

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zkušenosti studentů středních škol a odborných učilišť
s omamnými a psychotropními látkami
na teritoriu města Plzně**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Lenka Kvíderová

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzová připravenost

Vedoucí práce: doc. MUDr. František Vorel, CSc.

Datum odevzdání práce: 21.5.2012

Abstrakt

Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila téma Zkušenosti studentů středních škol a odborných učilišť s omamnými a psychotropními látkami na teritoriu města Plzně.

Látky, které mění vědomí, provází lidstvo v celé jeho historii. Objevují se tak stále nové a nové látky, kterými si jedinci vylepšují své fyzické a duševní schopnosti. Z tohoto důvodu dochází v posledních letech k nárůstu poptávky po takovýchto „zázračných“ látkách. Životní podmínky se v poslední době velmi změnily, život se stal uspěchaným, zmateným, převládá honba za penězi, mocí, úspěchem či obdivem. Z tohoto důvodu je člověk nucen předstírat, jak zvládá tyto stresové situace, kdy maskuje neúspěchy a pochybnosti neustálým hledáním prostředků a možností, které by mu pomohly tyto situace obstát.

Diplomová práce podává přehled o nejznámějších zneužívaných látkách v současné době, o klasifikaci těchto návykových látek, dále se zabývá zdravotními a sociálními následky užívání drog a v neposlední řadě informuje o nebezpečí drogové závislosti, o příčinách jejího vzniku a možnosti prevence před tímto problémem nejen na školách, ale i v soukromém životě mladistvích, kteří jsou nejvíce ohroženou skupinou v dnešní době. Součástí této práce jsou i statistická šetření, která byla provedena významnými organizacemi na území České republiky a která byla následně porovnána s vlastním dotazníkovým šetřením.

Pro zjištění zkušeností studentů s omamnými a psychotropními látkami byl sestaven dotazník, který byl následně předán studentům vybraných středních škol a odborných učilišť, na území města Plzně, k vyplnění.

Přestože výsledky empirické části diplomové práce prokázaly, že studenti mají zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami, jednalo se převážně o experimentování s těmito návykovými látkami a z dlouhodobého hlediska se užívání drog věnuje pouze malé procento studentů.

Abstract

I selected the topic “Experience of secondary school students and vocational school students in the territory of the town Pilsen with narcotics and psychotropic drugs” for my diploma thesis.

Substances that change consciousness have been known throughout the history of mankind. Newer substances, helping individuals to improve their physical and psychical abilities, keep appearing. This reason resulted in an increased demand for such “miraculous” substances in the past years. Life conditions have significantly changed lately, life has become hurried and confusing; striving for money, power, success or admiration prevails. That is why people are forced to pretend that they can cope with stressful situations, when they have to mask any failure or insecurities by never ending search for new resources and possibilities that could help them to stand such situations.

The Diploma thesis gives an overview of the well-known substances that are being abused nowadays and the classification of these addictive substances, the work also deals with health and social consequences of drug abuse and, finally yet importantly, provides information about the danger of drug abuse, causes of its development and possibilities of prevention of this problem not only at schools, but also in private lives of adolescents, who are the most susceptible group in today's world. This work also includes statistic surveys that were conducted by distinguished organisations within the territory of the Czech Republic and that were subsequently compared with my own questionnaire survey.

In order to find out what experience do students have with narcotics and psychotropic substances, a questionnaire was compiled and distributed for completion among students of selected secondary schools and vocational schools in the territory of the town Pilsen.

Although the results of the empiric part of the Diploma thesis proved that the students had experience with narcotics and psychotropic substances, most of the cases related just to experimenting with these addictive substances and only a small percentage of students abused drugs from a long-term perspective.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 21.5.2012

.....

Poděkování

Děkuji panu doc. MUDr. Františkovi Vorlovi, CSc. za čas, ochotu a rady, při vedení této diplomové práce. Zároveň bych také chtěla poděkovat doc. RNDr. Přemyslovi Záškodnému, CSc. za jeho cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 11 |
| 1 SOUČASNÝ STAV..... | 13 |
| 1.1 Drogy | 13 |
| 1.2 Klasifikace drog..... | 13 |
| 1.3 Stručná historie užívání psychotropních látek | 14 |
| 1.4 Nejznámější zástupci drog | 22 |
| 1.4.1 Konopí a konopné drogy..... | 22 |
| 1.4.1.1 Marihuana | 22 |
| 1.4.1.2 Hašiš..... | 26 |
| 1.4.2 Halucinogeny | 27 |
| 1.4.2.1 Lysohlávky..... | 28 |
| 1.4.2.2 LSD | 30 |
| 1.4.3 Psychostimulancia | 32 |
| 1.4.3.1 Amfetaminy | 33 |
| 1.4.3.2 Pervitin..... | 35 |
| 1.4.3.3 Kokain..... | 37 |
| 1.4.3.4 Crack | 39 |
| 1.4.3.5 Extáze (MDMA) | 40 |
| 1.4.4 Opioidy a opiáty..... | 41 |
| 1.4.4.1 Opium | 44 |
| 1.4.4.2 Morfin | 46 |
| 1.4.4.3 Heroin | 47 |

| | | |
|---------|--|----|
| 1.4.4.4 | Braun | 49 |
| 1.4.4.5 | Metadon | 50 |
| 1.4.4.6 | Buprenorfin | 51 |
| 1.4.5 | Těkavé látky (inhalanty) | 52 |
| 1.4.5.1 | Toluen | 54 |
| 1.4.6 | Psychofarmaka..... | 55 |
| 1.4.6.1 | Benzodiazepiny | 56 |
| 1.5 | Drogová závislost | 58 |
| 1.5.1 | Příčiny vzniku drogové závislosti..... | 60 |
| 1.5.2 | Druhy drogové závislosti | 63 |
| 1.5.3 | Etapy drogové závislosti..... | 64 |
| 1.5.4 | Škodlivé důsledky užívání drog..... | 65 |
| 1.5.5 | Drogová politika | 69 |
| 1.5.5.1 | Prevence | 69 |
| 1.5.5.2 | Represe (potlačení) | 74 |
| 1.5.6 | Svět drog v číslech..... | 74 |
| 1.5.6.1 | Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě | 74 |
| 1.5.6.2 | Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010..... | 79 |
| 1.5.6.3 | Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008 | 82 |
| 1.5.7 | Klíčová legislativa v oblasti drog na území České republiky..... | 86 |
| 1.5.7.1 | Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách | 86 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 1.5.7.2 | Zákon 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami..... | 87 |
| 1.5.7.3 | Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník..... | 87 |
| 1.5.7.4 | Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích..... | 88 |
| 1.5.7.5 | Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku..... | 88 |
| 1.5.7.6 | Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., stanovení látek považovaných za jedy a určení malého množství..... | 89 |
| 2 | CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA | 91 |
| 2.1 | Cíl práce..... | 91 |
| 2.2 | Hypotéza | 91 |
| 3 | METODIKA..... | 92 |
| 3.1 | Metodický postup | 92 |
| 3.2 | Metodika statistického zpracování výsledků | 93 |
| 3.2.1 | Elementární statistické zpracování | 93 |
| 3.2.2 | Neparametrické testování | 95 |
| 3.2.3 | Neparametrické testování - Poissonovo rozdělení..... | 97 |
| 4 | VÝSLEDKY | 100 |
| 4.1 | Výsledky dotazníkového šetření..... | 100 |
| 4.2 | Výsledky statistického zpracování dotazníkového šetření | 116 |
| 5 | DISKUZE | 123 |
| 6 | ZÁVĚR | 133 |
| 7 | KLÍČOVÁ SLOVA..... | 134 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------|------------|
| 8 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 135 |
| 9 | SEZNAM TABULEK A GRAFŮ..... | 145 |
| 10 | PŘÍLOHY..... | 147 |

Seznam použitých zkratek

| | |
|----------|--|
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome - Syndrom získaného imunodeficitu |
| CNS | centrálně nervový systém |
| ČR | Česká republika |
| EMCDDA | The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost |
| ESPAD | The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách |
| ESSK | Evidenčně statistický systém kriminality |
| EU | Evropská unie |
| GŘC | Generální ředitelství cel |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti |
| LSD | diethylamid kyseliny lysergové |
| MDMA | 3,4-methylendioxy-N-methylamfetamin - extáze |
| MO | Ministerstvo obrany |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| MS | Ministerstvo spravedlnosti |
| MŠMT | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |
| MZ | Ministerstvo zdravotnictví |
| NPC SKPV | Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování |
| OPL | omamné a psychotropní látky |
| RES | retikulo-endotelový systém |
| RVKPP | Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky |
| THC | tetrahydrocannabinol |
| USA | Spojené státy americké |
| WHO | World Health Organization - Světová zdravotnická organizace |

Úvod

V diplomové práci se zabývám tématem drogové problematiky, jelikož je to stále velmi aktuální téma a je třeba mu věnovat neustálou pozornost.

Užívání drog sahá až na počátek vzniku lidstva a provází ho celým vývojem až do současné doby. Tyto látky se užívaly k magickým, náboženským či čarodějnickým rituálům. Již naši předkové znali a uměli využívat účinky těchto látek a to zejména pro jejich schopnost měnit psychiku a vnímání člověka. S vývojem civilizace se však stále objevují nové a nové drogy, jejichž výběr je v dnešní době nesmírně pestrý. Zvyšuje se tak nárůst drogově závislých a zároveň dochází ke snižování věku těch, kteří s drogami přicházejí do kontaktu.

Drogy se staly jedním z problémů minulého i současného tisíciletí. Tyto látky se staly v moderní společnosti prostředkem, který se podílí na zpříjemnění života a to únikem od běžných starostí, problémů či konfliktů do světa snů. Je až neuvěřitelné, že lidé jsou ochotni platit nemalé finanční částky, za takovéto úniky z každodenní reality života, při kterých obelhávají sami sebe, při kterých poškozují a ničí nejen své zdraví, ale i společenské vztahy. Návykové látky jsou tragédií dětem, mladistvím, ale i dospělým, neboť s užíváním drog jsou spojeny nejen zdravotní, ale i sociální problémy, páchání trestných činů, ale i úmrtí. Dlouhodobá konzumace drog vede k naprosté destrukci osobnosti daného jedince, dochází ke ztrátě individuální jedinečnosti a k poklesu společenské úrovně.

Při zneužívání návykových látek dochází také ke vzniku ekonomických či společenských škod, které se týkají jak jednotlivce, tak celé společnosti. Zneužívání drog je problém, který je těžko kontrolovatelný a který vyžaduje, aby byly vynakládány nemalé finanční částky na udržení nebo ještě lépe na zlepšení současného stavu. Proto je třeba, aby byla přijímána taková opatření na všech stupních společenských úrovní, která by v současnosti, ale i v budoucnosti snížila počty dětí a mladistvích, užívajících drogy a tím by i eliminovala rizika spojená s touto činností. Proto je třeba aby děti, mládež, ale i dospělí chápali škodlivé účinky a následky drog a aby neměli důvod tyto návykové látky užívat.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na oblast drogové problematiky a to zejména na jednotlivé omamné a psychotropní látky, charakteristiku těchto látek a vliv jejich škodlivých účinků na lidský organismus. Tato část se také věnuje nebezpečí drogové závislosti, příčinám, které dávají za vznik tomuto problému a v neposlední řadě je pozornost věnována i oblasti drogové politiky, jejíž součástí je i prevence, která vede k ochraně lidského zdraví a výchově ke zdravému způsobu života. V této části je také věnována pozornost národní legislativě, která se zaměřuje na problematiku drog.

V empirické části této práce, jsem se snažila pomocí dotazníkového šetření zmapovat zkušenosti studentů vybraných středních odborných škol a středních odborných učilišť s návykovými látkami. Výsledky tohoto výzkumu byly statisticky zpracovány a zároveň porovnány s jinými šetřeními.

Téma drogové problematiky je velice rozsáhlé a mým záměrem nebylo detailně popsat tuto oblast, nýbrž zaměřit se na hlavní body této problematiky.

1 Současný stav

1.1 Drogy

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je od roku 1969 za drogu považována jakákoliv látka (přírodní nebo uměle syntetizována a která má i nemá status léku), a která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Jelikož drogy ovlivňují především nervovou soustavu, jsou od roku 1971 v odborné terminologii nazývány jako *omamné a psychotropní látky*¹⁹.

Jiří Presl definoval drogu jako látku přírodního nebo syntetického původu, která musí splňovat následující požadavky:

- látka má tzv. psychotropní účinek (tj. působí na psychiku jedince)
- může vyvolat závislost (tj. objevuje se "závislostní potenciál")⁶⁶

1.2 Klasifikace drog

Drogy dělíme podle několika kritérií. Mezi nejčastější patří následující dělení.

1. Dělení drog podle jejich účinku na psychiku:

- tlumivé látky (např. heroin)
- stimulační látky (psychostimulancia-např. kokain)
- halucinogeny (např. konopné drogy, LSD)⁶⁶

Některé drogy mají kombinované účinky, např. extáze (psychostimulační a halucinogenní účinek)¹⁹.

2. Rozdělení drog podle jejich původu:

- přírodní drogy – drogy získané z přírodních zdrojů, k jejich výrobě nejsou nutné žádné chemikálie (např. kanabis, kokové lístky)
- polysyntetické drogy – drogy rostlinného původu, které jsou dále chemicky zpracovány (např. kokain, heroin)

- syntetické drogy – drogy jsou vyráběny pouze chemickou cestou (např. simulanty amfetaminového typu)⁶¹

3. Dělení podle míry rizika:

V tomto rozdělení jsou látky s vysokým rizikem označovány jako tvrdé drogy a látky s nižším rizikem, jako drogy měkké⁴³.

Tab. 1.1 Dělení drog podle míry rizika

| MÍRA RIZIKA | "TVRDOST" | ZÁSTUPCI |
|----------------------|-----------|--|
| vysoká | tvrdé | Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD |
| vysoká až střední | tvrdé | Lysohlávky Kokain Pervitin |
| střední | tvrdé | Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein |
| relativně malá | měkké | Marihuana Hašiš Kokový čaj |
| prakticky bez rizika | měkké | Káva, čaj |

Zdroj: Drogová poradna. cz

1.3 Stručná historie užívání psychotropních látek

Psychedelické látky doprovázejí lidstvo od pradávna. Patřily a nadále i patří k nejstarším látkám, které byly využívány k léčebným účelům, k věštění, v šamanských rituálech či náboženským obřadům. Tyto látky obvykle navozují stavy, při kterých dochází ke změně vědomí⁴¹.

Konopí bylo využíváno nejen pro posvátné, léčebné a rituální účely, ale po mnoho století sloužilo i jako zdroj všestranně použitelného vlákna, olejnatých semen a především drogy, která měla schopnost měnit lidské vědomí. Pěstovalo se již v době prehistorické a patřilo k prvním plodinám, jež člověk využíval ⁶. Nejstarší písemná svědectví, dokazující používání konopných drog k léčebným účelům, pocházejí již z 3. tisíciletí př.n.l. z Číny. Tato bylina byla doporučována proti malárii, zácpě či revmatickým bolestem. A jelikož Číňané využívali konopí jako léčebný prostředek, dá se i předpokládat, že to byli právě oni, kdo si všiml jeho halucinogenních účinků a začali tuto drogu používat ke změně vědomí ⁶. V Indii, na Blízkém východě či v Egyptě se tato droga používala zejména k náboženským rituálům. „Dar bohů“ neboli marihuana byla v Indii využívána k úlevě od úzkosti, k léčení nespavosti, ke snižování horečky, k léčbě úplavice či k povzbuzení chuti k jídlu či zbystření myšlení a úsudku ²⁴. V Egyptě se pravděpodobně používala ve formě obkladů, klystýrů, na zklidnění či na léčbu zeleného očního zákalu. Ani Evropa však nezůstávala pozadu. Již první zmínky o konopí pochází od řeckých učenců. Ti popisovali její užívání zejména k uvolnění, k bujarému smíchu a následnému deliriu. Pro své analgetické vlastnosti byla tato rostlina užívána k léčebným účelům. V Arabských zemích sehrály konopné drogy velmi významnou roli. Nejen, že se zde jako ve většině ostatních zemí používaly k léčebným prostředkům (užívaly se k léčení např. migrény či syfilidy), ale Arabové se naučili vyrábět a následně hojně využívat hašiš, jak k náboženským rituálům pro dosažení duchovního osvětlení, tak i pro užívání k rekreačním účelům ⁴⁸. Traduje se, že kam Arabové vstoupili, tam přinesli konopí. Tímto způsobem se dostalo i na Východoafrické pobřeží a odtud do některých částí Afriky. Na tomto kontinentě se pak konopí používalo proti malárii, dále jako anestetikum při porodech, ale dokonce se tím léčilo i astma, dýchací choroby či úplavice ⁶. Kmeny v údolí řek Zambezi a Kongo kouřily marihuanu při náboženských rituálech a při kratochvích ²⁴. Názory o tom, jak se konopí dostalo do Severní Ameriky, se rozcházejí. Podle jistého zdroje ho údajně šířili čínští badatelé, jiní autoři namítají, že konopí se mohlo dostat do země pomocí ptáků, či suchozemských živočichů a to v době, kdy byly ještě kontinenty Asie a Amerika spojeny ⁶. Nicméně i při objevení Ameriky došlo k vývozu konopí z Evropy

na tento kontinent. Zde bylo využíváno nejen jako hospodářská plodina, nýbrž i jako intoxikant⁴⁸.

V Evropě se ve středověku konopí užívalo jako prostředek lidového léčitelství. Bylina se používala jako analgetikum při bolestech uší, zubů, revmatismu, artritidě, bolestech hlavy, migrénách a dalších nemocech. Z květů konopí se připravovala mast na hojení otevřených ran. Konopí se ale v této době neužívalo jen k léčení, nýbrž používali ho i kouzelníci a vědmy při svých rituálech. V této době se to ale velmi nelíbilo církvi⁶.

V 19. století již mělo konopí své místo v západní medicíně. Užívalo se ke zmírnění bolestí, křečí, k léčení nevolnosti, nechutenství či poruch spánku. Dále se používalo jako lék na astma, bronchitis či na některé psychické poruchy jako je například melancholie. Rekreační využití nebylo tak využíváno³⁵. Přesto se stala marihuana oblíbenou zejména v uměleckých kruzích. Básníci jako je Viktor Hugo či Baudelaire konzumovali hašiš ve známém pařížském klubu Le Club des Haschischins⁴¹.

V 50. letech 20. století došlo ke zvýšenému počtu uživatelů konopí a to díky zvýšenému přílivu přistěhovalců z karibské oblasti, kde se konopí hojně užívalo. K velkému rozmachu došlo i v 60. letech a to zejména díky rozvíjejícímu se hnutí hippie a psychedelické vlně. V té době se stala marihuana součástí studentského života na západních univerzitách³⁵.

V roce 1964 izraelští vědci Gaonim a Mechoulam izolovali a identifikovali THC z této rostliny⁶.

Další psychedelické látky

V indické literatuře se popisuje posvátná rostlina a z ní připravovaný nápoj zvaný soma. Podle dostupných zdrojů se pravděpodobně jednalo o *Amanita Muscaria* známou muchomůrku tygrovitou. Tento božský nápoj uváděl konzumenty do extatických stavů⁴⁶.

Ve Střední a Jižní Americe používaly místní kultury řadu psychedelických rostlin. Mezi nejvýznamnější rostliny patří kaktus Peyotl nebo San Pedro. V těchto rostlinách

se vyskytuje alkaloid mezkalin. Další známou rostlinou je houba Teonanacatl nazývaná také jako „maso bohů“, která obsahuje účinnou látku psilocybin⁴¹.

Prvním synteticky vyrobeným psychedelikem byla látka, označena jako LSD-25. Jednalo se o derivát kyseliny lysergové, který syntetizoval Albert Hoffman z farmaceutické firmy Sandoz. I sám doktor Hoffman na počátku experimentoval s touto drogou, kdy objevil její psychoaktivní účinky mimořádné síly a vlastností. Těchto vlastností bylo poté využíváno zejména v psychoanalýze a psychoterapii. Tato látka se později testovala v celé řadě zemí, jako jsou např. USA, Anglie, Německo či Československo³³. U nás se látka testovala zejména ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Bohnicích a psychiatrické léčebně Sadecká. Cílem výzkumu bylo zkoumat halucinogenní vlastnosti LSD. V té době se věřilo, že LSD vyvolává stavy podobné schizofrenní psychotické poruše, díky svým účinkům na metabolismus serotoninu⁴⁶.

V 60. letech se této droze začaly věnovat špionážní služby a armáda USA. Americkými vědci bylo zjištěno, že LSD je schopné manipulovat s vědomím lidí, že je schopné ovlivňovat velké skupiny lidí, učinit je lhostejným vůči okolí a bezprostředním situacím a brání jim vytvářet plány a úsudky. Tyto experimenty pokračovaly až do roku 1967, kdy byla droga oficiálně v USA zakázána⁶⁷.

MDMA

MDMA (extáze) byla syntetizována a následně patentována roku 1914 firmou Merck jako přípravek na hubnutí. V 50. letech 20. století byla tato látka resyntetizována biochemikem Alexandrem Schulginem, který hledal psychotropní látky a sám tuto drogu na sobě vyzkoušel. V následujících letech probíhaly pokusy na její využití v psychoterapii. Později byla prokázána její neurotoxicita a následně byla látka zakázána⁵⁶.

Kokain

Koka je jedním z nejstarších a neúčinnějších stimulantů. Již tisíce let roste na svazích And, a to zejména na území dnešní Kolumbie či Bolívie. Již před 5000 lety žvýkali staří Inkové listy této rostliny pro zahnání pocitu hladu, podpory organismu, zejména v oblastech s řídkým vzduchem či pro přinesení nových sil v těžkém životě. Dále byla rostlina používána k náboženským rituálům ⁴¹.

V 16.-17. století byla tato droga podávána Inkům, kteří pracovali pod španělskou nadvládou v dolech, kde se těžilo stříbro. Koka sloužila nejen jako odměna za práci, ale v určité míře i jako náhrada velmi chudé stravy. Používala se pro překonání těžkých podmínek při těžbě v dolech ⁵⁹.

Kokain byl poprvé izolován z lístků koky v roce 1859 německým chemikem Albertem Neimannem ⁵⁹.

V roce 1886 byla ve Spojených státech amerických uvedena na trh Coca-Cola, která obsahovala několik mg kokainu. Byla prodávána jako povzbuzující prostředek, který je alternativou k alkoholu ⁴⁶. Přestože již byly známy škodlivé účinky kokainu, kokain přestal být součástí Coca-Coly až v roce 1903 ⁵⁹.

V 19. století s touto drogou experimentoval i psychoanalytik Sigmund Freud. Sám Freud koketoval s kokainem, jako např. žaludečním anestetikem či lékem pro zmírnění depresivních stavů, které se u něj objevovaly. V tomto století však nastal velký kokainový boom. Kokain byl využíván v medicíně pro lokální znecitlivění při drobnějších operacích a jako lék na všechny možné neduhy a nepříjemnosti ⁵⁹. Dále Freud používal kokain k léčbě morfinismu ⁴¹. Doporučoval ho nejen svým blízkým přátelům, ale sám se stal jeho uživatelem, zřejmě až do konce života ⁴⁶.

V pozdějších letech se zrodila móda šňupání kokainu. V roce 1912 zemřelo na následky užívání této drogy 5000 obyvatel USA. V roce 1922 byla droga ve Spojených státech zakázána ⁶⁷.

V 70. letech 20. století byl kokain velmi populární a stal se drogou bohatých. A to pouze z jediného důvodu - byl velmi drahý ²⁹.

Amfetaminy

Amfetamin a jeho deriváty (např. pervitin) patří mezi mladé drogy. Amfetamin byl prvně syntetizován v roce 1927 americkým výzkumníkem Kordonem Allenem, když hledal levnější náhražku efedrinu. Později byl pod obchodním názvem Benzedrin nabízen ve formě inhalátorů, astmatikům či lidem trpící alergickou rýmou, na uvolnění neprůchodných dutin ²⁰.

Ve 30. letech se amfetaminy používaly v medicíně k léčbě patologické spavosti (narkolepsie). O několik let později byly uveřejněny nežádoucí účinky benzedrinu při nevybíravém užívání. Mezi tyto účinky patřily deprese, podrážděnost, úzkostlivost či agresivita ²⁰. V 50. letech byl později používán amfetamin a jeho příbuzné látky jako léky na hubnutí. Jelikož byl snadno dostupný, využívali jeho účinků studenti vysokých škol či dálkoví řidiči ³⁶.

Během druhé světové války byly amfetaminy užívány v britské armádě jako prostředek pro udržení bdělosti. Amfetaminy byly používány i americkou armádou pro udržení větší vytrvalosti a odvahy (např. v korejské válce) ²⁰. Amfetaminy byly využívány i v oblasti vrcholového sportu, zejména jako doping ⁴¹.

Opiáty

První písemné známky o pěstování máku pochází z doby před více než 6000 lety. Již staří obyvatelé říše Sumérů znali narkotické účinky máku a proto tuto rostlinu nazývali „rostlinou radosti“ ⁴¹. Opium se cestou nomádských obchodníků dostalo do Egypta, kde jeho omamných účinků využívali i první egyptští lékaři. Egyptské nálezy dosvědčují, že se opium užívalo k úlevě od bolesti, při vředech a nehojících se ranách. Později Řekové dali makové šťávě název opium a elixír z makovic získával na své oblíbenosti. Ve starém Řecku byly makovice zasvěceny bohu spánku Morpheovi ²⁰.

V 6. a 7. století se opium dostalo díky obchodujícím Arabům do Persie, Indie či Číny ⁴¹.

Arabští, řečtí i římscí lékaři si ale však dobře uvědomovali, že opium může navodit i otravu. Toto zjištění bylo ale i zneužíváno. Například římský císař Nero pomocí opia zavraždil svého soka Britannica, aby ho nepřipravil o trůn ²⁰.

Prvním novodobým lékařem, který používal opium ve svých receptech, byl Paracelsus. Tento recept nazval Laudanum a společně s opiem na něm figurovali i koření a alkohol. Tento recept byl oblíbený zejména ve vyšších kruzích politiky ⁴⁶.

V roce 1700 vydal velšský lékař John Jones odborné pojednání *Mysteries of Opium Revealed* (Záhady opia vyřešeny). V této publikaci Jones opium doporučoval na léčbu pakostnice, astmatu, úplavice, cholery, spalniček, neštovic a dalších nemocí. Dále také uváděl, že tato látka zastavuje např. zvracení, škytavku, třesavku či křeče. Zároveň vynášel opium do nebes pro jeho údajné afrodiziakální účinky. Opium se také dávalo jako osvědčený prostředek umírajícím, kterým měl ulehčit od posledního utrpení ²⁰.

Již na začátku roku 1800 byly v Evropě známy rizika spojená s dlouhodobým užíváním opiátů, stejně tak ale byly i známy jejich sedativní účinky ²⁰.

V 18. století založila v Indii anglická Východoindická společnost opiový monopol. Opium bylo následně vyváženo ve velkém do Číny. Ke konci 18. století zakázal čínský císař dovoz a užívání opia. Stalo se tak v důsledku velkého rozšíření konzumace opia, především mezi příslušníky bohatších vrstev a vládních úředníků a tím k úpadku mravů a „hloupnutí“ lidu ²⁰. V letech 1840-1842 probíhala mezi Čínou a Británií první opiová válka, která skončila vítězstvím Britů. Následovala druhá opiová válka, která taktéž skončila jejich vítězstvím. Cílem válečných tažení bylo udržení dovozu opia do Číny ⁴⁶.

V 19. století došlo k rozšíření opia do Evropy a zde bylo oslavováno jako významný lék proti mnoha symptomům. V té době bylo opium tak levné, že bylo dostupné i pro nejnižší vrstvy obyvatelstva. V některých oblastech bylo dokonce prodáváno pivo s obsahem opia či opiový čaj ⁴⁶.

Mezi nejvýznamnější umělce, kteří užívali opium, patří Poe, Balzac, Baudelaire, později pak například i známý malíř Picasso ⁴¹.

Na počátku 20. století se začaly objevovat první protiopiové boje, které nakonec vyústily v sepsání Mezinárodní opiové úmluvy. Tato úmluva byla podepsána

23. 1. 1912 v Haagu a podepsalo ji celkem 12 států. Československo schválilo opiový zákon podpisem Versailleské mírové smlouvy roku 1920, ale provádějící zákon vyšel až o 3 roky později ⁵¹.

Během první světové války došlo k opětovnému opiovému boomu. Došlo zejména k rozšíření heroinu, který byl konzumován více než opium a z něj vyráběný morfin ⁴¹.

V 70. letech 20. století došlo k opětovnému nárůstu spotřeby opia a to souviselo zejména se vznikem a rozšířením hnutí hippie ⁴⁶.

Těkavé látky

Již kolem roku 1942 se objevují v tisku ve Spojených státech první zprávy o vdechování rozpouštědel. Mezi hlavní uživatele rozpouštědel patřili mladí lidé, většinou příslušníci etnických minorit, kteří tyto látky užívali jako náhradu za alkohol ³⁵.

K největšímu rozmachu užívání těkavých látek dochází v Anglii od roku 1980. Mezi užívanými látkami byly lepidla, rozpouštědla, ale hlavně butanový plyn, který se používal jako náplň do zapalovačů. Objevilo se i inhalování obsahu hasicích přístrojů ⁵.

V bývalém Československu se užívaly prchavé látky již před druhou světovou válkou. Jednalo se o jednotlivé dospělé jedince a užívanou látkou byl éter. K velkému užívání těkavých látek došlo v naší republice v 60. letech, kdy mládež inhalovala nejčastěji ve skupinách čisticí prostředek Čikuli, který obsahoval trichlorethylen. Později byla tato látka vytlačena toluenem ⁵.

Trankvilizéry

Barbituráty

Ve 40. letech 20. století patřily barbituráty k oblíbeným drogám této éry. V této době došlo k masivní produkci těchto látek, kdy barbituráty se staly běžnou součástí každodenního života. Používaly se na léčbu nespavosti, úzkostné stavy a pro ženy na menopauzu. Barbituráty byly používány i jako nástroj k provádění vražd či sebevražd. Později byly barbituráty nahrazeny benzodiazepiny. V 80. letech

20. století patřily tyto látky mezi nejčastěji předepisované léky. A to z jediného důvodu. Účinněji ulevovaly od úzkostných stavů a měly méně vedlejších účinků²⁰.

1.4 Neznámější zástupci drog

1.4.1 Konopí a konopné drogy

Psychoaktivní drogy získané z konopí zahrnují především marihuanu a hašiš²⁴.

1.4.1.1 Marihuana

Charakteristika

Marihuana se nejčastěji získává z rostliny zvané *Cannabis sativa* (konopí seté) a to z jejích kvetoucích výhonků a sušeného listí. Mezi uživateli se pro marihuanu užívají slangové názvy, jako je například tráva, maruška, hulení, zelí, ganja či dříve a hodně používaný název „marjánka“ (pro podobnost s kořením majoránky)²¹.

Účinné látky

Tato rostlina obsahuje celkem 533 látek, z nichž 103 jsou tzv. *cannabinoidní látky*, které se vyskytují pouze v této rostlině⁴⁸. Mezi nejvýznamnější cannabinoid patří Δ^9 -*tetrahydrocannabinol* neboli THC. Jedná se o látku, která v kombinaci s ostatními cannabinoidy, zodpovídá za psychoaktivní účinek rostliny. Obsah THC není v jednotlivých částech rostliny stejný. Jeho nejvyšší koncentrace se nachází v okvětních lístcích vrcholků samičích rostlin a postupně klesá a to v pořadí horní listy—dolní listy—stonek—kořen—semena. Čím více obsahuje marihuana THC, tím se stává silnější a škodlivější. Intenzita účinků THC závisí na řadě faktorů, jako je kvalita, množství a forma drogy, způsob aplikace a dosažená koncentrace v jednotlivých oblastech organismu⁴⁸. V marihuaně můžeme najít přibližně 5-10 % THC⁶.

Po konzumaci marihuany se THC dostává do krevního oběhu a touto cestou nakonec do mozku. Poté co vstoupí THC do krevního řečiště, je metabolizováno

na 11-hydroxy-THC, které se naváže na tukovou tkáň, ze které je opět přibližně po půl hodině uvolněno do krevního oběhu a tímto způsobem se dostane do mozku ⁶.

Distribuce

THC a další cannabinoidy se ukládají do tukových tkání mozku, plic, sleziny, jater a reprodukčních orgánů. Chemická polovina THC může být během 3-7 dnů vyloučena z organismu, druhá polovina se dostává do krevního oběhu. Po vykouření jedné cigarety se může THC vyskytovat v moči ještě 7-10 dnů ³⁸.

THC se ukládá v různých tkáních, především ve tkáni tukové. Hlavními distribučními místy jsou játra, ledviny, srdce, plíce, slezina, střevo, prsní žláza, štítná žláza, hypofýza či kůra nadledvin. Zde se nacházejí koncentrace 10-1000x větší než v plazmě. V mozku končí pouze 1 % THC. Tuková tkáň je sice špatně prokrvena, takže se zvýšená koncentrace objevuje až po několika dnech po aplikaci, na druhou stranu se však z ní metabolity THC také dlouho uvolňují, což nám umožňuje jejich detekci po dlouhou dobu po aplikaci ⁴⁸.

Způsoby užívání

Nejčastěji se marihuana aplikuje inhalačně (kouření spalných zplodin) nebo perorálně (požívání či popíjení, například konopného čaje, mléka či koláčků) ²⁴.

Inhalační aplikace

Nejčastěji se marihuana užívá ve formě ručně ubalených cigaret, tzv. *jointy*, které obsahují 0,5-1,0 g marihuany. Tato cigareta obsahuje drť z okvětních lístků samičí rostliny konopí, která může být smíchána s cigaretovým či dýmkovým tabákem. Někdy se také používají pro kouření dýmky, fajfky či vodní dýmky. Příležitostní kuřáci kouří většinou malé dávky marihuany (2-3 mg absorbovaného THC), takováto dávka jim stačí k dosažení „rauše“. Naproti tomu těžší kuřáci marihuany vykouří za den 5 a více jointů ⁴⁸.

Mezi hlavní nevýhody kouření patří krátké trvání účinku (i když toto nemusí být mezi některými uživateli bráno jako nevýhoda) a riziko pro dýchací cesty⁴⁸.

Perorální aplikace

Canabinoidy jsou velmi lipofilní látky. Vzhledem k této vlastnosti musí být tyto látky vázány na nějaký lipofilní nosič, který zvyšuje jejich absorpci. Rostlinný materiál je rozdrcen a takto připravená droga je přidávána do surovin s vysokým obsahem tuku (například olej, sádlo, máslo či mléko) nebo alkoholu. Mezi uživateli jsou velmi oblíbené pokrmy, jako je bábovka, koláčky, z nápojů konopné mléko, káva či kakao. V současné době existuje, zejména na internetu, mnoho receptů, jak připravit různé nápoje či pokrmy. Psychotropní účinek po orálním podání nastupuje po 30-90 minutách. Maximum se dostavuje po 2-4 hodinách⁴⁸.

Účinky

Omámení při užívání marihuany, nazýváno též jako rauš, je komplexním požitkem. Tento požitek zahrnuje velké množství psychických, tělesných, emotivních reakcí, vzruchů a pocitů²⁴. Při konzumaci marihuany či dalších konopných drog však platí, že povaha účinků drogy závisí nejen na uživateli samotném, ale i na jeho momentální náladě, očekávání, od situace či osobnosti⁶. Proto i u stejného jedince může být účinek marihuany různý. Jednou se může objevit neovladatelná veselost, jindy zase pocit blaha, naplnění či polospánek s téměř halucinogenními sny²⁴.

Intoxikace konopnými drogami v závislosti na dávce může vyvolat např. tachykardii, překrvení spojivek, sucho v ústech, podráždění sliznice průdušek, kašel, zvýšenou chuť k jídlu, závratě, neschopnost udržet rovnováhu, třesení rukou. Dále se může objevit bezdůvodná veselost, nepotlačitelný smích, radost, vnitřní uspokojení, kdy konzument si nahrazuje úspěch, zvládnutí úkolu. U uživatelů po konzumaci zesilují vizuální a akustické vjemy, intenzita i kontrast barev, mění se vnímání času a deformují se prostorové vztahy a vzdálenosti. Dochází ke značnému

posílení fantazie, postižení krátkodobé paměti, pozornosti a také ke zpomalení reakčního času⁷⁰.

Zdravotní komplikace

Zdravotní rizika plynoucí z užívání konopných drog většinou souvisejí s jejich dlouhodobým podáváním. THC působí přímo na určité části mozku. Má vliv na mozeček, který zajišťuje koordinaci pohybu a rovnováhu, dále na hippocampus, který zajišťuje lineární myšlení a paměť, na prodlouženou míchu, ze které vycházejí signály bolesti⁶.

Kouření marihuany má velmi škodlivé následky. V kouři marihuany bylo zjištěno až o 50 % více chemických látek, které způsobují rakovinu (benzopyrin a benzothracin), než v tabákovém kouři. Chronické kouření marihuany může poškodit respirační funkce. Při kouření marihuany mají plíce nižší schopnost bránit se proti infekcím. Mezi další následky patří např. bronchitida a pharyngitida. Dále se zvyšuje riziko vzniku rakoviny, zejména karcinomu plic⁴⁸.

Kouření také snižuje u mužů hladinu testosteronu. Silné užívání může snížit počet a mobilitu spermií či zvýšit jejich abnormalitu, což má vliv na deformity a abnormality plodu. U žen může docházet ke snížení schopnosti plodnosti, u těhotných žen může dojít ke zkrácení délky těhotenství či chemikálie obsažené v marihuaně mohou poškodit vyvíjející se embryo. Narozené děti mohou mít nižší porodní váhu a mohou trpět abnormalitami. Chemické látky se dostávají i do mateřského mléka a tím i do organismu kojence, kde mohou způsobit i návykovost³⁸.

Paradoxně i při nadměrném užívání konopí neexistuje záznam o tom, že by uživatel zemřel na předávkování. Martin Booth ve své knize píše, že pokud by se chtěl člověk marihuanou zabít, musel by vykouřit přibližně 800 jointů. Nicméně i přesto by spíše zemřel na otravu kyslíčnickem uhelnatým a ne vlivem cannabinoidů. A jaký je hlavní důvod? Autor ve své publikaci uvádí, že mozkové buňky mají jen malé množství cannabinoidních receptorů, které ovlivňují základní reflexy a životně nezbytné funkce⁶.

Produkce konopí a konopných drog

Světová produkce

Mezi nejvýznamnější země, které produkují a vyvážejí konopné drogy, patří oblast ležící mezi Alžírem, Marokem, Libanem a Egyptem. Dalšími významnými hráči v této oblasti jsou např. Indie, Afghánistán, Španělsko. Za zmínku stojí i země jako je Mexiko, Thajsko, v USA oblast Kalifornie či Rusko a země bývalého SSSR. Mezi hlavní evropské teritorium patří Amsterdam, který je hlavní oblastí nákupu nejen marihuany, ale zároveň se stal jakousi vstupní branou kokainu do Evropy⁴⁸.

Domácí scéna

V současné době se marihuana získává dvěma způsoby. Prvním z nich je domácí produkce marihuany, kterou uživatel pěstuje venku, ať již pro svoji vlastní potřebu či pro distribuci jiným "zákazníkům". Dalším způsobem je pěstování marihuany ve velkém množství pod lampami, což souvisí nejen s rozvojem technologií, ale i se snižujícím se rizikem odhalení policí či ukradením úrody zloději, jako tomu je u pěstování konopí v přírodě.

1.4.1.2 Hašiš

Charakteristika

Hašiš neboli slangově haš, čokoláda, bhag nebo hit, se získává zpracováním zralých květů samičí konopné rostliny. Tato droga je pevného skupenství, má hnědou nebo tmavě zelenou až černou barvu a po zahřátí měkne⁴⁸.

Hašiš se vyrábí dvěma způsoby. Prvním způsobem je třením květenství samičích rostlin (na ruku se vytváří vrstva pryskyřice). Druhým způsobem je prosévání. Pryskyřice se získává již ze sklizených a usušených rostlin za pomoci síta, které oddělí rostlinnou hmotu od malých krystalků pryskyřice. Poté se tyto krystalky stlačují, zahřívají a tvarují do bločků⁶.

Jiný zdroj informuje o dalším způsobu výroby hašiše. Patří sem extrakce v organických rozpouštědlech, jako je např. 80 % líh, který se následně beze zbytku odpaří³¹. Hašiš obsahuje obvykle 2-35 % THC a kouří se buď z vodních dýmek, nebo společně s tabákem. Koncentrace THC je asi 5x vyšší než u marihuany⁴⁸.

Mezi největší producenty této drogy patří v současné době Maroko, Pákistán či Afghánistán⁴⁸.

Účinky

Při užívání hašiše jsou popisovány podobné účinky jako při užívání marihuany. U uživatelů této drogy se však objevují intenzivnější prožitky, prožívání většího klidu a pohody⁴⁸.

1.4.2 Halucinogeny

Charakteristika

Halucinogeny jsou definovány jako chemické látky, které vyvolávají změny vnímání, vědomí či stavu mysli, ve vzácných případech i ztrátu paměti, duševní pomatenost nebo dezorientaci ve vztahu k osobám, prostoru či času. Halucinogeny jsou psychoaktivní substance, které jsou schopny vyvolávat zrakové, sensorické a zvukové nebo jiné halucinace¹.

Mezi méně časté nebo dřívější pojmenování patří např. psychodysleptika, psychedelika, psychotomimetika, fantastika, apod.⁴⁷.

Účinky

Halucinogenní drogy mají různé účinky. Jejich proměnlivost je závislá na dvou faktorech. Jedním z nich je užitá látka a dávka, druhým duševní rozpoložení uživatele a okolí. Při konzumaci menších dávek dochází u uživatelů k zostření vnímání, při větších dávkách vizuální a sluchové iluze. Deformuje se vnímání prostoru či času. U uživatele se objevuje iracionální myšlení, proud myšlenek je urychlen, objevují

se mylné závěry. Tyto stavy jsou po konzumaci halucinogenních látek doprovázeny euforií⁴³.

Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy patří z vědeckého hlediska mezi nejvíce prozkoumané drogy⁴¹.

Halucinogenní drogy můžeme rozdělit do tří základních kategorií:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, lysohlávky, durman atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (např. bufotenin)
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD)⁴¹

1.4.2.1 Lysohlávky

Charakteristika

Lysohlávky jsou lupenaté houby vyskytující se na území České republiky. Mezi nejčastější zástupce patří lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceata*), lysohlávka tajemná (*Psilocybe arcana*) a lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*)⁶⁶.

Lysohlávka kopinatá, známá též pod názvem „klobouček svobody“, patří v našich zeměpisných šířkách mezi nejsnáze dostupné lysohlávky. Tato lysohlávka je jedna z nejznámějších a nejpoužívanějších psychoaktivních rostlin. Jedná se o halucinogenní, mírně jedovatou houbu, která se vyskytuje v trávě, v příkopech, na pastvinách či lesních loukách¹. Lysohlávku českou najdeme zejména na dřevěných zbytcích, tlejících větévkách či na dřevě ve vlhkých lokalitách. Lysohlávky obsahují alkaloidy psilocybin a psilocin, které způsobují změny smyslového vnímání, halucinace. Rozdíl mezi psilocybinem a psilocinem je ten, že psilocin patří mezi nestálé alkaloidy, které při sušení z houby velmi rychle mizí. Zato psilocybin vydrží mnohem déle. Po požití se ale okamžitě psilocybin přeměňuje na psilocin a obě látky jsou tak stejně psychoaktivní⁴⁴. O tom, zda lysohlávka obsahuje psilocybin svědčí i fakt, že pokud dojde k poranění této lupenaté houby, objeví se modré poranění.

Což znamená, čím méně obsahuje houba tohoto alkaloidu, tím slabší je její modrající reakce ¹.

Aplikace

Lysohlávky se užívají perorálně, jedí se čerstvé nebo sušené. Někdy se kloboučky máčejí do medu z důvodu potlačení nepříjemné chuti ¹.

Účinky

V jednom gramu usušené lysohlávky české najdeme 8,5-9,3 mg psilocybinu ⁴⁴.

Somatické příznaky po konzumaci lysohlávky se objevují již za několik minut (někdy až 1 hodina). Objevuje se zrudnutí obličeje, rozšíření zornic, pocení, bolest hlavy či snížení srdeční činnosti. Dále se objevují halucinace, velmi výrazná bývá i euforie, smích. Někdy se může objevit plačtivost, deprese či panická úzkost. U konzumentů dochází k poruchám paměti, zmatenosti či deliciózním stavům. Doba intoxikace je mezi 4-6 hodinami a svého vrcholu dosahuje 2-3 hodiny po aplikaci ⁴⁷.

Zdravotní komplikace

Smrtelná dávka této houby je kolem 4 kilogramů čerstvých hub, ale i menší množství může způsobit velmi vážné zdravotní komplikace. Při určení vhodné dávky je třeba přihlédnout k několika faktorům. Jedním z nich je i tělesná váha a obsah žaludku konzumujícího jedince. Pokud se lysohlávka konzumuje nalačno či v kombinaci s alkoholem, je její účinek na lidský organismus větší. Účinná dávka se tak pohybuje kolem 10-30 plodnic ⁶⁴.

1.4.2.2 LSD

Charakteristika

LSD je označení pro diethylamid kyseliny lysergové - LSD-25 (označení pro dvacátou pátou látku v řadě derivátů kyseliny lysergové). Tato látka se připravuje z námelu, výtrusu paličkovice nachové, která cizopasí na žitě a jiných obilovinách. Mezi obvyklou formu patří tripy nebo krystaly⁴³. Tripy jsou malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů, které jsou spojovány ze strany uživatelů s různou klasifikací. Krystaly jsou malé granulky tmavomodré či zelené barvy⁴¹.

Aplikace

LSD se aplikuje zejména perorálně a to ve formě papírových čtverečků nebo krystalů, které jsou napuštěny roztokem LSD a které se poté nechají volně rozpustit v ústech pod jazykem³⁹.

Účinky

Mezi somatické projevy intoxikace patří pocity závratě, nevolnost, bolest hlavy, pocení, zčervenání či slabost a únava. Někdy se objevují pocity vln či vibrací, probíhajících celým tělem. Při intoxikaci se dále objevuje nutkavý smích, snížená koordinace. Při vyšších dávkách se dostavuje útlum, ztuhlost někdy i třes. Z psychických projevů se objevuje euforie, společně s pocity blaha, nadneseností a příjemnou únavou. Dále se dostavuje zvýšená činnost fantazie, zvýšená pozornost k vnitřním či zevním podnětům, vzestup vnitřního vzrušení, narušuje se spojení se skutečností. U konzumentů se dále objevuje přehnané zabývání se sama sebou, stupňuje se úzkost, obavy, tenze či vztahovačnost, pocit hlubšího prožívání emocí, apod. Při intoxikaci vyššími dávkami osoby ztrácí kontakt s realitou⁴⁷.

Účinná látka je mezi 20-50 mikrogramy. Účinek této drogy nastupuje během 30 minut po konzumaci, svého vrcholu dosahuje přibližně po 3 hodinách a tento účinek odeznívá v průběhu 6-12 hodin⁴³.

LSD patří mezi drogy, se kterými je třeba opatrně zacházet, neboť u konzumentů této drogy se může objevit nepříjemný, bouřlivý zážitek, nazývaný též jako „špatný výlet“ neboli „bad trip“. LSD patří mezi nejúčinnější halucinogenní drogy, kdy dávka o hmotnosti 100 mikrogramů je schopna vyvolat velmi živé halucinogenní účinky, které mohou trvat několik hodin ⁶⁴.

Při užívání LSD se objevují také tzv. *flashbacky* (záblesky paměti). Jedná se o stav, kdy se vrací stav prožitý při intoxikaci bez užití látky. Flashbacky bývají krátkodobé, někdy se objevují jednorázově, někdy přicházejí opakovaně ⁴⁶.

Zdravotní komplikace

Podle dostupné literatury nebyl doposud popsán případ předávkování LSD s následkem smrti. Užívání této drogy je však rizikové u osob, které mají vrozené srdeční onemocnění, a u kterých může dojít v důsledku drogy k srdečním komplikacím a to z důvodu velkých výkyvů tlaku krve či ze zrychlené činnosti srdce. U některých jedinců může dojít také ke vzniku hlubokých depresivních stavů nebo stavů úzkosti a napětí, které mohou přejít až do panického stavu ⁴¹.

Tolerance

Lidský organismus si na přísun LSD rychle zvykne. Dostupná literatura uvádí, že pokud uživatel konzumuje drogu po 3 nebo 4 následující dny, psychoaktivní účinek drogy se ztratí. Tento účinek se opět objevuje, pokud dojde k přerušení podávání LSD na několik dní ⁶⁴.

Závislost

U uživatelů LSD nedochází k fyzické závislosti, za to však může dojít ke vzniku psychické závislosti. U drog skupiny LSD se to stává však velmi zřídka a to díky bouřlivému účinku drogy na lidskou psychiku ⁶⁴.

Mezi halucinogeny byly v minulosti zařazeny i marihuana a hašiš. Důvodem byl fakt, že tyto látky vyvolávají při vysokých dávkách v určitých ohledech podobné

stavy jako halucinogeny. Přesto se jejich účinek liší značnou měrou, proto jsou tyto látky v dnešní době samostatně řazeny do skupiny mezi cannabisové látky⁴⁷.

1.4.3 Psychostimulancia

Charakteristika

Psychostimulancia jsou látky, které způsobují povzbuzení v organismu, kdy zvyšují duševní a tělesný výkon⁴³.

Mezi zástupce patří:

- pervitin (metamfetamin)
- amfetamin
- kokain
- crack
- extáze

Účinky

Psychostimulancia působí na lidský organismus a to zejména na psychomotorické tempo a bdělost. Zrychlují myšlení, zkracují spánek, zahánějí únavu, snižují chuť k jídlu, vyvolávají euforii, pocit síly a energie. Dále způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchodilataci. Poté, co dojde k odeznění účinku drogy v lidském organismu, objevuje se u uživatele stav podobný kocovině, tzv. *dojezd*. U uživatele se objevuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů, může se objevit i dlouhotrvající spánek, který je přerušen krátkými pauzami bdění a konzumací velkého množství potravy. Stimulancia vyvolávají psychickou závislost, která se projevuje tzv. *cravingem* neboli dychtěním po látce, resp. jejím účinku⁴¹.

Zdravotní komplikace

Při užívání této drogy je lidský organismus po dobu účinků připraven na vrcholový výkon. To vede k velmi rychlému hubnutí, jelikož u konzumentů je zároveň snížena i chuť k jídlu. Dále je ohrožen kardiovaskulární systém, zvyšuje se riziko srdečních a mozkových příhod. Při dlouhodobém užívání psychostimulancií se může u uživatelů objevit toxická psychóza. Tento stav má charakter paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu ⁴¹.

1.4.3.1 Amfetaminy

Charakteristika

Amfetamin (budivý amin) je stimulační látka, která bývá na ilegálním trhu jmenována jako speed (rychlost) nebo whizz (hvízd, svist). Jedná se o chemickou sloučeninu, která působí na CNS jako stimulans. Tato látka zvyšuje aktivitu celé nervové soustavy a vede k ostřejší vnímavosti okolního světa. Celkem existují 3 izomery: levo-amfetamin (benzedrin), d-amfetamin nebo dexamfetamin (dexedrin) a methyl amfetamin (označovaný jako metamfetamin). Amfetaminy byly a jsou i v dnešní době používány jako nedovolený doping při sportu ⁶⁴.

Amfetamin není v našich podmínkách příliš rozšířený a je většinou do České republiky dovážen ze zahraničí ⁶⁰.

Aplikace

Tato stimulační droga je u konzumentů aplikována perorálně, šňupáním či injekčně ⁵⁸.

Účinky

Tablety s amfetaminem obsahuje obvykle 5 mg účinné látky. Po konzumaci ústy se objevují účinky již za 15-30 minut. Při aplikaci šňupáním nastupuje účinek rychleji.

Doba působení této drogy je cca 6 hodin. U uživatelů se po konzumaci objevuje pocit čistější mysli, která je zároveň posilována. Objevují se pocity hrdosti, jistoty, sdílnosti, urychlení řeči a krásnější pohled na svět. Zároveň je potlačena chuť k jídlu, může dojít ke zvyšování libida (naproti tomu sex může být delší a náročnější než je tomu obvykle). Dále se objevuje skřípání zubů, sucho v ústech, zvýšení krevního tlaku, srdečního tepu, zvýšené tělesné teploty, aj. ⁵⁸.

Při užívání amfetaminu se mohou dostavit i negativní psychologické efekty. Patří sem například vznětlivost, agrese, narušený spánek, paranoidní myšlenky a psychózy, mohou se dostavit i hluboké deprese a halucinace ⁵⁸.

Speedové jízdy

Mezi uživateli této drogy jsou známy též tzv. *speedové jízdy*, které mohou trvat až několik dní. Jedná se o opakovanou aplikaci injekcí, kdy se objevuje pocit euforie. Již druhý den po aplikaci se objevuje pocit tělesné a duševní vybičovanosti, který se stává čím dál tím silnější v následujících dnech. Uživatel zvyšuje frekvenci užívání speedu, většinou v této době moc nespí nebo neví. Když dojdou zásoby této drogy, jízda končí. Následuje spánek, který může trvat až 48 hodin. Po jeho ukončení se objevují pocity deprese, vyčerpání, dehydratace či hlad ⁶⁴.

Zdravotní komplikace

Amfetamin má docela nízkou toxicitu a málokdy je hlavním viníkem smrti z předávkování ⁶⁴. Při dlouhodobém užívání amfetaminu šňupáním, může dojít u konzumentů k perforaci nosní přepážky, ke vzniku chronické rýmy či ztrátě čichu. U velmi vysokých dávek se již mohou u uživatelů objevit abnormity srdečního rytmu, křeče, mrtvice, přehřátí organismu či komatu ⁵⁸. Pokud u uživatelů této drogy dochází často k silnému šňupání, může se objevit i poškození oční cévky. Smrt, která může vzniknout z předávkování organismu touto drogou, vzniká velmi zřídka a je způsobená většinou mozkovou mrtvicí, extrémním vzestupem krevního tlaku či selháním srdce ⁶⁴.

Závislost

Konzumace amfetaminu vyvolává psychickou závislost, při které se objevují psychotické stavy⁵⁸.

1.4.3.2 Pervitin

Charakteristika

Pervitin patří mezi budivé aminy. Mezi uživateli je znám především jako perník, peří, piko, péčko, aj. Jedná se o bílý krystalický prášek, který je bez zápachu, hořké chuti. Na ilegálním trhu může mít i žlutou či fialovou barvu, což je dáno tím, že pervitin obsahuje nečistoty nebo příměsi jiných látek, používaných při samotné výrobě této drogy³⁹.

Výchozí látkou výroby pervitinu je efedrin nebo volně prodejné léky obsahující pseudoefedrin, jako je např. Modafen, Nurofen Stopgrip, Disophrol nebo Rinopront³⁶. Dále se k výrobě používá louh a červený fosfor⁴¹.

Pervitin patří mezi tradiční českou drogu, která je na zahraničním trhu známá též jako „čeko“ (tschecho)³⁶.

Aplikace

Mezi nejčastější způsoby užívání patří perorální aplikace, šňupání a nitrožilní užívání⁴¹.

Účinky

V České republice je pervitin prodáván ve formě psaníček, kdy prášek drogy je zabalen do obdélníčku poskládaného papíru. Obvyklá dávka je 100 mg³⁶.

Jednotlivé dávky však obsahují rozdílné množství pervitinu. Toto množství se pohybuje od 50-250 mg. Účinek při intravenózní aplikaci se objevuje během několika vteřin, při šňupání nastupuje účinek řádově během 5-10 minut, při orální aplikaci přibližně do jedné hodiny⁴¹.

Mezi hlavní účinky při užívání pervitinu patří stimulace organismu. U uživatelů této drogy se objevuje euforie, snížení únavy, pocit velkého množství energie, zvyšuje se výkonnost organismu, hovornost, pozornost. Dále se objevuje nespavost, zvýšené sebevědomí, schopnost empatie, aj. Konzument se cítí uvolněný, bez zábran. V ojedinělých případech se může rozvinout i toxická psychóza, kdy se u konzumentů objevují halucinace, bludy či paranoia ⁴¹.

Mezi somatické projevy užití pervitinu patří: zvýšení krevního tlaku, srdeční frekvence, rozšíření zornic, vzestup tělesné teploty, závratě či třesavka ⁶⁰.

Po několikadenních jízdách pervitinu u narkomanů nastupuje dlouhý spánek, po kterém se dostavuje deprese, úzkost, vyčerpání, tzv. *dojezd* ⁴¹.

Zdravotní komplikace

Při užívání velkých dávek pervitinu nebo při dlouhodobém užívání této drogy se může u narkomanů objevit toxická psychóza pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu, nazývanou též *stíha*. Z psychických potíží se pak objevují halucinace, deprese, strach, vztahovačnost, zmatenost, poruchy paměti, uživatel má sklony k sebevraždě. Dále pervitin snižuje chuť k jídlu, což může vést k podvýživě ⁴⁶. Pervitin je také toxický pro játra a poškozuje mozek ⁶⁰.

Při injekční aplikaci a použití nesterilních jehel vzrůstá riziko přenosu infekčních onemocnění, jako je například HIV či hepatitis nebo riziko vzniku zánětů žil či abscesů. Tak jako u jiných drog může kombinace užívání pervitinu s jinými drogami, léky či alkoholem vyvolat velmi závažné zdravotní problémy ³⁹.

Závislost

Při užívání pervitinu se neobjevuje fyzická závislost, objevuje se však závislost psychická. Ta se rozvíjí pomalu, takže uživatel má pocit, že má drogu stále pod kontrolou. Psychická závislost vzniká při dlouhodobém užívání pervitinu, kdy narkoman aplikuje drogu několikrát týdně ³⁹.

1.4.3.3 Kokain

Charakteristika

Kokain je mezi uživateli znám také pod pojmem koks, cukr, sníh, aj. Kokain je alkaloid, který je obsažen v listech jihoamerické rostliny koky. Zdrojem koky je rostlina zvaná *Erythroxylum coca* (koka pravá), která roste v tropických pralesích And v Bolívii, Peru či Ekvádoru⁶⁵.

Nejčastěji se kokain používá jako bílý, jemný, krystalický prášek (hydrochlorid kokainu), který je bez chuti a zápachu⁵⁸.

Kokain je krátkodobá stimulující látka, která působí na celou nervovou soustavu⁶⁴. Kokain obsahuje mezi 20-80 % účinné látky⁶⁰. Na trhu se může objevit i kokain, který je míchán s dalšími substancemi (např. glukózou, kojeneckým mlékem). Takto naředěná droga slouží k vytěžení maximálního výdělku dealery⁶⁴.

Vlastní výroba kokainu spočívá v postupu, kdy se z lístků koky pomocí silných chemikálií (např. kys. sírová, benzín, čpavek a další látky) louhuje kokainový sulfát, tzv. pasta, která je hnědé barvy. Tato pasta prochází další rafinací, při které se používají další chemické látky jako je petrolej, kyselina sírová, methylalkohol, benzol, hypermangan a uhličitan sodný. Tímto postupem se získá kokain, který má 90 % čistotu⁵⁸.

Aplikace

Nejčastějším způsobem aplikace je žvýkání kokových listů. Tato metoda se ale v našich zeměpisných podmínkách nevyskytuje. Mezi další způsoby užívání kokainu patří šňupání či injekční aplikace, méně časté je kouření⁴⁶.

Uživatelé, kteří tuto drogu šňupají, krájí krystaly kokainu na tenké čárky, které pak následně šňupají jednou nosní dírkou. Mohou k tomu pomoci i různé prostředky, jako je například, stéblo slámy či stočená papírová bankovka⁶⁴.

Účinky

Rychlost nástupu účinků závisí na formě podání. Při šňupání nastupuje účinek po 2-3 minutách a trvá přibližně 30-120 minut. Při injekční aplikaci nebo kouřením nastupuje účinek během několika vteřin a trvá přibližně 15-60 minut ⁴⁶.

Kokainista je veselý, má příjemné halucinace, je družný, hovorný. Kokain stimuluje, objevuje se euforie, zvýšený pocit fyzické a psychické výkonnosti, odpadnutí psychických zábran a strachu, mizí únava a potřeba spánku. U žen se objevuje nymfomanie, u mužů dochází také k nárůstu sexuální chuti, ale často klesá schopnost tento pud ukojit. Kokain velmi snižuje chuť k jídlu a u uživatelů se objevuje anorexie ⁴⁶.

Zdravotní komplikace

Při užití kokainu dochází v lidském organismu ke zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulsu, pocení, bledosti, rozšíření zornic, sucha v ústech. Při pravidelném užívání kokainu se objevuje nespavost, střídání nálad, někdy paranoia či zmatenost. Při dlouhodobém užívání se objevuje srdeční arytmie, nechutí k jídlu, agresivita, deprese, pocity pronásledování či sebevražedné pokusy. Dlouhodobé šňupání vede také k poškození nosní sliznice, často i k nevratnému. Pokud uživatel aplikuje tuto drogu kouřením, mohou se objevit respirační potíže, záchvaty kašle ⁵⁸. Při injekční aplikaci se objevují abscesy v místě v pichu, srážení krve a nebezpečí přenosu viru HIV či hepatitidy ⁶⁴. U těžké akutní otravy kokainem se objevují u intoxikovaného záškuby a křeče, dochází ke slábnutí krevního oběhu, ke zvýšení teploty a otrávený nakonec umírá v důsledku ochrnutí dýchacího centra ⁴¹. Smrtelná dávka se pohybuje kolem jednoho gramu ⁶⁴.

U uživatelů se objevují toxické psychózy. Typické jsou tělové halucinace, kdy postižený má pocit, že je napaden hmyzem, dále se objevují pocity sledování, které mohou vést až k agresivitě ⁴¹.

Závislost

Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to větší však vyvolává silnou závislost psychickou!!! Závislost se objevuje plíživě a z tohoto důvodu je o to nebezpečnější⁶⁰.

Hlavní producenti kokainu

Mezi nejvýznamnější producenty kokainu patří latinsko-americké země. Na světové špičce se drží Kolumbie, která je hlavním dodavatelem USA, poté následuje Peru a Bolívie⁶¹.

1.4.3.4 Crack

Kokain slouží také jako výchozí surovina pro výrobu cracku. Crack je volná báze (freebase) kokainu a jedná se o bílý krystalický prášek³⁷. Jeho výroba spočívá v rozpuštění kokainu v roztoku hydrogenuhličitanu sodného, éteru a vody⁹. Místo jedlé sody, lze také použít při přípravě cracku prášek do pečiva, ale i vápno⁸. Při vaření roztoku dochází k oddělení pevné látky z vroucí směsi a tato pevná hmota je následně vysušena. Crack je následně rozdělen na menší části o hmotnosti jedné desetiny až poloviny jednoho gramu. Dostupný zdroj uvádí, že jednotlivé plátky či kousky cracku obsahují cca 75-90 % čistého kokainu⁹.

Crack je ve vodě nerozpustný, z tohoto důvodu ho nelze šňupat či injekčně aplikovat. Tato droga se většinou kouří z dýmek, skleněnek, plastikových lahví nebo se balí společně s konopím či tabákem do jointu. Jednorázová dávka se pohybuje v rozmezí cca 10-120 mg. Při kouření této drogy nastupují účinky během několika vteřin a odeznívají většinou do 15 minut po aplikaci⁸.

Po aplikaci se u konzumentů objevují návaly euforie, silných emocí, přívalu energie, pohody či svěžesti. Mohou se ale objevit i nežádoucí účinky, ke kterým patří zkratovité chování, změny nálad a jednání. Jelikož účinky cracku trvají poměrně krátkou dobu, uživatel kouří v pravidelných intervalech po několik hodin. Tato droga vyvolává velmi silnou psychickou závislost³⁷.

1.4.3.5 Extáze (MDMA)

Charakteristika

Extáze svým účinkem spadá na hranici stimulancií a psychedelik. Tato droga má stimulační účinek, kdy vyvolává pocity štěstí, blaha, zvyšuje pocit empatie, vyvolává příjemné emoční stavy a při tom všem se mohou objevit halucinace²⁸.

Extáze má mnoho slangových výrazů, jako je např. éčko, ext'oška či pilule. Jedná se o látku, jejíž základní substancí je MDMA (3,4-methylendioxy-N-methylamfetamin). Chemicky patří MDMA mezi deriváty amfetaminu. V čisté formě se jedná o bílou, krystalickou a hořkou látku⁵⁶.

Extáze je zejména taneční droga, díky které mohou konzumenti protancovat noci na diskotékách či zábavách. Uživatelé dosahují velkých vytrvalostních výkonů. Tablety extáze, které jsou prodávány na ilegálním trhu, obsahují MDMA v cca 80 %. Mnohdy tablety obsahují příměsi dalších látek, jako je např. amfetamin, kofein či další látky. Může se také stát, že tableta nebude obsahovat vůbec žádné účinné látky²⁸.

Aplikace

MDMA se aplikuje perorálně a to ve formě tablet, nejčastěji kulovitěho tvaru, s vylisovaným obrázkem. Méně často jako bílý prášek, který může být buď volně či v gelových kapslích nebo ve formě roztoku⁵⁸.

Účinky

Účinná látka se v běžné dávce vyskytuje v množství 80-150 mg. Po konzumaci této drogy se účinky dostaví během 30 minut až jedné hodiny a odeznívají po 5-7 hodinách²⁸.

Při konzumaci MDMA dochází v lidském organismu ke zrychlení tepu, ke zvýšení krevního tlaku, sucha v ústech, drkotání zubů, bolesti hlavy, pocení, třesu a dále je omezená chuť k jídlu. Uživatelé nemají potřebu spánku, objevuje se u nich povznesená nálada, euforie, či nadměrné množství energie, štěstí, míru, lásky, klidu a pohody. Pokud konzumenti tancují celou noc, bez toho aniž by dodávali tělu dostatek tekutin,

může u nich docházet k hypertermii. Droga dále ovlivňuje vnímání času uživatelů. Extáze je látka, která nabízí konzumentům splnění jejich představ⁵⁶. Druhý den po konzumaci se u uživatelů objevuje kocovina, bolesti svalů a kloubů. 2-3 dny po užití této drogy se dostavuje zhoršení nálady, tzv. *low midweek*, kdy konzumenti jsou depresivnější, nepříjemní, bez nálady²⁸.

Zdravotní komplikace

Jelikož průměrně vezme uživatel tuto drogu 1-4x za 2 měsíce, tento čas stačí organismu k regeneraci a z tohoto důvodu nevznikají potíže (subjektivní či objektivní), které souvisí s konzumací drogy⁵⁸.

Hypertermie patří mezi nejzávažnější komplikace. Společně s hypertermií a dalšími specifickými podmínkami typických pro taneční scénu (např. dehydratace, časté užívání drogy) může dojít ke spuštění dalších zdravotních komplikací. Patří sem poškození ledvin, jaterní selhání či rozvoj diseminované intravaskulární koagulace. MDMA má neurotoxický účinek na mozek. Pravidelné užívání extáze vede k poruchám imunitního systému. Velmi často jsou tablety extáze kombinovány s dalšími látkami, jako je například alkohol, LSD, kanabis, aj. Tyto kombinace zvyšují riziko závažných zdravotních komplikací²⁸.

Závislost

Při užívání této drogy nevzniká fyzická závislost, často se však objevuje závislost psychická. Tato závislost je posilována i tanečním prostředím, tzn., uživatel se těší na víkend, kdy bude moci okusit opět drogu, kdy se objeví pocity potěšení či zábavy. Normální dny přijdou konzumentovi nudné, šedé⁵⁸.

1.4.4 Opioidy a opiáty

Charakteristika

Slovo opium je odvozeno od řeckého slova „opion“ což znamená maková šťáva. Opium patří mezi nejstarší narkotické drogy a jeho zdrojem

je mák setý (*Papaver somniferum*)⁶⁵. Surové opium se získává nařezáváním zelených makovic, kdy z jednotlivých řezů vytéká bílá mléčná šťáva, která na vzduchu zasychá a hnědne. Poté se takto zaschlá šťáva sbírá. Opium má hořkou chuť a specifickou omamnou vůni, která může u některých jedinců vyvolat nutkání ke zvracení. Z jedné makovice se získá cca 0,02 g surového opia⁶⁵. Přibližně čtvrtinu hmotnosti tohoto opia tvoří alkaloidy⁴⁶. Mezi hlavní alkaloidy patří morfin, kodein, papaverin, thebain, atd. Mezi základní opiáty (tzn. látky s psychotropním a protibolestivým účinkem) patří morfin a kodein. Tyto alkaloidy byly chemickou cestou izolovány ze surového opia a následně z nich byly vyrobeny ještě účinnější deriváty, např. z kodeinu dikodid, z morfinu diacetylmorfin (heroin)⁵⁵.

Látky, které vyvolávají závislost opiátového typu, jsou nazývány opioidy a opiáty. Termín opioidy se vztahuje k přírodním či syntetickým látkám, které mají účinky obdobné morfinu. V užším slova smyslu se pojem opiáty používá pro látky jako je morfin, heroin, kodein a látky izolované z opia⁶⁵. Jedná se o tlumivé látky, které mají euforický účinek. Mezi přírodní zástupce této skupiny, patří alkaloidy morfin a kodein, mezi polysyntetické a syntetické heroin, metadon, buprenorfin a braun⁶⁵.

Nejvíce je na světě z této skupiny rozšířen heroin, metadon se v České republice vyskytuje jen jako substituční látka, buprenorfin také patří mezi substituční preparáty a braun náleží k tradičnímu českému opioidu⁴³.

Obsah nejvýznamnějších alkaloidů v opiu:

| | |
|-----------|------------------------|
| Morfin | 1,5 - 22 % |
| Kodein | do 4 % |
| Papaverin | do 1 % |
| Thebain | do 0,5 % ⁴⁶ |

Použití

Opioidní analgetika se v medicíně používají proti bolesti a dále tyto analgetika také potlačují kašel. Tyto léčiva se také často používají před anestézií či chirurgickými výkony a to díky svým sedativním, anxiolytickým a analgetickým účinkům ⁶⁵.

Účinky

Opiáty patří mezi klasické drogy slastného zapomnění ⁶⁵.

Působení na centrální nervový systém (CNS)

Mezi hlavní účinky opiátu na lidský organismus patří euforie, zklidnění či příjemné teplé pocity v oblasti břicha. Dále tyto látky navozují otupělost, ospalost a mají silné analgetické účinky. Také vyvolávají pocity nevolnosti, zvracení, utlumují dýchání, potlačují centrum pro kašel a v některých případech mohou přivodit křeče ³⁶.

Působení na periferní nervový systém

Opiáty vyvolávají sucho v ústech, očích či nose, stažení zornic, pocení, zvyšují pocit nevolnosti a dále u uživatelů těchto látek vyvolávají zácpu. Dále sem patří svědění kůže po celém těle a to dokonce i při ztrátě vědomí ³⁶.

Mezi další účinky patří, např. pokles tělesné teploty, rozšíření cév, zpomalení srdeční činnosti a u žen pokles plodnosti ⁴¹.

Opiáty jsou drogy, u kterých není známá toxická psychóza, kterou známe u stimulačních drog ⁵⁵.

Zdravotní komplikace

Při prvotní konzumaci opiátů reaguje každý jedinec jinak. U některých konzumentů se po odeznění euforických účinků může objevit i deprese a úzkost. U uživatelů u kterých se již rozvinula závislost, se objevuje pokles výkonnosti, úzkost, paranoia, poruchy paměti, zvýšená únava a u žen dochází k poruchám menstruace.

U narkomanů se dále může objevit postižení jater a to v důsledku hepatitid, které se přenáší společně používanými jehlami. Tím se také zvyšuje riziko přenosu HIV. V plicích může dojít k rozvoji fibrózy plic²².

Samozřejmě i při konzumaci drog této skupiny může dojít k předávkování organismu drogou. Při předávkování dochází k bezvědomí, změlčení dechu, objevuje se zmodrání kůže a dochází k zástavě dechu a dalších životních funkcí⁴³. Náhodné předávkování je spíše ojedinělé. Jiří Presl ve své knize uvádí, že většina uživatelů této skupiny drog se rychle naučí znát svoji dávku, i když jen orientačně, a zároveň i svoji toleranci drogy. U dětí, jejichž matky užívaly opiáty v těhotenství, se může objevit novorozenecký abstinenční syndrom³⁶.

Tolerance

U opiátů však dochází k rychlému vzniku tolerance. Organismus konzumenta si na drogu rychle zvyká a vyžaduje stále větší dávky k dosažení stejného účinku. Po dlouhodobém užívání drogy se denní dávky u uživatelů pohybují v řádu gramů, oproti počátečním dávkám, které byly v desítkách miligramů⁵⁵.

Závislost

Při dlouhodobé konzumaci opiátů dochází k rozvoji psychické a fyzické závislosti⁶⁵.

1.4.4.1 Opium

Charakteristika

Opium se na černém trhu vyskytuje ve formě prášku šedozelené barvy, a které se prodává ve formě malých kuliček²².

Užívání opia je v České republice rozšířené a v době opiové sezony uživatelé této drogy sbírají surové opium z nezralých makovic, které poté kouří či popíjí jako různé odvary⁴⁶. Na ilegálním trhu se můžeme setkat i s jinými druhy surového opia. Patří sem například turecké, jugoslávské či indické opium. Indické opium má verzi

galí (kulička z méně čistého opia, která se zapíjí čajem) a formu chandu, což je čištěné opium (obsahuje málo příměsí)⁶⁵.

Aplikace

Jak již bylo řečeno, surové opium se převážně kouří, a to zejména v dřevěných, skleněných či hliněných dýmkách nebo se mísí s tabákem do cigaret. Během kouření se do lidského organismu dostane cca 60-70 % užitého opia⁴⁶. Opium se kouří pomalu, zadržuje se při tom dech a to z důvodu, aby se co nejvíce účinných látek dostalo skrz plíce do krevního oběhu a následně do centrálně nervového systému. Při kouření opia uživatelé většinou leží a to proto, že při této aplikaci se dostavuje pocit na zvracení⁶⁵.

Další možností aplikace je požití opia. A to buď jako surové opium či ve formě odvarů. Ty se připravují z čerstvých makovic nebo sušené makoviny (maková sláma). Velkým problémem u perorální aplikace je zvracení uživatelů. Injekční aplikace není příliš obvyklá, jelikož s sebou přináší řadu zdravotních rizik. Surové opium obsahuje kromě samotných alkaloidů například pryskyřici či pevné součásti rostliny. Pokud by uživatel aplikoval drogu tímto způsobem, bez jakékoliv úpravy, může dojít v místě vpichu k řadě problémů, jako je poškození cévního systému v místě aplikace, ale i v plicích, kde dochází k filtraci krve. Takovéto poškození plicních kapilár je nevratné⁴⁶.

Účinky

Jelikož je opium směs alkaloidů, jeho působení na lidský organismus je odlišné než působení samotných izolovaných či synteticky vyrobených opioidů. Jelikož je morfin nejsilnějším alkaloidem, převládají především jeho účinky a ostatní látky účinky modifikují⁴⁶.

Opium se používá jako analgetikum, jako látka proti průjmům a dále při spasmech močových a žlučových cest⁶⁵.

1.4.4.2 Morfin

Charakteristika

Morfin je nejdůležitějším alkaloidem opia. Jedná se o bílý až nažloutlý prášek, který se vyskytuje ve formě solí rozpustných ve vodě. Jedná se o látku hořké chuti, která je dobře rozpustná ve vodě. Takovýto roztok je bez zápachu ³⁷.

Aplikace

Díky své dobré rozpustnosti ve vodě se morfin aplikuje injekčně a to zejména do svalu. Je možno tuto drogu aplikovat i nitrožilně, ve výjimečných případech i perorálně ²².

Účinky

Účinek této drogy nastupuje přibližně po 20 minutách a trvá 2-3 hodiny ³⁷. Při působení morfinu na organismus je třeba brát v potaz, zda se jedná o člověka, který není přivyklý droze či zda se jedná o chronického konzumenta. Pokud člověk bere tuto drogu poprvé a začíná na nižších dávkách, objevuje se u něj pocení, bolest hlavy či nauzea. Někdy se může objevit i pocit úzkosti. Pokud dochází k aplikaci vyšších dávek, objevuje se zvracení, zúžení očních zorniček nebo svědění pokožky. Pokud osoba, která není přivyklá droze, bere velmi vysoké dávky, ztrácí reakci na světlo, nastupuje bezvědomí a dochází ke smrti vlivem zástavy dechu. U chronických uživatelů se po aplikaci objevuje příjemná euforie, zvýšené sebevědomí, zúžení zorniček, někdy se objevuje pocení, nauzea (až zvracení) a zácpa. Letální dávka u konzumenta, který není na drogu zvyklý, se při injekční aplikaci pohybuje kolem 200-300 mg. Podle dostupné literatury byla u chronických uživatelů přeživší dávka 15-20 násobně vyšší ⁶⁵.

Zdravotní komplikace

U člověka, který je závislý na droze, se droga stává jediným smyslem života. Objevují se změny povahy, unavenost, podrážděnost či poruchy paměti. U narkomana se objevuje pocit vnitřní prázdnoty, dochází ke ztrátě smyslu pro povinnost, v některých případech se objevují paranoidní stavy, strach a zvyšuje se riziko sebevraždy. Mezi somatické projevy intoxikace patří bledost a ochablost kůže, u chronických uživatelů předčasné šedivění vlasů, pokles hmotnosti v důsledku ztráty chuti k jídlu, dále bolest hlavy, bušení srdce a další projevy⁶⁵.

U obou pohlaví dochází ke ztrátě zájmu o sex, muži mají problém dosáhnou erekce a u žen se objevuje nepravidelný menstruační cyklus, což může vést až k vynechání menstruace. Morfin také dobře prochází placentou, což může vést k poškození plodu⁴⁶.

Závislost

Jak již bylo řečeno, u morfinistů se objevuje docela silná fyzická a psychická závislost na droze³⁷.

1.4.4.3 Heroin

Charakteristika

Heroin (3,6diacetylmorfin) je derivát morfinu, který je znám mezi uživateli pod názvy jako je např. herák, háčko, hnědej, čoko a další⁶⁵. Na ilegálním trhu se vyskytuje ve dvou formách. Jednak jako bílý prášek (white dust), který se získává diacetylací morfinu. Takto vyrobená droga je hořké chuti a dobře rozpustná ve vodě. Další varianta je hnědý cukr (brown sugar) a to ve formě malých rudohnědých granulí. Takto vyrobený hnědý cukr se získává též diacetylací morfinu, ale s použitím přísad kofeinu a dalších substancí⁵⁰.

Heroin patří do skupiny narkotických analgetik. Některé druhy heroinu mohou mít i šedobílou barvu, což je dáno různými příměsi, které dávají překupníci do této drogy, pro zvýšení svého zisku. Jedná se nejčastěji o cukr, sušené mléko či jedlou sodu⁶⁵.

Tato droga z této skupiny patří mezi nejúčinnější opiáty. Z části je tato vlastnost dána tím, že tato látka se více spojuje s lipidy, které pokrývají nervové tkáně⁵⁰.

Aplikace

Tuto drogu lze aplikovat v několika formách. Hnědý heroin se kouří, inhaluje či může být aplikován nitrožilně. Při tomto způsobu podávání, je však třeba tuto drogu upravit přidáním kyseliny, nejčastěji vitamínu C. Bílý heroin se dobře rozpouští ve vodě, tudíž se používá k nitrožilní aplikaci, případně se šňupá⁴⁶.

V některých případech lze heroin aplikovat injekčně i do svalů či podkožně. Zřídka kdy se požívá ústy⁶⁵. Při intravenózní aplikaci se heroin roztaví nad ohněm, většinou v čajové lžičce a následně se zředí s vodou⁵⁰.

Účinky

Heroin je asi 5x toxičtější než morfin a zároveň 10-20x toxičtější než opium⁵⁰. Při akutní intoxikaci se u konzumentů objevuje nápadná euforie, kdy toxikoman má barevnější představy, smyslové vjemy, objevuje se pocit blaženosti, celková pohoda, zklidnění, vzdálení se realitě. Uživatel ztrácí zábrany, zvyšuje se u něj komunikativnost. Dochází také k nárůstu sexuální aktivity⁶⁵. Mezi další projevy patří zúžení zorniček, dochází ke zpomalení dýchání, k mírnému snížení tělesné teploty, objevuje se sucho v ústech a na sliznicích, studený pot. Při intravenózní aplikaci se účinek drogy objevuje skoro okamžitě. U narkomanů se objevuje stav, nazývaný mezi uživateli jako *flash* neboli záblesk. Objevují se pocity absolutního uvolnění, radosti, srdečnosti, z podvědomí vyplouvají na povrch zážitky⁵⁰.

Při chronické konzumaci se objevují účinky jako u chronických uživatelů morfinu, kdy dochází ke závažnému rozkladu osobnosti⁶⁵.

Při konzumaci vysokých dávek může dojít až ke kómatu a smrti vlivem útlumu dýchacího centra v CNS⁶⁵.

Zdravotní komplikace

Při užívání heroinu může dojít u konzumentů ke ztrátě chuti k jídlu, k sexu, u žen se objevují poruchy menstruace. Při pravidelné aplikaci se objevuje u uživatelů silná zácpa, vykašlávání hlenu či dýchavičnost. Dochází také k poklesu tělesné kondice, objevuje se fyzická a psychická zchátralost. Tak jako u jiných drog, při nitrožilní aplikaci se zvyšuje riziko přenosu infekcí. Patří sem například virová hepatitida, bakteriální endokarditida či nejzávažnější AIDS. Samozřejmě sem patří i samotné poškození cév a záněty v místě v pichu ⁶⁴.

Někteří narkomani kombinují užívání heroinu s dalšími látkami, jako jsou například barbituráty či syntetická analgetika ⁵⁰.

Závislost

Dochází k poměrně rychlému vzniku závislosti na této droze. Objevuje se jak fyzická, tak psychická závislost. Při fyzické závislosti se zvyšuje tolerance na drogu i větší potřeba dávek. Při psychické závislosti uživatel ztrácí kontrolu nad užíváním drogy a objevuje se neovladatelná touha po droze ⁴⁶.

1.4.4.4 Braun

Charakteristika

Braun je podomácky vyráběná droga, jejíž výroba se značně rozšířila v dobách Československa. Jeho zneužívání v současné době již ustupuje, užívají ho především starší uživatelé drog. Hlavní složkou této drogy je hydrokodon, který je získáván z léčiv, která jsou běžně dostupná v lékárnách. Jedná se o látky, které obsahují kodein, jako je např. Codein, Alnagon či Kodynal ⁵⁰. Hydrokodon patří mezi polysyntetické opiáty. Jedná se o drogu, která se vyrábí v domácích laboratořích za použití běžných chemikálií a dostupných laboratorních pomůcek. Výsledkem je tinktura hnědé barvy, která dává název této droze (brown) ⁴³.

Aplikace

Nejčastěji se tato droga aplikuje nitrožilně ⁷.

Účinky

Účinky užívání drogy jsou obdobné jako u heroinu a opiátu obecně. U uživatelů se objevuje po aplikaci pocit tepla, těžkosti či sucha v ústech. Uživatel necítí hlad, sexuální touhu nebo bolest. Objevuje se zvracení, velmi nápadné je zúžení zorniček, zácpa, zvýšené vylučování moči, pocení nebo svědění kůže. Pokud konzument užije větší dávky, dochází k zúžení zorniček do velikosti špendlíkové hlavičky, kůže je na pohmat chladná a vlhká, objevuje se namodralé zbarvení a dochází ke zpomalení dýchání. V některých případech může dojít až k zástavě dýchání, jejímž výsledkem je smrt ⁵⁰.

Zdravotní komplikace

Při dlouhodobém užívání dochází u konzumentů této drogy k zácpám, poruchám nálady a u žen k nepravidelné menstruaci ⁵⁰. Po vysazení drogy se objevují silné abstinenční příznaky. Patří mezi ně bolesti břicha, průjem, třes nechutenství, neklid, úbytek váhy, nespavost a další ⁷.

Závislost

Uživatel této drogy necítí po dlouhou dobu žádnou závislost. K vytvoření absolutní závislosti je potřeba několika měsíců, respektive i několik let ⁵⁰. Tato droga má však nižší potenciál pro závislost než heroin ⁴³.

1.4.4.5 Metadon

Metadon patří mezi syntetické opiáty. Jedná se o bezbarvou tekutinu, hořké chuti, která se vyrábí pouze pro medicínské účely. Látka je konzumována perorálně, může

se objevit, ale i ve formě tablet. Metadon se používá pro substituční léčbu závislých na opioidech⁵⁸.

Rozdíl mezi metadonem a ostatními druhy opiátů spočívá v délce jeho působení. Díky jeho delšímu biologickému poločasu trvají jeho účinky podstatně déle, v průměru přibližně 25 hodin³⁷. Denní dávky se pohybují v rozmezí 5 mg až stovky mg⁴³.

Fyzická závislost a tolerance se na tuto látku vyvíjí pomaleji než na morfin².

V současné době však metadon proniká i na ilegální trh, kde slouží jako náhradní nebo doplňující droga⁴³.

1.4.4.6 Buprenorfin

Buprenorfin neboli Subutex patří mezi syntetické opioidy. Stejně jako u metadonu se jedná o látku, která je vyráběna legálně a používá se pouze pro medicínské účely, tzn. pro substituční léčbu závislých na opioidech. Stejně tak jako předchozí látka, může být zneužíván na nelegálním trhu. Obvyklá je sublingvální aplikace, v některých případech je možné i nitrožilní užívání. Terapeutické dávky se pohybují v rozmezí 2 mg až desítky mg denně⁴³. Účinek látky nastupuje během několika minut a jeho hlavní vrchol je přibližně během 1 až 1,5 hodiny. Buprenorfin je distribuován do celého těla a jeho eliminační poločas je přibližně 25 hodin⁴⁶.

Mezi vedlejší účinky užívání Subutexu patří zácpa či naopak průjem, závratě, malátnost, bolest hlavy, pocení, nevolnost, nespavost, slabost, zvracení a podobné příznaky. Mezi velmi závažné nežádoucí účinky patří zežloutnutí bělmy očí a kůže, těžké alergické reakce, nervozita či duševní poruchy nebo mělké dýchání. Velmi nebezpečná je také kombinace tohoto léčiva s alkoholem, s prášky na spaní či benzodiazepiny. Při těchto kombinacích může dojít k útlumu, ospalosti, v horších případech bezvědomí či smrti⁵².

Závislost na Subutexu je slabší a rozvíjí se pomaleji než např. u heroinu. Závislost se objevuje po dlouhodobém a pravidelném užívání. Po vysazení léku se objevuje abstinenci syndrom, který je však mírnější a objevuje se obvykle až třetí den po vysazení. Není však životu nebezpečný⁴⁶.

1.4.5 Těkavé látky (inhalanty)

Charakteristika

Jedná se o skupinu návykových látek, které bývají někdy nazývány jako prchavé látky či inhalační drogy. Jedná se o látky, které jsou snadno dostupné, a setkáváme se s nimi v běžném životě. Jsou vyráběny pro lékařské a obchodní využití. Mezi tyto látky patří např. lepidla, rozpouštědla, barvy, laky, čisticí prostředky, aj.⁵

Z chemického hlediska se jedná o alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky a jejich deriváty. Jednotlivé látky se od sebe liší svým chemickým složením, způsobem, jakým účinkují na organismus a klinickým obrazem. Jejich společnou vlastností však je, že mají narkotický účinek a dobře rozpouštějí tuky⁴⁶.

Ve velké míře se jedná zejména o kapaliny, které mají relativně nízký bod varu, což znamená, že se tyto látky dobře odpařují i za pokojové teploty. Tím pádem dochází ke vzniku koncentrovaných par, které při nadýchání navozují psychotropní účinky³⁹.

Mezi nejčastější uživatele těkavých látek patří zejména mládež. Podle zkušeností pracovníků střediska DROP IN se jedná i o případy, kdy věková hranice konzumentů se pohybuje pod hranicí 15 let⁵⁵.

Aplikace

Mezi nejčastější způsob aplikace patří vdechování výparů z tkaniny, která je napuštěna těkavou látkou. Mezi další způsoby patří inhalace z igelitových pytlíků, ve kterých je uložena textilie napuštěná inhalantem. Tento způsob je obzvlášť nebezpečný, neboť zde dochází ke zvýšenému riziku úmrtí. V některých případech dochází i ke vdechování těkavých látek pod dekou. Takto vdechnutá látka se dostává do plic a odtud se dostává cestou krevního oběhu do ostatních orgánů lidského těla. Nejvíce bývá zasažen centrální nervový systém, játra, srdce, plíce a ledviny⁵⁰.

Při inhalaci těkavých látek může snadno dojít k předávkování organismu. Při "čichání" totiž nelze přesně odměřit dávku. Při předávkování dochází k poruše vědomí, nastává bezvědomí, kóma a u konzumentů dochází k zástavě dechu a krevního oběhu³⁹.

Účinky

Po aplikaci těkavé látky inhalační cestou dochází téměř k okamžitému účinku této látky. Intenzita působení však závisí na několika faktorech. Jedná se o absorbované množství uživatelem, typu těkavé látky, ale i na dispozicích konzumenta, tzn. věk, fyzická kondice, ale i frekvence užívání inhalantů⁵⁰.

Mezi okamžité účinky patří psychický útlum, objevuje se obluzenost a konzument se nachází ve stavu polospánku, při kterém se objevují velmi živé a barevné sny³⁷.

Zároveň se u uživatelů dostávají závratě, dochází k poruchám vědomí, rovnováhy, konzument má problém s artikulací jednotlivých slov, objevují se poruchy motorické koordinace, nesmyslný smích. Uživatel je celkově pobledlý a je mu špatně⁵⁰.

Dále se při užívání těkavých látek objevuje u takto postižených jedinců stav podobný opilosti, dochází k rozšíření zornic, často vzniká vyrážka kolem úst a nosu³⁷.

Zdravotní komplikace

Jak již bylo řečeno, těkavé látky mohou způsobit vážné poškození orgánů. Dochází k poškození jaterní tkáně, poškození dýchacích cest a plic, objevují se změny v mozkové kůře. Při dlouhodobém užívání může dojít až k destrukci osobnosti uživatele³⁷.

Velmi nebezpečné jsou i kombinace, při kterých dochází k inhalování těkavých látek a vzájemnému užívání dalších drog, jako jsou např. kanabisové drogy⁵⁰.

Závislost

Těkavé látky mohou vyvolat psychickou závislost³⁶.

Zástupci těkavých látek

Mezi jednotlivé inhalační drogy patří:

- toluen
- trichlorethylen
- aceton
- éter
- benzín
- rajský plyn³⁶

1.4.5.1 Toluén

Charakteristika

Toluén patří mezi nejznámější zástupce organických rozpouštědel. Jedná se o bezbarvou kapalinu s typickým aromatickým zápachem. Při pokojové teplotě je těkavý a hořlavý. Jedná se o látku, která se používá zejména v průmyslu jako rozpouštědlo v barvách, lepidlech, nátěrech a čisticích prostředcích. Mezi další využití patří jeho zpracování při výrobě polymerů, léčiv, barviv nebo laků na nehty⁶³. Toluén se získává zpracováním koksových plynů, lehkých olejů či ropy⁵.

Aplikace

K aplikaci toluenu do lidského těla dochází obvykle vdechováním přímo z lahve nebo čicháním výparů z napuštěné tkaniny touto látkou³⁶. Jedinec, který experimentuje s touto drogou, čichá látku buď sám, nebo velmi často ve skupinách, stejně naladěných jedinců a to zejména na místech, kde hrozí minimální riziko prozrazení, jako jsou například sklepy, opuštěné domy, apod.⁵⁰.

Při inhalaci toluenu se zvyšuje riziko předávkování organismu tímto inhalantem. Což znamená, že při čichání této látky je velmi těžké odhadnout přesnou dávku. Z tohoto důvodu byl toluén nazván doktorem Preslem drogou hloupých, tzn. droga, která málo dává a příliš hodně bere⁵⁵.

Účinky

Při inhalaci toluenu dochází k rychlému nástupu účinků, které ale nemají dlouhodobého trvání, pokud nedochází k opakované inhalaci toluenu. U konzumentů dochází k rychlému pocitu euforie, objevuje se útlum, poruchy vědomí či vnímání, postižený může mít sluchové a zrakové halucinace³⁹.

Zdravotní komplikace

Při dlouhodobém užívání tohoto inhalantu dochází v organismu uživatele k toxickému poškození jater a ledvin, objevují se změny v mozkové kůře, v některých případech může dojít k poleptání dýchacích cest³⁶.

U jedinců, kteří delší dobu čichají toluen, dochází k otupění, ke změnám emotivity, podrážděnosti a agresivitě, dochází k degradaci osobnosti. Zároveň při předávkování organismu dochází k bezvědomí, následně kómatu, dochází k zástavě dechu a oběhu⁵⁵.

Závislost

Toluen vyvolává silnou psychickou závislost. Somatická závislost však nebývá zjevná³⁹.

1.4.6 Psychofarmaka

Jedná se o skupinu látek, které ovlivňují psychiku člověka a které se používají k léčbě duševních poruch a onemocnění. V některé literatuře můžeme najít dělení na velké a malé trankvilizéry. Velké trankvilizéry (neuroleptika) jsou léčiva, která se používají k léčbě psychotických stavů. Pomáhají u pacientů zbavit se halucinací, oslabují jejich bludy či zklidňují a zmírňují agresivitu pacientů. Mají však řadu nežádoucích účinků. Při jejich konzumaci může dojít k poruchám koordinace, k poruchám oběhového systému, paměti či může dojít i ke zhoršení sexuálních funkcí. Malé trankvilizéry (anxiolitika) patří mezi látky, které ovlivňují pozitivně afektivitu. U pacientů se podílí na odstraňování psychického napětí, stresu, úzkosti, zlepšují náladu, zároveň však způsobují útlum, tzn., mají hypnosedativní působení. Mnoho látek

z této skupiny je příbuzných s hypnotiky, liší se však v poměru anxiolitického a hypnosedativního působení³⁴.

Anxiolitika bývají často užívány na začátku experimentů s drogou, tzn., patří mezi iniciační drogy. Například benzodiazepiny se kombinují společně s psychostimulanciemi (nejčastěji pervitinem) a to z důvodu zeslabení silného efektu těchto drog⁴⁶.

1.4.6.1 Benzodiazepiny

Charakteristika

Benzodiazepiny patří mezi nejčastěji užívaná farmaka. Tyto látky mají sedativní, hypnotický, anxiolitický, myorelaxační a amnestický účinek³. Používají se k léčbě úzkosti, poruch spánku, mají zklidňující účinek a v závislosti na dávce jsou schopny vyvolat anterográdní ztrátu paměti (stav, kdy si pacient nepamatuje události, které se začaly dít po konzumaci léku). Dále se tyto látky používají k léčbě alkoholové závislosti. Například diazepam se používá k léčbě epilepsie².

Aplikace

Nejčastěji jsou benzodiazepiny aplikovány perorálně a to ve formě tablet či kapslí, v některých případech může dojít k nitrožilní aplikaci³⁹.

Účinky

Účinky nastupují během několika minut, záleží však na druhu léčiva a velikosti dávky. U některých preparátů mohou trvat účinky několik hodin, u dalších mohou účinky přetrvávat dlouhodoběji (např. diazepam má poločas vylučování 1 den)⁴. Při předávkování se u uživatelů objevuje ospalost, poruchy koordinace pohybů, zmatenost, sedace, prodloužený spánek. Předávkování benzodiazepiny není snadné. Velmi nebezpečné však je, pokud je jejich konzumace spojena s dalšími látkami, které tlumí CNS, jako je např. alkohol. V tomto případě může dojít k útlumu dýchání a i malá dávka může být ohrožující na životě⁴⁶.

Při dlouhodobém užívání benzodiazepinu můžeme u konzumentů pozorovat přetrvávající tlumivý účinek těchto látek na CNS. Dále se u těchto uživatelů objevuje emoční nestabilita, podrážděnost, pokles tělesné výkonnosti či neschopnost koncentrace. Dále se objevují výpadky paměti a konzument má celkové problémy se slovní artikulací. Dochází k postupné degradaci osobnosti ⁶⁵.

Zdravotní komplikace

U jedinců, při léčbě benzodiazepiny s dlouhodobým působením, dochází ke hromadění hypnosedativních účinků. Tato kumulace může u starých lidí vyvolávat stavy zmatenosti. Pokud tito uživatelé konzumují vyšší dávky těchto látek, objevuje se u nich nezdravá spavost, stav vyčerpanosti či se projevují příznaky jako při intoxikaci alkoholem. Zároveň se může objevit krevní onemocnění či gastrointestinální komplikace. Samozřejmě je velmi nebezpečné konzumovat benzodiazepiny během těhotenství či kojení, kdy může dojít k postižení plodu či novorozence ².

Závislost

Benzodiazepiny vyvolávají po několika měsících pravidelného užívání fyzickou a psychickou závislost. Z tohoto důvodu by měly být tyto farmaka, vyjma některých onemocnění, aplikovány pouze po nezbytně nutnou dobu, neměly by se dlouhodobě užívat a po odeznění akutních potíží by mělo být jejich užívání ukončeno ³⁹.

Tab. 1.2 Zástupci benzodiazepinů

| Název účinné látky | Lék |
|--------------------|---------------------------|
| diazepam | DIAZEPAM, SEDUXEN, VALIUM |
| alprazolam | XANAX, NEUROL |
| flunitrazepam | ROHYPNOL |
| nitrazepam | NITRAZEPAM |
| triazolam | HALCINON |
| bromazepam | LEXAURIN |
| oxazepam | OXAZEPAM |
| klonazepam | RIVOTRIL |
| tofizolam | GRANDAXIN |

Zdroj: <http://odrogach.wbs.cz/Benzodiazepiny-.html>

1.5 Drogová závislost

Problematika drogové závislosti patří mezi rozsáhlé a vážné téma. Jednotlivé faktory, které se podílí na vzniku a rozvoji drogové závislosti není možno posuzovat jednotlivě, nýbrž komplexně. Tyto faktory se navzájem doplňují, navazují na sebe a zároveň sjednocují. Zjednodušeně lze říci, že jedinec užívající drogu a který je na této látce závislý, přestal být svobodný vůči droze a vytvořil si na ní vazbu, která je stále součástí jeho života. Takto postižený jedinec potřebuje drogu ke svému bytí proto, aby se cítil dobře či mohl fungovat v každodenním kolotoči života⁵⁰.

Podle odborníků Světové zdravotnické organizace (WHO) je drogová závislost (toxikománie či závislost na omamných látkách) definována jako psychický, někdy i fyzický stav, charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících nepřítomností drogy v organismu²⁷.

V dostupné literatuře se setkám s mnoha definicemi pojmu drogová závislost. Nicméně zároveň dochází ke shodě, že se jedná bezpochyby o onemocnění, které má velmi škodlivé důsledky jak pro jedince, tak pro společnost. To nám dokazuje i fakt, že závislost na alkoholu, ale i závislost na jiných návykových látkách byla zařazena do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění⁵⁵.

Stav drogové závislosti je v současné době řazen mezi chronická onemocnění centrálně nervového systému, která je možno diagnostikovat, je nutno je léčit a kterým je možno předcházet ²⁷.

Příznaky závislosti, které musí přetrvávat po určitou dobu (12 měsíců):

- silná potřeba získat a užívat psychoaktivní látku
- neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání – člověk konzumuje tyto látky častěji a ve větším množství, než měl původně v úmyslu
- abstinenční syndrom
- potřeba drogy převažuje ve struktuře motivace – droga se stává prioritou v životě, dochází k omezení koníčků, zájmů či potřeb, čas, energie a finance jsou vynakládány na získání drogy
- potřeba drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu – jedinec si uvědomuje škodlivé účinky drogy, uvědomuje si své potíže, nicméně nedokáže přestat v užívání drogy ⁵³

Drogová závislost ohrožuje takto postiženého jedince hned několika způsoby. Prvním z nich je, že konzumace drogy ve větší míře, poškozuje lidský organismus a může vyvolat vznik závažných onemocnění, která se mohou podílet nejen na zkrácení délky života, nýbrž v určitých situacích mohou být i životu nebezpečné. Druhým způsobem je, že u chronicky závislých jedinců dochází k postupnému úpadku života. Konzumenti ztrácí zájem o vlastní organismus, objevuje se špatná tělesná hygiena, jedinci nedbají o svůj zevnějšek, nesprávně se stravují, ztrácí zájem o rodinu, přátele, dochází ke ztrátě zaměstnání a k celkové degradaci osobnosti ⁶⁵.

Drogová závislost je velmi zálučná a také:

- vzniká docela rychle – cca 2-3 roky (tato doba závisí na druhu užívané drogy, popř. věku, kombinaci s jinými druhy drog, osobních dispozicích)
- pokud člověk zakusí příjemnosti drogy, jen těžko si dokáže představit, do jakých propastí ho droga dokáže stáhnout

- jen málokomu se podaří úplně bez problémů s drogou skončit ²⁶

1.5.1 Příčiny vzniku drogové závislosti

K užívání drogy dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model ukazuje vzájemný vztah mezi drogou, jejím uživatelem (i když někdy jen potenciálním) a prostředím, ve kterém dochází ke vzájemnému působení mezi drogou a uživatelem. Vznik drogové závislosti patří mezi dlouhodobé a složité procesy, při kterých se uplatňuje řada faktorů. V současné době se nejčastěji jako hlavní příčina zneužívání drog uvádí multifaktoriální podmíněnost, která zahrnuje faktory sféry biologické, psychologické a sociální ⁴².

Pravděpodobná příčina vzniku drogových závislostí vzniká kombinací těchto oblastí:

- osobnost člověka a její charakteristika
- vlivy prostředí (rodina, škola, vrstevníci, massmédia, životní prostředí, atd.)
- přítomnost drogy a její charakteristika ²⁶

Osobnost člověka a její charakteristika

Dá se říci, že neexistuje na světě člověk, který by byl chráněn proti vzniku závislosti.

Pravděpodobnost vzniku závislosti je však vyšší u těchto jedinců:

- u osob, které jsou zvýšeně citlivé, zranitelné, úzkostné či mají komplex méněcennosti
- u osob extrovertních, které mají sklony být impulzivní, dramatičtí, mohou být více sebestřední, jsou agresivní a mají často konflikty se svým okolím
- u osob, které žijí v rodinách, ve kterých je někdo závislý na kterékoliv droze (třeba tabáku či alkoholu)
- u osob, které mají určité, i když jen nepatrné poškození mozku, duševní poruchu nebo jsou dlouhodobě nemocní ²⁶

Vlivy prostředí (rodina, škola, vrstevníci, masmédia, životní prostředí, atd.)

Mezi tyto vlivy patří velmi široká skupina jevů, které nás provází životem, ovlivňují nás různou měrou a intenzitou a vytváří náš životní postoj ke světu, včetně drog ²⁶.

Rodina

Rodina má na jedince většinou nejsilnější vliv.

K rizikovým faktorům, které mohou vést ke vzniku drogové závislosti, patří:

- nedostatečná rodičovská péče – odcizení, konflikty rodičů, týrání, jedinec nemá pocit bezpečí, sexuální zneužívání, apod.
- nadměrná rodičovská péče – tato péče vede zejména v období puberty k neschopnosti jedince se prosadit či osamostatnit ²⁶

Škola

Mezi rizikové faktory, které dávají vznik možnosti drogového problému v této oblasti, patří:

- špatný prospěch
- necitlivý přístup pedagoga
- neoblíbenost v třídním kolektivu
- přetížení
- nepřijetí na zvolenou školu ²⁶

Vrstevníci, kamarádi či parta

Tyto faktory bývají velmi důležité a to zejména v období puberty či dospívání.

Jejich životní zájmy a orientace, názory či přístup k životu mohou chránit jedince, ale na druhou stranu mohou také zvyšovat riziko vzniku drogové závislosti:

- skupiny, které mají svým určitým způsobem odmítavý postoj k drogám
- skupiny, které vyznávají určitý módní trend (např. house kultura) nebo životní filozofii, kde droga je chápána a přijímána jako módní prostředek, který slouží

k dosažení určitého stavu, droga není pojímána jako cíl, není středem zájmu a aplikuje se méně rizikovým způsobem, málokdy vede k závislosti

- skupiny zaměřené na užívání drog ²⁶

Masmédia

- masmédia velmi často ukazují jednostranný a zavádějící pohled na tuto problematiku
- je třeba, aby veřejnost byla co nejobektivněji informována, aby mohla danou problematiku sama posoudit a zvážit a není možné ji předkládat hotová, laciná a nepravdivá tvrzení a řešení ²⁶

Životní prostředí

- život je ve velkých městech čím dál tím více stresující – objevuje se přelidněnost, spěch, hluk anonymita, apod. ²⁶

Přítomnost drogy a její charakteristika

- jak již bylo řečeno, droga není jediným činitelem podílejícím se na toxikománii
- předpokládá se schopnost drogy vyvolat u jedince nutkavé dychtění po droze (craving), který vede k nutkavému opakovanému užívání drogy
- droga vyvolává silný psychický účinek – zážitek a zároveň po přerušení opakovaných dávek drogy vyvolat následné nepříjemné pocity ²⁷

Co se týče mladistvých a vzniku drogové závislosti, setkávám se v literatuře s názorem, že mládež se sice s drogou setkává, nicméně ji však spontánně opouští. Je třeba však říci, že se jedná pouze o částečnou pravdu. Průběh přechodu u takto ohrožených jedinců je rychlý a jak již bylo řečeno, je způsoben přítomností několika faktorů. Někteří jedinci od užívání drogy opustí, nicméně další část z nich, však pouze na určitou dobu. Lidské tělo si užívání drogy pamatuje, zůstává záznam v psychické sféře jedince, a pokud se mladistvý dostává do těžkých životních situací,

při kterých nemá dostatek sil na jejich zvládnutí, vrátí se v této pro něho těžké době opět k užívání drogy³².

1.5.2 Druhy drogové závislosti

Člověk, který je na droze závislý vyhledává model chování nebo tyto látky znovu a znovu. Jedinec se tak stává obětí vlastních zvyků. Má neustálou touhu po zdroji štěstí, a pokud jej nedosáhne, zažívá fyzické a psychické abstinenci příznaky⁵³. Pokud hovoříme o drogové závislosti, rozlišujeme u člověka fyzickou a psychickou závislost. Obě formy závislosti však mají jeden společný faktor. Způsobují problémy, ať již samotným uživatelům nebo společnosti jako celku.

Psychická závislost patří mezi duševní stavy, které vznikají po konzumaci drogy, kdy organismus má intenzivní touhu drogu užívat. Objevuje se neodolatelná a opětovné nutkání požit drogu. Jedinec si také může uvědomovat jaké rizika a nepříjemnosti užívání drogy přináší, nicméně není schopen toto akceptovat. U takto postižených uživatelů dochází ke změně chování, které se v té době z větší části zaměřuje na získání drogy⁴⁰.

Pokud dojde k přerušování užívání drogy, neměly by se objevovat žádné abstinenci příznaky, nicméně toho přerušování je však doprovázeno fyzickými projevy, což znamená, že se objevují abstinenci příznaky. Psychická závislost patří mezi silné faktory, které nutí člověka ke zneužívání drogy⁵⁰.

Fyzická závislost se objevuje tam, kde si organismus již zvykl na časté užívání drogy. Takto postižený organismus se již droze přizpůsobil, zahrnul ji do svého metabolismu, takže pokud dojde k přerušování konzumace a nedojde k opětovnému přísunu drogy, reaguje organismus těchto jedinců vznikem abstinenci příznaků⁵⁴.

Abstinenci (odvykací) příznaky jsou příznaky, které vznikají po přerušování podávání drogy. Jejich vznik je výrazem závislosti organismu na droze. Některé příznaky se mnohou projevovat v menší míře a je možné, že je daný jedinec ani nepostřehne. Takovéto příznaky se objevují u látek, jako je například kofein či tabák. Naproti tomu existují příznaky, které se projevují ve velmi silné míře a mohou být v určitých případech životu nebezpečné. Takto intenzivní odvykací příznaky

se objevují například u morfinu. Mezi škálu odvykacích příznaků patří – zívání, slzení, pocení, zvýšená teplota, rozšířené zorničky, úzkost, nechutenství, třes, husí kůže, pokles krevního tlaku, epileptický záchvat, atd. Soubor těchto příznaků je poté nazýván jako *abstinenční syndrom* ⁵⁰.

1.5.3 Etapy drogové závislosti

Drogová závislost vzniká postupně a jak již bylo řečeno, zneužívání drog patří mezi nemoci. I zde však platí, jako pro jinou nemoc, že nemoc, která je zachycena v nižším stádiu je lépe léčitelná a objevuje se menší počet trvalých poškození. Také zde platí, že nižší stádium nemoci může, ale i nemusí přejít do pokročilejšího stádia ⁵³.

K. Netík rozdělil etapy drogové závislosti do 4 fází:

Stádium experimentování

Spouštěcím impulsem v této fázi může být nuda, zvědavost či touha po něčem neobvyklém. Daný jedinec si chce dokázat nezávislost na autoritách, odmítnou tradiční hodnoty. Droga v této etapě nabízí možnost útěku od problémů a dočasně zapomenout na veškeré starosti. V případě experimentování, kdy jedinec nemá žádné osobní problémy, přináší konzumace těchto látek pocit vzrušení, objevují se i pocity uvolnění, sebejistoty, štěstí či aktivity. Kárání a moralizování v této fázi nemá žádnou váhu ⁵³.

Stádium příležitostného užívání

Jedinec sice neužívá drogu pravidelně, nemá na ni návyk, ale tají, že ji konzumuje. Droga mu pomáhá v případě nouze nebo nudě. Člověk si ještě udržuje vztah k blízkým osobám, osobám, na nichž mu záleží, stále si udržuje profesní či studijní pozici ⁵³.

Stádium pravidelného užívání

Člověk potřebuje užívat drogu čím dál častěji. Daný jedinec má pocit, že přeci nedělá nic špatného a snaží se o tom přesvědčit své okolí a zároveň si nechce připustit závažnost problému ⁵³.

Stádium návykového užívání

Dochází ke zvyšování závislosti na droze. Takto postižený jedinec má již pouze jeden cíl a tím je droga. Závislý člověk se již nesnaží svůj návyk skrývat, ztrácí energii a motivaci, rozbíjí vztahy s rodinou, kamarády, spolužáky, stává se bezohledným, necitlivým a nespolehlivým. Ve svém životě se stýká jenom s lidmi, kteří rovněž konzumují drogy. Člověk se stává na droze závislý a již se bez ní neobejde, droga je pro něj potřebná a je součástí jeho života⁵³.

1.5.4 Škodlivé důsledky užívání drog

Při užívání drog dochází k nárůstu rizika v oblastech, ve kterých vznikají. Jsou to zejména:

- zdravotní rizika
- kriminální
- ekonomické⁶⁶

Zdravotní rizika

Individuální

Tyto zdravotní rizika se týkají přímo uživatele drogy.

Somatické poškození

- předávkování drogou (např. opiáty - udušení)
- poškození RES (např. halucinogenní houby)
- poškození CNS (solventy)
- poškození sliznic (např. stimulancia), aj.⁶⁶

Psychické poškození

- toxická psychóza
- poruchy vnímání a prožívání
- akutní poruchy výbavnosti a vstřípivosti⁶⁶

Škodlivé působení cizorodých látek v dávce drogy

- intoxikace cizorodou látkou (příměsí k naředění drogy, např. prací prostředky, farmaka)
- embolie z cizorodé látky (injekční drogy mohou obsahovat někdy příměsí, např. omítky) ⁶⁶

Následky způsobu aplikace

- poškození plic (např. kouření)
- poškození nosní přepážky (např. šňupáním)
- povrchové poškození kůže (např. injekční aplikací drogy)
- endokarditidy
- infekce, které se přenášejí krví, aj. ⁶⁶

Důsledek socioekonomických poměrů uživatelů drog

- poruchy imunity
- nutriční poruchy
- poškození chrupu
- jiné infekce než krevní, aj. ⁶⁶

Jiné následky vlivu užívání drogy

- dopravní či jiné nehody, které byly způsobeny působením drog na uživatele ⁶⁶

Populační

Tyto rizika souvisí i s jinými osobami než je samotný uživatel.

- šíření krevně přenosných nemocí (např. společné infekční stříkačky)
- indukce psychopatologického stavu (např. partneři uživatelů)
- nitroděložní poškození plodu nebo postnatální závislost, aj. ⁶⁶

Kriminální rizika

Primárně drogové trestné činy – držení, výroba či prodej ilegálních drog jsou ze zákona trestnými činy či přestupky, viz příloha č. 1.

Sekundární drogové trestné činy – trestné činy spáchány v souvislosti s drogami nebo pod jejich vlivem:

- páčání trestných činů pod vlivem drog
- páčání trestných činů za pomoci drog
- páčání trestných činů za účelem obstarávání prostředků na drogy
- násilné či zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami
- hospodářská kriminalita a korupce ⁶⁶

Následující tabulka uvádí podíly na drogové kriminalitě.

Tab. 1.3 Počty osob zadržených a stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v letech 2002–2010 podle různých informačních zdrojů

| Rok | Zadržení (NPC) | Stíhání (ESSK) | Stíhání (MS) | Obžalování (MS) | Odsouzení (MS) |
|------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 2002 | 2000 | 2204 | 2504 | 2247 | 1216 |
| 2003 | 2357 | 2295 | 3088 | 2737 | 1304 |
| 2004 | 2157 | 2149 | 2944 | 2589 | 1376 |
| 2005 | 2168 | 2209 | 2429 | 2157 | 1326 |
| 2006 | 2198 | 2344 | 2630 | 2314 | 1444 |
| 2007 | 2031 | 2023 | 2282 | 2042 | 1382 |
| 2008 | 2322 | 2296 | 2304 | 2100 | 1360 |
| 2009 | 2340 | 2415 | 2553 | 2332 | 1535 |
| 2010 | 2525 | 2437 | 2377 | 2152 | 1652 |

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

Ekonomické škody

V důsledku zneužívání drog dochází ke vzniku ekonomických škod:

- plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo – patří sem přímé krádeže nebo jiná majetková trestní činnost, při které dochází k výdaji peněz na obstarání této ilegální komodity
- plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo – tyto náklady souvisejí s činností policie, týkající se této oblasti, dále sem patří náklady na činnost soudů a státních zastupitelství, náklady na vězeňský aparát
- plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog – patří sem zejména náklady, které souvisejí s léčbou narkomanů (nepatří sem léčení závislosti jako takové, nýbrž léčení nemocí, které byly zapříčiněny užíváním drog), léčení psychických nemocí, viz příloha č. 2³⁰.

Pro představu financí vynakládaných na protidrogovou politiku jsou zde uvedeny výdaje z veřejných rozpočtů na centrální úrovni.

Tab. 1.4 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle jednotlivých resortů v letech 2004-2010 (v tis. Kč)

| Účel čerpání | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| RVKPP | 100 579 | 105 657 | 108 788 | 104 442 | 99 979 | 97 476 | 85 504 |
| MŠMT | 10 093 | 9 386 | 10 809 | 12 557 | 12 447 | 11 263 | 14 967 |
| MO | 3 484 | 3 968 | 4 875 | 3 595 | 5 276 | 4 280 | 4 384 |
| MPSV | 42 224 | 46 049 | 49 698 | 57 013 | 79 472 | 86 785 | 91 743 |
| MZ | 26 459 | 33 467 | 18 00 | 22 241 | 18 874 | 15 057 | 21 462 |
| MS | 13 638 | 36 723 | 41 251 | 12 610 | 7 385 | 10 817 | 7 081 |
| GŘC | 9 310 | 14 500 | 23 488 | 26 725 | 10 656 | 3 180 | 2 100 |
| NPC | 86 477 | 94 972 | 106 482 | 127 743 | 137 846 | 146 548 | 144 370 |
| Celkem | 292 264 | 344 722 | 363 391 | 366 926 | 371 935 | 375 406 | 371 611 |

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

Samozřejmostí je i financování protidrogové politiky z místních rozpočtů, což znamená z rozpočtů krajů a obcí⁴⁹.

1.5.5 Drogová politika

Síla, která se podílí na drogové politice je tržní mechanismus. Zjednodušeně by se dalo říci, tam kde je poptávka, existuje nabídka. Tyto dvě strany jsou na ilegálním trhu spolu vzájemně provázány a také na sebe reagují. Na straně poptávky, což znamená uživatelů drog, jde o uspokojení svých vlastních potřeb a může se jednat jen o experimentální či již závislé užívání drogy, reaguje trh nabídkou přizpůsobující se na potřeby konzumentů. Je však třeba si uvědomit, že není možné zaměřit se pouze na jednu stranu. Pokud dojde k omezení, ať již na straně nabídky či straně poptávky, nedojde k celkovému vyřešení této problematiky. Je potřeba k tomuto problému přistupovat komplexně a to v rámci globálních, státních a regionálních politik⁶⁶.

Drogová politika se člení do dvou oblastí:

- prevence
- represe⁶⁶

1.5.5.1 Prevence

Prevenci závislostí je třeba chápat jako aktivitu, která vede jedince k posílení a ochraně lidského zdraví a k výchově ke zdravému způsobu života.

Prevence se zaměřuje zejména na dvě základní oblasti:

- snižování nabídky – jejím cílem je, aby potencionální uživatel měl omezený přístup k návykovým látkám
- snižování poptávky – jejím cílem je, aby nebyl vyvolán zájem o návykové látky⁶⁶

Prevenci drogových závislostí rozdělujeme na:

- primární
- sekundární
- terciární³²

Primární prevence

Oblast primární prevence se zaměřuje na to, aby došlo ke snížení poptávky po droze, aby tyto návykové látky nebyly vyhledávány a konzumovány a aby ani nebyl důvod po nich pátrat či je konzumovat. Aby tato prevence byla co nejefektivnější, je třeba, aby docházelo ke vzájemné spolupráci odborníků z nejrůznějších společenskovedních oborů²³.

Primární prevence se soustřeďuje především na děti a mládež. Tato oblast je zaměřena na udržení a podporu jak zdraví jedince, tak i společnosti jako celku. Oblast primární prevence drogových závislostí je velmi široká. Účinky drog na mladý nezralý organismus jsou mnohonásobně horší a navíc umožňují snadnější manipulaci s takto duševně nezralým jedincem. Z tohoto důvodu je třeba přijímat preventivní opatření, která mají zabránit prvnímu užívání drogy nebo alespoň toto užívání co nejvíce oddálit⁵³. Primární prevence se proto zaměřuje na ohroženou populaci, což znamená, např. na záškolácké děti, na mládež vyloučenou ze školy, děti ulice, apod. Další skupinou této oblasti jsou studenti a mladiství a to zejména v souvislosti s preventivními programy, které jsou konány ve školách. Neméně důležitou oblastí je zaměření na celou populaci, kde dochází k využívání masových médií, k informování a vzdělávání veřejnosti³².

Cílem primární prevence je zvýšit podvědomí o drogové problematice pomocí vlivných osobností, občanských sdružení, zájmových aktivit či příslušených institucí.

Z tohoto důvodu je třeba:

- aby rizikové populaci byly podávány základní a objektivní informace o druzích drog, jejich původu, účincích, šíření, možnosti vzniku drogové závislosti, ukázat kam tyto látky mohou daného jedince dovést, apod. Je třeba, aby jednotlivé formy vysvětlování byly co nejpestřejší a hlavně, aby děti či mládež zaujaly (film, beseda, apod.)
- seznámit nebo nacvičit techniky či postupy, jak žít ve společnosti ohrožené drogou a přitom se těmto látkám bezpečně vyhnout (asertivní chování, naučit se schopnost odmítnout, atd.)

- možnost nabídnout mladistvým co nejvíce způsobů, jak lze být v životě spokojen a umět překonat obtížné životní situace (sportovní, sociální, vzdělávací možnosti, atd.)²³

Úrovně primární prevence

Nejvyšší úroveň - tato úroveň se zaměřuje na co největší počet lidí. Jejím cílem je ovlivnění veřejného mínění, např. pomocí různých kampaní.

Střední úroveň - zaměření na menší skupiny či lokality, např. obec, městská část, žáci základních škol. Patří sem zejména profesní vzdělávání, vydávání odborně naučných publikací, mediální kampaně, apod.

Místní úroveň - patří mezi nejefektivnější formy. Řadí se sem přednášky a besedy, komponované pořady (přednášky či diskuze, které jsou spojeny například s besedou se zajímavou osobností či hudební produkcí), dále sem patří tzv. *peer programy* (vrstevníci – dobrovolníci jsou školení a tím získávají informace o dané problematice, které pak šíří mezi své vrstevníky). Poslední formou jsou dlouhodobé programy, které zahrnují výše uvedené postupy a umožňují kontakt s kolektivem v průběhu několika let⁶².

Mezi neméně významné formy primární prevence patří v současné době i internet. Jednak slouží jako zdroj informací o drogové problematice, ale velmi důležité jsou zde i stránky drogových poraden.

Nespecifická primární prevence

Do této oblasti prevence patří metody a přístupy, které se zaměřují na rozvoj harmonické osobnosti, kam patří i rozvoj nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Patří sem aktivity, které nejsou v přímé souvislosti s rizikovým chováním jednice, jako je např. zneužívání návykových látek, šikana, apod. Tyto aktivity se snaží pomoci lepšího využití a organizování volného času předejít vzniku nevhodných a nežádoucích forem chování. Patří sem zájmové kroužky (lidové školy umění, kroužky ve školách), sportovní aktivity, ale i programy zaměřené na zlepšení životního stylu³⁶.

Specifická primární prevence

Jedná se o techniky a služby, které jsou zaměřeny na rizikovou populaci, u které lze předpokládat negativní vývoj. Z tohoto důvodu je třeba u této rizikové populace pomocí specifických primárních programů předcházet nebo omezovat vnik nežádoucího chování⁴⁵.

Specifickou primární prevencí by měli provozovat zejména pracovníci, kteří pracují přímo v oblasti drogové problematiky či jsou dostatečně a náležitě proškoleni v této oblasti. Je nutná kombinace mnoha způsobů, které jsou zaměřeny na prostředí či různé skupiny, ve kterém se vytvářejí jednotlivé normy či hodnoty²³.

Patří sem zejména:

- rodina a škola – je třeba, aby se rodina podílela na aktivním způsobu prevence, není možné, aby škola byla pouze jediným činitelem podílejícím se na prevenci dětí a mládeže
- intermediátoři – jedná se o jedince, kteří mají vliv na druhé buď přímým kontaktem, nebo prostřednictvím masmédií. Jedná se například o lékaře, politiky, trenéry, apod.
- místní společenství²³

Nicméně je třeba i v této oblasti prevence si uvědomit, že to nejpodstatnější a nejdůležitější bude záviset na jedinci samostatném a konkrétním citlivém přístupu k němu.

Sekundární prevence

Tato oblast prevence je práce s jedinci, kteří již drogu okusili, nebo s ní experimentují, ale ještě jí zcela nepropadli. Sekundární prevence se zaměřuje na pomoc, kdy již existuje nebezpečí závislosti. Je třeba, aby byly co nejdříve rozpoznány symptomy či prodromy závislosti a nejrychleji omezit a zmírnit následné

škody jak v osobní, tak v sociální oblasti, při které dochází k nadměrnému užívání návykových látek³².

Je jasné, že se experimentátoři nebo uživatelé drog sami v poradně neobjeví, proto je velmi důležité v oblasti sekundární prevence se snažit o včasné rozpoznání a následné řešení problému. Toto by mělo probíhat zejména na úrovni škol a všeobecných lékařů⁵³.

Do oblasti sekundární prevence patří poskytování čistých jehel a stříkaček, zřizování kontaktních center a poraden, poskytování krátkodobého přístřeší s možností nutné osobní hygieny a stravy a dále také podpora všech známek pozitivního životního zájmu⁵³. Okruh sekundární prevence dále zahrnuje jednak poradenství a dále i veškeré léčebné programy. Prevence se podílí se na vyléčení závislosti, brání relapsům onemocnění a také minimalizuje újmy na zdraví, které jsou způsobeny škodlivými účinky drog³².

Terciární prevence

Terciární prevence se zabývá jedinci, kteří jsou již drogou postiženi a jsou na ni závislí. Oblast této prevence zahrnuje opatření, která zabraňují návratu akutního stádia závislosti. Dále sem patří předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog⁴⁵.

Do okruhu terciární prevence řadíme:

- nedobrovolné léčení, které mohou požadovat rodiče u neplnoletého jedince, nebo které je nařízeno soudem u nebezpečného jedince, který je nebezpečný sám sobě nebo svému okolí
- dobrovolné léčení
- terapeutické komunity, do kterých přicházejí jedinci a jejichž hlavním principem je zapojení členů do léčení a to zejména léčbou činností⁵³

1.5.5.2 Represe (potlačení)

Jedná se o aktivity, jejichž cílem je zastavit nebo omezit výrobu či distribuci ilegálních drog. Tyto aktivity se zaměřují především na výrobce, dopravce a zároveň distributory těchto nelegálních látek ⁶⁶.

Prohibice (zákaz)

Cílem prohibice je totální zákaz manipulování s určitými drogami a dále uvalení pokut za nedodržení tohoto zákazu ⁶⁶.

Regulace

Regulace se snaží, aby určité drogy byly co nejméně dostupné.

Mezi hlavní úkoly této oblasti patří:

- vyhledávání a potlačování výroby, dopravy a zároveň distribuce drog a postih pachatelů podílejících se na těchto procesech
- kontrola státních hranic - neoprávněné převážení či pašování psychotropních látek
- regulace a kontrola chemických látek
- regulace dostupnosti – např. v lékárnách omezit dostupnost některých psychotropních látek ⁶⁶

1.5.6 Svět drog v číslech

1.5.6.1 Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě

Významnou organizací v oblasti drogové problematiky na evropské úrovni je agentura *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost* (EMCDDA). Tato agentura každoročně vydává Výroční zprávu - stav drogové problematiky v Evropě za určité sledované období. Tato zpráva poskytuje každoročně nejnovější údaje, informace a komentáře, týkající se drogové situace ve všech členských státech EU, Chorvatska, Turecka a Norska. Poslední nejnovější zpráva byla zveřejněna

v listopadu roku 2011 a to jako Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě²⁵.

Orientační přehled – odhady užívání drog v Evropě

Uvedené odhady se týkají dospělé populace (15–64 let) a vycházejí z nejnovějších dostupných údajů (průzkumů v letech 2001 až 2009/10, hlavně 2004–2008)²⁵.

Konopí

Celoživotní prevalence: asi 78 milionů (23,2 % dospělých Evropanů).
Užití v posledním roce: asi 22,5 milionu dospělých Evropanů (6,7 %).
Užití v posledním měsíci: asi 12 milionů (3,6 %)²⁵.

Kokain

Celoživotní prevalence: asi 14,5 milionu (4,3 % dospělých Evropanů).
Užití v posledním roce: asi 4 miliony dospělých Evropanů (1,2 %). Užití v posledním měsíci: asi 1,5 milionu (0,5 %)²⁵.

Extáze

Celoživotní prevalence: asi 11 milionů (3,2 % dospělých Evropanů).
Užití v posledním roce: zhruba 2,5 milionu (0,7 %)²⁵.

Amfetaminy

Celoživotní prevalence: asi 12,5 milionu (3,8 % dospělých Evropanů).
Užití v posledním roce: 1,5–2 miliony (0,5 %)²⁵.

Opioidy

Problémoví uživatelé opioidů: dle odhadu 1,3 až 1,4 milionu Evropanů.
Úmrtí vyvolaná drogami: asi 7 600 osob²⁵.

ESPAD

Od roku 1995 probíhá výzkum ESPAD (*Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*), jehož výsledky jsou od tohoto data k dispozici. Mezinárodní projekt ESPAD je největší celoevropská studie, která je zaměřená na zjištění rozsahu užívání návykových látek u dospívajících a výsledná zpráva tohoto projektu je součástí každoroční výroční zprávy za dané období, kterou vydává Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) ⁶⁸.

Hlavním cílem tohoto projektu je informovat o rozsahu užívání legálních a nelegálních drog mezi mládeží a porovnat ji se situací v ostatních evropských zemích. V ČR se na realizaci tohoto projektu podílí Psychiatrické centrum Praha, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Lékařské informační centrum a agentura INRES-SONES. Nejnovější průzkum byl proveden v roce 2011, jehož některé výsledky jsou již v současné době dostupné. Cílovou skupinou této studie pro tento rok jsou studenti ve věku 16 let (a studenti, kteří v roce daného výzkumu dosáhnou 16 let). Výběrový soubor v roce 2011 činil 3913 studentů ⁶⁸.

Nyní si shrňme fakta v této oblasti týkající se České republiky pro rok 2011.

Prevalence užití drog za celý život

Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegální drogy v životě uvedlo celkem 43 % dotázaných studentů. Nejčastěji se jednalo o konopné látky (marihuanu či hašiš) a to ve 42 % dotázaných respondentů.

Následující tabulka ukazuje nárůst zkušeností s návykovými látkami v letech 1995-2003. V roce 2007 byly zkušenosti s užíváním konopných látek (45 %), přibližně stejné jako při výzkumu prováděném v roce 2003 (44 %). Zato v roce 2011, byl poprvé zaznamenán pokles na 42 % ⁶⁸.

Tab. 1.5 Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog (v %)

| Typ drogy | 1995 | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|
| Jakákoliv nelegální droga | 22,7 | 34,9 | 43,8 | 46,0 | 43,4 |
| Konopné látky | 21,8 | 34,6 | 43,6 | 45,1 | 42,3 |
| Jiná droga než konopné látky | 4,3 | 9,0 | 11,2 | 10,1 | 11,0 |

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)

Dále měli studenti rozšířené zkušenosti s užitím léků se sedativním účinkem bez doporučení lékaře a to v 10 % a čicháním rozpouštědel v 8 %. Poté následovaly další užívané nelegální drogy v populaci šestnáctiletých. Jednalo se o halucinogenní houby v 7 %, poté následovalo užití LSD v 5 % a užití extáze v 3 %. Užití pervitinu v životě uvedlo 2 % respondentů a heroin a jiné opiáty uvedlo celkem 1 % dotázaných ⁶⁸.

Prevalence užití drog v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech

Prevalence užití drog v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech byla sledována pouze u vybraných návykových látek. Jednalo se zejména o konopné látky, extázi, pervitin (nebo amfetaminy), heroin (nebo opiáty) a těžké látky. V posledním roce užilo konopné látky téměř 30 % dotázaných, necelých 15 % je užilo v posledních 30 dnech. Extázi užila v posledních 12 měsících necelá 2 % šestnáctiletých, pervitin 1 % a těžké látky 4 % studentů ⁶⁸.

Tab. 1.6 Prevalence užití drog v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech (v %)

| Typ drogy | Prevalence v posledních 12 měsících | | | | Prevalence v posledních 30 dnech | | | |
|---------------|-------------------------------------|------|------|------|----------------------------------|------|------|------|
| | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 | 1999 | 2003 | 2007 | 2011 |
| Konopné látky | 27,6 | 35,7 | 35,4 | 29,7 | 16,2 | 19,2 | 18,5 | 14,6 |
| Extáze | | 5,0 | 3,0 | 1,5 | | 1,7 | 1,2 | 0,4 |
| Pervitin | 3,9 | 3 | 2,1 | 1,2 | 2,1 | 1,2 | 1,2 | 0,5 |
| Heroin | 2,9 | 1,3 | 1,2 | 0,7 | 1,1 | 0,4 | 0,7 | 0,4 |
| Těkavé látky | 3,2 | 4,3 | 3,4 | 3,6 | 1,3 | 1,3 | 1,7 | 1,5 |

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)

Zkušenosti s drogami podle pohlaví

Výsledky šetření potvrdily, že dochází ke stírání rozdílů v prevalenci užití drog mezi pohlavími, což naznačuje, že dívky a chlapci mají stejné postoje k užívání nelegálních drog. Větší rozdíl je mezi chlapci a dívkami pouze ve zkušenosti s užitím konopných látek v životě (47 % mezi chlapci a 38 % mezi dívkami) a menší rozdíl nalézáme také u užití halucinogenních hub (9 %, resp. 5%)⁶⁸.

Tab. 1.7 Celoživotní prevalence užití vybraných nelegálních drog podle pohlaví (v %)

| Druh návykové látky | Chlapci | | | Dívky | | |
|----------------------------|---------|------|------|-------|------|------|
| | 2003 | 2007 | 2011 | 2003 | 2007 | 2011 |
| Jakákoliv nelegální droga | 48,3 | 48,8 | 48,5 | 40 | 43,4 | 38,6 |
| Konopné látky | 47,8 | 48 | 47,3 | 40 | 42,5 | 37,5 |
| Extáze | 8,2 | 5,0 | 3,3 | 8,4 | 4,3 | 3,3 |
| Pervitin nebo amfetaminy | 3,2 | 3,4 | 2,0 | 5,1 | 3,6 | 1,9 |
| Heroin nebo jiné opiáty | 1,8 | 1,5 | 1,3 | 2,9 | 2,4 | 1,5 |
| LSD nebo jiné halucinogeny | 5,9 | 5,6 | 5,2 | 5,3 | 4,5 | 5,1 |
| Halucinogenní houby | 9,9 | 9,4 | 8,5 | 6,2 | 5,7 | 5,4 |
| Léky s tlumivým účinkem | 7,6 | 6,2 | 8,4 | 13,8 | 11,7 | 11,7 |
| Těkavé látky | 9,2 | 6,9 | 8,4 | 8,8 | 7,0 | 7,3 |

Zdroj: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)

1.5.6.2 Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

Významným dokumentem v oblasti protidrogové politiky v ČR je Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR, na jejímž vydání se podílí Úřad vlády České republiky a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Poslední Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010 byla zveřejněna ke konci roku 2011. Tento dokument předkládá informace o hlavních trendech a zároveň podává podrobnou zprávu o drogové situaci ve sledovaném období ⁴⁹.

Užívání drog u vybrané populace

V roce 2010 byly provedeny celkem 2 reprezentativní studie v souvislosti s užíváním drog. První studie byla provedena v rámci projektu Výzkum názorů a postavení občanů v ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života a jejíž součástí byli obyvatelé ČR dotazováni i na zkušenosti s užíváním nelegálních drog. Druhá studie Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů, sledovala zkušenosti občanů s návykovými látkami ¹⁹.

Výsledky těchto šetření ukazují následující tabulky pro vybranou věkovou skupinu 15-24 let¹⁹.

Tab. 1.8 Míry prevalence užití dané drogy ve Výzkumu občanů 2010 (v %)

| Prevalence | Typ drogy | Věková skupina 15-24 let |
|-------------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Celoživotní prevalence | Marihuana či hašiš | 52,2 |
| | Extáze | 7,4 |
| | Amfetaminy, pervitin | 2,2 |
| | Kokain | 0,4 |
| | Heroin | 0 |
| | LSD | 3,7 |
| | Halucinogenní houby | 8,9 |
| | Těkavé látky | 1,1 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Marihuana či hašiš | 23,7 |
| | Extáze | 2,6 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0,4 |
| | Kokain | 0 |
| | Heroin | 0 |
| | LSD | 0,7 |
| | Halucinogenní houby | 2,6 |
| | Těkavé látky | 0 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Marihuana či hašiš | 8,9 |
| | Extáze | 0 |
| | Amfetaminy, pervitin | 0 |
| | Kokain | 0 |
| | Heroin | 0 |
| | LSD | 0 |
| | Halucinogenní houby | 0,4 |
| | Těkavé látky | 0 |

Pozn. reprezentativní vzorek byl 270 jedinců

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

Tab. 1.9 Míry prevalence užívání dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010 (v %)

| Prevalence | Typ drogy | Věková skupina 15-24 let |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Celoživotní prevalence | Marihuana či hašiš | 40,2 |
| | Extáze | 16,6 |
| | Amfetaminy, pervitin | 6,6 |
| | Kokain | 1,5 |
| | Heroin | 1,8 |
| | LSD | 5,2 |
| | Halucinogenní houby | 11,8 |
| Prevalence v posledních 12 měsících | Marihuana či hašiš | 25,1 |
| | Extáze | 6,6 |
| | Amfetaminy, pervitin | 2,6 |
| | Kokain | 0 |
| | Heroin | 0,4 |
| | LSD | 1,5 |
| | Halucinogenní houby | 3 |
| Prevalence v posledních 30 dnech | Marihuana či hašiš | 12,5 |
| | Extáze | 3 |
| | Amfetaminy, pervitin | 1,1 |
| | Kokain | 0 |
| | Heroin | 0 |
| | LSD | 0 |
| | Halucinogenní houby | 0,4 |

Pozn. reprezentativní vzorek byl 271 jedinců

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

V květnu 2011 provedlo Centrum pro výzkum veřejného mínění reprezentativní šetření pod názvem Občané a drogy. Tohoto šetření se zúčastnilo celkem 1115 respondentů starších 15 let. Při tomto průzkumu bylo zjištěno, že naprostá většina respondentů souhlasí s trestním postihem výroby a prodeje drog (88 % – 94 % respondentů), 86 % dotázaných je pro postih pěstování marihuany za účelem prodeje, 83 % respondentů se vyjádřilo pro trestní postih uživatelů nekonopných drog a 61 % pro trestní postih uživatelů konopných látek. Celkem 60 % dotázaných je proti

postihu za pěstování marihuany pro vlastní spotřebu a 74 % dotázaných je proti postihu za užívání marihuany k léčebným účelům ⁴⁹.

Ceny drog

Do roku 2009 byly ceny drog v ČR určovány na základě odhadů krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR. Od roku 2010 vycházejí z ceny za jednotlivé drogy u konkrétních hlášených případů trestných činů – pokud je tato informace k dispozici ⁴⁹.

Tab. 1.10 Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v letech 2008–2010 (v Kč)

| Typ drogy | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|------------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | Průměr | Modus | Průměr | Modus | Průměr | Modus |
| Marihuana (g) | 180 | 200 | 210 | 250 | 200 | 250 |
| Hašiš (g) | 240 | 250 | 270 | 300 | 220 | 250 |
| Extáze (tableta) | 220 | 200 | 220 | 250 | 200 | 250 |
| Pervitin (g) | 1130 | 1000 | 1290 | 1000 | 1290 | 1000 |
| Heroin (g) | 1080 | 1000 | 1280 | 1000 | 1280 | 1000 |
| Kokain (g) | 2000 | 2000 | 1920 | 2500 | 2000 | 2000 |
| LSD (dávka) | 180 | 100 | 200 | 200 | 200 | 200 |

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010

1.5.6.3 Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008

Poslední studie o návykových látkách, která byla provedena na teritoriu města Plzně, byla uskutečněna v roce 2008. Jednalo se o dotazníkové šetření s názvem *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008*. Cíle výzkumu bylo zmapovat zájmy žáků a studentů, jejich preferenci volnočasových aktivit a sklon k rizikovému chování. Z rizikového chování bylo akcentováno užívání legálních a nelegálních návykových látek. Dotazníkové studie se zúčastnili žáci a studenti od 15 let, tzn. žáci 9. ročníků základních škol a studenti

středních škol (zde jsou zařazeni i studenti středních odborných učilišť, odborných učilišť a učilišť, dále středních odborných škol s maturitou, gymnázií, konzervatoří a ročníky nástavby, které jsou součástí středního odborného učiliště), v případě osmiletých gymnázií studenti od 4. ročníku. Celkem se jednalo o 14 867 žáků a studentů z 67 škol, ze kterých byl následně proveden výběr podle požadavků zadavatele. Jednalo se tedy o 1401 žáků a studentů⁵⁷.

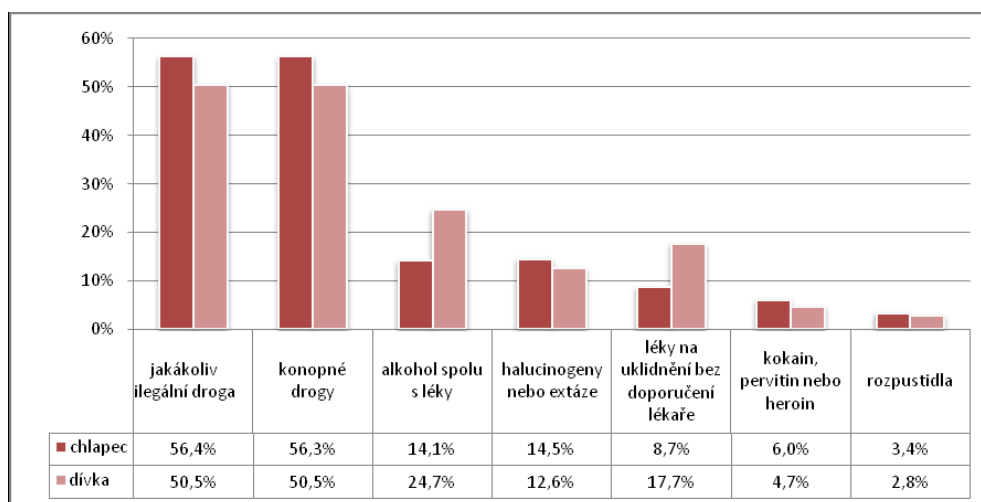
Užití návykových látek

Mezi návykové látky, které byly sledovány, patří zejména konopné drogy, halucinogeny, extáze, stimulancia, opiáty a kokain a dále i užívání léků bez doporučení lékaře, užívání halucinogenních hub a čichání rozpustidel⁵⁷.

Jakoukoliv ilegální drogu užila více než polovina všech respondentů (53,5 %), konkrétně podle jednotlivých drog: marihuana nebo hašiš 53,5 % respondentů, halucinogeny nebo extáze 13,6 % (z toho LSD nebo jiné halucinogeny 9,9 %, halucinogenní houby 8,4 % a extáze 3,6 %), kokain, pervitin, heroin nebo drogy injekčně 5,4 % (z toho pervitin nebo jiné amfetaminy 4,5 %, kokain 1,7 %, heroin nebo jiné opiáty 1,3 % a drogy injekčně 0,4 %) ⁵⁷.

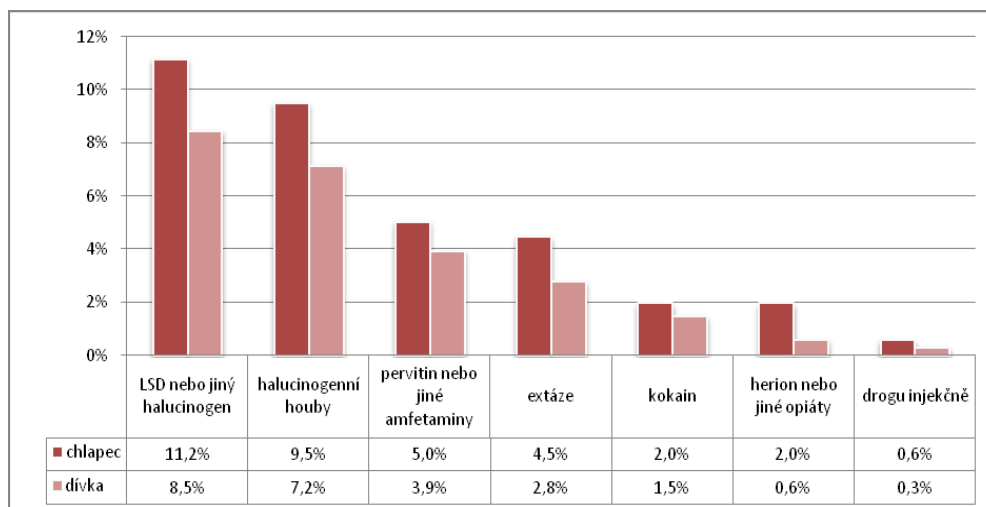
Následující obrázek ukazuje celoživotní prevalenci užití sledovaných skupin drog podle pohlaví. Zatímco chlapci častěji užívají nelegální drogy a rozpouštědla, dívky se spíše uchylují k užívání psychoaktivních léků, ať už samostatně nebo spolu s alkoholem⁵⁷.

Graf 1.1 Celoživotní prevalence užívání vybraných drog podle pohlaví



Zdroj: Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008

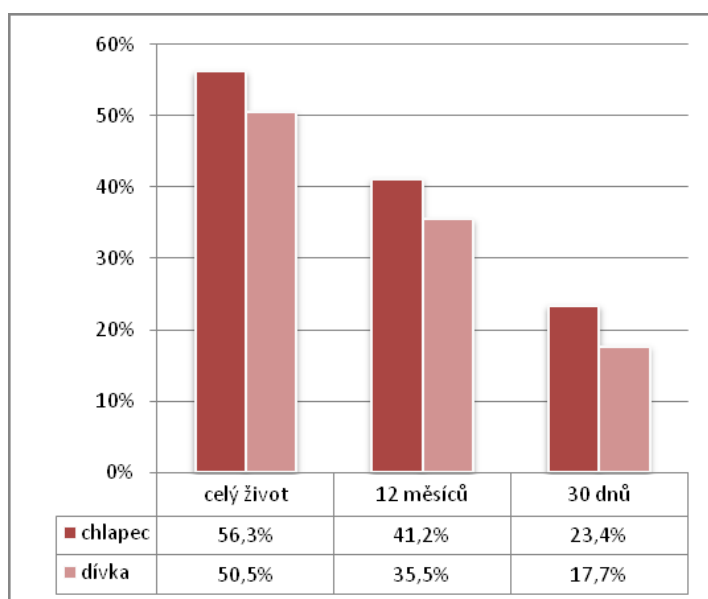
Graf 1.2 Celoživotní prevalence užívání vybraných ilegálních drog podle pohlaví



Zdroj: Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008

Mezi nejčastěji užívanou návykovou látkou patří konopné drogy. Chlapci jsou jednoznačně častějšími konzumenty marihuany a/nebo hašiše než dívky, ačkoliv i většina dívek již někdy konopí vyzkoušela (50,5 %) ⁵⁷.

Graf 1.3 Prevalence užívání konopných drog podle pohlaví

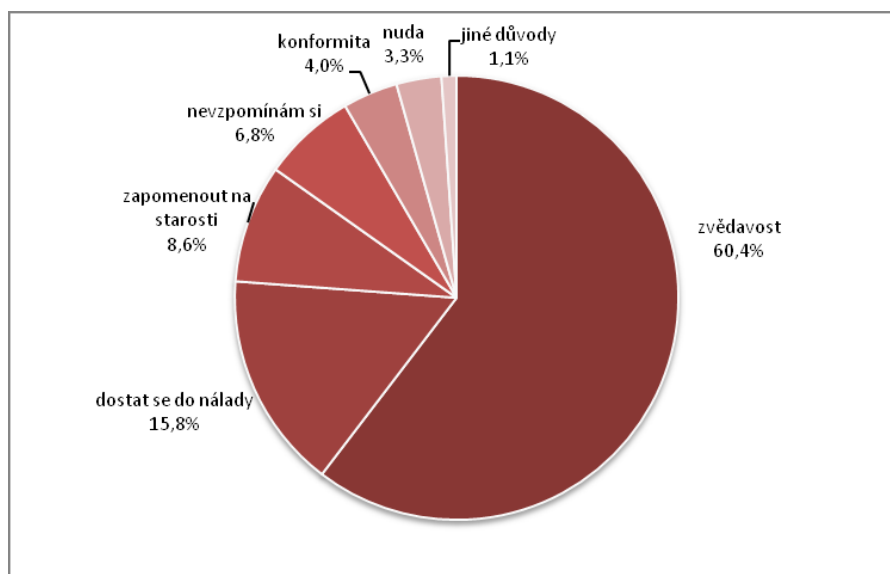


Zdroj: Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008

Jako první ilegální droga byla nejčastěji užita marihuana nebo hašiš a to v 93,8 %. Z toho chlapci v 95,8 % a dívky v 91,7 %⁵⁷.

Důvod užití první drogy ukazuje graf 1.4. Jednoznačně na prvním místě stojí zvědavost a to u 60,4 % respondentů⁵⁷.

Graf 1.4 Důvod užití první ilegální drogy



Zdroj: Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008

1.5.7 Klíčová legislativa v oblasti drog na území České republiky

1.5.7.1 Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách

Zákon o návykových látkách, upravuje v návaznosti na přímo použitelné předpisy Evropských společenství zacházení s prekursory a pomocnými látkami a stanoví pravomoc a působnost správních orgánů nad dodržováním povinností stanovených tímto zákonem a přímo použitelnými předpisy Evropských společenství, které podle těchto přímo použitelných předpisů Evropských společenství vykonává členský stát ¹¹.

Zákon také upravuje zacházení s návykovými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, dále zacházení s přípravky obsahujícími návykové látky nebo prekursory nebo obsahujícími návykové látky a prekursory, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, zacházení s přípravky obsahujícími efedrin nebo pseudoefedrin a pěstování máku, konopí a koky a vývoz a dovoz makoviny ¹¹.

Návykovými látkami se pro účel tohoto zákona rozumí omamné látky a psychotropní látky uvedené v přílohách tohoto zákona, přípravkem roztok nebo směs

v jakémkoli fyzikálním stavu obsahující jednu nebo více návykových látek nebo jeden nebo více prekursorů, prekursorem látka uvedená v kategorii 1 přílohy I přímo použitelného předpisu Evropských společenství nebo v kategorii 1 přílohy přímo použitelného předpisu Evropských společenství¹¹.

V dubnu roku 2011 byla vyhlášena novela zákona o návykových látkách a to pod číslem 106/2011 Sb., kdy bylo do příloh zákona č. 167/1998 Sb. zařazeno dalších 33 látek, převážně syntetických¹⁴.

1.5.7.2 Zákon 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

Tento zákon stanoví opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, dále opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu a působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek¹².

Podle tohoto zákona, může vláda za účelem koordinace protidrogové politiky zřídit zvláštní poradní orgán a případně ho pověřit výkonem některých činností¹². Tímto poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky³⁶.

1.5.7.3 Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Nový trestní zákoník vstoupil v platnost 1. 1. 2010. a nahradil tak do té doby platný zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákona¹³.

Úprava nedovoleného nakládání s drogami je obsažena v Hlavě VII (Trestné činy obecně nebezpečné), Dílu 1 (Trestné činy obecně ohrožující) trestního zákoníku, kde jsou v ustanoveních paragrafů 283–289 uvedeny trestné činy, které přímo souvisí s nedovoleným nakládáním s drogami³⁶.

Mezi nejdůležitější paragrafy, týkajících se drog patří:

- § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
- § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
- § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- § 287 Šíření toxikomanie
- § 288 Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem
- § 289 Společné ustanovení¹³

1.5.7.4 Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

Tento zákon podle § 30 informuje o přestupcích na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi¹⁰.

Podle § 30, odstavce 1, písmena j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích se právě přestupku dopouští ten, kdo neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku¹⁰.

Podle § 30, odstavce 1, písmena k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích se dále přestupku dopouští ten, kdo neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku¹⁰.

§ 30, odstavce 2, zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích udává, že může být pachateli za přešupek odstavce 1, písmena j) a k) udělena pokuta do výše 15 000 Kč¹⁰.

1.5.7.5 Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku

Jedná se o nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou

nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku ¹⁵.

Vláda nařizuje podle § 289 odst. 3 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník: za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku ve smyslu § 285 trestního zákoníku se považují rostliny a houby následně uvedené: rostliny konopí (*Cannabis sp.*) - všechny druhy a odrůdy, které obsahují více než 0,3% látek ze skupiny tetrahydrokanabinolů v kvetoucím nebo plodonosném vrcholíku rostliny konopí (s výjimkou zrn) včetně listů, kokainovník pravý (*Erythroxylum coca*) a houby obsahující psilocybin a psilocin ¹⁵.

Na konci roku 2011 byla schválena novela tohoto nařízení vlády. Usnesení vlády České republiky č. 881 o nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku ¹⁷.

1.5.7.6 Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., stanovení látek považovaných za jedy a určení malého množství

Jedná se o nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů ¹⁶.

Přílohy nařízení vlády č. 467/2009 Sb., obsahují:

- seznam chemických látek, které se pro účely trestního zákoníku považují za jedy
- hodnoty omamných látek, psychotropních látek a přípravků je obsahujících pro účely trestního zákoníku ¹⁶

Na konci roku 2011 byla u tohoto nařízení vlády také schválena novela. Usnesení vlády České republiky č. 882 o nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy

a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů¹⁸.

2 Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce

- popsat nejznámější zástupce omamných a psychotropních látek
- informovat o škodlivých účincích těchto návykových látek na lidský organismus
- poukázat na problematiku (nebezpečí) drogové závislosti
- pomocí dotazníkového šetření zmapovat zkušenosti mládeže s omamnými a psychotropními látkami, provést následné vyhodnocení a porovnání s jinými šetřeními

2.2 Hypotéza

Na území města Plzně má více než polovina studentů vybraných středních škol a odborných učilišť zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami.

3 Metodika

3.1 Metodický postup

K vypracování diplomové práce bylo třeba nejdříve získat informace týkající se dané problematiky. Informace o daném tématu jsem získala studiem odborné literatury, časopisů a internetových odkazů, zaměřených na mládež a drogovou tematiku. Dále bylo také třeba prostudovat legislativu České republiky k dané oblasti a zároveň i drogové statistiky, které pravidelně vychází ve Výročních zprávách. Dále jsem danou problematiku drogové závislosti konzultovala s odborníky z Centra protidrogové prevence a terapie. Pro zmapování drogové problematiky byly použity metody kvantitativního výzkumu. Nejznámější metodou tohoto výzkumu je dotazníkové šetření, kdy tazatelé zjišťují odpovědi u vzorku populace. Získané údaje ukazují postoj cílové skupiny.

K získání dat pro zpracování výsledků diplomové práce jsem zvolila dotazník. Dotazník pro studenty byl zpracován tak, aby byl jednoduchý, stručný, přehledný, srozumitelný a přiměřeně dlouhý. Zároveň vybrané otázky korespondovaly s dotazníkovou studií ESPAD a to z důvodu, aby bylo možné tyto otázky statisticky porovnat s vlastním dotazníkovým šetřením. Dotazník obsahuje celkem 13 otázek a jednalo se o tzv. uzavřené otázky, které nabízí několik variant odpovědí, ze kterých si respondent vybírá jednu nebo více odpovědí a které jsou blízké jeho názoru, viz příloha č. 3. První čtyři otázky jsou zaměřeny na charakteristiku cílové skupiny (věk, pohlaví, druh školy a společné bydlení), následující otázky již mapovaly zkušenosti studentů s návykovými látkami. Na vybraných školách bylo rozdáno 130 otazníků, z toho se jich vrátilo 126 řádně vyplněných, což znamená 97 % návratnost. Jednotlivé dotazníky byly předány studentům prostřednictvím výchovných poradců nebo metodiků prevence, kteří se na daných školách zabývají prevencí sociálně patologických jevů. Sběr dat probíhal od 27. února do 5. března 2012.

Cílovou skupinou dotazníkové studie byli studenti středních odborných škol a středních odborných učilišť na území města Plzně. Na Odboru školství, mládeže a tělovýchovy města Plzně, jsem zjistila příslušné údaje o počtu těchto školských

zařízeních. Na území města Plzně se nachází 16 středních odborných škol a 6 středních odborných učilišť. Tyto školská zařízení tvořily základní soubor, z něhož byl náhodným výběrem stanoven příslušný výběrový statistický soubor, který zahrnoval celkem 4 školská zařízení. Jednalo se o 2 střední odborné školy - Sportovní a podnikatelská střední škola a Hotelová škola a dále 2 střední odborná učiliště – Střední odborné učiliště elektrotechnické a odborné učiliště, které spadá pod Integrovanou střední školu živnostenskou.

Základním předpokladem pro získávání informací bylo, aby účastníci výzkumu nebyli nijak ohroženi, ani poškozeni a z tohoto důvodu bylo vyplnění dotazníku pro studenty vybraných škol anonymní a dobrovolné a získaná data byla uchována v uzavřených obálkách.

Získaná data jsou prezentována statistickými tabulkami, které zaznamenávají výsledky šetření v přehledném a snadno srozumitelném tvaru a grafickým znázorněním, kdy jednotlivé grafy poskytují názornou představu o důležitých tendencích a souvislostech. Výsledky dotazníkového šetření jsou pro snadnější srovnatelnost uváděny v procentech.

3.2 Metodika statistického zpracování výsledků

3.2.1 Elementární statistické zpracování

Při statistickém zpracování se používá proces neboli měření, kdy ke každé statistické jednotce výběrového statistického souboru VSS (o rozsahu n statistických jednotek) je přiřazován jeden z prvků škály x_1, x_2, \dots, x_k . Zároveň výsledky měření interpretují, že prvek škály x_i ($i=1,2,\dots,k$) byl naměřen n_i krát. Součet všech hodnot n_i je nazýván absolutními četnostmi a zároveň musí být roven rozsahu n výběrového statistického souboru. Statistická pravděpodobnost $p(x_i)$ výsledku x_i , je poté dána relativními četnostmi n_i/n . A zároveň součet těchto četností musí být roven 1. Zároveň jsou zde počítány kumulativní četnosti $\sum(n_i/n)$, které udávají pravděpodobnost, že bude naměřen výsledek měření, který bude menší nebo roven výsledku x_i ⁶⁹.

Při statistickém zpracování výsledů byla v této práci použita kvantitativní metrická škála, která umožňuje stanovit vzdálenost mezi dvěma sousedními statistickými jednotkami.

Po tomto uspořádání je třeba výsledky měření uspořádat a parametrizovat vhodnými empirickými parametry. V diplomové práci budou tyto úkoly správného uspořádání a parametrizace vyjádřeny dvěma základními výsledky elementárního zpracování a to tabulkami a empirickými parametry.

Tabulka informuje, jakou formou budou výsledky měření uspořádány. První čtyři sloupce slouží pro zpřehlednění výsledků měření, další čtyři sloupce se používají pro rychlejší výpočet empirických parametrů⁶⁹.

Označení sloupců:

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. sloupec x_i | – prvky škály |
| 2. sloupec n_i | – absolutní četnosti prvků škály |
| 3. sloupec n_i/n | – relativní četnosti prvků škály |
| 4. sloupec $\sum n_i/n$ | – kumulativní četnosti prvků škály |
| 5. sloupec $x_i n_i$ | – součin potřebný pro výpočet empirických parametrů |
| 6. sloupec $x_i^2 n_i$ | – součin potřebný pro výpočet empirických parametrů |
| 7. sloupec $x_i^3 n_i$ | – součin potřebný pro výpočet empirických parametrů |
| 8. sloupec $x_i^4 n_i$ | – součin potřebný pro výpočet empirických parametrů |

Na konci je tabulka uzavřena součty údajů v jednotlivých sloupcích.

Po tabulkovém uspořádání následuje výpočet empirických parametrů, které informují o povaze zkoumaného statistického souboru. Do této skupiny parametrů patří výpočet momentových parametrů, tzn. obecné momenty, centrální momenty a normované momenty. Obecný moment 1. řádu charakterizuje parametr polohy (aritmetický průměr), centrální moment 2. řádu se podílí na určení parametru proměnlivosti (empirický rozptyl) a normované momenty 3. a 4. řádu parametry šikmosti a špičatosti⁶⁹.

Momentové parametry:

Obecný moment r-tého řádu: $O_r(x) = \frac{1}{n} \sum n_i x_i^r$

Obecný moment 1. řádu: $O_1 = \frac{1}{n} \sum n_i x_i = \bar{x}$ (aritmetický průměr)

Centrální moment r-tého řádu: $C_r(x) = \frac{1}{n} \sum n_i (x_i - O_1)^r$

Centrální moment 2.-4. řádu: $C_2 = O_2 - [O_1]^2 = S_x^2$ (empirický rozptyl)

$$C_3 = O_3 - 3.O_2.O_1 + 2.[O_1]^3$$

$$C_4 = O_4 - 4.O_3.O_1 + 6.O_2.[O_1]^2 - 3.[O_1]^4$$

Směrodatná odchylka S_x : $S_x = \sqrt{C_2}$

Normovaný moment 3.-4. řádu: $N_3 = \frac{C_3}{C_2 \sqrt{C_2}}$

$$N_4 = \frac{C_4}{C_2^2}$$

3.2.2 *Neparametrické testování*

Intervalové rozdělení četností

V určitých případech je vhodné rozdělit rozpětí hodnot statistického znaku nebo rozpětí prvků metrické škály u zkoumaného statistického souboru na určitý počet intervalů. Následně budou do každého takto vytvořeného intervalu zahrnuty odpovídající hodnoty statistického znaku nebo odpovídající hodnoty metrické škály⁶⁹.

Aparát neparametrického testování

Při neparametrickém testování hypotéz se používá aparát nulových hypotéz H_0 a alternativních hypotéz H_a . Pokud je výsledkem neparametrického testování hypotéz nulová hypotéza H_0 , lze empirické rozdělení nahradit teoretickým rozdělením.

Pokud je výsledkem tohoto testování alternativní hypotéza H_a , můžeme se domnívat, že tento předpoklad není správný. Základem testování neparametrických hypotéz je srovnávání teoretických a empirických absolutních četností.

K ověření těchto hypotéz je třeba vybrání vhodného statistického kritéria. V tomto případě je nejlepším statistickým kritériem pro ověřování neparametrické hypotézy χ^2 - test (test dobré shody). Pokud je potřeba, je nutné upravit absolutní četnosti, aby při ověřování hypotéz H_0 a H_a měl každý interval absolutní četnost alespoň rovnou 5. Z tohoto důvodu je třeba sloučit dílčí intervaly. Dále je třeba určit experimentální hodnoty statistického kritéria (např. χ_{exp}^2) a kritické teoretické hodnoty (např. χ_{teor}^2)⁶⁹.

Výpočet experimentální hodnoty testovaného kritéria:

$$\chi_{\text{exp}}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - np_i)^2}{np_i} \wedge p_i = \Phi(u_i) - \Phi(u_{i-1}) \wedge u_i = \frac{x_i - \mu}{\sigma}$$

Laplaceova funkce Φ nebo $F(u_i)$ závisí na normované náhodné veličině u_i (tato normovaná hodnota ukazuje horní mez x_i příslušného intervalu intervalového rozdělení četností). Hodnoty této funkce lze nalézt ve příslušných statistických tabulkách.

n_i – empirické absolutní četnosti

np_i – teoretické absolutní četnosti

p_i – jedná se o rozdíly příslušných hodnot Laplaceovy funkce (plochy pod Gaussovo křivkou)

Potřebné vztahy pro χ_{exp}^2 , p_i a u_i jsou uvedeny s použitím operátoru \wedge pro konjunkci dílčích výroků.

Určení kritické teoretické hodnoty:

$$\chi_{teor}^2 = \chi_v^2 = \chi_{k-r-1}^2$$

v = počet stupňů volnosti

k = počet prvků škály

r = počet teoretických parametrů zkoumaného teoretického rozdělení

α = hladina statistické významnosti (pravděpodobnost chybného zamítnutí testované hypotézy). V tomto případě bude použita hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

Pomocí příslušných statistických tabulek bude následně určena kritická teoretická hodnota při hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

Prostřednictvím kritické teoretické hodnoty bude následně zapsán kritický obor W daného statistického kritéria.

Pokud bude experimentální hodnota testovaného kritéria prvkem kritického souboru W, je třeba přijmout alternativní hypotézu H_a - tzn. empirické rozdělení nelze nahradit teoretickým rozdělením, pokud experimentální hodnota testovaného kritéria nebude prvkem souboru W, je třeba přijmout nulovou hypotézu H_0 - tzn. empirické rozdělení lze nahradit rozdělením teoretickým⁶⁹.

3.2.3 *Neparametrické testování - Poissonovo rozdělení*

Poissonovo rozdělení patří mezi diskrétní teoretické rozdělení, které je dáno pravděpodobnostní a distribuční funkcí:

$$P_i = e^{-\lambda} \frac{\lambda^i}{i!}, i = 0, 1, 2, \dots, \infty$$

Výpočet teoretického parametru λ Poissonova rozdělení $Po(\lambda)$ pomocí obecného momentu 1. řádu, zároveň platí $O_1 = \lambda$ ⁶⁹.

$$O_r(x) = \frac{1}{n} \sum n_i x_i^r$$

Pro dosažení do testovaného kritéria χ^2 - testu, je třeba vypočítat hodnoty pravděpodobnostní funkce P_i Poissonova rozdělení $Po(\lambda)$ a to pomocí následujícího vztahu:

$$P_i = e^{-\lambda} \frac{\lambda^i}{i!}$$

Tento test také vyžaduje, aby všechny teoretické četnosti (nP_i) byly větší než 5. Pokud toto není dodrženo, je nutno sloučit třídy tak, aby podmínka byla dodržena.

Získané výpočty P_i je třeba následně dosadit do testovaného kritéria a zjistit experimentální hodnotu χ_{exp}^2 :

$$\chi_{\text{exp}}^2 = \sum_{i=0}^k \frac{(n_i - nP_i)^2}{nP_i}$$

Dále je třeba zjistit teoretickou hodnotu χ_{teor}^2 na to podle vztahu:

$$\chi_{\text{teor}}^2 = \chi_{k-r-1}^2(\alpha)$$

α = hladina statistické významnosti

k = počet řádků tabulky

r = počet teoretických parametrů Poissonova rozdělení $Po(\lambda)$

Teoretickou hodnotu χ^2_{teor} testovaného kritéria je možno odečíst ze statistických tabulek a na jejím základě je možno zapsat kritický obor W ⁶⁹.

Pokud bude experimentální hodnota χ^2_{exp} prvkem kritického souboru W , nelze empirické rozdělení nahradit diskrétním teoretickým rozdělením, tzn. Poissonovým rozdělením $Po(\lambda)$. Pokud však nebude experimentální hodnota χ^2_{exp} prvkem kritického souboru W , lze empirické rozdělení nahradit Poissonovým rozdělením Po ⁶⁹.

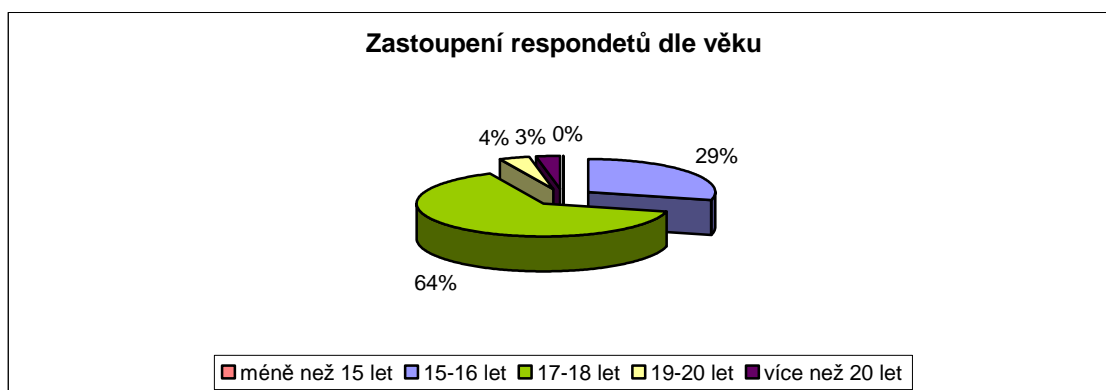
4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 **Věk**

- méně než 15 let
- 15-16 let
- 17-18 let
- 19-20 let
- více než 20 let

Graf 4.1 Zastoupení respondentů podle věku



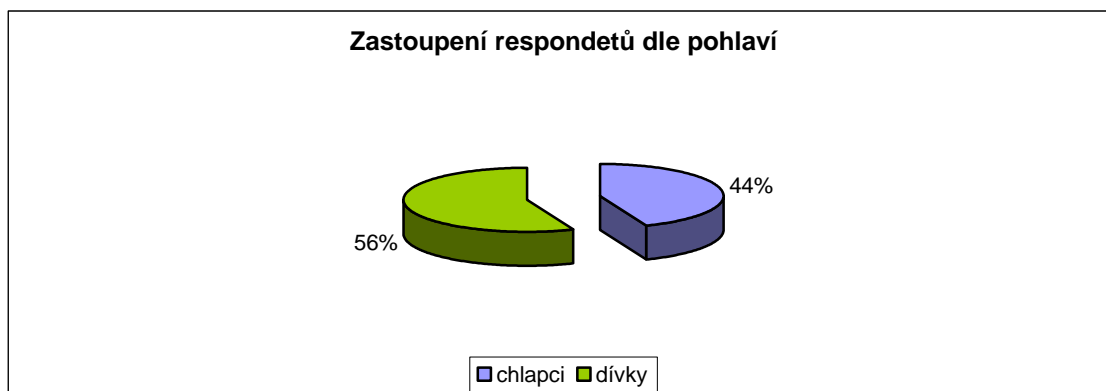
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Největší zastoupení měli studenti ve věku 17-18 let a to v 64 %, druhou nejpočetnější skupinou byli studenti ve věku 15-16 let ve 29 %, poté následuje věková skupina 19-20 let ve 4% a respondenti, kteří dosáhli věku 20 a více let, byli zastoupeni ve 3 %. Výzkumu se nezúčastnil žádný student, kterému bylo méně než 15 let.

Otázka č. 2 **Pohlaví**

- muž
- žena

Graf 4.2 Zastoupení respondentů podle pohlaví



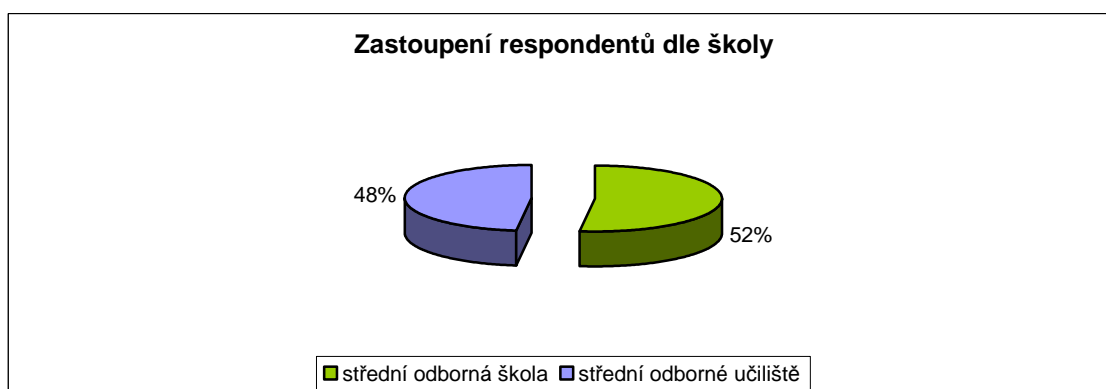
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Dotazníkového šetření se na vybraných školách zúčastnily dívky v 56 % a chlapci ve 44 %.

Otázka č. 3 **V současné době navštěvuji:**

- střední odbornou školu
- střední odborné učiliště

Graf 4.3 Zastoupení respondentů podle školy



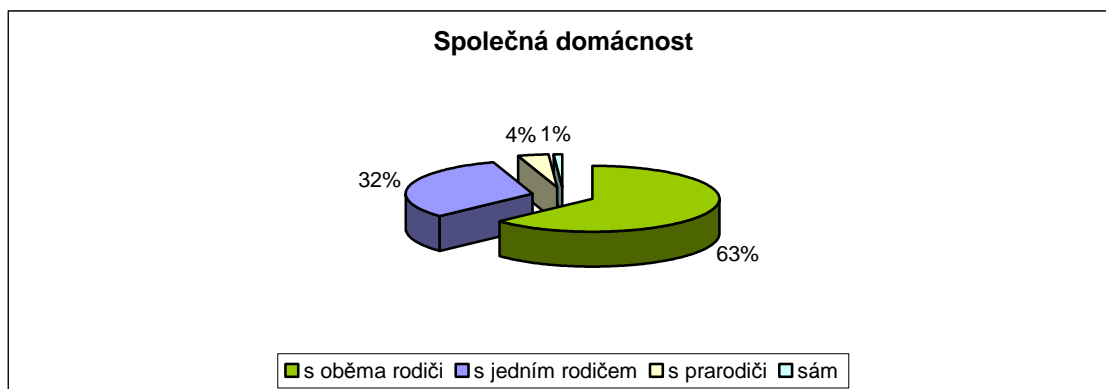
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Střední odbornou školu navštěvují respondenti v 52 % a střední odborné učiliště ve 48 %.

Otázka č. 4 **V domácnosti žiji s:**

- s oběma rodiči
- s jedním rodičem
- s prarodiči
- jiné.....

Graf 4.4 Žití ve společné domácnosti



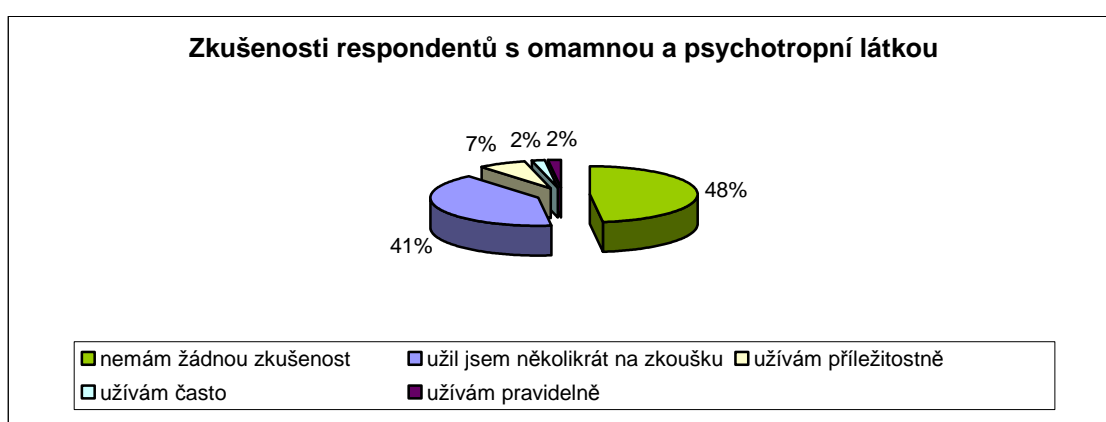
Zdroj: *Vlastní zpracování, 2012*

63 % studentů žije ve společné domácnosti s oběma rodiči, s jedním rodičem žije 32 % studentů, ve 4 % žijí studenti s prarodiči a v 1 % mají již studenti svoji domácnost.

Otázka č. 5 **Do jaké míry máte zkušenost s omamnou a psychotropní látkou?**

- nemám žádnou zkušenost
- užil jsem pouze několikrát na zkoušku
- užívám příležitostně (nejvýše několikrát do měsíce)
- užívám často (jednou až několikrát týdně)
- užívám pravidelně (téměř denně)

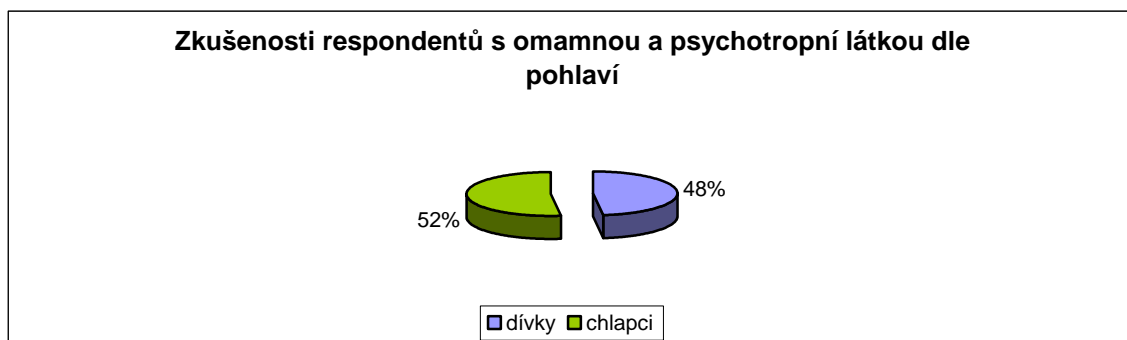
Graf 4.5 Zkušenosti respondentů s omamnou a psychotropní látkou



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

48 % studentů vybraných škol nemá zatím žádné zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami. Zbývajících 52 % studentů již tuto zkušenost má. 41 % respondentů užilo OPL pouze několikrát na zkoušku, 7 % respondentů užívá tyto látky příležitostně, 2 % studentů konzumuje OPL často a 2 % respondentů se přiznala k jejich pravidelnému užívání.

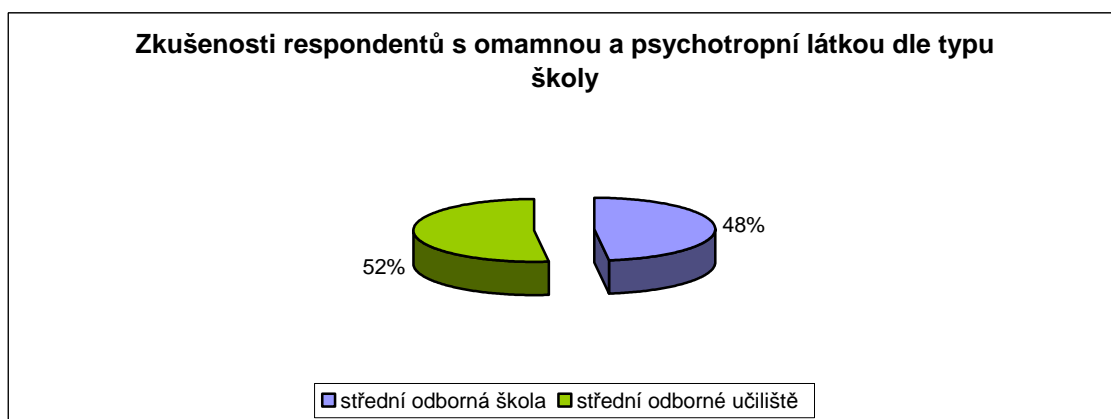
Graf 4.6 Zkušenosti respondentů s OPL podle pohlaví



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Větší zkušenosti s omamnou a psychotropní látkou mají chlapci a to v 54 %, dívky ve 46 %.

Graf 4.7 Zkušenosti respondentů s OPL podle školy



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

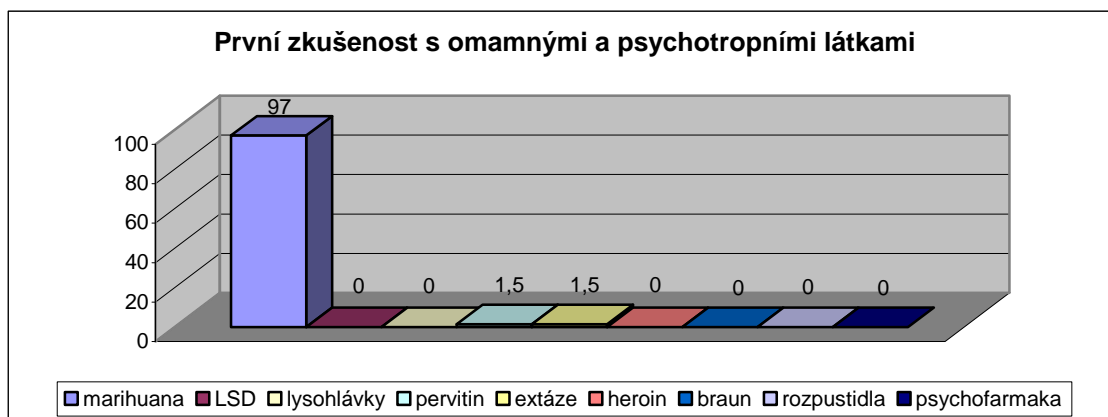
V 52 % mají větší zkušenosti s OPL studenti navštěvující střední odborné učiliště, studenti navštěvující střední odbornou školu mají zkušenosti ve 48 %.

Otázka č. 6 **S jakou návykovou látkou jste měl/a první zkušenost?**

(zaškrtněte pouze jednu možnost)

- marihuana
- LSD
- lysohlávky
- pervitin
- extáze a jiné taneční drogy
- heroin
- braun
- rozpustidla
- psychofarmaka (vypiš jaké.....)
- bez zkušenosti
- jiné.....

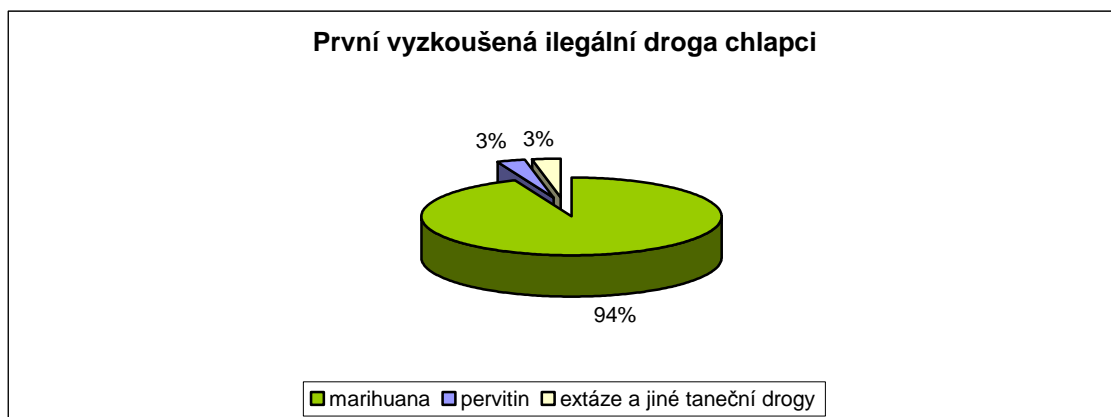
Graf 4.8 První zkušenost respondentů s OPL



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Marihuana byla v 97 % první návykovou látkou, s níž měli studenti první zkušenost. 1,5 % studentů mělo první zkušenost s pervitinem a stejná skupina studentů, tzn. 1,5 %, měla první zkušenost s extází či jinou taneční drogou.

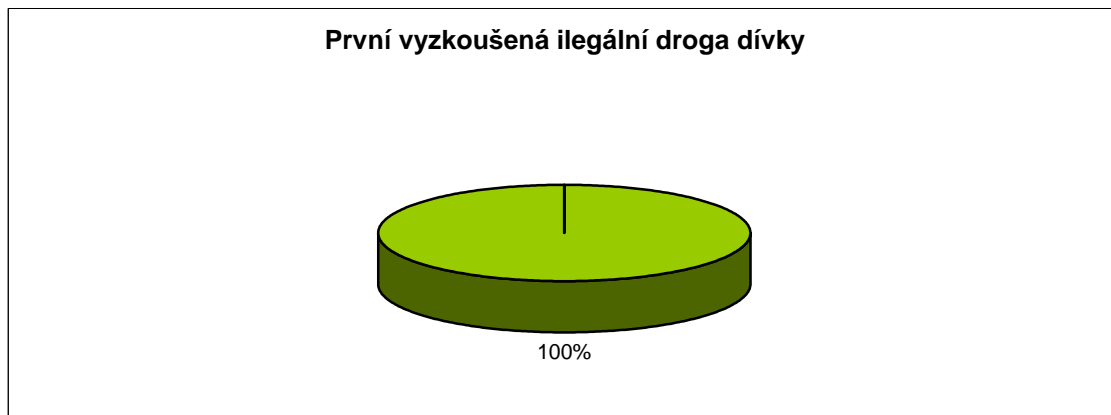
Graf 4.9 První vyzkoušená ilegální droga chlapci



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

V 94 % užili chlapci marihuanu jako první drogu ve svém životě. Chlapci ve 3 % užili jako první drogu pervitin a stejné množství uživatelů, tj. 9 %, uvedlo jako první drogu extázi nebo jiné taneční drogy.

Graf 4.10 První vyzkoušená ilegální droga dívky



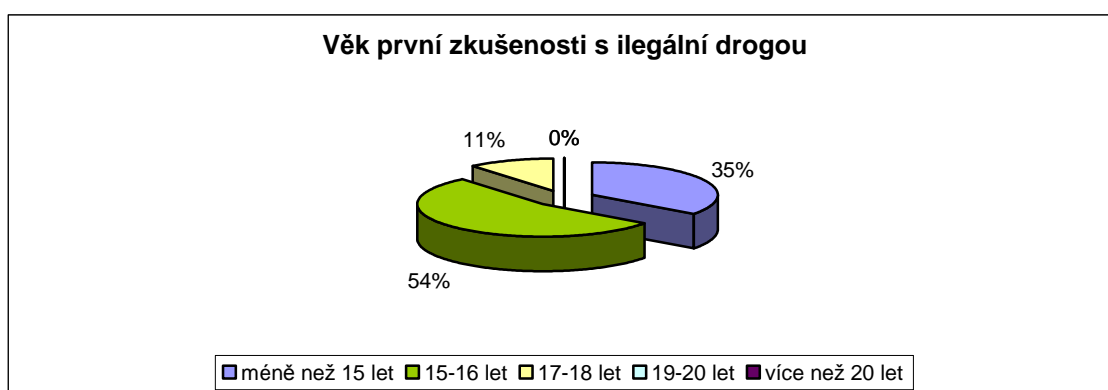
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

100 % dívek mělo první zkušenost s marihuanou.

Otázka č. 7 V kolika letech jste měl/a první zkušenost s ilegální drogou?

- méně než 15 let
- 15-16 let
- 17-18 let
- 19-20 let
- více než 20 let
- nemám žádnou zkušenost

Graf 4.11 Věk, kdy respondenti měli první zkušenost s ilegální drogou



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Tento graf nám ukazuje, že v 54 % měli studenti první zkušenost s ilegální drogou ve věkové kategorii 15-16 let, v 35 % měli stejnou zkušenost studenti, kteří byli ve věkové kategorii mladší než 15 let a ve věkové kategorii 17-18 let mělo první zkušenost 7 % studentů. Ve věkových kategoriích 19-20 let a více než 20 let, neměl žádný student první zkušenost s ilegální drogou (tzn. 0 %).

Otázka č. 8 **Užíval/a jste někdy některé z uvedených látek?**

(zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

| | Ne | Ano, během posl. 30 dnů | Ano, během posl. 12 měsíců | Ano někdy v životě |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hašiš | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LSD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lysohlávky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| amfetaminy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pervitin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| extáze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| crack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| heroin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| braun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rozpustila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psychofarmaka (vypiš jaká.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bez zkušenosti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jiné..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tab. 4.1 Užití návykové látky v posledních 30 dnech (v %)

| Typ drogy | |
|--------------------------|----|
| Marihuana | 20 |
| Hašiš | 4 |
| LSD | 0 |
| Lysohlávky | 0 |
| Amfetaminy | 0 |
| Pervitin | 3 |
| Extáze | 0 |
| Kokain | 0 |
| Crack | 0 |
| Heroin | 0 |
| Braun | 0 |
| Rozpustila | 0 |
| Psychofarmaka - rivotril | 1 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Během posledních 30 dnů užilo marihuanu 20 % uživatelů, ve stejném období užilo hašiš 4 % konzumentů, 3 % uživatelů aplikovalo pervitin a 1 % uživatelů se přiznalo ke konzumaci psychofarmaka rivotril.

Tab. 4.2 Užití návykových látek v posledních 12 měsících (v %)

| Typ drogy | |
|------------------|----|
| Marihuana | 20 |
| Hašiš | 1 |
| LSD | 2 |
| Lysohlávky | 0 |
| Amfetaminy | 1 |
| Pervitin | 2 |
| Extáze | 0 |
| Kokain | 0 |
| Crack | 0 |
| Heroin | 0 |
| Braun | 0 |
| Rozpustila | 0 |
| Psychofarmaka | 0 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Během posledních 12 měsíců užilo marihuanu celkem 20 % konzumentů, hašiš 1 % uživatelů, LSD užili konzumenti ve stejném období ve 2 %, amfetaminy v 1 % a pervitin užilo celkem 2 % konzumentů.

Tab. 4.3 Užití návykových látek kdykoliv během života respondenta (v %)

| Typ drogy | |
|------------------|----|
| Marihuana | 29 |
| Hašiš | 2 |
| LSD | 4 |
| Lysohlávky | 1 |
| Amfetaminy | 2 |
| Pervitin | 2 |
| Extáze | 3 |
| Kokain | 1 |
| Crack | 1 |
| Heroin | 1 |
| Braun | 0 |
| Rozpuštěná | 0 |
| Psychofarmaka | 0 |

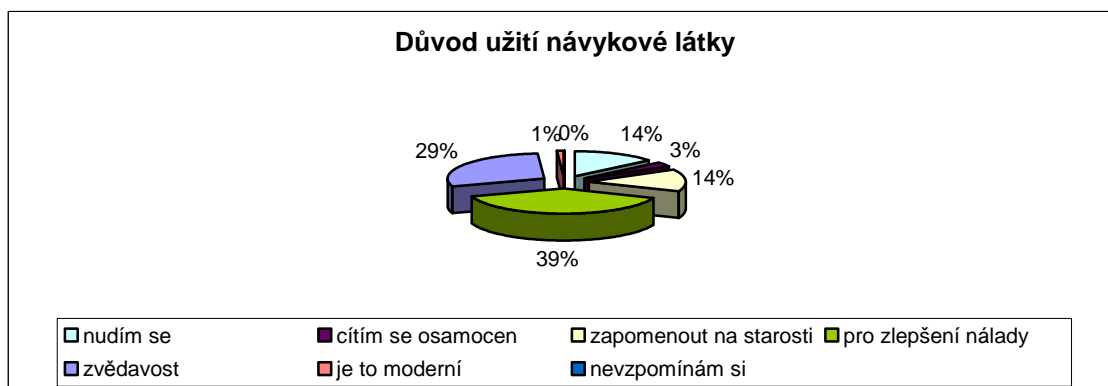
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Tato tabulka nás informuje, že kdykoliv během svého života užilo marihuanu celkem 29 % uživatelů, 2 % uživatelů zkusila hašiš, 4 % konzumentů LSD, 1 % uživatelů zkusilo lysohlávky, 2 % konzumentů užila amfetaminy a stejné množství konzumentů, tj. 2 %, aplikovalo pervitin. K užití extáze během života se přiznalo 3 % uživatelů, 1 % konzumentů zkusilo kokain a stejné procento (tzn. 1 %) zkusilo crack. V neposlední řadě se 1 % uživatelů přiznalo ke konzumaci heroinu.

Otázka č. 9 **Návykovou látku užívám (jsem užil/a) z důvodu:**

- nudím se (pro zábavu)
- cítím se osamocen/a
- zapomenout na starosti
- pro zlepšení nálady
- zvědavost
- je to moderní
- chci se vytáhnout před kamarády (spolužáky)
- nevzpomínám si
- neužívám
- jiné.....

Graf 4.12 Důvod užití návykové látky



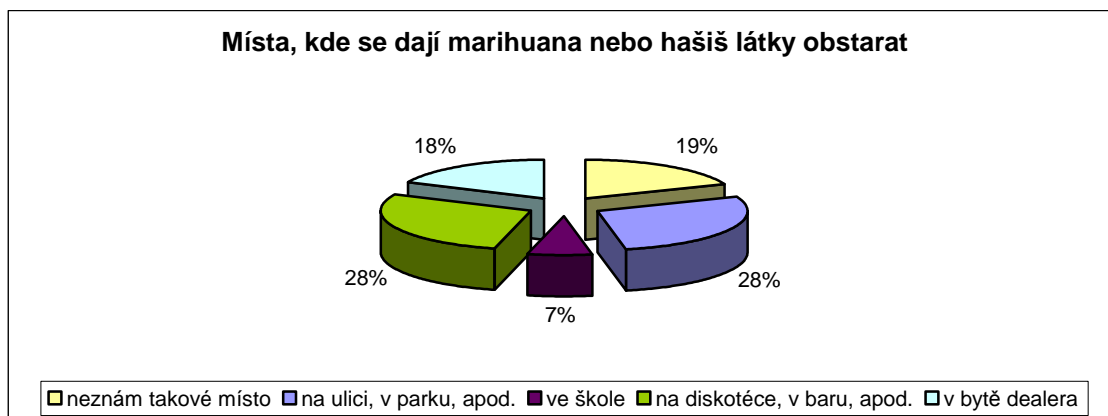
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Pro zlepšení nálady užilo návykovou látku 39 % studentů, 29 % studentů užilo tuto látku ze zvědavosti, 14 % uživatelů chtělo prostřednictvím drogy zapomenout na starosti a stejná skupina (tj. 14 %) studentů užilo tuto látku z nudy. 3 % uživatelů uvedlo jako důvod osamocení a 1 % studentů užilo látku z důvodu, že je to moderní.

Otázka č. 10 **Kdybyste si chtěl/a koupit marihuanu nebo hašiš, víte, kde by se daly tyto látky obstarat?**

- neznám takové místo
- na ulici, v parku, apod.
- ve škole
- na diskotéce nebo v baru, apod.
- v bytě dealera
- jinde.....

Graf 4.13 Místa, kde si mohou respondenti konopné látky obstarat



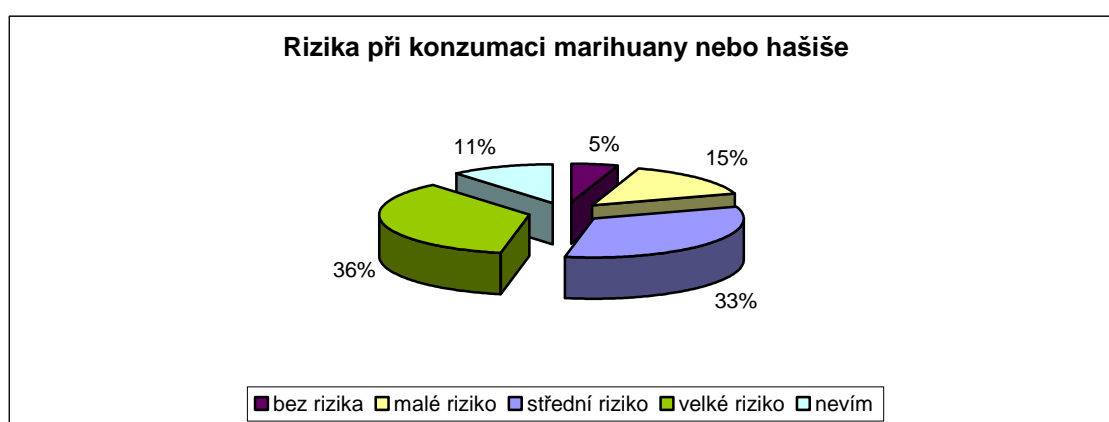
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

28% respondentů by si obstaralo konopné látky na diskotéce, v baru, apod., stejná skupina respondentů (tj. 28 %) by si obstarala konopné látky na ulici, v parku a podobných místech. V 19 % respondenti nevědí, kde by mohli marihuanu nebo hašiš získat a 18 % respondentů uvedlo jako místo získání konopných látek, byt dealera. 7 % respondentů by si tyto látky obstaralo ve škole.

Otázka č. 11 **Myslíte si, že pravidelné užívání marihuany nebo hašiše je:**

- bez rizika
- malé riziko
- střední riziko
- velké riziko
- nevím

Graf 4.14 Rizika při pravidelné konzumaci konopných látek



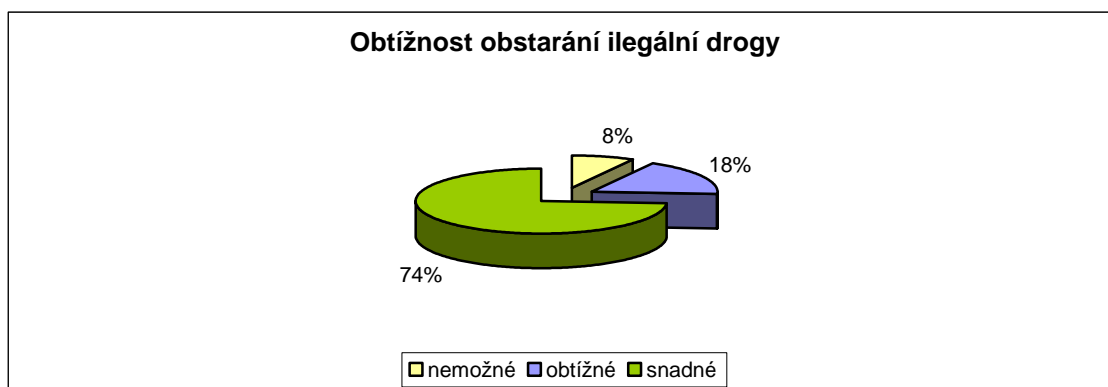
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

36 % studentů si uvědomuje, že pravidelné užívání konopných látek je velkým rizikem, 33 % studentů považuje užívání těchto látek za střední riziko, v 15 % studenti považují užívání marihuany nebo hašiše za málo rizikové, 11 % studentů nedokázalo na tuto otázku odpovědět a pouze v 5 % si studenti myslí, že tato pravidelná konzumace konopných látek je bez rizika.

Otázka č. 12 **Jak obtížné je pro Vás ilegální drogu obstarat?**

- nemožné
- obtížné
- snadné
- neužívám

Graf 4.15 Jak je obtížné pro respondenty ilegální drogu obstarat



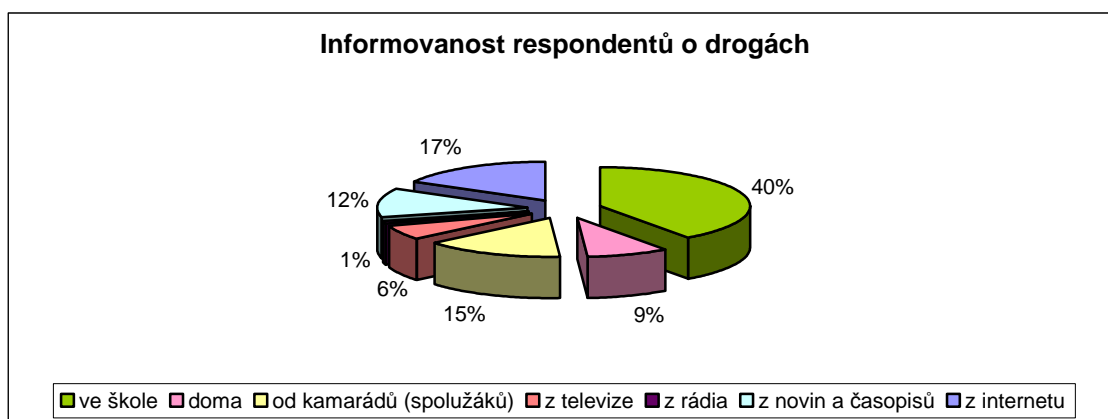
Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Pro 74 % studentů je snadné si drogu obstarat, pro 18 % studentů je získání drogy obtížné a pro 8 % studentů je získání drogy celkem nemožné.

Otázka č. 13 **Kde jste se dozvěděl/a nejvíce informací o rizicích užívání drog?**

- ve škole
- doma
- od kamarádů (spolužáků)
- z televize
- z rádia
- z novin a časopisů
- z internetu
- jinde.....

Graf 4.16 Informovanost respondentů o rizicích při užívání drog



Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Z tohoto grafu je patrné, že 40 % respondentů má nejvíce informací o drogách ze školy, 17 % studentů získalo nejvíce informací z internetu, 15 % studentů získalo tyto informace od kamarádů či spolužáků, ve 12 % byly největším zdrojem informací noviny či časopisy, 9 % respondentů získalo informace z domova, 6 % studentů z televize a pouhé 1 % z rádia.

4.2 Výsledky statistického zpracování dotazníkového šetření

Hodnocení zkušeností studentů vybraných středních škol a odborných učilišť s omamnými a psychotropními látkami

Po konzultaci s příslušným odborníkem, byl pro statistické šetření použit výsledek vlastního dotazníkového šetření a to konkrétně z výsledků odpovědí u otázky číslo 5. Výběrový statistický soubor obsahoval odpovědi 126 respondentů. Pro interpretaci výsledků jsem vybrala následující metody: Elementární statistické zpracování, Neparametrické testování a Poissonovo rozdělení.

Elementární statistické zpracování

| | |
|---|----|
| 1. nemám žádnou zkušenost | 61 |
| 2. užil jsem pouze několikrát na zkoušku | 50 |
| 3. užil jsem příležitostně (nejvýše několikrát do měsíce) | 9 |
| 4. užívám často (jednou až několikrát týdně) | 3 |
| 5. užívám pravidelně (téměř denně) | 3 |

Následující tabulka prezentuje formu uspořádání výsledků daného měření.

Tab. 4.4 Výsledky zpracování 126 dotazníků od studentů vybraných škol

| x_i | n_i | n_i/n | $\sum n_i/n$ | $x_i n_i$ | $x_i^2 n_i$ | $x_i^3 n_i$ | $x_i^4 n_i$ |
|--------|-------|----------|--------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | 61 | 0,484127 | 0,484127 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| 2 | 50 | 0,396825 | 0,880952 | 100 | 200 | 400 | 800 |
| 3 | 9 | 0,071429 | 0,952381 | 27 | 81 | 243 | 729 |
| 4 | 3 | 0,02381 | 0,97619 | 12 | 48 | 192 | 768 |
| 5 | 3 | 0,02381 | 1 | 15 | 75 | 375 | 1875 |
| \sum | 126 | 1 | | 215 | 465 | 1271 | 4233 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Výpočet empirických parametrů:

Obecný moment r-tého řádu: $O_r(x) = \frac{1}{n} \sum n_i x_i^r$

Obecný moment 1.- 4. řádu:

$$O_1 = \frac{1}{n} \sum n_i x_i = 215/126 = 1,71 \text{ (aritmetický průměr)}$$

$$O_2 = \frac{1}{n} \sum n_i (x_i)^2 = 465/126 = 3,69$$

$$O_3 = \frac{1}{n} \sum n_i (x_i)^3 = 1271/126 = 10,09$$

$$O_4 = \frac{1}{n} \sum n_i (x_i)^4 = 4233/126 = 33,60$$

Centrální moment r-tého řádu: $C_r(x) = \frac{1}{n} \sum n_i (x_i - O_1)^r$

Centrální moment 2.- 4. řádu:

$$C_2 = O_2 - [O_1]^2 = 3,69 - 2,92 = 0,77$$

$$C_3 = O_3 - 3 \cdot O_2 \cdot O_1 + 2 \cdot [O_1]^3 = 10,09 - 18,93 - 10,00 = 1,16$$

$$C_4 = O_4 - 4 \cdot O_3 \cdot O_1 + 6 \cdot O_2 \cdot [O_1]^2 - 3 \cdot [O_1]^4 = 33,6 - 69,02 - 64,74 - 25,65 = 3,67$$

Směrodatná odchylka S_x : $S_x = \sqrt{C_2}$

$$S_x = \sqrt{C_2} = \sqrt{0,77} = 0,88$$

Normovaný moment 3-4. řádu: $N_3 = \frac{C_3}{C_2 \sqrt{C_2}}$

$$N_4 = \frac{C_4}{C_2^2}$$

$$N_3 = \frac{1,16}{0,77 \sqrt{0,77}} = 1,73$$

$$N_4 = \frac{3,67}{0,77^2} = 6,22$$

Následující tabulka poukazuje na intervalové rozdělení četností, kdy do takto vytvořených intervalů jsou zahrnuty odpovídající hodnoty statistického znaku nebo odpovídající hodnoty metrické škály.

Tab. 4.5 Intervalové rozdělení četností

| x_i | interval | n_i | n_i/n | $\sum n_i/n$ | $x_i n_i$ | $x_i^2 n_i$ | $x_i^3 n_i$ | $x_i^4 n_i$ |
|--------|------------------------|-------|----------|--------------|-----------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | $(-\infty; 1,5\rangle$ | 61 | 0,484127 | 0,484127 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| 2 | $(1,5; 2,5\rangle$ | 50 | 0,396825 | 0,880952 | 100 | 200 | 400 | 800 |
| 3 | $(2,5; 3,5\rangle$ | 9 | 0,071429 | 0,952381 | 27 | 81 | 243 | 729 |
| 4 | $(3,5; 4,5\rangle$ | 3 | 0,02381 | 0,97619 | 12 | 48 | 192 | 768 |
| 5 | $(4,5; \infty)$ | 3 | 0,02381 | 1 | 15 | 75 | 375 | 1875 |
| \sum | | 126 | 1 | | 215 | 465 | 1271 | 4233 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Neparametrického testování

Stanovení nulových hypotéz H_0 a alternativních hypotéz H_a . Základem testování neparametrických hypotéz je srovnávání teoretických a empirických absolutních četností.

Pro ověření neparametrické hypotézy byl vybrán χ^2 - test (test dobré shody).

Potřebné vztahy pro výpočet χ_{exp}^2 , p_i a u_i :

$$\chi_{\text{exp}}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - np_i)^2}{np_i} \wedge p_i = \Phi(u_i) - \Phi(u_{i-1}) \wedge u_i = \frac{x_i - \mu}{\sigma}$$

Tab. 4.6 Výpočty u_i , $F(u_i)$ -Laplaceovy funkce, p_i a np_i

| x_i | interval | n_i | u_i | $F(u_i)$ | p_i | np_i |
|-------|------------------------|-------|----------|----------|-------|--------|
| 1 | $(-\infty; 1,5\rangle$ | 61 | -0,24 | 0,41 | 0,41 | 51,66 |
| 2 | $(1,5; 2,5\rangle$ | 50 | 0,9 | 0,82 | 0,41 | 51,66 |
| 3 | $(2,5; 3,5\rangle$ | 9 | 2,03 | 0,98 | 0,16 | 20,16 |
| 4 | $(3,5; 4,5\rangle$ | 3 | 3,17 | 1 | 0,02 | 2,52 |
| 5 | $(4,5; \infty)$ | 3 | ∞ | 1 | 0 | 0 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Následující tabulka upravuje absolutní četnosti, jelikož je potřeba, aby při ověřování hypotéz H_0 a H_a měl každý interval absolutní četnost alespoň rovnou 5. Jelikož v tomto případě daná podmínka nebyla splněna, je třeba sloučit dílčí intervaly. Součástí této tabulky jsou i další výpočty, které jsou nezbytné ke stanovení experimentální hodnoty testovaného kritéria.

Tab. 4.7 Úprava počtu intervalů a zapsání výsledků, které jsou nezbytné pro výpočet testovaného kritéria

| x_i | n_i | np_i | $(n-np_i)^2/np_i$ |
|-------|-------|--------|-------------------|
| 1 | 61 | 51,66 | 1,69 |
| 2 | 50 | 51,66 | 0,05 |
| 3 | 9 | 20,16 | 6,18 |
| 4+5 | 6 | 2,52 | 4,81 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Vlastní výpočet experimentální hodnoty testovaného kritéria χ_{exp}^2 podle daného vztahu:

$$\chi_{\text{exp}}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - np_i)^2}{np_i} = 12,73$$

Určení kritické teoretické hodnoty χ_{teor}^2 pomocí statistických tabulek:

$$\chi_{teor}^2 = \chi_v^2 = \chi_{k-r-1}^2 = \chi_1^2 = \chi_{4-2-1}^2 = 3,84 \text{ při hladině statistické významnosti } \alpha = 0,05$$

Prostřednictvím kritické teoretické hodnoty již bylo možno zapsat pravostranný kritický obor W podle vztahu:

$$W = \langle \chi_v^2(\alpha); \infty \rangle$$

$$W = \langle \chi_v^2(0,05); \infty \rangle = \langle 3,84; \infty \rangle$$

Jelikož experimentální hodnota testového kritéria χ_{exp}^2 je rovna $\chi_{exp}^2 = 12,73$ (tj. $\chi_{exp}^2 \in W$), lze učinit průkazný závěr týkající se testu neparametrické hypotézy: experimentální hodnota vybraného kritéria je prvkem kritického souboru W , proto je nutné přijmout alternativní hypotézu H_a - tzn. empirické rozdělení nelze nahradit zamýšleným teoretickým rozdělením.

Neparametrické testování - Poissonovo rozdělení

Tab. 4.8 Absolutní a relativní četnosti

| x_i | n_i | n_i/n |
|----------|-------|---------|
| 1 | 61 | 0,48413 |
| 2 | 50 | 0,39683 |
| 3 | 9 | 0,07143 |
| 4 | 3 | 0,02381 |
| 5 | 3 | 0,02381 |
| Σ | 126 | 1 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Výpočet teoretického parametru λ Poissonova rozdělení $Po(\lambda)$ pomocí obecného momentu 1. řádu, jelikož zároveň platí $O_1 = \lambda$.

$$O_1 = \frac{1}{n} \sum n_i x_i$$

$$O_1 = E_i = \lambda$$

Následně je třeba vypočítat hodnoty pravděpodobnostní funkce P_i Poissonova rozdělení $Po(\lambda)$ a to pomocí následujícího vztahu:

$$P_i = e^{-\lambda} \frac{\lambda^i}{i!}$$

Tento test vyžaduje, aby všechny teoretické četnosti (np_i) byly větší než 5. Pokud toto není dodrženo, je nutno sloučit třídy tak, aby podmínka byla dodržena. V tomto případě je nutno sloučit třídy 2, 3 a 4 do jedné.

Tab. 4.9 Úprava tříd a výpočet hodnot potřebných ke zjištění experimentální hodnoty χ^2_{exp} testovaného kritéria

| $x_i = i$ | n_i | p_i | np_i | $n - np_i$ | upravené $n - np_i$ | $(n - np_i)^2$ | $(n - np_i)^2 / np_i$ |
|-----------|-------|-------|--------|------------|------------------------|----------------|-----------------------|
| 0 | 61 | 0,49 | 61,74 | -0,74 | -0,74 | 0,548 | 0,009 |
| 1 | 50 | 0,348 | 43,85 | 6,15 | 6,15 | 37,82 | 0,862 |
| 2 | 9 | 0,123 | 15,5 | -6,5 | -4,805 | 23,09 | 1,17 |
| 3 | 3 | 0,029 | 3,65 | -0,65 | | | |
| 4 | 3 | 0,052 | 0,655 | 2,345 | | | |
| Σ | 126 | | | | | | |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2012

Dosazení daných hodnot do testovaného kritéria:

$$\chi^2_{\text{exp}} = \sum_{i=0}^k \frac{(n_i - nP_i)^2}{nP_i}$$

Výpočet experimentální hodnoty χ_{exp}^2 testovaného kritéria:

$$\chi_{\text{exp}}^2 = 0,009 + 0,862 + 1,17 = 2,041$$

Teoretickou hodnotu χ_{teor}^2 testovaného kritéria je možno odečíst ze statistických tabulek.

$$\chi_{\text{teor}}^2 = \chi_{k-r-1}^2 (\alpha)$$

$$\chi_{\text{teor}}^2 = \chi_{k-r-1}^2 (0,05) = \chi_{3-1-1}^2 (0,05) = \chi_1^2 (0,05) = 3,84$$

Nyní je možno zapsat kritický soubor W:

$$W = (3,84; \infty)$$

Z výpočtu vyplývá, že χ_{exp}^2 není prvkem kritického souboru W a z tohoto důvodu lze empirické rozdělení zkušeností studentů s omamnými a psychotropními látkami nahradit diskrétním teoretickým rozdělením, tzn. Poissonovým rozdělením Po (λ).

Zkušenosti studentů s omamnými a psychotropními látkami nemají Gaussovo rozdělení, nýbrž rozdělení Poissonovo. Jedná se o vzácné případy v oblasti pravidelného užívání omamných a psychotropních látek.

5 Diskuze

Na začátek dotazníku byly umístěny otázky týkající se charakteristiky cílové skupiny.

Otázka č. 1 se týkala věku zastoupených respondentů. Nejpočetnější věkovou kategorií zde byli studenti ve věku 17-18 let a to v 64 %. Domnívám se, že dotazníky byly rozdány podle uvážení výchovných poradců či metodiků prevence, studentům převážně druhých či třetích ročníků, čemuž by odpovídalo věkové zastoupení respondentů. Přestože mezi nejrizikovější skupinu patří studenti ve věku 15-16 let, byli tito studenti zastoupeny v menší míře. Ačkoliv se věk konzumentů návykových látek snižuje, nebylo možné ovlivnit rovnoměrné zastoupení studentů, kteří se zúčastnili daného výzkumu. Jednak to bylo způsobeno tím, že studenti vyšších ročníků byli v rámci svého vzdělávání na praxích a nebylo možné jim dotazníky doručit a jednak i přes veškerou ochotu a vstřícnost výchovných pedagogů, nebylo možné se domluvit na konkrétním vzorku respondentů, jelikož tito pedagogové měli na starost pouze výuku v některých třídách. Nejméně, zde byli zastoupeni i studenti starší 19 let. Domnívám se, že se mohlo jednat o studenty, kteří buď nastoupili školní docházku později, nebo propadli z předchozích ročníků, ale také se mohlo jednat o jedince, kteří přestoupili z jiné školy do nižších ročníků.

Druhá otázka nás informuje o pohlaví respondentů daného dotazníkového šetření. Přestože dotazníky byly rozdány na školy, jež byly vybrány náhodným výběrem, procentuální zastoupení chlapců a dívek není tak rozdílné. Dívky zde byly zastoupeny ve většině (56 %) a jednalo se o 70 oslovených z celkového počtu 126 respondentů. Je velmi zajímavé, že ve vybraných školách byli zastoupeni jak chlapci, tak dívky. Nejednalo se o školy a hlavně obory, které by byly zaměřené pouze na jednu skupinu, ať již dívek nebo chlapců. Střední sportovní a podnikatelskou školu a hotelovou školu mohou zároveň studovat jak dívky, tak chlapci. Velmi mne také překvapilo, že na středním odborném učilišti elektrotechnickém, kde bych očekávala převážné zastoupení chlapců, byly ve velké míře zastoupeny podle dotazníků i dívky. Přibližný poměr chlapců a dívek jsem zaznamenala podle dotazníkového šetření

i na poslední škole, kterou byla Střední živnostenská škola (přestože má tato škola v názvu „střední“ jsou zde i učební obory bez maturity, na které byl průzkum směřován).

Třetí otázka nám ukazuje procentuální zastoupení studentů podle typu školy. 66 studentů z celkového počtu 126 dotazovaných navštěvuje střední odbornou školu, což je 52 % dotazovaných. Zbývajících 48 % respondentů navštěvuje střední odborné učiliště. Jedná se o rovnoměrné zastoupení studentů podle škol, neboť na tyto školy byly rozdány dotazníky ve stejném počtu. Rozdílná procenta tvoří nedodané dotazníky.

Poslední otázka týkající se charakteristiky cílové skupiny nás informuje o tom, s kým žijí respondenti ve společné domácnosti. Společné soužití s oběma rodiči deklaruje největší počet dotázaných (63 %), v menší míře žije s jedním rodičem třetina studentů. Jelikož nejvíce oslovenou skupinou byli studenti ve věku 17-18 let, dá se předpokládat, že mladiství ve věku 17 let, kteří ještě nejsou právoplatně dospělými, žijí právě s rodiči. Pro mladistvé, kteří již dosáhli plnoletosti a po teoretické stránce by již mohli žít samostatně, tak si troufám tvrdit, že nejen z finančního hlediska je pro ně výhodnější společná domácnost s rodiči. Společnou domácnost s prarodiči uvedly 4 % studentů. K tomuto soužití může vést několik důvodů, jedním z nich je například, že prarodiče bydlí ve městě, kde daný potomek studuje. Pouze minimální počet studentů, a to pouze 1 %, již žije samo.

A nyní již následují otázky mapující zkušenosti studentů s omamnými a psychotropními látkami.

O tom jaké mají zkušenosti studenti vybraných škol s omamnými a psychotropními látkami nás informuje otázka číslo 5. Výsledky jsou velmi zajímavé. Jakoukoliv ilegální drogu užila do současné doby již více než polovina všech respondentů (52 %). Pokud srovnáme procentuální zastoupení respondentů, kteří mají zkušenosti s ilegálními drogami, s výsledky uveřejněnými ve Školní dotazníkové studii o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách, která byla provedena v Plzni roku 2008, zjistíme, že tyto výsledky jsou velmi totožné. Podle této studie mělo v roce 2008 zkušenost s těmito látkami 53,5 % respondentů⁵⁷. Což nám poukazuje na neměnný trend při užívání těchto látek. Bohužel také musím konstatovat, že se jedná o poslední

studii ohledně návykových látek na území města Plzně. Při psaní této diplomové práce jsem také navštívila centra protidrogové prevence, jež se zabývají prevencí sociálně patologických jevů na základních a středních školách. Po konzultaci s odbornými pracovníky těchto center, musím konstatovat, že přestože tyto střediska zpracovávají preventivní programy a aktivity pro dospívající, třídní kolektivy, pedagogy i rodiče, kterými chtějí předcházet rozvoji rizikového chování, jako je užívání návykových látek a sociální selhávání v oblasti vrstevnických a dalších vztahů, nezaznamenaly tyto centra zájem ze strany škol o zmapování drogové situace na těchto školách. Vrátime-li se zpět k pokračování otázky č. 5, můžeme konstatovat, kdy z vlastního dotazníkového šetření vyplývá, že 41 % studentů vybraných škol užilo omamné a psychotropní látky pouze několikrát na zkoušku. Vzhledem k věku respondentů se domnívám, že se jedná o ojedinělé experimentování, které ještě nemusí znamenat užívání problémové. V životě mladistvích probíhají v tomto období velké osobní změny. Takto dospívající jedinci se v tomto věku odpoutávají od rodičů, budují si vlastní autonomii, vybírají si a zároveň se připravují na své budoucí povolání a nalézají místo mezi svými vrstevníky. Při tvorbě této osobní identity mladiství ve svém životě rádi zkouší, riskují, experimentují, a nejedním výsledkem může být i v této pro ně náročné době, získávání zkušeností s návykovými látkami. Dále následuje skupina respondentů, kteří užívají ilegální drogy nejvýše několikrát do měsíce. Domnívám se, že se jedná o užívání těchto látek za účelem zlepšení nálady či pro zábavu, a je jedno zda se jedná o skupinky mladistvích trávících svůj volný čas společně nebo o party kamarádů, kteří tráví pateční či sobotní večery v klubech pro mladistvé či v pohostinských zařízeních. V menší míře užívají respondenti ilegální drogy jednou až několikrát do týdne a někteří dotazovaní uvedli pravidelnou konzumaci těchto látek denně. Podle vlastního dotazníkového šetření, ale i všeobecného podvědomí, je právě marihuana na české scéně nejvíce oblíbenou drogou. Proto si troufám tvrdit, že mladiství, kteří často a pravidelně konzumují drogy, mají v největší oblibě konzumaci marihuany a to ve formě kouření jointů. Dále pokud budeme hodnotit zkušenosti studentů s omamnými a psychotropními látkami podle pohlaví, významnější rozdíly zde nebyly nalezeny. Chlapci mají zkušenosti v 52 % a dívky ve 48 %. Bylo tak potvrzeno, že dochází ke stírání rozdílů v užívání

drog mezi pohlavími a že jak chlapci, tak dívky mají stejné postoje k užívání drog. Na stejné výsledky poukazuje i studie ESPAD, která byla naposledy provedena mezi mladistvými v roce 2011 a jejíž výsledky jsou již k dispozici. Pokud budeme hodnotit zkušenosti studentů podle vybrané školy, větší zkušenosti s omamnými a psychotropními látkami mají studenti odborných učilišť a to v 52 %. Studenti středních odborných škol mají zkušenosti s těmito návykovými látkami ve 48 %. Hodnoty mezi školami nejsou nikterak rozdílné, přesto můžeme směle konstatovat, že s náročností školy klesá trend v užívání ilegálních látek. Hodnoty získané z vlastního dotazníkového šetření můžeme také porovnat s údaji uvedenými v poslední školní studii ESPAD. Výsledky této studie poukazují, že zkušenost s jakoukoliv ilegální drogou má 56,4 % respondentů odborných učilišť a 45,2 % dotazovaných ze středních odborných škol s maturitou ⁶⁸. Mohu tedy potvrdit, že výsledky obou šetření jsou bez velkých rozdílů.

Otázka č. 6 nás již informuje, s jakou ilegální drogou měli mladiství první zkušenost. Jistě není pro nikoho velkým překvapením, že se na přední pozici, a to v 97 %, umístila marihuana. Jak již bylo v teoretické části této diplomové práce řečeno, jedná se o látku, která je na území České republiky velmi oblíbená a hlavně snadno dostupná a to nejen vzhledem k vlastní produkci některých uživatelů či dealerů. Domnívám se, že rozhodující je i cena této látky, za kterou se dá koupit na černém trhu. Podle tabulky č.1.10 byla v roce 2010 oficiální cena za 1 gram 200 Kč. Samozřejmě, tato suma již může být v dnešní době o něco vyšší, nicméně si myslím, že tato cena je stále ještě v porovnání s jinými cenami drog, např. 1 g pervitinu stojí 1290 Kč, pro českou mládež akceptovatelná. Je třeba zdůraznit i fakt, že mnoho uživatelů, kteří pěstují marihuanu pro vlastní potřebu, zásobují zdarma či za podstatně nižší ceny uživatele v blízkém okolí. Mezi další drogy, se kterými mají respondenti první zkušenost, patří ve velmi malé míře i pervitin či extáze a jiné taneční drogy. Obě ilegální látky patří mezi stimulantia, které mají budivý efekt na CNS na celý organismus.

Domnívám se, že právě extáze jako taneční droga, která se užívá při víkendových akcích, byla i v tomto případě užita právě v zařízeních, kde se mladiství baví, tancují

či popíjejí alkohol a kdy je velmi snadné této droze podlehnout. Dalo by se říci, že je to droga zrozená právě pro tento momentální styl zábavy.

Chlapci uvedli marihuanu v 94 % jako drogu, s níž měli první zkušenost, poté následuje pervitin a ve stejném počtu (ve 3 %) následuje extáze a jiné taneční drogy. Pokud porovnáme vlastní dotazníkové šetření s daty uvedenými ve Školní dotazníkové studii na území města Plzně z roku 2008, docházíme ke stejným výsledkům. Podle této studie užili chlapci jako první drogu marihuanu v 95,8 % případů⁵⁷. U dívek byly výsledky následující. Podle vlastního dotazníkového šetření bylo zjištěno, že dívky mají první zkušenost s marihuanou ve 100 % a podle Školní dotazníkové studie, která byla provedena na území města Plzně v roce 2008, měly dívky první zkušenost s marihuanou v 91,7 %⁵⁷. Dá se tedy konstatovat, že tyto výsledky nejsou tolik rozdílné.

Sedmá otázka mapuje, v kolika letech měli respondenti první zkušenost s ilegální drogou. Více než polovina respondentů (54%) uvádí, že měla tuto zkušenost ve věku 15-16 let. Druhou početnou skupinou byli dotazovaní, kteří měli první zkušenost s drogou, aniž by dosáhli věku 15 let. Hranice 15 let, je v období dospívajícího jedince velice důležitá, jelikož mladiství se po oslavení patnáctých narozenin stávají trestně odpovědní za své činy. Přestože jsou tato čísla alarmující, nejsou bohužel žádným překvapením. V současné době dochází na celém světě k neustále produkci nových a nových drog a zároveň se snižuje věk mladistvích, kteří přichází s drogou do kontaktu. A také jak již bylo řečeno v předchozí části diskuze, tito mladiství se dostávají do bouřlivého období svého života, kdy hledají sami sebe, experimentují a vytváří si svoji vlastní identitu. Zajímavým zjištěním je, že žádný student starší 19 let, nezkusil tyto návykové látky v tomto, ani v pozdějším věku. Dalo by se říci, že přestože proměna dospívajícího se jedince na dospělého ještě nemusí být dokončena, daní jedinci si dobře uvědomují rizika spojená s konzumací těchto nelegálních látek. Uvědomují si, že pokud přečkali období adolescence, pak ví, že nemá smysl již s drogou začínat v pozdějším věku.

O tom, zda respondenti užívají či užili některou z daných návykových látek, nás informuje otázka č. 8. Podle vlastního dotazníkového šetření v posledním roce užilo

konopné látky celkem 21 % uživatelů a 24 % respondentů tyto látky užilo během posledních 30 dnů. Pokud tato data porovnáme s výsledky školní studie ESPAD, zjistíme mírné rozdíly. Podle této studie v posledním roce užilo konopné látky 30 % respondentů a necelých 15 % je užilo v posledních 30 dnech ⁶⁸. Tyto rozdíly mohou být dány jednak větší velikostí zkoumaného vzorku populace, ročním obdobím (sklizeň marihuany) a jednak i cíleným věkovým zastoupením respondentů ve studii ESPAD. 31 % dotazovaných užilo konopné látky někdy v životě. V tomto počtu jsou samozřejmě zahrnuti i první zkušenosti studentů s ilegálními drogami, a proto z tohoto čísla nelze usuzovat, zda se jedná o pravidelné uživatele konopných látek. Během posledních 12 měsíců užilo pervitin celkem 2 % dotazovaných a během posledních 30 dnů, 3 % uživatelů. Pokud opět srovnáme s výsledky studie ESPAD, dojdeme k závěru, že mírný rozdíl mezi oběma šetřeními nalézáme pouze u užití pervitinu v posledních 30 dnech ⁶⁸. Pokud porovnáme užití pervitinu během posledních 12 měsíců u respondentů obou studií, můžeme konstatovat, že výsledky jsou srovnatelné ⁶⁸. Ostatní ilegální drogy jako jsou LSD a amfetaminy užili respondenti v posledních 12 měsících ve velmi nízkém procentu. Zajímavé také je, že pouze jeden student se přiznal ke konzumaci psychofarmak během posledních 30 dnů a to konkrétně k rivotrilu. Jedná se o léčivo, které se používá k léčbě epilepsie a může být použito i ke krátkodobé léčbě panické poruchy. Ostatní ilegální drogy (kromě konopných látek), které užili respondenti kdykoliv během života, byli zastoupeni v nízkém procentu. Domnívám se, že nízká konzumace těchto návykových látek může být ovlivněna jednak vysokou cenou některých ilegálních drog a jednak i špatnou dostupností pro uživatele. Nicméně je třeba také podotknout, že se mohlo jednat o pouhé experimentování s těmito ilegálními látkami, kdy daní jedinci chtěli pouze vyzkoušet, jaké jsou účinky a stavy po konzumaci těchto látek. Zároveň žádný respondent v dotazníkovém šetření nepřiznal užití rozpustidel.

Zda si studenti myslí, že pravidelné užívání marihuany nebo hašiše je rizikové či nikoliv, o tom nás informuje otázka č. 9. Z celkového počtu dotazovaných, si 36 % respondentů myslí, že pravidelné užívání konopných drog je velmi rizikové. Přestože je obecně rozšířený názor, že užívání konopných drog je bezpečné,

není tato myšlenka zcela pravdivá. Dlouhodobé a pravidelné užívání konopných drog vede u uživatelů ke zdravotním problémům a zároveň ke ztrátě motivace k běžným aktivitám. Proto je příjemným zjištěním, že respondenti zastávají názor, že pravidelné užívání konopných drog je velkým rizikem. Druhou početnou skupinou jsou respondenti, kteří se domnívají, že pravidelné užívání konopných látek je středně rizikové. Otázkou zde zůstává, do jaké míry mají daní studenti vědomosti o škodlivém působení konopných látek na lidský organismus. Na druhou stranu je třeba také říci, že každý jedinec má odlišné vnímání rizikovosti daných látek. Co pro jednoho studenta může být velmi nebezpečné, pro druhého může být zcela zanedbatelné. Jak jsem již v teoretické části uvedla, podle Martina Bootha nebyl zatím popsán případ, kdy by uživatel zemřel na samotné předávkování marihuany. Z tohoto důvodu si také troufám tvrdit, že sami studenti nemají ve svém okolí nikoho, kdo by na předávkování konopnými látkami zemřel, na rozdíl při předávkování jinými tvrdšími ilegálními drogami, ale zároveň si studenti uvědomují, že pravidelná konzumace může mít nepříznivé účinky na lidský organismus. Dále je třeba zohlednit i fakt, že studenti, kteří na tuto otázku odpovídali, mohou mít pouze teoretické zkušenosti, ať již z přednášek ve škole, z domova či internetu nebo se jedná o experimentátory, kteří tyto konopné látky užili pouze na zkoušku a nemohou tak sami z vlastní zkušenosti posoudit, jak mohou konopné látky při pravidelném užívání působit na lidský organismus a jaké je škodlivé riziko při pravidelném užívání těchto látek. Jak již bylo uvedeno v diskuzi u otázky č. 5, uživatelů, kteří konzumují drogy často nebo pravidelně je velmi málo (celkem 4 % uživatelů) a jelikož je marihuana nejvíce oblíbenou drogou u této skupiny respondentů, domnívám se, že tito uživatelé mohou i z vlastní zkušenosti potvrdit, že pravidelná konzumace marihuany není bez rizika. Otázkou však i zůstává, zda si tito uživatelé vůbec nějaké zdravotní komplikace připouští. Pravidelná konzumace konopných látek představuje pro 15 % respondentů malé riziko a pro nejmenší zastoupenou skupinu je zcela bez rizika. Domnívám se, že takto mohli odpovědět studenti, jenž mají buď malé znalosti u užívání konopných látek, nebo zastávají všeobecně platný názor, že konzumace těchto látek je bez rizika a je jedno, jestli i oni sami jsou uživateli těchto látek a nebo, se může jednat

o konzumenty, kteří jak již bylo uvedeno v předchozím odstavci, si žádné rizika a komplikace nepřipouští. Nemalou skupinou jsou zde i respondenti, kteří na danou otázku nedokázali odpovědět. Zde můžeme polemizovat, zda daní studenti mají dostatečné znalosti o konopných látkách či zda si pouze netroufli odhadnout míru škodlivého působení těchto látek a rizika jaká mohou při pravidelné konzumaci nastat. Nabízí se i možnost, zda vůbec chtěli tito studenti nad touto otázkou přemýšlet a zda pro ně nebylo výhodnější zaškrtnout neutrální odpověď.

Z jakého důvodu užívají či užívali studenti návykovou látku, to nám mapuje otázka č. 10. V 39 %, studenti užili či užívají návykovou látku zejména pro zlepšení nálady, zvědavost jako důvod užití se umístila na druhém místě a to v počtu 29 %. Na stejném místě (29 %) se umístily důvody, jako je zapomenutí na starosti a užití drogy pro zábavu. To jsou nejčastější důvody, které uvedli sami respondenti, nicméně jsou to i ty samé nejčastější důvody, které uvádí Školní dotazníková studie provedená na území města Plzně, v roce 2008⁵⁷. Mladiství, kteří užívají návykové látky, zažívají dobré pocity, zbavují se svých problémů, nepříjemných pocitů ale i bolestí, ale to vždy jen na pouhou chvíli, která může být následně vykoupena zhoršením zdraví, prospěchu, ale i kvality života. Pro mladistvé je užívání návykových látek moderní a snadno dostupný způsob, jak dočasně uniknout z reality života.

Otázka č. 11 nás informuje o místě, kde by si respondenti mohli opatřit konopné drogy. Při této otázce mohli studenti vybrat více možností. Ve 28 % případů by si studenti obstarali drogu na ulici, v parku a podobných místech. Je to celkem logické, pro mladistvé, kteří tráví svůj čas venku, ať již vysedáváním na lavičkách v parku, či ve sportovních zařízeních nebo poflakováním se po sídlišti, jsou tato místa obzvlášť příhodná. Schází se zde pochybní jedinci, dealeři či party, kteří mohou nabídnout či nabízejí mladistvím vlastní produkci konopných látek či zboží zakoupené od jiných dealerů a to pouze za účelem zvýšení vlastního zisku. Stejná skupina respondentů by si opatřila konopné drogy na diskotéce, v baru či jiném pohostinství. Jedná se o zařízení, kde se mladiství baví, uvolňují, ztrácí zábrany a tím se zde vytváří vhodné podmínky pro distribuci konopných látek. Samozřejmě, že toto prostředí lákají k jejich okamžité konzumaci. Mládež se snaží ještě více zlepšit si náladu, odpoutat

se od běžné reality únikem do jiného světa a v kombinaci s alkoholem mohou být tyto účinky ještě intenzivnější, ale zároveň i nebezpečnější. V 19 %, studenti neznají místo, kde by si opatřili konopné drogy. Toto číslo je velmi zajímavé. Přestože po teoretické a všeobecné stránce mohou studenti znát místa, kde se dají tyto látky obstarat, otázkou je, pokud by daný student měl opravdu zájem o konopné drogy, zda tyto místa ve svém okolí či bydlišti najde. V 18 % případů by studenti koupili či dostali konopné drogy přímo v bytech dealerů. V tomto případě se může jednat jednak o cizí překupníky, kteří mohou nabízet vlastní produkci konopných látek nebo o jedince, kteří mohou tyto prodeje zprostředkovávat. Důležitým faktem i zůstává, že mnoho mladistvých má kamarády, kteří sami mohou konopné látky pěstovat a následně prodávat a tím se stávají pro oslovené respondenty osobními dealery. Získání konopných drog ve škole uvedli respondenti v 7 % případů. Toto číslo není velké, ale jelikož oslovení respondenti jsou spolužáci, není problém konopné drogy tajně distribuovat mezi sebou.

Otázka č. 12 je zaměřena na zjištění, jak je obtížné pro respondenty drogu obstarat. Pro 74 % uživatelů drog je snadné získat ilegální drogy. V dnešní době, kdy mladiství znají místa, kde si drogu obstarat a mají také již vytvořené kontakty, které jim umožňují v případě potřeby tyto návykové látky získat, je to pro ně lehce řešitelný úkol. Pro menší skupinu respondentů je získání drogy obtížné či nemožné. A jak již bylo řečeno v diskuzi u předchozí otázky, může to být způsobenou neznalostí míst, kde se dají návykové látky obstarat, ale také i neznalostí kontaktů na příslušné dealery. Nicméně je možné, že oslovení studenti mají strach či stud se o tyto látky zajímat, z důvodu vlastní konzumace, aby se okolí nedozvědělo, že tyto ilegální látky užívají či jsou snad na nich závislími.

Poslední otázka nás informuje o místech, kde respondenti získali nejvíce informací o drogách. Na tuto otázku mohli respondenti vybrat více možností, neboť je velmi obtížné kvantifikovat množství informací podle příslušného zdroje. Největší skupinou byli dotazovaní (ve 40 % případů), kteří získali o drogách nejvíce informací ve škole. Překvapujícím zjištěním je, že v dnešní době vyspělých technologií získávají studenti nejvíce informací právě ve škole. Zdá se, že na této úrovni velmi dobře funguje

primární prevence ve školách. A je jedno zda se jedná o preventivní programy zpracované centry protidrogové prevence, školenými pedagogy nebo metodiky prevence. Důležité je, že tyto programy splňují svoje poslání, předávají mladistvým potřebné informace o drogách, o jejich účincích na lidský organismus a možnostech vzniku závislosti. A dále se také snaží předcházet vzniku rizikového chování s důrazem na užívání návykových látek, a pokud již došlo k rozvoji rizikového chování, podporují a motivují mladistvé k méně rizikovému životnímu stylu. V 17 % získali studenti informace o návykových látkách na internetu, což není nikterak překvapující, jelikož v dnešním moderním světě je pro mladistvé internet jednou z mnoha důležitých věcí, se kterou tráví podstatnou část svého volného času. Na třetím místě se umístilo získávání informací od kamarádů či spolužáků. Vrstevníci, jenž mají podobné starosti, zájmy a aktivity jsou pro dospívající jedince velkou oporou. Nemusí se stydět na cokoli zeptat, mohou přiznat sami své zkušenosti, popřípadě nezdary a zároveň získají informace, zážitky či zkušenosti od svých blízkých vrstevníků. V 9 % získali dotazovaní informace z domova. Toto číslo není nikterak vysoké. Domnívám se, že právě rodiče by měli být při výchově prvními osobami, které poskytnou svému potomkovi dostatek informací. Na druhou stranu je však třeba také připomenout, že sami rodiče nemusí mít dostatek informací o návykových látkách a nemusí znát veškerá úskalí při zneužívání drog. Je však pouze na nich, zda tuto prevenci podcení či ve vlastním zájmu nastudují základní fakta týkající se této oblasti. Je třeba ale také zdůraznit, že mnoho rodičů si nepřipouští, že jejich syn či dcera by mohli drogy užívat a že se jich tento problém vůbec netýká. Z televize a z rádia mají dotazovaní nejméně informací, což může být dáno tím, že mladiství upřednostňují jiné informační zdroje a že tyto veřejná média moc neposlouchají či nesledují.

6 Závěr

Závislost na drogách představuje velmi složitý a rozsáhlý společenský problém, proti kterému je třeba neustále bojovat. Z tohoto důvodu je třeba, aby se nejen mladiství, ale i dospělí jedinci naučili nejen zodpovědnosti ve svém životě, ale také schopnosti se rozhodnout mezi informacemi a nabídkou různých možností, jak v případě životních nesnázích, naložit se svým životem či jakou pomoc v případě potřeby přijmout.

Je třeba si však také uvědomit, že drogy se světa nevymítíme. Návykové látky tu během vývoje lidstva byly, jsou a nadále i budou. Některé z nich člověku pomáhají, jiné ho naopak ovládají a ničí. Proto jsme však lidé, abychom nežili s drogami, ale spíše vedle nich.

Cílem diplomové práce bylo popsat nejznámější zástupce omamných a psychotropních látek, informovat o škodlivých účincích těchto návykových látek na lidský organismus, poukázat na nebezpečí drogové závislosti a pomocí dotazníkového šetření zmapovat zkušenosti studentů vybraných škol s omamnými a psychotropními látkami na území města Plzně. Na základě uvedených výsledků lze konstatovat, že cíl práce byl splněn.

Dotazníkové šetření ukázalo, že 52 % studentů vybraných středních škol a odborných učilišť na teritoriu města Plzně, má již zkušenost s omamnými a psychotropními látkami. Z tohoto důvodu lze konstatovat, že ověřovaná hypotéza se potvrdila.

Výsledky diplomové práce budou použity vybranými školskými zařízeními, které se účastnily dotazníkového šetření, ke zlepšení objektivní informovanosti studentů o předcházení a rizicích zneužívání omamných a psychotropních látek, ale i k podpoře prevence vzniku nežádoucích sociálně patologických jevů.

7 Klíčová slova

Droga

Drogová závislost

Návyková látka

Omamné a psychotropní látky

Prevence

8 Seznam použité literatury

1. ALBERTS, Anderas a Peter MULLEN. *Psychoaktivní rostliny, houby a živočichové*. Praha: Svojtka, 2002. ISBN 80-7237-448-6.
2. BEČKOVÁ, ILONA a Peter VIŠNOVSKÝ. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.
3. Benzodiazepin. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 5. 2. 2012 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepin>
4. Benzodiazepiny. [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: <http://odrogach.wbs.cz/Benzodiazepiny-.html>
5. BÍLEK, Jaroslav. Těkavé látky - podceňované drogy. In: *TOXICOLOGY* [online]. 14.04 2007 [cit. 2012-01-21]. Dostupné z: <http://www.toxicology.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=100>
6. BOOTH, Martin. *Konopí:dějiny*. Praha: BB art, 2004. ISBN 80-7341-348-5.
7. Braun - běčko. *Kontaktní centrum Litoměřice: centrum prevence drogových závislostí* [online]. Litoměřice: Kontaktní centrum Litoměřice, © 2008-2009, 30. 6. 2009 [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.kclitomerice.cz/drogy/index.php?menu=braun>
8. Crack. *Drogy* [online]. [cit. 2012-01-07]. Dostupné z: <http://drogy.ezin.cz/pages/crack.html>

9. Crack. *Streetdrugs.org* [online]. Minnesota, 2011 [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.streetdrugs.org/html%20files/Crack%20Cocaine.html>
10. Česká republika. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1990. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=200%2F1990&number2=&name=&text=
11. Česká republika. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1998. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=167%2F1998&number2=&name=&text=
12. Česká republika. Zákon 379/2005 Sb., o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=379%2F2005&number2=&name=&text=
13. Česká republika. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=40%2F2009&number2=&name=&text=
14. Česká republika. Zákon č. 106/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=106%2F2011&number2=&name=&text=

15. Česká republika. Nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku. In: *Sbírka zákonů*. 2009. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=455%2F2009&number2=&name=&text=
16. Česká republika. Nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=467%2F2009&number2=&name=&text=
17. Česká republika. Usnesení vlády České republiky ze dne 30. listopadu 2011 č. 881 o nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 455/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku. 2011. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/70DC5AEDDFC8AD9AC125795D00532CDB/\\$FILE/881%20uv111130.0881.pdf](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/70DC5AEDDFC8AD9AC125795D00532CDB/$FILE/881%20uv111130.0881.pdf)
18. Česká republika. Usnesení vlády České republiky ze dne 30. listopadu 2011 č. 882 o nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 467/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů. 2011. Dostupné z: [http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/70DC5AEDDFC8AD9AC125795D00532CDB/\\$FILE/882%20uv111130.0882.pdf](http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/70DC5AEDDFC8AD9AC125795D00532CDB/$FILE/882%20uv111130.0882.pdf)

19. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
20. DAVENPORT-HINES, Richard. *Honba za zapomněním: světové dějiny narkotik 1500-2000*. Praha: BB art, 2004. ISBN 80-7341-202-0.
21. Drogy: Marihuana. *Drop In: nikdy není pozdě* [online]. Praha: Drop In o.p.s [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.dropin.cz/o-drogach/125-marihuana>
22. Drogy opiátové typu. In: *DobráVěc.cz* [online]. [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://tema.dobravec.cz/zavislosti/drogy/informace-o-drogach/ilegalni-drogy/drogy-opiatove-typu>
23. Drogová prevence v České republice. *Drogová stránka* [online]. [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm#primarni
24. DUPAL, Libor. *Kniha o marihuaně*. 2. vydání. Praha: Mat'a, 2004. ISBN 80-7287-082-3.
25. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2011. ISBN 978-92-9168-466-3.
26. FAKTOR, Lukáš. *Závislost. ZŠ L. Kuby* [online]. České Budějovice: Základní škola L. Kuby [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <http://www.zsroznov.cz/prevence/zavislost.pdf>

27. FIŠEROVÁ, Magdalena. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína* [online]. 2000, roč. 2, č. 3 [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm
28. FIŠEROVÁ, Magdalena. ÚSTAV FARMAKOLOGIE 3. LF UK. *Taneční drogy* [online]. Praha: Postgraduální medicína, 3. 12. 2004 [cit. 2012-01-06]. Dostupné z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/Tanecni_drogy_1.doc
29. GANERI, Anita. *Drogy: Od extáze k agonii*. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80-86299-70-8.
30. GRONSKÝ, Libor a kolektiv. *Racionální protidrogová politika: Uživatelé drogy do rukou policie nebo lékařů?* Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.
31. Hašiš. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 21. 2. 2012 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ha%C5%A1i%C5%A1>
32. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
33. HOFMANN, ALBERT. *LSD-mé nezvedené dítě*. Praha: Profess, 1997. ISBN 80-85235-46-3.
34. HON, Zdeněk. *Toxikománie* [online prezentace]. České Budějovice: ZSF JČU [cit. 2012-02-03].

35. Ilegální drogy. *DiS - DROGOVÝ INFORMAČNÍ SERVER* [online]. Sananim, © 2012 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy>
36. Ilegální drogy. *Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, © 2003-2006 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy
37. Ilegální drogy. *Krystal Help: sdružení pro podporu prevence a práce s drogově závislými* [online]. Krnov: KRYSTAL HELP, o.s., © 2008 [cit. 2012-02-09]. Dostupné z: <http://www.krystalhelp.cz/index.php?pg=ilegalni>
38. ILLES, Tom. *Děti a drogy*. 2. upravené vydání. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-85866-50-1.
39. Informace o drogách. *Prev-Centrum, o. s.* [online]. Praha: Prev-Centrum, o.s. [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://www.kmen.info/Drogy-info.aspx>
40. Jak se závislost projevuje?. *Substituční léčba.cz* [online]. Praha: MeDitorial, © 2012 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/jak-se-zavislost-projevuje>
41. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
42. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
43. KALINA, Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

44. KOLEKTIV AUTORŮ. *Kouzelné houby v Čechách*. 1996.
45. MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.
46. MINAŘÍK, Jakub. O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky. *Drogová poradna* [online]. Praha: Sananim, ©2009 [cit. 2011-11-15]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>
47. MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
48. MIOVSKÝ, Michal a kolektiv. *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
49. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.
50. NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
51. Opiáty na cestě historií lidstva – I. část. *Substituční léčba.cz* [online]. Praha: MeDitorial, © 2012 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/novinky/opiaty-na-cestechistorii-lidstva-i-cast-129>
52. Opiates: Subutex. *WAISMANN METHOD Advanced Treatment for Opiate Dependence* [online]. CALIFORNIA: Anesthesia Assisted Medical Opiate Detoxification, © 1997-2012, 05. 03. 2012 [cit. 2012-02-07]. Dostupné z: <http://www.opiates.com/subutex>

53. PAVLAS, Ivan. Člověk a drogové závislosti. Ostrava: Centrum dalšího vzdělávání PdF OU, 2001. ISBN 80-7042-197-5.
54. Používaná terminologie. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>
55. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-858000-25-X.
56. RUFER, Marc. *Tabletky štěstí: Extáze, Prozac-návrat psychofarmak?*. Brno: Books, 1998. ISBN 80-85914-97-2.
57. SDRUŽENÍ SCAN. *Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008*. Tišnov, 2008 [cit. 2012-02-21].
58. Stránky drogové poradny Sdružení Podané ruce - www.extc.cz. *Extc: Prevence zneužívání syntetických drog* [online]. Brno: Sdružení Podané ruce, o.s., © 2009 [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <http://www.extc.cz/>
59. STREATFIELD. *Kokain: Dějiny*. Praha: BB art, 2003. ISBN 80-7257-957-6.
60. Substance. *Saferparty* [online]. 2008 [cit. 2012-01-11]. Dostupné z: <http://www.saferparty.cz/o-projektu-safer-party>
61. ŠTÁBLOVÁ, Renata a Břetislav BREJCHA a kolektiv. *Drogy: vybrané kapitoly*. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2005. ISBN 80-7251-186-6.
62. ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, Magdalena. Prevence drogových závislostí. *Zdravotnické noviny: Postgraduální medicína* [online]. 2004 [cit. 2012-02-16].

Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

63. Toluen. *Integrovaný registr znečišťování* [online]. Praha: Ministerstvo životního prostředí [cit. 2012-02-03]. Dostupné z: <http://www.irz.cz/node/95>
64. TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty-fakta-rady*. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-7251-186-6.
65. VIŠŇOVSKÝ, Peter a Ilona BEČKOVÁ. *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: Ekonomická a informační agentura, 1998. ISBN 80-85490-76-5.
66. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2003. ISBN 80-244-0709-4.
67. Základní fakta o běžně zneužívaných drogách. *Pravda o drogách* [online]. Praha: ŘEKNI NE DROGÁM - ŘEKNI ANO ŽIVOTU, o.s., © 2007 - 2009 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/drogy/kap-zakladni-fakta-o-bezne-zneuzivanych-drogach.html>
68. ZAOSTŘENO NA DROGY 1: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Praha: Úřad vlády ČR, 2012, roč. 10, č. 1. ISSN 1214 -1089.
69. ZÁŠKODNÝ, Přemysl, Renata HAVRÁNKOVÁ, Jiří HAVRÁNEK a Vladimír VURM. *Základy statistiky: s aplikací na zdravotnictví* [online]. 2. přepracované vydání. Praha: CURRICULUM, 2011 [cit. 2012-03-18]. ISBN 978-80-904948-2-4. Dostupné z: <http://sites.google.com/site/csrggroup/textbook>
70. ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JČU. *Drogová závislost (toxikomanie)* [online]. České Budějovice [cit. 2012-01-08]. Dostupné z:

http://www.zsf.jcu.cz/Members/ppetr/Informace/elektronicke-studini-texty/texty_KFT05/6UDKFDZ.doc

9 Seznam tabulek a grafů

Tabulky

| | |
|--|-----|
| Tab. 1.1 Dělení drog podle míry rizika..... | 14 |
| Tab. 1.2 Zástupci benzodiazepinů | 58 |
| Tab. 1.3 Počty osob zadržených a stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy v letech 2002–2010 podle různých informačních zdrojů..... | 67 |
| Tab. 1.4 Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku podle jednotlivých resortů v letech 2004-2010 (v tis. Kč) | 68 |
| Tab. 1.5 Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog (v %) | 77 |
| Tab. 1.6 Prevalence užívání drog v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech (v %) | 78 |
| Tab. 1.7 Celoživotní prevalence užívání vybraných nelegálních drog podle pohlaví (v %) | 79 |
| Tab. 1.8 Míry prevalence užívání dané drogy ve Výzkumu občanů 2010 (v %)..... | 80 |
| Tab. 1.9 Míry prevalence užívání dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010 (v %)..... | 81 |
| Tab. 1.10 Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v letech. 2008–2010 (v Kč)..... | 82 |
| Tab. 4.1 Užití návykové látky v posledních 30 dnech (v %)..... | 108 |
| Tab. 4.2 Užití návykových látek v posledních 12 měsících (v %) | 109 |
| Tab. 4.3 Užití návykových látek kdykoliv během života respondenta (v %)..... | 110 |
| Tab. 4.4 Výsledky zpracování 126 dotazníků od studentů vybraných škol | 116 |
| Tab. 4.5 Intervalové rozdělení četností..... | 118 |
| Tab. 4.6 Výpočty u_i , $F(u_i)$ -Laplaceovy funkce, π_i a $n\pi_i$ | 119 |
| Tab. 4.7 Úprava počtu intervalů a zapsání výsledků, které jsou nezbytné pro výpočet testovaného kritéria..... | 119 |
| Tab. 4.8 Absolutní a relativní četnosti | 120 |
| Tab. 4.9 Úprava tříd a výpočet hodnot potřebných ke zjištění experimentální hodnoty χ^2_{exp} testovaného kritéria | 121 |

Grafy

| | |
|--|-----|
| Graf 1.1 Celoživotní prevalence užití vybraných drog podle pohlaví..... | 84 |
| Graf 1.2 Celoživotní prevalence užití vybraných ilegálních drog podle pohlaví..... | 84 |
| Graf 1.3 Prevalence užívání konopných drog podle pohlaví..... | 85 |
| Graf 1.4 Důvod užití první ilegální drogy | 86 |
| Graf 4.1 Zastoupení respondentů podle věku | 100 |
| Graf 4.2 Zastoupení respondentů podle pohlaví..... | 101 |
| Graf 4.3 Zastoupení respondentů podle školy | 101 |
| Graf 4.4 Žití ve společné domácnosti | 102 |
| Graf 4.5 Zkušenosti respondentů s omamnou a psychotropní látkou..... | 103 |
| Graf 4.6 Zkušenosti respondentů s OPL podle pohlaví | 104 |
| Graf 4.7 Zkušenosti respondentů s OPL podle školy | 104 |
| Graf 4.8 První zkušenost respondentů s OPL | 105 |
| Graf 4.9 První vyzkoušená ilegální droga chlapci..... | 106 |
| Graf 4.10 První vyzkoušená ilegální droga dívky | 106 |
| Graf 4.11 Věk, kdy respondenti měli první zkušenost s ilegální drogou..... | 107 |
| Graf 4.12 Důvod užití návykové látky..... | 111 |
| Graf 4.13 Místa, kde si mohou respondenti konopné látky obstarat | 112 |
| Graf 4.14 Rizika při pravidelné konzumaci konopných látek | 113 |
| Graf 4.15 Jak je obtížné pro respondenty ilegální drogu obstarat | 114 |
| Graf 4.16 Informovanost respondentů o rizicích při užívání drog | 115 |

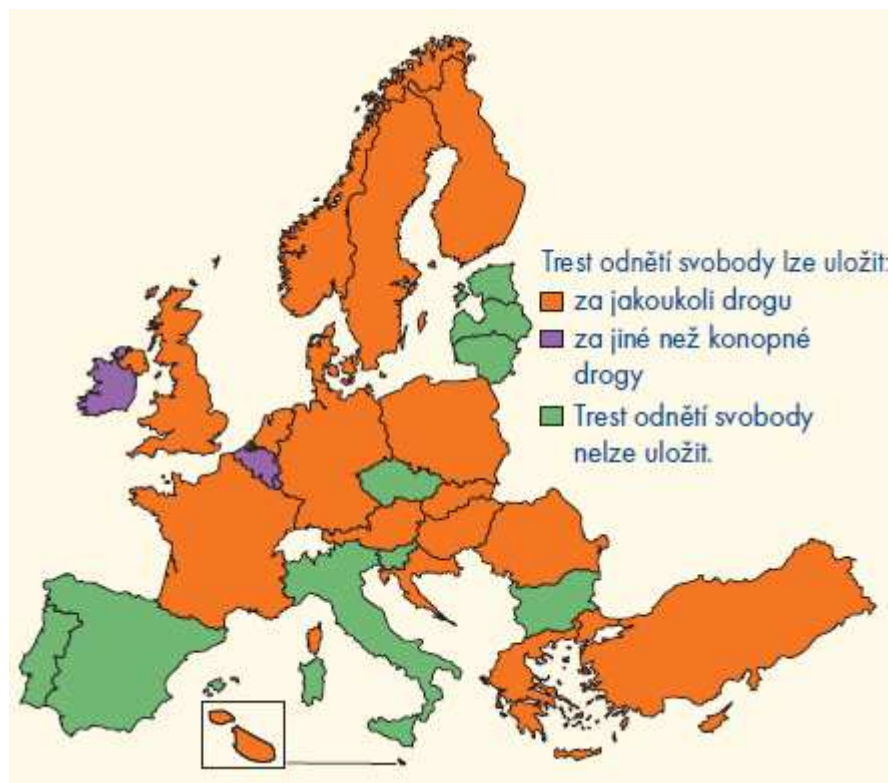
10 Přílohy

Příloha č. 1 – Trestní sazby v zákonech: možnost trestu odnětí svobody za držení drog pro vlastní potřebu (méně závažné trestné činy)

Příloha č. 2 – Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11 – F19 podle druhu zdravotnického zařízení v letech 2007 – 2009 (v tis. Kč)

Příloha č. 3 – Dotazník

Příloha č. 1: Trestní sazby v zákonech: možnost trestu odnětí svobody za držení drog pro vlastní potřebu (méně závažné trestné činy)



Zdroj: Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě

Příloha č. 2: Náklady zdravotních pojišťoven spojené s diagnózou F11 – F19 podle druhu zdravotnického zařízení v letech 2007–2009 (v tis. Kč)

| Druh zdravotnického zařízení | 2007 | | | 2008 | | | 2009 | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------|--|-------------------------------------|----------------|--|-------------------------------------|----------------|
| | Identifikovatelné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifikovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifikovatelné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifikovatelných nákladů | Náklady celkem | Identifikovatelné náklady podle diagnózy | Odhad neidentifikovatelných nákladů | Náklady celkem |
| Nemocnice (fakultní a akutní péče) | 71 897 | 33 820 | 105 717 | 78 386 | 40 149 | 118 535 | 82 489 | 50 439 | 132 928 |
| Psychiatrická léčebna | 130 337 | 68 | 130 405 | 151 664 | 74 | 151 738 | 172 864 | 77 | 172 941 |
| Psychiatrická léčebna pro děti | 1 415 | 0 | 1 415 | 2 408 | 0 | 2 408 | 1 988 | 1 | 1 989 |
| Ostatní lůžková zařízení | 4 129 | 3 936 | 8 065 | 3 955 | 4 305 | 8 260 | 5 818 | 5 457 | 11 275 |
| Lůžková zařízení celkem | 207 777 | 37 824 | 245 602 | 236 413 | 44 528 | 280 941 | 263 159 | 55 974 | 319 133 |
| Ordinace lékařů specialistů | 9 522 | 991 | 10 513 | 9 510 | 1 743 | 11 253 | 10 665 | 2 929 | 13 594 |
| Zařízení pro léčbu drogových závislostí | 1 242 | 0 | 1 242 | 1 560 | 0 | 1 560 | 2 068 | 0 | 2 068 |
| Samostatná ordinace psychologa | 1 018 | 0 | 1 018 | 992 | 0 | 992 | 1 411 | 1 | 1 412 |
| Ostatní ambulantní zařízení | 8 573 | 3 937 | 12 510 | 7 468 | 3 327 | 10 795 | 8 650 | 5 245 | 13 895 |
| Samostatná ambulantní zařízení celkem | 20 355 | 4 928 | 25 283 | 19 530 | 5 070 | 24 600 | 22 793 | 8 175 | 30 968 |
| Dopravní a záchranná zdravotnická služba | 4 322 | 146 | 4 469 | 4 455 | 42 | 4 497 | 4 755 | 84 | 4 839 |
| Psychoterapeutický stacionář | 948 | 2 | 950 | 729 | 25 | 754 | 629 | 25 | 654 |
| Ostatní zvláštní zařízení | 78 | 12 | 90 | 130 | 17 | 147 | 148 | 16 | 164 |
| Zvláštní zařízení celkem | 5 348 | 160 | 5 509 | 5 314 | 84 | 5 398 | 5 532 | 125 | 5 657 |
| Léčiva | 1 883 | 48 712 | 50 595 | 1 082 | 52 263 | 53 345 | 371 | 55 229 | 55 600 |
| Výdejna zdravotnických prostředků | 20 | 1 995 | 2 015 | 24 | 2 557 | 2 581 | 7 | 2 898 | 2 905 |
| Zařízení lékařské služby celkem | 1 903 | 50 707 | 52 610 | 1 106 | 54 820 | 55 926 | 378 | 58 127 | 58 505 |
| Ostatní zdravotnická zařízení ¹ | 113 | 12 | 125 | 156 | 24 | 180 | 768 | 2 462 | 3 230 |
| Nezařazená zdravotnická zařízení | 1 116 | 5 287 | 6 403 | 20 659 | 7 538 | 28 197 | 13 094 | 17 117 | 30 211 |
| Náklady zdravotních pojišťoven celkem | 236 613 | 98 918 | 335 531 | 283 178 | 112 064 | 395 242 | 305 723 | 141 980 | 447 703 |

Pozn.: ¹ Orgány ochrany veřejného zdraví, ostatní organizace MZ a další zdravotnická zařízení.

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

Příloha č. 3: Dotazník

Dotazník

Vážení studenti,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění následujícího dotazníku, jehož výsledky budou použity ke zpracování diplomové práce na téma „*Zkušenosti studentů středních škol a odborných učilišť s omamnými a psychotropními látkami na teritoriu města Plzně*“.

Dotazník je anonymní a uvedené údaje nebudou nijak zneužity. Vyplnění celého dotazníku nezabere více než 10 minut. Přečtěte si prosím pečlivě každou otázku a vybranou odpověď označte.

Tímto Vám děkuji.

Lenka Kvíderová, studentka ZSF JČU

1. Věk

- méně než 15 let
- 15-16 let
- 17-18 let
- 19-20 let
- více než 20 let

2. Pohlaví

- muž
- žena

3. V současné době navštěvuji:

- střední odbornou školu
- střední odborné učiliště

4. V domácnosti žiji s:

- s oběma rodiči
- s jedním rodičem
- s prarodiči
- jiné.....

5. Do jaké míry máte zkušenosti s omamnou a psychotropní látkou?

- nemám žádnou zkušenost
- užil jsem pouze několikrát na zkoušku
- užívám příležitostně (nejvýše několikrát do měsíce)
- užívám často (jednou až několikrát týdně)
- užívám pravidelně (téměř denně)

6. S jakou návykovou látkou jste měl/a první zkušenost?

(zaškrtněte pouze jednu možnost)

- marihuana
- LSD
- lysohlávky
- pervitin
- extáze a jiné taneční drogy
- heroin
- braun
- rozpustidla
- psychofarmaka (vypiš jaké.....)
- bez zkušenosti
- jiné.....

7. V kolika letech jste měl/a první zkušenost s ilegální drogou?

- méně než 15 let
- 15-16 let
- 17-18 let
- 19-20 let
- více než 20 let
- nemám žádnou zkušenost

8. Užíval/a jste někdy některé z uvedených látek?

(zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

| | Ne | Ano, během posl. 30 dnů | Ano, během posl. 12 měsíců | Ano, někdy v životě |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| marihuana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hašiš | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LSD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lysohlávky | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| amfetaminy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pervitin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| extáze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| crack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| heroin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| braun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rozpustila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psychofarmaka (vypiš jaká.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bez zkušenosti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jiné..... | | | | |

9. Návykovou látku užívám (jsem užil/a) z důvodu:

- nudím se (pro zábavu)
- cítím se osamocen/a
- zapomenout na starosti
- pro zlepšení nálady
- zvědavost
- je to moderní
- chci se vytáhnout před kamarády (spolužáky)
- nevzpomínám si
- neužívám
- jiné.....

10. Kdybyste si chtěl/a koupit marihuanu nebo hašiš, víte, kde by se daly tyto látky obstarat?

- neznám takové místo
- na ulici, v parku, apod.
- ve škole
- na diskotéce nebo v baru, apod.

- v bytě dealera
- jinde.....

11. Myslíte si, že pravidelné užívání marihuany nebo hašišu je:

- bez rizika
- malé riziko
- střední riziko
- velké riziko
- nevím

12. Jak obtížné je pro Vás drogu obstarat?

- nemožné
- obtížné
- snadné
- neužívám

13. Kde jste se dozvěděl/a nejvíce informací o rizicích užívání drog?

- ve škole
- doma
- od kamarádů (spolužáků)
- z televize
- z rádia
- z novin a časopisů
- z internetu
- jinde.....

Děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.

Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření