

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

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

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Pavína Kovářová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

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

**Postoje současné středoškolské mládeže k marihuaně
v kontextu otázek prohibice nebo legalizace této drogy**

Autor: Pavlína Kovářová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Studijní program: Sociální pedagogika, specializace Výchova a vzdělávání

Datum odevzdání: 31.3.2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 31.3.2011

.....

Pavλίna Kovářová

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla také školním metodikům primární prevence Mgr. Petrovi Slavíkovi, Mgr. Lence Široké, Mgr. Heleně Červené a Mgr. Iloně Kloudové za vstřícnost při distribuci dotazníků k praktické části práce.

ANOTACE

Název práce:

Postoje současné středoškolské mládeže k marihuaně v kontextu otázek prohibice nebo legalizace této drogy

Klíčová slova:

Konopí, marihuana, hašiš, závislost, primární prevence, efektivní primární prevence, minimální preventivní program

Tématem bakalářské práce je názor současné středoškolské mládeže na marihuanu, a to především ve vztahu k vnímání škodlivosti, rizik a legálnosti této drogy, jestli ji považují za drogu nebo ji vnímají jako běžnou součást svého života.

Cílem práce je zjištění celkového pohledu mladých lidí na tuto drogu. Práce mapuje zkušenosti vybraného vzorku respondentů s touto drogou a hledá souvislosti případného tolerantního postoje k marihuaně v rodinné a školní výchově, v preventivní práci a v lokálních specifikách. Možnými výstupy práce jsou doporučení pro zaměření prevence na téma marihuany než na jiné drogy na daných školách. Přínos může být jak obecný - zjištění názoru, tak profesní - např. pro organizace zabývající se touto problematikou.

ABSTRACT

Work title:

Youth's view to marijuana and prohibition or legalization of this drug

Key words:

Cannabis, marihuana, hashish, addiction, primary prevention, effective primary prevention, minimal prevention program

The topic of this thesis is the view of the current high school students to marihuana, especially in the perception of harmfulness and risk and legality of the drug, if they think of marihuana as drug, or they perceive it as a normal part of their lives.

Aim is to discover an overall view of young people on marihuana. The thesis describes the experience of a sample of respondents in this drug and is looking for any connection of tolerant attitudes to marihuana with the family and school education, preventive work and local specifics. Possible outputs of the thesis are recommendations for surveyed schools to focus prevention work on marihuana than other drugs. Benefit can be both general, discovery of an overall view, and professional, for example, for organizations dealing with this issue.

OBSAH

I. ÚVOD	7
II. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Problematika užívání cannabinoidů.....	9
1.1 Konopí.....	9
1.1.1 Popis	9
1.1.2 Historie	10
1.2 Marihuana.....	12
1.2.1 Účinky	12
1.2.2 Rizika.....	15
1.2.3 Závislost a léčba	18
1.3 Hašiš	21
1.4 Epidemiologie užívání cannabinoidů	23
1.5 Využívání konopí v medicíně.....	24
1.5 Legislativa	26
2 Primární prevence.....	28
2.1 Definice pojmů	28
2.2 Cíle primární prevence	30
2.3 Organizační systém primární prevence ve školním prostředí	32
2.4 Minimální preventivní program	33
2.5 Současné pohledy na efektivní primární prevenci ve školním prostředí.....	33
III. PRAKTICKÁ ČÁST	38
IV. ZÁVĚR.....	62
V. SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ	64
VI. SEZNAM PŘÍLOH	67

I. ÚVOD

Tato práce je dílčí studií zaměřenou na konopné drogy, její užívání mezi středoškolskou mládeží a na primární prevenci a její vliv na středoškolskou mládež.

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu mé působnosti na poli primární prevence. Pracuji jako lektor a realizuji dlouhodobý protidrogový program na středních školách v Plzni.

Proto jsem si pro výzkum vybrala střední školy, gymnázium a učiliště, na kterých program naší organizace probíhá.

Význam této práce je tedy především pro mě osobně jako lektora, abych měla větší povědomí o názorech a postojích středoškolské mládeže, ale využití práce může být samozřejmě mnohem širší. Může si ji pro zajímavost přečíst laik, který se chce o konopných drogách dozvědět více a v této práci má informace přehledně pohromadě. Nebo může být využita odborníky, kteří se o tuto problematiku zajímají.

Téma je mi blízké nejen profesně, ale vždy mě historie drog a jejich užívání v populaci zajímalo. A ačkoliv už publikací o marihuaně bylo napsáno nepřeborné množství a výzkumů taktéž, nejsem si vědoma výzkumu, který by byl zaměřen na názory na ni a na její užívání a na působnost preventivních programů právě v této oblasti.

Práce má dvě části. První, teoretická část se dělí na dvě velké kapitoly.

První kapitola se zabývá konopnými drogami. Jsou zde popsána všechna významná fakta, která jsou důležitá znát pro výzkum. Jsou to informace o konopných drogách, čtenář se zde dozví vše souhrnně a přehledně.

Kapitola o konopných drogách začíná popisem rostliny konopí, její historií od starověku až po současnost. Dále se zaměřuje na marihuanu jako takovou, tedy na její účinky, rizika, na vznik závislosti, i na léčbu této závislosti. Dalším zástupcem konopných drog je hašiš. Informace o něm zde také naleznete.

Dále je součástí této kapitoly také kapitola o epidemiologii užívání cannabinoidů, o využívání konopí v medicíně jak v historickém kontextu, tak v současnosti a také kapitola zabývající se otázkou legislativy.

Druhá velká kapitola se zabývá primární prevencí. Začíná kapitolou vymezující pojmy v této oblasti, dále se zabývá tím, co je cílem primární prevence a jaký je organizační systém primární prevence ve školním prostředí. Dále se zde dozvíte, co je minimální preventivní program a jaké jsou současné pohledy na efektivní primární prevenci ve školním prostředí.

V druhé části práce, tedy v praktické části, jsem chtěla ověřit stanovené předpoklady, které jsem si stanovila díky nabytým poznatkům a díky zkušenostem z praxe.

Připravila jsem pro respondenty dotazník, který byl zaměřen na užívání marihuany mezi středoškoláky, na jejich názor na tuto drogu a na otázku programů primární prevence, tedy jaký vliv mají na středoškolskou mládež a co si o nich středoškoláci myslí.

Analýza a vyhodnocení dat vedou k zajímavým závěrům, jež jsou uvedeny na následujících stránkách.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika užívání cannabinoidů

1.1 Konopí

1.1.1 Popis

Obvykle se rozlišují tři druhy konopí: *Cannabis sativa* (Linné 1737), *Cannabis indica* (Lamarck 1783) a *Cannabis ruderalis* (Janischewsky 1924).¹ Viz příloha I, obr. 1.

Rostliny *Cannabis sativa* dosahují výšky až 4 metry, mají silný vláknovitý stonek, jsou jen málo rozdvojeny a mají řidší listoví. Obsah psychoaktivních látek je nízký.

Rostliny *Cannabis indica* jsou nízké (do 1,2 m) a velmi husté. Stonek není tolik vláknitý, jsou silně rozdvojeny a mají velmi husté listí. Obsah psychoaktivních látek je velmi vysoký.

Rostliny *Cannabis ruderalis* jsou malé (asi 60 cm), mají tenký, slabě vláknovitý stonek, nejsou téměř vůbec rozdvojeny a ani listoví není příliš husté, ale samotné listy jsou velmi velké. Obsah psychoaktivních látek je něco mezi *C. sativa* a *C. indica*.²

Jiná botanická klasifikace uvádí, že je pouze jeden variabilní rod *Cannabis* a má dva poddruhy – *sativa* a *indica*.

Všechny druhy konopí jsou dvoudomé, to znamená, že mají jak samčí, tak samičí rostliny (viz příloha I, obr. 2.). Samčí rostliny jsou většinou menší a méně rozvětvené než samičí. Z hlediska kulturního i z hlediska obsahu psychoaktivních látek jsou samičí rostliny významnější.³

Konopná rostlina vytváří v různé míře s rozdílnou koncentrací působících látek pryskyřici, která je vylučována především na samičích květenstvích. Čistá pryskyřice obsahuje čtyři hlavní látky cannabinoidy: Tetrahydrocannabinol (THC) se třemi variantami, ze kterých dvě vznikají teprve ukládáním pryskyřice jako artefaktu, Cannabidiol (CBD) a Cannabinol (CBN). Tyto látky jsou zodpovědné za psychoaktivní působení drogy. Dále jsou známy struktury asi 30 Cannabinoidů se slabším nebo žádným

¹ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 174. ISBN 80-86734-05-6.

² RÄTSCHE CH. *Konopí: léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno : Datel, 1994 s. 14.

³ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 174. ISBN 80-86734-05-6.

psychoaktivním působením. Navíc se v pryskyřici vyskytují ještě éterické oleje jako např. Caryophyllen, Humulen, Farnesen, Selenin, Phellandren nebo Limonen a také různé cukry, flavonoidy, alkaloidy (Cholin, Trigonellin, Piperidin, Betain, Prolin, Neurin, Hordenin, Cannabisativin), které jsou jako psychoaktivní látky neúčinné, ale využívají se například v medicíně či kosmetickém průmyslu.⁴

1.1.2 Historie

Konopí pravděpodobně pochází ze Střední Asie. Doklady o pěstování této rostliny jsou staré více než 5000 let. Jeho psychoaktivní účinky znali lidé ve starověké Indii, Africe, na Středním východě nebo v Číně. Užívání produktů konopí bylo historicky spojené s náboženskými obřady. V hinduistickém a islámském náboženství nahrazují konopné produkty alkohol jak rituálně, tak kulturně.⁵ Zmiňuje se o něm i Homér ve své *Odyseie*.⁶

Řecký historik Herodotos popisuje rekreační užívání konopí, kdy měl řecký lid v oblibě konopné koláče, které v kombinaci s vínem uvolňovaly náladu a byly často nabízeny hostům.⁷

Konopí bylo nezaměnitelnou součástí posvátných nektarů védské Indie, které se používaly při náboženských obřadech. Objevuje se jako medicína na řadu nemocí, zejména psychosomatické povahy jako nespavost a migrény.⁸

Užívání marihuany je zaznamenáno i v Eberských papyrech ze starého Egypta ze 16. století před Kristem. Tehdy byla užívána zejména jako utišující prostředek proti bolesti.⁹

V Japonsku bylo konopí spojováno s dobrem, láskou a manželstvím. Novomanželé dostávali konopné dary jako symbol pevnosti jejich svazku.¹⁰

⁴ RÄTSCH CH. *Konopí: léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno : Datel, 1994 s. 15.

⁵ PRESL J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 1995 s. 31. ISBN 80-85800-25-X.

⁶ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997 s. 33. ISBN 80-85917-36-X.

⁷ RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 5. ISBN 978-80-254-1825-3.

⁸ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

⁹ *Drogový informační server* [online]. 2006, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.drogy.net/clanek/cannabis_2006_01_05.htm>.

První zprávy o užití marihuany jako drogy, tedy pro změnu vědomí, pocházejí z období 700 až 500 let před Kristem. Psychofarmakologické studie z poslední doby ukazují, že aktivní složka konopí (tetrahydrocannabinol) má v lidském mozku vlastní receptor, což naznačuje, že člověk a marihuana k sobě mají dávný předkulturní vztah.¹¹

Konopí vystupuje jako důležitá posvátná rostlina u tak odlišných skupin jako jsou africké domorodé kmeny, stoupcenci buddhismu, indiští brahmáni, Skýtové a Rastafariáni na Jamaice.¹²

V letech 1430/31 byla i Johanka z Arku nařčena z užívání nejrůznějších čarodějnických bylin, včetně konopí. V mnoha starých buddhistických legendách je psáno, že i Budha sám užíval a nejedl nic jiného než konopí a konopná semínka, a to oněch 6 let předcházejících jeho osvětlení a zjevení čtyř velkých pravd buddhismu.¹³

Hašiš do Evropy přivezli Napoleonovi vojáci vracějící se z egyptského tažení.¹⁴

Představitost ovlivněná užíváním konopí a hub vytvořila ve fantazii Lewise Carolla dílo Alenka v říši divů. Další umělci známí užíváním marihuany a hašiše jsou například: Charles Baudelaire, Dumas, Balzac či Flaubert.

Teprve v 18. století se marihuana stala součástí Evropské lékařské výbavy. Zanedlouho však musela čelit konkurenčnímu opiu jako prostředku proti bolesti. V 19. století se stala standardní součástí západní medicíny.¹⁵

Hlavními produkčními oblastmi, zásobujícími černý trh v Evropě dnes, jsou státy Blízkého a Středního východu, severní Afrika, jihovýchodní Asie a Střední Amerika. Tato rostlina ale může být samozřejmě pěstována i v klimatických podmínkách střední Evropy.

Konopí (potažmo marihuana) se stalo nejrozšířenější drogou ve světě, i v Čechách. U nás se běžně pěstuje pro průmyslové účely, stejně tak je ale i tradiční pěstovat ji jako drogu. Nejvíce je marihuana ilegálně pěstována na severu a jihu Moravy, jelikož je zde nejkvalitnější (díky klimatu), ale pěstuje se víceméně po celé České republice.¹⁶

¹⁰ RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 5. ISBN 978-80-254-1825-3.

¹¹ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

¹² KUDRLE S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 83. ISBN 80-86734-05-6.

¹³ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

¹⁴ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997 s. 33. ISBN 80-85917-36-X.

¹⁵ *Drogový informační server* [online]. 2006, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.drogy.net/clanek/cannabis_2006_01_05.htm>.

¹⁶ NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997 s. 33. ISBN 80-85917-36-X.

1.2 Marihuana

Pojmem marihuana se označují usušené části konopí, zejména okvětní části, kdy obsah THC se pohybuje v rozmezí u domácí produkce 2 – 8 % a u zahraniční produkce v rozmezí 6 - 14 %. THC je obsaženo hlavně v pryskyřici a sušených květenstvích. Není rozpustné ve vodě, ale je rozpustné v tucích a alkoholu.¹⁷

Slangově se marihuaně říká různě: ganja, tráva, hulení atd. Marihuana patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Nejčastějším způsobem užití je kouření, ale může se přidávat i do jídla a jíst. Při kouření nástup účinku přichází takřka ihned a vydrží cca 3 hodiny. Při požití účinek nastupuje déle a také déle vydrží, cca 6 a více hodin.¹⁸

1.2.1 Účinky

Marihuana je stejně jako jiné halucinogeny svými účinky leckdy nevyzpytatelná. Efekt často závisí na osobnosti jedince, na jeho aktuálním psychickém a fyzickém stavu a rozpoložení nebo na tom s kým si drogu vezme.¹⁹

Účinek první intoxikace může být rozdílný, od žádného efektu přes nepříjemné tělesné prožitky, závratě a suchosti v ústech až po výrazný pozitivní efekt s dosažením očekávané euforie, smíchu a zvýrazněného vnímání okolí.

Obecně lze říci, že po vykouření přiměřeného množství drogy (záleží na kvalitě) se dostaví nejprve pocit suchosti v ústech, někdy až dráždivý kašel. Může vzniknout i nepříjemně vnímané bušení srdce ve spojení s pocity úzkosti. Některým lidem nevyhovuje i ten účinek, kdy člověk nemá sám sebe zcela pod kontrolou - kdy se například neovladatelně směje, či naopak „ztuhne“ a nedokáže přiměřeně vnímat realitu. Často ale platí to, že při opakovaných intoxikacích doprovodné negativní účinky ustupují.²⁰

Po odeznění první, té spíše nepříjemné fáze, se většinou dostavuje stav příjemného rozpoložení mysli, uvolnění, pohoda a klid, spojený s euforií a tendencí ke smíchu, který je vyvolán takřka jakýmkoli podněty, tzv. „vysmátost“. Nastupují i určité poruchy vnímání,

¹⁷ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

¹⁸ o.s. *Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

¹⁹ o.s. *Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

²⁰ PRESL J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 1995 s. 31. ISBN 80-85800-25-X.

spíše příjemného rázu, například zpomalené vnímání času, zostření barev a chuti (jídlo se stává zajímavějším), také může dojít k zostření zvuků a hudby. Uživatel nedokáže určit, jak se dostal od předchozí myšlenky k té další, vynořují se myšlenky bez zjevných souvislostí. U silné marihuany a nebo hašiše může dojít i ke zrakovým halucinacím.²¹

Někdy po první fázi nemusí dojít k příjemné druhé fázi, ale naopak se pocity z první fáze prodlouží a prohlubují a celá intoxikace má spíše úzkostný ráz. Někteří uživatelé popisují nepříjemné vtíravé myšlenky. Mohou se vyskytnout i panické ataky s agresivním chováním. Po odeznění účinku často přichází únava a ospalost.²²

Na předávkování marihuanou dosud nikdo nezemřel. Bylo by potřeba vykourit nebo spíše sníst nemyslitelné množství drogy. Při předávkování se může maximálně vyskytnout bezvědomí či hluboký spánek, smrt by nastala spíše v kombinaci s jinou drogou či důsledkem chování, např. při psychóze atd.²³

Dlouhodobé užívání cannabinoidů vede k charakteristickým změnám. Uživatelé se často vyznačují zpomaleností, hloubavým se zabýváním detaily a poruchami krátkodobé paměti. Někdy se při intoxikaci vyskytují halucinace – spíše u druhů marihuany s vysokým obsahem THC.

Že má marihuana afrodiziakální účinky, je spíše mýtus. U mužů sice dochází ke zvýšení sexuálního apetitu, schopnost erekce se však nezvyšuje, spíše naopak. Podobně u žen také dochází ke zvýšení sexuálního apetitu, schopnost jej ukojit však bývá menší.²⁴

Pro konopí je typické užívání ve společnosti dalších lidí, to se ale postupně mění. Při dlouhodobém užívání se člověk naopak stává samotářem a účinky drogy si raději vychutnává o samotě.

Užívání marihuany má často charakter skupinového rituálu – společná příprava (tzn. balení marihuanového jointu) a následné předávání jointu z ruky do ruky.²⁵

Skupinky uživatelů představují z hlediska užívání dalších návykových látek určité riziko, protože jednotliví členové jsou pod sociálním tlakem ostatních. Pokud donese některý z členů jinou drogu, může dojít ke společnému užití i ostatními členy skupiny,

²¹ PRESL J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 1995 s. 32. ISBN 80-85800-25-X.

²² *Drogový informační server* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogovy.net/clanek/ucinky-cannabinoidu_2010_05_20.html](http://www.drogovy.net/clanek/ucinky-cannabinoиду_2010_05_20.html)>.

²³ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

²⁴ *Drogový informační server* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogovy.net/clanek/ucinky-cannabinoidu_2010_05_20.html](http://www.drogovy.net/clanek/ucinky-cannabinoиду_2010_05_20.html)>.

²⁵ *o.s. Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

jakkoliv se jim to jeví jako nemoudré.²⁶ Zde narážíme na pojem „průchozí droga“, který je marihuaně často přisuzován. Je ale opravdu průchozí drogou? Jelikož pokud se nějakou drogou začíná, tak je to alkohol a tabák, ne marihuana. U marihuany spousta lidí začíná i končí, někteří zkusí i něco jiného a to se jim třeba natolik zalíbí, že se stanou závislími. Ale existují i lidé, kteří marihuanu nikdy nevyzkoušeli a skončili se závislostí na heroinu.²⁷

Účinky marihuany si můžeme ještě více přiblížit při zohlednění dvou typů scénářů průběhu intoxikace:

Při skupinovém užití: bujará nálada, hlučná zábava, povzbudivý účinek, později mírný útlum, nutkavý smích, častá je kombinace s jinou drogou (nejčastěji alkohol).

Při individuálním užití nebo v uzavřené společnosti: často ve spojitosti s určitými hodnotami a životním stylem, propojení s určitým hudebním stylem a filosofií. Obvykle bez kombinace s jinou drogou, mírnější zábava, spíše meditativní ponor, hloubavost.²⁸

Tolerance

Marihuana má tak zvanou opačnou toleranci. To znamená, že čím déle je užívána, tím méně stačí na vyvolání stejného efektu a není tedy nutné zvyšovat dávky, jako je tomu třeba u heroinu.²⁹

Detekovatelnost

Po krátkodobém užívání nebo užívání s malou frekvencí:

- slinné testy 24 – 48 hodin,
- testy z moči 7 – 14 dní,
- v krvi 1 týden.

Při dlouhodobém nebo opakovaném užívání:

- slinné testy 24 – 48 hodin,
- testy z moči 14 dní – 1 měsíc,³⁰

²⁶ o.s. *Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

²⁷ PRESL J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 1995 s. 34. ISBN 80-85800-25-X.

²⁸ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

²⁹ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

³⁰ o.s. *Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

- v krvi 2 týdny.³¹

1.2.2 Rizika

Ke každé droze kromě toho příjemného samozřejmě patří i to negativní a nebezpečné. Důsledky užívání marihuany můžeme rozdělit do dvou oblastí:

Fyzická stránka

Dlouhodobé kouření marihuany vede k následujícím potížím:

- akutní či chronický zánět průdušek, poškození slizniční výstelky průdušnice a velkých průdušek,
- riziko rakoviny vyšší než u cigaret, poškození dýchacích cest, zápal plic a obecně větší náchylnost k infekcím dýchacího systému,³²
- překrvení spojivek – tzv. králičí oči,³³
- ohrožení srdce a cév vyplývající z poškozování výstelky cév a srdce toxickými zplodinami, což se může dále vyvinout v kornatění tepen a z toho vyplývající vysoký krevní tlak, srdeční infarkt nebo mozková mrtvice,
- reakční čas se zpomaluje (nebezpečí při řízení vozidla).³⁴
- Pro těhotné ženy a jejich dítě je kouření marihuany také velice rizikovou záležitostí (viz. níže).³⁵
- U mužů díky snížené pohyblivosti spermií dochází k neplodnosti, u žen k poruchám menstruačního cyklu.³⁶

³¹ Sdružení Podané ruce Brno [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/testy-na-drogy.html>>.

³² Sdružení Podané ruce Brno [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/cannabis.html>>.

³³ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 176. ISBN 80-86734-05-6.

³⁴ NEŠPOR K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha : Portál, 1995 s. 23. ISBN 80-7178-086-3.

³⁵ Sdružení Podané ruce Brno [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/cannabis.html>>.

³⁶ NEŠPOR K., MÜLLEROVÁ M. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1999 s. 95.

Psychická stránka

O úzkostných stavech jsme se zmiňovali již v kapitole o účincích, s tím souvisí i panické ataky, poruchy nálady a pocity pronásledování po užití drogy. Většinou rychle odezní, ale nemusí tomu tak být vždy.³⁷

Projevem dlouhodobého užívání marihuany jsou morální defekty spojené se změnou povahových vlastností, především psychickým návykem a ztrátou motivace. Tyto příznaky mají pouze malou intenzitu, nicméně bývají patrné.³⁸

Často se objevuje i neochota přebírat zodpovědnost, neobratnost, zhoršená schopnost orientace v čase a prostoru, nevyzrálost, zpomalení životního rytmu, ztráta kvalitních zájmů, podrážděnost.³⁹

Konopí může být spouštěcím mechanismem latentních psychických poruch. Predisponované osoby mohou také trpět depresemi, ztrátou motivace. Na všechny pak doléhá jakási akutní emoční labilita, či dlouhodobé snížení emocionality.⁴⁰

A samozřejmě k rizikům patří i vznik psychické závislosti. Té se budeme věnovat později.

Marihuana a schizofrenie

Souvislost užívání marihuany a vzniku schizofrenie je věčné téma. Existuje opravdu nějaká souvislost?

„V americké studii bylo zjištěno, že pacienti se schizofrenií byli ve 47 % alkoholici, ve 42 % uživatelé marihuany, ve 25 % užívateli stimulantů, v 18 % užívateli halucinogenů, v 7 % užívateli sedativ a ve 4 % užívateli opiátů.“⁴¹ Otázkou zůstává, zda prvotní je schizofrenie nebo drogová závislost. Pokud by byla prvotní schizofrenie, dalo by se brání drog pokládat za určitý druh samoléčby. Pokud by prvotní byla závislost, pak by schizofrenie mohla být následkem užívání drog.

„Ve velké studii na 50 tisíc osobách ze švédské armády byl zjištěno, že schizofrenie se vyvinula u uživatelů kanabinoidů 2,4krát častěji ve srovnání s osobami, které

³⁷ NEŠPOR K., CSÉMY L. *Průchozí drogy: Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha : Fortuna, 2002 s. 8.

³⁸ *Encyklopedie psychotropních rostlin* [online]. 2000, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3pcanu2.html>, 1.11.2010>.

³⁹ NEŠPOR K., MÜLLEROVÁ M. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1999 s. 95.

⁴⁰ *Sdružení Podané ruce Brno* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/cannabis.html>>.

⁴¹ *Zaostřeno na drogy 3/2007* (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 5.

kanabinoidy neužívaly a navíc, silní uživatelé kanabinoidů měli dokonce 6krát zvýšené riziko vzniku schizofrenie.

Novozélandská studie na 1037 osobách, která osoby zúčastněné ve studii zkoumala v jedenácti letech a poté ve věku 26 let zjistila, že psychotické rysy přítomné v jedenácti letech věku u zkoumaných osob nikterak nesouvisely s pozdějším užíváním kanabinoidů. V této studii bylo zjištěno, že čím dříve osoby začaly s užíváním kanabinoidů, tím horší schizofrenní příznaky měly v pozdějším věku. 10,3 % osob, které užívaly kanabinoidy v patnácti letech mělo schizofrenní poruchu v 26 letech – ve srovnání s kontrolními osobami, které kanabinoidy neužívaly, a které trpěly schizofrenními poruchami pouze ze 3 %.

Je tedy zřejmé, že užívání kanabinoidů a především jejich užívání v časném věku souvisí se zvýšeným výskytem schizofrenních poruch v pozdějším věku.“⁴²

Marihuana a těhotenství

Vliv marihuany na plod je závislý na dávce a četnosti užívání. Při chronickém užívání je prokázán nižší přírůstek hmotnosti u matky a nitroděložní růstová retardace v důsledku chronické hypoxie.⁴³ Plody jsou hypotonické s omezenými reakcemi na stimulaci. Je také vyšší riziko leukémie u dítěte.⁴⁴

Děti uživatelů marihuany v těhotenství mají lehce prodlouženou reakci při vyšetření evokovaných zrakových potenciálů⁴⁵ v důsledku poruchy ve vývoji optických drah. Vyznačují se sníženou odpovědí na osvit, prodlouženým Morroovým reflexem⁴⁶ a tremorem⁴⁷.

Pokud žena v těhotenství přestane marihuanu užívat, může se dostavit abstinenční syndrom, který se může projevat obvykle jako neklid, nespavost nebo zvýšená dráždivost. Plodu neuškodí, rychle odezní.⁴⁸

Děti matek kouřících v těhotenství marihuanu, měly podle některých výzkumů více problémů s chováním, horší paměť a soustředění a nižší výkonnost při jazykových úlohách

⁴² Zaostřeno na drogy 3/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 5.

⁴³ Zaostřeno na drogy 4/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 8.

⁴⁴ NEŠPOR K., MÜLLEROVÁ M. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1999 s. 95.

⁴⁵ Jedná se o vyšetření, při kterém se zjišťuje kvalita vedení vzruchu a odpověď na vzruch.

⁴⁶ Trhavý reflex, např. při leknutí.

⁴⁷ Tremor (třes) je neúmyslný, rytmický svalový pohyb, který se vyskytuje na jedné nebo více částech těla.

⁴⁸ Zaostřeno na drogy 4/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 8.

a testech zjišťujících schopnost vnímání, nižší IQ a poruchy spánku. U těchto dětí nelze ani vyloučit vyšší riziko nádorových onemocnění.⁴⁹

První pomoc

Poměrně časté jsou úzkostné stavy. Zde je třeba zajistit dohled, aby si osoba pod vlivem neublížila, nebo neublížila jiné osobě. Vhodný je klid a dostatek tekutin.⁵⁰

Přivolání lékařské pomoci je důležité v případě, že psychické problémy přetrvávají i po odeznění účinku drogy.⁵¹

1.2.3 Závislost a léčba

Již výše bylo zmíněno, že na marihuaně vzniká psychická závislost. Než si ale vůbec vysvětlíme tento pojem, ráda bych se věnovala vzniku závislosti na drogách.

V současné době se v oblasti prevence a léčby závislostí nejčastěji využívá modelu **bio-psycho-socio-spirituálních předpokladů vzniku závislosti**.

Za **biologické faktory** můžeme považovat některé problematické okolnosti během těhotenství matky dítěte. Například jestliže matka byla toxikomanka, a jestli se takto plod setkával již s účinky drog ještě před narozením. Dále jsou to okolnosti porodu – např. jestli byly užívány tlumivé látky v době porodního stresu. A nakonec vůbec celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období – přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů.

Zdá se, že zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance alkoholu u potomků alkoholiků.

Psychogenní vliv může být například jestliže matka prožívá těhotenství jako stresovou záležitost, a to z jakýchkoliv důvodů, přenáší se o tomto stresu informace na plod. Jestliže matka začne užívat na potlačení stresu tlumivé látky, přenesou se i tato informace na plod a vytváří se jakýsi vtisk o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Potomek po aplikaci stejně působící látky v pozdějším období zažije

⁴⁹ NEŠPOR K., CSÉMY L. *Průchozí drogy: Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha : Fortuna, 2002 s. 9.

⁵⁰ o.s. *Prev-Centrum* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

⁵¹ NEŠPOR K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha : Portál, 1995 s. 59. ISBN 80-7178-086-3.

sice nový, ale také již dávno poznáný efekt. Pozitivně zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku.

Dalšími faktory jsou: úroveň postnatální péče, tedy harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. Podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě pomoc při objevující se patologii nejrůznějších duševních poruch, jako je deprese, úzkost atd. Pokud není adekvátní pomoc k dispozici, bývá to právě sebemedikace (samoléčba) na počátku, co vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Sociální úroveň je o vlivu vztahů s okolím, které formují jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status, sociální úroveň a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka poklidný život na vesnici a jinak na sídlišti ve velkoměstě. K těm konkrétněji působícím patří kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec.

Velký vliv má sociální učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou. Stále více se v dnešní době mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času rodičů na děti, o absenci rituálů pozitivně formujících zrání mladého člověka. Mladí lidé hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince či skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti, nebo jde dokonce o hledání přežití vůbec.

Ještě specifitější situace nastává, pokud dítě vyrůstá se závislým v rodině a je konfrontováno s braním drog jako s normou. Často je jedinec žijící se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spoluzití vytváří vazby, kterým se říká spoluzávislost. Nezřídka se spoluzávislý v dalším vývoji stává sám závislý na návykových látkách.

Vedle rodiny v procesu sociálním učení hraje významnou roli společnost vrstevníků.

Spirituální úroveň je o vztahu k tomu, co mne převyšuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec.

Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí jsou témata, která zůstávají, i pokud člověk zvládl abstinovat. Proto je důležité v terapeutickém programu, ale i v programech primární prevence pamatovat na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Často tyto přístupy souvisejí s objevováním jiných úrovní vědomí. Lze proto využít

například hlubinně zážitkové metody jako jsou relaxace, meditace, jóga, holotropní dýchání apod.

Určité procento závislých lidí hledalo v drogách naplnění této potřeby. Vytvářejí se novodobé rituály, zasvěcování, společné setkávání v ústraní, nebo naopak v novodobých chrámech diskoték (platí hlavně pro taneční drogy). Jindy jde o braní drog naopak v izolaci a ústraní od ostatních, s očekáváním prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích.⁵²

Závislost na marihuaně

Na marihuaně nevzniká fyzická závislost, vzniká „pouze“ psychická. Možná ne tak rychle jako na pervitinu a heroinu a nemusí mít také tak drtivé následky, ale vzniká. Má akceptovatelné psychické příznaky a slabé, nevýrazné fyzické příznaky.

Závislost u mladistvých a dětí se vyvíjí obecně rychleji než u dospělých, mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické.⁵³

Jako u jiných drog vzniká na principu odměňování – princip pozitivního posilování = příjemné mám tendenci opakovat.⁵⁴

Závislost obecně se pozná podle těchto znaků (stačí splnění 3 znaků z těchto 6ti):

- Touha po užití drogy (craving).
- Ztráta kontroly nad užíváním drogy (četnost, množství, vhodnost užití).
- Nárůst tolerance (zvyšování dávek).
- Abstinenční syndrom (psychický, fyzický).
- Zanedbávání zájmů (změna životního stylu).
- Pokračování přes negativní důsledky užívání.⁵⁵

Výstižné je přirovnání psychické závislosti ke vztahu dvou zamilovaných lidí. Zamilovaní lidé na sebe neustále myslí, před jinými o protějšku hodiny krásně mluví, těší se na sebe, až se zase uvidí a nevidí chyby na tom druhém, anebo chyby vidět nechťejí. Přeneseně to na uživatele marihuany opravdu sedí. Uživatelé marihuany si k této droze

⁵² KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 91-94. ISBN 80-86734-05-6.

⁵³ FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 96. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁴ FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 99. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁵ NEŠPOR K., MARHOULOVÁ J. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995. s. 56. ISBN 80-901618-9-8.

vytvoří silný vztah, kdy jen pocit, že ji mají v pytlíčku v kapse u kalhot, jim dělá dobře. Jsou s ní.

Léčba

Uživatelé marihuany obvykle sami odbornou pomoc nevyhledávají, většinou přicházejí pod nátlakem rodičů či školy nebo v případě, že se u nich vyskytla nějaká psychická obtíž jako např. stavy úzkosti, paranoia atd. a neví, co se s nimi děje a zda to může mít nějaké následky. V těchto případech stačí obvykle citlivá poradenská intervence (rodinná či individuální), popřípadě krátkodobá psychoterapie zaměřená na práci s příčinami, které dotyčného vedly k experimentování. V případě, že se dotyčnému psychické komplikace opakují a neodeznívají ani po odeznění účinku drogy, je nutná psychiatrická pomoc.⁵⁶

Léčba zahrnuje změnu životního stylu, rodinnou terapii, kontroly moči, způsoby zvládání touhy po droze a další postupy. Léčba se orientuje k abstinenci.⁵⁷

Nelze počítat s terapeutickou dopomocí psychofarmak. Pouze v případě vzniku toxické psychózy lze podávat anxiolytika či při delším trvání neuroleptika. Obdobný postup je u intoxikačního deliria, oba tyto stavy vyžadují hospitalizaci.⁵⁸

1.3 Hašiš

Kouření hašiše je stejně staré a oblíbené jako u marihuany. Jako kouřili marihuanu slavné osobnosti, tak ani hašiš nezůstává pozadu. Kouřil ho již zmíněný Baudelaire, dále Dumas, Hugo nebo Gautier. Poslední tři uvedení založili první „Cannabis club“ v Evropě (le Club Des Haschichins). Na světových výstavách v letech 1860 až do počátku 20. století byla vždy velkou atrakcí expozice tureckého kouření hašiše a ve stejné době se v Americe běžně prodávala sladkost Hasheesh candy, hašiš kandovaný v javorovém cukru, byla považována za neškodnou a doporučovanou.⁵⁹

⁵⁶ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 178. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁷ NEŠPOR K., MÜLLEROVÁ M. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1999 s. 95.

⁵⁸ BAYER D. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 20. ISBN 80-86734-05-6.

⁵⁹ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

Hašiš vypadá jako hnědožlutá kostka, někdy až do černa (podle čistoty nebo původu – např. světle hnědý pochází většinou z Maroka, tmavě hnědý z Afghánistánu).⁶⁰ Za čerstva je pružný, pak tuhý, drolí se po zahřátí v plameni.

Účinky

Doba působení trvá 30 až 60 minut a vytrácí se asi po třech hodinách. Při ústním podání se doba prodlužuje. Nejčastější způsob aplikace je rozdrobení hašiše do tabáku a ubalení jointu jako u marihuany. Hašiš je 5x až 8x silnější než marihuana, protože je to čistá pryskyřice z okvětních lístků konopí, tedy má mnohonásobně více obsahu THC. Většinou se obsah THC v hašiši pohybuje okolo 40 %. S novými technologiemi pěstování marihuany se tento rozdíl (v obsahu THC) již pomalu stírá.

Nástup účinků je okamžitý, vrchol se dostaví po pár minutách, nejvýše po patnácti. Účinky jsou podobné jako u marihuany: sucho v ústech, psychomotorické poruchy, hlad, žízeň, někomu se může udělat nevolno až ke zvracení. Účinek hašiše se projevuje nutkáním k naprostému klidu s příjemným sněním, zabarveným podle osobnosti, čas a vztah k okolí je chápán zkresleně, objevuje se depersonalizace, narušení myšlení (porušení toku asociací, jakoby někdo bral myšlenky). Změny zrakového vnímání přecházejí v iluze a barevné pseudohalucinace. Je narušena kritika, dochází k podobnému jednání jako u marihuany.

Jako u marihuany opět záleží na tom, v jakém psychickém a fyzickém rozpoložení člověk je a s kým a kde drogu bere. Od toho se odvíjí i účinek.⁶¹

Charles Baudelaire v eseji Umělé ráje shrnuje své zkušenosti s hašišem:

*„Tak si musí být světáci a blázni, kteří jsou žádostiví poznávat mimořádná potěšení, jasně vědomi toho, že v hašiši nenaleznou žádné zázraky, nic jiného než vystupňovanou přirozenost. Mozek a organismus i pod účinkem hašiše vykazuje své obvyklé individuální jevy, ovšem co do počtu a energie ve stupňované podobě, ale stále věrné jejich původu. Člověk nemůže uniknout osudu svého fyzického a morálního temperamentu. Hašiš se stává pro dojmy a pro myšlenky vlastní člověku zvětšovací zrcadlem, ale právě jen zrcadlem.“*⁶²

⁶⁰ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

⁶¹ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

⁶² FÜRST, M. *Psychologie*. Olomouc : Votobia, 1997 s. 197. ISBN 80-7198-199-0.

1.4 Epidemiologie užívání cannabinoidů

V ČR dosud nebyl proveden žádný kvalitní prevalenční⁶³ odhad počtu uživatelů konopných drog. Český statistický úřad ve své zprávě „Odhad spotřeby drog v ČR za rok 2000“ uvádí jako odhad počtu dlouhodobých pravidelných uživatelů na 150 000. Tento odhad je ale zcela jistě podhodnocen a na základě dalších výzkumů se odhaduje spíše počet 250 – 350 tisíc uživatelů v ČR.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (AV ČR) uvádí, že přibližně 10 – 14 % dospělé populace má minimálně jednu zkušenost s cannabinoidy za svůj život. Školní studie uvádějí přibližně 35 – 50 % středoškoláků s alespoň jednou zkušeností s touto drogou.

Ze školních studií došlo za posledních 8 let k výraznému nárůstu – zatímco v roce 1994 se uvádělo počet uživatelů mezi středoškoláky 15 – 20 %, v roce 2000 se tento údaj zvýšil na 35 – 50 %.

Přesný počet uživatelů nelze určit, jelikož se tyto jedinci do kontaktních center nebo léčeben dostanou velmi zřídka.⁶⁴

Podle nejnovějších průzkumů se uvádí, že konopí někdy užilo v průměru 31,6 % mladých dospělých v Evropě (15-34 let), přičemž 12,6 % drogu užilo v posledním roce a 6,9 % v posledním měsíci. V České republice je prevalence nadprůměrná – 53,3 % mladých dospělých alespoň jedno užití konopí za život, 28,2 % v posledním roce a 16,7 % v posledním měsíci.

Užívání cannabinoidů je obecně vyšší u mužů než u žen. Poměr mezi počtem mužů a žen, které uvedly užití drogy v posledním roce je od 6,4:1 (Portugalsko) po 1,4:1 (Bulharsko).⁶⁵

Užívání konopí je nejrozšířenější v určitých skupinách mladých lidí, tzn. mezi těmi, kteří navštěvují hudební kluby, hospody a taneční akce. Průzkumy prováděné na taneční scéně v ČR, Rakousku a Velké Británii uváděly, že přes 80 % respondentů někdy užilo konopí, což je procento, které je mnohem vyšší, než je evropský průměr mezi mladými dospělými.

⁶³ Prevalence = poměr počtu užívajících k počtu obyvatel.

⁶⁴ MIOVSKÝ M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 175. ISBN 80-86734-05-6.

⁶⁵ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě. 42 s.

Údaje z národních školních průzkumů ESPAD za rok 2007 a 2008 uvádí, že nejvyšší celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty škol ve věku 15-16 let je v České republice (45 %). Ve srovnání s jinými evropskými státy jako je Slovensko, VB, Estonsko, Francie, kde je celoživotní prevalence v rozmezí 26 až 32 %!

Mezi evropskými státy vede Česká republika nejen co se celoživotní prevalence týče, ale i co se týče vzrůstající tendence užívání. Zatímco do roku 2004 bylo užívání celkem stabilní, od roku 2004 užívání mezi mladými lidmi, oproti jiným státům, razantně stoupá.⁶⁶

1.5 Využívání konopí v medicíně

Konopí, hlavně jeho listy a květy, platily v mnoha kulturách za účinný lék. Znalost léčebného účinku byla často pod kontrolou šamanů, později také lidových léčitelů.

První psaný lékopis sestavil ve 3. tisíciletí př. n. l. mýtický čínský císař Shen Nung. Konopí označoval za elixír nesmrtelnosti. Podle něj konopí léčí ženské slabosti (nepravidelnou menstruaci, migrény), dnu, revmatismus, malárii, beriberi, zácpu a duševní nepřítomnost.⁶⁷

Řada přírodních národů užívá konopí dodnes jako léčivý prostředek. V Zimbabwe je lékem proti malárii nebo otravě krve, v Jihoafrické republice vdechují ženy kmene Suto kouř z marihuany pro ulehčení porodu.

Tradiční znalosti se uplatnily také v moderní době. Například královně Viktorii lékaři předepisovali konopí jako lék proti menstruačním bolestem. Konopné tinktury byly v této době jedním z nejprodávanějších medikamentů. Nejdéle se tradice léčení konopím udržela ve Švýcarsku (co se týče evropských států). Zde se nejčastěji užívalo proti bolestem močových cest (jako čaj), proto kašli (vařené konopí v mléce), konopné obklady se dávaly na oteklé oči, stejně jako při dně a revmatu. Roztlučený konopný kořen se přikládá na popáleniny, opařeniny a jizvy.⁶⁸

Ve 20. století výzkum léčebných účinků konopí pokračoval. Přišlo se na to, že THC zmírňuje bolest, úzkost, pocity nevolnosti, zvyšuje chuť k jídlu, snižuje nitrooční tlak

⁶⁶ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě. 44 s.

⁶⁷ RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 5. ISBN 978-80-254-1825-3.

⁶⁸ RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 24. ISBN 978-80-254-1825-3.

a uvolňuje svalové napětí.⁶⁹ Testy na krysách dokonce prokázaly schopnost zastavit růst rakovinotvorných nádorů (zde je ale třeba zohlednit to, že na co pozitivně reaguje zvíře, nemusí reagovat člověk). Ve výzkumu účinku konopí na rakovinu dosáhl zajímavých výsledků profesor Lumír Hanuš, který právě při pokusech na krysách přišel na to, že konopí zabíjí rakovinné buňky a nechá žít zdravé. Jde hlavně o rakovinu gliomu (nádor ústředního nervstva), prsu, štítné žlázy, tlustého střeva, konečníku a prostaty.⁷⁰

V 50. letech se na Palackého univerzitě v Olomouci provedl rozsáhlý výzkum, který potvrdil antibiotické účinky extraktů z konopí. Látky účinkovaly i na bakterie odolné vůči penicilinu – hlavní účinnou látkou je zde Cannabidiol (CBD). Tato studie prokázala i výborné výsledky při léčbě oparů, paradentózy a dalších stomatologických problémů.

V některých státech USA, v Austrálii, Kanadě, Holandsku a Velké Británii je povolen prodej marihuany na lékařský předpis. V lékárnách se prodávají léky s výtažky z konopí či se syntetickým THC – např. Marinol či Cesamet jsou předepisovány pacientům při chemoterapii nebo při léčbě migrény. Dále existují i ústní spreje určené mimo jiné ke zmírnění astmatických záchvatů.⁷¹

Pojídání celých semínek podporuje trávení, esenciální kyseliny a bílkoviny mají pozitivní účinek na imunitní systém a pomáhají tak při léčbě rakoviny, kardiovaskulárního systému atd.

Bílkovina v konopí může odstranit příznaky mnoha nemocí, včetně Parkinsonovy choroby a AIDS. Konopné semínko, v kterém je obsažena kyselina glutamová, dosáhlo pozitivních výsledků při léčbě Alzheimerovy choroby a kornatění cév.⁷²

Když si pozitivní účinky konopí na lidské zdraví shrneme, vychází nám toto:

- Příznivý vliv při léčení astmatu.
- Epilepsie (snižuje počet záchvatů).
- Anorexie (podporuje chuť k jídlu).
- Léčba zeleného zákalu (snižuje nitrooční tlak).
- Potlačuje nevolnost při chemoterapii u rakoviny, u nakažených AIDS.
- Roztroušená skleróza (pomáhá zpomalit průběh nemoci).

⁶⁹ Národní informační centrum pro mládež [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

⁷⁰ Magazín České noviny [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://magazin.ceskenoviny.cz/zdravi/zpravy/konopi-zabiji-rakovinne-bunky-melo-by-se-pestovat-k-lecbe/460898>>.

⁷¹ RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 25. ISBN 978-80-254-1825-3.

⁷² RUMAN M., KLVAŇOVÁ L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008 s. 26. ISBN 978-80-254-1825-3.

- Snižuje bolest, pomáhá při migrénách.
- Kožní problémy – herpes, ekzém, lupénka.⁷³

Všimněte si, že nikde neuvádíme, že je marihuana léčivá ve formě kouření. Na to se mladí lidé často odvolávají: „Vždyť je to lék!“ Ano, marihuana má jistě léčivé účinky, ale ve formě kouření má spíše negativní dopad a zdraví škodí.

1.5 Legislativa

Od 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, který nahradil dosavadní, několikrát novelizovaný zákoník z roku 1961.

Nebudu zde citovat úplné znění zákonů, ale pouze upozorním na změny, které se týkají nejen marihuany, ale jí především.

Drogové trestné činy podle nového trestního zákoníku:

- § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy.
- § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu.

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.
- § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahující omamnou nebo psychotropní látku.

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.
- § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu.
- § 287 Šíření toxikomanie.⁷⁴

⁷³ Národní informační centrum pro mládež [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

⁷⁴ *Zaostřeno na drogy 1/2010* (ročník osmý). Praha : Úřad vlády ČR, 2010 s. 3.

Problematika stanovení většího než malého množství konopí

Co se týče marihuany, přechovávat u sebe člověk může maximálně 15 gramů sušiny, s tím, že množství účinné látky je maximálně 1 g delta-9-THC. U hašiše to je maximálně 5 gramů drogy a 1 g delta-9-THC. Pro vysvětlení, mít u sebe toto malé množství je stále trestné ve smyslu, že jde o přešupek, nikoli o trestný čin.⁷⁵

Pěstování 5ti rostlin konopí ještě není trestný čin, pěstování více rostlin už je považováno za trestný čin.⁷⁶

⁷⁵ Nařízení vlády č. 467/2009 Sb.

⁷⁶ Nařízení vlády č. 455/2009 Sb.

2 Primární prevence

2.1 Definice pojmů

Prevence se definuje (dle WHO) jako intervence s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog.

Rozlišují se tři druhy prevence:

- Primární prevence: WHO ji definuje jako „*předcházení užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu*“⁷⁷, podle Nešpora „*primární prevence znamená předcházet problémům s návykovými látkami u těch, kdo je ještě nezačali škodlivě užívat*“.⁷⁸
- Sekundární prevence: dle WHO „*předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají*“⁷⁹, Nešpor uvádí, že „*cílem sekundární prevence je poskytnout efektivní pomoc těm, kdo začali návykové látky zneužívat, kde ale stav příliš nepokročil*“.⁸⁰
- Terciární prevence: WHO ji definuje jako „*předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog*“, ⁸¹ podle Nešpora „*se terciární prevence překrývá s léčbou závislosti na návykových látkách a s mírněním škod*“.⁸²

„*Primární prevence zahrnuje veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojených s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou.*

Efektivní primární prevence je odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytovaných služeb, která splňuje zásady efektivní primární prevence a která umožňuje dosáhnoutí maximální kvality a efektivity preventivního působení s cílem předcházet

⁷⁷ Informační portál primární prevence [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

⁷⁸ NEŠPOR, K., CSÉMY L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha : Sportpropag pro MŠMT, 1999. s. 6.

⁷⁹ Informační portál primární prevence [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

⁸⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha : Sportpropag pro MŠMT, 1999. s. 6.

⁸¹ Informační portál primární prevence [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

⁸² NEŠPOR, K., CSÉMY L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha : Sportpropag pro MŠMT, 1999. s. 6.

*problémům a následkům souvisejících se vznikem závislosti a dalších souvisejících problémů.*⁸³

U specifické primární prevence jde o aktivity, které se zaměřují přímo na primární prevenci užívání návykových látek, tzn. jedná se o programy zaměřené již specificky na určitou formu sociálně-patologického chování. Snaží se řešit způsob, jak předcházet výskytu určité specifické formy takového chování, v tomto případě na užívání drog. Specifičnost programů je dána nutností zaměřit se na určitou cílovou skupinu, jeví se jako ohroženější či rizikovější, než skupiny jiné.

Zatímco nespecifická primární prevence představuje veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, tj. aktivity blízké daným věkovým skupinám, které by byly poskytovány i v případě, že by problém spojený s užíváním návykových látek neexistoval. Jsou to aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně-patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní (ochranné) faktory vzniku závislosti. Patří sem zájmové kroužky, sportovní aktivity nebo také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, kdyby tzv. drogový problém neexistoval, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat.⁸⁴

Specifická primární prevence se ještě dělí na všeobecnou PP, selektivní PP a indikovanou PP. Všeobecná PP se zaměřuje na běžnou populaci bez dalšího dělení na méně či více rizikové skupiny. Selektivní PP se zaměřuje na skupiny osob, které jsou více ohrožené než jiné skupiny populace. A indikovaná PP se zaměřuje přímo na jedince, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných sociálně nežádoucích jevů.⁸⁵

Rizikové faktory jsou takové faktory, které zvyšují pravděpodobnost výskytu experimentování s návykovými látkami nebo jejich užívání. Lze je rozdělit do několika úrovní: jedinec (např. prodrogový postoj, poruchy chování, neadekvátní sociální vazby) – rodina (např. nedostatek vzájemné citové vazby, závislost v rodině, nejasná pravidla v rodině) - škola (neefektivní program primární prevence, nejasná pravidla týkající se

⁸³ *Informační portál primární prevence* [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

⁸⁴ *Informační portál primární prevence* [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

⁸⁵ *Zaostřeno na drogy 2/2007* (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 2.

rizikového chování, nepřátelská atmosféra) - vrstevníci (extrémní postavení ve skupině, užívání drog vrstevníky, pro-rizikové chování vrstevnické skupiny) – společnost (snadný přístup ke všem formám rizikového chování včetně drog, aktivní nabídka návykových látek, pro-rizikové normy a hodnoty chování ve společnosti).

Protektivní faktory jsou takové faktory, které snižují pravděpodobnost výskytu experimentování s návykovými látkami nebo jejich užívání. Protektivní faktory lze opět rozdělit do několika úrovní: jedinec (zdravé sebevědomí, stabilní sociální zázemí, dobrý zdravotní stav) - rodina (stabilní socio-ekonomický status, jasná pravidla odpovídající věku dítěte, dostatek vzájemné citové vazby) - škola (jasně stanovená pravidla týkající se projevů rizikového chování, vstřícná atmosféra ve škole, efektivní Minimální preventivní program) - vrstevníci (protidrogové postoje vrstevnické skupiny, respekt vůči jednotlivým členům vrstevnické skupiny) – společnost (stabilní ekonomická situace, dostatek příležitostí k uplatnění při studiu nebo v zaměstnání, jasně stanovené normy a hodnoty ve vztahu k projevům rizikového chování).⁸⁶

Rizikové skupiny jsou takové skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti, tzn. jsou více ohroženy než zbytek populace. Z hlediska věku to je skupina osob ve věku 12-18 let, z hlediska sociálního statutu mladí nezaměstnaní, děti z dysfunkčních rodin apod., z hlediska profese např. zdravotníci nebo pracovníci v pohostinství.⁸⁷

2.2 Cíle primární prevence

Hlavním cílem primární prevence je předejít vzniku sociálně patologických jevů. Cílem programu primární prevence je, aby cílová skupina získala znalosti, dovednosti a postoje podporující zdravý životní styl a aby tyto přednosti dokázala uplatnit ve svém chování nejen v době realizace programu, ale i v budoucnosti.

⁸⁶ *Středisko volného času* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost>>.

⁸⁷ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>>.

Cíle primární prevence podle věkového složení cílové skupiny

Předškolní věk (3-6 let):

Zde je hlavním cílem zakotvit zdraví jako důležitou životní hodnotu, kterou je třeba chránit. Dále je cílem, aby si děti uvědomily možná nebezpečí a možnosti, jak se těmto nebezpečím vyhýbat. Součástí je i podpora vytváření zdravých sociálních vztahů mimo rodinu. Proto programy pro děti předškolního věku spadají především do oblasti nespécifické primární prevence.

Mladší školní věk (6-12 let)

Cílem v tomto věku je prohlubovat dovednosti, jak chránit své zdraví a rozvíjet sociální dovednosti a také předat jednoznačné informace o škodlivosti alkoholu a tabáku včetně vymezení základních pravidel týkajících se užívání těchto látek.

Starší školní věk (12-15 let)

Cílem je rozvoj sociálních dovedností především v navazování zdravých vztahů mimo rodinu, v schopnosti čelit sociálnímu tlaku, dovednosti rozhodovat se, efektivně řešit konflikty apod. Zásadní místo zde mají specifické programy primární prevence, zaměřené na problematiku návykových látek.

Mládež (15-18 let)

Cílem primární prevence v tomto věku je podpořit protidrogové postoje a normy, nabízet pozitivní alternativy trávení volného času, seznámit s možnostmi řešení obtížných situací včetně možností, kam se obrátit v případě problému spojených s užíváním návykových látek.

Dospělá populace

Cílem u dospělé populace je podávání objektivních informací z oblasti drogové problematiky a odbourávání mýtů spojených s užíváním návykových látek.⁸⁸

⁸⁸ *Národní informační centrum pro mládež* [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>>.

2.3 Organizační systém primární prevence ve školním prostředí

Na samém vrcholu pomyslné pyramidy systému primární prevence je ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT).

Na horizontální úrovni MŠMT aktivně spolupracuje s věcně příslušnými resorty (ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo vnitra, ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo obrany) a nadresortními orgány (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády a Republikový výbor prevence kriminality při ministerstvu vnitra). Dále MŠMT spolupracuje se zástupci věcně příslušných resortů, krajů, akademické obce, nestátních neziskových organizací, školských poradenských zařízení, vysokých škol a dalšími organizacemi zabývajícími se předmětnou problematikou.

Na vertikální úrovni MŠMT metodicky vede a koordinuje síť koordinátorů tvořenou krajskými školskými koordinátory prevence (pracovníci odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů), metodiky prevence (pracovníci pedagogicko-psychologických poraden) a školními metodiky prevence (pedagogové ve školách a školských zařízeních).

Školní metodik primární prevence

Zapojení školního metodika do systému preventivních aktivit předpokládá jeho činnost v oblasti metodické, koordinační, informační a poradenské.

Metodik koordinuje tvorbu a kontroluje realizaci minimálního preventivního programu školy. Koordinuje a participuje na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci záškoláctví, šikany, závislostí, násilí, vandalismu, sexuálního zneužívání, zneužívání sektami, prekriminálního a kriminálního chování, rizikových projevů sebepoškozování a dalších sociálně nežádoucích jevů. Metodicky vede činnost učitelů školy v oblasti prevence a také koordinuje jejich vzdělávání v této oblasti. Koordinuje přípravu a realizaci aktivit zaměřených na zapojování multikulturních prvků do vzdělávacího procesu a na integraci žáků-cizinců.

Spolupracuje s orgány místní správy a samosprávy, s okresním metodikem prevence a s odbornými pracovišti.

A kromě dalších aktivit například kontaktuje v případě výskytu sociálně nežádoucího jevu odborné pracoviště a podílí se na intervenci a následné péči.⁸⁹

⁸⁹ MARÁDOVÁ E. *Prevence závislostí*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006 s. 23. ISBN 80-86991-70-9.

2.4 Minimální preventivní program

Dalo by se říci, že minimální preventivní program (dále jen MMP), rovná se základní strategii prevence sociálně patologických jevů školy nebo školského zařízení.

MPP se vypracovává vždy na příslušný školní rok (krátkodobé cíle primární prevence) nebo v časově delším horizontu (dlouhodobá preventivní strategie). Je součástí výchovně vzdělávacího programu školy. Odráží specifikace regionu, školy (případně školského zařízení) a vždy vychází z aktuální situace na škole a reflektuje evaluaci průběhu předchozího školního roku. Program vypracovává školní metodik prevence v úzké spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky za podpory vedení školy. Opírá se zejména o užší tým pracovníků, což je většinou výchovný poradce a školní psycholog. Je iniciátorem, koordinátorem a zpracovatelem MPP. Průběžně vyhodnocuje preventivní strategii školy a vypracovává závěrečnou evaluační zprávu za příslušný školní rok. Ta je obvykle součástí výroční zprávy školy.

MPP obsahuje aktivity v poskytování informací v rámci vzdělávacího procesu (téma zdraví, zdravý životní styl, sociálně patologické jevy, ...), programy "Škola podporující zdraví", smysluplnou nabídku volnočasových aktivit (ve školách i v mimoškolní činnosti), programy aktivního sociálního učení (skupinové formy práce vedoucí ke kvalitě mezilidských vztahů), poradenské činnosti (ve školách, ve spolupráci se speciálními zařízeními, např. pedagogicko-psychologická poradna, neziskové organizace).⁹⁰

Ukázka minimálního preventivního programu viz příloha II.

2.5 Současné pohledy na efektivní primární prevenci ve školním prostředí

Cílem efektivní primární prevence je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku, nebo alespoň posunout setkání s návykovými látkami do pozdějšího věku, když je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější. A nebo snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu už dochází

⁹⁰ *Pedagogicko-psychologická poradna Brno* [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 22. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.php>>.

a předejít tak různým zdravotním poškozením včetně závislosti, které by vyžadovaly léčbu. Nejdůležitějším ukazatelem efektivity preventivního programu je změna chování.

Zásady efektivní všeobecné prevence dle MUDr. Nešpora

Program by měl odpovídat věku žáka. Obecně platí, že čím dříve se s prevencí začne, tím je úspěšnější.

Program pracuje s malou skupinou a je interaktivní. Je účinnější než programy s velkými skupinami žáků a účinnější než pouze vzdělávací programy. Nejeftivnější se ukazují dle různých výzkumů tzv. peer-programy (programy primární prevence realizované vrstevníky).

Program musí zahrnovat získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život. Jde například o dovednosti 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, nenásilní zvládání konfliktů atd.

Program by měl brát v úvahu místní specifika. Například víme, že se v ČR ve velké míře užívá alkohol a marihuana, tak se zaměříme na tyto drogy a ne například na crack, který se užívá spíše v USA.

Program by měl využívat pozitivních modelů, zejména takových, s nimiž se může cílová populace ztotožnit a jejichž způsoby reagování může uplatnit v situacích svého každodenního života (např. při trávení volného času nebo zvládání problémů). Jako pozitivní modely jsou vhodné vrstevníci, kteří žijí zdravě.

Program musí zahrnovat jak legální tak nelegální látky.

Program by měl zahrnovat i snižování dostupnosti návykových rizik. Sem patří např. zákaz prodeje alkoholických nápojů osobám pod 18 let a jeho prosazování, vyhýbání se rizikovým prostředím a pro děti vytvářet prostředí bezpečná, což pravda škola a programy primární prevence nemohou ovlivnit tolik jako rodina.

Program by měl být soustavný a dlouhodobý. Jednorázové akce či přednášky nejsou efektivní.

Program by měl být realizován kvalifikovaně a důvěryhodně. Vliv na efektivitu mají i lidé, kteří program vedou a jak je program prezentován.

Program je komplexní a využívá více strategií.

Program musí počítat s komplikacemi a musí je umět řešit. Například: u žáka se objeví nepříjemné duševní stavy a realizátor musí umět situaci řešit.⁹¹

Osobnostní předpoklady pracovníka v oblasti primární prevence

Pracovník má mít teoretické znalosti z oblasti adiktologie, odborné vzdělání a zájem o drogovou problematiku, ve které se dobře orientuje. Umí poskytnout či zprostředkovat odbornou pomoc a podává pravdivé a objektivní informace. Důležitá je i komunikační zdatnost, organizační dovednosti, profesionální etický přístup, jasný protidrogový postoj a přehled o životním stylu mladých lidí.

Další oblast jsou sociální kompetence. Sem patří sociální citění, vhled do sociálních situací, orientace v interpersonálních vztazích, má autoregulační systémy pod kontrolou, je týmový a je v kontaktu s jinými odbornými zařízeními.

Posledním předpokladem je emocionální stabilita, schopnost sebeovládání, empatie, umění přijmout kritiku a adekvátní reakce na podněty.⁹²

Preventivní přístupy ve školách

V realizaci prevence ve školách se nejčastěji uplatňují dva typy přístupů. Jeden typ je poskytnutí informací o drogách formou přednášky, druhý je zážitkový program, někdy nazývaný jako posilování kompetencí či trénink obecných dovedností.

První přístup je určitě důležitý, co se ovšem týče efektivity, není až tak velká. Má pozitivní vliv na vědomosti a postoje ve vztahu k drogám, nikoli však ve vztahu k jejich užívání, tam může mít dokonce opačný účinek. Velký důraz se klade na poskytování objektivních informací o drogách – ne jen těch negativních informací, co je na drogách špatného, ale i co drogy přinášejí dobrého, neboli důvod, proč je lidé užívají.

Druhý přístup je efektivnější. Jde například o program osvojování si životních dovedností, nácvik chování při odolávání tlaku vrstevníků, umět říct „ne“. Bylo zjištěno, že tento přístup má sice nevelký, ale trvalý pozitivní vliv na užívání drog, včetně konopných látek.

Nejlepší je samozřejmě kombinace obou přístupů. Většinou se tedy dělají dlouhodobé programy primární prevence, kde se žákům dostane množství objektivních

⁹¹ NEŠPOR, K., CSÉMY L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha : Sportpropag pro MŠMT, 1999. s. 8.

⁹² SKÁCELOVÁ, L. Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003 s. 330. ISBN 80-86734-05-6.

informací a současně jsou do programu aktivně vtaženi například nějakou skupinovou aktivitou nebo sebezkušeností při nácviu různých situací.

Další přístupy mohou být například normativní vzdělávání, kdy cílem je uvést na pravou míru mylnou představu, že většina dospělých a dospívajících užívá drogy, neboť nesprávná normativní očekávání mohou nakonec vést k užívání drog (příklad: „Dělají to všichni, je to normální.“). Další protidrogová prevence může být například i formou jevištního umění, kdy za pomoci divadla si žáci mohou rozšířit vědomosti o drogách a je účinné při navozování změn postojů k drogám.⁹³

Školní primární prevence by se měla zaměřovat na všechny typy drog, jak legální, tak nelegální. Již je snad pryč doba, kdy se žáci nahnali do kina, pustil se jim dokument o zhuntovaném narkomanovi závislém na pervitinu a heroinu a žáci naprosto buď znechucení nebo nadšení odcházeli s tím, že tohle se jim nikdy stát nemůže. O mnohem přístupnějších a pro žáky aktuálnějších drogách jako např. alkohol, tabák nebo marihuana preventivní programy nebyly.

Preventivní aktivity by se měly také zaměřovat jak na informace o drogách samotných, tak na „sekundární“ rizika a problémy, k nimž u žáků (studentů) může dojít následkem braní drog, např. problémy se zákonem v důsledku páchaní drogové kriminality, sociální exkluze, zdravotní rizika atd.

V programech prevence je nutno vzít v úvahu i skutečnost, že společnost vnímá značně rozdílně, jestli člověk experimentuje s alkoholem nebo s nelegální látkou jako je konopí.⁹⁴

Zvláštnosti prevence problémů způsobených konopím

Konopí je u nás nejrozšířenější ilegální drogou, zkušenost s ní má asi polovina studentů. Zdravotní následky, které droga způsobí, se často projeví až po letech. Při nahodilém a zřídkačím požívání se nemusí projevit vůbec. To pak vede k podceňování těchto drog a zlehčování jejich rizik nejen uživateli.

Kolem konopných drog se vytvořila silná a hlasitě se projevující nátlaková skupina. Motivy těchto lidí mohou být komerční, ideologické, ale často jde prostě o projevení obliby této drogy. Konají se různé festivaly na podporu legalizace této drogy atd.

⁹³ MCGRATH Y. a kol. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi*. Praha : Úřad vlády ČR, 2007 s. 16. ISBN 978-80-87-041-16-1.

⁹⁴ GALLÀ, M. a kol. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Praha : Úřad vlády ČR, 2005 s. 12. ISBN 80-86734-38-2.

Argumentaci propagátorů dospívající často přebírají. Mohou to být argumenty typu:

- Konopí není návykové. (Velký mýtus. Konopí samozřejmě návykové je.)
- Konopí je jen příroda. (To opium také.)
- Ten či onen užívá konopí a nic se mu nestalo. (Zatím se stát nemuselo, ale stát se ještě může. Následky konopí se většinou projeví až po delší době.)
- Konopí není nebezpečnější než alkohol. (Argument, co je horší, se používá hodně často.)
- Konopí je léčivé. (To byl i heroin a kokain.)

Je důležité vyvracet tyto mýty, jelikož dospívající se jimi nechají lehce ovlivnit a na tyto argumenty se často vymlouvají a dokonce jimi dokáží přesvědčit samotné rodiče. Rodiče by měli trvat na abstinenci od těchto drog.⁹⁵

⁹⁵ NEŠPOR K., CSÉMY L. *Průchozí drogy: Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha : Fortuna, 2002 s. 9.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

Cíle praktické části a výzkumné předpoklady

Cílem výzkumu této bakalářské práce je analyzovat postoje a zkušenosti středoškolské mládeže s užíváním marihuany.

Dílčím cílem je mimo jiné i zjistit rozdíl mezi zkušenostmi a postoji studentů k marihuaně vzhledem k typu studované školy – učiliště, střední škola, gymnázium.

Výzkumný projekt je zaměřen také na vliv školních preventivních programů na postoje středoškoláků k této droze. Postoji je myšlen zejména vztah k této droze, dále to jak ji respondenti vnímají, jaký je jejich názor na její legalizování. Dále je cílem zjištění, jaký význam mají pro respondenty programy primární prevence, do jaké míry tyto programy shledávají jako užitečné nebo zbytečné, jaké díky nim získali nové informace a do jaké míry jim změnily pohled na marihuanu.

K realizaci výzkumného projektu byly stanoveny tyto předpoklady:

1. předpoklad:

Předpokládám, že vlastní zkušenost s užíváním či jednorázovým užitím marihuany má více než 50% středoškoláků.

Otázky k ověření: 5, 6, 7, 8, 9.

2. předpoklad:

Předpokládám, že většina středoškoláků má na užívání marihuany negativní názor a vnímá ji jako nebezpečnou návykovou látku.

Otázky k ověření: 14, 15, 16, 17, 18.

3. předpoklad:

Předpokládám, že většina středoškoláků souhlasí s legalizací této drogy.

Otázky k ověření: 19, 20.

4. předpoklad:

Předpokládám, že program primární prevence mění středoškolákům názor na marihuanu, ve smyslu změny názoru na její návykovost a zdravotní a sociální rizika.

Otázky k ověření: 24, 25, 26.

Metodologie výzkumu

Jednalo se o kvantitativní výzkum, který testuje pravdivost nebo nepravdivost dopředu vytvořených předpokladů na velkém vzorku respondentů.

K ověření předpokladů jsem zvolila jako výzkumnou metodu techniku dotazníku. Tuto techniku jsem si vybrala proto, že mi připadala z hlediska četného množství informací, které jsem musela získat, nejvhodnější a nejrychlejší a bylo tak možné oslovit větší počet respondentů.

Objektivní výsledek dotazníkové metody závisí na teoretické bázi, z níž tazatel vychází a z promyšleného vědeckého předpokladu, který je určujícím podkladem ke stylizaci otázek tak, aby postihovaly podstatné rysy zkoumaných jevů a procesů.

Význam má volba a formulace otázek, ta musí přísně sledovat stanovený cíl výzkumu a jeho základní problémy. Výsledek je závislý na tom, jak jasně a konkrétně jsou otázky formulovány, jelikož kvalita otázky je dána kvalitou odpovědí (Somr, 2009).

Důležité je, aby respondent otázku pochopil. Proto jsem byla u zadávání dotazníku přítomna, aby se respondenti v případě potřeby mohli na cokoli zeptat.

Dotazník obsahoval 29 otázek, z toho bylo 9 otevřených, kde měli respondenti prostor pro vyjádření svého názoru, 6 polouzavřených, ve kterých mohli respondenti volit z nabídnutých možností, případně doplnit i svou vlastní odpovědí, 12 uzavřených, v nichž mohli respondenti zvolit pouze stanovené možnosti odpovědí a 2 otázky byly škálové, kdy jde o míru vlivu ve škále od 1 do 5ti.

První čtyři otázky byly zároveň otázkami demografickými, tzn. zjišťování věku a pohlaví respondentů, do jakého typu školy chodí a v jakém jsou ročníku.

Dotazníky jsem rozdala mezi studenty čtyř různých středních škol v Plzni, do devíti tříd (1., 2. a 3. ročník). Při vyplňování dotazníků jsem byla přítomna a respondentům k dispozici. Dotazníky jsem rozdávala i vybírala sama. Tím jsem chtěla předejít případným obavám, že se vyplněné dotazníky dostanou ještě do jiných rukou, např. učitele a studenti nebudou ze strachu z odhalení odpovídat pravdivě. Celkem jsem tak získala 218 respondentů. Návratnost byla 100%ní.

Přesné a úplné znění dotazníku předkládám ke shlédnutí v příloze III.

Popis výzkumného prostředí

Vybrala jsem tři typy škol – gymnázium, střední školu a učiliště. Konkrétně to byly tyto čtyři plzeňské školy a obory:

- Masarykovo gymnázium – dva všeobecné obory.
- Střední odborná škola obchodu, užitého umění a designu – maturitní obor Cestovní ruch, maturitní obor Provoz obchodu.
- Střední průmyslová škola strojnická – učební obor Obráběč kovů, učební obor Modelář, maturitní obor Ekonomika a podnikání ve strojírenství
- Hotelová škola – maturitní obor Ekonomika a podnikání, učební obor Pekař a řezník-uzenář.

Typologie studentů různých typů škol

Je patrný rozdíl mezi studenty různých typů škol. Ať už co se týče přístupu k životu, zodpovědnosti za sebe samého, v postojích obecně a zejména v pro- a protidrogových postojích a troufám si říct i v inteligenci. Z mé profesní zkušenosti je patrný rozdíl i mezi studenty stejné školy, kde se studují jak maturitní obory, tak učební obory. Viz například uvedená Hotelová škola, kde respondenti byli jak z maturitního oboru Ekonomika a podnikání, tak z učebního oboru Pekař a řezník-uzenář. I ve výsledcích výzkumu jsou některé rozdíly patrné. Samozřejmě se nedalo postihnout vše, ale některé výstupy jsou uvedené s ohledem na rozdílný typ školy.

Uvedené informace o profilu studenta se zakládají pouze na zkušenostech lektorů primární prevence organizace, v které pracují. Jsou to pouze postřehy úzce související s experimentováním a užíváním návykových látek a dalších sociálně nežádoucích jevů.

- Studenti středních škol: U některých studentů experimenty s legálními i nelegálními drogami, ve větší míře drogy konopné a taneční, především MDMA. Podle zkušeností ze sekundární a terciární prevence má tento typ studentů menší dispozice ke vzniku závislosti. Drogy užívají spíše na úrovni experimentu k zábavě, většinou je neužívají dlouhodobě. Informace si většinou hledají sami.
- Studenti gymnázií: Podobné jako u studentů SŠ. Drogy jsou v tomto případě užívány cíleně, např. jako experiment k poznání jiného rozměru světa, „bytí“. Studenti si většinou sami hledají informace o drogách a jsou daleko více informováni o rizicích spojených s užíváním návykových látek než např. studenti SOU. Studenti přistupují k drogám s respektem a jejich zájem o návykové látky je

na intelektuální úrovni. U gymnazistů se často setkáváme se zájmem o halucinogeny, jakožto poznání něčeho nadpozemského.

- Studenti učilišť: U některých studentů experimenty s legálními a nelegálními látkami. Nižší informovanost o rizicích spojených s užíváním návykových látek. Mnohdy povrchní přístup k životu a s tím související prodrogové postoje, které nedohlížejí důsledky. Jednotlivé třídy jsou nejen rozděleny přirozeně dle společných zájmů studentů, ale i subkulturně. Ve větší míře se vyskytují potíže se soustředěním a potíže v komunikaci. Často nízké sebevědomím, které většinou pochází z rodinného klimatu.

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo 218 respondentů ze čtyř plzeňských středních škol. Z celkového počtu respondentů bylo 105 mužů a 113 žen ve věkovém rozmezí od 15 do 20 let, průměrný věk studentů byl 17,5 let. Nejčastější věk respondenta byl 16 let. Podrobné rozdělení dle věku a pohlaví v závislosti na typu školy je uvedeno v tabulce č. 1 a 2.

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů dle typu studované školy a pohlaví (n=218).

Pohlaví	SOU	SŠ	Gymnázium	Σ
Muž	44	34	27	105
Žena	9	78	26	113
Celkem	53	112	53	218

Tabulka č. 2: Rozdělení respondentů dle typu studované školy a věku (n=218).

Věk	SOU	SŠ	Gymnázium	Σ
15	9	9	17	35
16	23	35	35	93
17	3	55	1	59
18	11	11	0	22
19	6	2	0	8
20	1	0	0	1
Celkem	53	112	53	218

Dle typu školy můžeme respondenty rozdělit na 53 respondentů, kteří studují na učilišti, respektive učební obory, na 112 respondentů, kteří studují na střední škole, respektive maturitní obory a na 53 respondentů, kteří studují na gymnáziu. Největší zastoupení měli tedy respondenti ze střední školy, počet respondentů na gymnáziu a učilišti je vyrovnaný.

Nejvíce respondentů studuje v prvním ročníku školy, tedy 119 respondentů. 86 respondentů studuje v druhém ročníku a 13 respondentů v třetím ročníku.

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů dle typu studované školy a věku (n=218).

Ročník	SOU	SŠ	Gymnázium	Σ
1.	41	25	53	119
2.	0	86	0	86
3.	12	1	0	13
Celkem	53	112	53	218

Prezentace a interpretace výsledků výzkumu

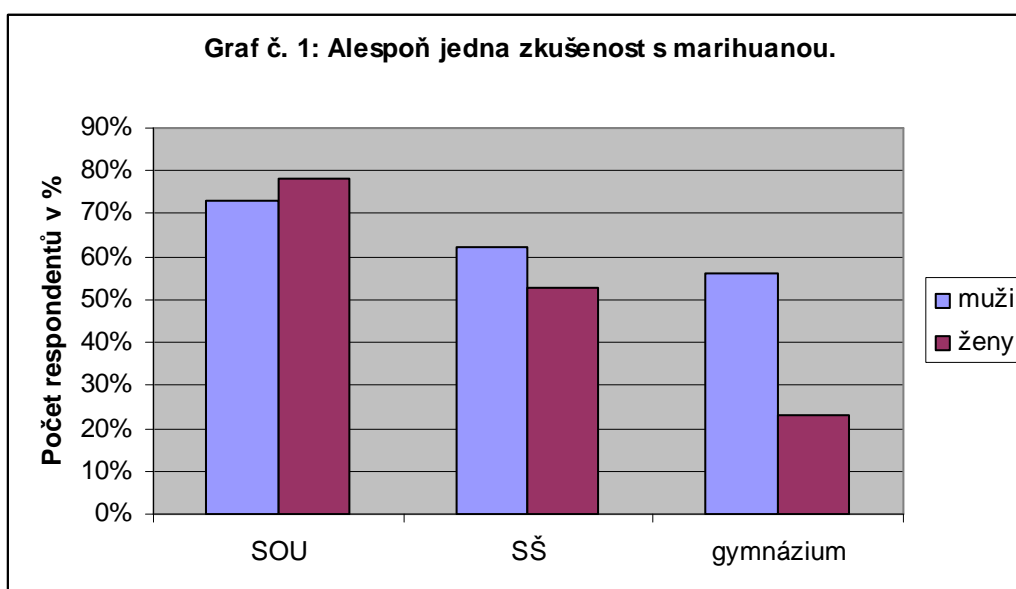
Výzkum byl vyhodnocen na základě 218 vyplněných dotazníků. Přesné znění interpretovaných otázek je uvedeno v příloze III.

U některých výsledků šetření je zohledněn typ studované školy nebo pohlaví respondenta, jelikož rozdíl mezi pohlavími či studenty různých škol může mít zajímavou vypovídající hodnotu.

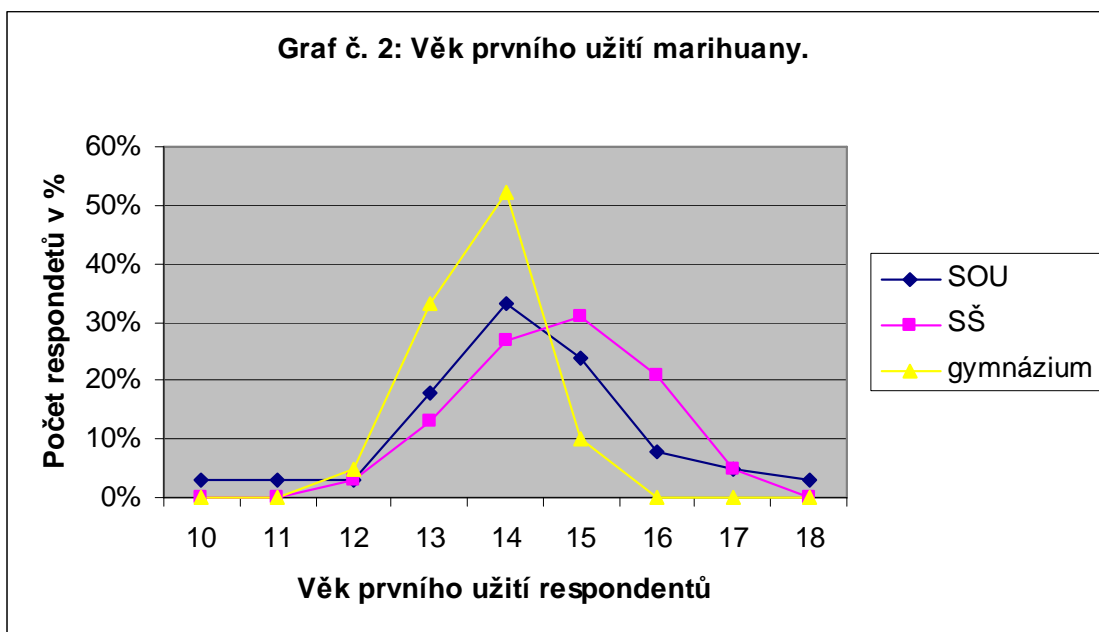
Na otázku, která se zabývá alespoň jednou zkušeností s marihuanou v životě odpovědělo celkem 56 % respondentů (122 respondentů), že alespoň jednu zkušenost s touto drogou má a 44 % respondentů (95 respondentů) zkušenost s touto drogou nemá. Nejvíce respondentů, kteří mají alespoň jednu zkušenost s marihuanou studuje učiliště, nejméně respondentů, kteří odpověděli kladně, je z gymnázia. Zajímavý je i rozdíl mezi pohlavími: alespoň jednu zkušenost s marihuanou má 48 % žen a 65 % mužů. Podrobněji v tabulce č. 4 a v grafu č. 1, kde je patrný rozdíl mezi muži a ženami a mezi typy škol.

Tabulka č. 4: Zkušenost s marihuanou dle typu studované školy a pohlaví (n=217).

Typ školy	SOU		SŠ		Gymnázium		Σ
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	
Muži	32	12	21	13	15	12	105
Ženy	7	2	41	36	6	20	112
Celkem	39	14	62	49	21	32	217



Další otázka byla zaměřena na věk prvního užití marihuany u zkoumaného vzorku. Zde odpovědělo z celkového počtu 121 respondentů, že první zkušenost má 1 respondent (1 % z celkového počtu respondentů) v 10ti letech, v 11ti letech také 1 respondent (1 %), ve 12ti letech 4 respondenti (3 %), ve 13ti letech 22 respondentů (18 %), ve 14ti letech 41 respondentů (34 %), v 15ti letech 30 respondentů (25 %), v 16ti letech 16 respondentů (13 %), v 17 letech má první zkušenost s marihuanou 5 respondentů (4 %) a v 18 letech pouze 1 respondent (1 %).



Pro představu, zda byla marihuana užitá respondenty i v poslední době a ne pouze v době prvního užití, slouží i tato otázka. Marihuanu v posledním měsíci užilo 33 respondentů z celkového počtu 122, tedy 27 % respondentů. Opět se kladná odpověď objevila nejvíce mezi studenty učilišť. Podrobněji v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Užití marihuany v posledním měsíci (n=122).

Typ školy	SOU		SŠ		Gymnázium		Σ
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	
Muži	13	19	4	17	3	12	68
Ženy	1	6	12	29	0	6	54
Celkem	14	25	16	46	3	18	122
Celkem v %	36 % resp. užilo v posledním měsíci		26 % resp. užilo v posledním měsíci		14 % resp. užilo v posledním měsíci		27 %

Dále jsem zkoumala pravidelnost užívání, respektive jak časté bylo nebo je užívání marihuany u respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 119 respondentů. Každý den marihuanu užívá či užívalo 7 respondentů (6 %), několikrát týdně ji užívá či užívalo 16 respondentů (13 %), jednou týdně 2 respondenti (2 %), několikrát měsíčně 11 respondentů (9 %), odpověď méně než jednou za měsíc uvedlo 46 respondentů (39 %) a jen jednou v životě ji užilo 37 respondentů (31 %).

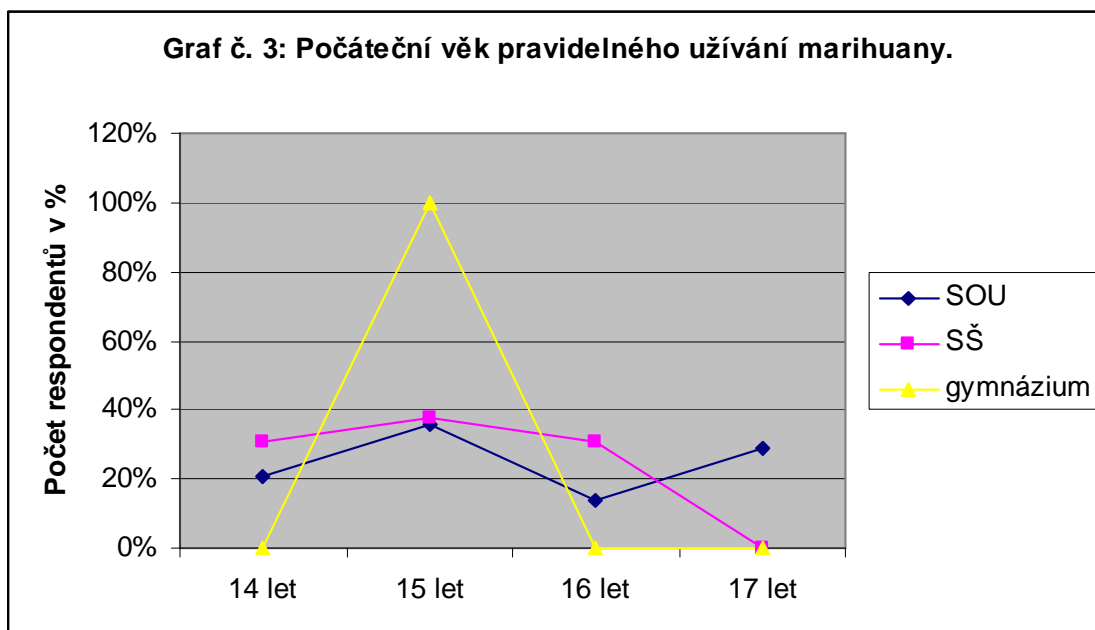
Tabulka č. 6: Četnost užití marihuany (n=119).

	SOU		SŠ		Gymnázium		Σ
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
každý den	3	0	2	2	0	0	7
několikrát týdně	8	2	3	3	0	0	16
jednou týdně	1	0	1	0	0	0	2
několikrát měsíčně	3	0	5	2	1	0	11
méně než 1x za měsíc	7	2	4	24	8	1	46
jednou v životě	8	3	5	10	6	5	37
Celkem	30	7	20	41	15	6	119

Další otázka (v dotazníku pod číslem 9) byla zaměřena na věk, kdy respondent začal užívat marihuanu pravidelně. Jako pravidelnost zde bylo myšleno užívání každý den, několikrát týdně, jednou týdně a několikrát měsíčně, což respondenti vyplňovali v předchozí otázce.

Z 28mi respondentů odpovědělo 7 (25 %), že pravidelně marihuanu užívá či užívalo od svých 14ti let, 11 respondentů od 15ti let (39 %), 6 respondentů (21 %) od 16ti let a 4 respondenti (14 %) ji pravidelně užívají od 17ti let.

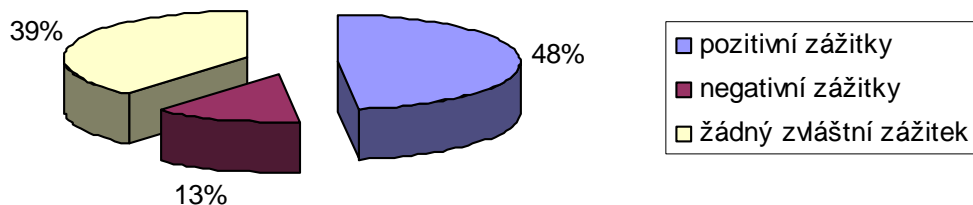
Opět je zajímavý pohled na rozdíl mezi typy škol a pohlavími. Ženy nejčastěji (z 50 %) pravidelně užívaly marihuanu od 14ti let, muži začali o rok dříve (45 %). U typů škol rozdíl není, u všech převládá počátek pravidelného užívání od 15ti let – u SOU 36 % respondentů, u SŠ 38 % respondentů a gymnázium 100 % respondentů, jelikož na tuto otázku odpověděl jen jeden respondent.



Desátá otázka byla spíše pro doplnění výzkumu. Jelikož mne také zajímalo, jaké jsou trendy v užívání marihuany, jestli ji studenti užívají i v jiné formě, než pouze ve formě kouření (jointu či vodní dýmky). Odpovědělo 112 respondentů. Z větší části odpověděli, že v jiné formě než ve formě kouření marihuanu neužívali či neužívají – celkem 97 respondentů (87%). V jiné formě ji užívalo či užívá 15 respondentů (13%). A to nejčastěji ve formě bramboráků (10 respondentů), koláčků (7 respondentů), v bábovce (4 respondenti) a v palačinkách (3 respondenti).

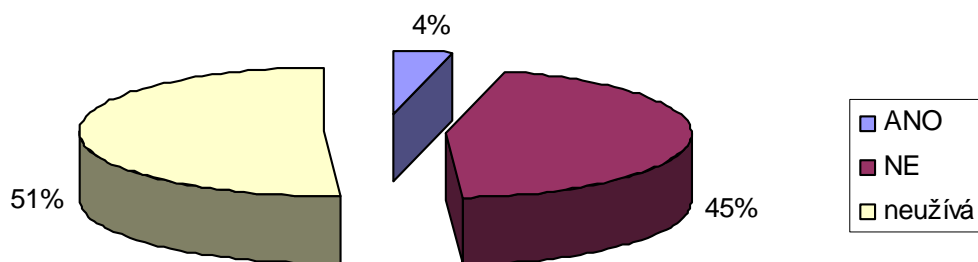
Další otázka byla také spíše doplňující, jelikož mne kromě počtu uživatelů zajímalo, i s jakými zážitky mají užívání marihuany spojené. 91 respondentů (z celkového počtu 215) se mohlo vyjádřit, že marihuanu nikdy nezkusilo. Nás zajímají spíše ostatní odpovědi, proto procentuelní vyjádření je pouze z ostatních odpovědí (tj. z 124 respondentů). 60 respondentů (48 %) má marihuanu spojenou s pozitivními zážitky, 16 respondentů (13 %) s negativními zážitky a 48 respondentů (39 %) při užívání marihuany nic zvláštního nezažilo.

Graf č. 4: Zážitky spojené s užitím marihuany.



Na dvanáctou doplňující otázku měli respondenti odpovědět, zda měli při užívání marihuany nějaké problémy – zdravotní, psychické či sociální. Celkem odpovědělo 202 respondentů a to následovně: 103 respondentů (51 %) marihuanu neužívá, takže odpovědět nemohli, 90 dotazovaných (45 %) žádné problémy s užíváním marihuany nemělo a 9 respondentů (4 %) problémy měli a to např. nevolnost (3 respondenti), špatný psychický stav (2 respondenti), pocit úzkosti (2 respondenti), ospalost (3 respondenti), slabé halucinace (1 respondent), zhoršené dýchání (1 respondent).

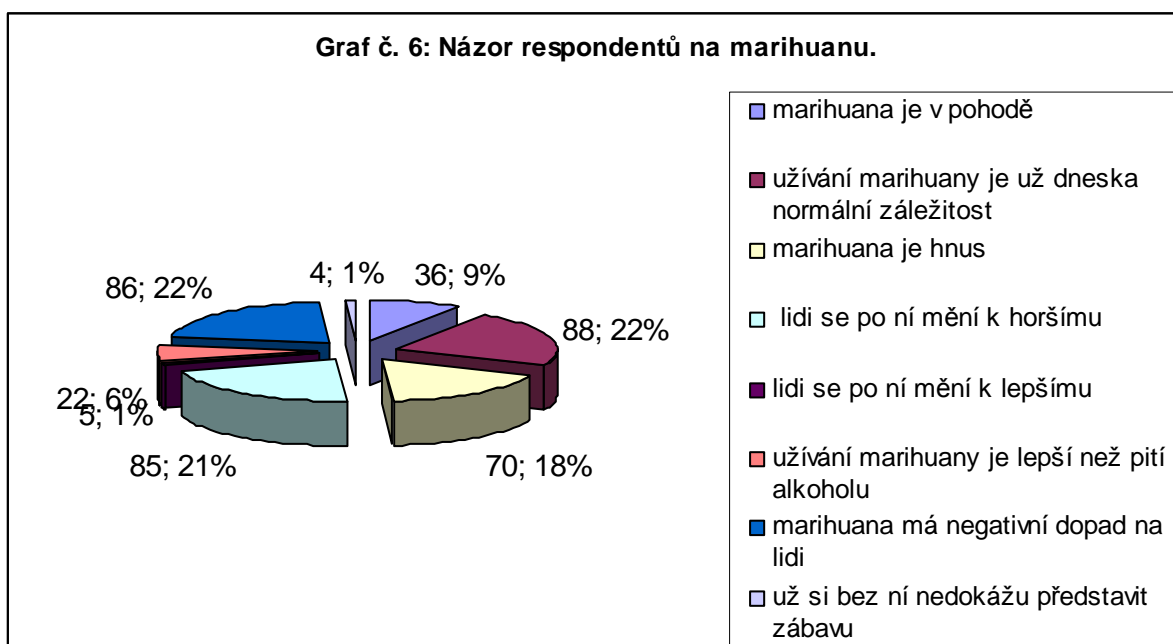
Graf č.5: Výskyt zdravotních, psychických či sociálních problémů při užívání marihuany.



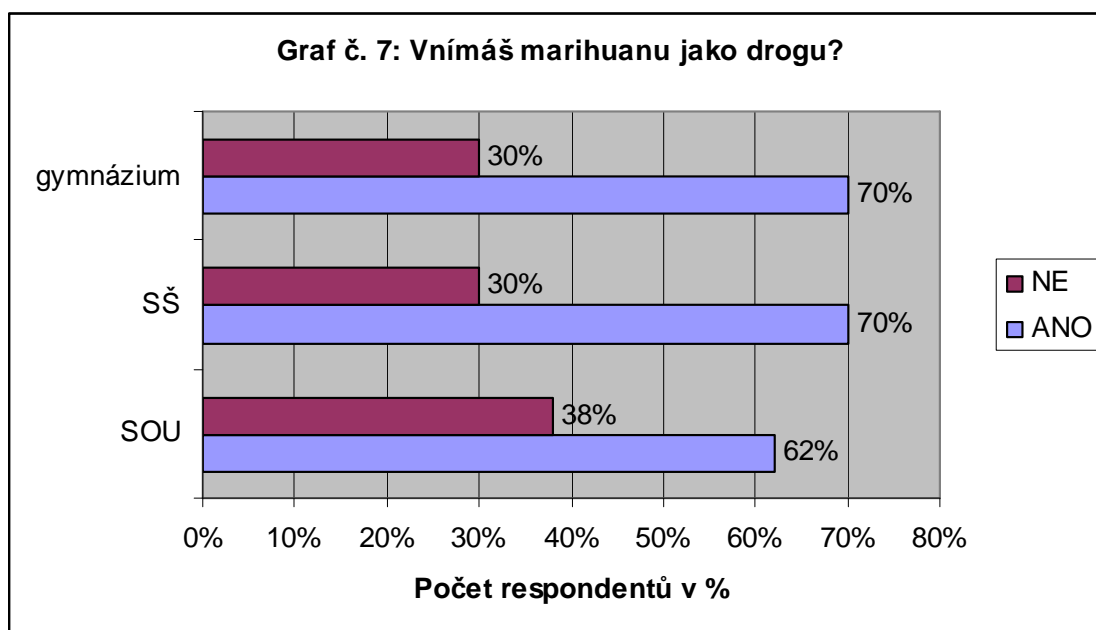
Další otázka navazuje na předchozí. Ptala jsem se, jestli respondenti vyhledali odbornou pomoc, pokud měli jakékoliv problémy při užívání marihuany. Zde všichni respondenti, kteří problémy měli, odpověděli, že odbornou pomoc nevyhledali.

Čtrnáctá otázka se vztahuje k druhému předpokladu. Zajímalo mne jaký mají respondenti názor na marihuanu. Mohli zaškrtnout více odpovědí a mohli si vybrat mezi těmito možnostmi: a) marihuana je v pohodě, b) užívání marihuany je už dneska normální záležitost, c) marihuana je hnus, d) lidi se po ní mění k horšímu, e) lidi se po ní mění k lepšímu, f) užívání marihuany je lepší než pití alkoholu, g) marihuana má negativní dopad na lidi, h) už si bez ní nedokážu představit zábavu.

Největší počet hlasů (tuto odpověď zaškrtno nejvíce respondentů) získal názor, že užívání marihuany je už dneska normální záležitost, odpovědělo tak 88 respondentů. Na druhém místě je názor, že marihuana má negativní dopad na lidi - 86 respondentů. 85 respondentů souhlasí s názorem, že se lidi po marihuaně mění k horšímu. 70 respondentů má názor, že je marihuana hnus. S tím, že je marihuana v pohodě, souhlasí 36 respondentů. 22 respondentů si myslí, že je užívání marihuany lepší než pití alkoholu. Pouze pět respondentů si myslí, že se lidi po marihuaně mění k lepšímu. A pouze čtyři odpověděli, že si bez marihuany už neumí představit zábavu. Pro lepší znázornění viz graf č. 6.



Další otázka zněla „Vnímáš marihuanu jako drogu?“. Na tuto otázku odpovědělo 215 respondentů, z toho 146 respondentů (68 %) marihuanu jako drogu vnímá a zbylých 69 (32 %) ji tak nevnímá. Zajímavý je rozdíl i mezi typy škol, viz graf č. 7.

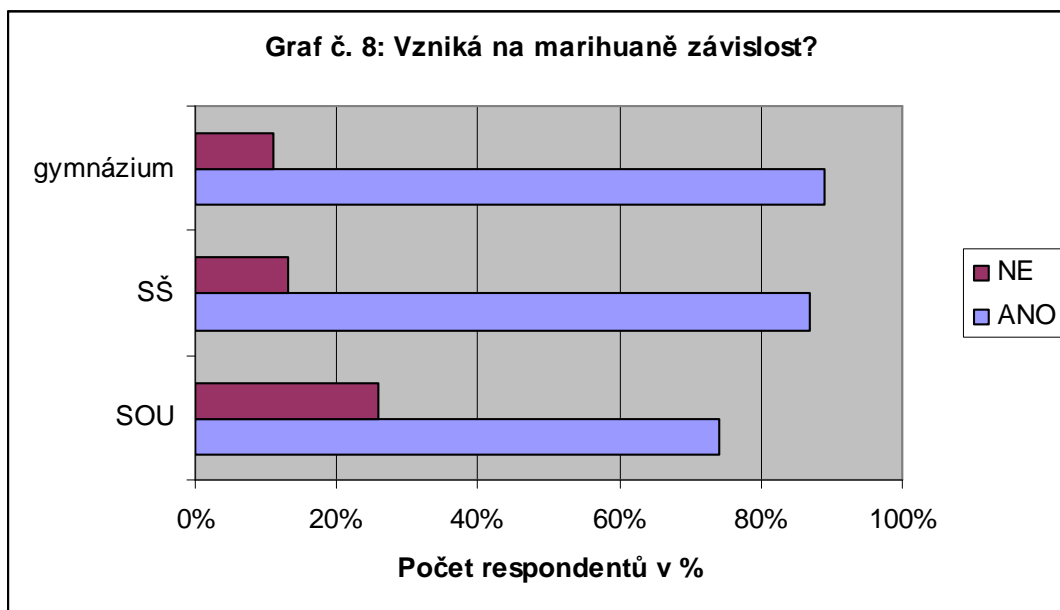


Jelikož marihuana droga samozřejmě je, nabízela se i otázka, proč si někteří respondenti myslí opak. Nejčastěji se objevovala odpověď: „protože je to normální běžná věc“, nebo „protože to není těžká droga“, často se opakovalo také „protože to není chemie“, „nemá takový dopad na lidi“, že „není tolik návyková“, nebo proto, že „ji užívá skoro každý“.

V menší míře se objevovaly odpovědi jako: „neškodí to zdraví“, „v malé míře je zdravá“, „je to bylina“, „je snadno dostupná“, „dokáže být užitečná – v lékařství“, „protože se jen kouří“, „závislosti se dá snadno zbavit“, „je pro zábavu“, „protože společnost podceňuje rizika“, „znám hodně lidí, co ji užívají a jsou pořád stejní“, „není to nic zvláštního“, „zdravější než cigarety“, „je v pohodě, závislost za dlouho“ apod.

Sedmnáctá otázka se zabývala tím, co si respondenti myslí o návykovosti marihuany. Z 216ti respondentů odpovědělo 182 (tj. 84 %), že si myslí, že na marihuaně vzniká závislost. 34 respondentů (16 %) si myslí, že nevzniká.

Opět je zajímavý rozdíl mezi typy škol. Studenti učiliště si myslí, že na marihuaně vzniká závislost z 74 %, studenti střední školy z 87 % a studenti gymnázia z 89 %.

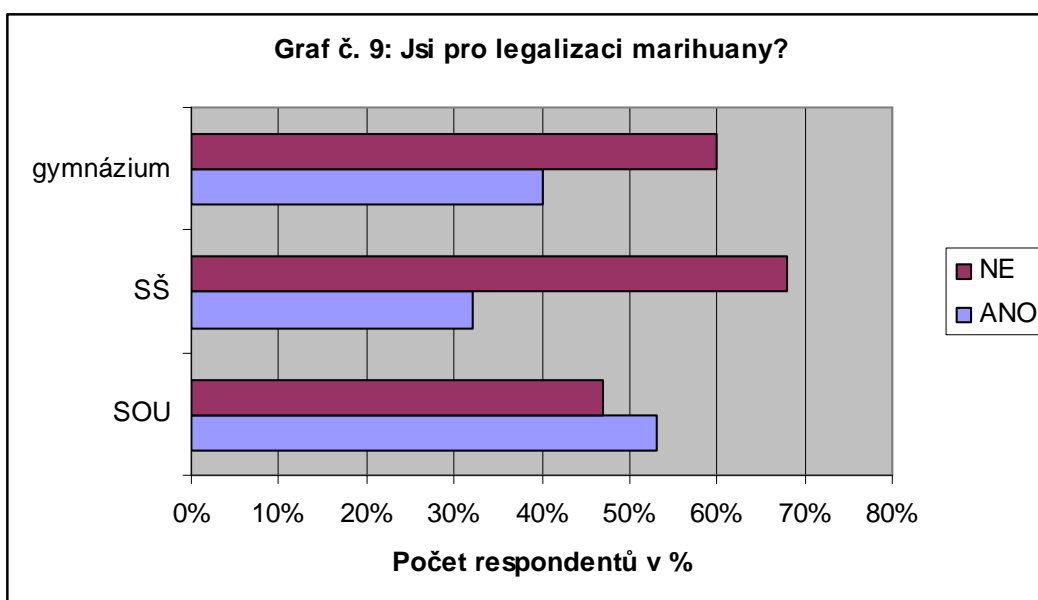


Jelikož je vědecky podloženo, že na marihuaně vzniká závislost, opět bylo cílem zjistit, proč s tím někteří respondenti nesouhlasí.

Nejčastěji se vyskytovala odpověď „*nikdy jsem to na sobě nepocítil*“. Dále pak respondenti uváděli argumenty jako: „*když je silná vůle, dokáže to každý*“, „*není to tak silná droga, aby na ní vznikla závislost*“, „*každý když chce, tak přestane*“. Zajímavá odpověď byla i „*dokážu si říct, dneska si nedám a dám si až zítra*“. Některé odpovědi byli opravdu zarážející, např. „*protože znám lidi, kteří si dají, jen když mají chuť a to závislost není*“. Nebo „*znám hodně lidí, co hulí a závislí nejsou*“. A na závěr zmíním ještě jednu odpověď: „*Je to jen o psychice, člověk si to vsugeruje*.“

Následující otázka se týkala třetího předpokladu, tedy legalizace této drogy. Kolik % respondentů souhlasí s legalizací marihuany. Z celkového počtu 209 respondentů odpovědělo 82 respondentů (tj. 39 %), že je pro legalizaci marihuany. 127 respondentů (61 %) s legalizací marihuany nesouhlasí.

Opět je rozdíl v názoru na legalizaci marihuany mezi studenty různých typů škol. Studenti z učiliště z 53 % pro legalizaci jsou. Studenti středních škol pro ni z 68 % nejsou a studenti gymnázia ji z 60 % také nechtějí zlegalizovat.



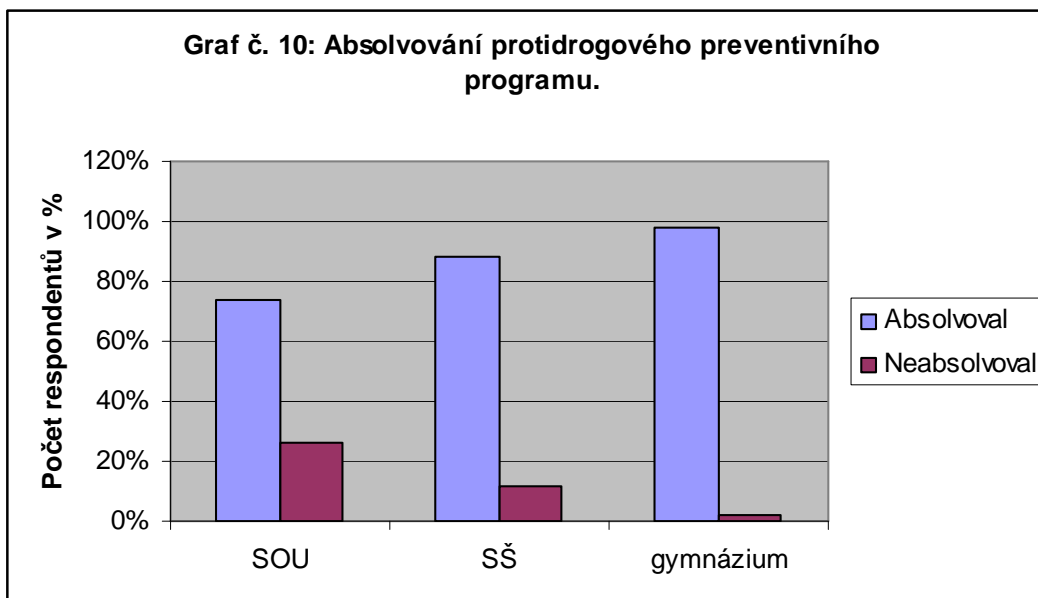
I zde měli respondenti zdůvodnit svoji odpověď. Respondenti, kteří marihuanu zlegalizovat chtěli, pro to měli nejčastěji tyto důvody: „protože už ji stejně užívá každý“, „když je to legální v Holandsku, proč ne tady“, „když je legální alkohol, tak může být legální i marihuana“, „když nebude zakázaná, nebude to už takový adrenalin a lidi to nebudou tolik brát“, „není to tvrdá droga a není tak škodlivá“. Někteří respondenti byli pro legalizaci, ale jen pro lékařské účely. V menším zastoupení se ještě objevovaly odpovědi jako: „nemuselo by se to tajit a lidé by asi také změnili názor“, „pro vlastní využití, ne velkopěstírny“, „mohla by se více kontrolovat, zdanit a stát by z ní měl peníze“, „nebudou se brát tvrdší drogy“.

Ti, co odpověděli, že s legalizací marihuany nesouhlasí, tuto odpověď uváděli často z těchto důvodů: „zvýšil by se počet uživatelů“, „protože je to droga jako každá jiná“, „užívám si života i bez marihuany“, „není to nutné“, „mohla by se pak dostat k dětem“, „mění lidi, ničí vztahy“, „bylo by to pak hrozné“, „protože škodí zdraví“, „všude by to pak smrdělo“, „lidi se po ní chovají hůře, než za normálního stavu“, „marihuana je svinstvo, tak proč to legalizovat“, „lidé marihuanu nepotřebují“, „podpora drog je záhuba lidstva“.

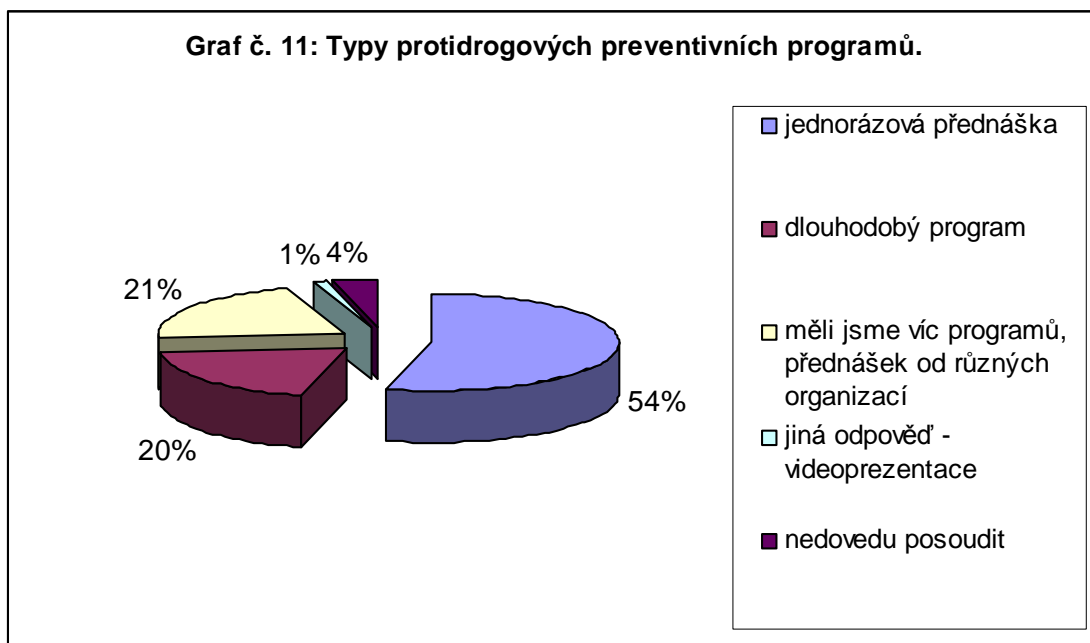
Tato část výzkumu se již zaměřovala na témata související s primární prevencí. Jedenadvacátá otázka zjišťovala, zda respondenti absolvovali nějaký preventivní protidrogový program.

Zde odpovědělo 147 respondentů (87 %), že program na škole absolvovali – z celkového počtu 212 respondentů. Zbytek respondentů, tedy 28 (13 %), žádný protidrogový program neabsolvoval. Opět se bral v potaz i rozdíl mezi školami.

U učilišť byl poměr 74 % respondentů, kteří program absolvovali, ku 26 %, kteří program neabsolvovali. U středních škol byl rozdíl ještě vyšší. Zde absolvovalo program 88 % respondentů a 12 % programem neprošlo. U gymnázií prošli programem téměř všichni studenti, tedy 98 % a programu se nezúčastnil pouze jeden student, což zde činí 2 %.



Další otázkou jsem chtěla zjistit, jakého typu byl protidrogový preventivní program, kterého se respondenti zúčastnili. Odpověď jednorázová přednáška uvedlo nejvíce respondentů, tedy 104 (54 %), z celkového počtu 194 respondentů. 39 respondentů (20 %) uvedlo, že absolvovali dlouhodobý program. 41 odpovídajících (21 %) mělo víc programů od různých organizací. Dva respondenti (1 %) uvedli jinou možnou odpověď a to, že preventivní program, na kterém byli, byla videoprezentace. Osm respondentů (4 %) typ programu nedokáže posoudit.



Další otázka se vztahovala k tomu, zda se na tomto protidrogovém programu mluvilo o marihuaně. 182 respondentů (91 %) tvrdí, že se na něm o marihuaně mluvilo, 17 respondentů (9 %) odpovědělo, že se na tomto protidrogovém programu o marihuaně nehovořilo.

Tabulka č. 7: Mluvilo se na protidrogovém programu o marihuaně? (n=199)

	SOU	SŠ	Gymnázium	Σ
Mluvilo	44	94	44	182 (91%)
Nemluvilo	6	3	8	17 (9%)
Celkem	50	97	52	199

Jaká informace o marihuaně zaujala respondenty na protidrogovém preventivním programu nejvíce, se snažila zjistit otázka č. 24.

Často respondenti vůbec neodpověděli. Ti, co odpověděli, nejvíce uváděli, že je žádná informace nezaujala – celkem 32 respondentů. 11 respondentů odpovědělo, že si to už nepamatují. Mezi odpověďmi, které už byly konkrétní v tom, co respondenty zaujalo, se nejvíce objevovaly tyto:

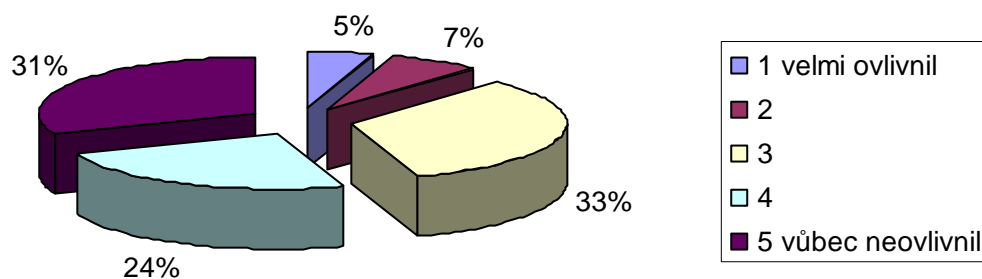
- Účinky marihuany – 8 respondentů.
- Že může způsobit schizofrenii či jiné psychické nemoci – 8 respondentů.
- Že je návyková – 8 respondentů.
- Rizika marihuany – 7 respondentů.

- Informace o vzniku závislosti – 4 respondenti.
- Ovlivňování chemického složení konopí pěstováním – 2 respondenti.
- Že je zakázaná – 2 respondenti.
- Jak lidé dopadli po delším užívání – 2 respondenti.
- Že je škodlivá – 2 respondenti.
- Její celkové využití nejen jako drogy – 2 respondenti.
- Využití jako lék – 1 respondent.
- Že marihuanu každý bere jinak, pro někoho je droga, pro někoho ne – 1 respondent.
- Že je větší účinek marihuany v jídle, než v jointu – 1 respondent.
- Že je více druhů marihuany – 1 respondent.
- Že škodí mozku – 1 respondent.
- Že někteří lidé ji nevnímají jako drogu – 1 respondent.
- Že je marihuana cesta k tvrdším drogám – 1 respondent.
- Že se může užívat v Holandsku – 1 respondent.
- Že ovlivní náladu a chování člověka – 1 respondent.

Dál se výzkum zabýval i tím, do jaké míry studenty program protidrogové prevence ovlivnil, respektive jejich názor na marihuanu. Mohli se rozhodnout ve škále od 1, kdy tato hodnota znamenala „velmi ovlivnil“, do 5ti, což znamenalo „vůbec neovlivnil“.

Na tuto otázku odpovědělo 191 respondentů. Jen minimum respondentů odpovědělo, že je program velmi ovlivnil, tedy číslo 1. Odpovědělo tak pouze 9 respondentů, tedy 5 % z celkového počtu odpovídajících. Číslo 2, tedy relativně stále silné ovlivnění, odpovědělo 14 respondentů, tzn. 7 %. Číslo 3, tedy průměrné ovlivnění, uvedlo nejvíce respondentů, celkem 60, což je 33 %. Odpověď 4 uvedlo 45 odpovídajících, tedy 24 %. A číslo 5, neboli odpověď „vůbec neovlivnil“ uvedlo 60 otazovaných, což je 31 %. Přehledněji v grafu č. 12.

Graf č. 12: Míra ovlivnění respondenta protidrogovým programem, škála 1 (velmi ovlivnil) až 5 (vůbec neovlivnil).



Tato otázka se zabývala konkrétním vlivem preventivních programů na respondenty. Respektive pokud respondenti odpověděli, že je program velmi ovlivnil, tedy číslo 1, nebo ovlivnil v menší intenzitě, tedy číslo 2, měli uvést v jakém smyslu nebo v čem konkrétně program jejich názor na marihuanu ovlivnil. Bylo tím myšleno názor na rizika, návykovost a další věci spojené s touto drogou.

Odpovědělo minimum respondentů, evidentně se jim nad touto otázkou nechtělo příliš přemýšlet. Tudíž lehce mohu uvést všechny odpovědi:

„Začal jsem ji vnímat jako nechutnou drogu a proto ji neužívám.“ (chlapec, 17 let)

„Změnilo mi to názor v tom, že jsem začal vnímat, jak může být nebezpečná jako přechod k jiným drogám.“ (chlapec, 16 let)

„Nevěděla jsem o ní tolik.“ (dívka, 15 let) Bohužel nám toto neřeklo nic o změně názoru.

„Přesvědčilo mě to, že je to svinstvo.“ (chlapec, 17 let)

„Dozvěděla jsem se následky.“ (dívka, 16 let)

„Už k ní ani nechci čichnout.“ (chlapec, 16 let)

„Začal jsem jinak vnímat její rizika a že na ní může vzniknout závislost.“ Takto odpověděli dva respondenti (chlapec, 16 let a chlapec, 17 let).

„Potvrdil jsem si názor, že je to hnus.“ Také takto odpověděli dva respondenti (dva chlapci, 15 let), ostatní uvedené odpovědi jsou po jednom respondentovi.

„Získal jsem k ní jiný postoj.“ (chlapec, 18 let) Bohužel neuvedl jaký.

„Program mi doplnil informace o této droze a uvědomil jsem si více její škodlivé účinky.“ (chlapec, 17 let)

„Hodně mě ovlivnila informace, že může vyvolat schizofrenii, bál bych se jí užívat.“
(chlapec, 15 let)

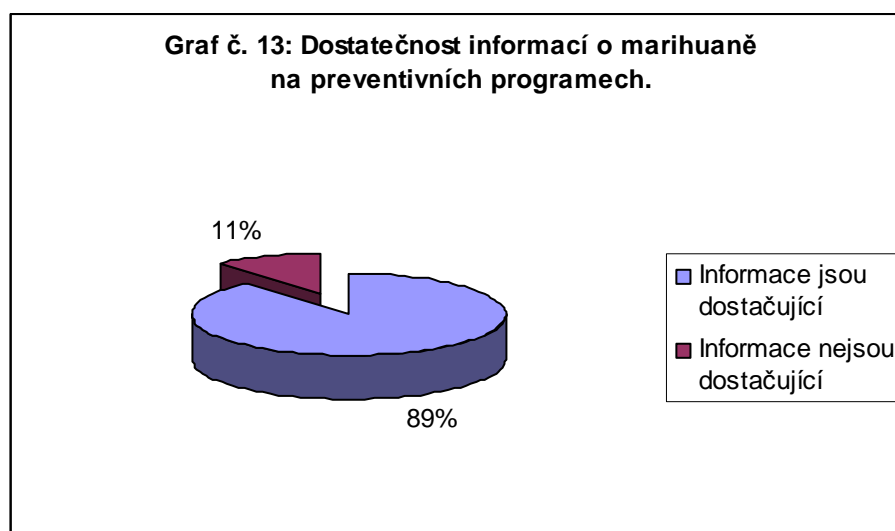
„Vím, co by se se mnou stalo, kdybych jí začala užívat a to nechci.“ (dívka, 17 let)

Také mě zajímalo, jestli jsou pro respondenty informace o marihuaně na těchto programech dostatečné. Je to hodně subjektivní pohled respondentů, ale může být přínosem.

Studenti měli odpovědět pouze „ano“ či „ne“ a pokud „ne“, ještě odpověď doplnit o informaci, co by se chtěli o marihuaně dozvědět více.

Odpověď „ano“, čili že jsou informace pro respondenty dostačující, odpověděla většina respondentů – 177, což z celkového počtu 198 odpovídajících činí 89 %.

Odpověď ne, tedy že pro respondenty informace o marihuaně nejsou dostatečné, uvedlo 21 odpovídajících, tedy 11 %.



Mezi odpověďmi, co by se chtěli respondenti ještě o marihuaně dozvědět, se objevovaly tyto:

„Více informací.“ Toto uvedli tři respondenti. Ostatní odpovědi jsou již jednotlivě, co odpověď, to jeden respondent. Opět odpověď neuvedli všichni respondenti, ale z 21 respondentů pouze 10 odpovídajících.

„Kde marihuanu koupit.“ (chlapec, 16 let)

„Věci ze života lidí, kteří ji kouří.“ (chlapec, 17 let)

„Pěstování, výroba, historie.“ (chlapec, 17 let)

„Její nebezpečí.“ (dívka, 16 let)

„Chci vědět, jak pěstovat.“ (chlapec, 18 let)

„*Jak můžu lidi přesvědčit o neužívání.*“ (chlapec, 17 let)

„*Tresty.*“ (dívka, 17 let)

Další otázka zněla: Považuješ programy pro tebe osobně za užitečné? Zde si mohli respondenti opět vybrat mezi „ano“ nebo „ne“ a více svoji odpověď okomentovat.

Celkem odpovědělo 196 respondentů. Jako užitečné programy shledává 119 respondentů, tedy 61 %. Když měli respondenti okomentovat z jakého důvodu, uváděli nejčastěji toto:

„*Dozvím se víc informací.*“ Toto uvedl největší počet respondentů, 42.

„*Dozvím se o negativních účincích, o následcích.*“ Tuto odpověď uvedlo 10 studentů.

„*Poučí mě.*“ Na tom se shodli čtyři respondenti.

„*Dokážou odradit, mě to odradilo.*“ Takto byly přínosem pro čtyři respondenty.

„*Vím pak, jak pomoci závislým lidem.*“ Odpověď tří respondentů.

„*Nemám chuť to zkoušet.*“ Toto uvedli dva respondenti.

„*Zajímá mi to.*“ Také po dvou respondentech stejně jako níže další dvě odpovědi.

„*Vím pak, jak se k těm lidem chovat.*“

„*Dozvím se konkrétní rizika.*“

„*Pomohou nám nezačít.*“ Odtud už jsou odpovědi jednotlivě – co odpověď, to jeden respondent.

„*Jedna přednáška ano, víc už je zbytečné.*“

„*Vím, čemu se vyvarovat.*“

„*Někteří si uvědomí, co to s nimi dělá.*“

„*Vidíme, co se těm lidem děje.*“

„*Jsou pravdivé a dokáží ovlivnit.*“

„*Daly mi lepší směr.*“

Samozřejmě se objevila i odpověď, že užitečnost spatřují tři respondenti v tom, že se ulijí ze školy.

Pro zbylých 77 respondentů (39 %) jsou programy primární prevence neúčinné. A to z těchto důvodů:

„*Protože vše vím.*“ Uvedlo sedm respondentů.

„*Nejsem závislá a nebudu.*“ Tím si je jistých pět respondentů.

„*Nic nového jsem se nedozvěděl.*“ Také pět respondentů.

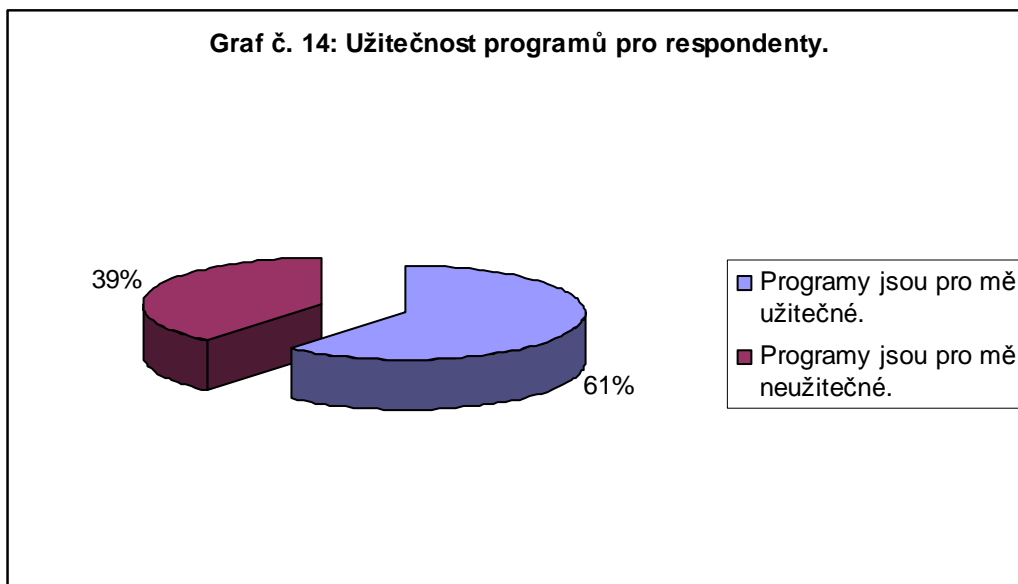
„*Mám své názory a přednášky je nezmění.*“ To je důvod pro pět respondentů.

„*Protože to neužívám.*“ Takto zdůvodnilo svoji odpověď pět respondentů.

„*Marihuana mě nezajímá.*“ Odpověď tří respondentů.

„Protože ji nechci užívat.“ Na tomto se shodli také tři respondenti.
 „Mám jiné zájmy.“ Tři respondenti.
 „Protože se v nich omílají známá fakta.“ Odpověděli dva respondenti.
 „Stejně si to každé zkusí.“ Takto argumentovali dva respondenti.
 „Vím své.“ Dva respondenti.
 „Protože si stejně každé bude brát co chce.“ Také dva respondenti.
 „Můj názor na marihuanu se nemění.“ A naposled dva respondenti. Ostatní odpovědi už jsou po jednom respondentovi.
 „Je to jak u všeho, když se řekne nepij, tak bude pít.“
 „Všichni si z přednášek dělají srandu.“
 „Jsem dostatečně rozumný, abych se drogám vyhnul.“
 „Můžu se to dočíst všude.“
 „Uvědomuju si škodlivost sám.“
 „Neovlivní lidi.“
 „Vím sám, že to nechci brát.“
 „K marihuaně mám odpor od malička.“
 „Už nejsem závislý.“
 „Protože je nikdo nebere vážně.“

Souhrnně v grafu č. 14.



Poslední otázka byla opět škálová a doplňující výzkum o informaci, který z uvedených zdrojů respondenti považují za nejvíc důvěryhodný. Měli ohodnotit tyto

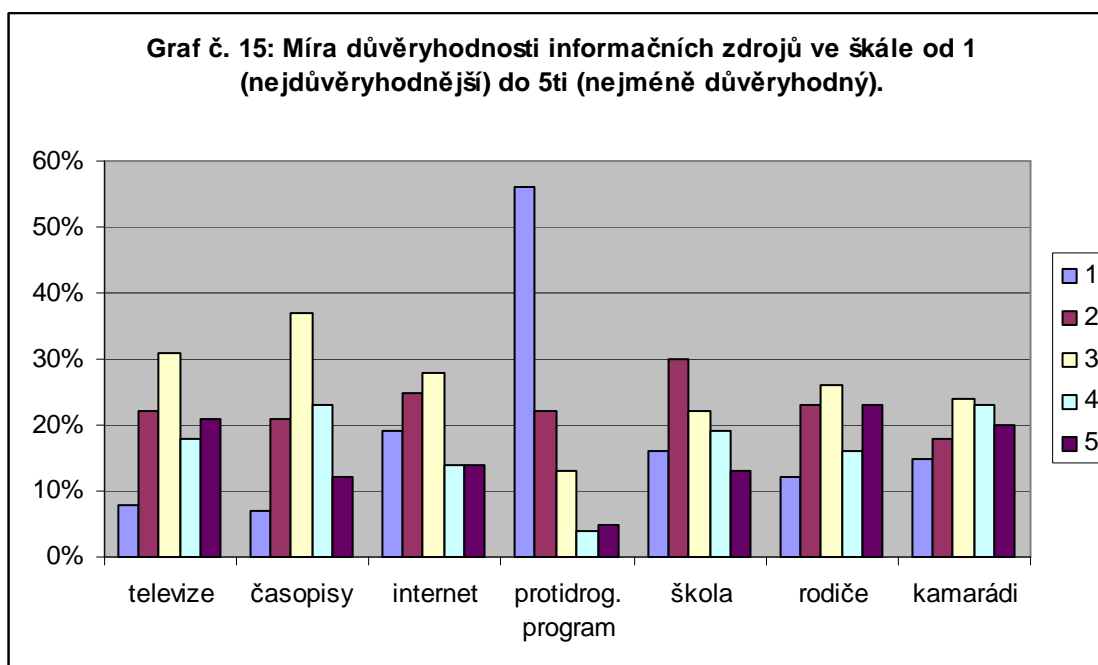
zdroje: televize, časopisy, internet, protidrogový program (besedy primární prevence), škola, rodiče, kamarádi. A to škálou od 1 do 5ti, kdy 1 znamená nejdůvěryhodnější zdroj informací a 5 znamená nejméně důvěryhodný zdroj.

Jako nejdůvěryhodnější zdroj se respondentům jeví protidrogový program. Získal 56 % respondentů. Jako nejméně důvěryhodný zdroj informací respondenti označili nepřekvapivě rodiče, 23 % respondentů.

Podrobněji kolik procent získal který zdroj a jak moc se jeví respondentům důvěryhodným, viz tabulka č. 8 a graf č. 15.

Tabulka č. 8: Míra důvěryhodnosti zdrojů ve škále od 1 (nejdůvěryhodnější) do 5ti (nejméně důvěryhodný zdroj informací).

Informační zdroj	1	2	3	4	5
a) televize	8%	22%	31%	18%	21%
b) časopisy	7%	21%	37%	23%	12%
c) internet	19%	25%	28%	14%	14%
d) protidrogový program (besedy primární prevence)	56%	22%	13%	4%	5%
e) škola	16%	30%	22%	19%	13%
f) rodiče	12%	23%	26%	16%	23%
g) kamarádi	15%	18%	24%	23%	20%



Vyhodnocení výzkumných předpokladů

1. předpoklad: Předpokládám, že vlastní zkušenost s užíváním či jednorázovým užitím marihuany má více než 50% středoškoláků.

Tento předpoklad se opíral o otázky č. 5, 6, 7, 8, 9 a byl potvrzen. Alespoň jednu zkušenost s marihuanou má 56 % středoškoláků.

Patrný je rozdíl mezi typy škol. Kdyby výzkum probíhal pouze na gymnázium, předpoklad by se nepotvrdil, jelikož tam má zkušenost s marihuanou pouze 40 % studentů. Procenta ale navýšilo učiliště, kde má zkušenost s marihuanou 74 % studentů. Střední škola, respektive maturitní ročníky jsou mírný nadprůměr, zde má zkušenost s touto drogou 56 %. A 56 % je i celkový výsledek a tím i potvrzení prvního předpokladu.

2. předpoklad: Předpokládám, že většina středoškoláků má na užívání marihuany negativní názor a vnímá ji jako nebezpečnou návykovou látku.

Zde jako ověřující otázky sloužily položky č. 14, 15, 16, 17, 18. Otázka č. 14 se zaměřovala přímo na názor na marihuanu a zde byl nejčastější názor *užívání marihuany je už dneska normální záležitost*, což považujeme za ne zcela negativní, ale ani pozitivní názor. Zde by se dalo spekulovat, zda se předpoklad potvrdil. V těsném závěsu (rozdíl dvou respondentů) je ale odpověď *marihuana má negativní dopad na lidi*, což už jako negativní názor shledávám a předpoklad se tímto potvrdil.

V otázce č. 15 se zaměřujeme na to, jestli ji respondenti vnímají jako drogu. Většina ji jako drogu vnímá, a to 68 % respondentů. Zde by se předpoklad také potvrdil.

Rozhodující je tedy otázka č. 17, jestli ji vnímají jako návykovou látku, respektive jestli souhlasí s tím, že na marihuaně vzniká závislost. A s tímto faktem souhlasilo 84 % středoškoláků.

Celkově se tedy předpoklad potvrdil.

3. předpoklad: Předpokládám, že většina středoškoláků souhlasí s legalizací této drogy.

Na ověření toho předpokladu byly určeny otázky č. 19 a 20. Jednoznačně s legalizací nesouhlasí 61 % studentů. Pouze 39 % středoškoláků by pro legalizaci bylo. Zde se tedy předpoklad nepotvrdil.

Opět kdybych dělala výzkum pouze u učiliště, předpoklad by se potvrdil, jelikož tam je pro legalizaci 53 % studentů, ale celkový výsledek ovlivnily maturitní obory, kde je pro legalizaci pouze 32 % studentů a gymnazisti s ní souhlasí pouze z 40ti %.

4. předpoklad: Předpokládám, že program primární prevence mění středoškolákům názor na marihuanu, ve smyslu změny názoru na její návykovost a zdravotní a sociální rizika.

Výzkum se opíral o otázky č. 24, 25, 26 a předpoklad se nepotvrdil. Ačkoliv z praxe jsem usuzovala, že výsledek bude pozitivnější, nějaké převratné ovlivnění studentů primárně-preventivní programy zřejmě nesvedou. Nebo alespoň ne u středoškoláků.

Program podle tohoto výzkumu ovlivnil pouze 12 % studentů. Faktem ale také zůstává, že toto je velice těžké zjistit z jednorázového výzkumu, jelikož vliv těchto programů nemusí být okamžitý, ale může být procesem.

Na druhou stranu 61 % studentů shledává primární programy jako užitečné a dokonce 56 % studentů uvádí tyto programy jako nejvíce důvěryhodný zdroj informací.

Závěrečné vyhodnocení

První a druhý předpoklad se výzkumem potvrdil. Třetí a čtvrtý předpoklad se nepotvrdil.

IV. ZÁVĚR

Výsledek o užívání marihuany, respektive o její alespoň jednorázové zkušenosti u středoškoláků, nás asi nikterak nepřekvapil. Pravda je, že jsem si myslela, že bude výsledek o dost horší, že bude procento středoškoláků se zkušeností s touto drogou mnohem vyšší. 56 % neshledávám zase tak alarmující především díky tomu, že z výzkumu nevyplývalo, že by bylo velké procento středoškoláků pravidelnými kuřáky marihuany, ale že má většina jednorázovou nebo párkrát se opakující zkušenost.

Zároveň ale velmi převyšuje evropský průměr, který je, jak jsem uvedla v teoretické části, 31,6 % (u mladých dospělých ve věku 15-34 let) podle výzkumu Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti. A dokonce tedy převyšuje i český průměr. Zde Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti uvádí prevalenci 53,3 % mladých dospělých s alespoň jedním užitím konopí za život.

Je také zřejmé, že spousta studentů nad tématem drog a marihuany přemýšlí. Z mé praxe lektora primární prevence mne velice zajímalo, jak v dotazníku odpoví, jelikož jsem toto mohla porovnat s realitou, respektive jak na mne studenti působí při besedách primární prevence.

Překvapil mě přístup k legalizaci konopí. Myslela jsem, že jsou mladí lidé k tomuto problému tolerantnější. A je dobře, že nejsou.

Pravda je, že mne zklamal význam preventivních programů pro ně. Když jsem si četla některé odpovědi, jaký mají na marihuanu názor, jestli jí vnímají jako drogu nebo jako návykovou, tak mě hodně odpovědí překvapilo. Jelikož vím, že se o tomto tématu na preventivních programech mluví, zarazilo mne, že někteří studenti stále žijí v iluzi, že je marihuana v pořádku a návyková není, respektive, že si myslí, že se na ní nemohou stát závislími a závislost na ní chápou úplně špatně.

Proto jsem získala na chvíli pocit, že jsou tyto preventivní programy úplně k ničemu. Ale možná právě proto by se v nich mělo pokračovat a evidentně se na marihuanu více zaměřit, jelikož je to stále nejrozšířenější nelegální droga mezi mládeží a studenti by se o ní měli dozvědět co nejvíce a pochopit, že to není jen ledajaká bylina, ale že dokáže i zničit život.

Nepřekvapily mne názory na preventivní programy, které se některým jedincům zdály zbytečné, protože přece oni ví své. Ale právě pro tyto jedince jsou možná nejdůležitější. Ačkoliv se mohou vzpouzet, na programech schválně vyrušovat nebo ukazovat, že jim můžeme „vlézt na záda“, tak i kdyby program v nich nic nezlomil nyní,

nikdy nevíme, kdy jim může pomoci v budoucnu a minimálně budou alespoň vědět, co dělat, kdyby se díky drogám dostali do potíží.

Příjemně mě překvapilo, že z výzkumu vyplynulo, že má spousta studentů protidrogový postoj a vlastně toto mohu potvrdit i z vlastní praxe lektora. Společnost možná někdy dělá z marihuany velikého strašáka a jak ji užívá skoro každý mladý člověk, ale myslím, že zde bychom se měli ještě více obávat alkoholu nebo cigaret. Každopádně na marihuanu nezapomínat, stále je to po nikotinu a alkoholu nejužívanější droga a její rizika by se neměla podceňovat.

Výzkum může být přínosný pro organizace, které se primární prevencí mezi středoškolskou mládeží zabývají. Mohou mít přehled, s jakými postoji studenti na preventivní program jdou a zaměřit se více na témata rizik a závislosti na marihuaně.

V. SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

Knížní publikace

BAYER, D. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

GALLÀ, M. a kol. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí*. Praha : Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-38-2.

FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

FÜRST, M. *Psychologie*. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0.

KUDRLE, S. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.

MCGRATH, Y. a kol. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi*. Praha : Úřad vlády ČR, 2007. ISBN 978-80-87-041-16-1.

MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha : Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Průchozí drogy: Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. Praha : Fortuna, 2002.

NEŠPOR, K., CSÉMY L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha : Sportpropag pro MŠMT, 1999.

NEŠPOR, K., MARHOULOVÁ, J. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.

NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy)*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1999.

NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.

PRESL, J. *Drogová závislost*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

RÄTSCH, CH. *Konopí: léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno : Datel, 1994.

RUMAN, M., KLVAŇOVÁ, L. *Konopí: staronový přítel člověka*. České Budějovice : Konopa o.s., 2008. ISBN 978-80-254-1825-3.

SKÁCELOVÁ, L. Osobnost, dovednosti a techniky v primární prevenci. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Zaostřeno na drogy 3/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007.

Zaostřeno na drogy 4/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007.

Zaostřeno na drogy 1/2010 (ročník osmý). Praha : Úřad vlády ČR, 2010.

Zaostřeno na drogy 2/2007 (ročník pátý). Praha : Úřad vlády ČR, 2007.

Nařízení vlády č. 467/2009 Sb.

Nařízení vlády č. 455/2009 Sb.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě.

Internetové zdroje

Drogový informační server [online]. 2006, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.drogy.net/clanek/cannabis_2006_01_05.htm>

Drogový informační server [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy.net/clanek/ucinky-cannabinoidu_2010_05_20.html>.

Encyklopedie psychotropních rostlin [online]. 2000, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3pcanu2.html>, 1.11.2010>.

Informační portál primární prevence [online]. 2003, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=1&shw=100002>>.

o.s. Prev-Centrum [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevcentrum.cz/drogy-konopi.aspx>>.

Pedagogicko-psychologická poradna Brno [online]. 2010 , poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 22. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.php>>.

Magazín České noviny [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://magazin.ceskenoviny.cz/zdravi/zpravy/konopi-zabiji-rakovinne-bunky-melo-by-se-pestovat-k-lecbe/460898>>.

Národní informační centrum pro mládež [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 28. července 2010]. Dostupné na WWW: <www.icm.cz/drogy-a-jine-zavislosti-ilegalni-drogy>.

Národní informační centrum pro mládež [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>>.

Sdružení Podané ruce Brno [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/testy-na-drogy.html>>.

Sdružení Podané ruce Brno [online]. 2009, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 29. července 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.extc.cz/cannabis.html>>.

Středisko volného času [online]. 2010, poslední revize 22. 11. 2010 [cit. 20. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.ostrovzl.cz/prevence/zavislost>>.

VI. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Obr. 1: Druhy konopí

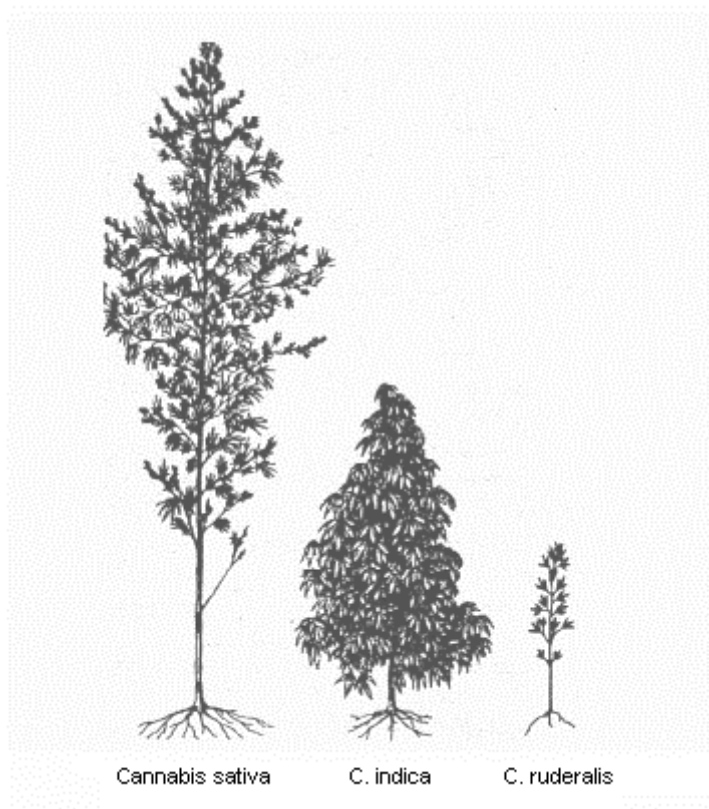
Obr. 2: Samčí a samičí rostlina konopí setého

Příloha II: Minimální preventivní program v oblasti výchovného poradenství – Střední
průmyslová škola strojnická Plzeň

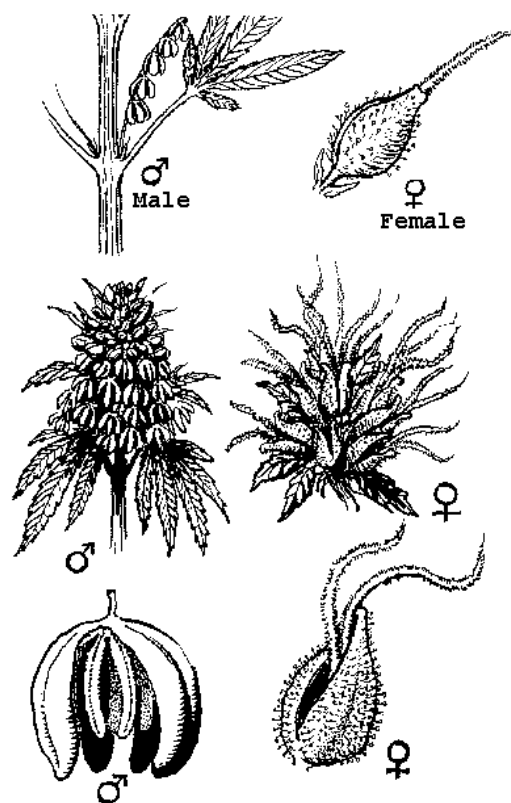
Příloha III: Dotazník

Příloha I

Obr. 1: Druhy konopí



Obr. 2: Samčí a samičí rostlina konopí setého



By: Ed Rosenthal

Příloha II

Střední průmyslová škola strojnická
Klatovská 109, 320 57, Plzeň

Minimální preventivní program
v oblasti výchovného poradenství

Školní rok 2010/2011

Plzeň 3. 9. 2010

Zpracoval:
Školní metodik prevence
a výchovný poradce
Mgr. Petr Slavík

Při vytváření Minimálního preventivního programu a plánu práce výchovného poradce pro školní rok 2010/2011 bylo vycházeno z následujících předpisů a dokumentů:

- Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 - 2008
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 a 2009
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a TV k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (č.j.: 20 006/2007-51 ze dne 16. 10. 07)
- Metodický pokyn k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví (č.j.: 10 194/2002-14)
- Úmluva o právech dítěte (právo na ochranu zdraví, právo na ochranu před týráním, právo na zachování lidské důstojnosti)
- Metodický pokyn MŠMT k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení č.j. 28275/2000 – 22
- Metodický pokyn MŠMT k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže č.j. 14514/2000 – 51
- Metodický pokyn MŠMT ČR č.j. 10194/2000 – 14 k jednotnému postupu při uvolňování a omlouvání žáků z vyučování, prevenci a postihu záškoláctví
- Zákon č. 564/2004 Sb. O pedagogických pracovnících
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. O poradenských službách
- Zákon č. 561/2004 O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání = Školský zákon
- Školní řád 1. 9. 2010

Představení školy

SPŠ strojnická Plzeň je městská škola s bohatou tradicí, která se rozvíjela již od 19. století svého založení. Tento rok škola slaví 125. výročí. V dnešní době slučuje širokou škálu studijních i učebních oborů. Hlavním trendem ale zůstává počítačová podpora vybraných činností ve strojírenství a prolínání oborů souvisejících s tímto průmyslem.

Jedná se o školu, ve které jsou vyučovány 4leté a 2leté studijní obory, zároveň s tříletými učebními obory.

Školu navštěvuje okolo 900 studentů a žáků. Toto množství zvyšuje rizikovost nežádoucích jevů při jejich chování.

V značně rozlehlé budově jsou místa (šatny, WC, vnější prostory...), které rizikovým formám chování mohou nahrávat. Při monitorování těchto míst škola vychází ze

zkušeností svých pedagogických zaměstnanců a na sledování těchto prostor je věnována zvýšená pozornost.

Při zpracovávání MPP byly využity různé zdroje:

- odborná literatura a časopisy
- www stránky školy
- informační zdroje na internetových stránkách
- metodická pomoc Pedagogicko – psychologické poradny – program Kapezet – ve spolupráci s městskými metodiky prevence Mgr. Vladkou Kovářovou a Mgr. Michalem Slivkou
- odborná spolupráce s organizacemi působícími v oblasti prevence sociálně – patologických jevů a drogové závislosti (v našem případě dlouhodobá spolupráce s organizací Point 14 Plzeň)
- vzdělávací programy pro pedagogické pracovníky

Cíle MPP

Cílem tohoto programu je připravení ucelené strategie prevence nežádoucího chování studentů a žáků této školy.

Mezi tyto cíle patří:

- Klást důraz na rozvoj sociálních dovedností a komunikačních schopností v kolektivu (program realizovaný pomocí PPP ve vybraných třídách – adaptační kurzy pro první ročníky.
- Učit se respektování lidských práv a odlišností jedinců.
- Vést žáky k pochopení zodpovědnosti za své činy s ohledem k jejich právům a povinnostem.
- Vytvářet atmosféru vzájemné důvěry, respektu a bezpečí.
- Umožnit přístup k informačním zdrojům a učit se je vyhodnocovat.
- Pracovat na aktivní spolupráci ve vztahu žák – učitel, žák – žák, učitel – rodič, učitel – učitel
- Provedení sociometrických testů ve všech prvních ročnících – výstupy konzultovány jak se třídními učiteli, tak i s celým kolektivem.
- Spolupracovat s dalšími institucemi (odborná organizace – PPP – úzká spolupráce v programu „kapezet“, organizace působící v oblasti primární prevence – Point 14 apod.).

Metody řešení v rámci MPP

1. V průběhu školního roku soustředit pozornost na vyloučení nabídky návykových látek v celém areálu školy. Do školního řádu bylo ředitelem školy zařazeno opatření ke kontrole a postihu žáků – část 6 -§ 13 -, kteří porušují zákaz kouření, pití alkoholických nápojů a šíření dalších návykových látek (např. marihuana).

2. Cílevědomě, důsledně a přitom seriózně seznamovat žáky školy s projevy, vlivy a důsledky toxikománie.

Během školního roku účast na akcích rozkrývající danou tematiku – besedy, spolupráce s organizacemi zabývajícími se danou tematikou.

Existuje dlouhodobá spolupráce s organizací Point 14, kde formou tří setkání s danou třídou se monitoruje nebezpečí drogové závislosti, ale i možné problémy v kolektivu.

V letošním roce se této akce zúčastní první ročníky studijních oborů.

3. V průběhu září za spolupráce s třídními učiteli prvních ročníků a zákonnými zástupci žáků vyřešit možné budoucí potíže ve studiu (zdravotní omezení, různé poruchy v učení atd.) a stanovit cestu k jejich minimalizaci.

Po předložení aktuálních vyšetření s ohledem na možné problémy v určitých předmětech lze ve spolupráci výchovného poradce, třídního učitele a příslušného vyučujícího dospět k stanovení vhodných pravidel pro klasifikaci žáka v konkrétním předmětu.

4. Věnovat pozornost dalším sociálně patologickým jevům např. gamblerství, brutalitě, kriminalitě, vandalismu.

- Řešení problémů společně s rodiči, s PPP (oblastní metodici primární prevence – Mgr. Vladka Kovářová, Mgr. Michal Slivka).

- Spolupracovat s Policií ČR a městskou policií Plzeň.

- Besedy na příslušná témata – spolupráce s agenturou Lazar – 19. listopadu – J. Klíma -, „Kriminalita mládeže a její následky“

24. března – emeritní policejní rada pplk. Dočekal – „ Co vše se může stát – skutečné případy z praxe kriminalisty“

- V průběhu roku využívat aktuálních nabídek (internet) k příslušné tematice a po konzultacích se zainteresovanými osobami zvažovat účast konkrétních ročníků.

- V rámci projektu „ Nezvratné osudy“ preventivně působit na žáky posledních ročníků s ohledem na nevhodné chování v průběhu silničního provozu – přímé setkání s lidmi, kterým dopravní nehoda výrazně ovlivnila život.

5. S ohledem na velký počet dívek navštěvujících školu – věnovat pozornost sexuální výchově.

- Formou besed poukázat na nebezpečí pohlavně přenosných nemocí – včetně AIDS, sexuální kriminality, zneužívání nezletilých.

- Dále pokračovat v programu „S tebou o tobě“- spolupráce s agenturou zabývající se problematikou teenagerů.

6. Navodit aktivní spolupráci rodičů, pedagogů ale i žáků, při vymezení možností a zárodků šikany.

- Využívat pracovní řád - dohledy pedagogů v prostorách školy.

- Monitorovat možné problémové kolektivy – ve spolupráci s třídními učiteli a podněty rodičů.
- V průběhu roku podle potřeby provádět po dohodě s třídními učiteli sociometrii problémových tříd – rozebrání situace s vyučujícím i kolektivem.
- Spolupracovat s PPP a dalšími odbornými pracovišti (psychoterapie).

7. Využití tělocvičen, zájmových kroužků, sportovních a kulturních akcí, knihovny, internetu apod. pro aktivity žáků ve volném čase.

- Kdo si hraje nezlobí
- Účast student na besedách, výstavách a přednáškách týkajících se daných problémů dle aktuální nabídky v průběhu celého roku.

8. Naslouchat žákům, používat pozitivní formulace a přístup k žákům.

- Formou rozhovorů, pozorování, anketami, dotazníky provádět průzkum mezi žáky.
- Nezavírat oči před nedostatky, snažit se je rychle a co nejefektivněji vyřešit.

9. Pomáhat při charitativních činnostech.

- 8.září – Den pro Světlušku –pomoc pro zrakově postižené děti - 6dvojic.
- Duben – květen – Akce pro organizaci „ADRA“ – 6 dvojic (p.Křížek).

10. Aktivně dbát o co nejkulturnější prostředí v areálu školy.

- Pomoc všech pedagogů.
- Zapojení žáků.

11. Spolupráce s rodiči.

- Seznámit je s preventivní strategií školy a školního řádu.
- Poskytnout jim dostatek informací o chodu školy jak formou aktivní (přímá účast, kontakt se školou), tak i pasivní (písemná informace a materiály).
- Poskytovat odbornou pomoc při řešení konkrétních problémových situací (pohovory s účastníky, zprostředkování pomoci nebo terapie).

12. Poskytování služeb výchovného poradce a preventisty sociálně patologických jevů.

- Konzultační hodiny pro veřejnost jsou aktualizovány na internetových stránkách školy a na informační nástěnce umístěné v druhém patře staré budovy školy.
- V kabinetě č. 78 poskytuje VP radu i pomoc žákům i učitelům školy v průběhu vyučovacího dne o přestávkách, v případě dohody i během nebo po vyučování.
- Na stránkách výchovného poradenství jsou nejdůležitější adresy, webové stránky a telefonní čísla organizací a lidí poskytujících pomoc v obtížných životních situacích.

Organizace prevence

Metodik prevence a výchovný poradce

Mgr. Petr Slavík

VP koordinuje aktivity školy v oblasti prevence. Aktivně nabízí učitelům a žákům možnost pomoci při řešení vzniklých problémů. Komunikuje se žáky, rodiči a učiteli.

Ti se na VP obracejí v případě:

- agrese ve třídě
- signálů potíží u žáků (všeho typu)
- neúspěchu žáků a studentů v učebním procesu
- obtížné komunikaci s rodiči
- významném porušení pravidel (školní řád apod.)

VP diagnostikuje situaci a navrhuje její řešení. Vede individuální pohovory se zainteresovanými osobami a snaží se o zkvalitnění komunikace zúčastněných stran.

Vytváří MPP a hodnotí jeho realizaci ve škole.

Dokumentuje průběh preventivní práce školy.

Třídní učitel

Oslovuje a zapojuje do řešení problémů metodika prevence a výchovného poradce. Je v kontaktu s rodiči žáků prostřednictvím třídních schůzek, osobních setkání a dalších možností komunikace (e – mail, mobil).

Ředitel a vedení školy

Sledují efektivitu prevence sociálně – patologických jevů a problémy v kontextu celé školy. Účastní se dle potřeby zásadních setkání rodiny a školy.

Další spolupracující organizace

V oblasti prevence zneužívání návykových látek spolupracuje škola dlouhodobě s organizací Point 14 Plzeň, která pro první ročníky naší školy připravuje formou tří setkání program „Specifická primární prevence“- získávání základních informací o drogové problematice, ujasňování si příčin užívání omamných látek, učení se odolávání tlaku vrstevníků. Formou diskuzí a rozhovorů se studentům otevírá možnost poznat sama sebe při setkání se zmíněnou problematikou.

Zpětně jsou vyhodnocovány pro výchovného poradce a třídního učitele výstupy rozkrývající možné problémy v konkrétním kolektivu.

Dále naše škola spolupracuje s oblastními metodiky primární prevence (Mgr. Vladka Kovářová, Mgr. Michal Slivka), kteří zajišťují formou dvouhodinových diskuzí a přednášek zlepšování sociálních a komunikačních vztahů ve třídách, ve kterých došlo k různým formám potíží (špatná komunikace, náznakům šikany, střet názorů s vrstevníky atd.). Nově se nabízí adaptační kurzy, ve kterých formou sociologických a psychologických her a zátěžových situací se rozkrývají možné problémy v kolektivu.

Evaluace plánování MPP

1. Průběžná – V průběhu celého roku sledovat účinnost jednotlivých metod a aktivit na zlepšení situace ve škole.
2. Pololetí a konec školního roku – S využitím zpětné vazby vyhodnotit výsledky MPP a stanovit možné nedostatky a návrhy pro zlepšení efektivity účinnosti programu.

V Plzni dne 3. 9. 2010

Příloha III

DOTAZNÍK

Tento dotazník je anonymní, nepodepisuj se. Informace, které mi tímto dotazníkem sdělíš, jsou pouze pro účely mé bakalářské práce, nikomu jinému se do rukou nedostanou. Odpovídej, prosím, pravdivě a otevřeně. Zpracované informace použiji v mé bakalářské práci na Jihočeské univerzitě.

Díky moc za spolupráci!

1. Pohlaví: muž žena
2. Věk: _____
3. Škola, na které teď studuješ, je:
 - a) učiliště
 - b) střední škola s maturitou
 - c) gymnázium
4. Ročník: _____
5. Vyzkoušel/a jsi někdy ve svém životě marihuanu?
 - a) ano
 - b) ne
6. Pokud máš zkušenost s užitím marihuany, v jakém věku jsi ji užil/a poprvé?

7. Užil/a jsi marihuanu v posledním měsíci?
 - a) ano
 - b) ne
8. Pokud jsi vyzkoušel/a marihuanu, jak časté bylo nebo je její užívání?
 - a) každý den
 - b) několikrát týdně
 - c) jednou týdně
 - d) několikrát měsíčně
 - e) méně než jednou za měsíc
 - f) jen jednou v životě

9. Pokud jsi v předešlé otázce zaškrtl/a odpověď a) až d), od jakého věku jsi ji začal/a užívat pravidelně? _____
10. Užíváš ji i v jiné formě, než je forma kouření (např. v jídle atd.)?
a) ano – ve formě _____
b) ne
11. Užítí marihuany máš spojené spíše:
a) s pozitivními zážitky
b) s negativními zážitky
c) nic zvláštního jsem při tom nezažil/a
d) nikdy jsem ji nezkusil/a
12. Pokud užíváš marihuanu, měl jsi po užití nějaké problémy (zdravotní, psychické, ...)?
a) ano (jaké?) _____
b) ne
c) neužívám ji
13. Pokud jsi v předchozí otázce odpověděl „ano“, vyhledal jsi odbornou pomoc?
a) ano (kde?) _____
b) ne
14. Jaký je tvůj názor na marihuanu? (můžeš zaškrtnout i více možností)
a) marihuana je v pohodě
b) užívání marihuany je už dneska normální záležitost
c) marihuana je hnus
d) lidi se po ní mění k horšímu
e) lidi se po ní mění k lepšímu
f) užívání marihuany je lepší než pít alkoholu
g) marihuana má negativní dopad na lidi
h) už si bez ní nedokážu představit zábavu
15. Vnímáš marihuanu jako drogu?
a) ano
b) ne

16. Pokud nevnímáš, tak proč?

17. Souhlasíš s tím, že na marihuaně vzniká závislost?

a) ano

b) ne

18. Pokud s názorem, že na ní vzniká závislost nesouhlasíš, tak proč?

19. Jsi pro legalizaci marihuany?

a) ano

b) ne

20. Zdůvodni svoji předchozí odpověď

21. Absolvoval jsi na své škole nějaký protidrogový preventivní program?

a) ano

b) ne

22. Byla to jednorázová přednáška nebo dlouhodobý program?

a) jednorázová přednáška

b) dlouhodobý program

c) měli jsme víc programů, přednášek od různých organizací

d) jiná odpověď _____

e) nedovedu posoudit

23. Mluvilo se na tomto protidrogovém programu, přednášce o marihuaně?

a) ano

b) ne

