

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Zuzana Bouchnerová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

**Znalosti studentů Pedagogické fakulty vzhledem k jejich postoji
k drogové problematice**

**Autor: Zuzana Bouchnerová
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Obor: Sociální pedagogika
Katedra: Pedagogiky a psychologie
Datum odevzdání: 30. 3. 2009**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce	Znalosti studentů Pedagogické fakulty vzhledem k jejich postoji k drogové problematice
Zadání práce	Student zhodnotí znalosti studentů Pedagogické fakulty a jejich postoj k drogové problematice. Zaměří se na studenty druhého a pátého ročníku Pedagogické fakulty, zhodnotí současný způsob výuky, zabývající se tematikou drog a drogových závislostí. Dále zjistí, jak studenti hodnotí rizika spojená s užíváním drog, zda sami mají zkušenosti s užíváním drog a jak hodnotí současnou legislativní úpravu v České republice kolem drog.
Jméno studenta	Zuzana Bouchnerová
Ročník	3.
Studijní program	B7507 Specializace v pedagogice
Obor	Sociální pedagogika
Vedoucí práce	Mgr. Miroslav Procházka
Katedra	Pedagogiky a psychologie
Termín zadání	20. března 2008

PROHLÁŠENÍ

*Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma **Znalosti studentů Pedagogické fakulty vzhledem k jejich postoji k drogové problematice** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.*

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

České Budějovice, březen 2009

.....
podpis studenta

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci bych chtěla poděkovat

Mgr. Miroslavu Procházkovi

Anotace

Cílem práce je poukázat na důležitost vzdělávání budoucích pedagogů v oblasti drog a drogových závislostí. V teoretické části jsem se zaměřila na drogy obecně, jejich výčet, popis účinků, zneužívání, závislostí a na systém prevence a péče v České republice. V praktické části jsem pomocí dotazníků zjišťovala znalosti a postoje studentů Pedagogické fakulty k drogové problematice. Na základě dotazníkového šetření jsem předložila shrnutí a několik témat k zamyšlení.

Abstract

The goal of this work is point out the importance of education of future teachers in the area of drugs and drug addictions.

General information about drug: overview of drugs, influence descriptions, drug abuse, drug addictions and system of prevention and care in the Czech Republic are introduced in the theoretical part of this work.

Knowledge and attitude to drug problems of the students of the Fakulty of Education was investigated by the questionnaire. Result of investigation, summary and some topic to consideration are presented in the consultations.

OBSAH:

I. ÚVOD	1
II. TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Sociálně patologické jevy	3
1.1 Vymezení pojmu sociálně nežádoucí či rizikové chování	5
1.2 Vymezení pojmu droga	5
1.3 Vymezení pojmu zneužívání drog	6
1.4 Vymezení pojmu drogová závislost	6
1.5 Vymezení pojmu drogová politika	7
1.6 Vymezení pojmu intervence	7
1.7 Vymezení pojmu prevence	8
2. Rozbor problematiky drog a drogové závislosti	8
2.1 Dělení drog, původ, rozšíření, aplikace, účinky a rizika	8
3. Drogová prevence	20
3.1 Cíle prevence	20
3.2 Druhy primární prevence	21
3.3 Sekundární prevence	24
3.4 Terciární prevence	24
3.5 Školní drogová prevence	25
3.6 Mýty v prevenci	33
4. Historie drogové scény v České republice	34
5. Důvody užívání drog	37
5.1 Modely závislého chování	38
6. Systém péče o uživatele návykových látek	41
6.1 Léčebné programy	41
6.2 Nízkoprahové programy	41
6.3 Ambulantní programy	43
6.4 Pobytové programy	44
6.5 Doléčovací programy	45
III. PRAKTICKÁ ČÁST	46
1. Cíle a zaměření praktické části	46
2. Systém přípravy studentů Pedagogické fakulty	46
3. Hypotézy praktické části	48
4. Metody výzkumu	49
5. Charakteristika výzkumného vzorku	49
6. Prezentace a interpretace výsledků šetření	50
7. Ověření platnosti hypotéz na základě výsledků výzkumu a závěry praktické části	74
IV. ZÁVĚR	77
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
VI. PŘÍLOHY	82

*„Každý člověk má svoji drogu,
ale nejšťastnější jsou ti, kteří
tu svoji nikdy nepotkají“*

Z filmu: Dobří holubi se vracejí

I. ÚVOD

Drogy vždy byly a pořád jsou součástí lidské existence. To, co je dělá nebezpečnými pro společnost je fakt, že jsou předmětem zneužívání, zdrojem nelegálního obchodování a příčinou mnoha úmrtí na světě. V posledních desetiletích se dokonce staly jedním z nejnebezpečnějších a společnost nejvíce ohrožujících faktorů na celém světě.

Potenciální i opravdové nebezpečí z nich dělá zejména skutečnost, že se staly jakousi náhražkou reálného života milionům mladých lidí, často ještě dětí, kteří neumí správně vyhodnotit rizika spojená s jejich užíváním a stávají se posléze na nich závislí.

Drogovou problematikou se zabývá nesčetně mnoho organizací, publikací, nařízení, doporučení i internetových stránek jak v celosvětovém měřítku, tak i v samotné České republice. Nelze ovšem zpochybnit fakt, že zneužívání a nadužívání drog především trápí ty, kteří s dětmi a mladými lidmi přicházejí nejvíce do styku. Kromě rodiny je to zejména škola.

Školní prostředí a vzdělávání se obecně považuje za efektivní platformu pro drogovou prevenci, protože školy navštěvuje většina mladých ve věku 11 – 18 let, tedy ve věku, kdy touha po experimentování a hledání nových zážitků je nejintenzivnější.

Podle výzkumu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) je prokázáno, že k užívání drog nejčastěji dochází ve věku 12 – 25 let. Začíná se první cigaretou nebo alkoholickým nápojem, častěji obojím dohromady. Mezi šestnáctým až dvacátým rokem života se začíná objevovat konopí, extáze, pervitin a jiné drogy. Poslední průzkumy EMCDDA prokázaly, že v ČR je nejvyšší míra kuřáků marihuany mezi mladými lidmi v Evropě.

Myslím si, že jsou to právě pedagogické fakulty, které by měly klást větší důraz na vzdělávání budoucích učitelů v oblasti drogové prevence, zahrnující dostatečnou znalost všech drog a návykových látek.

Jako matka dcery, která si prošla obdobím užívání drog v době, kdy studovala střední školu, vím, že učitelé jsou v této oblasti dost bezradní a chybí jim nejen praktické a hlubší vědomosti o drogách, ale často ani neví, jak situaci řešit.

Svou bakalářskou práci jsem proto zaměřila na průzkum znalostí a postojů studentů Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity k drogové problematice. Cílem mé práce je poukázat na fakt, že problematika drog a drogových závislostí by měla patřit mezi stěžejní body přípravy budoucích pedagogů. V teoretické části bakalářské práce se proto zaměřím na jevy spojené s užíváním drog, výčet drog s popisem jejich účinků a

poslední kapitoly teoretické části zaměřím na oblast prevence a léčby závislosti. V praktické části budu formou dotazníku zjišťovat, jaké jsou znalosti a postoje studentů Pedagogické fakulty k drogové problematice. Myslím si, že na tento průzkum může eventuálně navázat další zdokonalování vzdělávání učitelů v oblasti drogové problematiky.

Zamyšlení na úvod

„...Zalezli jsme si do takového kouta na náměstí Republiky, kde jsme byli chráněni okolními stromy. Pár lidí už tam bylo a dávali si dávku nebo si ji rozdělávali na lžičce. Pozoroval jsem Mariána, jak vytahuje dvě zalisované stříkačky – byly menší, říká se jim inzuliniky. Kolem nás jich bylo několik set poházených nebo zapíchaných v zemi. Dal jsem Mariánovi sto padesát korun a on od oka vysypal z psaníčka drogu do lžičky. Pak do toho stříkl trochu vody a perník se rozpustil. Ta rozpuštěná látka byla hustá. Z cigarety vytáhl kousek filtru a hodil ho do lžičky, aby se odfiltrovali nečistoty a drcené sklo, kterými někteří dealéři drogu ředili, aby toho bylo víc a vydělali víc peněz. Potom rozbil stříkačky a vytáhl veškerý obsah tekutiny přes tu vatičku. Pak do stříkačky klepal, aby v ní nebyl vzduch. Nařídil mi, ať si zaškrťím ruku rukávem, pak poklepal po žíle, aby naběhla. Otočil jsem hlavu a automaticky čekal bolest z vpichu. Píchlo to jen trochu, míň než u doktorky, tyhle jehly jsou tenčí. Sledoval jsem, jak natahuje krev ze žíly do stříkačky. A pomalu mi celý ten obsah tlačí do žíly. „Povol škrtdlo. A chytني si žílu,“ řekl Marián a znělo to jako rozkaz. Zapíchl stříkačku do země a začal se věnovat své dávce.

Začal jsem prudce dýchat, cítil jsem obrovský nájezd euforie, jak se mi teplo rozlévá po celém těle. Bylo to daleko silnější než šňupnutí, přišlo to okamžitě. Začal jsem se potit, svět se změnil a byl jsem tam, položil jsem se na zem a všechno se příjemně točilo. Ještě pořád jsem si křečovitě držel žílu. Nevím, jak jsem tam byl dlouho, Marián někam zmizel. Od té doby jsem jel na jehle...”

Ukázka z knihy Smrt jménem závislost (Vondrka, 2004, strana 29, 30)

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Sociálně patologické jevy

Za sociálně patologický jev je obecně považováno takové chování jedince, které je charakteristické především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot. Jsou to nejen společensky nežádoucí jevy, ale především společensky nebezpečné jevy.

Mezi sociálně patologické jevy u dětí a mládeže patří široká škála výchovných problémů, výchovných poruch a poruch chování.

Týká se to zejména:

- a) násilí a šikanování,
- b) záškoláctví,
- c) kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- d) ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- e) xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- f) užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- g) netholismu (virtuálních drog) a patologického hráčství (gambling),
- h) diváckého násilí,
- i) komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- j) syndromu týraných a zneužívaných dětí,
- k) sekt a sociálně patologických náboženských hnutí.

ad a) Násilí je záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu.

Šikana je násilně ponižující chování jednotlivce nebo skupiny vůči slabšímu jedinci, který nemůže ze situace uniknout a není schopen se účinně bránit (Vágnerová, 2004, strana 798).

Tedy označení pro opakované týrání, zotročování, ponižování nebo omezování jedince nebo skupiny jiným jedincem nebo skupinou prostřednictvím agrese či manipulace.

ad b) Záškoláctví je jednání, které lze chápat jako únik dítěte od něčeho, co mu nevyhovuje nebo ho přímo ohrožuje. Je to přestupek žáka, který úmyslně zanedbává

návštěvu školy. Často bývá spojeno s dalšími sociálně patologickými jevy. Patří mezi jevy predeliktivního chování.

Záškoláctví bývá spojeno s negativním postojem ke škole, ale může být i reakcí na prospěchové selhání (Vágnerová, 2004, strana 794).

ad c) Kriminalita je definována jako souhrn trestné činnosti, tedy zločinnost. Kriminalita mládeže je součástí celkové kriminality a zahrnuje jednání osob do věku 18 let.

Delikvence je širší pojem, označuje činnost porušující nejen právní, ale i společenské, tedy širší normy, takže se takové jednání vztahuje i na děti a mládež.

Vandalismus je svévolné poškozování a ničení veřejného i soukromého majetku, které nepřináší pachateli žádné materiální obohacení a pro které pachatel zpravidla nemá žádný motiv - většinou tak koná jen pro vlastní potěšení či pro potřebou odreagovat se. Často k němu dochází pod vlivem alkoholu nebo drog.

ad d) Ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže spočívá v zanedbávání nebo opomíjení společensky přijatelných mravních norem ve výchovném procesu.

ad e) Xenofobie v doslovném překladu znamená strach z cizinců. Obecně se slovo používá k označení mezilidské nesnášenlivosti a předsudků vůči lidem z jiné země, či při nedostatku úcty k jejich tradicím a rozdílné kultuře (<http://cs.wikipedia.org>).

Rasismus - jedná se o nevědeckou teorii, která vychází z tvrzení o existenci tzv. vyšších a nižších ras.

Antisemitismus je nepřátelství nebo předpojatost vůči židům.

Intolerance je synonymum slova nesnášenlivost.

ad f) Užívání návykových látek - jde zejména o alkohol a psychoaktivní látky, tedy takové látky, které mohou měnit psychický stav.

ad d) Netholismus je závislost na virtuálních drogách (televize, video, počítačové hry apod.).

Patologického hráčství (gambling) je velmi silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, nutkání často doprovází myšlenky s představami hraní. Nad vidinou finančního zisku převládá chuť si zahrát - základní motiv gamblera. Velmi aktuální je v poslední době psychická závislost na výherních automatech, která má, podobně jako drogová závislost, hlubší příčiny a vyžaduje rovněž odbornou pomoc.

ad h) Divácké násilí - násilné nebo nebezpečné chování diváků v souvislosti se sportovními zápasy. Odehrává se na stadionech, v jejich bezprostředním okolí nebo na trasách přesunu fanoušků. Kromě vlastního násilí zahrnuje rovněž další formy rizikového chování, jako jsou rasistické urážky, používání extremistické symboliky či chování ohrožující bezpečnost dalších diváků, hráčů a rozhodčích. Divácké násilí je obvykle plánováno, má opakovaný či manifestační charakter.

ad i) Komerční sexuální zneužívání dětí - jde o dětskou prostituci, dětskou pornografii a obchodování s dětmi. Komerční sexuální zneužívání dětí definoval v roce 1996 Stockholmský kongres jako použití dítěte pro sexuální účely výměnou za peníze nebo za odměnu v naturáliích mezi dítětem a zákazníkem nebo dítětem a prostředníkem, agentem a jinými, kdo na obchodu s dětmi za tímto účelem vydělávají.

ad j) Syndrom týraných a zneužívaných dětí (Syndrom CAN) je definován jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoli nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby. Vzniká jako důsledek aktivního ubližování, nebo nedostatečné péče (Vágnerová, 2004, strana 593).

Jedná se nejen o vědomé tělesné ubližování dítěti, ale také nezabránění takovému zacházení s dítětem. Představuje vlastně všechny nepřiměřené akty násilí na dítěti. Zahrnuje vedle hrubého útoku na dítě, jehož důsledkem je tělesné zranění, trvalé poškození dítěte nebo dokonce úmrtí dítěte, také pravidelné tělesné trestání dítěte užívané jako převažující výchovný prostředek.

ad k) Sekty a sociálně patologická náboženská hnutí – jde vlastně o závislost na ideologii, která může mít různou podobu, obvykle jde o nekritickou identifikaci s určitým náboženským, parareligiálním nebo politickým učením, která bývá kombinována se závislostí sociální, na skupině, jež je jejím nositelem, resp. jejími vůdci (Vágnerová, 2004, strana 691).

Termín sociálně patologické jevy se dnes považuje za zastaralý pojem, stále se však používá, protože je obsažen v právnických dokumentech. Nově se mluví o sociálně nežádoucím či rizikovém chování.

1.1 Vymezení pojmu sociálně nežádoucí či rizikové chování

Rizikovým chováním rozumíme takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo pro společnost. Vzorce rizikového chování při tom považujeme za soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (Martanová, 2007, strana 9).

1.2 Vymezení pojmu droga

Slovo droga má v češtině dva významy: droga (léčivo) – usušené nebo jinak konzervované rostliny, nebo živočichové – jejich části nebo produkty jejich metabolismu, sloužící jako léčivo či k podobným účelům, nebo droga jako návyková látka (psychotropní látka, droga) – zdraví škodlivé látky ovlivňující psychiku, zpravidla návykové a vesměs nelegální nebo státem omezované (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Droga>).

Název droga je odvozen od holandského droog, což znamená žízeň. Nejčastěji se pod pojmem drogy rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt (www.drogy-info.cz).

V publikaci Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí, kterou vydal Úřad vlády České republiky se uvádí, že látka se definuje jako droga, pokud ovlivňuje centrální nervovou soustavu a její požití má za následek změnu duševního nebo fyzického stavu, přičemž účinek může být povzbuzující nebo omamný, nebo může jít o změnu vědomí a chápání reality. Některé drogy mají smíšené účinky. (2005, strana 11)

Světová zdravotnická organizace /WHO/ definuje drogu jako „*jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“.

Jako drogy jsou označovány téměř výlučně látky, které splňují základní definici, ale jsou naší společností zákonem zapovězeny, resp. jejich výroba a distribuce.

1.3 Vymezení pojmu zneužívání drog

Zneužívání drog může vést k závislosti na drogách. Definujeme jej jako situaci, při níž je daná osoba konfrontována s přímými či nepřímými negativními (zdravotními, duševními a dalšími) důsledky vlastního užívání drog. Zneužívání drog je často příznakem dalších problémů v osobním životě, např. psychických problémů (deprese), absence stabilního rodinného prostředí, emoční nestability nebo sociální deprivace. Mladí, kteří zneužívají drogy, nejsou vždy schopní najít správnou míru sebekontroly a nezbytnou rovnováhu mezi experimentováním s drogami a potenciálním poškozováním sebe sama (Galla, 2005, strana 11).

Je třeba rozlišovat mezi užíváním a zneužíváním drog a drogovou závislostí. Mnoho mladých lidí užívá drogy, ať už legálně nebo nelegálně, pouze 5-10 % z nich drogy zneužívá a ještě menší procento se na nich stává závislými.

1.4 Vymezení pojmu drogová závislost

Závislost je onemocněním, které postupně vede k narušení tělesných, psychických a sociálních funkcí. Odborně tedy můžeme říct, že jde o bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory navzájem doplňují a ovlivňují. Již řadu let je drogová závislost řazena mezi chronická onemocnění CNS a mají přesná označení v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Drogové závislosti jsou tedy posuzovány jako onemocnění, která je možno diagnostikovat, je třeba je léčit a kterým je možno i nutno předcházet.

Současná klasifikace (1996) zařazuje drogové závislosti do kategorie duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek (F10 až F19) - substance use disorders.

Mezinárodní klasifikace říká, že o závislost jde tehdy, když dá jedinec přednost užívání nějaké látky před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Důležitou charakteristikou je touha užívat psychoaktivní látku.

Závislost lze rovněž chápat jako životní styl, jehož dominantou je preferenční zaměření na psychotropní látku. Projevuje se určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12 měsíců (Vágnerová, strana 548).

- silná potřeba získat a užívat tuto látku, označováno jako bažení, craving,
- neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání,
- růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek,
- abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci,
- potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb,
- potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu.

Závislost znamená celkovou ztrátu svobody a ztrátu kontroly nad vlastním životem.

1.5 Vymezení pojmu drogová politika

Drogovou politiku lze definovat jako komplexní soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, kontrolních, represivních a dalších opatření, uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (mezzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat (Radimecký, 2007, strana 85).

Chování na strukturální (makro) úrovni to je zejména širší „politika“, tedy zákony. Zde se intervence drogové politiky zaměřuje na celé populace. Komunitní (mezzo) úroveň tvoří sociální skupiny, do kterých jednotlivce patří, popřípadě patřit chce. Intervence se zaměřuje na sociální normy a jejich dodržování. Individuální (mikro) úroveň je ovlivněná názory a chováním jednotlivců, intervence se zaměřuje na jednotlivé typy drog nebo na potenciálního uživatele s cílem ovlivnit jeho chování.

1.6 Vymezení pojmu intervence

Intervence je v rámci drogové politiky jakákoliv akce, která má za cíl snížit nepříznivé důsledky užívání drog jak pro jednotlivce, tak i pro společnost.

1.7 Vymezení pojmu prevence

Prevence (z lat. *praevenire*, předcházet) znamená soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně (<http://cs.wikipedia.org/>).

Podle Vokurky je prevence obecně definována jako předcházení nemoci (primární prevence), nebo předcházení zhoršení nemoci (sekundární prevence), nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného (terciární prevence).

2. Rozbor problematiky drog a drogové závislosti

*„Moje milá paní učitelka mi na
základní škole řekla, že ví o tom,
že si píchám marihuanu.“*

Z diskuze na portálu www.odrogach.cz

*„My bychom si píchali i vitamín C,
kdyby byl ilegální.“*

Z filmu *Trainspotting*.

2.1 Dělení drog, původ, rozšíření, aplikace, účinky a rizika

Drogy se dělí podle druhů do skupin, jejich klasifikace však není jednotná, rovněž názvy jednotlivých druhů nejsou sjednocené.

Asi nejznámější je dělení drog na tvrdé a měkké. Toto dělení se vztahuje k riziku, které se pojí s jejich užíváním a obecně platí, že droga je tím tvrdší, čím větší poškození zdraví může vyvolat. Mezi laickou veřejností se mezi měkké drogy řadí drogy konopné a všechny ostatní návykové nelegální látky se řadí do skupiny tvrdých drog.

Podle MUDr. Minaříka (http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/drogy-a-ucinky/obecne-informace/deleni-drog_2007_04_18.html) lze dělení drog na tvrdé a měkké podrobněji rozdělit takto:

Mezi „tvrdé“ drogy s vysokou mírou rizikovitosti řadí: toluen, heroin, morfin, durman, crack a LSD. Vysokou až střední míru rizika dosahují lysohlávky, kokain a pervitin. Střední míru rizika mají alkohol, extáze, efedrin a kodein. Mezi měkké drogy Minařík zařadil už zmiňovanou marihuanu, hašiš a kokový čaj s udáním rizika jako „relativně malý“. Mezi měkké drogy zařadil rovněž čaj a kávu s udáním „téměř bez rizika“.

Klasifikace drog podle Zvolského:

1. alkoholo-barbiturátový – hypnotika, anxiolitika,
2. amfetaminy – konopí, marihuana, hašiš,
3. halucinogeny – LSD, mescala, lysohlávky,
4. opiáto-morfinový – makovice, morfin, heroin, dopsin,
5. solvenciový – rozpouštědla, toluen, benzín,
6. tabákový,
7. kofeinový,
8. antipiretiko-analgetikový,
9. neuroleptika – psychózy, schizofrenie,
10. antidepresivový.

Další rozdělení:

1. konopné produkty – lehké drogy – marihuana, hašiš,
2. stimulancia - stimulační drogy– pervitin, kokain, krack, extáze,
3. halucinogeny – LSD, lysohlávky,
4. opiáty – morfin, opium, heroin,
5. těkavé látky – nejtvrďší drogy,
6. analgetika, sedativa a trankvilizéry.

2.1.1 Konopné drogy

Konopné drogy nebo také kanabionoidy, tvoří skupinu drog, do které patří marihuana a hašiš. Prapůvodní vlastí konopí je Himaláj, rozšířené je také v Indii, díky své pěstitelské nenáročnosti se rozšířila prakticky po celém světě, především v teplejších oblastech. Pěstuje se i v Evropě, včetně České republiky.

Nejstarším písemným dokladem o užívání konopí je pojednání čínského císaře Šen-nunga z období 2 737 let př. Kristem. Prvním evropským autorem, který se o konopí zmiňuje byl řecký filozof Herodotos. Od něho též pochází název drogy kanabis, nebo „kanabos“ v překladu znamená hlučný, což je jedním z charakteristických projevů chování užívání ve skupině.

Konopí a hašiš se dostaly do Evropy již ve středověku díky křižáckým válkám, protože arabský svět používal drogu v lékařství, jako „rekreační drogu“ místo alkoholu a v rámci iniciačních rituálů fundamentalistických náboženských skupin. Nejznámější takovou skupinou bylo muslimské vražedné komando Hafana Ibn-Al-Sabbáha a od těchto „hašašínů“ se odvozuje slovo hašiš.

Konopí, tedy rostliny druhu Cannabis, patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Psychoaktivní jsou konopí seté - Cannabis sativa, konopí indické - Cannabis indica a konopí rumištní - Cannabis ruderalis. Účinnou látkou je THC (8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol). Existují i druhy určené pro průmyslové využití, ale v nich je obsah psychotropních látek minimální.

Konopné látky existují ve dvou základních formách, kterými jsou marihuana (tráva, joint, zelí, maruška, ganja...) a hašiš (haš, čokoláda...).

Marihuana je jednoletá rostlina. Větší množství psychotropních látek mají samičí rostliny. Suší se horní lístky, barva je podle kvality zpracování od zelené, tmavě zelené až po černo – zelenou, má charakteristickou nasládlou vůni.

Nejčastější způsob užití je kouření, často se míchá s tabákem. Marihuana bývá také používána k přípravě různých pokrmů a nápojů a slouží jako surovina pro získávání hašiše.

Podle Miovského (2003, strana 175) mají kanabionoidy kromě psychotropního efektu i další zajímavé využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti se využívá k zvládání obtíží u nemocných AIDS a po chemoterapii nádorových onemocnění (dronabinol). Klinicky se zkouší též u jiných onemocněních,

jako třeba Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby, perspektivní se jeví použití v neurologii a v očním lékařství u terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak.

Po alkoholu a kofeinu je marihuana nejrozšířenější drogou a u nás patří mezi nejčastěji užívané nelegální látky. Hlavně v poslední době došlo k velmi výraznému nárůstu. Podle posledních studií je Česká republika na prvním místě mezi evropskými zeměmi v počtu kuřáků marihuany mezi mladými lidmi.

Na světě konopí kouří asi 140 miliónů lidí. Má **pověst neškodné drogy**, protože je méně agresivní než alkohol a ne tak odstrašující jako třeba heroin. Názory na to, nakolik je marihuana nebezpečná, se velice liší. Mnoho lidí se domnívá, že kouření marihuany není o nic více nebezpečnější než konzumace piva. Jiní to považují za odrazový můstek pro tvrdé drogy. V České republice je poměrně vysoká tolerance k legálním drogám, zejména k alkoholu. Podle posledních výzkumů je zřejmé, že čím dříve se člověk seznámí s alkoholem a cigaretami, tím je větší pravděpodobnost, že se posléze dostane k nelegálním drogám. Tím se částečně vyvrací teorie, podle níž je marihuana tzv. vstupní drogou. Je sice pravda, že téměř každý, kdo začal brát tvrdé drogy, začal s marihuanou, ale rozhodně ne každý, kdo užije marihuanu, začne brát tvrdou drogu. Bayer (2001) uvádí, že v zásadě nejsou kanabisové drogy odpovědné za tzv. „stepping stone“, tedy přechod na tzv. tvrdé drogy.

Hašiš je konopná pryskyřice extrahovaná s tuky ve vařící vodě a po té vykrytalizovaná. Účinné látky jsou cannabinoly, hlavně THC. Vypadá jako hnědožlutá kostka, barva se liší podle země původu (Maroko, Afganistan...). Hašiš působí 5 - 8 krát silněji než marihuana a stejně jako marihuana se nejčastěji kouří, zejména vodními dýmkami. Rovněž se míchá do jídla, nebo nápojů.

Účinek při vykouření drogy nastupuje obvykle během několika desítek sekund až minut. Celková doba účinku se pohybuje od 3 – 6 hodin. Nejcharakterističtější účinek je sucho v ústech, zarudnutí očí, pocit chladu a hlad. Dále je to deformace ve vnímání času a prostoru, sluchové, hmatové a zrakové halucinace, lehká euforie a příjemná nálada, která může přerůst až k bouřlivému a nezadržitelnému smíchu. Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních myšlenek, pocitů a nálad. Jde vesměs o porušení kontaktu s realitou.

Rizika jsou spojená zejména s dočasnou ztrátou reality a ztrátou motivace k běžným aktivitám. Kouření marihuany není vhodné ve chvílích psychického rozladu, protože může tyto pocity prohloubit a umocnit. Agresivní, depresivní, nebo panické a úzkostné stavy se projevují výjimečně a většinou u lidí k těmto stavům disponovaným.

Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání se můžou dostavit poruchy některých kognitivních funkcí, zejména zhoršení krátkodobé paměti a schopnost se soustředit.

Jednoznačné riziko představuje kouření marihuany pro řízení motorových vozidel, či obsluhu strojů a zařízení.

Miovský (2003, strana 176) rovněž uvádí, že doposud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. Obecně je většinou odborníků sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost se dostavuje asi u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, ani odvykací příznaky při užívání těchto drog.

Konopí může sehrát roli spouštěcího mechanismu u latentních duševních onemocnění a to i při jednorázové první zkušenosti. U takto disponovaných lidí může dojít ke stavům zmatenosti, které za určitých okolností může přerůst do psychotického onemocnění. V takovém stavu není výjimečná ani autoagrese nebo agrese k okolí. Toto riziko patří pravděpodobně k nejvýznamnějším, protože neexistuje možnost kvalifikovaně předvídat, u koho nastane a u koho ne.

Riziková může též být kombinace marihuany s jinou drogou, nebo s alkoholem.

2.1.2 Stimulancia

Jedná se o látky přírodního nebo syntetického původu, které mají stimulační či buditelý efekt. Do této skupiny patří kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát metamfetamin (pervitin); na pomezí mezi touto skupinou a halucinogeny stojí MDMA (extáze).

"Kokain je způsob, jakým ti bůh dává najevo, že vyděláváš moc peněz."

Robbin Williams (anglický zpěvák)

Kokain (koks, cukr, pudr, kokos, bílý, šnupec, sníh...) je alkaloid jihoamerického keře Erythroxylon coca (koka pravá). Žvýkání listů koky, hojně užívaného přírodního stimulancia, je doloženo již 3000 let př. Kristem. Pěstování koky jako kulturní rostliny je známé z přelomu prvního a druhého tisíciletí, ve 14. století zakládají kokové plantáže Inkové. Ač se snažili španělští katoličtí misionáři pěstování koky zakázat, zastavil je odpor majitelů stříbrných dolů, kteří brzy zjistili, že žvýkání koky výrazně zvyšuje výkonnost a odolnost indiánských dělníků. Jeho užívání, jako posilovacího prostředku pro usnadnění pohybu ve vysokých horách, se udrželo dodnes.

Do Evropy dorazila koka v 16. století. V roce 1855 izoloval lékárník F. Gaedck z koky kokain, nenašel pro něj ale využití, a tak jej v roce 1860 bez znalosti Gaedckovy práce znovu objevil Albert Niemann. Kokain se používal jako lék proti kašli a anestetikum. Sigmund Freud ho používal jako antidepresivum. Do roku 1903 byl kokain rovněž důležitou složkou Coca-Coly. Kokain byl zakázán v USA v roce 1914 a o něco později i v Evropě, přesto byl v průběhu první světové války vojákům hojně podáván před útoky, při nočních hlídkách a podobně. Obecně se má za to, že stimulancia sehrála za obou světových válek – kokain v první a amfetamin (benzedrin) a metamfetamin (pervitin) ve druhé – nezanedbatelnou úlohu.

K masovému rozšíření kokainu došlo zejména v sedmdesátých letech v USA i v západní Evropě. Když nastal úpadek užívání kokainu, byl objeven crack, který částečně nahradil kokain a stal se jeho levnější variantou. Ten zapříčinil novou epidemii z konce osmdesátých let, kdy zasáhl chudinské čtvrti v USA, a na počátku let devadesátých, kdy se začal šířit i v západní Evropě.

Největší pěstitel koky na světě je Peru, kde jí pěstují rolníci pod kontrolou partyzánských skupin. Do světa distribuuje koku zejména Kolumbie.

Kokain je velice populární především v USA a v Kanadě, rostoucí problém představuje ve Velké Británii a v Holandsku. V České republice byl dlouhá léta kokain okrajovou drogou a užíval se spíše ve finančně privilegovaných skupinách. Podle poslední studie ESPAD ale spotřeba této drogy v Evropě i v České republice stoupá. Cena gramu kokainu klesla z loňských třech tisíc Kč na polovinu, což může být důsledek klesajících cen v USA, které jsou na historickém minimu. Navíc je Amerika kokainem přesycena a v Evropě se otevírá nové odbytiště. Předminulý rok užilo nejluxusnější drogu tři a půl milionu Evropanů. Minulý rok 2008 o milion víc.

Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, v syntetické podobě se nejčastěji užívá šňupáním, méně častá je injekční aplikace. Množství bývá individuální, pohybuje se od desetin gramu do 20-30 gramů denně. Účinek se dostavuje v závislosti na formě podání a trvá poměrně krátce, již po 30 minutách ustupuje.

Tělesné projevy účinků jsou zejména zvýšený krevní tlak, zrychlení pulsu, rozšíření zornic, pocení, bledost a nevolnost. Dostavuje se touha po pohybu, přebytek energie, hovornost, hyperaktivita až agitovaný neklid. Člověk ztrácí zábrany, jeho sexuální pud je krajně vystupňovaný, ženy se stávají nymfomanickými, ztrácejí veškerý stud. U mužů dochází sice ke zvýšené touze po ukojení, ale klesá schopnost tohoto cíle dosáhnout. Kokain je silné anorektikum, proto také výrazně klesá chuť k jídlu, což vede až k nezdravé vyhublosti. Po odeznění příjemných účinků již převládá deprese, těžká kocovina, pocit tělesné sešlosti, ospalosti a nemožnost usnout. To zase vede k nutnosti drogu znovu aplikovat a tato záležitost se tak může protáhnout na několika denní tah.

Při prvním požití kokainu se neobjevují příjemné prožitky, teprve opakované požívání kokainu vede k vyvolání stavu euforie, projevující se pocitem blaženosti a spokojenosti, rychle mizí pocity únavy a potřeba spánku ustupuje. Právě kvůli těmto účinkům vzniká na kokain silná psychická závislost. Někteří autoři považují závislost na kokainu za vůbec nejtěžší. Somatická závislost na kokainu nevzniká.

Riziko při užívání kokainu spočívá zejména v obrovské zátěži na kardiovaskulární systém, riziko srdečních a mozkových příhod je velice vysoké. Dlouhodobé šňupání poškozuje nosní sliznici a pravidlem je ztráta čichu. Velice často se rovněž objevují toxické psychózy, které po vysazení drogy obvykle bez následku odeznívají. Typické bývají tělové halucinace, při nichž má postižený dojem, že je napaden hmyzem.

Vysoké dávky kokainu mohou vést k intoxikaci, otravě. Ta se projevuje na psychické úrovni podrážděností, neschopností se soustředit, pocity stresu, vzrušení, nervozitou, ztrátami vědomí, paměti, pocity zmatenosti, pronásledování, přeludy, halucinacemi. To vede postiženého k iracionálnímu chování. Po fyzické stránce se intoxikace projevuje neobvyklým držením těla, chvěním rtů a hlasu, neurózou, silným pocením doprovázeným třasem, rozšířením zorniček, nepravidelným tepem, pocity nevolnosti a hnusu, zvracením, svalovými křečemi. Otrávený nakonec kolabuje a umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra. Při vysokých dávkách kokainu se může kolaps dostavit již několik minut po aplikaci.

Crack (rock) je cenově dostupnější variantou kokainu. Jeho kouření je od počátku osmdesátých let 20. století masivně rozšířeno mezi černošskou populací v USA a v devadesátých letech též v západní Evropě. Crack se kouří ve zvláštních dýmkách, či v cigaretách s příměsí marihuany a tabáku. Taktéž je možné inhalovat kouř, který vzniká

spalováním cracku na pocínované fólii. Aktivní působící složkou „cracku“ je kokain. Samotný „crack“, absorbovaný plícemi, působí na CNS podobně jako kokain.

Amfetamin byl poprvé syntetizován v roce 1887 z efedrinu, získaného z chvojníku (*Ephedria vulgaris*). Rok po něm byl v Japonsku syntetizován i metamfetamin (pervitin). Amfetamin se ve velké míře používal ve vojenství, známé je jeho užívání třeba v občanské válce ve Španělsku, byl rozdávan britským, německým i japonským vojákům během druhé světové války, používali ho i Američané v Koreji a ve Vietnamu. Na počátku šedesátých let zažil amfetamin opětovný návrat, stal se součástí taneční scény v Londýně a byl často užíván jako doping mnoha známých kapel jako Beatles, Rolling Stones, Eric Clapton a mnoha dalších. V posledních desetiletích minulého století se objevil na scéně podomácku vyráběn metamfetamin, tedy pervitin, který má v bývalé československé republice velmi neslavnou historii, vyráběl se tzv. vaříči již od 70. let. Pervitin - (perník, péčko, piko, peří, smah, perňajs...) je bílý prášek bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě neboli „varu“. Tyto látky bývají často velice nebezpečné a můžou způsobit i trvalé poškození zdraví. Český pervitin je účinnější než amfetamin.

Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním nebo nitrožilně. Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Účinek nastupuje u nitrožilní aplikace ihned, u šňupání za 5-10 minut, při užití per os (spolknutím) do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 - 24 hodin.

Pervitin je psychomotorické stimulant – zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce, užití vede k euforii, snižuje únavu, působí nechutenství (anorexii). Uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid – typická je tzv. „vykroucenost“. Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání (Marečková 2007).

Pervitin urychluje myšlení často však na úkor kvality, zvyšuje schopnost soustředit se i schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Může nastoupit euforie, pocit zvýšeného sebevědomí a urychluje se schopnost rozhodování. Mizí potřeba spánku. Někdy se dostavuje strach a úzkosti. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

Rizika užívání pervitinu jsou velmi vysoká, zejména pro rychlý nástup psychické závislosti, čím se urychluje vzestup tolerance. Při pravidelném užívání nebo při předávkování vzniká toxická psychóza ve formě paranoidního syndromu, tzv. „stíha“. Protože pervitin snižuje chuť k jídlu, často dochází k podvýživě, pravidelní uživatelé se vyznačují nápadnou hubeností. Mezi psychické příznaky užití patří: halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezřívavost, chorobná žárlivost. Můžou se objevit i psychotické stavy podobné schizofrenii a stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při chronickém užívání může nastat organické poškození mozku a následná demence. Dostavuje se celková sešlost, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů.

Při předávkování se může objevit bolest hlavy, horečka, úzkost, někdy křeče a delirium, srdeční arytmie, těžká bolest na hrudi, vše může vyústit až upadnutím do bezvědomí.

„No, co bych vám tady měla vyprávět, po kolču je vždycky prima prostě pa-rá-da...a když si zahulím tak jednou za 14 dní, tak se cítím prostě líp a líp, dost mi to pomohlo už dříve...jenomže vím, že mě tohle všechno změnilo a už se bez toho neumím na nějakých větších akcích pořádně bavit...lituji toho, že jsem s tím kdy začala!“

Z diskuze na téma: Stále populárnější droga EXTÁZE na www.dama.cz

MDMA – Extáze (zvaná též E, éčko, extoška, XTC, ex, X, kolčo, koláč) patří do kategorie stimulantů jen částečně, protože má zároveň i halucinogenní účinky. Chemicky je to látka podobná amfetaminu, její název je 3,4-metylendioxy-N-metylmamfetamin – proto název MDMA. Bývá označovaná jako entaktogen (řecky „tactus“ znamená dotyk) a empatogen – umocňuje schopnost vcítování se do druhého.

Extáze byla syntetizována roku 1914 jako nedůležitý vedlejší produkt při vývoji látky snižující chuť k jídlu (anorektikum). V 60.–80. letech 20. století pak byla omezeně používána v psychoterapii, zejména v léčbě posttraumatické stresové poruchy, kde byla pozitivně vnímána pro schopnost introspekce a zlepšené schopnosti komunikace. Do stejné doby se datují počátky jejího zneužívání. Začala se objevovat v 70. letech v USA a postupně se přes Velkou Británii rozšířila po celé Evropě. Bývá distribuována v tabletách, kapslích, nebo jako bílý krystalický prášek. V čisté formě je to bílá krystalická silně hořká látka. Na trhu je obvykle dostupná ve formě tablet či kapslí. Forma tablet je různorodá. Typicky bývá z jedné strany reliéfní obrázek (vytlačené e, holubice, delfín...). Tablety bývají různého tvaru, nejčastěji jsou kulaté.

Užívána je převážně perorálně (ústně), méně často se šnupe. Běžná dávka bývá obvykle 80 – 150 mg, účinek nastupuje do půl až jedné hodiny, odeznívá po 5-7 hodinách.

Extáze bývá často označována jako taneční droga nebo droga „technoscény“, typické je užívání v klubech a na masových akcích za doprovodu typické hudby, jako je styl techno, house, rave a jiné. Patří mezi fenomény současné doby. Uživatel Extáze většinou intenzivně tančí, někdy až do naprostého vyčerpání - buď nepociťuje vyčerpání vůbec, nebo je varovný pocit vyčerpání přehlušen příjemnými prožitky. To může mít za následek tělesné poškození.

Hlavním místem účinku je centrální nervový systém. Zpočátku se projeví neklid a mírná zmatenost, později nastupuje klid a pohoda, mizí stres a projasňuje se nálada. Při užití o samotě se projevuje jako zvýšení intelektuálního výkonu, při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, komunikativnosti a potřeba dotýkat se druhého. Pocit vcítění se dostavuje i ve skupině či v davu a je uživateli vysoce ceněný.

Na tělesné úrovni bývá nástup účinku doprovázen zvracením, zvýšeným krevním tlakem, vzestupem teploty a zrychlením tepu, rozšířením zornic, suchem v ústech. Druhý den po užití se dostavuje únava, bolesti svalů a kloubů a později zhoršení nálady.

V důsledku velkého úbytku neurotransmiterů serotoninu v mozku bývají uživatelé extáze dva dny po užití depresivnější, nespolečenšší a nepříjemní. Přispívá k tomu i nedostatek spánku a převrácení biologického rytmu, protože obvykle při užití celou noc protančí. Hlavním dlouhodobým účinkem MDMA při pravidelném užívání je rozvoj úzkostných a depresivních příznaků a zhoršení krátkodobé paměti, pozornosti, soustředěnosti. Může se objevit tělesné vysílení, poruchy spánku, narušení žaludeční

sliznice, poškození funkce ledvin a činnosti jater. Na extázi může vzniknout i psychická závislost.

2.1.3 Halucinogenní drogy

Jsou nejvíce vědecky zkoumané drogy. Do této skupiny patří několik stovek různých látek, obecně se dělí na tři základní skupiny.

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (mekkalín, durman, psylocybin atd)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenín)
- semisyntetické a syntetické tj. poloumělé a umělé syntetické drogy (LSD, PCP – „andělský prach“)

Označení halucinogenní drogy prošlo složitým vývojem, je možné se setkat ještě s označením psychedelika, psychodysleptika nebo delirogeny. Jsou to látky, které způsobují kvalitativní změny vědomí, změny vnímání a deformaci reality a mívají často zcela nevyzpytatelný účinek. Nejčastěji se užívají halucinogeny jen na zpestření, pouze výjimečně jsou hlavní drogou. Často se pro zvýšení efektu kombinují s kanabisovými preparáty: hašišem a marihuanou.

Při užívání halucinogenů je důležitý aktuální duševní stav – set a okolnosti, tj. jak uživatel vnímá místo a osoby kolem – setting. Pokud jsou set i setting dobré, je výrazně vyšší pravděpodobnost, že i intoxikace proběhne příznivě. Pokud jsou okolnosti nepříznivé, intoxikace tomu odpovídá. Nepříznivému zážitku se říká „bad trip“ (Marečková, 2007). Česká republika patřila ke světové špičce ve výzkumu účinků halucinogenních látek, experimentovalo se s nimi zejména v rámci psychoterapie při léčbě těžkých neuróz, psychóz a poruch osobnosti. Známé jsou zejména studie Stanislava Grofa, který poznatky v této oblasti dále rozvinul při metodě holotropního dýchání.

Nejznámější syntetický halucinogen LSD – lysergamid (kyselina, krystal, acid...), derivát kyseliny lysergové, je droga s poměrně krátkou, ale v naší kultuře již bohatou historií. Byl objeven víceméně náhodou v laboratořích firmy Sandoz v roce 1943, pět let po objevení samotné kyseliny lysergové. První intoxikaci prodělal sám objevitel, švýcarský chemik A. Hofmann, který pracoval jako vědec ve farmaceutickém průmyslu. Na černém trhu se LSD objevuje výlučně ve formě tzv. tripů – malých papírových čtverečků s potiskem, které jsou napuštěny drogou. Užívají se perorálně tak, že se nechávají rozpustit v ústech pod jazykem, obvyklá dávka je 50-80 mg účinné látky. Velmi často se u tzv. tripů objevují různé další příměsi a nečistoty, nejčastěji jde o různé látky spadající do skupiny stimulancií, zejména extáze. Proto často nelze hovořit o „čistém“ účinku LSD, ale kombinovaném účinku více psychoaktivních látek. Proto se hůře předvídají účinky a zvyšuje se tím riziko nepředvídatelné reakce (Miovský, 2003, strana 169).

Psylocybin je psychicky velmi aktivní látka, která je obsažená v houbách lysohlávkách (kouzelné houby, houbičky, lysny, hříby), které se běžně vyskytují na území ČR. Proto patří lysohlávky k nejrozšířenějším halucinogenním látkám u nás. Užívá se perorálně,

pro potlačení hořké chuti se někdy klobouky hub máčejí v medu. Rychlejší účinek nastává, pokud se houby rozžvýkají a ponechají delší dobu v ústech. Protože se množství aktivní látky v houbě nedá odhadnout, bývá užití spojené s velkým rizikem.

Účinky LSD i psylocybinu jsou velmi podobné, nástup je charakteristický mírným chvěním, neschopností ovládat pohyby, může se dostavit nevolnost až zvracení. Psychické projevy jsou různé, většinou převládá euforie a pocity štěstí, může se však dostavit i panická hrůza, úzkost a pocity šílenství, klíčový je tzv. set a setting - tj. vnitřní stav intoxikovaného a zevní prostředí. Zvyšuje se tempo, oslabuje se kontrola vůle, kritičnost i časová orientace. Dostavují se iluze a pseudohalucinace, zesiluje se vnímání barev a zvuků, mění se vnímání tělesných proporcí. Intoxikovaní líčí snové krajiny, slyší barvy. Objevují se i obavy ze ztráty duševního zdraví, mění se vnímání času a nepříjemná intoxikace může působit jako nekonečná, člověk může mít pocit, že nikdy neskončí a že se mu již nikdy nevrátí zdravý rozum.

LSD ani psylocybin nevyvolávají závislost, rovněž nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti, ale vysoké dávky lysohlávek mohou způsobit poškození jater a ledvin, vysoké nebezpečí hrozí zejména při požití muchomůrek. U predisponovaných jedinců hrozí vznik depresivního syndromu nebo stavů úzkosti a napětí, které mohou vést až k sebepoškozování nebo k agresí vůči okolí. Největší riziko je ve vzniku psychotického onemocnění a to i při prvním užití, v případech latentního onemocnění uživatele.

2.1.4 Opioidy a opiáty

Do této skupiny patří opium, morfin a jejich syntetické deriváty, např. heroin a metadon. Vyvolávají velmi rychlou a silnou závislost. Hlavním důvodem zneužívání opiátových drog je fakt, že napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle (tzv. „vnitřních opiátů“ – endorfinů, enkefalinů a dynorfinů). Tyto peptidy vzbuzují mimořádně příjemné pocity. Opiáty se používají v lékařství jako nejsilnější léky proti bolesti, nebo jako léky proti kašli. Působí velice intenzivně, protože způsobují euforii a zklidnění, až ospalost.

Opium se získává z máku setého, k získávání opia jsou však vhodné pouze některé druhy máku. V minulosti se opium nejčastěji kouřilo. Při kouření se vdechuje dým přímo ze surového opia, případně ze směsi opia a hašišu nebo tabáku. Dnes se v Malé Asii prodává opium často ve formě tablet. Při změnách vědomí vyvolaných opiem se člověk dostává do stavu euforie a ztrácí pocit tělesné a duševní bolesti. Na rozdíl od ostatních drog opium nevyvolává fantastické vize; opojení se omezuje na mírnou a pokojnou extázi. Po několika hodinách takového stavu člověk usíná, po probuzení na něj však doléhají nepříjemné abstinenční pocity. Při morfinismu je euforie výraznější. Opojený je klidný, šťastný a vyrovnaný. Zvyšuje se jeho sebevědomí a duševní aktivita. I v tomto případě však po vystřízlivění dochází k projevům abstinenčních příznaků, jako například deprese, průjem, zvracení, poruchy krevního oběhu. Typickým příznakem užívání morfinu jsou nápadně zúžené zorničky.

Do skupiny opiátů patří zejména heroin (héro, háčko...), což je polosyntetický derivát morfinu a patří již řadu desetiletí mezi nejrozšířenější drogu na světě. Heroin byl syntetizován v roce 1874 a v roce 1898 jej začala vyrábět německá firma Bayer. Prodávala ho pod jménem „heroisch“, což znamená „silný“. Po léta byl heroin používán

jako účinný lék pro závislost na morfinu. Paradoxní je, že ze začátku byl heroin považován za lék s nulovým rizikem závislosti. Heroin je celosvětově nejrozšířenější drogou a od roku 1994 vzrostlo jeho užívání i v České republice. Nejčastěji se aplikuje nitrožilně, ale také šňupáním, kouřením a inhalacemi z aluminiové folie. Funguje podobně jako morfin, ale stačí pětikrát až desetkrát menší dávka. Heroin proniká do mozku lépe než morfin, působí prudčeji, ale jeho účinek je kratší. Závislost se vytváří velice rychle a pravidelně. Bylo zjištěno, že stačí deset heroinových injekcí, aby došlo ke kompletní závislosti. Dávkování se pohybuje od přibližně 100 mg denně ze začátku až po 1 i více gramů denně (Minařík, 2003, strana 161).

Další drogou patřící do skupiny opiátů je braun - specificky česká droga. Vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein, aplikuje se nitrožilně. Jeho účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u heroinu a opiátů obecně. V 2. polovině 90. let byl braun z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem, v současnosti se dostává do popředí jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu.

Metadon patří mezi syntetické opiáty, ale chemicky není odvozen od morfinu. Vzbuzuje menší euforii než heroin a má nižší potenciál závislosti. Používá se při substituční léčbě při odvykání od heroinu, vyrábí se pouze legálně pro medicínské účely, bývá však často zneužíván a prodáván na černém trhu, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga.

Opiáty obecně stimulují produkci endogenních opioidů, ale při dlouhodobém užívání výdej endorfinů zastavují. Na CNS působí tlumivým účinkem, potlačují bolest, působí euforii, zklidnění až ospalost. Dále způsobují rozšíření cév, zpomalují srdeční frekvenci, snižují tělesnou teplotu a tlak. Při intoxikaci se dostává do popředí zklidnění a příjemná euforie, při předávkování hrozí nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji a svědění (Minařík, 2003, strana 160).

Opioidy a opiáty, zejména heroin mají vysoký potenciál vzniku závislosti. U závislého dochází k celkové degradaci osobnosti, ztráty vůle, dostávají se deprese, děsivé halucinace, nespavost, únava a podrážděnost.

2.1.5 Těkavé látky

Těkavé látky, nebo organická rozpouštědla, nebo též těkavé látky a nebo inhalanty, jsou chemické látky v počátcích většinou vyráběné pro lékařské účely. V lékařství byli používány zejména anestetické plyny jako éter, dále prostředky využívané při léčbě astmatu a k rozšíření cév. Oxid dusný, v češtině pojmenován jako „rajský plyn“, vynalezl Humphry Davy na sklonku 18. století. Teprve na začátku 20. století se začal používat jako prostředek k narkóze. „Rajský plyn“ byl po nějaké době nahrazen éterem, který objevil americký zubní lékař Horace Wells, který trpěl duševní poruchou a nakonec ukončil svůj život sebevraždou chloroformem. Chloroform byla další látka používaná k narkóze v naději, že nebude mít vedlejší účinky jako měl éter. Všechny tyto látky byly rovněž zneužívány a tak je vlastně historie „čichačů“ (snifferů) prchavých látek spjata s historií narkózy. K rozšíření tohoto typu toxikománie došlo až ve 20. století, kdy byly objeveny nové chemické látky, jež byly pro veřejnost dostupnější (Nožina, 1997, strana 41).

Organická rozpouštědla např. toluen, trichloretylen, benzin jsou značně toxická a jejich užívání je velice nebezpečné. Protože jsou levná a snadno dostupná, zneužívají je zejména děti a dospívající. Inhalace rozpouštědel vyvolává apatii, ospalost, zhoršení pozornosti a paměti, zpomalení myšlení a nepřiměřené emoční reakce. Snadno dochází k předávkování se smrtelným zakončením, užívání vede k rozsáhlému a hrubému poškození. Kvůli poškození mozku a s ním souvisejícím úbytkem rozumových schopností je pravděpodobnost vyléčení minimální. Pravidelné užívání poškozuje kromě mozku, také ledviny, játra a kostní dřeň. Tyto látky jsou často nazývané „drogami hloupých“, protože příliš málo dávají a příliš mnoho berou. Velká část úmrtí spojená v českých zemích prokazatelně drogou je zapříčiněná toluenem (Nožina, 1997, strana 43).

Toluen nebo methylbenzen je nejrozšířenější z této skupiny, chemicky jde o aromatický uhlovodík, je to rozpouštědlo a ředidlo laků. Při inhalaci se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Toluen je volně prodejný v drogeriích a obvyklým způsobem vdechování je napuštěná tkanina. K úmrtí může dojít již při prvním experimentování, při delším užívání dochází k celkovému otupění, „hloupnutí“, poruchám emotivity. Vyvolává silnou psychickou závislost.

2.1.6 Analgetika, sedativa a trankvilizéry

Společným znakem těchto látek je útlum CNS, při předávkování může dojít až k hlubokému bezvědomí – kómatu. Chronické užívání vede k psychické a somatické závislosti a to i u pacientů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis.

Analgetika se dělí na dvě základní skupiny, opioidní analgetika a nesteroidní antiflogistika – NSA. Opioidní analgetika působí přímo na CNS a tlumí středně silnou až silnou bolest – pooperační, poúrazovou a u onkologicky nemocných. Patří sem Morfin, Dolsin, Kodein, Dipidorol a Tramal. Účinky těchto léků se v podstatě neliší od účinků jiných opioidů, tedy i heroinu. Rovněž se od nich neliší odvykacím stavem, mají pouze menší intenzitu.

NSA působí v místě bolesti – zánětu a jsou určena k tišení nižší až středně silné bolesti - např. při revmatických onemocněních, bolestech kloubů, svalů, zubů a hlavy. Patří sem Ibuprofen, Apo-Ibuprofen, Brufen či Ibalgin, léky na tlumení horečky Paralen a Panadol jako volně prodejné léky a Acylcoffein, Alnagon, Dinyl, Korylan, které jsou pouze na lékařský předpis. Při nadužívání hrozí poškození zažívacího traktu, vznik vředové choroby žaludku (zejména Ibuprofen), toxické poškození jater (Paralen) a poškození jater. Velmi nebezpečné je užívání paracetamolu člověkem závislým na alkoholu. V České republice je zcela běžná „samoléčba“ analgetiky nesteroidního typu a tyto léky patří u nás mezi nejrozšířenější a nejprodávanější.

Sedativa jsou léky, které mají zklidňující účinek. Do této skupiny se řadí barbituráty a bromidy. Za sedativa lze považovat i hypnotika, tedy léky vyvolávající ospalost a navozující spánek. Skupina sedativ a hypnotik je zastoupená léky jako je Bellaspon, Nitrazepam, Rohypnol, Hypnogen – Stilnox.

Anxiolytika nebo trankvilizéry jsou léky, které tlumí patologický strach a úzkost a pozitivně ovlivňují náladu. Jedná se o tyto léky: Neurol, Xanax, Radepur, Elenium,

Defobin, Diazepam, Seduxen, Apaurin, Lexaurin. Vysokou účinností se vyznačují zejména benzodiazepinová anxiolytika, které mají též vysoké riziko vzniku závislosti. Tato skupina léků je, spolu s hypnotiky, velmi často předepisována praktickými lékaři.

Nejčastější způsob aplikace těchto preparátů je per os, pouze některá se můžou podat i injekčně. U uživatelů drog se můžeme setkat s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. Zejména se tímto způsobem užívá Rohypnol a to v dávce 5 – 10 tablet. Často se u uživatelů drog vyskytuje i kombinace alkoholu s benzodiazepiny, tímto způsobem se užívá zejména Lexaurin, Diazepam a Rohypnol.

V případě vzniku závislosti vyvolávají anxiolytika a hypnotika výrazný odvykací syndrom a musí se vysazovat postupně – pomalým snižováním dávek. Zneužívání léků a závislosti na nich je známá u mladých a mladistvých pacientů, ale nejvíce postižených je ve středním, popřípadě vyšším věku. Lékové závislosti se dosti podceňují a považují se za méně problematické ve srovnání se závislostmi na jiných drogách. Jsou však obtížně léčitelné. Vysoké riziko přináší i fakt, že často probíhají skrytě.

3. Drogová prevence

Drogovou prevenci definujeme jako iniciativy, aktivity a strategie určené k tomu, aby se zamezilo negativním následkům spojeným s užíváním legálních a nelegálních drog. Patří sem jak možná zdravotní poškození, tak právní, sociální a další důsledky pro uživatele drog a jejich okolí. Cíle těchto aktivit mohou být různé: předejít (prvnímu) užití drogy, zabránit zneužívání drog a závislosti na drogách, snížit míru obtěžování okolí uživatele nebo předcházet problémům, do nichž se uživatel drog může dostat (např. konflikt se zákonem) (Galla, 2005, strana 11).

Státní protidrogová politika, respektive její část zaměřená na práci s dětmi a mládeží, je založena na centrálně řízeném modelu. V jeho čele stojí národní protidrogový koordinátor. Ten organizuje školení a přednášky pro okresní koordinátory, kteří zodpovídají za jednotlivé školy. V každém školském zařízení pracuje protidrogový poradce, který má za úkol na téma drog přednášet, mapovat situaci ve škole a o výsledcích zpětně informovat okresní úřady.

Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární. Prevence primární se dále dělí na prevenci nespécifickou a specifickou. Prevence tvoří jeden ze tří pilířů řešení drogové problematiky, resp. protidrogové politiky státu. Tu tvoří: prevence, léčení a péče, represe. Teoreticky je prevence považována za nejúčinnější a nejlevnější řešení, ale v praxi bývá kladen důraz nejvíce na represy, menší na léčbu a péči a nejmenší na prevenci (MŠMT, 2007).

3.1 Cíle prevence

1. Předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku.
2. Alespoň posunout setkání s návykovými látkami (v našich podmínkách nejčastěji s tabákem a alkoholem) do pozdějšího věku, když je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější.
3. Snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází, a předejít tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu.

3.2 Primární prevence

Primární prevence jsou veškeré aktivity, které mají předcházet problémům a následkům spojených se zneužíváním návykových látek, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření. Je určena lidem, kteří drogy zatím neberou, ale mohli by v budoucnosti začít.

Primární prevenci dále dělíme na specifickou a nespécifickou prevenci.

3.2 Druhy primární prevence

3.2.1 Specifická primární prevence

Specifická prevence se zaměřuje na určité cílové skupiny, které se jeví jako ohroženější či rizikovější. Ve specifické prevenci se jedná o preventivní působení zaměřené přímo na problematiku daného jevu, kterému se prevence snaží předejít. Je prováděna formou práce v menších skupinách dětí a dospívajících, kde se učí zvládat situace odmítání návykových látek, učí se zvládat stresové situace, odolávat tlaku, strachu a úzkosti.

3.2.2 Nespecifická primární prevence

Nespecifická prevence je zaměřená na celkový rozvoj osobnosti včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Tedy jde obecně o aktivity, které pomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje rizikových forem chování prostřednictvím lepšího využívání volného času. Tyto aktivity obecně podporují zdravý vývoj osobnosti a zaměřují se na zlepšení životního stylu.

3.2.3 Prevence podle cílové skupiny

Rozlišujeme prevenci

- všeobecnou
- selektivní
- indikovanou

3.2.3.1 Prevence všeobecná

Je univerzální, cílem jsou velké skupiny populace bez zohlednění specifických rizikových skupin, a dále ovlivňování postojů a chování dětí a poskytnutí dostatku informací a dovedností k tomu, aby se zamezilo výskytu rizikového chování. (Martanová, 2007)

Programy určené k plošnému používání bývají standardizované a jejich široká aplikace je možná v různých zařízeních a podmínkách. Aby byl program všeobecné prevence efektivní, měl by splňovat několik kritérií:

- Program by měl začínat brzy a odpovídat věku: platí, že čím nižší věk, tím má být prevence méně specifická a více orientovaná na obecnou ochranu zdraví. Čím je dítě starší, tím více je zaměřená na jednotlivé návykové látky. Rovněž více se má dítě či dospívající do preventivního programu aktivně zapojovat. Poslední výzkumy prokázaly, že efektivita ve vztahu k legálním a nelegálním drogám vzrůstá, pokud preventivní program začíná ještě před setkáním dětí s legálními návykovými látkami (alkohol a tabák) a jestliže se podaří toto setkání oddálit.
- Program by měl být malý a interaktivní: studie provedená v roce 1995 Toblerovou shrnula preventivní programy u žáků 5.-12. tříd. Autorka zjistila, že neúčinnější jsou programy interaktivní v porovnání se vzdělávacími programy a programy pro menší počet dospívajících v porovnání s programy pro velký počet.

- Program by měl zahrnovat podstatnou část dospívajících v určité oblasti.
- Program by měl zahrnovat získávání důležitých sociálních dovedností potřebných pro život: nejčastěji se uplatňuje dovednost odmítání návykových látek a schopnost čelit tlaku ze strany okolí, komunikační dovednosti, schopnost vytvářet přátelské vztahy, asertivní dovednosti a zvyšování zdravého sebevědomí, zvyšování schopnosti sebeuvědomování, zlepšování sebeovládání, dovednosti rozhodování, lepší vnímání následků určitého jednání, nenásilné zvládání konfliktů, konzumentské dovednosti, studijní dovednosti, zvládání úzkosti a stresu (např. DuPont, 1989, Baker, 1993).
- Program by měl brát do úvahy místní specifika.
- Program by měl využívat pozitivní modely: zejména takové, se kterými se může cílová skupina ztotožnit (třeba vrstevníci, kteří žijí zdravě) – pozor na vzor mezi vynikajícími osobnostmi, který nakonec sám selže.
- Program by měl zahrnovat legální i nelegální návykové látky: spotřeba alkoholu a tabáku zvyšuje míru rizikových faktorů a možnost přechodu k ilegálním drogám. Legální drogy představují u dospívajících závažný problém samy o sobě. Závislost na nich vzniká rychleji než v pozdějších letech a zejména alkohol je pro děti a dospívající mimořádně nebezpečný. Jedná se např. o úrazy, otravy, dopravní nehody nebo násilnou trestnou činnost pod vlivem alkoholu.
- Program by měl zahrnovat snižování dostupnosti: sem patří např. zákaz prodeje alkoholických nápojů a tabákových výrobků osobám pod 18 let. Radí se sem i cenová regulace, zdanění a omezení míst a hodin prodeje u legálních návykových látek, zákaz prodeje a požívání alkoholu v určitých prostředích (např. v dopravě, na pracovištích nebo na sportovních utkáních). Snižování dostupnosti může také znamenat vyhýbat se rizikovým prostředím a pro děti vytvářet prostředí bezpečná (např. rodiče by doma neměli mít léky nebo alkohol, které by byly dostupné dětem).
- Program by měl být soustavný a dlouhodobý: nahodilé a jednorázové akce nemají žádný efekt. Účinnost prevence je nejvyšší, jestliže začne dva až tři roky před prvním kontaktem s návykovou látkou a jestliže průběžně pokračuje mnoho let.
- Program by měl být prezentován kvalifikovaně a důvěryhodně.
- Program by měl být komplexní a využívat více strategií.
- Program by měl využívat působení rodiny: rodiče podstatně ovlivňují to, zda budou jejich děti kouřit nebo zneužívat jiné návykové látky. Důležitý je čas, věnovaný dítěti, důsledně prosazovaná rodinná pravidla, přiměřený dohled a disciplína a schopnost konstruktivně řešit rodinné problémy. Zjistilo se, že dospívající ve věku 18 let, na které rodiče přiměřeně nedohlíželi, měli 2x častěji zkušenost s nelegálními drogami. Zkušenost s nelegálními drogami byla také častější v rodinách, kde se důsledně neprosazovala pravidla (15 % oproti 6 %). U dospívajících ve věku 15 let, s nimiž rodiče trávili málo času, byla zkušenost s nelegálními drogami 3x častější. V rodinách, kde se nedařilo zvládat konflikty, se u dětí častěji vyskytovala i zkušenost s nelegálními drogami (15 % oproti 6 %).
- Program by měl počítat s komplikacemi a nabízet možnosti, jak je zvládat: míra rizikových faktorů se u určitého dospívajícího může v krátké době pronikavě zvýšit (např. v období rozvodu rodičů či v důsledku rizikové starší společnosti, do níž se náhodně dostal). Proto i programy všeobecné prevence zahrnují prvky prevence selektivní a indikované (kde hledat pomoc pro různé problémy včetně problémů s návykovými látkami, jak zvládat nepříjemné duševní stavy atd.). Tyto pozitivní alternativy ale nebývají v rámci všeobecné prevence nabízeny vysloveně cíleně, jako je tomu u prevence selektivní. Dalším důvodem, proč je vhodné zařadit prvky

selektivní a indikované prevence do všeobecné prevence, je skutečnost, že zdrojem informací o tom, kde hledat pomoc pro problémy s návykovými látkami i pro jiné problémy, bývají často vrstevníci (Mason, 1997).

3.2.3.2 Prevence selektivní

Je již zacílená na ohrožené skupiny, zejména na děti, u kterých se dá předpokládat zvýšená možnost rizikového chování, jsou to zejména děti alkoholiků nebo rodičů závislých na drogách, děti hyperaktivní a s poruchou chování. Je náročnější na čas i kvalifikaci preventistů.

3.2.3.3 Prevence indikovaná

Je zaměřená na ohrožené jedince, kteří již vykazují známky problematického užívání, nebo jiných sociálně patologických jevů. Cílem je zmírnění následků problémového chování.

3.2.4 Prevence podle věku cílové skupiny

3.2.4.1 Předškolní věk

Prevence je v tomto věkovém období zaměřená na vytváření zdravých životních návyků, zdravých sociálních vztahů a obecně zdraví, jakožto nejdůležitější životní hodnoty. Platí zásada, že čím nižší věk, tím je prevence více orientovaná na obecnou ochranu zdraví. Tyto programy se řadí do oblasti nespecifické primární prevence.

3.2.4.2 Mladší školní věk

Staví se na získaných dovednostech o ochraně zdraví. Zároveň se přidávají informace o škodlivosti alkoholu a tabáku a základní pravidla týkající se užívání návykových látek.

3.2.4.3 Starší školní věk

Prevence je zaměřená na rozvoj sociálních dovedností, zejména dovednostem čelit sociálnímu tlaku, jsou rovněž zaměřené na asertivní chování, zkvalitnění komunikace, zvládání konfliktů, nácvik odmítání návykových látek, posilování zdravého sebevědomí, zvládání stresu a jiné. Efektivní jsou zejména programy dlouhodobé a kombinované z více metod a forem práce. Důležité je aktivní zapojení dospívajících do programu. Prevence pro starší školní věk se řadí do oblasti specifické primární prevence, protože zmíněný věk sám o sobě je již rizikovým faktorem.

3.2.4.4 Mládež

Informace, které by měli získat mladí lidé, by měli být zejména zaměřené na vytváření správných postojů k drogové problematice. Nabízejí se jim pozitivní alternativy trávení volného času. V tomto věku by měl mladý člověk rovněž vědět, kam se může obrátit v případě problému spojeného s užíváním drog.

3.2.4.5 Dospělá populace

Podávání objektivních informací z oblasti drogové problematiky a odbourávání mýtů spojených s užíváním návykových látek (Martanová, 2007, strana 11).

3.3 Sekundární prevence

Sekundární prevencí je označováno předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání problémového užívání u osob, které jsou užíváním drogy zasaženi. Jedná se o včasnou intervenci, poradenství a léčení. Zjednodušeně by se dalo říct, že sekundární prevence je vlastně vyhledání problému, který již vznikl a jeho léčba. Tedy jak pomoci těm, kteří již pravidelněji nebo pravidelně drogy berou najít cestu zpět do života bez drog.

Obecným cílem sekundární prevence je snížit poptávku po návykových látkách. Usiluje tedy o to, zastavit užívání nebo aspoň snížit užívání, snížit počet problémových uživatelů. Cílovou skupinou sekundární prevence je ta část populace, jež návykové látky již užívá, ať už formou experimentu, rekreačně, příležitostně nebo problémově. Intervence se zaměřuje na spotřebu drog (Radimecký, 2007, strana 86).

Sekundární prevence je charakterizovaná systémem odborné pomoci, jako jsou třeba linky telefonické pomoci, poradny, kontaktní centra a jiné specifické formy léčby a poradenství o kterých se zmiňují v kapitole č. 6: Systém péče o uživatele návykových látek.

3.4 Terciární prevence

Terciární prevencí se rozumí předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci rizik u neabstinujících uživatelů.

K terciární prevenci se řadí přístup Harm reduction i když jde v podstatě o risk reduction – minimalizace rizik. Termín Harm reduction se do češtiny nepřekládá a znamená snižování potenciálních zdravotních a sociálních rizik a poškození plynoucích z užívání všech typů drog (včetně alkoholu, tabáku, legálně předepisovaných i ilegálních drog a těkavých látek), včetně intervencí snižování nabídky a poptávky po drogách (International Harm Reduction Association 2002). Harm reduction je program, který je určen osobám, které užívají drogy a zatím nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. Stručně by se dalo říct, že tento přístup formou zdravotnické pomoci, vzděláváním a podáváním informací zvyšuje šanci závislého dožít se okamžiku, kdy se rozhodne pro změnu. Protože program uplatňuje respekt k volbě klienta a neklade si za podmínku abstinenci, je populární a využíván mnoha závislými jedinci. Protože, jak už jsem se dříve zmiňovala, moje dcera si prošla obdobím pravidelného užívání drog, na

základě této zkušenosti si myslím, že klad tohoto programu je nepopíratelný. Moji dceři posloužil k zamezení trvalého poškození zdraví a možná i záchraně jejího života. Cílovou skupinou terciární prevence jsou problémoví nebo injekční uživatelé, kteří představují největší hrozbu pro veřejné zdraví.

„Myslím si, že by se o drogách mělo mluvit ještě víc, víc objasňovat tento problém. Studuji pedagogickou školu, zrovna tady mi přednášky chybí, jsou jen jednou do roka....“

Z diskuze na portálu www.odrogach.cz

3.5 Školní drogová prevence

Podle MŠMT lze pedagoga definovat takto: „*Pedagog je vzdělaný, odborně erudovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený*“, což je hlavní předpoklad naplňování cílů v oblasti prevence. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti sociálně patologickým jevům vyžaduje systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních (MŠMT, 2008).

Školní prevence drog je zaměřená na specifické školní prostředí. U nás je školní drogová prevence řízená centrálně z Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Na horizontální úrovni ministerstvo spolupracuje s jinými ministerstvy: ministerstvo zdravotnictví, vnitra, práce a sociálních věcí, obrany a s nadresortními orgány jako je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při ministerstvu vnitra. Na vertikální úrovni ministerstvo metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů, tvořenou krajskými školními koordinátory prevence (pracovníci odborů školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (vybraní pedagogové ve školách a školských zařízeních) (Tyšer, 2006, strana 42).

Školní drogová prevence spadá pod primární prevenci, ve které jde především o takové strategie a aktivity, které mají zabránit prvnímu užití drogy nebo alespoň začátek užívání drog co nejvíce oddálit. Spadá sem rovněž sekundární prevence, tedy aktivity zaměřené na prevenci zneužívání drog a identifikaci a léčbu uživatelů drog s cílem zabránit vzniku závislosti.

Je zřejmé, že je to právě škola a školní prostředí, které poskytuje ideální podmínky ke vzdělávání v oblasti ochrany zdraví a prevence. V mnoha evropských zemích je prevence zařazená do studijních plánů. Prevence by se měla zaměřovat na všechny legální i nelegální drogy, které by mohli vést k návyku.

Školám se nabízejí mnohé tematicky zaměřené vzdělávací programy a je na škole, který program si vybere. Bohužel většina těchto programů neprošla odborným vyhodnocováním, proto se může stát, že program bude neefektivní, nebo dokonce může mít i negativní účinky. Například v USA byl v 80. letech 20. století populární program

s názvem Prostě řekni ne, ale v řadě odborných evaluací (Cuijpers, 2002) se prokázala jeho neúspěšnost, nebo dokonce jeho kontraproduktivnost (V USA se o popularitu tohoto programu postarala bývalá první dáma Nancy Reaganová, v ČR se o tuto formu prevence pokusila tzv. Scientologická církev). Abstinence od drog by neměla být pouhým a jediným cílem programu prevence drog. Rovněž teorie vstupní drogy, kdy se předpokládá, že člověk, který užije jeden typ drogy, např. konopí, brzy přejde k dalším, rizikovějším drogám, se ukázala jako vědecky nepodložená, protože se v ní mění příčina za důsledek. K neúspěchu jsou odsouzeny rovněž programy, které ve snaze odradit mladé od drog, využívají zastrašovací taktiky a uvádějí předpojaté nebo fakticky nesprávné informace (Gallá, 2005, strana 13).

Odborné výzkumy prokázaly, že nejefektivnější jsou intenzivní a dlouhodobější programy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností, osobní rozvoj a objektivní informace o drogách.

Programy, které byly vyhodnoceny jako účinnější, se odlišují podle zaměření na specifické chování. Hansen (1992) rozdělil programy do 11 skupin:

1. Informativní programy – zaměřují se na předávání znalosti o drogách a následcích jejich užívání, snižují vědomí o pozitivních účincích drog (přednášky, filmy, diskuze, besedy...).
2. Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti – cílem je zdokonalení schopnosti se racionálně rozhodovat (návčik dovednosti, přednáška, diskuze, hraní rolí...).
3. Programy spojené se složením přísahy – stimulace ke slibu neužívání drog (petice, smlouva...).
4. Programy zaměřené na uvědomování si hodnot – kladou se důrazy na individuální, osobní hodnoty (skupinová diskuze, tištěné materiály s otázkami a cvičeními...).
5. Programy zaměřené na stanovování cílů – soustřeďuje se na dovednosti nutné pro rozhodování, určování a dosažení cílů (instruktážní a didaktické techniky, cvičebnice, odměny...).
6. Programy zaměřené na zvládání stresu – učení se zvládat stres, třeba v obtížných situacích, nalézání pozitivních alternativ k užívání drog při konfrontaci se stresovými situacemi (diskuze, relaxační cvičení, tištěné materiály...).
7. Programy zaměřené na budování pozitivního sebehodnocení – rozvíjí pozitivní sebehodnocení, učí přijímání neúspěchu, učí oceňovat vlastní jedinečnost (diskuze, práce s cvičebnicemi...).
8. Programy zaměřené na návčik dovednosti odolávat tlaku – učení se rozpoznávání vnějšího tlaku užívat drogy (vrstevníci, reklama...) a odolávat jim (filmy, diskuze, návčik schopnosti odmítnat, hraní rolí...).
9. Programy zaměřené na návčik sociálních dovedností – učení se komunikačním schopnostem a řešení mezilidských problémů (návčik asertivity a schopnosti komunikovat, přednášky, diskuze, hraní rolí...).
10. Programy zaměřené na stanovování norem – stanovení konzervativních norem, náprava představ o přijatelnosti užívání alkoholu a drog (prezentace veřejného mínění a různých průzkumů, diskuze, peer programy...).
11. Programy pomoci – poskytování poradenství (diskuze, peer programy...).

V publikaci Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí se uvádí (Gallá, 2005, strana 28) několik kritérií kvalitního preventivního programu. Patří sem:

1. Prevence by měla věnovat pozornost všem typům drog.
2. Pozornost by se měla soustředit na lokálně vyráběné drogy (např. v ČR pervitin).
3. Zařazení informací i o experimentálním užívání drog
4. Poskytování objektivních a spolehlivých informací o pozitivních účincích i o rizikách.
5. Podpora ochranných faktorů.
6. Nemělo by se moralizovat, ale podporovat samostatné myšlení mladých.
7. Opakovat prevenci a přizpůsobovat jí věku studentů.

Jednou z nejdůležitějších podmínek pro úspěšné předávání vědomostí a dovedností je dobré společenské klima a zapojení zainteresovaných ve školách.

„... Škola je pro dospívající nejdůležitějším životním prostředím a prostorem. Školní systémy...ale tuto skutečnost v současnosti dostatečně nezohledňují. Za hlavní cíl školního vzdělávání se považuje co nejlepší školní prospěch, což vyvolává velmi vysoké nároky na penzum výuky, znalosti a vysoký tlak na dospívající a jejich zdraví. Stejně významným cílem vzdělávání ale může být i sociální a demokratické fungování, zdůrazňující význam psychologických procesů ve škole. Stejný význam má i odpovědnost a zapojení studentů do vzdělávacího procesu. Zapojení studentů je sice ve školách stále běžnější, velmi málo z nich ale může podstatně ovlivnit způsob vyučování, priority a úkoly, které má škola ve svém každodenním životě...“ (WHO, Health and Behavior in School-aged Children, 2000, strana 61).

Je přirozené, že se mladí lidé cítí bezpečně v pozitivním, příjemném a podnětném prostředí. Atmosféra důvěry, bezpečí a zejména zapojení studentů jsou důležité a nutné faktory efektivní prevence. Vytvořit ve škole pozitivní společenské klima znamená pozitivně ovlivňovat sociální, politické, kulturní a fyzické prostředí školy.

Pozitivní sociální prostředí podporuje otevřenou diskuzi o prevenci zneužívání drog, proto je potřeba, aby na škole panovala atmosféra otevřenosti a podpory. Studenti musí cítit, že se mohou svobodně ptát a rovněž svobodně vyjadřovat svůj názor. Podporu rovněž musí cítit i učitelé a to ze strany vedení školy.

Kulturní prostředí se pozitivně ovlivňuje zejména poznáváním historických, politických, ekonomických a sociálních kořenů komunit, které jsou součástí školy. Vzájemné respektování a rovnost by měli být ideálem.

Pro politické prostředí školy je nezbytné, aby školy měly k dispozici příslušnou legislativu nebo vládní metodiku ohledně drogové prevence. Zdravotní výchově a drogové prevenci musí být přidělen určitý statut, čas i prostředky.

Fyzické prostředí školy musí zaručovat zdraví, bezpečí a bezpečnost studentů a učitelů. Bylo prokázáno, že studenti považují školní areál za své vlastní prostředí a proto je velmi důležité, aby se na tvorbě tohoto prostředí mohli studenti spolupodílet. Může se tak dít nejen díky prezentaci jejich práce v prostorách školy, ale je rovněž dobré zajistit pohodlné a odpovídající prostory, kde se studenti mohou rozptýlit a zabavit. Na podobě

a výzdobě školních prostor by měli mít možnost se podílet i rodiče studentů, nebo i nepedagogičtí pracovníci.

Jak jsem již uvedla, dalším důležitým prvkem úspěšné drogové prevence, resp. úspěšného programu prevence je i participace a zapojení zainteresovaných. Roger Hart definuje participaci jako „...proces sdílení rozhodování, která ovlivňují jak život daného jednotlivce, tak i život komunity, ve které žije...Participace je základním občanským právem.“ (Gallá, 2005, strana 50). De Winter uvádí, že „...participace dětí a mládeže by měla zahrnovat prvky vlivu a vzdělávání. Použití prvku participace jako vzdělávacího nástroje může být uspokojivé pouze tehdy, když z ní mladí mohou vyvodit skutečný vliv. Pokud tomu tak není, naučí se, že demokracie je pouze abstraktním pojmem.“ (Gallá, 2005, strana 51). Participací se zdůrazňují pozitivní síly, které mladí lidé mají, „...život mladých lidí začíná mít větší smysl, je větší výzvou, a tudíž je více těší.“ (Gallá, 2005, strana 51). Participovat na chodu školy znamená mluvit do jejího každodenního života. V praxi se to může projevit zejména možnostmi studentů spoluvytvářet řád školy, podílet se na stanovování pravidel a předpisů, nebo zakládat a aktivně se podílet na práci studentských rad. V souvislosti s tématem preventivních programů to může znamenat zapojení studentů do rozhodovacího procesu při tvorbě preventivního programu.

Klima školy velmi výrazně ovlivňuje i školní předpisy, které by měly být formulovány jasně a jednoduše. Předpisy by se měly formulovat pozitivně – toto můžeš, nebo bys měl dělat a ne negativně – toto dělat nesmíš nebo bys to dělat neměl. Školní pravidla by neměla obsahovat zákazy spojené s životním stylem (piercing, účesy, oblečení...). Je rovněž důležité, aby se pravidla nevytvářela jen pro samotné studenty, ale pro všechny zaměstnance škol. Například, pokud je ve škole zakázáno kouřit, měl by se tento zákaz týkat všech.

K dobré sociální interakci ve škole je zapotřebí vzájemného respektu a úcty. „I studenti musí být respektováni a uznávaní, a to nejen protože jsou důvodem, proč škola vlastně existuje.“ (Gallá, 2005, strana 58).

„Podoba společenského klimatu ve škole velmi závisí na tom, jakým stylem učitelé vyučují. Učení není pouze jednorozměrnou záležitostí a zaměřuje se na sociální a duševní pohodu studentů. Koneckonců právě při této aktivitě spolu studenti a učitelé tráví nejvíc času. Ve školách, kde se používají různé vyučovací styly a metody, studenti obvykle mohou vyjadřovat svou kreativitu. Různé typy vyučovacích stylů a metod jsou také známkou flexibility školy. Učitelé, kteří při vyučování každý rok opakují stejný program, neberou ohled na to, že se mění jak studenti, tak společnost, a že se zároveň musí měnit i škola“ (Gallá, 2005, strana 59).

Školní kultura je významně určována i kvalitou komunikace. „Komunikace není procesem akce a reakce, nýbrž interakce, vzájemných, zároveň probíhajících vlivů.“ (Gallá, 2005, strana 62). Studenti se při řešení citlivých otázek spojených s drogami a jejich zneužíváním musí cítit ve škole bezpečně. To nelze dosáhnout bez zaručení určitého soukromí a důvěry. Aspekt diskrétnosti však nemusí nebo i nemůže být přísně dodržen, protože to nemusí být v nejlepším zdravotním zájmu studenta, nebo to může přesáhnout možnosti, které učitelům ukládá zákon. Proto by učitelé a další personál školy studentům nikdy neměli slibovat bezvýhradnou diskrétnost.

Řada studií z oblasti zdravotnictví a vzdělávání prokázala, že škola je důležitou součástí života mladých lidí. Proto je velmi pravděpodobné, že na zdravé chování studentů i na jejich rozhodování, zda užívat nebo neužívat drogy, má vliv právě situace ve škole, její prostředí, možnost participace i zapojení zainteresovaných do aktuálního dění na škole.

3.5.1 Minimální preventivní program

Základ preventivního programu na školách tvoří zejména tzv. Minimální preventivní program (dále MPP), který je zpracován pod názvem Škola bez drog a je součástí Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti rezortu MŠMT. Při přípravě MPP pro školu by měli být zejména dokumenty a koncepce na úrovni kraje a pak konkrétní podmínky a situace na té které škole. Doporučuje se rovněž spolupráce s ostatními školami i spolupráce s ostatními kolegy na škole. Aby se mohl MPP přizpůsobit podmínkám školy, je třeba na začátek zmapovat situaci jednotlivých žáků a tříd, zaměřit se na jejich výchovné problémy, zejména na rizikové chování. Doporučuje se též sledovat zdravotní problémy a volnočasové aktivity žáků. U rizikového chování sledujeme zneužívání, popřípadě i distribuci návykových látek na škole. Při mapování situace spolupracujeme se všemi kolegy na škole, důležité jsou zejména informace třídních učitelů. Sledujeme zejména znalosti, dovednosti a postoje dětí k dané problematice a to formou dotazníků nebo různých interaktivních metod (besedy, diskuse...). Je třeba dávat pozor na to, že osobní údaje získané při mapování jsou podle zákona o ochraně osobních údajů přísně důvěrné a slouží výhradně zmíněnému účelu.

Škola kromě vlastní metodiky MPP může použít i vnější zdroje, může se inspirovat metodikami jiných škol, nebo materiálem MŠMT pod názvem „Pedagogové proti drogám“, vydaným v roce 1999. Lepší je inspirovat se více modely.

Důležité při tvorbě MPP je stanovení si cíle, který by měl být konkrétní, jasný a v neposlední řadě též měřitelný. Vycházíme z představy ideálního stavu – tedy jaké znalosti a postoje by děti měly mít. Porovnáním se současným stavem a možnostmi školy (vnitřní a vnější zdroje, čas, prostor finance...) vytváříme konkrétní cíl, tedy určení, nakolik lze posunout výchozí stav ke stavu ideálnímu. Takto dosažené cíle jsou i lépe měřitelné.

Důležitým krokem poté je stanovení strategie, ta aby byla účinná, musí být „celoškolní“. Vychází se ze skutečnosti, že vnitřní život školy tvoří jednak věcné prostředí (budova, vybavení a zařízení školy), tak i vzájemné vztahy a interakce mezi jednotlivými žáky, jednotlivými učiteli, mezi žáky a učiteli a v neposlední řadě i mezi rodiči a školou. Kvalitní věcné prostředí je velmi důležité, jde obzvláště o prostory, kde tráví žáci čas, když nemají vyučování, protože právě tam dochází nejčastěji k prvním experimentům s návykovými látkami. Je velice důležité, aby se žáci při vybavení těchto prostor mohli sami angažovat. Do věcného prostředí školy patří i školní řád, který by neměl obsahovat příliš mnoho pravidel a ta pravidla, která jsou v něm obsažena by měla být jasně formulována, aby byla pochopitelná. Na formulování pravidel by se měli podílet i žáci a měly by je dodržovat i pracovníci školy. Na pravidla chování navazuje způsob řešení krizových situací (krizový plán), ten by měl obsahovat nejen sankce za porušení, ale i postup školy v případech podezření nebo průkazného zneužívání návykových látek a to zejména v prostorách školy. Rovněž musí obsahovat postup při

řešení akutní intoxikace. Musí obsahovat seznam institucí a organizací, na které se lze v případě potřeby obrátit.

Není chybou školy ani jejího preventivního programu, když se zneužívání návykových látek či jiné nežádoucí chování na její půdě objeví; nárůst rizikového chování ve společnosti se ve školách zákonitě odrážet musí. Chybou ovšem je, když škola není na jeho výskyt připravena, nereaguje na něj nebo dokonce jeho existenci popírá (Martanová, 2007, strana 25).

Život školy, to jsou zejména žáci a pedagogičtí pracovníci, ale patří sem i rodiče a ostatní pracovníci školy. Celoškolní strategie zahrnuje všechny tyto cílové skupiny. Zapojování rodičů bývá pro mnoho škol dost problematické, proto předkládám několik nápadů, které se ujal na některých školách:

- zaslat rodičům na začátku školního roku osobní dopis ředitele a školního metodika, který obsahuje informace o MPP,
- zavést konzultační hodiny pro rodiče, v případě akutní situace možnost přijít za metodikem kdykoliv,
- třídní schůzky koncipovat tak, aby nešlo jen o pouhé předávání informací o prospěchu a chování žáků, ale aby měly i společenský význam,
- pořádat celoškolní akce za účasti rodičů jako jsou různé školní akademie nebo třeba též zahradní slavnosti, jarmarky a podobně,
- zviditelňovat se v místním tisku nebo ještě v lepším případě možnosti zřídit internetové stránky,
- demokratický systém v informačním toku, tj. dát rodičům možnost vyjádřit svůj názor,
- účast rodičů na zajímavých aktivitách pro děti nebo na hodinách zaměřených na prevenci,
- zavést tzv. preventivní dny, na jejichž tvorbě se rodiče aktivně podílejí spolu s učiteli i dětmi,
- spolupráce rodičů při sportovních aktivitách školy,
- zřízení institutu tzv. školních nebo třídních kmotrů.

Co se týče času, jsou prokazatelně úspěšnější a efektivnější programy, které mají delší časový harmonogram, ideální je delší než jeden školní rok. Ovšem je nezbytné průběžně monitorovat výsledky a případně korigovat postupy. Je efektivní zapojit do MPP celý pedagogický sbor i když odpovědnost za realizaci má ředitel školy a garanci za uskutečnění má školní metodik prevence. Znamená to vlastně začlenit témata prevence do výuky jednotlivých předmětů. Odborným garantem MPP by měl být okresní (krajský) metodik prevence z Pedagogicko-psychologické poradny. Efektivní se jeví zapojit do přípravy MPP i žáky, třeba formou peer aktivistů, nebo vytvořením školního senátu či parlamentu a nebo vypracování charty. Zkušenosti ukazují, že čím více na programu participují samotní žáci, tím je program úspěšnější. Přitažlivost programu zaručuje i jeho pestrost, střídání různých forem a metod. Zajímavé jsou různé zážitkové a prožitkové metody, dramatizace...je ale důležité vést je s odborníkem. Osvědčená je spolupráce více složek např. krizových center, policie, referáty sociálních věcí, atd. Zásadou by mělo být, že působení na složku znalostní, dovednostní a postojovou by mělo být v rovnováze.

Vytvoření MPP je velice náročný a zodpovědný úkol, právě u školních metodiků prevence je v této oblasti očekávaná největší aktivita a nesporně i největší úsilí. Takto erudovaný pedagog musí splňovat podmínky odborné kvalifikace nejen pro přímou pedagogickou činnost, ale musí být podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. vzdělán i v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Toto studium má být ukončeno obhajobou závěrečné písemné práce a závěrečnou zkouškou před komisí. Je evidentní, že kromě tvorby MPP je práce školního metodika nikdy nekončící koloběh povinností, které vyžadují plné nasazení osobnosti. Je proto smutné, že jejich finanční ohodnocení v současnosti činí pouze 1000 – 2000 Kč měsíčně.

3.5.2 Vztah učitel – žák a drogy

„Besedy, které vedu, trvají asi dvě vyučovací hodiny a učitelé ve třídě většinou nezůstávají. Stalo se mi ale, že studenti sami před začátkem požádali, aby se naše beseda konala tzv. bez dozoru. Nejde o oblíbenost či neoblíbenost učitelů, ale o jejich postavení ve škole.“

Veronika Vojtová z Centra prevence při brněnském Sdružení Podané ruce.

Protidrogová politika v České republice je řízená centrálně, kdy na vrcholku stojí národní protidrogový koordinátor, dále se postupuje po krajích a na pomyslném konci tohoto řetězce stojí školní protidrogový poradce. Školní protidrogový poradce je běžným členem pedagogického sboru, který může, ale také nemusí mít snížený úvazek, aby preventivní činnosti mohl věnovat více času. Jeho značnou část navíc stráví vyplňováním výkazů o vlastní činnosti a nad podrobnou evidencí vydaných finančních prostředků.

Problémem často bývá, zvláště jsou-li drogoví poradci ve své funkci krátkou dobu, jistá bezradnost. Navzdory vzdělání nutnému pro vykonávání této funkce, zde především chybí jakákoliv praktická zkušenost. Proto se ne zřídka stává, že učitel – protidrogový poradce, který nikdy nepřišel do styku s aktivním uživatelem drog, odhalí signály užívání drog u žáka později než například pracovník kontaktního centra, který se dobře orientuje v typologii závislostí.

Dalším problémem je fakt, že učitelům ztěžuje práci jejich vlastní autorita. Jinak řečeno, učitel zůstává učitelem, i pokud připraví ve škole sebezajímavější besedu. Představa, že student, jenž chce řešit svůj problém s drogou, si půjde pro radu ke školnímu poradci, jestliže zároveň právě u něj propadá z matematiky nebo mu hrozí vyloučení ze školy, je přinejmenším směšná. Proto se často stává, že mnohem výraznějších úspěchů při preventivní činnosti dosahují spíše odborníci z různých neziskových protidrogových center, než samotní učitelé, přitom vůbec nejde o nedostatek snahy (www.ceskaskola.cz).

Důležitou roli při vytváření vzájemných vztahů učitel – žák má zejména třídní učitel. Role učitele ve vedení třídy by se dala nazvat třídním managementem, jde o efektivní vedení třídy, vytváření pozitivních vztahů, ale i o zvládání problémového chování ve třídě. Bez vzájemného respektu si lze stěží představit dobře fungující třídní management. Nejde jen o úctu žáka k učiteli, ale je nezbytné a žádoucí aby i učitel

respektoval individualitu jednotlivých žáků a oceňoval jejich studijní úsilí. Martanová (2007) uvádí ve svém článku Role učitele ve vedení třídy, že je velice důležité věnovat pozornost zvláště prvnímu dojmu, neverbální komunikaci a řeči těla. Učitelům radí, že se ze začátku vyplatí působit sebevědomě, důrazně a trvat na dodržování hranic, pak teprve by měl učitel pozvolna přecházet od formální autority k autoritě osobní. Autorka doporučuje dodržovat tyto zásady: první z nich je projevování opravdového zájmu a chválit žáka za snahu. Druhou zásadou je pokračování v trendu jasných a srozumitelných pravidel, která jsou spravedlivě a důsledně dodržována. Třetí zásadou je běžné dodržování pravidel slušnosti, to znamená používat slova „děkuji“ a „prosím“, oslovení jménem a v neposlední řadě to je nezesměšňování. Pozitivnímu vzájemnému vztahu napomáhá aktivita žáků, respektování jejich názorů a smysl pro humor. Humor je ve třídě žádoucí, pokud se smějeme spolu, ale ne proti někomu.

Zvládat třídní kolektiv znamená v podstatě zvládat ho v těchto třech bodech:

1. získávat žáky pro spolupráci,
2. komunikace se žáky,
3. zvládat problémové chování nespolupracujícího žáka, které je pro učitele nepřijatelné.

Nespolupracující chování, jak píše Martanová, lze dělit na případy nerušivého a rušivého chování. James S. Cangelosi nabízí metody, jak s takovým chováním nakládat. Za nerušivé nespolupracující chování považuje toulání mysli a denní snění, nepodílení se na činnosti ve třídě, neplnění domácích úkolů a nenošení pomůcek, podvádění při testech, přítomnost žáka pod vlivem omamných látek, pozdní příchody a chození za školu. Rušivým nespolupracujícím chováním nazývá Cangelosi rušivé mluvení, skákání do řeči, nezdvořilost a hrubost, neuklizení si po sobě, vandalismus a násilné jednání vůči ostatním žákům nebo učitelům. Úspěch při řešení těchto situací je vyšší, pokud se řeší včas a zejména bez afektu. Vyplácí se řešit problémové chování rozhodně a nebo ho radši přehlížet, určitě není dobré reagovat nějak mezi tím, to situaci jen zhoršuje. Je třeba mít jasný plán, kde a kdy se bude incident řešit. Žák by měl vždy dostat možnost důstojně problémové chování ukončit.

V publikaci Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí autoři zmiňují (Gallá, 2005, strana 58-59) 13 bodů, kterým by se měla věnovat pozornost ohledně trestání studentů:

1. Důležitost studentovi vysvětlit, proč je jeho chování nepřijatelné.
2. Trest by neměl představovat primární strategii, výsledku se dá dosáhnout i povzbuzováním studenta.
3. Při trestu se přesvědčit, zda měl účinek.
4. Trestat konzistentně.
5. Trestat studenty za to, co udělají (chování), ne za to, jací jsou (osoba)
6. Potrestání musí být předvídatelné, musí reagovat na porušení dohod, které byly dříve odsouhlaseny.
7. Každý trest musí být smysluplný a měl by být úměrný závažnosti nesprávného chování.
8. Nevyhrožovat tresty, které se nedají realizovat.
9. Je nebezpečné trestat studenta, když učitel má ještě vztek.
10. Trest musí přijít rychle poté, co se zpozoruje nežádoucí chování.
11. Tělesné tresty by měly být zakázány (jak je tomu ve většině evropských států).

12. Trest musí někdy skončit.
13. Konzistentnost při trestání se také týká rovnocenného zacházení s různými studenty. Stejný typ špatného chování by měl skončit stejným trestem a nemělo by se posuzovat podle toho, který student to udělal (ve specifických případech lze učinit výjimku, která ale musí být oprávněná).

Faktem zůstává, že každý student potřebuje mít „mantinely“, aby věděl, jaké chování je žádoucí. Postihy a odměny pomáhají studentům přizpůsobit se pravidlům a dávají jim příležitost spoluodpovídat za své chování. *„Přesto ale platí, že postih může někdy být výrazem učitelovy neznalosti nebo nedostatku porozumění a je signálem nedostatečné komunikace mezi učitelem a studentem.“* (Gallá, 2005, strana 58). Adriaenssens (2000) k tématu trestání píše: *„I přesto ale existuje typ odpovědného trestu, který může být v kombinaci s povzbuzováním dobrého chování zapotřebí k tomu, aby se přerušil určitý specifický typ chování. V problematických situacích se často zapomíná na smích. Humor je lék a platí to i ve vzdělávání.“*

Obecně tedy platí, že učitel může svým chováním a přístupem k žákovi výraznou měrou podpořit a nebo také zhatit jeho snahu o nalezení zdravé identity, sebepojetí a víru ve vlastní jedinečnost.

3.6 Mýty v prevenci

Neznalost problematiky prevence vede k celé řadě mýtů a nesprávných předpokladů: Patří k nim zejména tyto mylné názory:

1. Jedině nespécifická prevence je účinná – jde o přeceňování nespécifické prevence, zvláště tzv. volnočasových aktivit, v duchu hesla Kdo si hraje, nezlobí. Ale i mezi závislými lidmi je i mnoho těch, kteří dříve sportovali a měli kvalitní koníčky. Mnoho rodičů si myslí, že vést děti k volnočasovým aktivitám je to nejlepší, co mohli pro své děti udělat a o drogovou problematiku se dále nezajímají.
2. Znalosti o drogách vedou k experimentu – k tomuto mýtu vede předpoklad, že informace o drogách, zejména o jejich účincích, musí zákonitě vést k tomu, aby si je mladý člověk vyzkoušel. Naopak, ke zvýšenému zájmu vede právě tabuizace tohoto tématu. Postupné získávání pravdivých informací může vést ke snížení rizikového chování u většiny mladých lidí, zejména pokud je zaměřeno na ovlivňování postojů. Navíc musíme počítat s tím, že se každé dítě nebo mladý člověk s drogou či drogovou problematikou setká a proto nemůžeme zatajovat její existenci.
3. O drogách se nemůže říkat pravda – toto mínění navazuje na předcházející snahu o drogách raději nemluvit a když mluvit, tak neříkat pravdu. Nemůžeme dítěti tvrdit, že všechny drogy jsou stejně nebezpečné, nebo že každý, kdo je zkusí, se stane narkomanem a zemře.
4. Represe je všemocná – vychází se z mímění mnoha lidí, že peníze na léčení, resocializaci a prevenci jsou zbytečně vyhozené a že prostředky by se měly věnovat na důsledná represivní opatření. Ale i tady platí to, co v jiných oblastech: prevence je nejdůležitější, nejúčinnější a nejlevnější. Represe

neodradí mladé lidi od experimentování s drogami, ale může mít schopnost zabránit dalšímu rozšiřování těchto látek.

Mýtů v prevenci je celá řada, a proto je třeba jednoznačně přijmout, že pravdivá informace je předpokladem úspěchu primární prevence.

4. Historie drogové scény v České republice

Drogy se vyskytovaly v Československu již od počátku vzniku samostatného státu. Národní listy z roku 1924 informovaly o šíření morfia a kokainu v hostincích a kavárnách, kde tyto drogy prodával personál, prostitutky a cizinci. Kokain se stal oblíbenou drogou mnoha umělců, zejména filmových herců. Experimentovaly s ním takové osobnosti českého filmu, jakými byly Lída Baarová, Ljuba Hermanová či Adina Mandlová. Kokainu zcela podlehl Hugo Haas, který se tím vůbec netajil a bez kokainu nebyl schopen tvořit.

V letech 1920-1925 se rozvinul nezákonný obchod s drogami, které pocházeli zejména z lékáren a z pašování.

V roce 1928 Ministerstvo vnitra zřídilo „Ústřednu pro potírání nedovoleného obchodu s omamnými prostředky v Československé republice“, která již v prvním roce své činnosti projednávala 7 případů pro podezření z nedovoleného obchodu s narkotiky. V roce 1930 to bylo již 12 případů. Ve 30 letech se začaly projevovat nedostatky v dosavadní československé legislativě, zejména šlo o nízké sazby za nezákonný obchod s drogami, protože byl kvalifikován pouze jako přestupek.

V lednu 1938 projednávala sněmovna zprávu výborů zahraničního a zdravotnického o usnesení senátu o vládním návrhu zákona, kterým se provádějí mezinárodní opiové úmluvy z let 1912, 1922, 1925, 1927 a 1931 do československého právního řádu. Opiový zákon klasifikoval v trestní oblasti přestupky, přečiny a zločiny. Například nejvyšší sazba za „zločin“ byla 100 000 Kč a žalář na 5 let.

Období 2. světové války znamenalo téměř vymícení drogového problému, protože trh s drogami byl zcela zastaven. Přinesla ovšem prudký nárůst spotřeby amfetaminu, který používali zejména angličtí letci a američtí vojáci.

Po válce a zejména po únorovém převratu 1948 se v Československu zdánlivě obchod s drogami zastavil, protože socialistický stát ze svého politického a ideologického hlediska existenci drog popíral. Podle Nožiny (1997, strana 86 – 89) se staly drogy v té době skrytým „bojem“ komunistických zemí proti kapitalismu. Tajné služby komunistických států spolupracovali na „rozvracení kapitalistické společnosti“ pomocí diverzní drogové operace. Skopolamin byl rovněž často používán při výsleších, kdy drogou omámení lidé vypovídali o skutečnostech, které by za normálního stavu tajili. Známé jsou i skutečnosti kolem pavilonu č. 13 psychiatrické léčebny v Bohnicích, kde se experimentovalo s drogami na „politicky nevyhovujících“ osobách.

V šedesátých letech byly známé pokusy s LSD a jinými psychotropními látkami skupinou psychoterapeutů, ze kterých se proslavil zejména psychiatr Stanislav Grof, který později emigroval do USA a stal se známý díky své metodě holotropního dýchání.

Tato technika umožňuje dostat se bez použití drog do transcendentních oblastí lidské psychiky a tím může významně pomoci při integraci osobnosti (Nožina, 1997, strana 94).

Pro další vývoj drogové scény u nás je významný fakt, že „klasické“ drogy, ve světě běžně v té době užívané, se na naše území díky uzavření hranic téměř nedostaly. V uzavřených společnostech se užívalo konopí, které se pěstovalo ze semínek vytržiděných ze směsi ptačího zobu, které bylo běžně distribuováno v maloobchodní síti.

Významný podíl na drogové scéně měli u nás těkavé látky, rovněž běžně dostupné v obchodech, ať už šlo o různá ředidla, benzin, čpavek, nebo čisticí prostředky, jako např. Čikuli, či úplně obyčejnou Okenu.

Velmi populární bylo rovněž zneužívání léků. Dalo by se říct, že český vynalézavý člověk vždy velmi rychle dokázal poznat a využít vedlejší psychotropní účinky mnoha léků. Tak tomu bylo u anorektik Fenmetrazinu a Dexfenmetrazinu, u různých antitusikách, antiastmatikách a zejména analgetikách. Z analgetik bylo velmi populární zneužívání Algeny a Alnagonu, později Dynilu. V 70. a 80 letech se hojně zneužívala benzodiazepinová psychofarmaka, trankvilizéry, antifobika a anxiolitika.

V sedmdesátých a osmdesátých letech se zneužívaly převážně perorální léky, proto byly hledány stále nové a nové, které by mohly uspokojit požadavky toxikomanů. Docházelo k sériím vloupání do lékáren a zdravotnických skladů, mladé ošetřovatelky kradly opiáty v nemocnicích, za zády lékařů aplikovaly pacientům různé náhražky a „ušetřené“ ordinované opiáty konzumovaly samy nebo je donášely své toxikomanické partě apod. Vznikaly rovněž pokoutné domácí laboratoře, v nichž se např. kodein transformoval na - podle nečistého vzhledu - populární pod slangovým názvem „braun“.

Čeští toxikomani rovněž dokázali v podmínkách domácích laboratoří vyrobit českou drogu č.1 – Pervitin - metamfetamin. Zdrojem efedrinu nezbytného pro jeho přípravu se staly např. různé léčivé přípravky běžně předepisované při respiračních onemocněních, např. Solutan, Kodinal a Ipecarin, nebo při alergiích, např. Ephedrin, Xantedryl (Nožina, 1997, strana 107).

Toxikomani se sdružovali do part, které měli svou specifickou kulturu. V roce 1986 policie ČSSR zajistila celkem 242 part mladých toxikomanů, z toho 182 jich bylo z ČSR a 60 ze SSR. Počátkem 80. let se odhadovalo, že je v ČSSR asi 40 tisíc osob zasažených drogovou závislostí.

Po roce 1989 se situace u nás radikálně změnila. Nezměnil se jen politický systém, ale i legální a nelegální drogový trh. Objevují se nové drogy, zejména heroin. Drogový trh se rychle profesionalizoval a začala narůstat drogová kriminalita. Vývoj české drogové scény byl na počátku 90. let velkou neznámou. Odborníci se shodovali v tom, že k rozšíření nezákonného trhu s drogami a ke zvýšení jejich spotřeby u nás v příštích letech dojde. Rovněž věděli, že na to společnost není dostatečně připravena. Varovné signály, které zaznívali ve společnosti, však nebyly příslušnými odborníky vyslyšeny. Ukázalo se, že zájem o drogy byl v české populaci obrovský. Již v roce 1994 proběhl výzkum zneužívání drog středoškolskou mládeží. Podle tohoto výzkumu více než jedna třetina (34,4%) dotazovaných středoškoláků připustila, že měla zkušenost, byť ojedinělou, s některou ze sledovaných drog. A z této skupiny více než třetina žáků (13,4%) potvrdila, že se k drogám znovu vrátila. V roce 1995 odhadla Hygienická služba

v ČR počet osob závislých na drogách přibližně na 200 tisíc. Nejčastěji volenou drogou byl pervitin (35,3 %), následoval heroin (12,9 %), marihuana (9,4 %) a organická rozpouštědla (8,1 %).

Na ilegálním drogovém trhu byly v ČR zastoupeny prakticky všechny drogy známé ve světě (heroin, kokain, MDMA v extázi, LSD v podobě tripů, hašiš, marihuana) i látky domácí výroby (pervitin, braun).

Mezinárodní zpráva z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která byla realizovaná v roce 2003 upozorňuje na to, že užívání vybraných návykových látek mezi 16-ti letými studenty v České republice je vyšší, než je průměr všech 35 evropských zemí, které byly do projektu zapojeny. Více než dvojnásobek českých studentů (44 %) má proti evropskému průměru (21 %) zkušenosti s užíváním konopných látek. Na základě této studie se ukázalo, že téměř všichni dotázaní studenti ve věku 15 – 16 let konzumovali v posledním roce alkohol (95 %), zatímco evropský průměr činil 83 % respondentů. Obdobně je v České republice také vyšší podíl těch, kteří byli v posledním roce opilí (68 %). Zkušenosti s kouřením má v České republice 80 % studentů, zatímco evropský průměr dosahuje 66 %. Zároveň je v ČR proti evropskému průměru (35 %) vyšší také zastoupení těch, kteří kouřili v posledním roce (43 %).

Co se týče nákladů, v České republice se každoročně spotřebují nelegální drogy v hodnotě 15 000 000 000 (15 miliard) Kč, měřeno podle jejich ceny na černém trhu. Skutečných peněz je ale vynaloženo mnohem méně, protože třeba konopné drogy nebo pervitin spotřebovávají sami výrobci. Náklady na prevenci, represí a hodnota ušlé produktivity, tedy společenské náklady činí přibližně 2,8 miliardy ročně. Zhruba 80% těchto nákladů je v souvislosti s drogami vynaloženo na represivní opatření, tj. na práci policie, soudů a vězeňství (Kalina, 2001).

V současnosti je česká drogová scéna srovnatelná s ostatními zeměmi Evropské unie a jsou zde zastoupeny všechny druhy drog užívané ve světě. Odhaduje se, že je v České republice přibližně 30 tisíc problémových uživatelů drog, z toho se počítá, že asi 20 tisíc jich užívá pervitin a 10 tisíc heroin.

Na základě vybraných indikátorů se ukazuje, že česká mládež má v porovnání se studenty v ostatních evropských státech větší sklony k návykovému chování. Příčiny situace mohou být např. v tolerantnějším postoji dospělé české populace k užívání legálních návykových látek (tabáku, alkoholu) i k jejich časté konzumaci v nadměrných dávkách (<http://www.drogy-info.cz>).

5. Důvody užívání drog

*„Neříkej že nemůžeš, když nechceš.
Protože přijdou velmi brzy dnové,
kdy to bude daleko horší:
budeš pro změnu chtít a pak už
nebudeš moci.“*

Jan Werich

Neexistuje jeden společný důvod, proč lidé užívají drogy, spíše existuje komplex řady příčin, které člověka k užívání návykových látek vedou. Zřejmě důvodů bude tolik, kolik je uživatelů drog, přesto jeden z důležitých aspektů k jejich užívání je v samotné podstatě drogy, tedy látky schopné měnit stav vědomí.

Lidstvo od nepaměti toužilo překročit rámec svých vlastních schopností, svých hranic vědomí, zakusit nepoznané a překročit hranice běžného vnímání. V dávnověkých kulturách ti, co se odvážili uskutečnit tento sen, bojovali sami se sebou, dlouho trénovali a trpělivou i dlouholetou prací na sobě pomalu překračovali hranice svého já. Takový způsob získávání schopností byl však spojen s tvrdou askézí a s velkým sebezapřením. V dnešní uspěchané době, kde se nám leďacos nabízí v instantní podobě, je tak dlouhé a pracné získávání zážitku změněného stavu vědomí již zavrhnuto. Doba je soustředěná na výkon, na rychlé užití si a na intenzivní zážitky. Myslím si, že nemálo tomu napomáhá i reklama v médiích a život našich „vzorů“.

Změněných stavů vědomí lze ovšem dosáhnout i mnoha jinými způsoby. Z těch více duchovních lze vzpomenout holotropní dýchání, nebo meditaci, či různé náboženské rituály. Touha po prožití povzneseného stavu je tedy základním důvodem proč lidé užívají drogy, ovšem je tady ještě celá řada praktických důvodů, proč jsou tyto látky vyhledávané. K těm mezi jiným patří:

1. Napomáhat náboženským praktikám – odpradáвна lidstvo považovalo drogy za nápomocné při stavech sjednocení s bohem nebo s nadpřirozenem.
2. Poznat své vlastní já – drogy mohou pomoci prozkoumat části lidské mysli, které jsou běžnými prostředky nedostupné. V minulosti i v současnosti je to cesta mnoha umělců a o jejich zážitcích se dovídáme z jejich děl.
3. Změnit náladu – užití drogy k odstranění strachu, úzkosti, letargie, nebo k odstranění bolesti. Do této kategorie patří zejména léky. Z této filozofie v současnosti těží zejména farmaceutické firmy. Naprostá většina legálních medicínských drog se zaměřuje na změnu nechtěných či nepříjemných nálad a jejich užívání se stalo v současnosti módou.
4. Léčit nemoc – většina dnes zakázaných drog byla v minulosti používána i jako léky. Pokud se neléčí nemoc samotná, ale opakovaně se berou „léky“, které projevy nemoci potlačují, může lehce na těchto látkách vzniknout závislost.
5. Uniknout nudě a beznaději – v současnosti je to jeden z nejčastějších důvodů převážně u mladých lidí.
6. Podpořit a zlepšit sociální interakci – zjevné zejména u kouření jointů marihuany i jako vzdor vůči autoritě. Farmakologický účinek některých drog posiluje schopnost sdílení, empatie a uvolnění, bez jejich pomoci je pro některé lidi nemožné pohybovat se ve společnosti.

7. Zlepšit smyslovou zkušenost a rozkoš - drogy mohou změnit běžný zážitek ve výjimečný a proto jsou často konzumovány pro potřebu co nejvíce si užít.
8. Stimulovat uměleckou kreativitu a výkon – drogy jako zdroj inspirace a nového vhledu. Pro tento účinek jsou vyhledávány mnoha umělci, zejména alkohol zde sehrál důležitou roli.
9. Zlepšit fyzický výkon – různé drogy umožňují podávat výkony, které jsou nad rámec běžných lidských možností, můžou dodávat odvalu a snižovat citlivost vůči bolesti. Pro tento účinek byly drogy často používány ve válkách a jsou v armádách užívané dodnes.
10. Rebelovat – jako prostředek pro rebelské chování jsou drogy vyhledávány zejména mladými lidmi, kteří se tím bouří proti „nesmyslným zákonům“, porušují tím tabu, provokují a bouří se proti autoritám nebo proti morálce vládnoucího „establishmentu“.
11. Zařadit se mezi vrstevníky – snaha „nevyčnívat z davu“ svých vrstevníků, patřit mezi ně, být jimi přijatí. Velmi vážný důvod zejména u mladých lidí.
12. Vytvořit si vlastní identitu – snaha cítit se výjimečnými, snaha o nápadný životní styl, získat pozornost a uznání svého okolí.

Důvodů k užívání drog může být více a v nejčastějším případě se vzájemně překrývají a nebo to můžou být důvody, které se těm vyjmenovaným vůbec nepodobají. Těžko se lze setkat s uživatelem drog, který by je začal užívat proto, aby se na nich stal závislý. Každý z nich je přesvědčen, že on užívání drog zvládne bez toho, aby se na jejich užívání stal závislým. Porozumět důvodům, proč lidé užívají návykové látky a to i v době, kdy už jim vážně poškozuji zdraví, je důležitým předpokladem úspěšné léčby závislého chování.

5.1 Modely závislého chování

Nejčastěji v praxi používané modely závislého chování jsou:

5.1.1 Bio-psycho-sociální (spirituální) model

Užívání drog je chování, které je ovlivněno mnohými spolupůsobícími faktory, které se vzájemně posilují. Tato teorie je ve světě nejrozšířenější, rovněž česká odborná veřejnost vychází právě z tohoto modelu. Při léčbě závislosti hraje rozhodující roli práce zaměřená na sociální prostředí a vztahy mezi klienty a jejich signifikantními osobami, tj. jejich rodinnými příslušníky, partnery, případně dětmi či dalšími příbuznými a přáteli. Tyto skupiny lidí mají pozitivní vliv na vývoj jak vzniku závislosti i jejich léčby nejméně ze tří důvodů:

1. Blízké osoby mohou hrát významnou roli ve vývoji a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek (Kaufman, 1992).
2. Signifikantní osoby jsou významným zdrojem podpory a pomoci pro uživatele drog v průběhu jejich léčby i po ní (Kooyman, 1993).
3. Blízké osoby uživatelů drog strádají v důsledku různých forem jejich chování spojených s užíváním drog jako jsou např. násilí, krádeže, lhaní, manipulace, náladovost, nedostatečná komunikace atd (Orford, 1994).

Rovněž výzkum prováděný Uchtenhagem a Zimmer-Hoflerem v roce 1981 prokázal jako příčinu vzniku závislosti narušenou rovnováhu mezi vnějším tlakem, vnější podporou a autonomií jedince.

5.1.2 Systémově orientované teorie závislosti

Tyto teorie vycházejí z přesvědčení, že závislost může být důsledkem nerovnováhy ve vztazích nebo v rodině uživatele drog. Do této kategorie patří celá řada rodinných faktorů, které mohou být spojovány s návykovým užíváním drog:

1. Užívání drog dalšími členy rodiny.
2. Nejasné hranice mezi generacemi.
3. Nekvalitní vztahy mezi dospělými a dospívajícími členy rodiny.
4. Nedostatek oceňování dětí v rodině a hostilita.
5. Nedůsledná a slabá disciplína v rodině, malé zapojení otců do výchovy.

Tyto teorie se často v praxi potvrzují, nelze je však brát obecně.

5.1.3 Rodinné vztahy, ranná traumata a užívání drog

Praxí je prokázáno, že mnohým lidem závislým na drogách zemřel v dětství jeden z rodičů, zejména otec. Kooyman popisuje užívání drog jako součást obranných mechanismů proti bolestivým emocím. Ten samý výzkum prokázal vliv rodičů, kdy na jedné straně figurovala protektivní a permissivní matka a na druhé straně otec, nejevící o dítě zájem nebo vyžadující tvrdou disciplínu. U závislých žen šlo častěji o protektivní a autoritářskou matku současně a shovívavého otce, často sexuálně agresivního, který zároveň měl i problémy s alkoholem.

Neexistuje typická rodina závislého, existuje ovšem řada faktorů, které jsou pro rodiny závislého charakteristické. Mezi nejvýznamnější patří:

1. Nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte – nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrná pozornost a citlivost k chybě a selhání, nedůslednost, výčitky, vnucování pocitu viny.
2. Narušené nebo zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem – nadměrně ochraňující a pečující matka a chladný, slabý, či nepřítomný otec, u závislých žen chladný a racionální přístup matky k dceři, nebo úzkostná a značně kontrolující matka.
3. Chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi – v rodinách není jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je čím starost a čím si kdo může být jistý. Extrémním narušením mezigeneračních vztahů je pak sexuální zneužívání či incest.
4. Skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině – některé zlostné projevy jsou nadměrně potlačovány a jiné se objevují v nadměrné a neadekvátní míře. Zvýšená hladina napětí a pocit ohrožení v rodině.
5. Závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu – užívání se objevuje v době, kdy přicházejí první známky odpoutání dítěte od rodiny, paradoxně může být závislé chování skryté a nevědomě udržováno samými rodiči, kteří se tak obávají tzv. syndromu prázdného hnízda.
6. Jeden či více závislých členů rodiny – závislost (v našich podmínkách alkoholová) dalšího člena rodiny, obvykle rodiče.

5.1.4 Trauma a závislost na užívání drog

Výzkumem byla potvrzená teorie souvislosti mezi zneužíváním v dětství, nebo nezájmem o dítě a užíváním drog. Traumatické zážitky jako násilí, sexuální zneužívání v dětství, sebevraždy nebo sebevražedné pokusy, náhlá smrt nebo separace od jednoho nebo obou rodičů často uvádí nemálo závislých uživatelů drog.

Brát drogy je volba jednotlivce. I když je tato volba limitovaná celou řadou vnitřních a vnějších rizikových faktorů, jako jsou ekonomické, sociální, kulturní, historické a výchovné podmínky v nichž daný člověk vyrůstal a žije, stejně jako biologické a psychologické predispozice, jde vždy o volbu jedince samotného. Rovněž u léčby závislostního chování je nejdůležitější právě rozhodnutí jednotlivce se svou závislostí skoncovat. Podle mého názoru i podle mých osobních zkušeností je sebevětší snaha okolí závislého člověka, zejména rodičů, marná, pokud závislý člověk sám nechce. Nelze někomu pomáhat proti jeho vůli.

5.1.5 Vývoj závislosti a vzorce užívání návykových látek

1. Abstinence je naprosté zdržení se užívání jakékoliv látky měnící vědomí.
2. Experimentování – jednorázová zkušenost s danou návykovou látkou, kterou člověk užije nejvýše 2-3x za život. Od roku 1999 roste u nás počet osob, které experimentují s různými návykovými látkami. Ve větší míře jde o nepravidelné užívání s různě dlouhými časovými intervaly. Zkoušení různých typů drog a různých způsobů aplikace je pro toto období typické. Podle studie ESPAD lze první experimenty zaznamenat již před 13 rokem, většinou jde o cigarety a alkohol, ale nejsou výjimkou ani velice brzké zkušenosti s nelegálními drogami, zejména s marihuanou.
3. Rekreační – příležitostné, nebo někdy pravidelné užívání návykové látky, například o víkendech, při návštěvě techno párty a podobně. Životní styl, který nemusí působit uživateli zdravotní nebo sociální problémy. K rekreačnímu způsobu užívání patří zejména stimulační drogy jako jsou extáze, kokain a amfetamin. Motivací je hlavně touha mladých lidí se bavit a „pořádě si to užít“. K rekreačnímu užívání patří určité hudební styly, image a móda. Největším rizikem rekreačního užívání bývá dehydratace, dopravní nehody a zdravotní rizika spojená s užitím tablet prodáváných jako extáze, ale obsahujících jiné psychoaktivní látky (Grohmanová, 2007, strana 116).
4. Problémové nebo těž škodlivé užívání – dlouhodobé, nebo injekční užívání heroinu, kokainu, metamfetaminu, které může způsobit vážné zdravotní nebo sociální problémy a může mít nepříznivý dopad i na okolí uživatele, zejména rodinu, přátele a partnery. Zdravotní poškození může být na úrovni tělesné, například hepatitida nebo HIV/AIDS jako následek injekčního užívání nebo na úrovni psychické, jako je třeba deprese. Převážnou část problémových uživatelů tvoří osoby užívající heroin a pervitin. V poslední době narůstá také užívání buprenorfinu (Subutex) získaného na černém trhu. V České republice je v současnosti přibližně 30 000 – 40 000 problémových uživatelů návykových látek, u kterých převládá injekční aplikace. Nejrizikovější skupinou jsou zejména nezkušení a těžcí uživatelé drog.

5. Závislé – nepřetržité pravidelné užívání, které jednoznačně určuje životní styl. Způsobuje vážné poškození somatického, psychického a sociálního zdraví. Rovněž může mít nepříznivý dopad na sociální okolí uživatele. Z velkého množství uživatelů drog se pouze její menší část stane na drogách také závislá.

6. Systém péče o uživatele návykových látek

Závislost je definována jako nemoc, proto se i jako nemoc léčí. V České republice má léčení závislosti bohatou historii, už v roce 1948 tady vznikla první léčebna pro alkoholiky, kterou založil Doc. MUDr. Jaroslav Skála. Ten rovněž založil první záchytnou stanici na světě.

6.1 Léčebné programy

V České republice jsou známe tyto léčebné programy pro uživatele návykových látek:

1. Terénní programy
2. Kontaktní centra
3. Substituční programy
4. Ambulantní programy
5. Detoxifikace
6. Střednědobá léčba
7. Terapeutické komunity
8. Doléčovací programy

Podle způsobů práce s klientem rozlišujeme tyto programy na

1. Nízkoprahové programy
2. Ambulantní programy
3. Pobytové programy

6.2. Nízkoprahové programy

Jde zejména o terénní a kontaktní práci s uživateli návykových látek. Nízkoprahová zařízení vycházejí z principu Harm reduction a jejich cíle jsou navázání a prohloubení kontaktu s uživateli drog a jejich následná motivace ke změně. Poskytování základního servisu k „přežití“, prakticky jde zejména o výměnu injekčního materiálu a poradenství zaměřené na rizika přenosu infekčních chorob. Prosazuje neodsuzující, nenátlakový přístup, čímž poskytuje uživatelům pozitivní zkušenost s odbornou institucí.

6.2.1. Terénní programy

Jde o specifickou formu sociální služby, která se uskutečňuje přímo na ulici. Její specifika jsou daná hlavně v tom, že pracovník přichází za klientem a práce s ním probíhá v jeho přirozeném prostředí.

Terénní práce mezi uživateli drog je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb. Podobně jako v případě jiných zdravotnických intervencí je i jejím cílem podpora zdravého chování, v tomto případě bezpečnější užívání drog a bezpečnějšího sexu.

Tři základní metody terénní práce jsou:

1. šíření informací o možných zdravotních rizikách,
2. podporování změn směrem od rizikového chování,
3. udržení pozitivní změny v chování.

Služby terénních programů jsou poskytovány tak, aby bylo zároveň chráněno veřejné zdraví a tvoří je především:

- výměna injekčního materiálu – výměna injekčních stříkaček a jehel (tzv. inzuliniky), poskytování alkoholových tamponů, atd.,
- informační servis – zejména informace o rizikách, o možnostech léčby,
- sociální a zdravotní poradenství – například existence reálného příjmu, bydlení,
- psychologické poradenství a krizová intervence – zejména zvládání akutních problémů a krizových situací jako je třeba předávkování nebo sebevražedné tendence,
- asistenční služba – doprovod k lékaři.

6.2.2 Kontaktní centra

Práce v Kontaktních centrech je podobná terénním programům. Jde zejména o tzv. kontaktní práci – první kontakt s klientem a navázání spolupráce za účelem motivování pro případnou změnu. Cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé a drogově závislí, pak jejich rodiče a jiní příbuzní. Kontaktní centra poskytují především poradenské služby a krizovou intervenci.

6.2.3 Substituční programy

V substitučních programech jde o nahrazení návykové látky jinou látkou, tedy látkou, která má podobné účinky, ale je bezpečnější. Poznáme dvě substituční látky – metadon a buprenorfin, známé pod obchodní značkou Subutex. Cílem substitučních programů je:

- ukončení injekční aplikace,
- omezení užívání nelegálních drog,
- omezení rizik spojených s užíváním drog,
- snížení kriminality,
- stabilizace zdravotního stavu.

6. 3 Ambulantní programy

Ambulantní programy mají výhodu v tom, že léčba nevylučuje pacienta z běžného života. Pacient může nadále chodit do zaměstnání, nebo do školy a při tom navštěvuje pravidelně, nejlépe 2 – 3 krát týdně, ambulanci nebo ambulantní centrum. Ambulantní léčba je poskytována státními nebo nestátními zařízeními. Kromě terapeutických pohovorů poskytuje ambulantní léčba i sociální, pracovní a právní poradenství.

6.3.1 Individuální pohovory

Individuální pohovor se poskytuje nejčastěji v délce 30 – 60 minut jednou, maximálně dvakrát týdně, v případě krize eventuelně i častěji.

6.3.2 Skupinová terapie

Skupinová terapie je práce se skupinou, která má potíže podobného rázu a je vedená 1 - 2 terapeuty. Skupinová sezení mají 90 minutové trvání.

6.3.3 Rodinná terapie

Jak název naznačuje, jde o práci s celou rodinou klienta, nebo jen s některými z jejích členů. Obvykle se pracuje se vztahy v rodinném systému, protože rodina může být jak zdrojem problémů, tak i zdrojem emoční podpory.

6.3.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie slouží ke zmírnění odvykacích příznaků a ke zmírnění dalších psychických příznaků, jako jsou úzkosti a deprese.

6.3.5 Denní stacionář

Denní stacionář je zvláštní typ ambulantní léčby, stojí na pomezí ambulantní a ústavní léčby. Podstatou tohoto typu léčení je intenzivní program komunitního typu, poskytovaný pacientovi na téměř celý den, 5 dní v týdnu. Poskytuje se zde skupinová terapie, individuální poradenství, sociální práce, pracovní terapie, klubové a volnočasové aktivity. Zároveň se pracuje i s rodinou klienta.

6.3.6 Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice

Záchytné stanice poskytují první neodkladnou lékařskou pomoc v akutním ohrožení zdraví, jde o zachycení osob, kteří mohou být nebezpeční sobě nebo ostatním. Délka hospitalizace je v průměru 10 až 18 hodin a je závislá na míře intoxikace a rychlosti detoxifikace.

6.3.7 Detoxifikace

Detoxifikace je speciální medicínská a psychologická pomoc při zvládnutí odvykacích stavů. Jde pouze o první stádium léčby. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky a stabilizovat pacientův tělesný a psychický stav. Jedním z hlavních úkolů detoxifikace je též motivovat klienta k léčbě.

Detoxifikace může probíhat na detoxifikační jednotce nebo v domácím prostředí. Nejčastější důvody pro podstoupení detoxifikace jsou zejména nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí, jeho příprava před léčbou, nebo jako přechodné období, kde si pouze pacient „oddechne“ a nabere sílu, není však rozhodnutý abstinovat, nebo se léčit. U detoxifikace se provádí toxikologické, somatické a psychiatrické vyšetření a pacientovi se poskytuje psychoterapie a farmakoterapie.

6.4 Pobytové programy

6.4.1 Ústavní léčba

Ústavní léčba probíhá ve zdravotnických zařízeních – v psychiatrických léčebnách a na některých specializovaných psychiatrických odděleních nemocnic. Může být dobrovolná nebo nedobrovolná. Důvodem k doporučení ústavní formy léčby bývá:

- neúspěšnost ambulantního léčení,
- nevhodné přirozené sociální prostředí, ve kterém jedinec žije,
- těžké odvykávací stavy a riziko sebevražedného chování.

6.4.2 Strukturovaná léčba

Podstatou léčby je rozdělení pobytu do několika od sebe oddělených částí. Denní program je strukturován prostřednictvím přesného časového rozvrhu a strukturován je i režim, kde je přesně stanoveno žádoucí a nežádoucí chování, včetně sankcí. V podstatě jde o to, aby jedinec, který předtím žil jen pro drogu a kde se vše točilo kolem shánění drogy, se postupně naučil žít život, ve kterém platí řád.

6.4.3 Psychoterapie

Psychoterapie při ústavní léčbě probíhá v rámci psychoterapeutických skupin a je doplňovaná individuální psychoterapií, popřípadě manželskou a rodinnou terapií.

6.4.4 Farmakoterapie u pobytových programů

Farmakoterapie se používá zejména k zmírnění depresí a úzkosti, k odstranění nespavosti, případně psychotických symptomů.

6.4.5 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je specializované pobytové zařízení zaměřené na léčbu, která má vést ke změně životního stylu spojeného s abstinencí a sociální rehabilitací. Léčba v terapeutické komunitě trvá přibližně 6 až 18 měsíců a je založená na následujících principech:

- motivovanost klienta k vlastní změně,
- maximální přiblížení běžnému životu,
- učení se přijímat odpovědnost za sebe a ostatní,
- vstup i odchod z komunity je dobrovolný,
- přechod do běžného života musí být pozvolný,
- terapeutický tým je průvodcem a poradcem.

6.5 Doléčovací programy

Doléčovací programy slouží zejména bývalým uživatelům drog, kteří aktuálně abstinují. Předpokladem úspěšné abstinence je zejména vhodné sociální začlenění, tedy získání bydlení, zaměstnání, nebo pokračování ve studiu, získání nového okruhu přátel, kteří neužívají návykové látky. Doléčovací programy nabízejí zejména tyto služby:

1. Individuální poradenství.

2. Prevence relapsu.
3. Sociální poradenství.

V rámci doléčovacích programů může jít i o skupinovou psychoterapii, volnočasové aktivity, rodinné poradenství, chráněné bydlení (dočasné ubytování), chráněné zaměstnání (chráněné dílny). Délka pro absolvování programu je obvykle od 6 do 12 měsíců.

6.5.1 Individuální poradenství (terapie)

Individuální poradenství slouží zejména ke zmírnění psychických potíží v období abstinence. Probíhá obvykle 1 x týdně a řeší nejčastěji mezilidské vztahy bývalého uživatele drog a jiné záležitosti, na které v průběhu léčby nebyl čas.

6.5.2 Prevence relapsu

Cílem prevence relapsu je pomoci klientovi pracovat na změnách chování spojeného s užíváním návykových látek. Jde zejména o to, naučit klienta řešit problémy a zvládat krize bez návykové látky.

6.5.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství především pomáhá klientovi najít práci, bydlení, pomáhá řešit právní problémy a splácení dluhů.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Cíle a zaměření praktické části

Cílem praktické části této diplomové práce je zhodnotit znalosti studentů Pedagogické fakulty vzhledem k jejich postoji k drogové problematice. Zaměřila jsem se na studenty druhého a pátého ročníku Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity V Českých Budějovicích. Zajímala jsem se o to, v rámci jakých předmětů se s tematikou drog setkali, ale také zda sami měli o tuto problematiku zájem, jak byli aktivní a jak hodnotí současný způsob výuky, zabývající se tematikou drog a drogových závislostí. Snažila jsem se také od respondentů zjistit, jak hodnotí rizika spojená s užíváním drog, zda sami mají zkušenosti s užíváním drog a jak hodnotí současnou legislativní úpravu v České republice kolem drog. Myslím si, že praktická část této bakalářské práce může sloužit k sebehodnocení způsobu výuky na zdejší fakultě a zároveň zmapuje povědomí a vztah studentů k drogám a k drogové problematice.

2. Systém přípravy studentů Pedagogické fakulty

Všichni studenti, kteří studují učitelství na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity mají tyto povinné předměty:

- Společenské vědy,
- Pedagogika (Základy pedagogiky, Sociální a Speciální pedagogika, Pedagogická diagnostika, Didaktika),
- Psychologie (Základy psychologie, Psychologie osobnosti, Vývojová, Pedagogická a Školní psychologie),
- Cizí jazyky,
- Výpočetní technika,
- předměty svého oboru,
- následková a souvislá praxe.

Dále jsou povinně volitelné předměty, ze kterých si student musí vybrat podle počtu kreditů předmět resp. předměty:

- Dějiny pedagogického myšlení
- Sociologie výchovy
- Projektová a problémová metoda na ZŠ
- Alternativní přístupy k výuce
- Pedagogická komunikace
- Výchova k demokratickému občanství
- Speciální pedagogické reedukační programy pro handicapované žáky
- Výchovná praxe s marginálními skupinami
- Diagnostika školní třídy
- Globální výchova
- Aktuální problémy pedagogiky
- Teorie výchovy

- Pedagogika médií
- Psychohygiena
- Psychologie tvořivosti pro učitele
- Poradenská psychologie
- Psychologie prevence závislostí
- Specifické poruchy učení
- Psychologie práce a organizace
- Motivace ve vyučování
- Interkulturní výchova a vzdělávání
- Sebepojetí a identita učitele
- Pedagogické aspekty prevence.

Posledním typem jsou předměty výběrové, které si student volí libovolně, podle svého zájmu. Například sem patří:

- Kinematografická média
- Pedagogická etika
- Klinická psychologie
- Psychologie rodiny
- Tvořivá výpověď
- Pedagog a dítě atd.

Z celkového výčtu předmětů zabývajících se pedagogikou nebo psychologii se okrajově zabývají problematikou závislostí na nealkoholových drogách zejména Sociální pedagogika, Pedagogická diagnostika, Psychologie osobnosti, Psychologie prevence závislosti a Pedagogické aspekty závislosti. Z toho pouze první tři jsou uvedené jako povinné předměty, zbývající dva předměty Pedagogické aspekty prevence a Psychologie závislosti, patří mezi povinně volitelné, to znamená, že si je student může, ale nemusí zvolit. Tedy pouze necelých 14% učiva je nějakým způsobem blízká této problematice.

V současnosti, kdy je užívání návykových látek a drogová závislost velkým problémem na školách a je potřeba být jako učitel připraven řešit problémy s tím spojené, se mi zdá, že je příliš málo času věnováno právě této problematice už v přípravě budoucích učitelů.

3. Hypotézy praktické části

Hypotéza č.1

Předpokládám, že povědomí studentů o nelegálních drogách je vysoké.

Hypotéza č.2

Předpokládám, že ženy mají menší zkušenosti s drogou, než muži a muži budou častěji pravidelnými uživateli drog, než ženy.

Hypotéza č.3

Předpokládám, že studenti 5. ročníků budou mít větší přehled o problematice drog, než studenti 2. ročníků.

Hypotéza č.4

Předpokládám, že téma drog probírali studenti minimálně v rámci jednoho předmětu.

Hypotéza č.5

Předpokládám, že zájem o drogovou problematiku roste s věkem studenta a ročníkem studia.

Hypotéza č.6

Předpokládám, že studenti vyšších ročníků budou mít hlubší znalosti, budou znát lépe jednotlivé drogy a jejich účinky.

4. Metody výzkumu

Praktickou část mé práce jsem založila na výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahuje celkem 33 otázek, které jsou uzavřené nebo otevřené s možností vlastní odpovědi. Z celkového počtu 100 dotazníků se mi vrátilo 86 řádně vyplněných. Protože studuji dálkově a se studenty denního studia téměř nepřicházím do styku, pomohl mi při distribuci dotazníků můj vedoucí práce Mgr. Miroslav Procházka.

Dotazník je podle internetového zdroje (<http://www.dotaznik-online.cz/>) jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Proti jiným typům průzkumů (jako například osobní nebo telefonický rozhovor, pozorování, skupinový rozhovor, atd.), je možné prostřednictvím dotazníku získat informace s mnohem menší námahou a levněji. Dále se výsledná data dají mnohem jednodušeji zpracovávat.

Výhody dotazníku:

1. jedna z nejlevnějších metod průzkumu
2. jednoduše se zpracovává a vyhodnocuje
3. jedna z nejméně dotěrných metod průzkumu - respondent jej může vyplnit v klidu domova
4. jednoduchý na vyplnění - téměř každý alespoň jednou v životě vyplňoval dotazník

Nevýhody dotazníku:

1. může být obtížné získat respondenty
2. v dotazníku je snadnější vyplnit nepravdivé informace
3. redukuje komunikaci, protože 90 % komunikace je nonverbální - dotazník ji nedokáže zachytit

5. Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti výzkumu této bakalářské práce byli studenti druhého a pátého ročníku Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity. Otázka k zjištění věku se v dotazníku nevyskytovala, dá se předpokládat, že přibližný věk studentů byl v rozmezí 19 až 25 let. Tento věk je charakterizován jako přechod od adolescence k časně dospělosti. V tomto věku dochází k identifikaci s rolí dospělého a na rozdíl od věku adolescence se vývoj již zpomaluje. Člověk přijímá plnou odpovědnost za svůj život i za svou budoucí profesi. Upřesňuje své osobní cíle a stává se nezávislý na „dřívějších rádcích“. Přes své ideály je schopen vidět realitu.

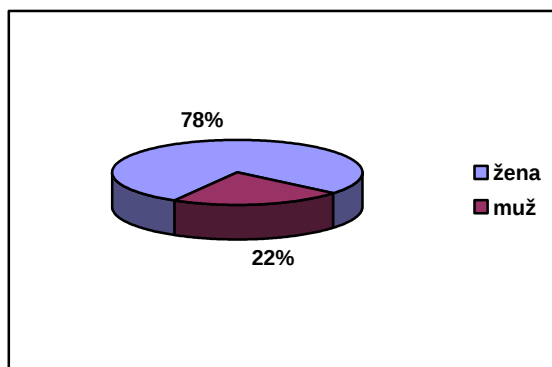
6. Prezentace a interpretace výsledků šetření

1. Otázka:

Jste žena, muž?

Respondent	počet	
žena	67	77,91%
muž	19	22,09%

Jste žena, muž? Tab. 1



Jste žena, muž? Graf č.1

Interpretace:

Úvodní otázka rozlišuje zda je respondent muž nebo žena. Z celkového počtu dotázaných respondentů bylo 67 žen, to představuje 78% a 19 mužů, to je 22 %. Celkový počet respondentů je 86.

2. Otázka:

Který ročník VŠ studujete?

1. 2. 3. 4. 5.

respondent	počet	
2. ročník	46	53,49%
5. ročník	40	46,51%
celkem	86	100,00%

Který ročník VŠ studujete? Tab. 2

Interpretace:

Z celkového počtu dotázaných respondentů bylo 46 z 2. ročníku, to je 53% a 40 studentů bylo z 5. ročníku, to je 47%.

3. Otázka:

Máte předmět (předměty) zabývající se drogovou problematikou?

Ano Ne

Interpretace:

Z druhého ročníku odpovědělo kladně pouze 14 respondentů z celkových 46 studentů, tedy pouze 30% a z pátého ročníku kladně odpovědělo 10 studentů z počtu 40 respondentů, tedy 25%. Z celkového počtu 86 všech respondentů odpovědělo „ano“ pouze 24 studentů, tedy 28%.

4. Otázka:

Pokud ano, napište jaký/jaké.

Interpretace:

Pokud studenti v předchozí otázce odpověděli kladně, odpovídali většinou shodně ve 2. ročníku název předmětu Základy rodinné výchovy a v 5. ročníku měli opět kladné odpovědi uvedený shodný předmět Psychologie prevence závislosti.

5. otázka:

Vyhovoval Vám způsob výuky, jakým byla výuka na toto téma vedena?

Určitě ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

Interpretace:

U této otázky není přesně určeno, jaký předmět mají studenti hodnotit, jde pouze o otázku doplňující. Proto jsem brala v potaz pouze odpovědi u těch studentů, kteří odpověděli kladně na 3. otázku a uváděli předmět Základy rodinné výchovy ve druhém ročníku a Psychologie prevence závislosti v 5. ročníku. Ve 2. ročníku se vyskytovali jen odpovědi „určitě ano“ – 8 studentů a „spíše ano“ – 6 studentů. V 5. ročníku byli odpovědi více diferencovány, „určitě ano“ odpověděli 4 studenti, „spíše ano“ 4 studenti, odpověď „spíše ne“ a „ne“ odpovědělo po jednom studentovi. Celkově se dá říct, že pokud studenti měli výuku zabývající se drogovou problematikou, hodnotili ji kladně.

6. otázka:

Vybral/a jste si při předzápasu do STAGU z nabízených povinných volitelných a výběrových předmětů záměrně ten, ve kterém se probírá téma drog?

Ano

Ne

Nevím

	Ano	Ne	Nevím	žádná odp.
2.ročník	2	39	5	0
5.ročník	11	22	4	4
celkem	13	61	9	87
	14,94%	70,11%	10,34%	4,60%

Vybral/a jste si při předzápasu do STAGU z nabízených povinných volitelných a výběrových předmětů záměrně ten, ve kterém se probírá téma drog? Tab. 6

Interpretace:

Z 2. ročníku odpověděli „ano“ pouze 2 studenti, „ne“ – 39 studentů a 5 jich odpovědělo, že „nevím“.

Z 5. ročníku odpovědělo „ano“ 11 studentů, 22 odpovědělo „ne“, 4 odpověděli „nevím“, žádnou odpověď 3 studenti. Z celkového počtu 86 respondentů jich kladně odpovědělo pouze 13, což je 15%, „ne“ odpovědí bylo 61, tedy 70%. „Nevím“ odpovědělo 9 studentů. Tento výsledek napovídá hodně o tom, že samotní studenti zatím nepovažují předmět, ve kterém by se zabývali drogovou problematikou, za důležitý, resp. upřednostňují před ním jiné předměty.

7. otázka:

Jak se Vám jeví počet hodin, zabývající se problematikou drog?

Příliš málo

Málo

Přiměřeně

Mnoho

Příliš mnoho

	příliš málo	málo	přiměřeně	mnoho	příliš mnoho	žádná odp.
2. ročník	6	17	19	0	1	4
5. ročník	2	24	13	0	1	
celkem	8	41	32	0	2	87
procenta	9%	47%	37%	0%	2%	6

Jak se Vám jeví počet hodin, zabývající se problematikou drog? Tab. 7

Interpretace:

Na tuto otázku odpovídali studenti 2. ročníku následovně: „Příliš málo“ odpovědělo 6 studentů, „málo“ 17 studentů a 19 studentů uvedlo odpověď „přiměřeně“, 4 studenti neuvedli žádnou odpověď. Studenti 5. ročníku odpovídali takto: odpověď „příliš málo“ uvedli 2 studenti, „málo“ 24 studentů, 13 studentů uvedlo „přiměřeně“, 1 student označil odpověď „příliš mnoho“. Z celkového počtu 86 respondentů odpovědělo „příliš málo“ 8 studentů, co je 1%, „málo“ 41 studentů, tedy 48%, „přiměřeně“ 32 studentů, tedy 37%, „mnoho“ žádný student a „příliš mnoho“ 1 student. Z uvedených výsledků

vyplývá, že víc než polovina studentů považuje počet hodin zabývajících se problematikou drog za nedostačující.

8. otázka:

Zajímáte se o problematiku drog mimo školu?

Určitě ano

Ano

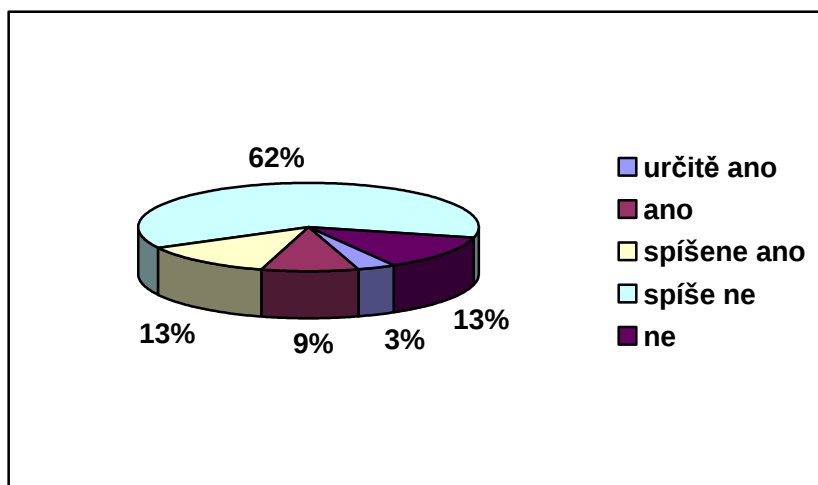
Spíše ano

Spíše ne

Ne

	určitě ano	ano	spíše ano	spíše ne	ne
2. ročník	2	4	6	26	8
5. ročník	1	4	5	27	3
celkem	3	8	11	53	11
	3%	9%	13%	62%	13%

Zajímáte se o problematiku drog mimo školu? Tab. 8



Zajímáte se o problematiku drog mimo školu? Graf č.8

Interpretace:

Odpovědi na tuto otázku byli pro 2. i 5. ročník téměř srovnatelné. Neobjevil se žádný významný posun směrem ke zvýšenému zájmu ve vyšším ročníku. Z 2. ročníku odpovědělo „určitě ano“ 2 studenti, „ano“ 4 studenti, „spíše ano“ 6 studentů, „spíše ne“ 26 studentů a „ne“ 8 studentů. Z 5. ročníku odpověděl „určitě ano“ 1 student, „ano“ 4 studenti, „spíše ano“ 5 studentů, „spíše ne“ 27 studentů, „určitě ne“ 3 studenti. Z celkového počtu respondentů odpovědělo kladně 22 studentů, co je 25%, z toho 15 žen, tedy 22% z celkového počtu 67 žen. O problematiku drog se mimo školu nezajímá 64 studentů, což je 74%, z toho 52 žen, tedy 78%. Mužů se zájmem o drogovou problematiku mimo školu je 7 z celkového počtu 19, tedy 37%, naopak nezájem uvádí 12 mužů, tedy 63% z jejich celkového počtu. Tady se nepotvrdila hypotéza, že ve vyšším ročníku VŠ bude zájem o drogovou problematiku stoupat.

9. otázka:

Pokud ano, napište, odkud čerpáte informace (můžete označit i více odpovědí).

Škola

Literatura

Internet

Jiné, napište

Interpretace:

Z výše jmenovaných zdrojů se jako první v získávání informací umístil internet, uvedlo ho celkem 27 respondentů, 10 respondentů uvedlo literaturu a 4 studenti označili políčko škola. U Odpovědí „Jiné, napište“ se objevilo například: „to, co se děje na ulici“, „organizace nabízející osvětu“, nebo „různé přednášky“. Většina těch, kteří v předchozí otázce, zda se zajímají o problematiku drog i mimo školu, odpověděla záporně, k této otázce neuvedla žádnou odpověď.

10. otázka:

Znáte nějakého autora/y, který/ří píše/í o problematice drog? (Pokud ano, napište jméno/a)

Ano Ne

Interpretace:

Kladně na tuto otázku odpovědělo celkem 19 respondentů, co je 22%, z toho z 2. ročníku si vybavilo jméno nějakého autora 12 studentů a v 5. ročníku jen 7 studentů. Na žádného autora píšícího o drogách si nevzpomnělo celkem 67 studentů z celkového počtu 86, co je 78%. Nejvíce uvádění autoři byli Radek John a Karel Nešpor. Johna uvedlo celkem 13 respondentů, Nešpora 6 respondentů, dále se objevili tyto autoři: Hajný, Vondrka, Žilák, Kerouac, Kadlec.

11. otázka:

Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog pro sebe?

Velmi rizikové

Rizikové

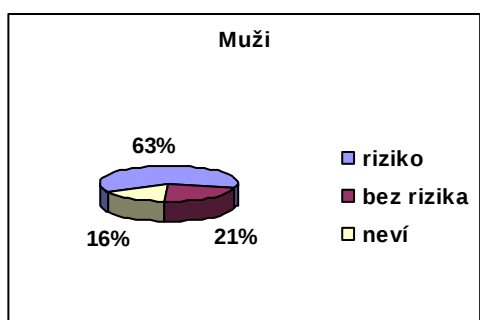
Malé riziko

Žádné riziko

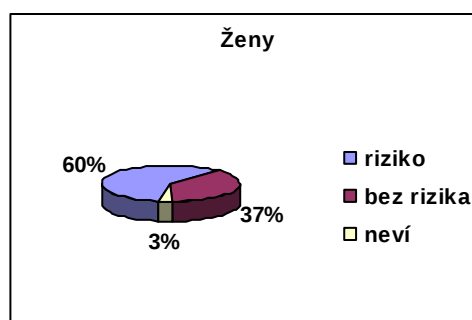
Nevím

	muži	ženy
rizikové	12	40
bez rizika	4	25
neví	3	2

Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog pro sebe? Tab.11



Graf 11a



Graf 11b

Interpretace:

Jako rizikové nebo velmi rizikové uvedlo v dotazníku užívání drog pro sebe celkem 52 z 86 respondentů, to je 60%. Jako žádné nebo malé riziko pro své zdraví chápe užívání drog 29 respondentů, tedy 34%, 5 studentů odpovědělo „nevím“.

Při rozdělení na ženské a mužské pohlaví výsledky vypadají následovně: za žádné, nebo malé riziko považuje užívání drog pro své zdraví 25 žen, co je 37% a 4 muži, to je 21% z jejich celkového počtu. Naopak, za riziko, nebo vysoké riziko považuje užívání drog pro své zdraví 40 žen, tedy 60% a 12 mužů, tedy 63% z jejich celkového počtu. Dvě ženy a tři muži odpověděli „nevím“

12. otázka:

Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog jako budoucí pedagog ve vztahu k žákům?

Jako velké riziko

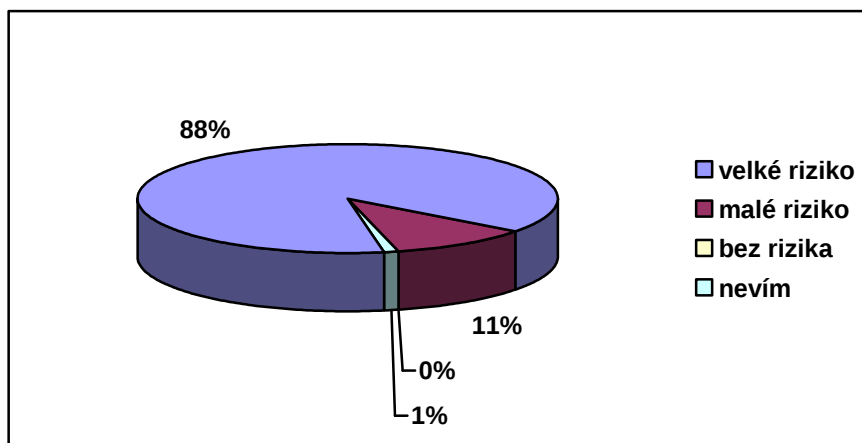
Jako malé riziko

Bez rizika

Nevím

	velké riziko	malé riziko	bez rizika	nevím
2. ročník	44	2	0	
5. ročník	32	7	0	1
	88%	11%	0%	1%

Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog jako budoucí pedagog ve vztahu k žákům? Tab. 12



Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog jako budoucí pedagog ve vztahu k žákům? Graf 12

Interpretace:

Při hodnocení rizika užívání drog jako budoucí pedagogové byli již respondenti opatrnější. Odpověď „jako velké riziko“ uvedlo až 88% studentů, 11% uvedlo „malé riziko“ a pouze 1% uvedlo, že neví.

13. otázka:

Myslíte si, že by jste dokázal/a řešit problematiku drog ve škole z pozice pedagoga?

Určitě ano

Asi ano

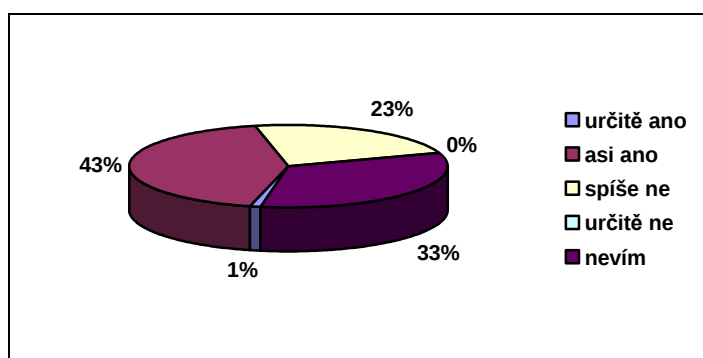
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

	určitě ano	asi ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	1	24	8	0	12
5. ročník	0	13	12	0	16
	1%	43%	23%	0%	33%

Myslíte si, že by jste dokázal/a řešit problematiku drog ve škole z pozice pedagoga? Tab. 13



Myslíte si, že by jste dokázal/a řešit problematiku drog ve škole z pozice pedagoga? Graf 13

Interpretace:

Odpověď „určitě ano“ se objevila jen jednou, nejvíce odpovědí, celkem 37 bylo „asi ano“ což je 43%. O něco méně odpovědí bylo „spíše ne“, celkem 20, tedy 24%, nikdo neodpověděl „určitě ne“. Odpověď „nevím“ označilo celkem 28 respondentů, tedy 33%. Z toho vyplývá, že víra studentů v to, že si poradí s možnou vzniklou kritickou situací v budoucnu není moc vysoká.

14. otázka:

Jste spokojen/a s informacemi ohledně prevence drogových závislostí, které jste získal/a na PF?

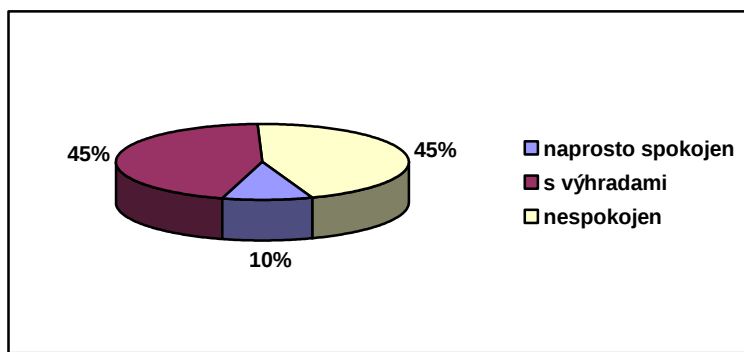
Naprosto spokojen

Jen s pár výhradami

Nespokojen

	naprosto spokojen	s výhradami	nespokojen
2. ročník	6	18	21
5. ročník	2	21	18
	10%	45%	45%

Jste spokojen/a s informacemi ohledně prevence drogových závislostí, které jste získal/a na PF? Tab.14



Jste spokojen/a s informacemi ohledně prevence drogových závislostí, které jste získal/a na PF? Graf 14

	nespokojen	
žena	31	46%
muž	8	42%

Jste spokojen/a s informacemi ohledně prevence drogových závislostí, které jste získal/a na PF? Tab.14a

Interpretace:

Dotazníkové výsledky ukázaly, že studenti volili odpovědi „jen s pár výhradami“, nebo „nespokojen“, v obou případech tak volilo 39 studentů. To znamená, že 45% respondentů je spokojeno s pár výhradami s informacemi, které získali na Pedagogické fakultě a 45% je se získanými informacemi nespokojeno. Pouze 8 studentů, tedy 10% označilo políčko „naprosto spokojen“.

15. otázka:

Co si myslíte, že by jste jako budoucí pedagog měl v první řadě udělat, abys jste zamezil rizikovému užívání drog u dětí. Napište.

Interpretace:

Hodně studentů uvádělo, že by měli v první řadě podávat informace o drogách, o jejich škodlivých účincích a možných rizikách, hodně jich rovněž psalo, že by si měli s dětmi povídat, organizovat besedy, diskuse, přednášky odborníků. Objevil se rovněž názor, že by se měli informovat rodiče, že by děti měly být konfrontovány s přímými uživateli drog, navštívit léčebnu pro drogově závislé, nebo, že je třeba trestat rodiče a děti by měly být podrobovány osobním prohlídkám.

Nejzajímavější názory odcitují:

„Příliš na drogy neupozorňovat, čím víc se o tom před dětmi mluví, tím větší u nich budíme zájem zkusit to.“

„Podávat informace, ne zakazovat bez vysvětlení a tvrdit akorát, že je to špatné a že se to nemá.“

„Zájem o volný čas dětí.“

Současný trend v drogové prevenci je především ve zvyšování sociální kompetence dětí, ve vytvoření zdravého sebevědomí a zdravého sebehodnocení, ve schopnosti odolávat nátlaku. Tento názor se v dotazníku neobjevil, ale velmi se mu přiblížil následující názor, který zde odcitují na závěr: „Dát dětem vědomí, že se na mne mohou kdykoliv obrátit a že vždy je možnost k řešení.“

16. otázka:

Za jak velký problém považujete současné rozšíření drog mezi mládeží?

Závažný

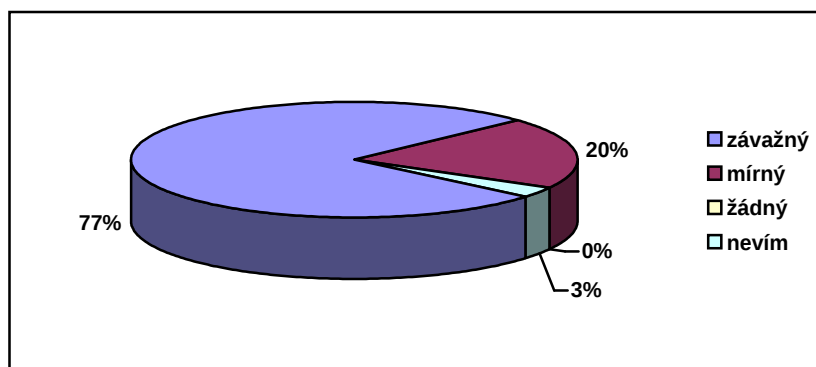
Mírný

Žádný

Nevím

	závažný	mírný	žádný	nevím
2.ročník	34	9	0	2
5. ročník	32	8	0	1
	77%	20%	0%	3%

Za jak velký problém považujete současné rozšíření drog mezi mládeží? Tab. 16



Za jak velký problém považujete současné rozšíření drog mezi mládeží? Graf 16

Interpretace:

Z odpovědí vyplývá, že 77% respondentů považuje problém rozšíření drog mezi mládeží za závažný. Za mírný ho považuje 20% respondentů. Nikdo z respondentů neoznačil políčko „žádný“. „Nevím“ označilo 3% studentů.

17. otázka:

Myslíte si, že mladí lidé užívající pravidelně tvrdou drogu hodně riskují vlastní poškození?

Určitě ano

Spíše ano

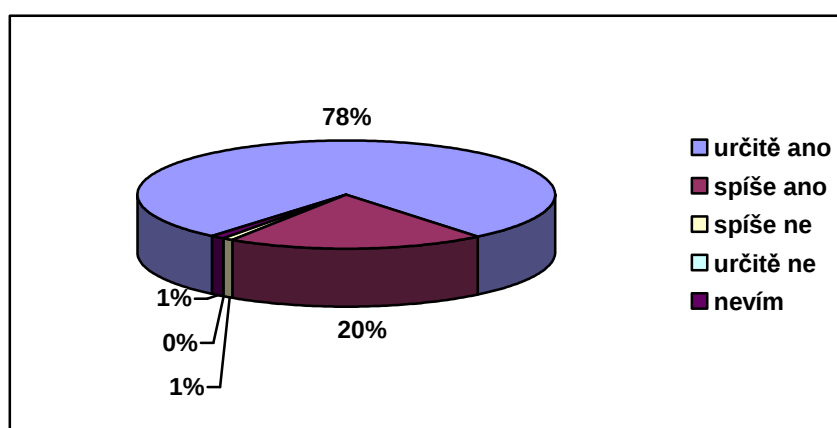
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	39	7	0	0	0
5. ročník	28	10	1	0	1
	78%	20%	1%	0%	1%

Myslíte si, že mladí lidé užívající pravidelně tvrdou drogu hodně riskují vlastní poškození? Tab.17



Myslíte si, že mladí lidé užívající pravidelně tvrdou drogu hodně riskují vlastní poškození? Graf17

Interpretace:

Respondenti se většinou shodli na tom, že mladí lidé, kteří pravidelně užívají tvrdou drogu riskují hodně své zdraví. „Určitě ano“ odpovědělo 78% studentů. 20% odpovědělo „spíše ano“. Pouze jeden student odpověděl „spíše ne“ a jeden „nevím“, což činí v obou případech 1%. Z výsledků je zřejmé, že studenti jako budoucí učitelé vnímají riziko související s užíváním tvrdých drog dost vysoko.

18. otázka:

Jak dobře znáte legislativu ČR o problematice nelegálních drog?

Velmi dobře

Spíše dobře (částečně)

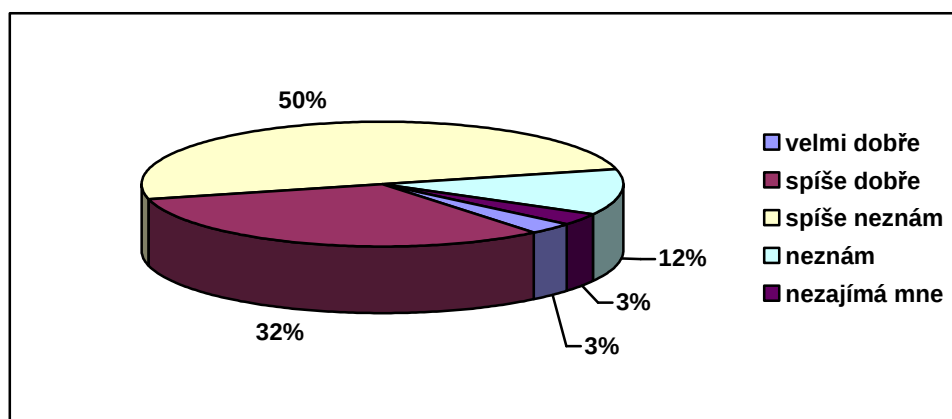
Spíše neznám

Neznám

Nezajímá mne

	velmi dobře	spíše dobře	spíše neznám	neznám	nezajímá mne
2. ročník	2	17	20	4	2
5. ročník	1	10	23	6	1
	3%	32%	50%	12%	3%

Jak dobře znáte legislativu ČR o problematice nelegálních drog? Tab. 18



Jak dobře znáte legislativu ČR o problematice nelegálních drog? Graf 18

Interpretace:

Dalo by se říci, že dobrá znalost legislativy ohledně drog nepatří mezi silné stránky studentů Pedagogické fakulty. Nejvíce, a to 50% studentů odpovědělo, že legislativu „spíše nezná“. 32% studentů uvedlo, že legislativu zná dobře nebo spíše dobře. 12% studentů legislativu vůbec nezná a 3% uvedlo, že je daná problematika nezajímá. Co se týče pohlaví, tak 34% žen a 37% mužů uvedlo dobrou nebo částečnou znalost legislativy ČR ohledně drog.

19. otázka:

Myslíte si, že legislativa ČR řeší kvalitně problematiku kolem drog?

Určitě ano

Spíše ano

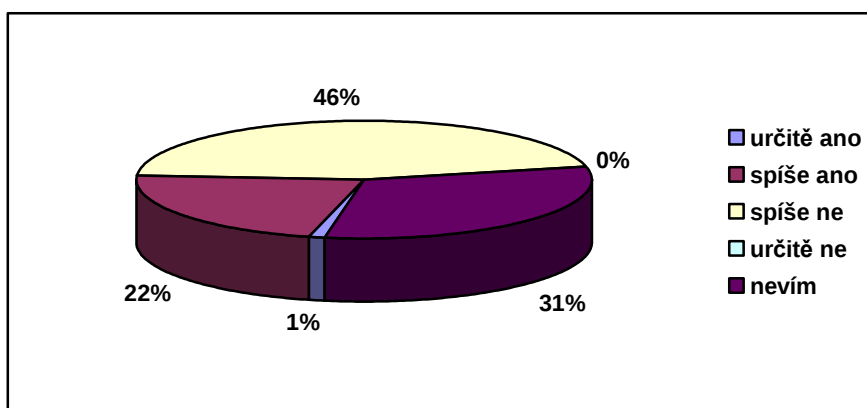
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	1	10	22	0	12
5. ročník	0	9	17	0	15
	1%	22%	46%	0%	31%

Myslíte si, že legislativa ČR řeší kvalitně problematiku kolem drog? Tab. 19



Myslíte si, že legislativa ČR řeší kvalitně problematiku kolem drog? Graf 19

Interpretace:

Odpovědi na tuto otázku byli ve 2. a 5. ročníku téměř srovnatelné, malý rozdíl se objevil u odpovědi „spíše ne“, kde ve 2. ročníku zaškrtnulo toto políčko 22 respondentů a v 5. ročníku 17. Kvalitu legislativy ČR ohledně drog vidí jako určitě dobrou pouze 1% studentů. Jako „spíše“ kvalitní ji vnímá 22% studentů a 45% studentů ji vnímá jako „spíše“ nekvalitní. Jednoznačné „určitě ne“ nezaškrtnul nikdo. 31% studentů odpovědělo „nevím“, tím se také potvrdila nižší znalost této problematiky, co se už objevilo v předchozí otázce.

20. otázka:

Pokud ne, napište, co byste změnil/a.

Interpretace:

Na tuto otázku odpověděla necelá čtvrtina dotázaných respondentů. Jednoznačně převládal názor, že by měli být tvrdší tresty za tvrdé drogy, za jejich výrobu, pašování a distribuci. Naopak často se objevil názor na legalizaci marihuany, za zmírnění resp. zrušení trestů za její držení a užívání, legalizovaná by měla být zejména pro lékařské využití. Mezi studenty je i častý názor, že by se měla zlepšit informovanost ohledně drogové problematiky. Dva názory si dovoluji odčitovat: „Rozdíl mezi tvrdými a měkkými drogami bych stanovila přesněji.“

„Jako jsou šoty pro řidiče, rovněž takové pro obyčejný lidi (rodiče, kamarády)“.

21. Otázka:

Máte v plánu po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat?

Určitě ano

Spíše ano

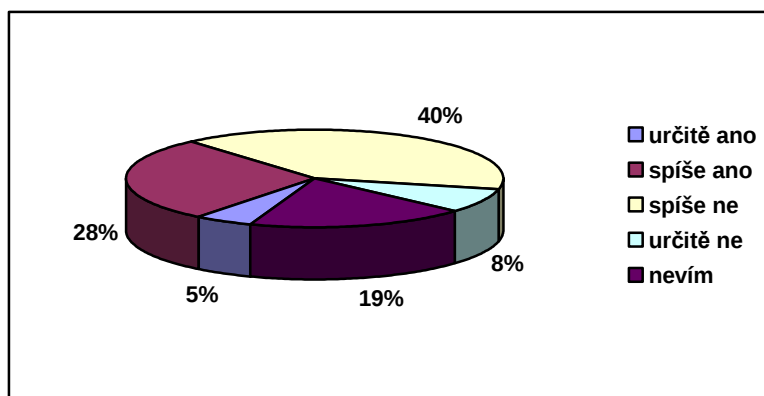
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	4	11	17	4	9
5.ročník	0	13	18	3	7
	5%	28%	40%	8%	19%

Máte v plánu po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat? Tab. 21



Máte v plánu po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat? Graf 21

Interpretace:

Odpovědi na tuto otázku byly opět v obou ročnících srovnatelné, větší rozdíl se objevil pouze u odpovědi „určitě ano“, kde ve 2. ročníku tak odpověděli 4 respondenti a v 5. ročníku žádný. Své znalosti v oblasti drogové problematiky chce nadále prohlubovat 28% studentů, dali to najevo méně výrazným „spíše ano“. „Spíše ne“ odpovědělo 40% studentů a „určitě ne“ 8% studentů, „nevím“ odpovědělo 19% studentů. Odpovědi na tuto otázku určitě stojí za zamyšlení, protože jako budoucí učitelé se setkání s problémem drog pravděpodobně nevyhnou a další vzdělávání by jim bylo ku prospěchu.

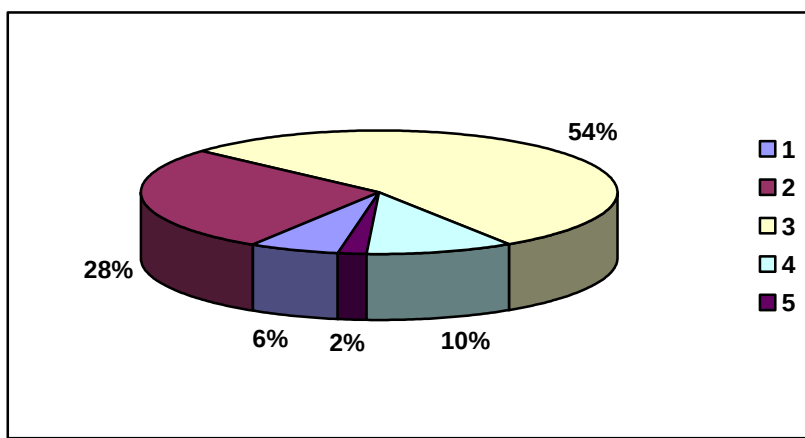
22. otázka:

Znáte druhy drog a jejich účinky? (ohodnoťte se známkou jako ve škole).

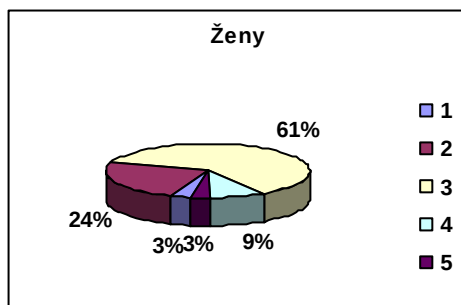
1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
2. ročník	2	18	20	5	0
5. ročník	3	6	26	4	2
	6%	28%	54%	10%	2%
ženy	2	16	41	6	2
	3%	24%	61%	9%	3%
muži	3	8	5	3	0
	16%	42%	26%	16%	0%

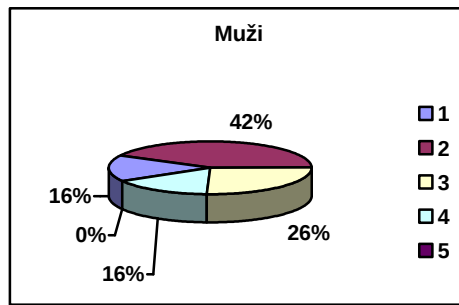
Znáte druhy drog a jejich účinky? (ohodnoťte se známkou jako ve škole). Tab. 22



Znáte druhy drog a jejich účinky? (ohodnoťte se známkou jako ve škole). Graf 22



Graf 22a



Graf 22b

Interpretace:

Podle výsledků šetření se opět potvrdila hypotéza, že znalost drog a jejich účinků je u studentů průměrná, většinou se ohodnotili známkou 3. Velký rozdíl se objevil mezi 2. a 5. ročníkem u známky 2, zatím, co si tuto známku dalo 18 studentů 2. ročníku, v 5. ročníku jich bylo pouze 6. Celkové shrnutí vypadá následovně: známku 1 si dalo pouze 6% všech studentů, u známky 2 to bylo 28% studentů, nejvíce se studenti známkovali trojkou, tuto známku si dalo celkem 46 studentů, co činí 54%. Známkou 4 si dalo 10% ze všech studentů a pětkou se ohodnotili 2 studenti z 5. ročníku a žádný student z 2. ročníku, to jsou 2% z celkového počtu studentů. Odpovědi na tuto otázku nepotvrdily hypotézu, že ve vyšším ročníku budou znalosti studentů lepší.

23. otázka:

Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu?

Určitě ano

Spíše ano

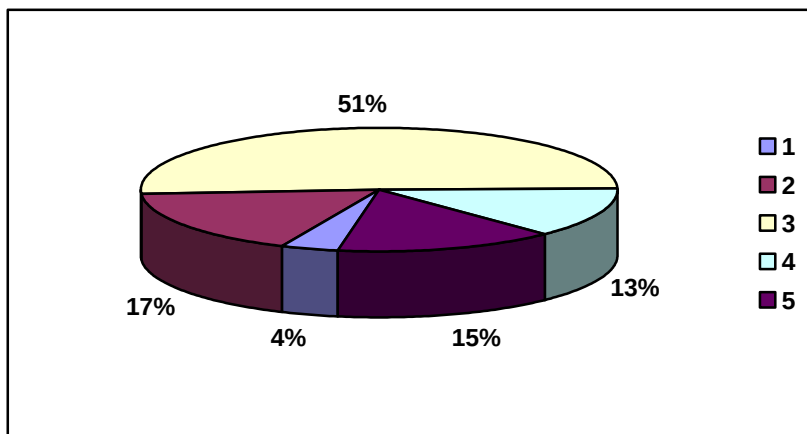
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

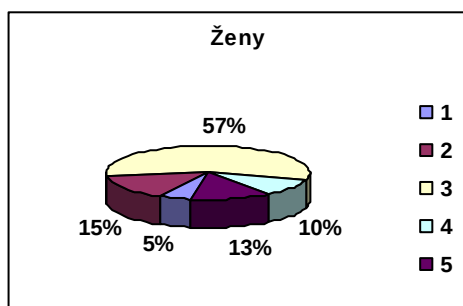
	1	2	3	4	5
2. ročník	3	8	22	3	9
5. ročník	0	7	22	8	4
	4%	17%	51%	13%	15%
ženy	3	10	38	7	9
	5%	15%	57%	10%	13%
muži	0	5	6	4	4
	0%	26%	32%	21%	21%

Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu? Tab. 23

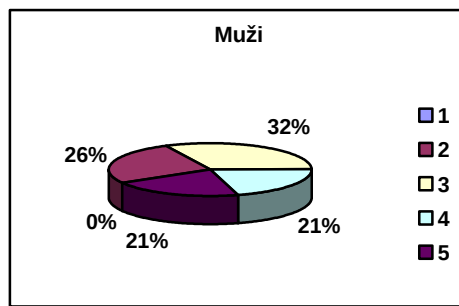


Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu? Graf 23

Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu?



Graf 23a



Graf 23b

Interpretace:

Na tuto otázku odpověděla většina respondentů „spíše ne“, celkem 51%, odpověď „určitě ano“ označili 3 studenti 2. ročníku, co jsou celkem 4%, „spíše ano“ odpovědělo 17 % respondentů, „určitě ne“ odpovědělo 13% a 15% „nevím“. Odborníci se většinou shodují na tom, že znalosti o drogách k experimentům nevedou, opak tvrdí laici, kteří si myslí, že přílišná informovanost mladých vede spíše k tomu, aby si drogy sami vyzkoušeli.

24. otázka:

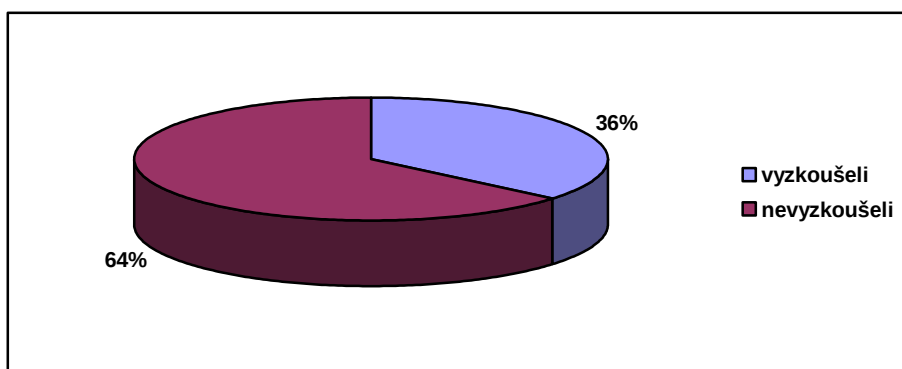
Vyzkoušeli jste již nějakou nelegální drogu? V případě, že ne, přeskočte na otázku č.29

Ano

Ne

	vyzkoušeli	nevyzkoušeli
2. ročník	20	26
5. ročník	11	29
	36%	64%

Vyzkoušeli jste již nějakou nelegální drogu? Tab. 24

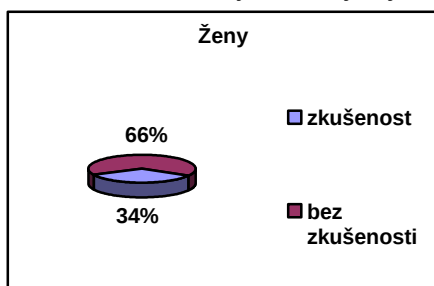


Vyzkoušeli jste již nějakou nelegální drogu? Graf 24

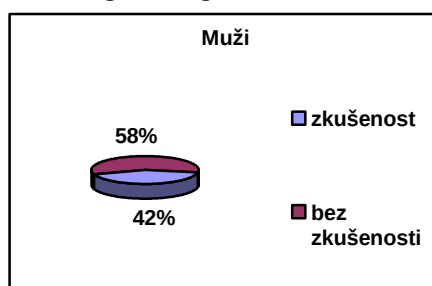
	ženy	muži
vyzkoušeli	23	8
	34%	42%

Vyzkoušeli jste již nějakou nelegální drogu? Tab. 24a

Vyzkoušeli jste již nějakou nelegální drogu?



Graf 24a



Graf 24b

Interpretace:

U této otázky se podstatně liší výsledky u 2. a 5. ročníku. Ve 2. ročníku uvedlo 20 respondentů, že vyzkoušelo již nějakou nelegální drogu, naproti tomu v 5. ročníku jich bylo pouze 11. Dohromady 36% studentů uvedlo, že již nějakou zkušenost s nelegální drogou má. Podle pohlaví vypadají výsledky následovně: zkušenost s nelegální drogou přiznává 23 žen, co je 34% z jejich celkového počtu. Muži přiznali zkušenost s nelegální drogou ve 42%. Tím se potvrdila další hypotéza, že muži budou mít bohatší zkušenosti s drogami, než ženy.

25. otázka:
Pokud ano, zaškrtněte.
Marihuanu
Tvrdou drogu

	Marihuanu	Tvrdou drogu
2. ročník	16	4
5. ročník	10	1

Užíváte marihuanu, tvrdou drogu? Tab. 25

	Marihuanu	Tvrdou drogu
ženy	19	4
muži	7	1

Užíváte marihuanu, tvrdou drogu? Tab. 25a

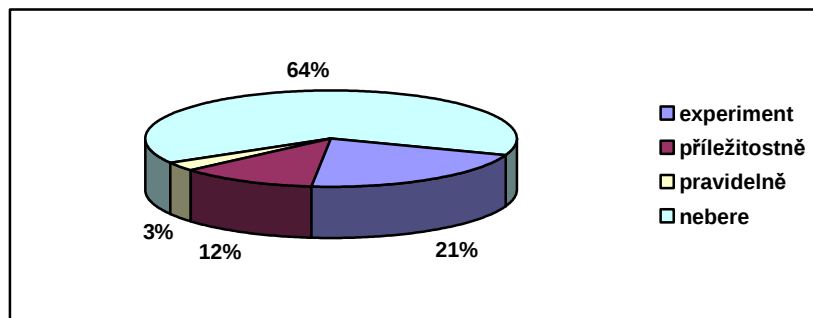
Interpretace:

Otázka č 25 se týkala jen těch respondentů, kteří v předchozí otázce odpovídali kladně, tj. že už vyzkoušeli nějakou nelegální drogu. V odpovědích se jim nabízeli dvě možnosti, mohli označit, že vyzkoušeli marihuanu, nebo tvrdou drogu, popřípadě mohli označit obě políčka. Dá se ovšem předpokládat, že ten, kdo vyzkoušel tvrdou drogu, zkusil s velkou pravděpodobností i marihuanu. Podle odpovědí vyplývá, že 26 z 31 respondentů vyzkoušelo marihuanu a 5 jich vyzkoušelo i tvrdou drogu. Těch 26, kteří uvedli zkušenost s marihuanou je 30% z celkového počtu respondentů, 5 studentů ze zkušeností s tvrdou drogou dělá 6% z celkové sumy respondentů. Když jsem respondenty rozdělila podle pohlaví, vypadali výsledky následovně: 28% žen udává zkušenost s marihuanou a 6% jich přiznává zkušenost s tvrdou drogou. U mužů vypadají výsledky takto: 37% mužů má zkušenosti s marihuanou a 5% zkušenosti s tvrdou drogou. Překvapující jsou výsledky ohledně zkušeností žen s tvrdou drogou, je jich procentuálně více, než zkušeností mužů s tvrdou drogou. I když u zkušeností s marihuanou vyznívají výsledky jednoznačně v neprospěch mužů, hypotéza, že muži budou mít bohatší zkušenosti s drogou, se nijak výrazně nepotvrdila.

26. otázka:
Pokud marihuanu, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání.
Experiment
Příležitostně
Pravidelné užívání

	experiment	příležitostně	pravidelně
2. ročník	11	7	3
5. ročník	7	3	0
	21%	12%	3%

Pokud marihuanu, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání. Tab. 26



Pokud marihuanu, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání. Graf 26

Interpretace:

Na tuto otázku opět odpovídala jen ta část respondentů, která v předchozí otázce odpověděla, že má zkušenosti s marihuanou. Z výsledků je zřejmé, že 21% studentů s marihuanou experimentovalo, 12% studentů marihuanu užívá příležitostně a 3% studentů užívá marihuanu pravidelně. Při rozdělení na pohlaví, výsledky vyšli následovně: 24% žen uvádí „experiment“ s marihuanou, 9% žen jí užívá příležitostně a 1% užívá marihuanu pravidelně. Poměrně vysoké číslo u experimentu a nízké u pravidelného užívání, napovídá něco o tom, že hodně žen si chce pouze drogu vyzkoušet, ale netouží po pravidelném užívání. U mužů vyšli výsledky opět v jejich neprospěch ve srovnání se ženami. 11% mužů uvádí „experiment“, 21% označilo políčko „příležitostně“ a 11% mužů užívá marihuanu pravidelně. Podle výsledků se lze domnívat, že muži již mají v tomto věku fázi experimentování za sebou a přecházejí buďto k příležitostnému nebo pravidelnému užívání marihuany. Odpovědi na tuto otázku potvrdily hypotézu, že muži budou ve větší míře pravidelnými uživateli nelegálních drog.

27. otázka:

Pokud tvrdou drogu, zaškrtněte jakou.

Pervitin

Extázi

Kokain

LSD

Lysohlávky

Jinou

	pervitin	extáze	kokain	LSD	lysohlávky	jinou
2. ročník	2	6	2	3	3	1
5. ročník	0	0	0	0	1	0
ženy	1	4	2	2	2	0
muži	1	2	0	1	2	0

Pokud tvrdou drogu, zaškrtněte jakou. Tab. 27

Interpretace:

Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že mezi studenty je nejoblíbenější tvrdou drogou extáze, celkem se objevila u 6 studentů, to je 7% dotázaných, na druhém místě se objevili lysohlávky, které užili 4 studenti, tedy 5% z celkového počtu všech respondentů. LSD užili 3 studenti, tedy 3%, pervitin a kokain po dvou studentech, tedy po 2%. Zajímavý je vysoký rozdíl mezi studenty 2. a 5. ročníku, zatímco v 5. ročníku se

objevil pouze jeden konzument lysohlávek, ve 2. ročníku studenti označovali od jednoho po všechny druhy tvrdých drog. Zdá se, že nastupující generace vysokoškoláků je k tvrdým drogám mnohem benevolentnější, než jejich starší spolužáci. Na vysokém podílu konzumace tvrdých drog se v této otázce v odpovědích podílely i ženy. Celkem 4 uvedly, že vyzkoušely extázi, 2 ženy vyzkoušely kokain, 2 ženy LSD a 2 ženy lysohlávky, často označovaly souběžně všechny, nebo téměř všechny drogy současně.

28. otázka:

V případě, že ano, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání.

Experiment

Příležitostně

Víkendové užívání

Denní

	experiment	příležitost	víkend
2. ročník	5	1	2
5. ročník	1	0	0
	7%	1%	2%

Experiment, nebo užívání. Tab. 28

Interpretace:

Na tuto otázku odpovídali jen ti, co uvedli, že vyzkoušeli nějakou tvrdou drogu. V odpovědích měli přesně vymezit zda v jejich případě šlo o jednorázový experiment, nebo šlo o užívání častější. Nejvíce studentů uvedlo, že šlo o experiment – celkem 6, v jednom případě šlo o příležitostné užívání, ve dvou o víkendové užívání tvrdé drogy. Denní užívání se mezi studenty nevyskytlo. Z výsledů je patrné, že nejvyšší procento uživatelů tvrdých drog mezi studenty VŠ jsou pouze experimentátoři - 7%, 1% příležitostných uživatelů a 2% víkendových uživatelů.

29. otázka

Myslíte si, že by měla být marihuana legalizována?

Určitě ano

Spíše ano

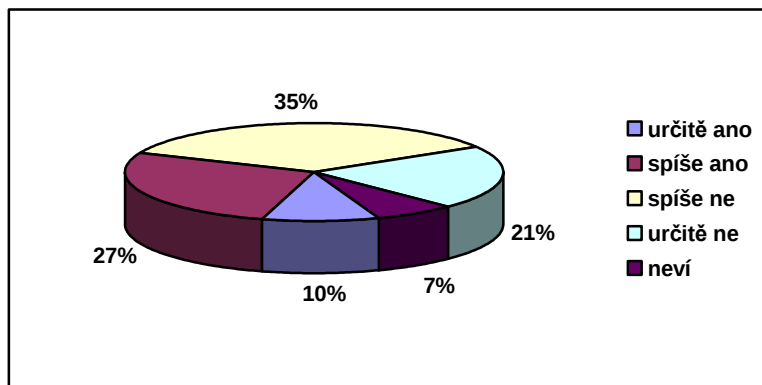
Spíše ne

Určitě ne

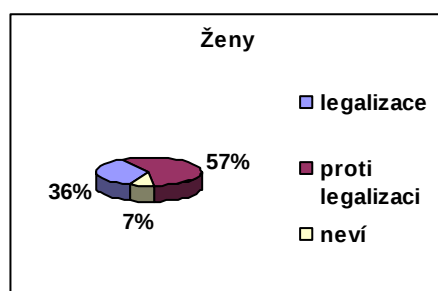
Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	5	13	17	9	1
5. ročník	4	10	13	9	5
	10%	27%	35%	21%	7%

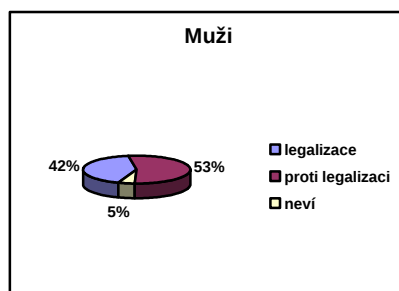
Myslíte si, že by měla být marihuana legalizována? Tab. 29



Myslíte si, že by měla být marihuana legalizována? Graf 29



Graf 29a



Graf 29b

Interpretace:

V této otázce dostali studenti přímou otázku, zda si myslí, že by měla být marihuana legalizována. „Určitě ano“ odpovědělo 10% studentů, „spíše ano“ 27%, odpověď „spíše ne“ vybralo 35% studentů a 21% jich zvolilo „určitě ne“. Odpověď „nevím“ zvolilo 7% studentů. Studenti se tedy přiklonili k záporné odpovědi, kdy legalizaci marihuany odmítlo 56% studentů. Při rozdělení odpovědí na pohlaví vypadají výsledky takto: 57% žen legalizaci marihuany odmítá buďto méně výrazným „spíše ne“, nebo výraznějším „určitě ne“, muži byli o něco málo benevolentnější, legalizaci marihuany jich odmítlo 53%.

30. otázka:

Sdílíte názor, že marihuana může být startovací droga?

Určitě ano

Spíše ano

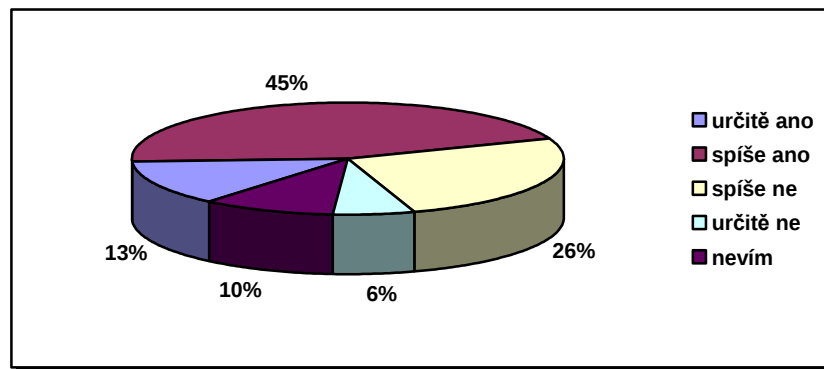
Spíše ne

Určitě ne

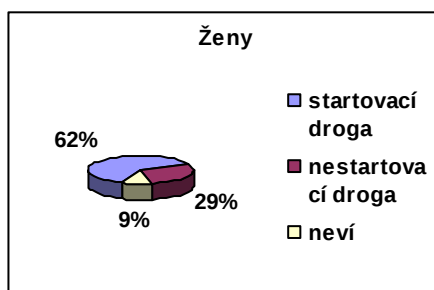
Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	4	24	11	3	3
5. ročník	7	15	11	2	6
	13%	45%	26%	6%	10%

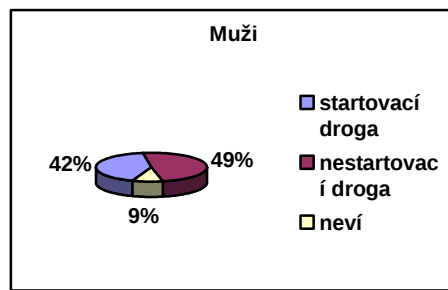
Sdílíte názor, že marihuana může být startovací droga? Tab. 30



Sdílíte názor, že marihuana může být startovací droga? Graf 30



Graf 30a



Graf 30b

Interpretace:

Na otázku, zda může být marihuana startovací droga, odpověděla polovina respondentů kladně. Při podrobnějším průzkumu vypadají výsledky následovně: odpověď „určitě ano“ zvolilo 13% respondentů, „spíše ano“ si myslí 45%, odpověď „spíše ne“ zvolilo 26% respondentů a „určitě ne“ 6%. 10% studentů odpovědělo „nevím“. Při rozdělení na pohlaví vypadají výsledky takto: 62% žen dopovědělo kladně buďto výrazným „určitě ano“, nebo méně výrazným „spíše ano“. Kladných odpovědí u mužů bylo 42%.

31. otázka:

Víte, kde by se případně dala obstarat droga?

Určitě ano

Spíše ano

Spíše ne

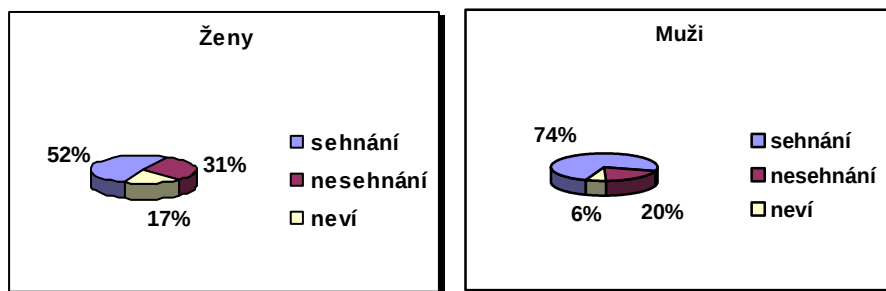
Určitě ne

Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	12	20	6	3	4
5. ročník	4	12	9	5	11
	19%	37%	17%	9%	17%

Víte, kde by se případně dala obstarat droga? Tab. 31

Víte, kde by se případně dala obstarat droga? Graf 31



Graf 31a

Graf 31b

Interpretace:

Celkově se dá říct, že téměř polovina studentů, tedy 56% ví, kde by se dala obstarat droga, z toho studenti ve 2. ročníku se mnohem více podíleli na odpovědích kladných. Podrobněji vypadají výsledky následovně: „určitě ano“ odpovědělo 19% studentů, odpověď „spíše ano“ označilo 37% studentů, „spíše ne“ odpovědělo 17% a „určitě ne“ 9% studentů. 17% studentů odpovědělo „nevím“. Po rozdělení na pohlaví vypadají výsledky takto: 52% žen ví, kde obstarat droga a z mužů je to 74%.

32. otázka:

Setkali jste se s distribucí drog na VŠ?

Určitě ano

Spíše ano

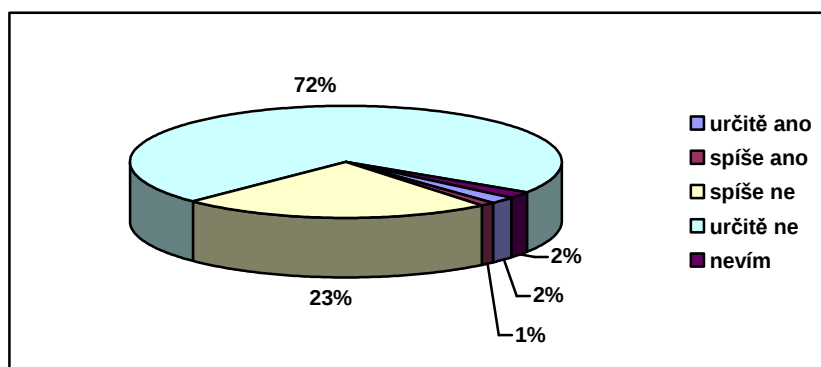
Spíše ne

Určitě ne

Nevím

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	nevím
2. ročník	1	1	12	30	1
5. ročník	1	0	8	31	1
	2%	1%	23%	71%	2%

Setkali jste se s distribucí drog na VŠ? Tab.32



Setkali jste se s distribucí drog na VŠ? Graf 32

Interpretace:

Na otázku, zda se studenti setkali na VŠ s distribucí drog odpověděla 94% záporně a to 71% odpověděla „určitě ne“ a 23% „spíše ne“. Po jednom respondentovi z 2. a z 5. ročníku označilo odpověď „určitě ano“ co dělá 2% z celkového počtu respondentů a

jeden respondent odpověděl „spíše ano“, tedy dohromady 3% studentů se na VŠ setkala s distribucí drog.

33. otázka:

Jak by jste zhodnotili svůj celkový postoj k drogám?

Jednoznačně odmítám

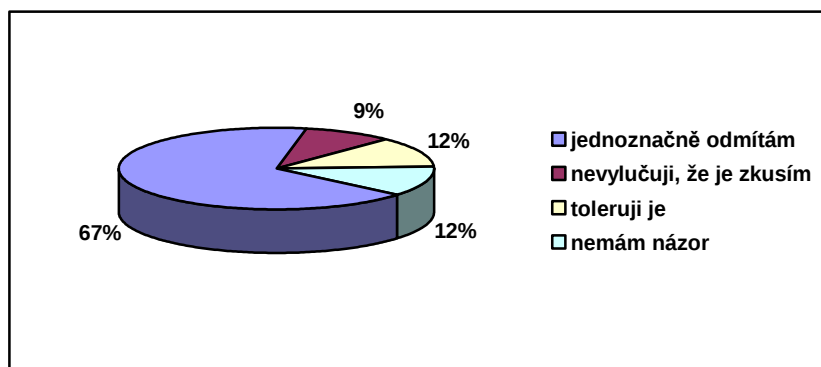
Nevylučuji, že je jednou zkusím

Toleruji je

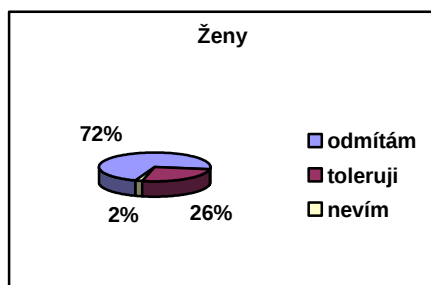
Nemám názor

	jednoznačně odmítám	zkusím	toleruji	nemám názor
2. ročník	28	6	5	7
5. ročník	30	2	5	3
	67%	9%	12%	12%

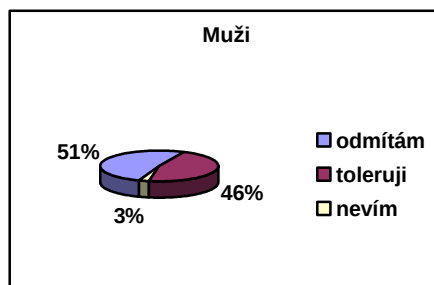
Jak by jste zhodnotili svůj celkový postoj k drogám? Tab. 33



Jak by jste zhodnotili svůj celkový postoj k drogám? Graf 33



Graf 33a



Graf 33b

Interpretace:

Touto otázkou se posuzoval celkový postoj k drogám. Studenti mohli vyjádřit postoj škálou od „jednoznačně odmítám“, přes „nevylučuji, že je jednou zkusím“, až po „toleruji je“.

Nejvíce studentů odpovědělo, že drogy jednoznačně odmítá, celkem tak odpovědělo 67% studentů. Odpověď „nevylučuji, že je jednou zkusím“ dalo 9% studentů a odpověď „toleruji je“ 12% studentů. 12% studentů zatím nemá názor na tuto otázku. V případě rozdělení respondentů na ženy a muže, dopadly výsledky takto: 72% žen a 53% mužů drogy jednoznačně odmítá. Tím se potvrdila hypotéza, že tolerantnější k drogové problematice budou muži.

7. Ověření platnosti hypotéz na základě výsledků výzkumu a závěry praktické části

Hypotéza č.1

Předpokládám, že povědomí studentů o nelegálních drogách je vysoké.

V otázkách č. 24 – 28 se studentů přímo ptám, zda vyzkoušeli nějakou nelegální drogu. Z odpovědí jsem zjistila, že 31 studentů odpovědělo kladně, tj. 36% respondentů již drogu vyzkoušelo osobně. Z uvedených 36% studentů s osobní zkušeností s nelegální drogu je 30% těch, kteří přiznávají zkušenosti s marihuanou a 6% má zkušenosti i s tvrdou drogu. Z tvrdých drog měli studenti na výběr Pervitin, Extázi, Kokain, LSD a lysohlávky, nebo mohli označit políčko „jinou“ drogu, blíže nespecifikovanou. Z výsledků vyplývá, že nejužívanější tvrdou drogu mezi studenty byla extáze, která je zastoupená 6%, na druhém místě se objevily lysohlávky, které užilo 5% studentů. LSD označilo 3% studentů, pervitin a kokain užilo v obou případech 2% studentů. Více zkušeností s tvrdou drogu mají studenti 2. ročníku. I když se v dotazníku neptám studentů přímo, zda se setkali s drogu prostřednictvím svého okolí, domnívám se, že zbylých 64% studentů se s drogu setkalo zprostředkovaně přes své spolužáky, kamarády nebo známé. Tím se moje hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že ženy mají menší zkušenosti s drogu, než muži a muži budou častěji pravidelnými uživateli drog, než ženy.

Na základě statistických zpráv použitých v teoretické části práce lze předpokládat, že muži mají sklony více riskovat a více podceňovat riziko spojené s užíváním drog. Proto předpokládám, že jich i mezi respondenty bude více takových, kteří budou mít větší zkušenosti s nelegální drogu a budou patřit, spíše než ženy, k pravidelným uživatelům nějaké nelegální drogy. V otázce č. 24 se přímo ptám na osobní zkušenosti s nelegální drogu. Kladně odpovědělo 34% žen a 42% mužů. Tím se potvrzuje hypotéza, že ženy mají menší zkušenosti s drogu než muži. V otázce č. 26 kladu studentům otázku, jak často užívali marihuanu, v případě, že odpověděli kladně na otázku č. 25. Pravidelné užívání udává 1% žen a 11% mužů. Ve 28. otázce se ptám na frekvenci užívání tvrdé drogy, v případě, že odpověděli kladně na otázku č. 27. Příležitostné nebo víkendové užívání uvedlo 1% žen a 10% mužů. Tím se opět potvrdila druhá část hypotézy, že muži budou častěji pravidelnými uživateli drog, než ženy.

Hypotéza č.3

Předpokládám, že studenti 5. ročníků budou mít větší přehled o problematice drog, budou znát lépe jednotlivé drogy a jejich účinky, než studenti 2. ročníků.

U této hypotézy jsem se snažila zjistit úroveň připravenosti studentů na problematiku drog. Vycházela jsem ze skutečnosti, že studenti 2. ročníku ještě neabsolvovali povinné předměty, ve kterých by se zabývali touto problematikou, protože jsou až ve vyšších ročnících. Některé informace jim proti 5. ročníkům mohly chybět. Na znalosti drog a jejich účinků se ptám přímo v otázce č. 22, kde se měli studenti ohodnotit známkou od 1 do 5, jako ve škole. Nejlepší známkou 1 se ohodnotili 4% studentů 2. ročníku a 8% studentů 5. ročníku. U známky 2 se ovšem výsledky výrazně lišili ve prospěch studentů mladších. Celkem 18 studentů 2. ročníku a pouze 6 studentů 5. ročníku si dalo tuto známku. U známky 3 a 4 se výsledky nijak výrazně nelišili. Pětkou se ohodnotili pouze dva studenti, oba z 5. ročníku. Protože předpokládám, že vyšší znalost resp. informovanost mohla způsobit i vyšší sebekritičnost, nemyslím si, že odpovědi na otázku č. 22 potvrdily, nebo popřely moji hypotézu. K přehledu ohledně drog se vztahuje většina otázek v dotazníku a výsledky se nijak zvlášť nelišily při srovnání 2. a 5. ročníku. Výraznější rozdíl se objevil u otázky č. 11, kde studenti hodnotili zdravotní rizika spojená s užíváním drog pro sebe. Jako velké riziko to považuje 13% studentů 2. ročníku, ale až 45% studentů 5. ročníku. U otázky č. 13 odpovědělo 54% studentů 2. ročníku, že by dokázalo řešit problematiku drog ve škole z pozice pedagoga. Na tuto otázku kladně odpovědělo pouze 33% studentů 5. ročníku. Z uvedených výsledků vyplývá, že hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Hypotéza č.4

Předpokládám, že téma drog probírali studenti minimálně v rámci jednoho předmětu.

Tato hypotéza se potvrdila jen částečně. Vztahovala se k ní otázka č. 3, kde jsem se přímo ptala studentů, zda mají předmět zabývající se drogovou problematikou. Studenti 2. ročníku odpovídali kladně v 30% a studenti 5. ročníku pouze v 25%. U studentů 5. ročníku zřejmě došlo k opomenutí částečného probírání tematiky drog v rámci předmětů, jako je pedagogika a psychologie. Pokud odpovídali kladně, uváděli vesměs všichni název předmětu Psychologie prevence závislosti.

Hypotéza č.5

Předpokládám, že zájem o drogovou problematiku roste s věkem studenta a ročníkem studia.

U této hypotézy jsem předpokládala, že studium na Pedagogické fakultě a účast na přednáškách zákonitě způsobí zvýšení zájmu o problematiku kolem drog. Při vyhodnocování této hypotézy jsem vycházela z otázek č. 6, 8, 21 a částečně z otázek č. 10 a 18. U otázky č. 6 vycházím z předpokladu, že studenti 2. ročníku ještě nemají možnost vybírat si z nabídky povinných volitelných předmětů v takovém rozsahu, jako studenti 5. ročníku, přesto kladně odpověděla 4% studentů. Z 5. ročníku si záměrně zvolilo předmět zabývající se drogovou problematikou 11 studentů, tj. 28%. U otázky č.8, kdy se studentů přímo ptám, zda-li se zajímají o problematiku drog mimo školu, byli odpovědi 2. a 5. ročníku srovnatelné, tj. k nárůstu zájmu ve vyšším ročníku

nedošlo. Stejného výsledku, tedy srovnatelného v obou ročnících, bylo dosaženo i u otázky č. 21. Celkem 65% studentů 2. ročníku a 70% studentů 5. ročníku nemá zájem po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat. Podobný a pro 5. ročník ne příliš lichotivý výsledek byl dosažen i u otázky č. 10, kdy si 26% studentů 2. ročníku vybavilo jméno autora píšícího o drogové problematice. V 5. ročníku to bylo pouze 18%. Otázka č. 18 nepřímo zjišťuje zájem o drogovou problematiku, protože se ptám na znalost legislativy, která, jak se domnívám, souvisí s celkovým zájmem o tuto problematiku. Studenti 2. ročníku odpověděli nepoměrně lépe, než studenti 5. ročníku. Znalost přiznává 41% studentů 2. ročníku a pouze 28% studentů 5. ročníku. Výsledky jednoznačně ukazují, že moje hypotéza se v tomto směru nepotvrdila.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že studenti 5. ročníku budou mít odmítavější postoj k drogám, než studenti 2. ročníku.

Tuto hypotézu jsem si ověřovala otázkou č. 29 a 33. V otázce č. 29 se studentů ptám, zda si myslí, že by měla být marihuana legalizovaná. Studenti 2. ročníku odpovídali kladně ve 39% a studenti 5. ročníku ve 35%. Ve 33. otázce se ptám přímo na postoj k drogám. Jednoznačně drogy odmítá 59% studentů 2. ročníku a 75% studentů 5. ročníku. Je zde tedy patrný jistý nevýrazný posun směrem k radikálnějšímu odmítnutí drog oproti druhému ročníku. Hypotéza se na podkladě odpovědí z dotazníků potvrdila.

IV. ZÁVĚR

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na průzkum znalostí a postojů studentů Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity vzhledem k drogové problematice. Nejdříve bych chtěla připomenout, co to vlastně postoj je. „*Postojem individua vůči nějaké věci chápeme jeho predispozici vůči této věci jednat, vnímat, myslet a cítit.*“ (Nakonečný, 2000). Tedy mít k něčemu postoj znamená zaujmout hodnotící stanovisko. Postoj vlastně determinuje způsob jednání. Postoje jsou produktem učení, tedy získávání znalostí a někdy i dovedností. Abychom mohli „vyprodukovat“ očekávaný a žádoucí postoj, musíme být schopní předat náležitě vědomosti a znalosti, podat relevantní informace. Stručně by se tedy dalo říci, že od informací k chování vede cesta přes postoje a názory. Proto je velmi důležité, aby právě učitelé měli v oblasti drogové problematiky patřičné vědomosti, na základě kterých si budují své postoje, aby je mohli ve své pedagogické činnosti předávat dál. Tento princip je uplatňován v tzv. KAB modelu, kdy je chování popisováno podle schématu: znalosti – postoje – chování (Knowledge – Attitude – Behavior). To znamená, že k dosažení žádoucího chování je zapotřebí mít patřičné vědomosti, vhodné postoje a podmínky pro jejich uplatnění.

Současné děti a mládež z pohledu historie tráví mnohem více času v kolektivních zařízeních, jako jsou školy, či různé zájmové organizace, než tomu bylo v minulosti. Učitel se, hned po rodině, stává nejzávažnějším zprostředkovatelem hodnot a názorů, ale zejména vychovatelem. Být učitelem tedy rozhodně neznamená jen předávat vědomosti encyklopedického charakteru a následně zastrašovat žáky hodnocením jejich výkonu. V dnešní době jsou nároky na učitele mnohem vyšší, než tomu bylo v minulosti, protože se výrazně změnily hodnoty, které společnost preferuje.

„*Po listopadu 1989 dochází k zásadním společenským obrátům: V podstatě lze říci, že co bylo černé se stalo bílým a naopak. Hlasy o tom, že jedině poctivá práce nás může vyvést z marasmu byly přehlušeny. Kup si, dopřej si, užívej si, snaž se přijít k penězům, jak to jen jde, neváhej, volej ihned..jsou hesla stávající se diktátem nového životního stylu. Jaké pozitivní programy nabízí dnešní společnost dospívajícím? Je schopna naslouchat a porozumět problémům a revoltám adolescentů?*“ (Kořa, 2002, strana 129).

Znalosti a postoje dnešních studentů pedagogické fakulty, tedy budoucích učitelů, považuji za velmi důležité při vytváření znalostí a postojů jejich budoucích žáků. Postoje obsahují připravenost reagovat a chovat se určitým způsobem. Mají určitý emoční náboj ve vztahu k dané věci či jevu. V různé míře intenzity jde o vztah kladný, záporný nebo ambivalentní, případně je nám věc lhostejná, je bez emoční odezvy. Z výsledků dotazníků mně do jisté míry překvapila právě lhostejnost některých výpovědí, která se projevila v odpovědích „nevím“, nebo „nemám názor“. Je sice otázka, do jaké míry to byla skutečná lhostejnost k dané problematice a do jaké míry pouze neochota sdělit svůj názor.

Předpokládala jsem, že někteří studenti budou mít i osobní zkušenosti s nelegální drogou. Výsledky mého výzkumu do jisté míry korelují s výsledky šetření, které provedli I. Bečková a P. Višňovský ve školním roce 1996/1997 na některých vysokých školách v České republice. Z jejich výzkumu vyplývá, že 27% studentů alespoň jednou užila marihuanu, v mém průzkumu to bylo 30%. Ve zmiňovaném výzkumu se na posledním místě v informovanosti v drogové problematice umístili právě studenti Vysoké školy pedagogické. Domnívám se, že je alarmující, pokud studenti

pedagogické fakulty sami přiznávají, že dostávají málo informací nebo že mají málo přednášek týkajících se oblasti drog a jejich zneužívání. V dotazníkovém šetření mé bakalářské práce to byla více než polovina studentů, která uváděla, že počet hodin zabývajících se drogovou problematikou považuje za nedostačující (celkem 56%). Rovněž ale 75% studentů uvedlo, že se o problematiku drog mimo školu nezajímá.

V České republice se uskutečňuje poměrně málo průzkumů zaměřených na znalosti a postoje studentů vysokých škol vzhledem k drogové problematice. Podobný výzkum jako Bečková a Višňovský provedl v brněnském regionu M. Zapletálek a kol. a v šedesátých letech M. Bouchal. Proto se domnívám, že moje bakalářská práce může přispět k zamyšlení se nad otázkou problematiky drog při výchově nových generací pedagogů, kteří se jistě s tímto fenoménem budou setkávat při své praxi.

Na závěr bych chtěla připomenout to, o čem jsem se v mé práci již několikrát zmiňovala. Je určitě chvályhodné vynaložit nemálo finančních prostředků na protidrogovou kampaň, vytvořit a uskutečňovat Minimální preventivní program, či důsledně dbát na abstinenci drog ve školách. Určitě je rovněž dobré, aby žáci ve školách byli pravdivě informováni o účincích a rizicích jednotlivých drog. Je to však vše, co můžeme pro děti a mládež ve školách v rámci protidrogové prevence udělat? Jak už jsem se zmiňovala, neměla by se opomíjet zejména citová zainteresovanost k problémům dětí, umět dětem naslouchat a rovněž je brát vážně. Každé dítě je individualita a zároveň osobnost, každé dítě si zaslouží naši pozornost a především lásku. Jedině tak si může vytvořit zdravé sebehodnocení. Proto bych na závěr znovu odcitovala jeden názor z dotazníku, který mě zaujal právě pro tu tolik proklamovanou citovou zainteresovanost: „*Dát dětem vědomí, že se na mne mohou kdykoliv obrátit a že vždy je možnost k řešení.*“

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BORNÍK, M.: *Drogy, Co bychom o nich měli vědět*, 1. vydání, Themis, Praha, 2001
ISBN 80-85821-98-2

CSÉMY, L. et al. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*, Úřad vlády české republiky, 2006
ISBN 80-86734-94-3

ESCOHOTADO, A.: *Stručné dějiny drog*, 1. vydání, Volvox Globator, Praha, 2003,
ISBN 80-7207-512-8

GALLÁ, M. et al.: *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí, Příručka o efektivní školní drogové prevenci*, 1. vydání, Úřad vlády ČR, 2005, ISBN 80-86734-38-2

GANERI, A.: *Drogy: od extáze k agonii*, 1. vydání, Amulet, Praha, 2001,
ISBN 80-86299-70-8

GOODYER, P.: *Drogy a teenageři*, 1. vydání, Slovanský dům, Praha, 2001,
ISBN 80-86421-44-9

HAJNÝ, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: *Akta Y, Drogový problém versus rodina*, Votobia, Praha 1999, ISBN 80-7220-022-4

HARTNOLL, R.: *Drogy a drogové závislosti, Propojování výzkumu, politiky a praxe*, 1. vydání, Úřad vlády ČR, 2005, ISBN 80-86734-45-5

JANÍK, A., DUŠEK, K.: *Drogy a společnost*, 1. vydání, Avicenum, Praha 1990,
ISBN 80-201-0087-3

JANÍKOVÁ, B., PISKÁČKOVÁ, P.: *Úvod do Adiktologie*, 1. vydání, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, UK Praha, 2007,
ISBN 978-80-239-9960-0

KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup*, 1. vydání, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6

Kolektiv autorů sdružení Sananim: *Drogy, otázky a odpovědi*, 1. vydání, Portál, Praha, 2007, ISBN 978-80-7367-223-2

MARTANOVÁ, V. et al.: *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*, 1. vydání, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, UK Praha, 2007, ISBN 978-80-254-0525

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: *Mládež a delikvence*, 2. vydání, Portál, Praha, 2003, ISBN 80-7178-771-X

MIOVSKÝ, M.: *Drogy, Už, anebo ještě*, 1. vydání, Nadace a sdružení Podané ruce, Brno, 1997, ISBN 80-85834-44-8

NEŠPOR, K.: *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*, 1. vydání, Fortuna, Praha, 1996, ISBN 80-7071-034-9

NEŠPOR, K.: *Vaše děti a návykové látky*, 1. vydání, Portál, Praha, 2001, ISBN 80-7178-515-6

RADIMECKÝ, J. et al. *Úvod do Adiktologie, Učební podklady ke kurzu*, 1. vydání, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, UK Praha, 2007 ISBN 978-80-239-9960-0

ROTGERS, F.: *Léčba drogových závislostí*, Grada, Praha 1999, ISBN 80-7169-836-9

SADÍLEK, P., MRAVČÍK, V.: *Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*, 1. vydání, Úřad vlády ČR, 2006, ISBN 80-86734-89-7

TYLER, A.: *Drogy v ulicích*, Ivo Železný, Praha 2000, ISBN 80-237-3606-X

TYŠER, J.: *Školní metodik prevence*, 1. vydání, Nakladatelství Hněvín, Most, 2006, ISBN 80-86654-17-6

VÁGNEROV, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál, Praha, 2004, ISBN 80-7178-802-3

VALÍČEK, P., et al.: *Rostlinné omamné drog*, 1. vydání, Nakladatelství Start, Benešov, 2000, ISBN 80-86-231-09-7

VESELÁ, J.: *Některé problémy mládeže na začátku nového tisíciletí*, 1. vydání, Univerzita Pardubice, 2003, ISBN 80-7194-558-7

VONDRKA, J.: *Smrt jménem závislost*, 1. vydání, Portál, Praha, 2004, ISBN 80-7178-884-8

ZÁBRANSKÝ, T.: *Užívání drog v EU : legislativní přístupy*, 1. vydání, Úřad vlády ČR, 2005, ISBN 80-86734-50-1

Další prameny

<http://www.odrogach.cz>

<http://www.adiktologie.cz>

<http://www.drogy-info.cz>

<http://www.drogy.ezin.cz>

<http://www.dropin.cz>

<http://www.ceskaskola.cz>

<http://www.dotaznik-online.cz/>

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Droga>

VI. PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Dotazník vyplněný respondentem

D O T A Z N Í K

Pokyny: u dané otázky zatrhněte kolečko podle Vašeho mínění nebo zkušenosti. Dotazník je anonymní a slouží pro účely vypracování Bakalářské práce. Prosím o korektní vyplnění.

1. Jste žena ☐ muž ☐

2. Který ročník VŠ studujete?

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐

3. Máte předmět (předměty) zabývající se drogovou problematikou?

Ano ☐ Ne ☐

4. Pokud Ano, napište jaký/jaké

.....

5. Vyhovoval Vám způsob výuky, jakým byla hodina na toto téma vedena?

Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše Ne ☐ Ne ☐ Nevím ☐

6. Vybral/a jste si při předzápisu do STAGU z nabízených povinných volitelných a výběrových předmětů záměrně ten, ve kterém se probírá téma drog?

Ano ☐ Ne ☐ Nevím ☐

7. Jak se Vám jeví počet hodin, zabývající se problematikou drog?

Příliš málo ☐ Málo ☐ Přiměřeně ☐ Mnoho ☐ Příliš mnoho ☐

8. Zajímáte se o problematiku drog mimo školu?

Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Ano ☐ Spíše ne ☐ Ne ☐

9. Pokud ano, napište, odkud čerpáte informace (můžete označit i více políček)

Škola ☐ Literatura ☐ Internet ☐ Jiné, napište.....

10. Znáte nějakého autora/y, který/ří píše/í o problematice drog? (pokud ano, napište jméno/a)

Ano ☐ Ne ☐

11. Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog pro sebe?

Velmi rizikové ☐ Rizikové ☐ Malé riziko ☐ Žádné riziko ☐ Nevím ☐

12. Jak hodnotíte zdravotní rizika užívání drog jako budoucí pedagog ve vztahu k žákům?

Jako velké riziko ☐ Jako malé riziko ☐ Bez rizika ☐ Nezajímá mě to ☐

13. Myslíte si, že by jste dokázal/a řešit problematiku drog ve škole z pozice pedagoga?

Určitě ano ☐ Asi ano ☐ Spíš ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

14. Jste spokojen/a s informacemi ohledně prevence drogových závislostí, které jste získal/a na PF ?

Naprosto spokojen ☐ Jen s pár výhradami ☐ Nespokojen ☐

15. Co si myslíte, že by jste jako budoucí pedagog měl/a v první řadě udělat, aby jste zamezil/a rizikovému užívání drog u dětí.

Napište.....

.....

.....

16. Za jak velký problém považujete současné rozšíření drog mezi mládeží?

Závažný ☐ Mírný ☐ Žádný ☐ Nevím ☐

17. Myslíte si, že mladí lidé užívající pravidelně tvrdou drogu hodně riskují vlastní poškození?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

18. Jak dobře znáte legislativu ČR o problematice nelegálních drog?
Velmi dobře ☐ Spíše dobře (částečně) ☐ Spíše neznám ☐ Neznám ☐ Nezajímá mne ☐

19. Myslíte si, že legislativa ČR řeší kvalitně problematiku kolem drog?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

20. Pokud ne, napište, co by jste změnil/a:.....
.....
.....

21. Máte v plánu po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

22. Znáte druhy drog a jejich účinky? (ohodnoťte se známkou jako ve škole)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

23. Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

24. Vyzkoušel/a jste již nějakou nelegální drogu? V případě, že ne, přeskočte na otázku č. 29
Ano ☐ Ne ☐

25. Pokud ano, zaškrtněte jakou: marihuana ☐ tvrdá droga ☐

26. Pokud marihuanu, uveďte zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání
Experiment ☐ Příležitostně ☐ Pravidelné užívání ☐

27. Pokud tvrdou drogu, zaškrtněte jakou:
Pervitin ☐ Extáze ☐ Kokain ☐ LSD ☐ Lysohlávky ☐ Jinou ☐

28. V případě, že ano, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání
Experiment ☐ Příležitostně ☐ Víkendové užívání ☐ Denní ☐

29. Myslíte si, že by měla být marihuana legalizována?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

30. Sdílette názor, že marihuana může být startovací droga?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

31. Víte, kde by se případně dala obstarat droga?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

32. Setkali jste se s distribucí drog na VŠ?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

33. Jak by jste zhodnotil/a svůj celkový postoj k drogám?
Jednoznačně odmítám ☐ Nevylučuji, že je jednou zkusím ☐ Toleruji je ☐ Nemám názor ☐

Pokyny: u dané otázky zatrhněte kolečko podle Vašeho mínění nebo zkušenosti. Dotazník je anonymní a slouží pro účely vypracování Bakalářské práce. Prosím o korektní vyplnění.

10. Za jak velký problém považujete současné rozšíření drog mezi
Závažný ☒ Mírný ☐ Žádný ☐ Nevím ☐

17. Myslíte si, že mladí lidé užívající pravidelně tvrdou drogu hodně riskují vlastní poškození?
Určitě ano ☒ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

18. Jak dobře znáte legislativu ČR o problematice nelegálních drog?
Velmi dobře ☐ Spíše dobře (částečně) ☐ Spíše neznám ☒ Neznám ☐ Nezajímá mne ☐

19. Myslíte si, že legislativa ČR řeší kvalitně problematiku kolem drog?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☒

20. Pokud ne, napište, co by jste změnil/a:.....
.....
.....

21. Máte v plánu po ukončení studia své znalosti v problematice drog prohlubovat?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☒ Určitě ne ☐ Nevím ☐

22. Znáte druhy drog a jejich účinky? (ohodnotte se známkou jako ve škole)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☒ 4 ☐ 5 ☐

23. Myslíte si, že znalosti o drogách vedou k experimentu?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☒ Nevím ☐

24. Vyzkoušel/a jste již nějakou nelegální drogu? V případě, že ne, přeskočte na otázku č. 29
Ano ☒ Ne ☐

25. Pokud ano, zaškrtněte jakou: marihuana ☒ tvrdá droga ☐

26. Pokud marihuanu, uveďte zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání
Experiment ☒ Příležitostně ☐ Pravidelné užívání ☐

27. Pokud tvrdou drogu, zaškrtněte jakou:
Pervitin ☐ Extáze ☐ Kokain ☐ LSD ☐ Lysohlávky ☐ Jinou ☐

28. V případě, že ano, uveďte, zda šlo o experiment, nebo jde o častější užívání
Experiment ☐ Příležitostně ☐ Víkendové užívání ☐ Denní ☐

29. Myslíte si, že by měla být marihuana legalizována?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☒ Určitě ne ☐ Nevím ☐

30. Sdílette názor, že marihuana může být startovací droga?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☒ Nevím ☐

31. Víte, kde by se případně dala obstarat droga?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☒ Spíše ne ☐ Určitě ne ☐ Nevím ☐

32. Setkali jste se s distribucí drog na VŠ?
Určitě ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Určitě ne ☒ Nevím ☐

33. Jak by jste zhodnotil/a svůj celkový postoj k drogám?
Jednoznačně odmítám ☐ Nevylučuji, že je jednou zkusím ☐ Toleruji je ☒ Nemám názor ☐