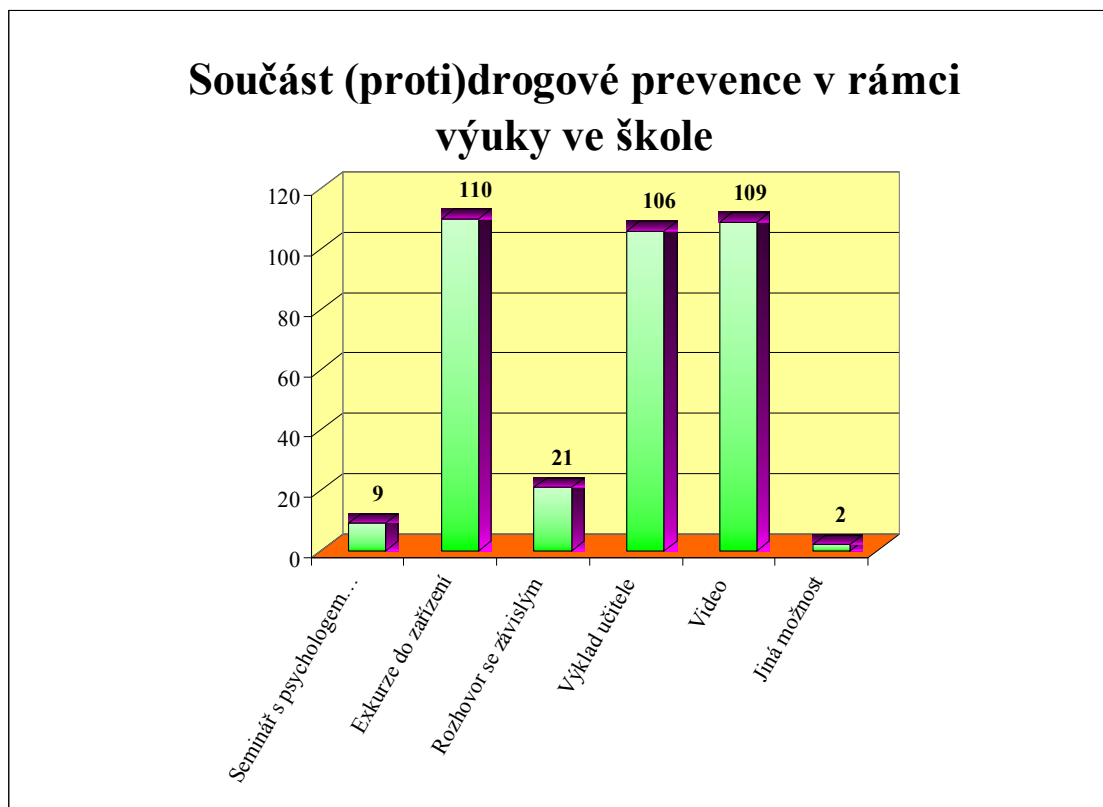
**Položka 18: V případě, že jste se věnovali ve vyučovacích hodinách v rámci školy (proti)drogové prevenci, co bylo součástí těchto hodin?**

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí, proto je veškeré procentuální vyjádření u této položky vztaženo k počtu odpovědí, nikoli k počtu respondentů.

Tabulka 16: Součást (proti)drogové prevence v rámci výuky ve škole

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Seminář s psychologem...	9	3%
Exkurze do zařízení	110	31%
Rozhovor se závislým	21	6%
Výklad učitele	106	29%
Video	109	30%
Jiná možnost	2	1%
<b>CELKEM</b>	<b>357</b>	<b>100%</b>

Graf 17: Součást (proti)drogové prevence v rámci výuky ve škole





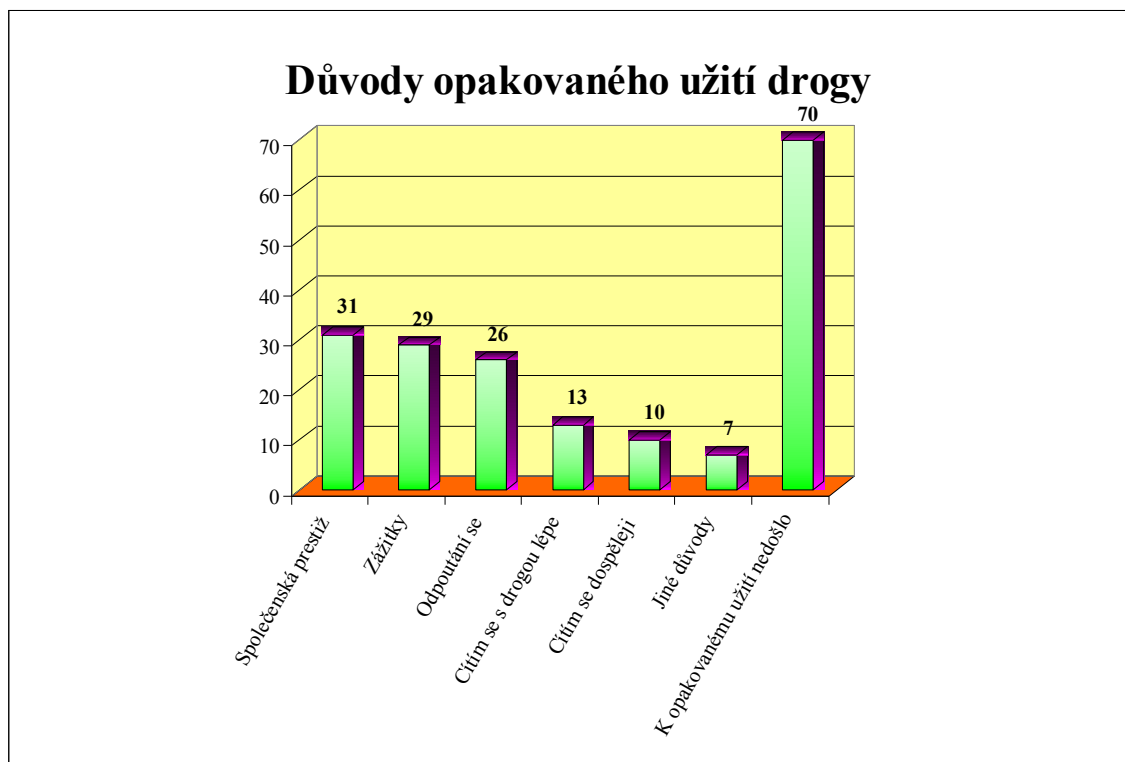
K této položce bylo získáno celkem 357 (100%) odpovědí, z nichž 9 (3%) odpovědí na otázku co bylo součástí (proti)drogové prevence v rámci vyučovacích hodin ve škole bylo seminář s psychologem/psychiatrem, 110 (31%) odpovědí exkurze do zařízení zabývajícího se léčbou drogových závislostí, 21 (6%) odpovědí rozhovor s drogově závislým na specializovaném pracovišti. Dále bylo zvoleno 106 (29%) odpovědí výklad učitele, 109 (30%) odpovědí video a 2 (1%) odpovědi jiné, mezi kterými byl uveden přednes Mementa hercem.

## Položka 19: Co Vás vedlo/vede k opakovanému užití drogy?

Tabulka 17: Důvody opakovaného užití drogy

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Společenská prestiž	31	17%
Zážitky	29	16%
Odpoutání se	26	14%
Cítím se s drogou lépe	13	7%
Cítím se dospěleji	10	5%
Jiné důvody	7	4%
K opakovanému užití nedošlo	70	37%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 18: Důvody opakovaného užití drogy



Z celkových 186 respondentů uvedlo jako důvod k opakovanému užití drogy 31 (17%) respondentů společenskou prestiž ve skupině, 29 (16%) respondentů zážitky související s užitím drogy a 26 (14%) respondentů odpoutání se od každodenní šedi.

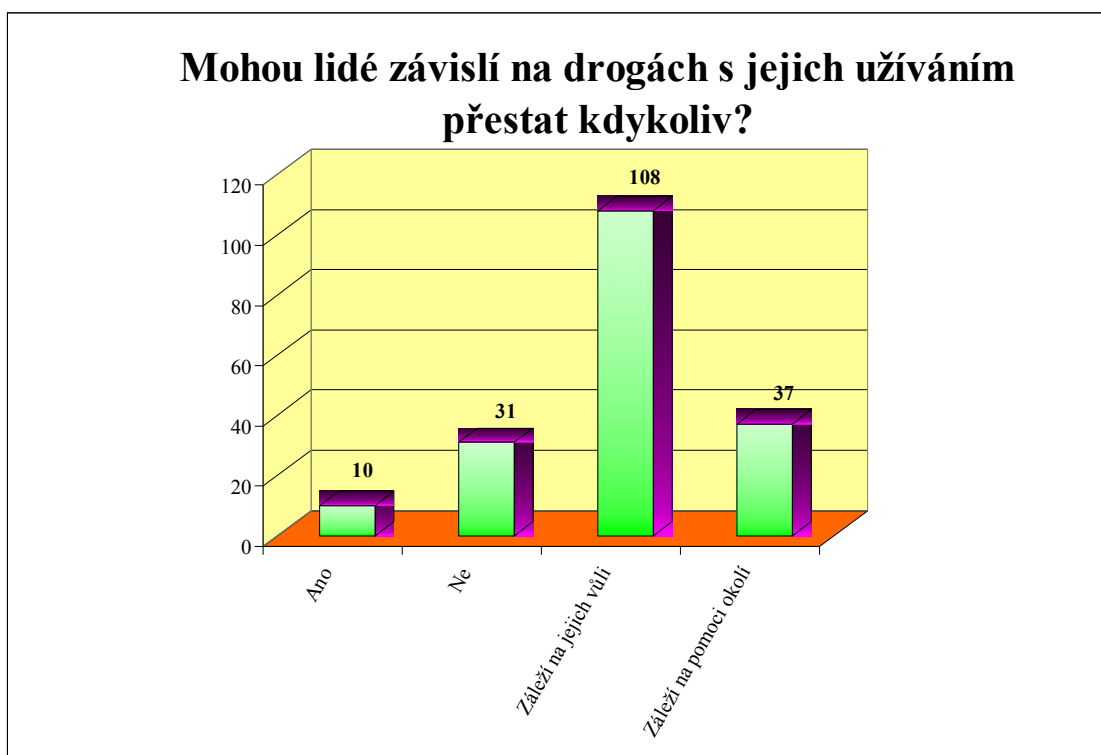
13 (7%) respondentů zvolilo možnost cítím se s drogou lépe, 10 (5%) respondentů zvolilo cítím se dospěleji. Možnost jiné důvody uvedlo 7 (4%) respondentů. Jako důvody uváděli: „chutná mi to“ a „je to cool“. 70 (37%) respondentů uvedlo, že k opakovanému užití nedošlo. Mezi tyto respondenty patří i ti, kteří nemají s drogou žádné zkušenosti.

**Položka 20: Myslíte si, že lidé závislí na drogách s jejich užíváním mohou kdykoli přestat?**

Tabulka 18: Mohou lidé závislí na drogách s jejich užíváním kdykoliv?

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Ano	10	5%
Ne	31	17%
Záleží na jejich vůli	108	58%
Záleží na pomoci okolí	37	20%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 19: Mohou lidé závislí na drogách s jejich užíváním kdykoliv?



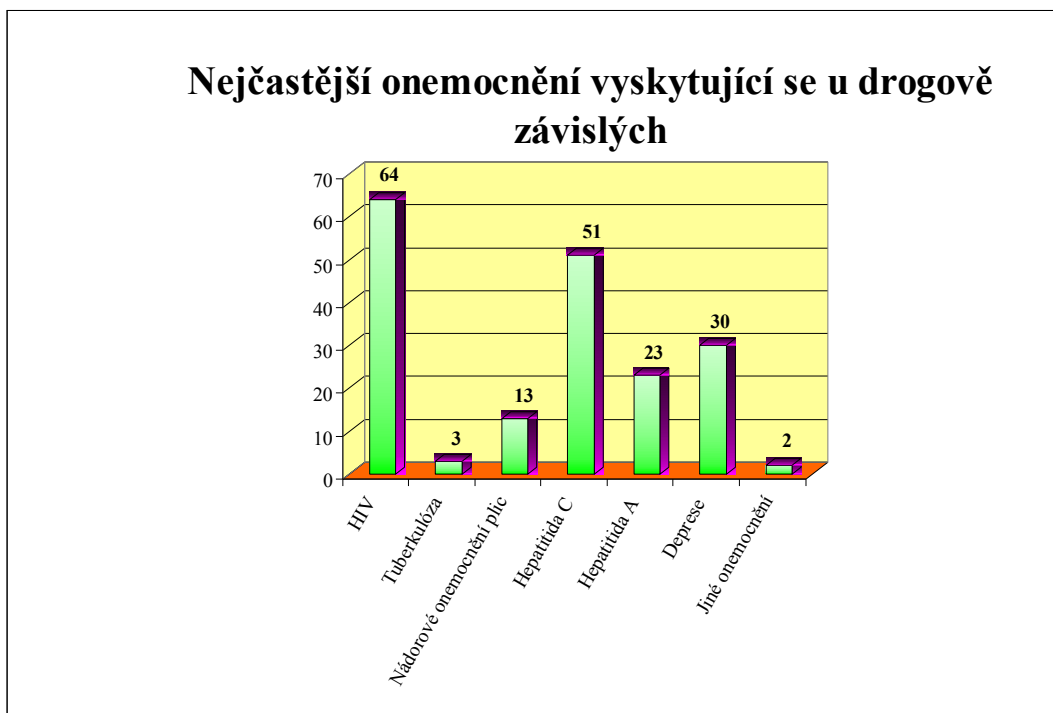
Na otázku, zda mohou lidé závislí na drogách s jejich užíváním kdykoli přestat odpovědělo 10 (5%) respondentů ano, 31 (17%) respondentů ne, 108 (58%) respondentů záleží na jejich vůli a 37 (20%) respondentů zvolilo odpověď záleží na pomoci okolí.

**Položka 21: Myslíte si, že nejvíce se u lidí drogově závislých vyskytuje:**

Tabulka 19: Nejčastější onemocnění vyskytující se u drogově závislých

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
HIV	64	34%
Tuberkulóza	3	2%
Nádorové onemocnění plic	13	8%
Hepatitida C	51	27%
Hepatitida A	23	12%
Deprese	30	16%
Jiné onemocnění	2	1%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 20: Nejčastější onemocnění vyskytující se u drogově závislých



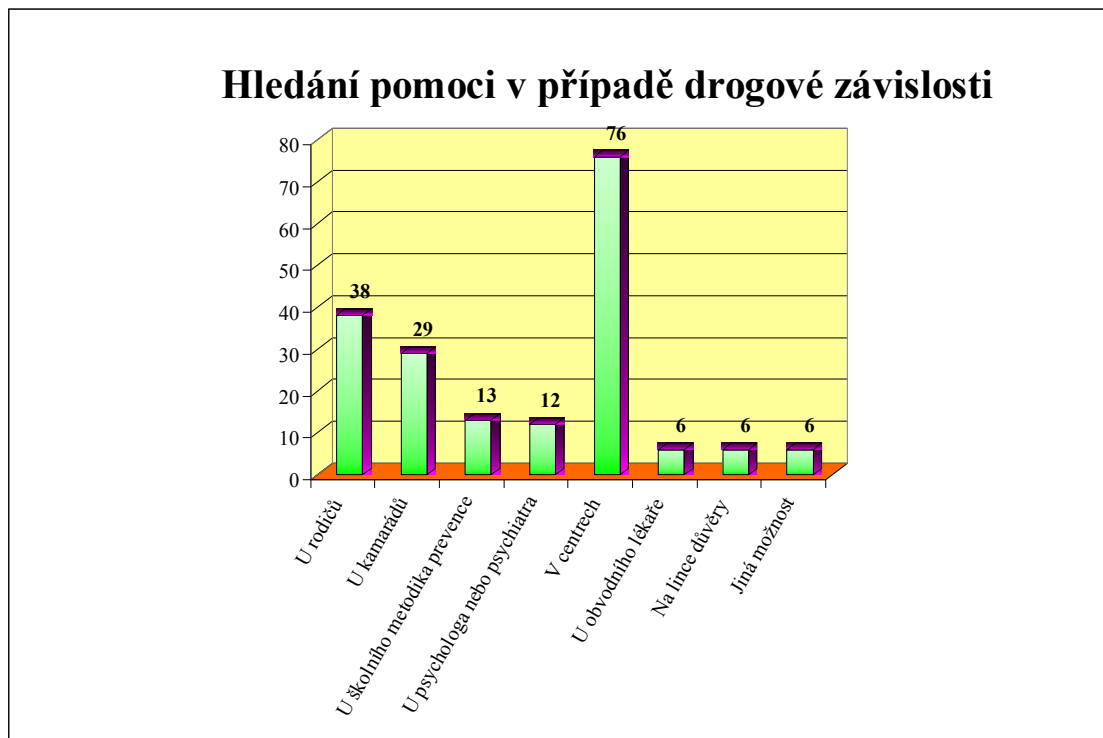
Ze 186 (100%) respondentů uvedlo jako nejčastěji se vyskytující onemocnění u drogově závislých lidí 64 (34%) respondentů HIV, 3 (2%) respondenti tuberkulózu, 13 (8%) respondentů nádorové onemocnění plic, 51 (27%) respondentů hepatitidu C, 23 (12%) respondentů hepatitidu A, 30 (16%) respondentů deprese a 2 (1%) respondenti zvolili jiné onemocnění, mezi které uvedli kapavku a abstinenční záchvaty.

**Položka 22: Pokud byste zjistil/a, že je někdo ve Vašem blízkém okolí (nebo i Vy sám/sama) závislý na drogách, kde byste hledal/a pomoc?**

Tabulka 20: Hledání pomoci v případě drogové závislosti

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
U rodičů	38	20%
U kamarádů	29	16%
U školního metodika prevence	13	7%
U psychologa nebo psychiatra	12	6%
V centrech	76	42%
U obvodního lékaře	6	3%
Na lince důvěry	6	3%
Jiná možnost	6	3%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 21: Hledání pomoci v případě drogové závislosti



Z celkových 186 (100%) respondentů by v případě závislosti na drogách hledalo pomoc u rodičů 38 (20%) respondentů, u kamarádů 29 (16%) respondentů,

u školního metodika prevence 13 (7%) respondentů, u psychologa nebo psychiatra 12 (6%) respondentů. V centrech věnujících se drogové problematice (např. P-centrum, Drop-in, SANANIM...) by hledalo pomoc 76 (42%) respondentů. 6 (3%) respondentů zvolilo možnost u obvodního lékaře a 6 (3%) respondentů zvolilo možnost na lince důvěry. Jinou možnost zvolilo 6 (3%) respondentů. Všichni respondenti, kteří zvolili tuto možnost uvedli: „Každý si musí pomoci sám“.

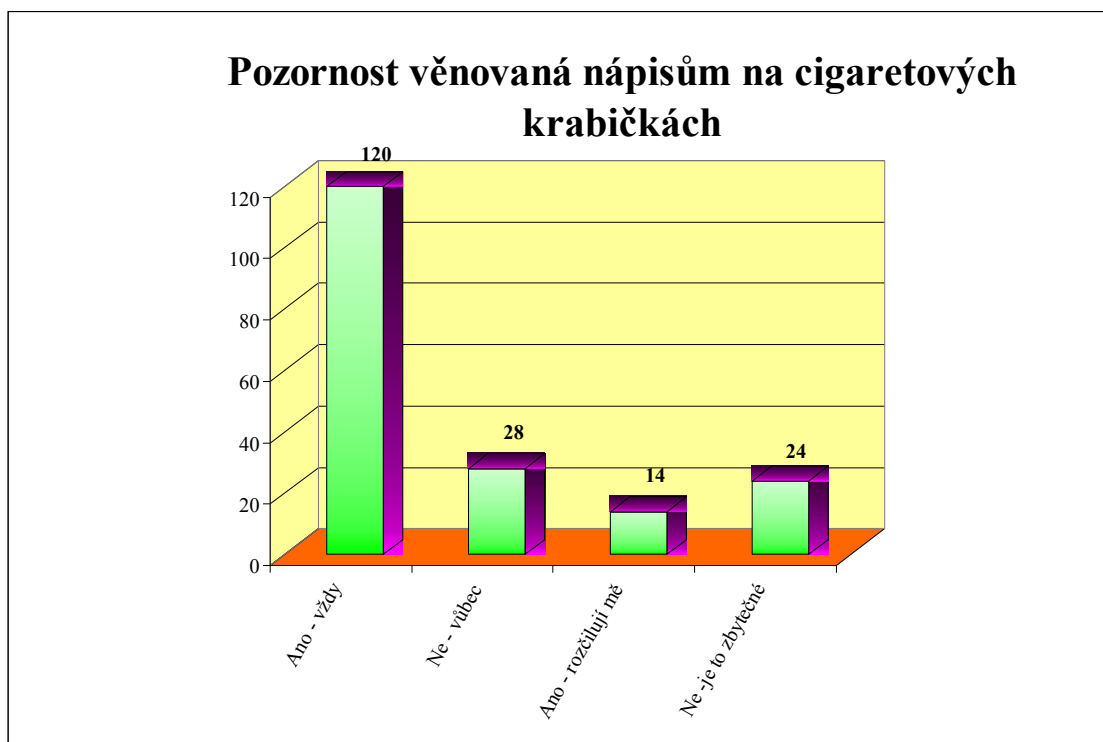


**Položka 23: Všímate si varování ministerstva zdravotnictví na cigaretových krabičkách?**

Tabulka 21: Pozornost věnovaná nápisům na cigaretových krabičkách

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Ano - vždy	120	65%
Ne - vůbec	28	15%
Ano - rozčilují mě	14	7%
Ne - je to zbytečné	24	13%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 22: Pozornost věnovaná nápisům na cigaretových krabičkách



Na otázku, zda si všímají varovných nápisů na cigaretových krabičkách odpovědělo z celkových 186 (100%) respondentů 120 (65%) respondentů ano – vždy, 28 (15%) respondentů ne – vůbec, 14 (7%) respondentů ano – rozčilují mě a 24 (13%) respondentů ne – je to zbytečné.

**Položka 24: Myslíte si, že byste byl/a schopen/schopna se se svou případnou závislostí obrátit na někoho ze svých pedagogů?**

Tato položka dotazníku obsahovala škálu, která byla označena pouze krajními body – plnou nedůvěrou a absolutní důvěrou. Škála o délce 10 cm představovala 100%. Respondenti označovali místo na škále, které nejvíce vystihovalo jejich odpověď.

Tabulka 22: Důvěra v pedagogy

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Od 0% do 25 % důvěry	78	42%
Od 26% do 50 % důvěry	47	25%
Od 51% do 75% důvěry	40	22%
Od 76% do 100% důvěry	21	11%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

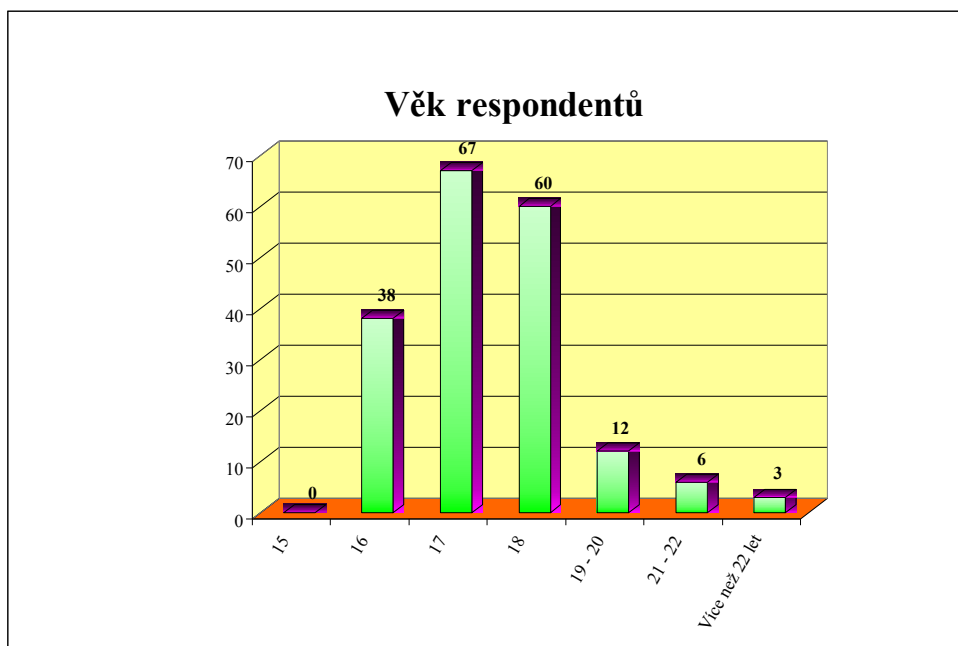
Z celkového počtu 186 (100%) respondentů uvedlo 78 (42%) respondentů důvěru ve své pedagogy od 0% do 25%, z čehož 22 (28% ze 78 respondentů, kteří uvedli důvěru ve své pedagogy do 25%) respondentů uvedlo, že vůči svým pedagogům mají absolutní nedůvěru. Důvěru od 26% do 50% uvedlo 47 (25%) respondentů, důvěru od 51% do 75% uvedlo 40 (22%) respondentů a důvěru od 76 % do 100% uvedlo 21 (11%) respondentů, z nichž pouze 4 (19% z 21 respondentů, kteří uvedli důvěru ve své pedagogy od 76% do 100%) respondenti uvedli absolutní, tedy stoprocentní důvěru ve své pedagogy.

## Položka 25: Kolik Vám je let?

Tabulka 23: Věk respondentů

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
15	0	0%
16	38	20%
17	67	36%
18	60	32%
19 - 20	12	7%
21 - 22	6	3%
Více než 22 let	3	2%
<b>CELKEM</b>	<b>186</b>	<b>100%</b>

Graf 23: Věk respondentů



Ze 186 (100%) respondentů nebylo ani jednomu (0%) v době konání výzkumného šetření 15 let. 38 (20%) respondentům bylo 16 let, 67 (36%) respondentům bylo 17 let, 60 (32%) respondentům bylo 18 let, 12 (7%) respondentům bylo 19 - 20 let, 6 (3%) respondentům bylo 21 - 22 let a 3 (2%) respondentům bylo více než 22 let.

**Položka 26: Jak byste reagoval/a, pokud byste viděl/a, že někdo prodává drogu nezletilému:**

Z celkového počtu 186 (100%) respondentů uvedlo 78 (42%) respondentů „nereagoval/a bych“, „nevšímal/a bych si toho“, 65 (35%) respondentů napsalo „nevím jak bych v takové situaci reagoval/a“. „Překazil/a bych to“ uvedlo 5 (3%) respondentů, 12 (6%) respondentů uvedlo, že by situaci nahlásilo policii, 2 (1%) respondenti by se obrátili na školního metodika prevence a rodiče dotyčného. 14 (8%) respondentů uvedlo: „snažil/a bych se nezletilého od koupi odradit“. Odpověď typu „nadal/a bych prodávajícímu“ zvolilo 10 (5%) respondentů.

### **Položka 27: Jak byste měl/a reagovat na předchozí problém ze zákona?**

Morálně i právně správnou odpověď „Informovat policii“ uvedlo 98 (53%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů, z nichž 1 respondent uvedl zároveň i dokumentaci činu. Dále uvedlo 42 (23%) respondentů: „nereagovat“, 21 (11%) respondentů: „informovat zákonného zástupce“, 17 (9%) respondentů: „informovat školního metodika prevence“ a 8 (4%) respondentů: „nahlásit výchovnému poradci“.

## 5.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření u pedagogů

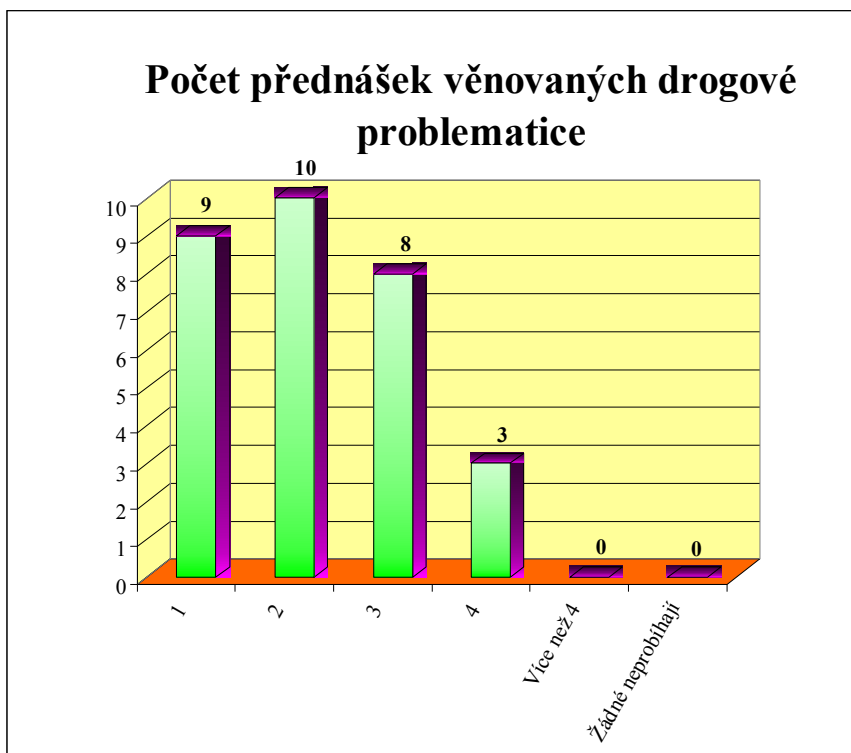
Popisky ve všech grafech jsou uvedeny v absolutní četnosti. Absolutní a relativní četnost je uvedena v tabulkách, včetně celkového shrnutí pro danou položku.

### **Položka 1: Kolik přednášek věnovaných drogové problematice probíhá na Vaší škole za jeden školní rok?**

Tabulka 24: Počet přednášek věnovaných drogové problematice

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
1	9	30%
2	10	33%
3	8	27%
4	3	10%
Více než 4	0	0%
Žádné neprobíhají	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 24: Počet přednášek věnovaných drogové problematice



Z celkových 30 (100%) respondentů uvedlo na otázku kolik přednášek věnovaných drogové problematice probíhá na Vaší škole za jeden školní rok 9 (30%) respondentů 1, 10 (33%) respondentů 2, 8 (27%) respondentů 3, 3 (10%) respondentů 4. Ani jeden (0%) z respondentů nezvolil možnost více než 4 a žádné neprobíhají.

**Položka 2: Ve kterých hodinách (předmětech) a kolik vyučovacích hodin za školní rok se věnujete drogové problematice?**

Z celkových 30 (100%) respondentů uvedlo 9 (30%) respondentů jako vyučovací předměty, ve kterých se věnují drogové problematice veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví, společně s ošetřovatelstvím a psychologií, z nichž všichni uvedli, že se této problematice věnují dle hodinových dotací předmětu a časově tématického plánu. „Občanskou nauku a veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví dle časově tématického plánu“ uvedli 2 (7%) respondenti, 5 (17%) respondentů uvedlo veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví společně s ošetřovatelstvím 2 vyučovací hodiny za 1 školní rok v každém předmětu a 3 (10%) respondenti uvedli pouze veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví 2 vyučovací hodiny za jeden školní rok. Občanskou nauku samostatně uvedli 2 (7%) respondenti, kteří uvedli, že se drogové problematice v tomto předmětu věnují jedenkrát za školní rok. „Třídnické hodiny, dvakrát i vícekrát dle potřeby“ uvedli 4 (13%) respondenti. První pomoc jednu vyučovací hodinu za školní rok uvedli 2 (7%) respondenti. Dále uvedl 1 (3%) respondent farmakologii, 2 vyučovací hodiny za školní rok, 1 (3%) respondent uvedl chemii 1 vyučovací hodinu za školní rok. 1 (3%) respondent uvedl jako hodinu (předmět) ve kterém se věnuje drogové problematice český jazyk a literaturu, 0,5 vyučovací hodiny za jeden školní rok.

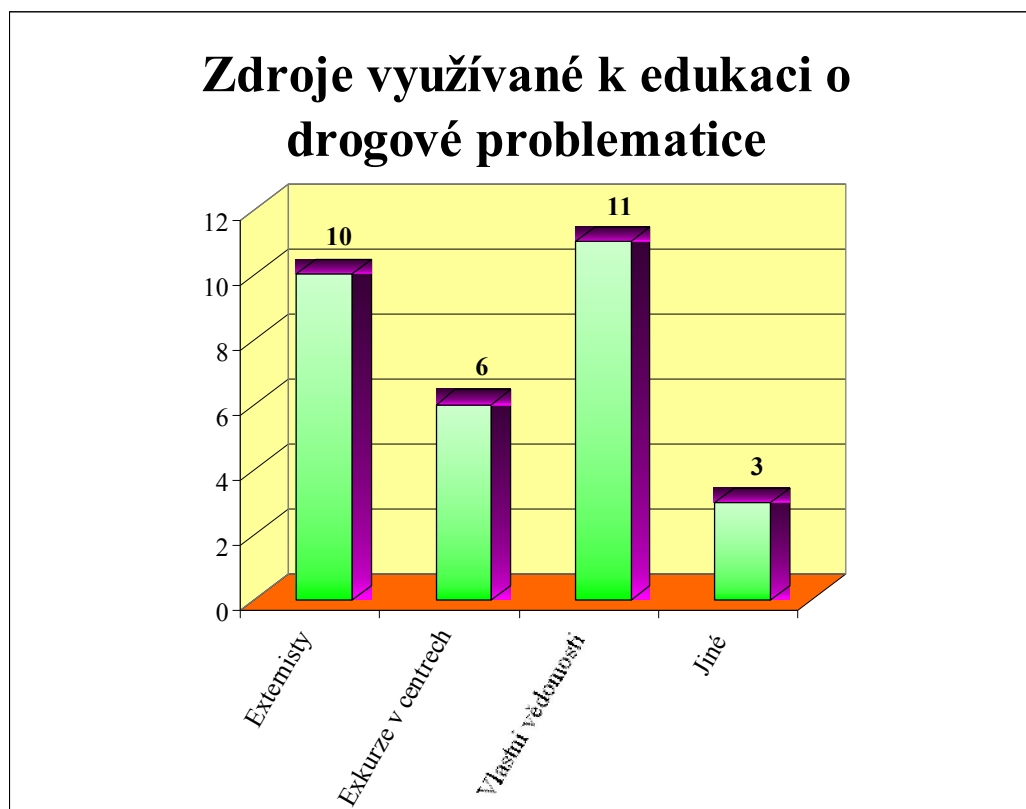


### Položka 3: Využíváte k edukaci o drogové problematice:

Tabulka 25: Zdroje využívané k edukaci o drogové problematice

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Externisty	10	33%
Exkurze v centrech	6	20%
Vlastní vědomosti...	11	37%
Jiné	3	10%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 25: Zdroje využívané k edukaci o drogové problematice



K edukaci o drogové problematice využívá z celkových 30 (100%) respondentů 10 (33%) respondentů externisty, 6 (20%) respondentů exkurze v centrech věnujících se drogové problematice, 11 (37%) respondentů vlastní vědomosti a materiály. 3 (10%) respondenti zvolilo možnost jiné, kde uvedli shodně PC.

**Položka 4: Pokud k edukaci o drogové problematice využíváte na Vaší škole externí pracovníky, jsou to:**

Tabulka 26: Externí pracovníci využívaní k edukaci o drogové problematice

<b>ODPOVĚĎ</b>	<b>ABSOLUTNÍ ČETNOST</b>	<b>RELATIVNÍ ČETNOST</b>
Psychologové	9	30%
Psychiatři	0	0%
Sociologové	0	0%
Pracovníci ze spec. pracovišť	21	70%
Praktický lékař	0	0%
Jiné	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Z celkových 30 (100%) respondentů uvedlo jako externí pracovníky využívané na škole 9 (30%) respondentů psychology, 21 (70%) respondentů pracovníky ze specializovaných protidrogových pracovišť. Ani jeden (0%) z respondentů neuvedl psychiatry, sociology, praktického lékaře nebo variantu jiné.

**Položka 5: Jak často máte školení (pro pedagogy) z oblasti minimálních preventivních programů?**

Všech 30 respondentů (100%) odpovědělo na tuto položku jednotně a zvolilo možnost jednou ročně.

**Položka 6: Kdy jste naposledy prošel/a školením v rámci minimálního preventivního programu?**

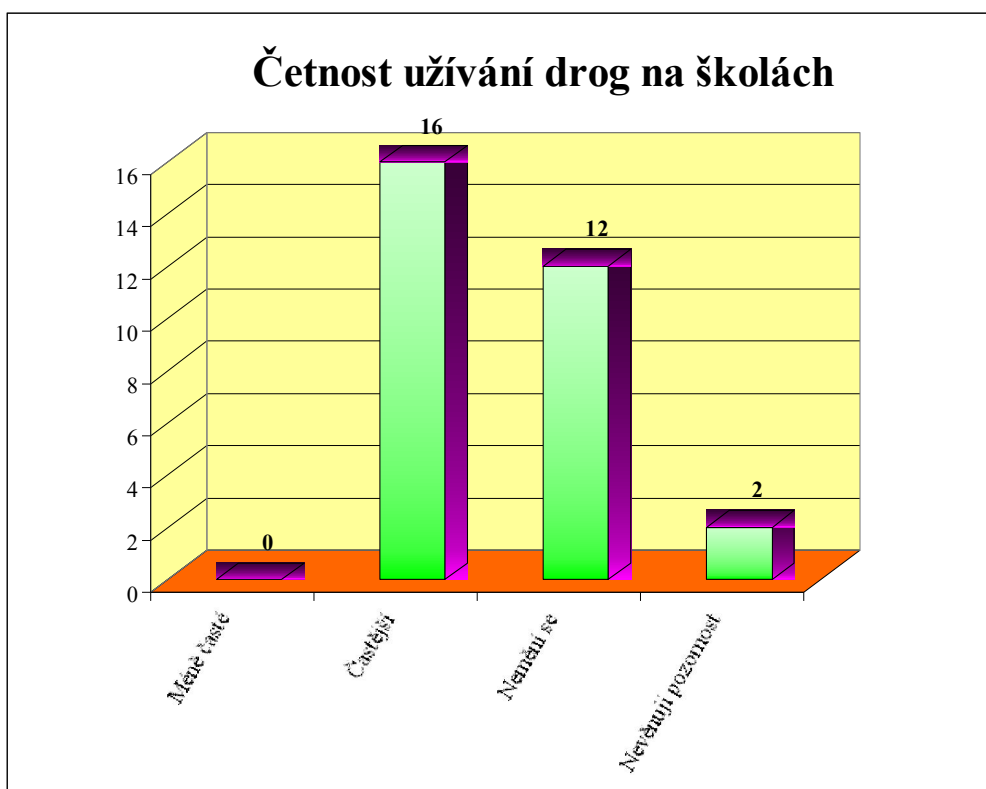
Všech 30 respondentů (100%) odpovědělo na tuto položku shodně. Respondenti uvedli rok 2010.

### Položka 7: Myslíte si, že užívání drog na školách je v posledních 5 letech:

Tabulka 27: Četnost užívání drog na školách

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Méně časté	0	0%
Častější	16	53%
Nemění se	12	40%
Nevěnuji pozornost	2	7%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 27: Četnost užívání drog na školách



Z celkových 30 (100%) respondentů ani jeden (0%) respondent nevěděl, že užívání drog na školách je v posledních 5 letech méně časté. 16 (53%) respondentů uvedlo, že je dle jejich názoru užívání drog na školách častější, 12 (40%) respondentů zvolilo variantu nemění se a 2 (7%) respondenti zvolili možnost nevěnuji této problematice pozornost.

**Položka 8: Setkáváte se na Vaší škole s drogovou závislostí u Vašich žáků/studentů?**

Tabulka 28: Výskyt drogové problematiky na škole

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Ano	18	60%
Ne	12	40%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 28: Výskyt drogové problematiky na škole



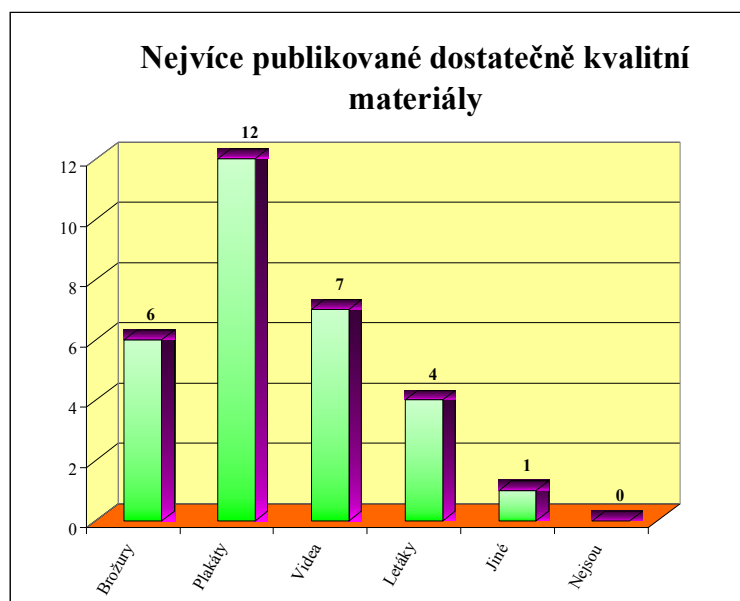
18 (60%) respondentů uvedlo, že se na jejich škole setkávají s drogovou závislostí u žáků/studentů. Tito respondenti uváděli výskyt drogové závislosti „každý měsíc“, „jedenkrát za půl roku“, „jedenkrát za rok, vždy 1 – 2 žáci v ročníku“. 12 (40%) respondentů uvedlo, že se na škole s drogovou problematikou u žáků/studentů nesetkávají.

**Položka 9: V jaké podobě jsou v současné době nejvíce publikovány dostatečně kvalitní materiály věnované drogové problematice?**

Tabulka 29: Nejvíce publikované dostatečně kvalitní materiály

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Brožury	6	20%
Plakáty	12	40%
Videa	7	23%
Letáky	4	14%
Jiné	1	3%
Nejsou	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 29: Nejvíce publikované dostatečně kvalitní materiály



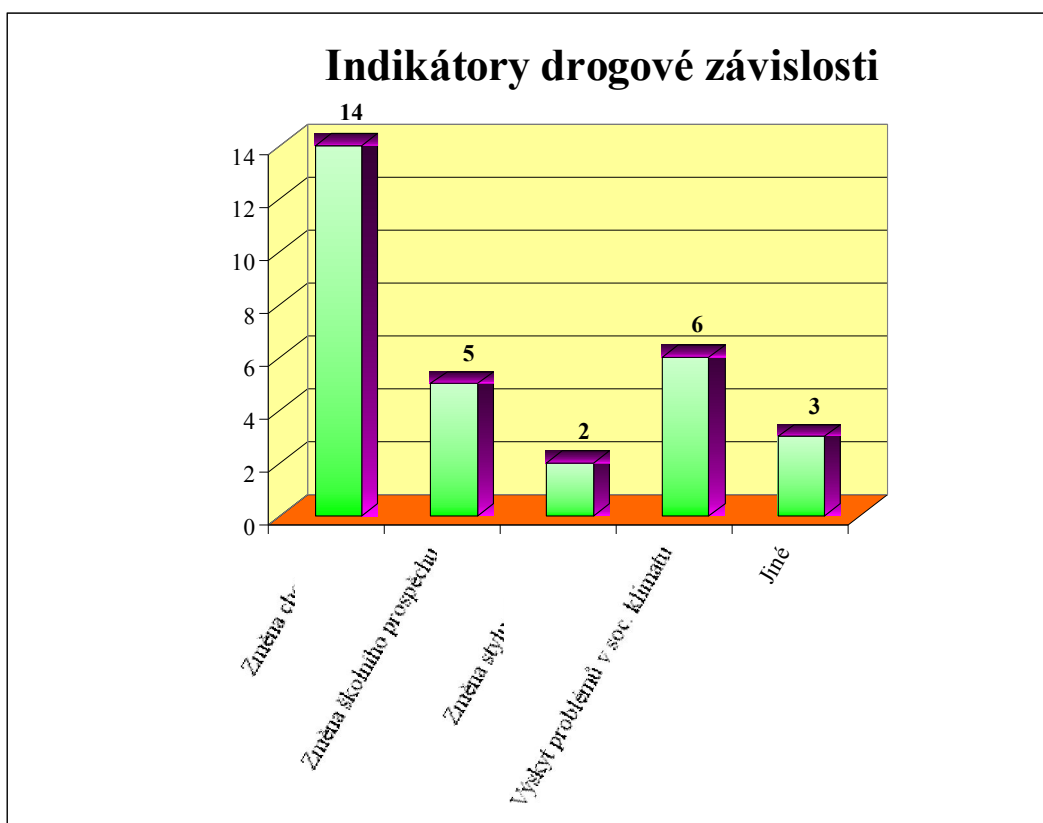
Z celkových 30 (100%) respondentů zvolilo na otázku v jaké podobě jsou v současné době nejvíce publikovány dostatečně kvalitní materiály věnované drogové problematice 6 (20%) respondentů v podobě brožur, 12 (40%) respondentů uvedlo plakáty, 7 (23%) respondentů videa, 4 (14%) respondentů letáky. 1 (3%) respondent zvolil možnost jiné, kde uvedl „knižní publikace“. Ani jeden (0%) respondent nezvolil možnost nejsou dostatečně kvalitní materiály.

**Položka 10: Myslíte si, že máte dostatečné zkušenosti a znalosti k tomu, abyste odhalili studenty závislé na drogách. Bylo by to na základě:**

Tabulka 30: Indikátory drogové závislosti

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Změna chování	14	47%
Změna školního prospěchu	5	16%
Změna stylu oblékání	2	7%
Výskyt problémů v soc. klimatu	6	20%
Jiné	3	10%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 30: Indikátory drogové závislosti



Z celkových 30 (100%) respondentů by 14 (47%) respondentů odhalilo drogovou závislost na základě změny chování, 5 (16%) respondentů na základě změny školního prospěchu, 2 (7%) respondenti na základě změny stylu oblékání a 6 (20%) respondentů na základě výskytu problémů v sociálním klimatu třídy. 3 (10%) respondenti zvolili možnost jiné, kde uvedli „kombinace všech výše uvedených“.

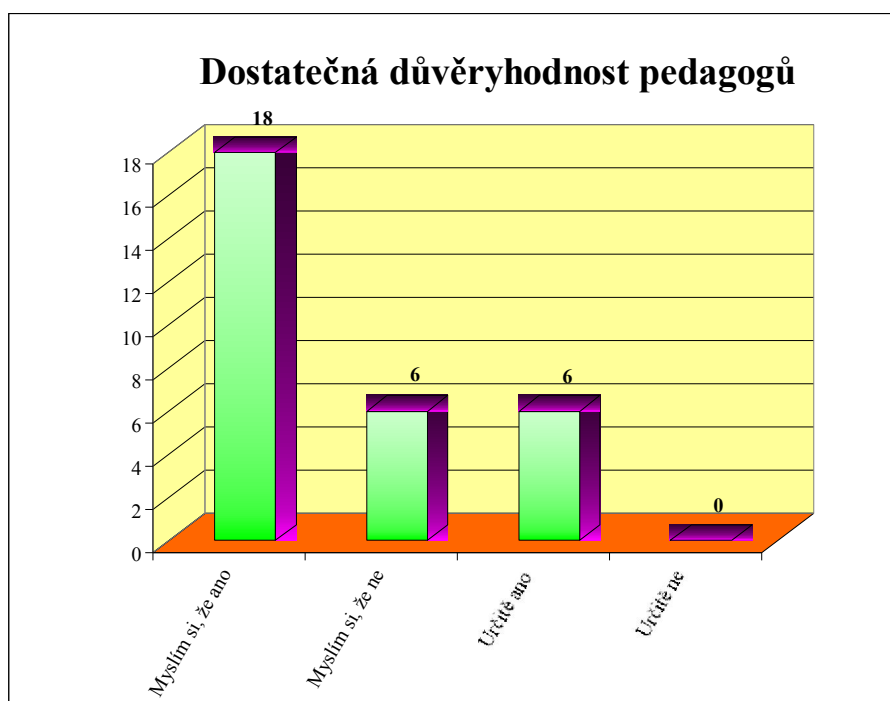


**Položka 11: Myslíte si, že máte v kolektivu pedagogů někoho, kdo má dostatečnou důvěru studentů k tomu, aby se na něj obrátili se svou závislostí?**

Tabulka 31: Dostatečná důvěryhodnost pedagogů

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Myslím si, že ano	18	60%
Myslím si, že ne	6	20%
Určitě ano	6	20%
Určitě ne	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 31: Dostatečná důvěryhodnost pedagogů



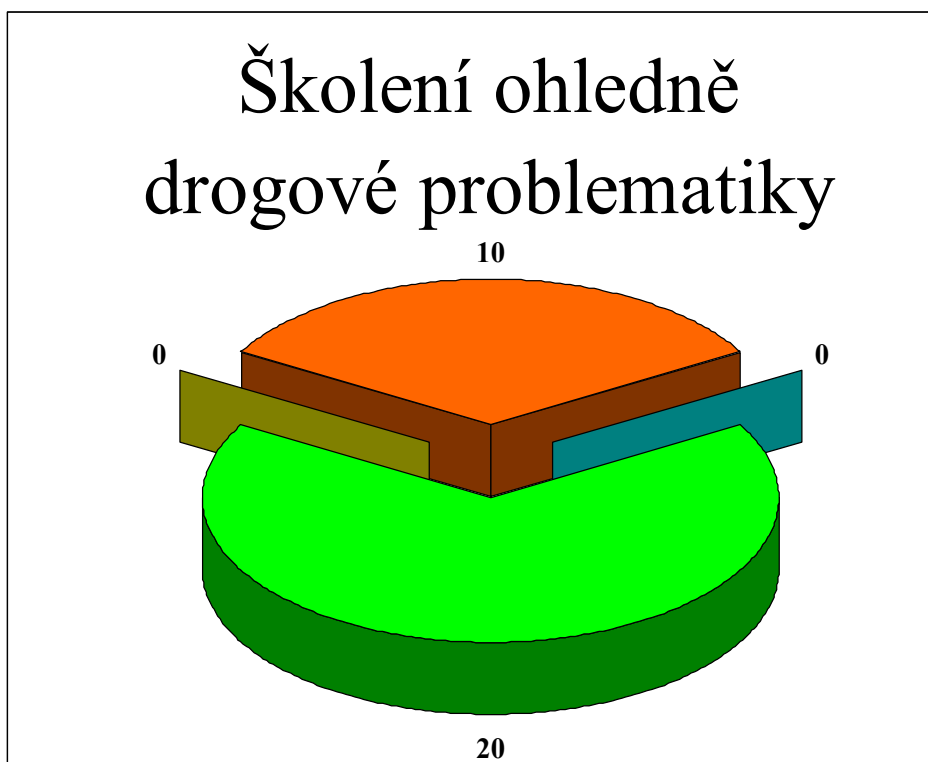
18 (60%) respondentů z celkových 30 (100%) respondentů zvolilo na otázku, zda si myslí, že je v kolektivu pedagogů někoho, kdo má dostatečnou důvěru studentů k tomu, aby se na něj obrátili se svou závislostí, odpověď myslím si, že ano, 6 (20%) respondentů zvolilo myslím si, že ne. Možnost určitě ano zvolilo 6 (20%) respondentů. Ani jeden (0%) respondent nezvolil možnost určitě ne.

## Položka 12: Školení ohledně drogové problematiky:

Tabulka 32: Školení ohledně drogové problematiky

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
Pro Vás pořádá škola	20	67%
Zajišťujete si sám/sama	0	0%
Vzděláváte se periodik a literatury	10	33%
Žádné školení neprobíhá	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Graf 32: Školení ohledně drogové problematiky



Z 30 (100%) respondentů uvedlo 20 (67%) respondentů, že školení ohledně drogové problematiky pro ně pořádá škola, 10 (33%) respondentů uvedlo, že se vzdělává z periodik a literatury. Ani jeden (0%) respondent ne zvolil možnost zajišťuji si sám/sama a žádné školení neprobíhá.

**Položka 13: Zařazujete (proti)drogovou problematiku v rámci výuky Vašeho předmětu?**

Všech 30 respondentů (100%) odpovědělo na tuto položku jednotně, a označilo, že zařazují v rámci výuky svého předmětu (proti)drogovou problematiku.

## 6 Diskuze

Tato diplomová práce byla zaměřena na drogovou problematiku na zdravotnických školách. Ve výzkumném šetření bylo stanoveno osm cílů, devátým cílem bylo vytvoření edukačního materiálu.

První cíl se týkal období prvního setkání žáků/studentů SZŠ a VOŠz s drogou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina studentů SZŠ a VOŠz má zkušenosti s lehkou drogou, se kterou se poprvé setkala nejčastěji ve 14 – 16 letech, což uvedlo 107 (58%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů. Zkušenosti s tvrdou drogou má 13 (7%) respondentů, z nichž opakované zkušenosti má 5 (3%) respondentů. Jako období prvního setkání s tvrdou drogou uvedlo 7 (4%) respondentů z celkového počtu 186 (100%) respondentů věk mezi 17 – 19 lety, 4 (2%) respondenti věk mezi 14 – 16 lety a 2 (1%) respondenti dokonce období mezi 11 – 13 lety. Pro srovnání uvádíme výzkumné šetření Bc. Pavlína Volfové z roku 2008<sup>129</sup>, kde bylo zjištěno, že většina respondentů má zkušenosti s drogou, a to převážně od 15 let. S tímto závěrem souhlasíme a domníváme se, že by se měla primární prevence drogových závislostí zaměřit převážně na základní školy a první ročníky středních škol, kde se žáci nacházejí v nejkritičtější období pro první setkání s drogou. Pro další srovnání výsledků je možné použít výsledky mapování drogové scény na Masarykově univerzitě v roce 2006, Petra Kachlíka a Marie Havelkové<sup>130</sup>, kde bylo zjištěno, že první konzumace tabáku je nejčastěji mezi 15 – 18 rokem a první konzumace alkoholu v 10 – 14 letech. S těmito výsledky se naše šetření rovněž shoduje. **Cíl 1 byl splněn.**

Druhý cíl se týkal důvodů užití drogy u žáků/studentů SZŠ a VOŠz. V šetření jsme zjistili, že podle většiny žáků/studentů je impulzem pro první užití drogy touha po zařazení se do skupiny, dále pak zvědavost a těžká životní situace. Možnost zařazení se do skupiny uvedlo 64 (34%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů, zvědavost 27 (15%) a těžká životní situace taktéž 27 (15%). Dále

---

<sup>129</sup> VÖLFOVÁ, P. *Drogy a primární prevence závislostí na středních školách*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta, s. 62.

<sup>130</sup> ŘEHULKA, E., et al. *Prevence závislostí ve škole*. Brno, 2008, s. 28 – 29.

z šetření vyplynulo, že 116 (62%) respondentů má opakovanou zkušenost s lehkou drogou a 5 (3%) respondentů s tvrdou drogou. Na toto zjištění navazovala otázka zaměřená na zjištění důvodů k opakovanému užití drogy, na kterou většina respondentů odpověděla „společenská prestiž ve skupině“, tuto možnost zvolilo 31 (17%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů. Dále se často vyskytovaly odpovědi „zážitky související s užitím drogy“ a „odpoutání se od každodenní šedi“. Petr Kachlík a Marie Havelková, v mapování z roku 2006<sup>131</sup> uvádí, že nejčastější důvod užití drog je uznání ostatních. S tímto zjištěním souhlasíme a potvrzujeme ho vlastním šetřením, při kterém byla jako nejčastější důvod užití drog shledána společenská prestiž ve skupině. **Cíl 2 byl splněn.**

Třetí cíl se týkal přístupu žáků/studentů SZŠ a VOŠz k drogové problematice. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pouze malé procento respondentů se nezajímá o užívání drog člověkem vyskytujícím se v jeho okolí, přičemž o užívání lehkých drog se nezajímají 3 (2%) respondenti a o užívání tvrdých drog se nezajímá 19 (10%) respondentů. Toto zjištění pokládáme za kladný přístup žáků/studentů SZŠ a VOŠz k drogové problematice. Mezi témata, která žáky/studenty nejvíce zajímají patří převážně následky užívání drog, což zvolilo 61 (33%) respondentů a pocity drogově závislých, zvolené 51 (28%) respondenty. Na otázku zaměřenou na zjištění pozornosti věnované celostátní prevenci kouření odpovědělo 120 (65%) respondentů kladně, což hodnotíme také jako kladný přístup žáků/studentů SZŠ a VOŠz k drogové problematice. **Cíl 3 byl splněn.**

Čtvrtý cíl byl zaměřen na odhalení nejčastějších míst setkání s drogou. Jako nejčastější místo byla označena diskotéka, kterou zvolilo 84 (45%) respondentů. Druhé nejčastější místo setkání s drogou je pouliční prodej, označen 46 (25%) respondenty. Na třetí místo se zařadila možnost „od známých“, zvolená 45 (24%) respondenty. Pouze 6 (3%) respondentů uvedlo největší dostupnost drog ve škole, což hodnotíme kladně. Pro srovnání uvádíme vlastní interní výzkumné šetření SZŠ a VOŠz E. Pöttinga v Olomouci z roku 2007, které prováděl školní metodik prevence, kde se s nabídkou návykové látky na škole setkala 25% respondentů. Tyto výsledky však nebyly nikde publikovány a jsou k dispozici pouze u školního metodika prevence SZŠ a VOŠz E. Pöttinga v Olomouci. **Cíl 4 byl splněn.**

---

<sup>131</sup> ŘEHULKA, E., et al. *Prevence závislosti ve škole*. Brno, 2008, s. 35.

Pátý cíl byl zaměřen na povědomí žáků/studentů SZŠ a VOŠz o drogové problematice. Z výzkumného šetření vyplynulo, že žáci/studenti jsou přesvědčeni o tom, že se alkohol řadí mezi lehké drogy, s čímž nesouhlasíme a odvoláváme se na článek MUDr. Jakuba Minaříka o rozdělení drog<sup>132</sup> a publikaci Jiřího Presla<sup>133</sup>. Správnou variantu, tedy uvedení alkoholu mezi výčet tvrdých drog neuvedl ani jeden respondent. Správně však respondenti uvedli mezi lehkými drogami marihuanu a tabák, 2 (1%) respondenti dokonce uvedli i čokoládu a kávu s čímž opět, s odvoláním na MUDr. Minaříka, souhlasíme. 64 (34%) respondentů uvedlo jako onemocnění, které se nejvíce vyskytuje u drogově závislých HIV, 3 (2%) respondenti tuberkulózu, 13 (8%) respondentů nádorové onemocnění plic, 51 (27%) respondentů hepatitidu C, 23 (12%) respondentů hepatitidu A, 30 (16%) respondentů deprese a 2 (1%) respondenti zvolili jiné onemocnění, mezi které uvedli kapavku a abstinenční záchvaty. Možnost „hepatitida A“ byla záměrně použita jako chybná možnost z výčtu možností. Z výzkumu tedy vyplývá, že 23 (12%) respondentů, kteří zvolili tuto možnost má snížené povědomí o drogové problematice, bereme však v potaz možnost záměny za hepatitidu B, která by se ovšem u budoucích zdravotníků neměla vyskytovat. **Cíl 5 byl splněn.**

Šestý cíl byl zaměřen na zdroje informací žáků/studentů a pedagogů SZŠ a VOŠz o drogové problematice. U žáků/studentů dominovala škola jako zdroj informací o této problematice, uvedlo ji 83 (45%) respondentů. Internet uvedlo 60 (32%) respondentů, časopisy a noviny 11 (6%) respondentů. Možnost od přátel zvolilo 21 (11%) respondentů, od rodičů 3 (2%) respondenti. Odpověď z jiných zdrojů zvolili 2 (1%) respondenti, kteří zde uvedli knihy *My děti ze stanice ZOO*, *Memento*, *A bude hůř*. Možnost, o tuto problematiku se nezajímám, zvolilo 6 (3%) respondentů. Pro srovnání uvádíme výzkumné šetření Jiřího Strnada z roku 2010<sup>134</sup>, kde bylo zjištěno, že největší podíl informačních zdrojů tvoří internet (79,29%) a učitel, tedy školní prostředí tvoří (41,58%). S tímto poznatkem se neztotožňujeme. U pedagogů

---

<sup>132</sup> MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-01-15]. Drogy – definice a druhy . Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=181&list=115>>.

<sup>133</sup> PRESL, J.; SCHICKER, J.; ROSA, J. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha, 1995. Drogová závislost a její příčiny, s. 10.

<sup>134</sup> STRNAD, J. *Návykové látky a jejich zneužívání na střední škole*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, s. 45.

bylo zjištění v podstatě totožné. Z 30 (100%) respondentů (pedagogů) uvedlo 20 (67%) respondentů, že školení ohledně drogové problematiky pro ně pořádá škola, 10 (33%) respondentů uvedlo, že se vzdělává z periodik a literatury. Z tohoto zjištění vyplývá, že škola hraje velmi důležitou roli v edukaci o drogové problematice. Doporučujeme však, převážně pedagogickým pracovníkům, čerpání z více rozmanitých, relevantních zdrojů. **Cíl 6 byl splněn.**

Sedmý cíl se týkal (proti)drogové prevence na SZŠ a VOŠz. Z celkových 186 (100%) respondentů (žáků/studentů) uvedlo 10 (5%) respondentů, že neměli na této škole žádnou přednášku věnovanou drogové problematice, 24 (13%) respondentů uvedlo, že měli jednu přednášku věnovanou drogové problematice na této škole, 78 (42%) respondentů uvedlo, že mělo 2 přednášky věnované drogové problematice na této škole, 54 (29%) respondentů uvedlo tři přednášky věnované drogové problematice na této škole a 20 (11%) respondentů uvedlo 4 a více přednášek věnovaných drogové problematice na této škole. Toto zjištění hodnotíme kladně a rozpory mezi počty přednášek připisujeme subjektivnímu vnímání žáků/studentů, dále nepřítomnosti určitých studentů na těchto hodinách a v neposlední řadě také rozdílné délce studia na této škole. Z výzkumného šetření u žáků/studentů vyplynulo, že jsou všeobecně spokojeni s (proti)drogovou prevencí na škole, pouze 7 (4%) respondentů označilo hodiny věnované drogové problematice za nedostatečné a 4 (2%) respondenti za zbytečné. Pro srovnání uvádíme interní výzkumné šetření SZŠ a VOŠz E. Pöttinga v Olomouci z roku 2007, které prováděl školní metodik prevence, kde nadpoloviční většina hodnotí aktivity zaměřené na (proti)drogovou prevenci kladně. Tyto výsledky však nebyly nikde publikovány a jsou k dispozici pouze u školního metodika prevence. Mezi předměty ve kterých se pedagogové věnují drogové problematice, respondenti nejčastěji uváděli veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví - 102 (55%) respondentů a občanskou nauku - 31 (17%) respondentů. Ošetřovatelství a psychologii uvedlo pouze 22 (12%) respondentů. Toto zjištění nekoresponduje s výzkumným šetřením provedeným u pedagogů, kde 9 (30%) respondentů jako vyučovací předměty, ve kterých se věnují drogové problematice, uvedli veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví, společně s ošetřovatelstvím a psychologií. Celkově zde spatřujeme výzvu pro zkvalitnění (proti)drogové prevence v těchto předmětech, neboť jsou to jedny z klíčových předmětů a začlenění drogové problematiky by dle našeho názoru mělo být

samozřejmostí. Kladně hodnotíme využívání externistů a exkurzí v edukaci o drogové problematice. **Cíl 7 byl splněn.**

Osmý cíl byl zaměřen na zkušenosti pedagogů SZŠ a VOŠz s drogovou problematikou. Z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkových 30 (100%) respondentů by 14 (47%) respondentů odhalilo drogovou závislost na základě změny chování, 5 (16%) respondentů na základě změny školního prospěchu, 2 (7%) respondenti na základě změny stylu oblékání a 6 (20%) respondentů na základě výskytu problémů v sociálním klimatu třídy. 3 (10%) respondenti zvolili možnost jiné, kde uvedli „kombinace všech výše uvedených“. Dále bylo zjištěno, že 24 (80%) respondentů (pedagogů) si myslí, že má v kolektivu dostatečně důvěryhodnou osobu na to, aby se na ni studenti obrátili se svou závislostí, což ovšem nekoresponduje s výsledky šetření u žáků/studentů. 78 (42%) žáků/studentů důvěru ve své pedagogy hodnotí do 25 %. Z těchto 78 žáků/studentů pak ještě 22 (28%) respondentů uvedlo, že vůči svým pedagogům mají absolutní nedůvěru. Důvěru do 50% uvedlo 47 (25%) respondentů, důvěru nad 51% do 75% uvedlo 40 (22%) respondentů a důvěru od 76 % do 100% uvedlo 21 (11%) respondentů, z nichž pouze 4 (19% z 21 respondentů, kteří uvedli důvěru ve své pedagogy od 76% do 100%) respondenti uvedli absolutní, tedy stoprocentní důvěru ve své pedagogy. Spatřujeme zde prostor pro zlepšení vztahů mezi žáky/studenty a pedagogy. **Cíl 8 byl splněn.**

Devátým cílem bylo vytvoření edukačního materiálu. K tomuto cíli byla zvolena podoba plakátu, který je ve zmenšené podobě součástí této práce jako příloha č. 6. **Cíl 9 byl splněn.**



## ZÁVĚR

Drogová problematika je stále aktuální téma a v souvislosti s dospívajícími obzvlášť. Toto období je plné změn. Právě v období dospívání je člověk nejvíce ohrožen rozvojem patologické závislosti. (Proti)drogová prevence patří mezi jeden z úkolů školy. V dnešní době je naštěstí tato problematika hojně diskutovaná. Těmto tématům se věnovaly kapitoly o důsledcích užívání psychoaktivních látek a o drogové prevenci.

Tato práce si kladla za cíl zmapovat drogovou problematiku na konkrétní střední a vyšší zdravotnické škole a to pomocí dotazníkového šetření. Získané údaje byly následně kvantitativně zpracovány. Výzkum byl zaměřen jak na zkušenosti studentů s drogami, tak na zkušenosti pedagogů této školy s drogovou problematikou. Tento problém byl rozčleněn do devíti dílčích cílů, které měly sledovanou problematiku popsat. Všech devět cílů se podařilo naplnit. Řada zjištěných poznatků korelovala s předchozími výzkumy, avšak tento výzkum přináší i nové poznatky.

Prvním cílem bylo zjistit období prvního setkání žáků/studentů SZŠ a VOŠz s drogou. Šetření ukázalo, že nejčastější období pro první setkání s lehkou drogou je okolo 14 – 16 let, což uvedlo 107 (58%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů a období prvního setkání s tvrdou drogou je okolo 17 – 19 let, což uvedlo 7 (4%) respondentů z celkového počtu 186 (100%)

Druhým cílem bylo zjistit důvody užití drogy žáků/studentů SZŠ a VOŠz. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že podle většiny žáků/studentů je impulzem pro první užití drogy touha po zařazení se do skupiny, což uvedlo 64 (34%) respondentů z celkových 186 (100%) respondentů. Mezi další nejčastější důvody užití drogy patří zvědavost a těžká životní situace.

Třetím cílem bylo zjistit zájem žáků/studentů SZŠ a VOŠz o drogovou problematiku. Šetření ukázalo, že pouze malé procento respondentů se nezajímá o užívání drog člověkem vyskytující se v jeho okolí, přičemž o užívání lehkých drog se nezajímají 3 (2%) respondenti a o užívání tvrdých drog se nezajímá 19 (10%) respondentů. Komplexně pak více jak polovina studentů jeví zájem o drogovou problematiku.

Čtvrtým cílem bylo odhalení nejčastějších míst setkání žáků/studentů SZŠ a VOŠz s drogou. Šetření ukázalo, že mezi nejčastější místa setkání s drogou patří diskotéka, kterou zvolilo 84 (45%) respondentů a pouliční prodej, označen 46 (25%) respondenty.

Pátým cílem bylo zjistit povědomí žáků/studentů SZŠ a VOŠz o rizicích spojených s užíváním drog. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že žáci/studenti jsou přesvědčeni o tom, že se alkohol řadí mezi lehké drogy. Správnou variantu, tedy uvedení alkoholu mezi výčet tvrdých drog neuved ani jeden respondent. Správně však respondenti uvedli mezi lehkými drogami marihuanu a tabák, 2 (1%) respondenti dokonce uvedli i čokoládu a kávu.

Šestým cílem bylo zjistit zdroje informací žáků/studentů a pedagogů SZŠ a VOŠz o drogové problematice. Šetření ukázalo, že u žáků/studentů dominuje škola jako zdroj informací o této problematice, uvedlo ji 83 (45%) respondentů, dále pak internet, který uvedlo 60 (32%) respondentů. Z 30 (100%) respondentů - pedagogů uvedlo 20 (67%), že školení ohledně drogové problematiky pro ně pořádá škola, 10 (33%) respondentů uvedlo, že se vzdělává z periodik a literatury.

Sedmým cílem bylo zjistit (proti)drogovou prevence na SZŠ a VOŠz. Šetřením bylo zjištěno, že se názory pedagogů a žáků/studentů na vyučovací hodiny, ve kterých byla věnována pozornost drogové problematice, rozcházejí. Mezi předměty ve kterých se pedagogové věnují drogové problematice respondenti (žáci/studenti) nejčastěji uváděli veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví - 102 (55%) respondentů a občanskou nauku - 31 (17%) respondentů. Ošetřovatelství a psychologii uvedlo pouze 22 (12%) respondentů. Naproti tomu 9 (30%) respondentů (pedagogů) jako vyučovací předměty, ve kterých se věnují drogové problematice, uvedli veřejné zdravotnictví a výchovu ke zdraví, společně s ošetřovatelstvím a psychologií.

Osmým cílem bylo zjistit zkušenosti pedagogů SZŠ a VOŠz s drogovou problematikou. Šetření ukázalo, že v otázce důvěry žáků k vyučujícím, se nejvíce rozcházejí názory pedagogů a žáků/studentů. Bylo zjištěno, že 24 (80%) respondentů (pedagogů) si myslí, že má v kolektivu dostatečně důvěryhodnou osobu na to, aby se na ni studenti obrátili se svou závislostí, ovšem při výzkumném šetření u studentů vyplynulo, že více jak polovina respondentů by se se svou závislostí na své pedagogy neobrátilo, protože v ně nemají dostatečnou důvěru.

Devátým cílem bylo vytvořit edukační materiál. Byl vytvořen plakát zaměřený na „proti“drogovou prevenci.

Domníváme se, že tato diplomová práce splnila cíle, které jsme si stanovili. Provedená výzkumná šetření mapují aktuální situaci v oblasti drogové problematiky na zdravotnické škole.

## LITERATURA

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Selected Issues: Annual Report 2006*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2006. 57 s. ISBN 92-9168-250-0.

CSÉMY, Ladislav; CHOMYNOVÁ, Pavla ; SADÍLEK, Petr. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 171 s. ISBN 978-80-87041-94-9.

GALLÀ, Maurice, et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005 . 156 s. ISBN 80-86734-38-2.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-1035-9.

KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 260 s. ISBN 978-80-210-4434-0.

KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie duševního vývoje*. 1. vyd. Brno: MZLU v Brně, 2008. s. 127. ISBN 978-80-7375-185-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MACHOVÁ, Jitka; KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009. s. 296. ISBN 978-80-247-2715-8.

MATOUŠEK, Oldřich; KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-771-X.

MCGRATH, Yuko, et al. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi : Přehled dostupných informací*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 72 s. ISBN 978-80-87041-16-1.

MILLER, Norman S. *The Pharmacology of Alcohol and Drugs of Abuse and Addiction*. New York: Springer-Verlag, 1991. 365 s. ISBN 0-387-97383-4.

MIOVSKÝ, Michal, et al. *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-0865-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. dotisk. Praha: Academia, 2005. s. 507. ISBN 80-200-0993-0.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav; PERNICOVÁ, Hana. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách : příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag, 1996. 156 s.

NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav; SOVINOVÁ, Hana. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. 1. vyd. Praha: Centrum zdraví, 1998. 68 s. ISBN 80-7071-110-8.

NEŠPOR, Karel; PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy*. 3. rozš. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.

PETR, Petr, et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. 2. dopl. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007. 64 s. ISBN 80-86708-31-4.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. dotisk. Praha: Academia, 2007. s. 472. ISBN 978-80-200-1499-3.

PRESL, Jiří; SCHICKER, Jan; ROSA, Jan. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.

RADIMECKÝ, Josef, et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky v ústavní výchově a preventivně výchovné péči : Učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. 89 s. Dostupné z WWW: <[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)>. ISBN 978-80-239-9961-7.

ŘEHAN, Vladimír. *Adiktologie 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. Institut celoživotního vzdělávání, 2007. 130 s. ISBN 978-80-244-1745-5.

ŘEHULKA, Evžen, et al. *Prevence závislostí ve škole*. 1. vyd. Brno: MSD, 2008. 105 s. ISBN 978-80-7392-077-7.

ŘEHULKA, Evžen, et al. *School and Health 21 : General Issues in Health Education*. Brno: MSD, 2009. 410 s., 1 CD. ISBN 978-80-210-4929-1.

ŘÍČAN, Pavel, et al. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.

SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. s. 69. ISBN 978-80-7041-490-3.

STRNAD, Jiří. *Návykové látky a jejich zneužívání na střední škole*. Zlín, 2010. 60 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

SVATOŠ, Roman. *Základy kriminologie a prevence kriminality*. České Budějovice: Vysoká škola Evropských studií, 2009. 118 s. ISBN 978-80-86708-81-2.

ŠIMÍČKOV-ČÍŽKOVÁ, Jitka, et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠTABLOVÁ, Renata, et al. *Návykové látky a současnost*. Vyd. 1. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2.

ŠVARCOVÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 162 s. ISBN 978-80-7041-959-5.

ŠVEC, Jakub; JEŘÁBKOVÁ, Simona; TESAŘOVÁ, Veronika. *Jak se bránit drogám a předcházet závislostem*. Vyd. 1. Praha: Projekt Odyssea, 2007. 234 s. ISBN 978-80-87145-26-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÖLFOVÁ, Pavlína. *Drogy a primární prevence závislostí na středních školách*. Brno, 2008. 79 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta.

WEDLICOVÁ, Iva; HEŘMANOVÁ, Vladislava. *Kapitoly z vývojové psychologie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. s. 143. ISBN 978-80-7414-044-0.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

ZÁŠKODNÁ, Helena. *Sociální deviace dětí a mládeže*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 1998. 95 s. ISBN 80-7042-519-9.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

FIŠEROVÁ, Magdaléna. *Stránky ústavu farmakologie 3. LF UK* [online]. 2000 [cit. 2011-02-09]. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. Dostupné z WWW: <[http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)>.

Meditorial. *Substituční léčba : stránky o závislosti* [online]. © 2011 [cit. 2011-01-14]. Rozdělení drog. Dostupné z WWW: <<http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>. ISSN 1804-0799.

MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-01-15]. Drogy – definice a druhy. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=181&list=115>>.

MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. © 2003-2004 [cit. 2011-02-10]. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>>.

## **ZDROJ ÚVODNÍHO CITÁTU**

SAINT-EXUPÉRY, Antoin. *Malý princ*. 7. vyd. Praha: Albatros, 1994. 93 s. ISBN 80-00-00023-7.



## SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1: Zkušenosti s lehkou drogou
- Tabulka 2: Období prvního setkání s lehkou drogou
- Tabulka 3: Pocity při prvním kontaktu s lehkou drogou
- Tabulka 4: Zkušenosti s tvrdou drogou
- Tabulka 5: Období prvního setkání s tvrdou drogou
- Tabulka 6: Pocity při prvním kontaktu s tvrdou drogou
- Tabulka 7: : Počet přednášek věnovaných drogové problematice
- Tabulka 8: Povědomí o užívání lehkých drog
- Tabulka 9: Povědomí o užívání tvrdých drog
- Tabulka 10: Důvody užívání drog
- Tabulka 11: Nejžádanější témata drogové problematiky
- Tabulka 12: Hlavní zdroj informací o drogách
- Tabulka 13: Místa s největší dostupností drog
- Tabulka 14: Pohled respondentů na alkohol a tabák jako na drogy
- Tabulka 15: Hodnocení výuky věnované drogové problematice
- Tabulka 16: Součást (proti)drogové prevence v rámci výuky ve škole
- Tabulka 17: Důvody opakovaného užití drogy
- Tabulka 18: Mohou lidé závislí na drogách s jejich užíváním kdykoliv?
- Tabulka 19: Nejčastější onemocnění vyskytující se u drogově závislých
- Tabulka 20: Hledání pomoci v případě drogové závislosti
- Tabulka 21: Pozornost věnovaná nápisům na cigaretových krabičkách
- Tabulka 22: Důvěra v pedagogy
- Tabulka 23: Věk respondentů
- Tabulka 24: Počet přednášek věnovaných drogové problematice
- Tabulka 25: Zdroje využívané k edukaci o drogové problematice
- Tabulka 26: Externí pracovníci využívaní k edukaci o drogové problematice
- Tabulka 27: Četnost užívání drog na školách
- Tabulka 28: Výskyt drogové problematiky na škole
- Tabulka 29: Nejvíce publikované dostatečně kvalitní materiály
- Tabulka 30: Indikátory drogové závislosti

Tabulka 31: Dostatečná důvěryhodnost pedagogů

Tabulka 32: Školení ohledně drogové problematiky

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Zkušenosti s lehkou drogou
- Graf 2: Období prvního setkání s lehkou drogou
- Graf 3: Pocity při prvním kontaktu s lehkou drogou
- Graf 4: Zkušenosti s tvrdou drogou
- Graf 5: Období prvního setkání s tvrdou drogou
- Graf 6: Pocity při prvním kontaktu s tvrdou drogou
- Graf 7: Počet přednášek věnovaných drogové problematice
- Graf 8: Povědomí o užívání lehkých drog
- Graf 9: Povědomí o užívání tvrdých drog
- Graf 10: Povědomí o školním metodikovi prevence
- Graf 11: Důvody užívání drog
- Graf 12: Nejžádanější témata drogové problematiky
- Graf 13: Hlavní zdroj informací o drogách
- Graf 14: Místa s největší dostupností drog
- Graf 15: Pohled respondentů na alkohol a tabák jako na drogy
- Graf 16: Hodnocení výuky věnované drogové problematice
- Graf 17: Součást (proti)drogové prevence v rámci výuky ve škole
- Graf 18: Důvody opakovaného užití drogy
- Graf 19: Mohou lidé závislí na drogách s jejich užíváním kdykoliv?
- Graf 20: Nejčastější onemocnění vyskytující se u drogově závislých
- Graf 21: Hledání pomoci v případě drogové závislosti
- Graf 22: Pozornost věnovaná nápisům na cigaretových krabičkách
- Graf 23: Věk respondentů
- Graf 24: Počet přednášek věnovaných drogové problematice
- Graf 25: Zdroje využívané k edukaci o drogové problematice
- Graf 26: Četnost užívání drog na školách
- Graf 27: Výskyt drogové problematiky na škole
- Graf 28: Nejvíce publikované dostatečně kvalitní materiály
- Graf 29: Indikátory drogové závislosti
- Graf 30: Dostatečná důvěryhodnost pedagogů

Graf 31: Školení ohledně drogové problematiky

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Míra rizikovosti některých běžně užívaných látek

Příloha č. 2: Léky s možným vznikem závislosti

Příloha č. 3: Dotazník pro žáky/ studenty

Příloha č. 4: Dotazník pro pedagogy

Příloha č. 5: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 6: Edukační materiál – plakát (zmenšená verze)

Příloha č. 7: Plná moc k užití fotografií pro plakát v diplomové práci

## SEZNAM ZKRATEK

atd. a tak dále

apod. a podobně

Bc. bakalář

CNS centrální nervová soustava

ESPAD Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

MUDr. medicinae universae doctor

SZŠ střední zdravotnická škola

tzv. takzvaný

VOŠz vyšší odborná škola zdravotnická

**Příloha č. 1: Míra rizikovosti některých běžně užívaných látek**

<b>Míra rizika</b>	<b>„Tvrдост“</b>	<b>Zástupci</b>
<b>Vysoká</b>	Tvrdé	Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD
<b>Vysoká až střední</b>	Tvrdé	Lysohlávky Kokain Pervitin
<b>Střední</b>	Tvrdé	Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein
<b>Relativně malá</b>	Měkké	Marihuana Hašiš Kokový čaj
<b>Prakticky bez rizika</b>	Měkké	Káva Čaj

Převzato z: MINAŘÍK, Jakub. *O drogách.cz* [online]. ©2003-2004 [cit. 2011-01-15]. Drogy – definice a druhy. Dostupné z WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?p=1&sess=&disp=texty&offset=181&list=115>>.

## Příloha č. 2: Léky s možným vznikem závislosti

<b>Skupina</b>	<b>Charakteristika</b>	<b>Příklady léků</b>
<b>ANALGETIKA</b>	Neopioidní S opioidní složkou Opioidní agonisté Opioidní agonisté – antagonisté Opioidní + noradrenalin + serotonin	ACYLCOFIN, COLDREX DINYL, KORYLAN, ALNAGON MORFIN, DOLSIN, DIOLAN KODEIN, SUBUTEX TRAMAL
<b>SEDATIVA</b>	Barbituráty	BELLASPON
<b>HYPNOTIKA</b>	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NITRAZEPAM, ROHYPNOL HYPNOGEN, STILNOX
<b>ANXIOLYTIKA</b>	Benzodiazepinová Nebenzodiazepinová	NEUROL, XANAX, DIAZEPAM MEPROBAMAT
<b>OSTATNÍ</b>	Stimulancia Anorektika (stimulans) Expektorancia (stimulans) Antitusika (opioidní agonisté)	FENMETRAZIN, RITALIN ADIPEX RETARD SOLUTAN CODEIN, IPECARIN, KODYLAN

Převzato z: KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

## Příloha č. 3: Dotazník pro žáky/ studenty

### DOTAZNÍK

Milý žáci/studenti,  
jmenuji se **Soňa Buchtová** a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro mou diplomovou práci nazvanou „**Drogová problematika na zdravotnických školách**“.

Dotazník je **zcela anonymní**, sestaven z 27 otázek, jejichž zodpovězení by Vám nemělo zabrat více než 10 minut.

**Předem Vám děkuji za spolupráci a vynaložený čas.**

Pokyny pro vyplnění:

- ◆ Odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje, prosím zakroužkujte.
- ◆ V případě jiné odpovědi než té, kterou nabízím, doplňte prosím informaci na vytečkované místo.
- ◆ U otázek, ve kterých jsou odpovědi vytečkované, doplňte prosím údaje.
- ◆ Máte vždy jednu variantu odpovědí, pokud bude jiná možnost, bude to uvedeno přímo u dané otázky
- ◆ U otázky kde je k odpovědi využita škála, zaznačte prosím Vámi zvolenou odpověď na pozici škály, která dle Vás nejvíce vystihuje Váš názor

**1. A Máte zkušenosti s lehkou drogou?**

- a) ano, mám zkušenosti
- b) ano, mám opakovanou zkušenost
- c) ne
- d) nevím, co si pod pojmem lehká droga představit
- e) nemám osobní zkušenost

**B Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, napište prosím, se kterou lehkou drogou máte konkrétně zkušenosti:**

.....  
.....

**2. V kolika letech jste se poprvé setkali s lehkou drogou?**

- a) v 6 – 7 letech
- b) v 8 – 10 letech
- c) v 11 – 13 letech
- d) ve 14 – 16 letech
- e) v 17 – 19 letech
- f) ve 20 – 22 letech
- g) zatím jsem se neseťkal/a

**3. V případě, že jste měli kontakt s lehkou drogou, jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s touto drogou?**

- a) bylo mi špatně
- b) cítil/a jsem se skvěle
- c) připadalo mi vše krásné a jednoduché
- d) měl/a jsem výčitky svědomí
- e) bolela mě hlava
- f) chtělo se mi spát
- g) měl/a jsem zvláštní pocity
- h) jiné – prosím vypište: .....

**4. A Máte zkušenosti s tvrdou drogou?**

- a) ano, mám zkušenosti
- b) ano, mám opakovanou zkušenost
- c) ne
- d) nevím, co si pod pojmem tvrdá droga představit
- e) nemám osobní zkušenost



**B Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ano, napište prosím, se kterou tvrdou drogou máte konkrétně zkušenosti:**

.....  
.....

**5. V kolika letech jste se poprvé setkali s tvrdou drogou?**

- |                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| a) v 6 – 7 letech | e) v 17 – 19                |
| b) v 8 – 10       | f) ve 20 – 22               |
| c) v 11 – 13      | g) zatím jsem se neseťkal/a |
| d) ve 14 – 16     |                             |

**6. V případě, že jste měli kontakt s tvrdou drogou, jaké byly Vaše pocity při prvním kontaktu s touto drogou?**

- a) bylo mi špatně
- b) cítil/a jsem se skvěle
- c) připadalo mi vše krásné a jednoduché
- d) měl/a jsem výčitky svědomí
- e) bolela mě hlava
- f) chtělo se mi spát
- g) měl/a jsem zvláštní pocity
- h) jiné – prosím vypište:

.....

**7. Kolik jste na této škole měli přednášek věnovaných drogové problematice?**

- a) žádnou
- b) 1
- c) 2
- d) 3 4 a víc

**8. Věnovali jste se drogové problematice v předmětech (dle učebního plánu)? Vypište prosím, ve kterých to bylo.**

.....

**9. Víte o člověku z Vašeho okolí, který užívá lehké drogy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nezajímám se o to

**10. Užívá někdo ve Vašem okolí tvrdé drogy?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nezajímám se o to

**11. Napište prosím, kdo je Váš školní metodik prevence?**

.....

**12. Z jakého důvodu podle Vás někdo začne užívat drogy?**

- a) zařazení do skupiny
- b) těžká životní situace
- c) touha se odlišovat
- d) touha po poznání něčeho nového
- e) zvědavost
- f) touha dokázat si něco
- g) únik od reality
- h) z jiného – prosím vypište:

.....  
.....

.....  
.....

**13. Co Vás na drogové problematice nejvíce zajímá?**

- a) jednotlivé drogy
- b) následky užívání drog
- c) příčiny užívání drog
- d) pocity drogově závislých
- e) léčba drogové závislosti
- f) sociální prostředí lidí závislých na drogách
- g) jiné – prosím vypište: .....
- .....
- .....
- .....

**14. Z jakých zdrojů získáváte nejvíce informací o drogové problematice?**

- a) ze školy
- b) z internetu
- c) z časopisů a novin
- d) od přátel
- e) od rodičů
- f) z jiných zdrojů – prosím vypište: .....
- .....
- .....
- g) nezajímám se o tuto problematiku

**15. Kde jsou podle Vás drogy nejvíce dostupné?**

- a) ve škole
- b) na diskotéce
- c) pouliční prodej
- d) od známých
- e) na internetu
- f) jiná možnost – prosím vypište: .....
- .....

**16. Patří podle Vás alkohol a tabák mezi drogy?**

- a) ano, protože .....
- b) ne, protože .....

**17. Pokud, jste měli ve školní výuce hodiny věnované drogové problematice, jak byste je ohodnotili?**

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) ucházející
- d) dostatečné
- e) nedostatečné
- f) zbytečné
- g) jiná možnost, prosím vypište: .....

**18. V případě, že jste se věnovali ve vyučovacích hodinách v rámci školy (proti)drogové prevenci, co bylo součástí těchto hodin? (možno zvolit více možností)**

- a) seminář s psychologem/psychiatrem
- b) exkurze do zařízení zabývajícího se léčbou drogových závislostí
- c) rozhovor s drogově závislým na specializovaném pracovišti
- d) výklad učitele
- e) video
- f) jiná možnost – prosím vypište: .....
- .....
- .....
- .....

**19. Co Vás vedlo/vede k opakovanému užití drogy?**

- a) společenská prestiž ve skupině
- b) zážitky související s užitím drogy
- c) odpoutání se od každodenní šedi
- d) cítím se s drogou lépe
- e) cítím se dospěleji
- f) jiné důvody – prosím vypište: .....
- g) k opakovanému užití nedošlo

**20. Myslíte si, že lidé závislí na drogách s jejich užíváním mohou kdykoli přestat?**

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na jejich vůli
- d) záleží na pomoci jejich okolí

**21. Myslíte si, že nejvíce se u lidí drogově závislých vyskytuje:**

- a) HIV
- b) tuberkulóza
- c) nádorové onemocnění plic
- d) hepatitida C
- e) hepatitida A
- f) deprese
- g) jiné onemocnění – prosím vypište: .....

**22. Pokud byste zjistil/a, že je někdo ve Vašem blízkém okolí (nebo i Vy sám/sama) závislý na drogách, kde byste hledal/a pomoc?**

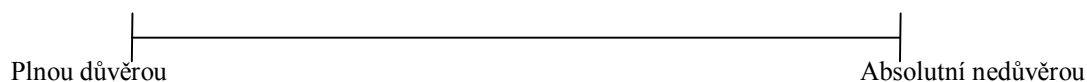
- a) u rodičů
- b) u kamarádů
- c) u školního metodika prevence
- d) u psychologa nebo psychiatra
- e) v centrech věnujících se drogové problematice (např. P-centrum, Drop-in, SANANIM...)
- f) u obvodního lékaře
- g) na lince důvěry
- h) jiná možnost – prosím vypište:

.....  
.....  
.....  
.....

**23. Všímáte si varování ministerstva zdravotnictví na cigaretových krabičkách?**

- a) ano – vždy si je čtu
- b) ne – vůbec si jich nevšímám
- c) ano – rozčilují mě
- d) ne – je to zbytečné a neúčelné

**24. Myslíte si, že byste byl/a schopen/schopna se se svou případnou závislostí obrátit na někoho ze svých pedagogů? Prosím, označte na ose křížkem.**



**25. Kolik Vám je let?**

- a) 15
- b) 16
- c) 17
- d) 18
- e) 19 – 20
- f) 21 – 22
- g) více než 22 let

**26. Jak byste reagoval/a, pokud byste viděl/a, že někdo prodává drogu nezletilému:**

.....  
.....  
.....

**27. Jak byste měl/a reagovat na předchozí problém ze zákona?**

.....  
.....  
.....

Děkuji za spolupráci.

## Příloha č. 4: Dotazník pro pedagogy

### DOTAZNÍK

Vážení pedagogové,  
jmenuji se **Soňa Buchtová** a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro mou diplomovou práci nazvanou „**Drogová problematika na zdravotnických školách**“.

Dotazník je zcela anonymní, sestaven z 13 otázek, jejichž zodpovězení by Vám nemělo zabrat více než 10 minut.

**Předem Vám děkuji za spolupráci a vynaložený čas.**

Pokyny pro vyplnění:

- ◆ Odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje, prosím zakroužkujte.
- ◆ V případě jiné odpovědi, doplňte prosím informaci na volné vytečkované místo.
- ◆ U volných otázek, prosím doplňte údaje.
- ◆ Máte vždy jednu variantu odpovědi, pokud bude jiná možnost, bude to uvedeno přímo u dané otázky.

**1. Kolik přednášek věnovaných drogové problematice probíhá na Vaší škole za jeden školní rok?**

- |      |                      |
|------|----------------------|
| a) 1 | d) 4                 |
| b) 2 | e) více než 4        |
| c) 3 | f) žádné neprobíhají |

**2. Ve kterých hodinách (předmětech) a kolik vyučovacích hodin za školní rok se věnujete drogové problematice?**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Využíváte k edukaci o drogové problematice:**

- a) externisty
- b) exkurze v centrech věnujících se drogové problematice
- c) vlastní vědomosti a materiály
- d) jiné, prosím vypište:.....  
.....

**4. Pokud k edukaci o drogové problematice využíváte na Vaší škole externí pracovníky, jsou to:**

- a) psychologové
- b) psychiatři
- c) sociologové
- d) pracovníci ze specializovaných protidrogových pracovišť, např. P-centra, Drop-in, SANANIM...
- e) praktický lékař pro děti a dorost
- f) jiné, prosím vypište:.....

**5. Jak často máte školení (pro pedagogy) z oblastí minimálních preventivních programů?**

- |                   |  |
|-------------------|--|
| a) 1 ročně        | f) 1 za 5 let                              |
| b) 1 za 2 roky    | g) jiná možnost – prosím vypište:<br>..... |
| c) každého ½ roku | .....                                      |
| d) 1 za 3 roky    | .....                                      |
| e) 1 za 4 roky    | .....                                      |

**6. Kdy jste naposledy prošel/a školením v rámci minimálního preventivního programu?**

.....

**7. Myslíte si, že užívání drog na školách je v posledních 5 letech:**

- a) méně časté
- b) častější
- c) nemění se
- d) nevěnuji této problematice pozornost

**8. Setkáváte se na Vaší škole s drogovou závislostí u Vašich žáků/studentů?**

- a) ano – jak často: .....
- b) ne

**9. V jaké podobě jsou v současné době nejvíce publikovány dostatečně kvalitní materiály věnované drogové problematice?**

- a) brožur
- b) plakátů
- c) videa
- d) letáků
- e) jiné, prosím vypište:

.....  
.....  
.....

- f) nejsou dostatečně kvalitní materiály

**10. Myslíte si, že máte dostatečné zkušenosti a znalosti k tomu, abyste odhalili žáky/studenty závislé na drogách. Bylo by to na základě:**

- a) změny chování
- b) změny školního prospěchu
- c) změny stylu oblékání
- d) výskytu problémů v sociálním klimatu třídy
- e) jiné, prosím vypište:

.....  
.....

**11. Myslíte si, že máte v kolektivu pedagogů někoho, kdo má dostatečnou důvěru žáků/studentů k tomu, aby se na něj obrátili se svou závislostí?**

- a) myslím si, že ano
- b) myslím si, že ne
- c) určitě ano
- d) určitě ne

**12. Školení ohledně drogové problematiky:**

- a) pro Vás pořádá škola
- b) zajišťujete si sám/sama
- c) vzděláváte se z periodik a literatury
- d) žádné školení neprobíhá

**13. Zařazujete protidrogovou problematiku v rámci výuky Vašeho předmětu?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné, prosím vypište: .....

Děkuji za spolupráci.

## Příloha č. 5: Žádost o povolení výzkumného šetření - kopie

Mgr. Iva Burdová  
Ředitelka SZŠ a VOŠz Emanuela Pöttinga  
Pöttingova 2  
771 00 Olomouc

V Olomouci dne 21. 06. 2010

### Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na SZŠ a VOŠz E. Pöttinga

Vážená paní ředitelko,

Jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Učitelství pro střední školy, prezenční formy studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na PdF UP v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat o souhlas s provedením dotazníkového šetření na SZŠ a VOŠz E. Pöttinga v Olomouci. Jedná se o výzkumné šetření v rámci závěrečné diplomové práce na téma: „**Drogová problematika na zdravotnických školách**“. Výstupem této práce bude edukační materiál pro školy v podobě plakátu.

Na závěrečné práci pracuji pod odborným dohledem Mgr. Jany Kameníčkové z Ústavu ošetřovatelství FZV UP Olomouc, která také dohlíží na odborná a etická kritéria.

Při výzkumném šetření by byla spolupráce zajištěna prostřednictvím Mgr. Aleny Ošřádalové.

Výzkumné šetření bude prováděno formou anonymních dotazníků (dotazník pro pedagogy obsahuje 13 položek, dotazník pro studenty 27 položek), jejichž vyplnění je dobrovolné a které přikládám k žádosti.

V případě zájmu Vám ráda poskytnu výsledky šetření.

Předem velmi děkuji za vstřícnost a kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem



Bc. Soňa Buchtová

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Kameníčková  
ÚO FZV UP Olomouc  
Hněvotínská 3  
779 00 Olomouc  
Tel: 585 632 814  
jana.kamenickova@upol.cz

Kontaktní adresa:

Bc. Soňa Buchtová  
Tážaly 60  
783 75 p. Dub nad Moravou  
Tel: 608 080 975  
SonaBuchtova@seznam.cz

### Vyjádření vedení instituce:

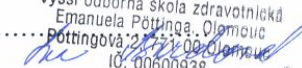
- Žádost povolena
- Žádost zamítnuta

Odůvodnění:.....

Datum:

*Jana Kameníčková*  
*21. 6. 2010*

Střední zdravotnická škola  
a  
Vyšší odborná škola zdravotnická  
Emanuela Pöttinga, Olomouc  
Pöttingova 2, 771 00 Olomouc  
IO: 00600938



Razítko, podpis:

**Příloha č. 6: Edukační materiál – plakát (zmenšená verze)**





## Příloha č. 7: Plná moc k užití fotografií pro plakát v diplomové práci - kopie

### Plná moc

Já níže podepsaná

Bc. Jitka Faltýnková

---

narozena

7. 1. 1987

---

bydliště

Ochoz 5, Konice 798 52

---

tímto

**zmocňuji**

slečnu

Bc. Soňu Buchtovou

---

narozenou

25. 2. 1987

---

bytem

Kožušany - Tážaly 60, Dub nad Moravou 783 75

---

k užití mých fotografií pro plakát v její diplomové práci.

Tato plná moc platí ode dne vystavení.

V Olomouci dne 26. 6. 2011

*Faltýnková*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Bc. Soňa Buchtová</b>
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Jana Kameníčková
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Drogová problematika na zdravotnických školách
<b>Název v angličtině:</b>	Drug related problems in nursing schools
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá drogovou problematikou na zdravotnických školách. V teoretické části jsou shrnuty základní poznatky z odborné literatury o období puberty a adolescence, členění drog a jejich charakteristice, drogové závislosti a prevenci. Empirická část obsahuje rozbor výzkumného šetření, které probíhalo metodou dotazníkového šetření mezi studenty a pedagogy střední zdravotnické školy a vyšší odborné školy zdravotnické. Výsledky šetření jsou prezentovány v podobě tabulek a grafů a řešeny v diskuzi.
<b>Klíčová slova:</b>	Drogy, prevence závislostí, adiktologie, vývojová psychologie, psychologie, psychopatologie
<b>Anotace v angličtině:</b>	This Master thesis deals with drug related problems in nursing schools. The theoretical part recapitulates basic information about the period of puberty and adolescence, drug classification, drug addiction and prevention extracted from professional literature. The empirical part contains an analysis of the research, that was carried out through questionnaires

	filled in by students and teachers of secondary nursery school (age of students 15 to 19) and nursery colleges (age of students 19 to 23). The obtained results are presented through tables and graphs and analyzed in the following discussion.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Drugs, addiction prevention, addictology, developmental psychology, psychology, psychopathology
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Míra rizikovosti některých běžně užívaných látek</li> <li>2. Léky s možným vznikem závislosti</li> <li>3. Dotazník pro žáky/ studenty</li> <li>4. Dotazník pro pedagogy</li> <li>5. Žádost o povolení výzkumného šetření - kopie</li> <li>6. Edukační materiál – plakát (zmenšená verze)</li> <li>7. Plná moc k užití fotografií pro plakát v diplomové práci - kopie</li> </ol>
<b>Rozsah práce:</b>	124 s. + 7 příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk