

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Ondřej Skála

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

Výskyt drogové závislosti u žáků středních škol

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny uvedené prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji panu Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a informací, trpělivost a především čas, který mi po dobu práce věnoval.

Anotace

Příjmení a jméno: Skála Ondřej

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Výskyt drogové závislosti u žáků středních škol

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Počet stran: číslované 65, nečíslované 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: droga, návykové látky, středoškoláci, žáci, zkušenost, závislost, informovanost, intoxikace, prevence

Souhrn:

V bakalářské práci jsme se zabývali problematikou závislosti na návykových látkách u žáků středních škol. Teoretická část se věnuje historii užívání drog, vysvětluje pojmy jako droga a drogová závislost, poukazuje na známky užívání a projevy intoxikace. Dále se věnuje možnosti prevence, včetně služeb, které poskytují protidrogová centra.

Praktická část porovnává míru závislosti na návykových látkách mezi žáky střední zdravotnické a nezdravotnické školy v Plzni. Dále se zajímá, jak žáci hodnotí prevenci ze strany školy, jaká je jejich informovanost o drogách a kde získali nejvíce informací, jaké látky užívají nejčastěji, co bylo důvodem užití a co jim droga způsobuje.

Abstract

Surname and Name: Skála Ondřej

Department: Rescuing and Technical Studies

Title of Thesis: Incidence of Drug Addiction of Secondary School Students

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages: numbered 65, unnumbered 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 28

Keywords: drug, addictive substance, secondary school students, pupils, experience, drug addiction, awareness, intoxication, prevention

Summary:

In the bachelor thesis we have dealt with the issue of drug addiction among pupils at secondary schools. The theoretical part concerns with the history of drug abuse and with the explanation of basic terms such as drugs and drug addiction. It shows signs of drug abuse and symptoms of intoxication. It also describes the possibilities of prevention, including services that are provided by anti-drug centers.

The practical part compares the rate of drug addiction among students of secondary medical school and non-medical school in Pilsen. Furthermore, it is interested in how students evaluate the prevention in the school, what is their awareness about drugs and where they gained the most of the information about drugs. The part describes what kind of drugs they used most often, what was the reason for using them and what kind of effect these drugs cause to them.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ZÁKLADNÍ POJMY A DROGOVÁ HISTORIE	14
1.1 Historie užívání drog	14
1.2 Pojem droga	16
1.3 Užívání drog	16
1.4 Drogová závislost	17
2 DROGOVÉ SPEKTRUM	20
2.1 Přírodní a syntetické drogy	20
2.2 Měkké a tvrdé drogy	20
2.3 Legální a nelegální drogy	21
2.4 Jednotlivé druhy drog	21
2.4.1 Alkohol	21
2.4.2 Tabák	22
2.4.3 Konopí	23
2.4.4 Tlumivé látky.....	24
2.4.5 Opioidy	25
2.4.6 Halucinogeny.....	27
2.4.7 Organická rozpouštědla	28
2.4.8 Stimulační drogy (psychostimulancia)	29
3 AKUTNÍ INTOXIKACE DROGOU	32
3.1 Akutní intoxikace alkoholem.....	32
3.2 Akutní intoxikace nikotinem	32
3.3 Akutní intoxikace kanabinoidy	33
3.4 Akutní intoxikace tlumícími látkami	33
3.5 Akutní intoxikace opiáty.....	33
3.6 Akutní intoxikace halucinogeny	34

3.7	Akutní intoxikace rozpouštědly	34
3.8	Akutní intoxikace stimulanty	34
4	ZNÁMKY UŽÍVÁNÍ DROG.....	36
5	PROTIDROGOVÁ PREVENCE	37
5.1	Primární prevence.....	37
5.2	Sekundární prevence.....	38
5.3	Terciární prevence	38
5.4	Prevence ve škole	39
5.5	Prevence v rodině	40
6	KONTAKTNÍ CENTRA.....	41
6.1	Kontaktní centrum (K-centrum)	41
6.2	Středisko primární prevence (P-centrum).....	42
6.3	Program následné péče (PNP)	42
	PRAKTICKÁ ČÁST	43
7	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	44
8	CÍLE A HYPOTÉZY	45
9	METODIKA VÝZKUMU	47
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	48
11	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	49
12	DISKUZE	70
	ZÁVĚR.....	74
	POUŽITÉ ZDROJE.....	76
	SEZNAM TABULEK	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM ZKRATEK	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82
	PŘÍLOHY	83

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybral proto, že téma drog je v současné době velmi aktuální. Jedná se o celosvětový problém, který je rozebírán nejen odborníky, ale i širokou veřejností. Těživá situace se dotýká i Plzeňského kraje, což dokládají například informace získané z reportáže serveru i-dnes. Z provedené analýzy odpadních vod v Plzni, tedy ve městě, ve kterém studuji, vyplývá, že v loňském roce zde bylo v přepočtu na tisíc obyvatel užito 6 229 dávek pervitinu, 433 dávek amfetaminu, 136 dávek kokainu a 78 dávek extáze. (IDNES, ©2014)

Drogy jsou látky, které nás obklopují ze všech stran a bohužel se staly nedílnou součástí běžného lidského života. Co je to vlastně droga? Původně se tak nazývaly léky obecně. Léky, které měly zbavit člověka bolesti či jiného neduhu. Jak jednoduché. A člověk je tvor podnikavý. Tak proč nevyužít toho stavu úlevy, i když nemá reálnou příčinu? Ale pozor. Většina účinných látek je návyková a k dosažení požadovaného stavu je potřeba zvyšovat dávku.

V současné době se nazývají drogami i látky, které původně neměly léčit, ale po jejich požití se člověk cítil reálně lépe. Byl sebevědomější, uvolněný, bezstarostný. Bohužel i tyto látky, mezi které patří alkohol, nebo tabák, jsou návykové. Ale nejhorší je, že drtivá většina těchto látek má vedlejší účinky, které doslova likvidují organismus. Ze závislého člověka, a to i na drogách legálních, se postupně stává troska. Dochází k rozkladu osobnosti.

Čím mladší člověk začne užívat drogu, tím rychleji si na ní vypěstuje závislost. Podle statistik nejohroženější skupinu tvoří jedinci ve věku 15-26 let. Tedy i středoškoláci, na které je tato práce zaměřena.

Důvodů, proč mladiství začnou brát drogy, může být několik. Může to být zvědavost, vliv party, nebo únik od reality a řešení problémů.

Bakalářská práce je rozdělena na část praktickou a část teoretickou.

Teoretická část se nejprve věnuje drogové problematice, která se zabývá historií užívání drog, vysvětluje základní pojmy jako droga, drogové užívání a drogová závislost. Dále se zaměřujeme na drogové spektrum, od obecného dělení až po konkrétní zástupce, účinky intoxikace a známky užívání. V závěru je uvedena prevence, včetně kontaktních center a služeb, které poskytují.

Praktická část se skládá z kvantitativního výzkumu, pomocí kterého jsme chtěli porovnat, jaká je závislost na návykových látkách mezi žáky střední zdravotnické a střední nezdravotnické školy v Plzni. Dále jsme pomocí dotazníkového šetření chtěli zjistit, jak žáci hodnotí drogovou prevenci ze strany školy, jaká je jejich informovanost o drogách a odkud získali nejvíce informací, s jakými návykovými látkami mají nejvíce zkušeností, příčinu užití a pocity po požití.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY A DROGOVÁ HISTORIE

V první kapitole se blíže seznámíme s historií užívání drog, vysvětlíme si pojem „droga“, „užívání drog“ a v neposlední řadě pojem „drogová závislost“.

1.1 Historie užívání drog

Historicky nejstarší zkušenosti s užíváním drog má člověk s tzv. „*psychedelickými látkami*“. Tyto látky jsou lidstvu známy od nepaměti. Byly využívány k léčbě, věštění, navázání komunikace s nebem a podsvětím, ale především pro šamanské rituály. Šamanismus je pokládán za nejstarší druh náboženství a léčitelství, který se mapuje do doby paleolitu. Psychedelické látky umožňovaly šamanovi navodit rychlé stavy změny vědomí, díky kterým mohl cestovat do podsvětí, s cílem získat potřebné poznání a vrátet se zpět, aby vykonal potřebnou službu druhým. Tento druh léčitelství byl po tisíciletí považován za nejlepší medicínskou techniku. (Kalina, 2003)

V Číně byla psychedelická látka využita již před 3500 lety. Jednalo se o posvátnou látku, z níž Číňané vyráběli nápoj zvaný „*soma*“. Po vypití tohoto nápoje získalo jejich tělo sílu, srdce odvahu, radost a nadšení a jejich mysl dosáhla osvícení a pocitu nesmrtelnosti. (Kalina, 2003)

První zmínky o konopí jako psychedelické látce jsou zaznamenány v lékařské knize čínského císaře Shen-Nunga před 5000 lety. 800 let před Kristem se konopí vyžívalo na léčbu psychedelických nemocí, jako byla migréna nebo nespavost. První zmínky o existenci konopí v Evropě jsou známy od 5. století po Kristu. (Kalina, 2003)

Bohatým zastoupením psychedelických látek oplývala Střední a Jižní Amerika. Domorodé kmeny Aztéků a Mayů užívaly řadu psychedelických rostlin, stejně jako indiáni kmene Huicholů a Mazatéků. Nejvíce využívanými rostlinami byly kaktus Peyotl a San Pedro, kde účinný alkaloid představoval meskalín, dále pak houby Teonanacatl s účinnou látkou psilocybinem. (Kalina, 2003)

Historicky mladší zkušenosti má člověk s tzv. „*návykovými látkami*“. Tyto látky jsou užívány příležitostně a přinášejí člověku utrpení a bolest, kterou s sebou závislost nese. (Kalina, 2003)

První zmínky týkající se pěstování máku pro výrobu opia pocházejí asi z roku 5000 př.n.l. z říše Sumerů. Sumerové nazývali opium HUL, což znamenalo „*radost*“

nebo „veselí“. (Szasz, 1997) Odtud se opium dostalo do Egypta, kde jej kněží využívali ke kultovním obřadům. Ve starém Řecku byly narkotické účinky drog využívány v léčitelství. Po dobytí Řecka Římem se opium dostalo více na západ. V 6. a 7. století při válečném tažení zanesli Arabové opium do Persie, Indie a Číny. V Číně bylo opium z počátku konzumováno, teprve později kouřeno. V těžkých dobách hladomoru a katastrof mělo za úkol potlačit hlad. V 19. století bylo opium zavečeno do Evropy, především do velkých měst, kde bylo ve velké míře užíváno. (Kalina, 2003)

Drogová situace v českých zemích není ničím novým. Podle historických záznamů u nás byly halucinogeny užívány již neolitickými kmeny. Tvrdí se, že v období neolitu se na našem území inhaloval kouř hašiše. Dalšími užívanými halucinogenními látkami byly: rulík zlomocný, durman obecný, blín černý nebo atropin. Tyto látky se využívaly ve středověku na přípravu mastí a čarodějných nápojů. (Nožina, 1997)

S rozvojem technických věd v 17. století došlo k výrobě nových syntetických látek. Tyto produkty sloužily k výrobě léčiv, jedů, ale i tzv. „požitkových“ látek. Období zneužívání drog u nás spustil derivát opia-morfin v polovině 19. století. (Tyler, 2000) Silná vlna zneužívání morfinu nastala během prusko-rakouské a prusko-francouzské války. Morfin se zde používal jako tlumící látka proti bolesti. Zneužívání morfinu v Čechách bylo registrováno koncem 19. století. (Nožina, 1997) Počátkem 20. století došlo k silnému rozvoji drogového trhu. Látka, která odstartovala řízený obchod s drogami, byl kokain. Ten byl oblíben ve společnosti pražských prostitutek, ale i umělců a podnikatelů. V tomto období docházelo k zásadním změnám ve složení drog. (Tyler, 2000)

Během 2. světové války a v 2. polovině 20. století došlo k vysokému zneužívání drog především v armádě, tajných službách a lékařství. V 60-80. letech došlo k zásadní změně na československém drogovém trhu. Uživatelé byli odkázáni výhradně na domácí výrobu, čímž se zrodila u nás droga číslo 1 – pervitin. (Tyler, 2000)

V posledních letech se ČR bohužel vyrovnává evropským standardům. Od domácích drog často přechází na drogy, které k nám proudí ze zahraničí. Rozvíjí se pěstitelství marihuany a experimentování s psychotropními látkami u stále mladších osob. Nejvíce užívanou drogou zůstává marihuana společně s LSD. Z tvrdších drog je to pervitin, kterému se postupně vyrovnává heroin. (Tyler, 2000)

1.2 Pojem droga

V minulosti se užívalo označení „droga“ pro látky rostlinného nebo živočišného původu, které sloužily jako lék. Označení droga pochází z nizozemského slova *droog*, což znamená suchý nebo něco suchého. Dnes je slovo droga bráno jen jako nadřazený pojem, do kterého patří jak léky, tak i látky sloužící ke změnám nálad, vědomí nebo tělesných a duševních funkcí. (Nožina, 1997)

Presl tvrdí, že: *„Velká většina drog nejsou jen látky škodlivé, ale zároveň látky s mnoha pozitivními účinky-jde často o součásti léků, nebo o samotné léky využívané hojně v medicíně“*. (Presl, a další, 1996, s.7) Proto i látky na tlumení bolesti či potlačení kašle jsou také brány za drogy. Účinek, kterým se tyto látky projeví, záleží na správnosti užití a velikosti dávkování. Ten samý prostředek může být v danou chvíli drogou nebo účinným lékem. Účinky přírodních látek znal člověk již odedávna. (Presl, a další, 1996)

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) považuje za drogu *„jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“*.(Nožina, 1997, s.9) V definici jsou obsaženy všechny látky, které působí nebo nepůsobí na centrální nervovou soustavu, tak i látky přírodního či syntetického původu. (Nožina, 1997)

1.3 Užívání drog

V této podkapitole si představíme nejčastější pojmy, které se pojí s užíváním návykových látek.

- užívání drog – svévolné brání psychoaktivních látek
- užívání dysfunkční – konzumace vede k poklesu společenského či psychologického fungování, jako je např: vznik rodinných problémů nebo dokonce ztráta zaměstnání
- užívání nemedicínské – za nemedicínské užívání se považují látky, které byly získány na předpis, jiným způsobem, v jinou dobu, než jak byly předepsány, nebo jinou osobou. Někdy se tento termín považuje za užívání nelegálních látek
- užívání nepřípustné – látky, které nejsou společností schválené. Společnost nesouhlasí s užíváním těchto látek
- užívání více psychoaktivních látek – jedinec užívá více druhů drog a to buď současně, nebo postupně, s cílem potlačit, nebo naopak zvýšit účinek jiné drogy. V lidské společnosti se může jednat o kombinované užívání alkoholu, nikotinu a kofeinu. Užívání více druhů návykových látek může vést ke vzniku *„duševních*

poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek“.(Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000, s. 77) Účinky lze diagnostikovat, jsou-li známé minimálně dvě užití látky. Na základě známých užitých látek lze říci, která je za nepříznivý vzniklý stav zodpovědná. Kategorie se užívají tehdy, kdy je nejistá identita některých látek nebo sami uživatelé nevědí, co berou (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

1.4 Drogová závislost

Drogová závislost je termín, který poukazuje na vztah mezi člověkem a farmakologickým účinkem látky. Závislost se často liší intenzitou a projevem. (Drtíl, 1978)

Definice drogové závislosti podle SZO je citována takto: *„Jde o stav psychický a někdy také fyzický, vyplývající z vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z jejího chybění. Tolerance může nebo nemusí být přítomna. Osoba může být závislá na jedné nebo více drogách*“.(Drtíl, 1978, s. 17)

Definice podle Vondráčka a Riedla zní takto: *„Toxikomanie je stav periodické nebo chronické intoxikace, která je škodlivá jedinci i společnosti a je zaviněna opakovaným užíváním drogy přirozené či syntetické. Toxikomanii charakterizují: nepřekonatelné přání nebo potřeba pokračovat v užívání drogy a opatřovat si ji všemi možnými prostředky, tendence zvyšovat dávky, psychická i fyzická závislost na účinku drogy*“.(Drtíl, 1978, s. 17)

Rozdíl definice drogové závislosti podle SZO a definice podle Vondráčka a Riedla vidím především v tom, že v prvním případě nemusí být závislost škodlivá společnosti. Pacient s metastázami v páteři, kterému je podáván delší dobu morfin proti bolesti, je zcela jistě na něm závislý. Ale jen díky morfinu je schopen snášet kruté bolesti, které mu působí rakovina. Ano, tento člověk splňuje definici SZO a podle ní je drogově závislý. Ale podle mého názoru nikoliv podle definice druhé. V takovém případě není chronická intoxikace škodlivá společnosti. V této formulaci vidím hlavní rozdíl mezi oběma definicemi.

Obecně se závislostí rozumí potřeba někoho nebo něčeho, co zajišťuje dané osobě správné fungování a přežití. Kdežto závislost na návykových látkách znamená potřebu užívání těchto látek pro potřebu zachování pohody a zbavení se nepohody. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Závislost je podle Mezinárodní klasifikace nemocí definována takto: „*Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák*“.(Nešpor, a další, 2003, s. 30)

V medicíně se závislost dělí na fyzickou a psychickou.

Závislost fyzická (tělesná) – Fyzická závislost je charakterizována tělesnými potížemi, které vznikají u odvykacího stavu. Tento stav nastává po úplném nebo jen částečném vysazení drog, alkoholu či léků. Odvykací stav bývá způsoben braním vyšších dávek návykové látky. Odvykání se často projevuje duševními depresemi a křečemi. Některé druhy drog fyzickou závislost vůbec nezpůsobují. Vzácným příkladem je kokain. (Nešpor, a další, 1999)

Závislost psychická (duševní) – Často změna psychiky představuje největší problém léčby u lidí, kteří jsou drogově závislí. Na rozdíl od fyzické závislosti se jedná o dlouhodobý proces. Znaky psychické závislosti jsou: potřeba užívat návykovou látku, potřeba zvyšovat dávku, zanedbávání zájmů a aktivit, braní látek i přes prokázání škodlivých následků. (Nešpor, a další, 1999)

Závislost na drogách se rozvíjí postupně, ale v mnohem kratší době, nežli závislost na alkoholu. Vývojový proces lze popsat ve čtyřech stádiích:

- 1) Stádium experimentování** – první impulz vedoucí k experimentování s drogou může být způsoben nudou, zvědavostí nebo touhou po něčem zakázaném, čímž lze prokázat nezávislost na autoritách. Významnou úlohu zde hraje sociální skupina, která návykovou látku užívá, a proto se stává pro osobu atraktivní. Mladiství berou drogy z důvodu uznání a začlenění. Důvodem může být i únik od problémů, které dospívající není schopen sám řešit. Významným spouštěčem bývá osobní nouze, situace, s jejímž řešením si neví rady a neumí se s ní vyrovnat. V takové situaci pro něho droga představuje únik z reality a osoba ji často přijme.
- 2) Stádium příležitostného užívání** – člověk pochopil, že droga ho dokáže zbavit problémů a nudy, a proto je za těchto podmínek užívá. V tomto stádiu ještě nepocítuje potřebu užívat drogu pravidelně. Ví, že droga není nejvhodnějším řešením, a proto jejich užívání popírá. Záleží mu na vztahu k blízkým osobám a jeho sociální roli.

- 3) **Stádium pravidelného užívání** – člověk bere drogu stále častěji, ale stále popírá riziko s tím spjaté. Nepřipouští si závažnost drog a svému okolí tvrdí, že nedělá nic hrozného.
- 4) **Stádium návykového užívání** – s rostoucí závislostí se u osoby zvyšuje nezájem k ostatním věcem, které se netýkají drog. Člověk je zbaven motivace a své užívání již neskrývá. Nezáleží mu na ostatních ani na své sociální roli. Ničí vztahy s blízkými osobami a nevádí mu to. Kontakt udržuje jen s lidmi, kteří také užívají drogy. V tomto stádiu již droga nemá posilující efekt, ale stává se potřebnou. Člověk je na droze závislý. (Vágnerová, 2000)

2 DROGOVÉ SPEKTRUM

V úvodní kapitole jsme se věnovali drogové historii a vysvětlili si pojmy jako „droga“ a „závislost“.

V následující kapitole rozebereme drogové spektrum. Tato kapitola je rozdělena na dvě části. V první části si představíme obecné dělení drog. V druhé části se podrobně seznámíme s jednotlivými drogami.

2.1 Přírodní a syntetické drogy

Přírodní drogy jsou látky, které vznikají i bez pomoci člověka, polysyntetické jsou přírodní látky upravené v laboratoři a drogy syntetické vznikají reakcí jednotlivých chemických sloučenin. Za **syntetickou drogu** se považuje extáze, pervitin nebo toluen. Velkou nevýhodou syntetických látek bývá neznalost složení. Uživatel často neví, zda jde o čistý pervitin, o $\frac{1}{3}$ pervitinu a $\frac{2}{3}$ omítky nebo o úplně jinou látku s podobnými psychotropními účinky. Mezi **přírodní drogy** se řadí marihuana, lysohlávky, káva nebo tabák. Také pivo a víno se řadí mezi přírodní drogy. V případě tvrdého alkoholu, kokainu nebo LSD je potřeba učinit ještě jeden finální krok úpravy, aby vznikl konečný produkt. Jedná se o **drogy polysyntetické** (Legalizace, ©2013)

2.2 Měkké a tvrdé drogy

Určit, zda se jedná o měkkou nebo tvrdou drogu, je v mnoha případech dosti nepřesné. O jejich zařazení rozhoduje míra efektu a rizika, které způsobují. Mnohem srozumitelnější je dělení užívané v Holandsku, kde drogy dělí na akceptovatelné (s přijatelným rizikem) a na neakceptovatelné (s nepřijatelným rizikem). Látky s **přijatelným rizikem** lze užívat v přijatelném množství a intervalech, aniž by došlo ke vzniku závislosti či negativním následkům. Existuje však minimální možnost, kdy může dojít ke vzniku závislosti, ale je to tak malé procento, že je pro společnost zanedbatelné. Mezi měkké drogy patří káva, tabák, konopí nebo alkohol, i když jeho zařazení bývá sporné. Na jedné straně bývá alkohol doporučován lékaři v malém množství na léčku kardiovaskulárních onemocnění. Na straně druhé konzumace ve vyšším množství mívá negativní účinek na jaterní tkáň či žaludeční sliznici. Zařazení alkoholu zkrátka není jednoduché. Látky s **nepřijatelným rizikem** představují velké nebezpečí vzniku závislosti. Typickým představitelem může být heroin. (Nožina, 1997)

2.3 Legální a nelegální drogy

Legální drogy – Rozhlédneme-li se kolem sebe, zjistíme, že drogy jsou všude kolem nás. Jsou to látky, které působí na naši psychiku a jsou schopny vyvolat závislost. Po vstupu do potravinového obchodu zjistíme, že převážná část nabízených surovin jsou drogy. Tyto drogy jsou však společností tolerované, tedy „legální“. K jejich legalizaci vedl jejich historický původ, společenské užívání a kulturní tradice. Skupina legálních drog sahá od alkoholových nápojů až po léky, tabák nebo kávu a čaj, které také působí na lidskou psychiku. Jsou to látky, které jsou zákonem povoleny a jsou k dostání na každém rohu. (Nožina, 1997)

Nelegální drogy – Jedná se o pravý opak drog legálních. Jsou to látky, které nejsou společností tolerované, nejsou schválené zákonem a jejich výroba, držení nebo šíření dál se trestá. Společnost pro tyto látky užívá souhrnný název drogy. Droga je užívána i jako označení pro negativní činnost vyvolávající závislost. (Nožina, 1997) Představiteli nelegálních drog mohou být: marihuana, pervitin, extáze a jiné tvrdé drogy.

2.4 Jednotlivé druhy drog

Po obecné klasifikaci si představíme jednotlivé zástupce těchto návykových látek. Konkrétně se zaměříme na alkohol, tabák, konopí, tlumivé látky, opioidy, halucinogeny, organická rozpouštědla a psychostimulancia.

2.4.1 Alkohol

V chemické terminologii se za alkohol považuje skupina organických látek, které jsou odvozeny z uhlíků a obsahují jednu či více hydroxylových skupin (-OH). Psychotropní účinky v alkoholových nápojích jsou způsobeny etanolem. Vznik etanolu je zapříčiněn fermentací cukrů kvasinkami. Nápoje vzniklé fermentací nemají za normálních podmínek více jak 14% alkoholu. U nápojů, které se vyrábějí destilací, se odpařuje etanol z fermentovaného produktu, čímž vzniká téměř čistý koncentrát. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Dále se alkohol využívá jako pohonná látka, rozpouštědlo a v chemickém průmyslu. Za nekonzumní alkohol se považují produkty, které obsahují alkohol, ale nejsou určeny ke konzumaci. Mezi tzv. „alkoholové náhražky“ patří: ústní voda nebo etylenglykol (fridex). (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Za absolutní alkohol je považován etanol s nízkým objemem vody. Jako chemicky nejjednodušší alkohol se označuje metanol. V průmyslu se využívá jako rozpouštědlo a též jako znehodnocovadlo alkoholu, aby nebyla možná jeho konzumace. Metanol je silně toxický, vyšší dávky mohou vyvolat rozmazané vidění, slepotu, bezvědomí a smrt. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Alkohol je celosvětově rozšířen. V ČR je spotřeba alkoholu na jednoho člověka zhruba 10 litrů za rok. V pití piva dlouhodobě zaujímá ČR první místa ve světovém žebříčku. Nadměrných konzumentů alkoholu je v ČR 1/10 žen a 1/4 mužů. (Kalina, 2008)

Alkohol se užívá perorálně. *Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku.*(Kalina, 2008, s. 341)

Podle Světové zdravotnické organizace je bezpečná dávka v pití alkoholu u zdravého člověka stanovena na 20 g 100% lihu na den (16 g na ženu, 24 g na muže). Může se jednat o půl litru piva nebo 200 ml vína. (Nešpor, 1995)

2.4.2 Tabák

Tabák se vyrábí ze sušených listů jednoleté rostliny z rodu *Nicotiana*, která má svůj původ v Americe. (Ondruš, 1990) Tabák má výsadní postavení po celém světě v oblasti průmyslové výroby cigaret. Obyčejná cigareta obsahuje kolem 30 druhů tabáku s příměsí kolem 150 dalších aditiv, které slouží ke zlepšení chuti. Psychotropní látku obsaženou v tabáku tvoří nikotin, který je v čisté formě prudký jed. (Tyler, 2000) Škodlivé látky, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři, lze rozdělit do tří skupin:

- 1) Látky s prokazatelným škodlivým účinkem (nikotin, oxid uhelnatý, látky karcinogenní a radioaktivní)
- 2) Látky s dráždivým účinkem na dýchací ústrojí a podporující tvorbu hlenu (amoniak, acetaldehyd, aceton, formaldehyd, metylalkohol, benzen, kyanovodík a další)
- 3) Látky potenciálně škodlivé, které jsou závislé na množství, jež je obsaženo v cigaretách (Ondruš, 1990)

Dehet – Jedná se o nejdůležitější složku kouře, tmavé barvy, která vzniká při chladnutí a kondenzaci kouře. Dehet je karcinogenní látka, která cigaretě dodává typickou chuť a vůni. (Tyler, 2000)

Nikotin – Nikotin se řadí mezi nejvíce toxické jedy na světě. Pár kapek na jazyk způsobí smrt do několika minut. V cigaretách je obsaženo jen takové množství, které působí jako stimulant. Nikotin je obsažen v tabákových rostlinách a do těla vstupuje v podobě malých kapiček dehtu, které jsou vdechovány s kouřem. Za smrtelnou dávku se považuje 60 mg čistého nikotinu. Běžná cigareta obsahuje zhruba 2 mg. (Tyler, 2000)

Oxid uhelnatý – Oxid uhelnatý vzniká jako vedlejší produkt při kouření cigaret. Množství, dostávající se do okolí, je závislé na druhu cigaretového papírku a na tom, jak pevně je cigareta zabalena. Těsnější cigarety bez filtrů obsahují této látky více. Oxid uhelnatý snižuje přenos kyslíku krví, čímž dochází k jeho nedostatku. (Tyler, 2000)

2.4.3 Konopí

Konopí je mezinárodními agenturami prosazovaný souhrnný název pro skupinu intrikujících produktů. (Tyler, 2000, s. 255) Produkty pocházejí ze zeleného keře, který je charakteristický svými pilovitými listy a tenkým stonkem. Tato bylina dorůstá do výšky 1- 6 metrů. Pravděpodobně se jedná o nejvíce rozšířenou psychotropní látkou na světě. Tato rostlina je pěstována pro průmyslové i lékařské účely. Dnes je po celém území ČR nezákonně pěstováno konopí, a to především v lokalitách severních, východních a jižních Čech. (Nožina, 1997)

Záznamy o pěstování konopí jsou více jak 5000 let staré. Jeho psychotropní účinky znali již ve starověké Indii, Africe, Středním východě a Číně. Užívání konopí bylo spojováno s náboženskými rituály. (Tyler, 2000)

Existují tři základní druhy Konopí: *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* a *Cannabis Ruderalis* (Tyler, 2000). *Cannabis sativa* neboli Konopě setá je jednoletá, dvoudomá rostlina, která dorůstá do výšky 1,5 metrů. Pěstuje se především v teplejších oblastech na území Thajska, Kolumbie a Nigérie. V lodyhách jsou obsažena pevná lýková vlákna, která se využívají na výrobu konopných lan, oblečení nebo papíru. Dále se využívá jako průmyslový produkt, ke krmení ptactva a ve farmakologickém průmyslu. (Šomsák, 1997) *Cannabis indica* je rostlina s vysokým obsahem pryskyřice, pochází z Indie. Je menší než *sativa*, proto nepotřebuje tolik světla. *Cannabis ruderalis* je odolná, houževnatá rostlina, pocházející ze střední Asie. Její semena dokážou přežít i silné mrazy. (Tyler, 2000)

Kanabinoidy obsahují psychotropní látku delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). V pryskyřici je obsaženo několik dalších látek, které nejsou, nebo jsou v malém množství

psychotropní. Účinek je zajištěn vazbou na specifické receptory pro endogenní kanabinoidy, které navodí stav uvolnění a euforie. (Kalina, 2008)

Častým způsobem užití bývá kouření, méně časté je užití perorální. Kouřením nastupuje velmi rychle účinek, který vrcholí v průběhu 20 minut a přetrvává zhruba 3 hodiny. Kanabis je možné detekovat v moči 1-30 dní po požití. (Kalina, 2008)

Představiteli konopných drog jsou: marihuana, hašiš a hašišový olej. (Kalina, 2008)

Marhuana – Jedná se o směs sušených lístků, květů, semen a větviček. Uživatelé ji nazývají *tráva*, kterou připomíná svým vzhledem. Nejčastěji se marihuana kouří samostatně, nebo se mísí spolu s tabákem v ručně balených cigaretách, popřípadě v dýmkách. V některých oblastech bývá marihuana přidávána do nápojů, pečiva či sladkostí. *Cannabis sativa* má nejnižší obsah psychotropních látek, který je pouhých 1 - 2%. (Nožina, 1997)

Hašiš- Hašiš je představitelem pryskyřice sebrané z květů a listů v horní části rostliny. Po sebrání se získaná pryskyřice lisuje spolu s tukem, medem či jiným pojídlem. Poté se tvaruje do forem a balí do celofánu. Po vyschnutí se drolí na menší částičky. Kvalita hašiše bývá spojována s jeho barvou – čím tmavší, tím silnější. (Stafford, 1997) Hašiš bývá často kouřen spolu s tabákem ve speciálních dýmkách nebo konzumován v jídle a pití. Hašiš má zhruba pětkrát vyšší množství THC než marihuana. (Nožina, 1997)

Hašišový olej- Hašišový olej se získává vymačkáním marihuanových listů. Tento olej obsahuje zhruba 20 % THC. Vypadá jako hustá lepkavá hmota tmavohnědé až černé barvy. (Nožina, 1997) Nejčastěji bývá kouřen ve skleněných dýmkách, na konci cigarety nebo ve směsi tabáku a marihuany. Nejúčinnějším způsobem bývá nakapání 1 - 2 kapek na cigaretový papírek, ze které se ubalí joint. (Stafford, 1997)

2.4.4 Tlumivé látky

Látky, jejichž úkolem je potlačit nebo snížit aktivitu centrálního nervového systému. Často se vyskytují ve formě tablety nebo dražé. Méně časté jsou ampule, určené k nitrožilnímu užití. (Nešpor, a další, 1996)

Hlavní skupinu těchto látek tvoří: sedativa/hypnotika, neuroleptika a opiáty. Tlumivé látky mohou být: alkohol, anestetika, opiáty, benzodiazepiny nebo barbituráty. Lze mezi tyto látky zahrnout i antiepileptika, díky svému účinku na neurální aktivitu. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Nejstarší a nejnebezpečnější tlumící látku představují barbituráty. Z novějších tlumících léků lze zmínit: Rohypnol, Diazepam a Noxyron. (Nešpor, a další, 1996)

Řada tlumivých léků je k dostání i bez lékařského předpisu. Mají zmírnit a potlačit bolest nebo člověka uklidnit. Účinky bývají často totožné s alkoholem, někdy ho dokonce nahrazují, nebo se s ním kombinují. Často se kombinují s jinými látkami nebo slouží jako náhražka při nedostatku drog. Řada tlumivých látek má vedlejší účinky a může vyvolat závislost. (Nešpor, a další, 1996)

Barbituráty – skupina látek, která je chemicky odvozena od kyseliny barbiturové. Do této skupiny patří: pentobarbital, fenobarbital, amobarbital a sekobarbital. Hlavním úkolem těchto látek je potlačit aktivitu centrálního nervového systému. Barbituráty mají úzké terapeutické okno, při předávkování ve většině případech nastává smrt. Lidé, užívající barbituráty dlouhodobě, si na nich mohou vypěstovat závislost. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

Benzodiazepiny – jedná se o skupinu léků, které se užívají jako sedativa/hypnotika nebo antiepileptika. Benzodiazepiny představují bezpečnější variantu barbiturátů. Nevýhodou těchto léků je vysoká míra rizika somatické a psychické závislosti. Benzodiazepiny se často kombinují s jinými psychoaktivními látkami, aby zvýšily pocit euforie. V závislosti na opioidech se často kombinují s alkoholem. Smrt způsobená předávkováním benzodiazepiny je vzácná, výjimkou je kombinace s alkoholem či jinými tlumícími látkami. (Světová zdravotnická organizace Ženeva, 2000)

2.4.5 Opioidy

Opioidy jsou látky s tlumivým účinkem. Název je odvozen od sušené šťávy z nezralých makovic, tedy opia. Z přírodního zastoupení jsou nejznámější kodein a morfium, ze syntetických a polosyntetických látek jsou to heroin, metadon, buprenorfin a braun. Opioidní látky jsou často zneužívány na lékařský předpis. (Kalina, 2008)

Odhadem užívá opium přibližně 10,5 tisíc uživatelů. Nejvýznamnější látkou podle EU je heroin. V ČR je nejvíce uživatelů v Praze a severních Čechách. Od roku 1994 dochází k postupnému narůstání v jeho užívání. (Kalina, 2008)

Za tradiční český opioid je považován braun. Základní složkou pro jeho výrobu je kodein. Do nástupu heroinu byl u nás hlavním užívaným opioidem. Uživatelů postupně klesá, dnes ho užívají jen starší uživatelé. (Kalina, 2008)

V roce 2000 byl český trh uveden Buprenorfin, který vytlačil z trhu méně kvalitní heroin. (Kalina, 2008)

Za zmínku stojí i užívání opioidních analgetik v tzv. „nedrogové“ populaci. Nejčastějším zástupcem bývá tramadol. (Kalina, 2008)

Opium se nejčastěji aplikuje intravenózně. Méně častými způsoby aplikace jsou: intranazálně, inhalace po zahřátí na alobalu, kouření v cigaretách a perorální užití. (Kalina, 2008)

Zástupci opioidních látek jsou: heroin, hydrokodon (braun), opium (makovina), metadon, buprenorfin (Subutex)

Heroin – heroin byl uměle vyroben roku 1874. Od roku 1898 ho německá firma Bayer začala prodávat pod obchodním názvem Heroisch, což v překladu znamená „silný“. Heroin se užíval jako lék proti závislosti na morfinu. Zajímavostí je, že byl považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Chemicky se heroin řadí mezi polosyntetické deriváty morfinu. Heroin je snadno rozpustný v tucích, snadno proniká hemoencefalickou bariérou a způsobuje rychlý nástup účinku. (Kalina, 2008)

Častou aplikací bývá intravenózní podání. Méně rizikové způsoby užití jsou: kouření, šňupání a inhalace aluminovou folií. O možném způsobu aplikace rozhoduje chemická forma. Hnědý heroin se často kouří nebo inhaluje aluminovou folií, což je způsobeno jeho nesnadnou rozpustností. Bílý heroin je určen k nitrožilnímu užití. (Kalina, 2008)

Obvyklou dávkou heroinu pro začátečníka bývá méně než 100 mg. U častých uživatelů kolem 1-3 g. (Kalina, 2008)

Po odvyknutí dochází k rychlému poklesu tolerance, čímž se zvyšuje riziko předávkování. (Kalina, 2008)

Hydrokodon („Braun“) – Chemicky braun patří mezi polysyntetické opioidy. Je typickou českou drogou, vyráběnou z léků obsahujících kodein (metylmorfin). Braun je tekutina hnědé barvy, která se aplikuje intravenózně. Účinek je velmi podobný jako u heroinu. Ve druhé polovině 90. let byl hydrokodon vytlačen z českého drogového trhu. (Kalina, 2008)

Opium, makovina – makovina je směs alkaloidů opia, jejíž hlavní látkou je morfin. Existuje mnoho podob úpravy makoviny, nejčastěji se jedná o odvary. Způsoby

aplikace jsou: perorální užití, kouření nebo intravenózní aplikace. Nitrožilní užití představuje vysoké riziko vzniku infekce, která souvisí s nedokonalým čištěním látky. (Kalina, 2008)

Metadon – metadon představuje uměle vytvořený opioid, který není chemicky odvozen od morfinu. Účinek nastupuje pomalu s velmi nízkým pocitem euforie. Aplikace může být ústí nebo nitrožilním podáním. Denní dávka se pohybuje mezi 5-100 mg. Výroba metadonu je legální pro lékařské účely. (Kalina, 2008)

Buprenorfin (Subutex) – buprenorfin je uměle vytvářený opioid, který je chemicky odvozen od nalorfinu. Účinek nastává po 1-2 hodinách, s nízkým pocitem euforie.

Aplikace bývá sublingvální nebo intravenózní. Při předávkování buprenorfinem nehrozí smrt. Riziko může představovat pouze v kombinaci s jinými látkami. Denní dávka se pohybuje mezi 4-12 mg. (Kalina, 2008)

Buprenorfin je vyráběn pouze legálně pro lékařské účely. Poslední dobou se uplatňuje i jako droga primární. (Kalina, 2008)

2.4.6 Halucinogeny

Halucinogeny jsou představiteli přírodních a syntetických látek, jejichž účinkem dochází ke změnám vnímání. Vnímání může být narušeno různými způsoby, neboť se jedná o látky s nepředvídatelnými účinky, a to především u osob, které s drogami nemají velké zkušenosti. Závažným stavem může být toxická halucinatorní psychóza, která se podobá těžkým duševním onemocněním. Jedná se o látky, které nezpůsobují závislost ani fyzické poškození organismu. Rizik však zůstává velké množství. (Presl, 1995)

Halucinogeny se ve světě nejvíce užívaly v 70. a 80. letech. Jejich uživatelé tvrdili, že jim tyto látky pomáhají dosáhnout hlubšího poznání a porozumění sebe sama. V současné době není užívání halucinogenů tak rozšířené. (Nožina, 1997)

Halucinogeny můžeme rozdělit na látky přírodního původu, jako meskalin a psilocybin, a syntetické látky, jako LSD. (Nožina, 1997)

Meskalin- Jedná se o psychotropní látku obsaženou v kaktusech, které rostou v USA. Kaktusy jsou často nazývány *peyotes*. Dodnes je v některých oblastech peyotes užíván při náboženských obřadech. Pro tuto příležitost jí byla udělena výjimka. Meskalin se získává ve formě oleje, který se lisuje z dužiny kaktusu. Zpracovává se v podobě prášků

či tablet, které se rozpouštějí ve vodě. Jedna dávka meskalinu 350-500 mg, způsobí halucinace přetrvávající 5-12 hodin. (Nožina, 1997)

Psilocybin – Jedná se o psychotropní látku hub z rodu *Psilocybe*, rostoucí ve Střední Americe, východní Asii a Evropě. Projevy jsou často podobné účinkům LSD. V posledních letech se zvyšuje obliba psilocybynu i u nás. Psilocybin je obsažen v lysohlávkách, které se na území ČR hojně vyskytují. Najít pravou lysohlávku není vždy jednoduché, neboť existuje řada hub, které se jí velmi podobají. Houby se poté suší nebo nakládají. Problém nastává při odhadu množství, neboť každá lysohlávka má jinak velký obsah psilocybinu. Konzumace malého počtu způsobí stav euforie, pohody a smíchu. Vyšší dávky způsobují sluchové a zrakové vjemy. (Nožina, 1997)

LSD – LSD neboli *Lysergamid*, je látka se silným psychoaktivním účinkem. Jedna dávka, která je zhruba 40-70 mikrogramů, je schopna vyvolat halucinace trvající až 8 hodin. LSD se vyrábí ve formě prášků, želatinových čtverečků nebo papírků – tzv. *tripů*. V těchto podobách se často objevují na diskotékách, přičemž jsou označeny obrázkem či nápisem. Tyto látky mají halucinogenní účinek na centrální nervový systém. Halucinace jsou závislé na dávce a typu látky. (Nožina, 1997)

2.4.7 Organická rozpouštědla

Za rozpouštědla se považují látky, které vypuzují omamné výpary, mohou sloužit k fetování bez ohledu na to, že produkt může obsahovat další nežádoucí chemikálie a pevné částičky. Existují pouze dva druhy chemikálií, které vyhovují podmínkám čichání, a to *rozpouštědla* a *plyny používané ve sprejích*. Pro tyto chemikálie užíváme společné pojmenování – *těkavé látky*, což znamená, že se při pokojové teplotě samovolně odpařují, díky čemuž vznikají ve vzduchu výpary, které se dají inhalovat nosem a ústy. (Tyler, 2000)

Čichání omamných látek má svůj původ v 18. a 19. století, kdy bylo v módě vdechovat rajský plyn, éter či chloroform. Mezi mládeží se inhalování výparů rozšířilo až v moderní době. Dnes je na trhu více jak sto výrobků, které jsou volně k dostání: plyn do zapalovačů, lepidla, odlakovače, zvyrazňovače, barvy, ředidla, benzin nebo domácí čisticí prostředky. (Tyler, 2000)

Proč mladí lidé čichají? Jednou z variant může být snadná dostupnost těchto látek. Často právě první zkušenosti získávají v domácím prostředí, kde se setkávají s dezinfekčními prostředky, odlakovači nebo laky na vlasy. Druhým důvodem může být dostupnost a nízká cena těchto výrobků, za jejichž držení vám nehrozí žádný kázeňský

postih. Vdechování těchto látek způsobí stejné halucinace jako třeba LSD, ale účinek netrvá tak dlouho. Ze zkušeností však vyplývá, že tyto látky jsou často pouhým předskokanem k tvrdším drogám. (Tyler, 2000)

Rozpouštědla – Rozpouštědla jsou těkavé uhlovodíky, které se tvoří v ropném průmyslu, z uhlí a z fermentovaných rostlinných látek. Tyto látky jsou zastoupeny v mnoha produktech, jako jsou barvy a lepidla, bez jejichž přítomnosti by ztvrdly. Hlavním cílem rozpouštědel je zachovat produkt v tekutém stavu až do doby, než bude rozetřen, rozlit nebo nastříkán. Po použití se z produktu v krátké době odpaří a mizí beze stopy. Omamný účinek je způsoben právě nestálostí uhlovodíků. (Tyler, 2000)

Plyny ve sprejích – stlačený plyn má za úkol vytlačit látku ven ze spreje. Nejvíce využívaným plynem bývá butan. Dalšími možnou náplní jsou chlorfluorované uhlovodíky neboli freony, které však mají nepříznivý účinek na ozonovou vrstvu. (Tyler, 2000)

2.4.8 Stimulační drogy (psychostimulancia)

Jako psychostimulancia se označují látky, které mají potlačit pocit hladu, únavy či potřeby spánku a způsobují celkové povzbuzení. Tento druh drog je po celém světě velmi oblíben a je hojně zastoupen v mnoha podobách. (Presl, 1995) Nejběžnějším stimulantem, se kterým se setkáváme prakticky každý den, je kofein a nikotin. Dále do této skupiny látek patří alkaloid kokain a synteticky vyrobené látky amfetaminu a fenmetrazinu. Psychostimulancia se dělí na *a) přírodní stimulační drogy*-kam patří: Koka, Crack a Kata a na *b) syntetické stimulační drogy*-kam patří: Amfetaminy, Pervitin, Extáze a PCP. (Nožina, 1997)

Koka – Rostlina Koka, *Erythroxyloncoca*, je přírodní droga, která ve svých listech obsahuje účinný alkaloid *kokain*. Psychoaktivní účinky koky byly známy původním obyvatelům Jižní Ameriky před více jak 4000 lety. Domorodci žvýkáním koky potlačovali únavu při těžké práci a při pobytu ve vyšších nadmořských výškách. Chemicky čistý kokain byl poprvé objeven v Německu roku 1860 lékárníkem Albertem Niemannem. Roku 1884 jej oční lékař K. Koller využil jako anestetikum při chirurgickém zákroku. Ve velkém ho začala distribuovat německá firma E. Merck v Darmstandu. (Nožina, 1997)

Nejvýznamnějšími lokalitami v oblasti pěstování koky jsou: Peru, Kolumbie, Bolívie a Ekvádor. Úrodná půda s vhodnými klimatickými podmínkami se nachází ve výšce 600-2500 m nad mořem. Keře koky dorůstají až do výšky pěti metrů, pro

pěstování se udržují do výše jednoho metru. Z keřovitě rostliny se sklízí pouze *kopinaté zelené listy* o velikosti 3-7 cm. (Nožina, 1997)

Kokové listy se zpracovávají lisováním na pastu, na tzv. *kokainovou bázi*, která se v laboratořích chemickou cestou změní na kokainhydrochlorid-kokain. Na výrobu 1 kg kokainu je potřeba 100-170 kg listů. Kokain je k dostání v podobě bílého prášku, který se skládá z malých vloček. Na drogový trh se dostává pouze tzv. „řezaný“ kokain, který se mísí společně s křemičitanem hořečnatým, jasanovým cukrem nebo amfetaminy. (Nožina, 1997)

Kokain se nejčastěji aplikuje šňupáním nosními dírkami, čímž se rychle dostává do oběhu. Další možností je intravenózní užití, kdy se ředěný kokain s vodním roztokem píchá přímo do žíly. (Nožina, 1997)

Crack – „krekem“ je nazýván hydrochlorid kokain, který se při výrobě cracku mění zpět na tzv. *volnou bázi*. Tato droga vzniká tepelnou úpravou hydrochloridu kokainu společně s jedlou sodou a éterem. Název je odvozen od zvuku, který vzniká zahříváním při kouření. Crack je distribuován ve formě bílých krystalků. Jeho užívání je hojně rozšířeno v USA. (Nožina, 1997)

Crack lze šňupat stejně jako kokain nebo se kouří ve skleněných dýmkách či je přidáván jako směs do cigaret nebo marihuany. Možností je inhalace kouře, který vzniká spalováním cracku na pocínované fólii. (Nožina, 1997)

Kata – Jedná se o keřovitou rostlinu, která se po celá staletí užívá v arabských zemích. Častým způsobem žití je žvýkání listů katy. V některých lokalitách se kouří sušené listy nebo se drtí na prášek, který se přidává do mléka. Účinky Katy jsou podobné účinkům marihuany. Největší zastoupení má tato droga v Jemenu a Etiopii. Na českém drogovém trhu se tato látka nevyskytuje. (Nožina, 1997)

b) Syntetické stimulační drogy

Amfetaminy – Jsou jednoduché sloučeniny, které jsou známé pod názvem „budivé aminy“. Tento název vznikl ve 30. letech, kdy byly využity k léčbě narkolepsie, což je porucha, která se prezentuje nekontrolovatelnými poruchami spánu. Dříve tyto látky byly volně prodejné v lékárnách bez lékařského předpisu, dnes se však na ně vztahuje opiový zákon. Častými uživateli byli: studenti, vězni, hospodyňky a řidiči nákladních vozidel. Amfetaminy mají za úkol zlepšit náladu a zahnat únavu. Dnes se amfetaminy

užívají k léčbě narkolepsie (porucha spavosti) a hyperkineze (zvýšená mimovolná pohyblivost). (Nožina, 1997)

Pervitin – Tato droga byla vyrobena roku 1888 v Japonsku, nejedná se tedy o český vynález, jak se řada lidí domnívá. Vstupní produkt této drogy je *efedrin*, který se získává z některých léků nebo chvojníku, rostliny pěstované na Slovensku. Výtažek rostliny se za pomoci černého fosforu, louhu a jiných chemikálií mění na metamfetamin. Potřebné chemikálie a nádoby pro přípravu jsou snadno k dostání. Recept na výrobu pervitinu je velmi jednoduchý, nevyrobí ho však každý. Ne vše, co se vyrobí, je čistý metamfetamin. Konečné zabarvení do žluta či fialova svědčí o příměsi cizích látek nebo toho, že konečného výsledku nebylo dosaženo. Takto nedokonale zpracovaný produkt představuje vážné poškození organismu. (Nožina, 1997)

Extáze (MDMA,XTC)(chemicky 3,4-metylendioxiamfetamin) – Je látka odvozena z amfetaminu, která zesiluje vnímavost a citlivost. Začala se vyrábět v USA a užívala se jako lék v psychiatrii. Účinky a složení extáze jsou často odlišné, což je zapříčiněno tím, že výroba není jednoduchá. Řada uživatelů ani neví, jaké stavy a účinky má extáze způsobovat. Ve velkém množství případů je konečným výsledkem jen derivát efedrinu. Extáze je rozšířena především mezi mládeží na diskotékách, při poslechu hudby s opakujícím se rytmem. (Nožina, 1997)

PCP (chemicky phenylcyclohexylpiperidin)- Původně tato látka sloužila jako lék. PCP se užívalo jako anestetikum, ale vzhledem k narůstajícím vedlejším účinkům se od jeho užití upustilo. Účinky drogy jsou napůl stimulační a napůl halucinogenní. Následné stavy intoxikace jsou často vážné a nevypočitatelné. Účinky jsou závislé na velikosti dávky. Na drogovém trhu jsou k dostání v podobě: kapslí, prášků nebo roztoků. (Nožina, 1997)

3 AKUTNÍ INTOXIKACE DROGOU

V předešlé kapitole jsme se zaměřili na obecné dělení drog a podrobněji jsme s jednotlivými drogami seznámili.

V následující kapitole navážeme na tu předešlou a poukážeme na následky akutní intoxikace jednotlivých látek.

3.1 Akutní intoxikace alkoholem

Nejčastější intoxikací alkoholem je prostá opilost. Intoxikace alkoholem způsobuje stav, ve kterém dochází ke změnám neurologickým a ke změnám v chování. Akutní intoxikace alkoholem může být velmi závažná. Tento stav může končit: kómatem, poruchou dechového centra či udušením při vdechování zvratků. Míru intoxikace ovlivňuje stupeň tolerance, proto stanovování hladiny alkoholu vzhledem k intoxikaci nemá nijak velký význam. Mezi hlavní znaky intoxikace se řadí: změna chování, agrese, změna nálad, zhoršená stabilita, porucha řeči, porucha vědomí, dezorientace nebo zarudnutí obličeje a spojivek. (Kalina, 2008)

Méně typická je tzv. „patologická intoxikace alkoholem“. Tento stav nastává velmi rychle u některých osob po vypití menšího množství alkoholu, které by u většiny osob tento stav intoxikace způsobit nemělo. Tento projev intoxikace přetrvává několik hodin a většinou končí usnutím. (Kalina, 2008)

Přístup k intoxikaci se řídí podle klinického obrazu. Změna klinického obrazu nastává s přibývajícím množstvím alkoholu. (Kalina, 2008)

3.2 Akutní intoxikace nikotinem

Otrava nikotinem nastupuje krátce po velmi rychlém vstřebávání v plicních sklípcích. Příznaky lehké otravy u lidí začínajících s kouřením jsou: bledost, nevolnost, kapičky studeného potu, bolesti hlavy, závratě a zvracení. (Mlčoch, ©2003)

U dlouhodobých kuřáků je riziko spojeno s: nádorovými onemocněními, a to především plic, onemocněním srdce a cév, bronchitidou či rozedmou plic. Toto jsou čtyři základní choroby způsobené vlivem kouření. (Tyler, 2000) Pro člověka je smrtelná dávka 50 mg čistého nikotinu. (Mlčoch, ©2003)

Hlavními příznaky akutní intoxikace nikotinem jsou: rozšířené zornice, bledost, pot, průjem, závrať, bolest hlavy a problémy s dechem. (Mlčoch, ©2003)

3.3 Akutní intoxikace kanabinoidy

Otrava kanabinoidy není tak závažná jako u jiných návykových látek. Účinky otrav mohou být různé, čímž dochází ke změnám v klinickém obrazu. Otravu u klinického obrazu ovlivňují účinky stimulační, sedativní a halucinogenní. Intoxikace způsobují změny v poruše vnímání. U uživatelů dochází ke ztrátě osobnosti a ztrátě v prostoru, poruchám motorických dovedností, poruchám vnímání, halucinacím a k úzkostlivým až panickým stavům. (Kalina, 2008)

Dalšími základními znaky intoxikace jsou: paranoidní představy, pocit zpomalení času, opožděné reakce, sluchové a zrakové vjemy, zarudlé spojivky, zrychlený srdeční tep, sucho v ústech a zvýšená chuť k jídlu. (Kalina, 2008)

3.4 Akutní intoxikace tlumícími látkami

Intoxikace způsobené tlumícími látkami jsou velmi nebezpečné. Mezi nejvíce nebezpečné patří léky s obsahem barbiturátů. Tyto látky bývají často součástí léků proti potlačení bolesti. (Nešpor, a další, 2003)

Tyto látky představují velké nebezpečí otrav, které se ještě dále násobí v kombinaci s alkoholem. Při dlouhodobém užívání vzniká vysoké riziko závislosti. (Nešpor, a další, 1998)

Prvními známky užívání tlumících léků jsou: zpomalení řeči, rychlé střídání nálad a bolesti hlavy. (Nešpor, a další, 2003)

Pozdní projevy jsou: rozvoj závislosti, nechutenství, narušený krevní oběh, rychlé kažení zubů, nespavost, postižení paměti a epileptické stavy. (Nešpor, a další, 2003)

3.5 Akutní intoxikace opiáty

Akutní intoxikace opioidy je společností obecně brána jako otrava drogou. Intoxikace může končit stavem ohrožující život. Velká část intoxikací, která končí smrtí, bývá náhodná – v takovém případě často uživatel špatně odhadne potřebnou dávku, podcení nepravidelnost užívání látky, kdy může dojít k toleranci nebo užívaná látka může obsahovat jiné nežádoucí látky. U některých otrav se jedná o pokus o sebevraždu, kdy uživatel použije tzv. „zlatou dávku“. (Kalina, 2008)

Míru klinického obrazu otravy určuje: cesta vstupu látky, rychlost aplikace a především stupeň tolerance. Po požití u uživatele nejprve nastává pocit euforie, duševní klid, ztráta vědomí, porucha řeči, zúžení zornic a porucha poznávacích funkcí. Se stoupající otravou dochází k nepravidelné dechové funkci, kómatu a zúžení zornic. U těžkých otrav naopak dochází k rozšíření zornic. (Kalina, 2008)

3.6 Akutní intoxikace halucinogeny

Halucinogeny představují různorodou skupinu látek, u nichž se jednotlivé druhy otrav mohou velmi lišit. Halucinogeny jsou často vyhledávány pro své mírné a střední příznaky intoxikace, kdežto těžší stupně jsou potom brány jako nežádoucí. (Kalina, 2008)

Hlavní znaky intoxikace jsou: porucha chování, nesoustředěnost, zvýšené emoce, zvýšený krevní tlak, zvýšená teplota a ztráta osobnosti. Ve vyšších dávkách se intoxikace může projevit „akutním psychotickým syndromem“. Tento stav se projevuje dezorientací a halucinacemi. (Kalina, 2008)

3.7 Akutní intoxikace rozpouštědly

Otravy rozpouštědly se rozlišují podle aplikace, kam se řadí perorální užití, inhalace a aspirace. Organická rozpouštědla jsou charakteristická svou rychlou rozpustností v orgánech bohatých na tuk a rychlým přechodem skrz hematoencefalickou bariéru, což způsobí rychlý efekt. Intoxikace rozpouštědly se blízce podobá intoxikaci alkoholem. Rozpouštědla oproti alkoholu vyvolávají rychlejší pokles euforie a úpadek do kómatu. Smrt může způsobit srdeční arytmie nebo porucha dechového centra. (Kalina, 2008)

Hlavní příznaky intoxikace jsou: apatický stav, zápach z úst, zarudnutí kolem úst a nosu nebo podráždění spojivek. (Kalina, 2008)

Další riziko představují smrtelné otravy, kdy uživatel při intoxikaci zůstane v prostředí zamořeném parami těkavých látek. Hrozí také onemocnění jater a krvetvorby, poruchy paměti nebo přechod na jiné návykové látky. (Nešpor, a další, 1998)

3.8 Akutní intoxikace stimulanty

Akutní intoxikace stimulanty mívají často podobné příznaky. Míru otravy v klinickém obrazu ovlivňují: stimulační efekt, rostoucí stupeň vnímání iluzí a halucinací a agresivní chování. Otravy vyšší dávkou často probíhají pod obrazem deliria. (Kalina, 2008)

Hlavní znaky intoxikace jsou: euforie, nadbytek energie, agrese, kolísání nálad, hádavost, sluchové, zrakové nebo hmatové vjemy, zvýšená srdeční činnost, zvýšená tělesná teplota, bolest na hrudi, bolest svalů a křeče. Častou příčinou smrti bývá poškození srdečního svalu (infarkty, arytmie). (Kalina, 2008)

4 ZNÁMKY UŽÍVÁNÍ DROG

V minulé kapitole jsme poukázali na možné následky intoxikací, které jednotlivé drogy mohou způsobit.

V této kapitole se zaměříme na známky užívání drog. Dozvíme se, jaké jsou přímé známky brání drog a nepřímé známky vyšší a nižší závažnosti.

Projevy zneužívání drog lze rozdělit do třech skupin: přímé známky zneužívání návykových látek, nepřímé známky vysoké závažnosti a nepřímé známky nižší závažnosti.

Přímé známky zneužívání návykových látek – mezi přímé známky užívání návykových látek patří nález drog nebo pomůcek určených k jejich užití. Může se jednat o injekční jehly, stříkačky, cigaretové papírky, dýmky, lžičky, prázdné lahve od alkoholu nebo psaníčka, což jsou malé obálky s drogou. Časté bývají i jizvy po vpiších na povrchových žilách. (Nešpor, a další, 1996)

Dalším přímým znakem může být laboratorní vyšetření prokazující užívání návykové látky. Častým průkazem je toxický nález látek v moči. Nevýhodou tohoto vyšetření je vyšší cena. U screeningového šetření, které bývá levnější, hrozí nejistota mylných nálezů. V případě vyšetření moči se odebírá pod dohledem, aby nedošlo k záměně. (Nešpor, a další, 1996)

Nepřímé známky vysoké závažnosti – nepřímé známky se mohou projevovat úbytkem alkoholu a léků v domácnosti, krádežemi objevujícími se doma nebo ve třídním kolektivu, útěky z domova a pozdními návraty ve špatném stavu nebo začleněním do skupiny přátel, kteří nadměrně konzumují alkohol a užívají drogy. (Nešpor, a další, 1996)

Významným ukazatelem bývá, že z dítěte se stává odborník v drogové problematice, poukazuje na léčebné účinky drog, vysvětluje potřebu jejich užívání, zdobí se drogovými symboly a studuje literaturu o návykových látkách. (Nešpor, a další, 1996)

Nepřímé známky nižší závažnosti – častým projevem známek nižší závažnosti bývá ztráta dobrých přátel, izolace od okolí, ztotožňování se s nevhodnou společností, zhoršování vzhledu a zanedbávání zevnějšku. (Nešpor, a další, 1996)

Problémy se mohou projevovat i ve škole zhoršujícím se chováním, pozdními příchody, neomluvenými hodinami nebo agresí vůči spolužákům i učitelům. To samé se týká i problémů v rodině. (Nešpor, a další, 2003)

5 PROTIDROGOVÁ PREVENCE

V kapitole zabývající se známkami užívání drog jsme se dozvěděli, jaké jsou přímé a nepřímé důkazy o zneužívání drog.

Neodmyslitelnou část představuje protidrogová prevence. Ta se v první řadě snaží zamezit kontaktu s návykovou látkou. Pak také nabízí závislým lidem potřebnou pomoc. Nezbytná je též prevence ve škole a v rodině, která může následkům zneužívání drog předejít.

Hlavním úkolem prevence je snížit újmy způsobené návykovými látkami. Mezi újmy se řadí nejen závislost na návykových látkách, ale i otrava, zranění a zdravotní komplikace. Účelem prevence není předat co nejvíce informací, ale ovlivnit lidské chování ve smyslu posílit zdraví. (Nešpor, a další, 1996)

Prevence se dělí do dvou základních skupin: **snížení nabídky** (menší přístup k návykovým látkám) a **snížení poptávky** (menší zájem po návykové látce). Tato stanoviska jsou na sebe vzájemně závislá. (Nešpor, a další, 1996)

Do prevence lze zařadit téměř cokoli: prevence v rodinách, peer programy, smysluplné využívání volného času nebo přednášky na školách. Nutno však zmínit, že ani dobře provedená přednáška nemusí přinést pozitivní efekt, ale naopak může působit negativně. Příkladem negativního cíle může být přednáška, která v opačném případě u lidí vzbudí zvědavost a touhu drogu vyzkoušet. (Nešpor, a další, 1996)

5.1 Primární prevence

Hlavním cílem primární prevence je zamezit užívání návykových látek nebo alespoň první kontakt s nimi oddálit. (Kalina, 2008)

Primární prevence má programově napomáhat ke správnému zrání jedince, aby co možná nejbezpečněji prošel cestou při hledání své identity. *Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně se zaměřením na cílové skupiny.* (Kalina, 2008, s. 18)

Biologický předpoklad – do biologického předpokladu se řadí: zájem o vlastní tělo, aktivní pohyb, zdravá výživa, včasná léčba nemocí, rehabilitace po úrazech. V mnoha případech jsou návykové látky brány jako analgetika proti snížení bolesti. Cílem bývá motivace, která má zabránit braní těchto látek. (Kalina, 2008)

Psychologický předpoklad – spouštěcím faktorem zneužívání návykových látek bývá zvědavost, pocit nudy, nedostatečné využití volného času nebo nízké sebehodnocení. Uživatelé často chybí zapálení pro určitou činnost a vlastní zájmy. Prosazuje se v oblastech, kde nad ním rodiče nemají kontrolu – změna stavu vědomí. Cílem je komunikace s druhými a vhodné využívání volného času. (Kalina, 2008)

Sociální předpoklad – rizikem zneužívání návykových látek může být: vyčlenění ze skupiny, rasová odlišnost, odlišnost pohlaví nebo touha začlenit se do silnější skupiny. Hlavním cílem je dobrovolnost, komunikace a soužití s druhými. (Kalina, 2008)

Spirituální předpoklad – nejčastějším faktorem zneužívání drog jsou: ztráta smyslu života, duchovních hodnot a autorit. Uživatel na začátku užívání drog nachází nové autority, které nahradí ty, ke kterým ztratil respekt. Cílem je korigovat nedostatky, hledat alternativu či stanovení vhodné léčby. (Kalina, 2008)

5.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má za cíl předejít vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které drogu užívají nebo jsou na ní závislí. Prevence je zaměřena na včasnou intervenci, poradenství a léčení. (Kalina, 2008)

Léčba se dělí na léčbu vedoucí k abstinenci, léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a léčbu s udržovací substitucí, kdy se terapeuticky záměrně podává substituční látka. Příkladem je opiátová substance buprenorfinu nebo metadonem. Hlavním cílem léčby není abstinence. (Kalina, 2008)

Léčba není zaměřena jen na jedince, ale i na jeho rodinné příslušníky. Používá i nemedicínských postupů, jako resocializace, reedukace nebo právní poradenství. (Kalina, 2008)

Do léčebného působení se řadí: odpoutání od skupiny, která mu způsobovala být závislým, detoxikace, zpětný pohled na životní události, konfrontace s tím, co ho zraňovalo nebo komu ublížil, zodpovědnost za vlastní život a chování, uvědomit si vztahy ke svému okolí a upevňovat hodnoty související se získanou abstinencí (Kalina, 2008)

5.3 Terciární prevence

Terciární prevence si klade za cíl předejít závažnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození, které je způsobené užíváním drog. Terciární prevence se dělí na:

- 1) resocializace a sociální rehabilitace u lidí, kteří prošli léčbou zaměřenou na abstinenci nebo se zařadili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. (Kalina, 2008)
- 2) Intervence u aktuálních uživatelů drog, kteří nejsou rozhodnutí s užíváním drog přestat. Zde je terapie zaměřena na snížení zdravotních rizik, jako je přenos infekčních nemocí u nitrožilního užívání drog. (Kalina, 2008)

Terciární prevence nabízí pomoc na *sociální úrovni*. Pomáhá klientům při hledání nového zaměstnání, nového ubytování, v kontaktu s úřady a zdravotními pojišťovkami a rodinnou pomocí. (Kalina, 2008)

Dále se zaměřuje na *biologické předpoklady*, které se zabývají zdravím uživatelům drog. Snaží se zamezit vniku přenosných onemocnění, a to díky výměně jehel a stříkaček, poskytování informací a případné léčbě, při již vzniklé komplikaci. U drogově závislých se snaží nejen zlepšit jejich osobní zdravotní stav, ale i zabránit případné hroziící epidemiologii. (Kalina, 2008)

Psychologická pomoc nabízí doléčovací aktivity, skupinovou terapii, motivační trénink nebo rady rodinným příslušníkům. (Kalina, 2008)

Mimořádnou pomoc u osob s rozvojem onemocnění AIDS a umírajícím. V tomto hledisku se propojí *psychologická pomoc* spolu s *dimenzí spirituální*, jejíž snahou je smíření se smrtí. (Kalina, 2008)

5.4 Prevence ve škole

Prevence na školách bývá často zastoupena prací školního poradce nebo tzv. peer programů, které uskutečňují sami studenti. (Nešpor, a další, 1996)

Hlavním cílem peer programu je ovlivnit skupinu vrstevníků a zamezit u nich možnému užívání návykových látek. Principem je aktivní zapojení proškolených vrstevníků. Vrstevníkem se rozumí osoba, se kterou se ostatní studenti mohou ztotožnit věkem, společnými zájmy nebo sociální situací. Organizace peer programů probíhá za pomoci předpisů organizace, kdy se členové dané skupiny snaží aktivně působit na své vrstevníky. Tato situace může probíhat v rámci organizovaného programu na školách. (Nešpor, a další, 1996)

Nejvíce využívanou možností je vlastní výchova peer aktivistů. V některých případech může sama škola sloužit jako školicí středisko. (Nešpor, a další, 1996)

Naopak nejméně používanou variantou je školení menších týmů, které tvoří učitel a několik vhodně vybraných žáků. Tyto týmy aplikují programy na své škole. (Nešpor, a další, 1996)

Plánování prevence ve škole spočívá v obeznámení se s aktuální situací na škole, získání spolupráce z řad studentů a dospělých, kteří žijí relativně zdravě, a za jejich pomoci vytvoření programů za aktivní způsob života. Dále je třeba stanovit závazná pravidla, která se týkají zákazu užívání návykových látek při pořádání školních akcí. Posledním bodem plánování bývá získání spolupráce mimo školu. Příkladem mohou být pedagogicko-psychologické poradny, zájmové organizace nebo zdravotní služby. (Nešpor, a další, 1999)

5.5 Prevence v rodině

Prevence v rodině se dělí podle věku dítěte na:

Děti do 3 let - v tomto věku je potřeba dostatečně uspokojovat citové potřeby dítěte. Tím zajistíme zvýšenou odolnost proti užívání návykových látek.

Předškolní věk – ve věku mezi 3 a 6 rokem je potřeba dítěti vštěpovat, že jeho zdraví je důležitá hodnota, kterou je potřeba si chránit. Je potřeba se vyhýbat všem nebezpečným látkám v okolí, domácí lékárničky nevyjímaje.

Mladší školní věk – u dětí mezi 7. a 13. rokem by se mělo dbát na informovanost o vlastních zdravotních a životních hodnotách. Měl by být kladen důraz na odmítání alkoholu, tabáku a jiných návykových látek.

Starší školní věk – období od 13 let bývá velmi náročné. Zásadní roli zde hraje vliv vrstevníků. Dospívající získává potřebu diskutovat a testuje hranice možností. Mladí lidé jsou v této věkové skupině nejvíce vystaveni ohrožení, a proto je zde prevence velmi důležitá. (Nešpor, a další, 1996)

U prevence v rodinách je důležitý upřímný a laskavý, ale zároveň středně omezený styl. Rodiče se snaží dítěti porozumět, získat si jeho důvěru, respektují ho, ale zároveň stanovují pravidla, na jejichž dodržování je kladen důraz. (Nešpor, a další, 1996)

Zásady prevence v rodině jsou:

Důležitým předpokladem je získání si důvěry dítěte a dát mu možnost ho vyslechnout. Otevřeně s ním hovořit o návykových látkách a rizicích, která jsou s užíváním spojeny. Stanovit jasná pravidla, která mají dítěti zabránit styku s návykovými látkami a nevhodnou společností. Snažit se vhodně vyplnit volný čas. (Nešpor, a další, 1996)

6 KONTAKTNÍ CENTRA

Poslední kapitola nese název „Kontaktní centra“. Navazuje na předešlou kapitolu zabývající se protidrogovou prevencí, ve které jsme se dozvěděli o možnostech prevence, popřípadě pomoci již drogově závislým.

Tato kapitola popisuje jednotlivá protidrogová centra a nabízí jejich služby.

Závislosti na drogách se uživatel nedokáže zbavit sám, často potřebuje pomoc specialisty. Radu i pomoc nabízejí centra pro drogovou závislost, která uživatel může sám navštívit, aniž by se obával, že bude někde registrován nebo stíhán. Centra poskytují pomoc nejen samotným uživatelům, ale i rodinným příslušníkům. (Vágnerová, 2000)

Předchůdcem nízkoprahových kontaktních center byl v druhé polovině 20. století obor péče o duševní zdraví. Tento obor byl multidisciplinární. Zasahoval do ministerstva školství, sociálních věcí a řady dalších oborů. Před rokem 1989 existovaly v Československu tzv. AT ordinace určené pro alkoholiky a toxikomany. (Kalina, 2003)

Nízkoprahová kontaktní centra, jak je známe dnes, začala vznikat po roce 2000. Vznik těchto center byl reakcí na nové trendy v oblasti braní drog, změny životního stylu a nezákonné obchodování s těmito látkami. Tato centra nabízejí adiktologickou pomoc, která se zabývá příčinou, prevencí a léčbou drogové závislosti. (Kalina, 2003) Pro léčbu drogově závislých jsou určena specializovaná oddělení psychiatrických léčeben v různých terapeutických komunitách. (Vágnerová, 2000)

6.1 Kontaktní centrum (K-centrum)

Kontaktní centrum nabízí odborné adiktologické služby zabývající se příčinou, prevencí, léčbou a výzkumem závislosti u osob starších 15 let, kteří experimentují s návykovými látkami nebo jsou na nich závislí. Těmto osobám jsou poskytovány odborné konzultace, informace, sociální a zdravotní služby nebo podpora k návratu do života bez drog. Nabízené služby jsou určeny i rodinným příslušníkům či jiným blízkým osobám uživatele drog, kteří potřebují podporu a orientaci v drogové problematice. Dále jsou nabízeny služby jako výměna jehel, testování na HIV/AIDS a virové hepatitidy nebo testování gravidity. Poskytované služby si kladou za cíl snížit riziko a následky spojené s problémem užívání návykových látek. Veškeré služby jsou zadarmo. (Sociální služby města Plzně, ©2000)

6.2 Středisko primární prevence (P-centrum)

Středisko primární prevence nabízí preventivní programy a aktivity, které jsou určeny pro žáky druhého stupně základních škol, jejich vyučující a rodiče. Pracovníci P-centra se u dětí zaměřují na podporu zdravého životního stylu, rozvoji osobnosti a zlepšování mezilidských vztahů a vzájemné tolerance. Snaží se předcházet možnosti vzniku rizikového chování a připravují žáky na náročné životní situace v dospělém životě. Usilují o to, aby se mladí lidé naučili zodpovědnosti za své rozhodnutí. (Semiramis, ©1995)

6.3 Program následné péče (PNP)

Program následné péče podporuje osoby, které se rozhodly pro život bez návykových látek a minimálně 3 měsíce abstinují. Odborný přístup jim pomáhá snížit riziko návratu k užívání návykových látek, podporuje jejich začlenění zpět do společnosti, zaměstnání, studia, samostatného bydlení, rodinných a přátelských vztahů a hlavně cíl udržet si zdravý životní styl a vyrovnat se s nedávnou minulostí. Délka a rozsah služeb se plánuje individuálně, podle potřeb uživatele. Ambulantní služby jsou poskytovány zdarma, kdežto ubytování činí 3000 Kč/měsíčně. (Sociální služby města Plzně, ©2000)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Drogy jsou látky, které nás obklopují odedávna, ale až s otevřením hranic po roce 1989 se tento problém stal více viditelný. Právě to byl jeden z mezníků, že je potřeba situaci řešit.

Dnes je znepokojující zvláště fakt, že nejrizikovější skupinu představují středoškoláci. Lze si položit otázku, proč právě středoškoláci tvoří nejohroženější oblast. Dospívající se vzhlíží ve svých vrstevnících a názor rodičů pro ně ztrácí význam. Důležitý je totiž vliv party a osamostatnění se. Otázkou však je, zda jsou na tom všechny školy stejně. V praktické části této práce pracujeme s předpokladem, že záleží na tom, zda se jedná o humanitně nebo technicky zaměřenou školu. Podle toho pak i škola může přistupovat ke svým žákům. Humanitní školy svým žákům mohou nabízet více informací, aby si každý jedinec udělal na drogy vlastní názor.

Výzkumný problém je formulován touto otázkou: Jsou žáci střední nezdravotnické školy více závislí na návykových látkách nežli žáci střední zdravotnické školy?

8 CÍLE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zaměření na zjištění výskytu drogové závislosti u žáků střední zdravotnické a nezdravotnické školy v Plzni. Tento cíl představuje hlavní hypotézu.

Hypotéza H₀: Žáci střední nezdravotnické školy jsou více závislí na návykových látkách nežli žáci střední zdravotnické školy.

Vzhledem k tomu, že nás dále zajímalo to, jak žáci hodnotí prevenci ze strany školy, jaká je jejich informovanost o drogách a kde získali nejvíce informací, jaké látky užívají nejčastěji, co bylo důvodem užití a co jim droga způsobuje, stanovujeme ještě vedlejší hypotézy. Pro sběr dat jsme využili dotazníkovou metodu. Dotazník se skládal z 16 otázek (13 uzavřených a 3 polootevřených), ve kterých žák označil jednu nebo více nabízených možností podle toho, jak je uznal za vhodné.

Vedlejší cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy hodnotí prevenci ze strany školy za přínosnou.

Cíl 2: Zjistit, jaká je informovanost u žáků střední zdravotnické a nezdravotnické školy o drogové problematice a její prevenci.

Cíl 3: Zjistit, kde žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy získali nejvíce informací o drogové problematice.

Cíl 4: Zjistit, s jakými drogami mají žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy největší zkušenosti.

Cíl 5: Zjistit, jaká byla příčina toho, aby žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy látku užívali.

Cíl 6: Zjistit, jaké pocity žákům střední zdravotnické a nezdravotnické školy droga způsobuje.

Vedlejší hypotézy:

Hypotéza H₁: Žáci střední zdravotnické školy hodnotí prevenci ze strany školy jako více přínosnou nežli žáci střední nezdravotnické školy.

Hypotéza H₂: Žáci střední zdravotnické školy mají více informací o drogové problematice nežli žáci střední nezdravotnické školy.

Hypotéza H₃: Žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy získali nejvíce informací o drogové problematice z prostředí školy.

Hypotéza H₄: Žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy mají největší zkušenosti s alkoholem.

Hypotéza H₅: Žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy prvně drogu zkusili ze zvědavosti.

Hypotéza H₆: Žákům střední zdravotnické a nezdravotnické školy droga nejčastěji způsobuje pocit uspokojení a uvolnění.

V práci jsme použili dvě formy hypotéz. Hypotézy H₀, H₁ a H₂ jsou kausální. Zde nás zajímalo porovnání obou škol v problematice závislosti na návykových látkách, jak žáci hodnotí prevenci ze strany školy a to, kteří žáci jsou na tom lépe v otázce informovanosti o drogové problematice. Zbylé hypotézy H₃, H₄, H₅ a H₆ jsou deskriptivní. V těchto hypotézách se snažíme pouze ověřit, odkud žáci obou škol získali nejvíce informací o drogách, s jakou návykovou látkou mají nejvíce zkušeností, jaká byla příčina užití a to, co jim vlastně látka způsobuje.

9 METODIKA VÝZKUMU

Využili jsme formu kvantitativního výzkumu. Pomocí dotazníku jsme chtěli zjistit výskyt drogové závislosti u žáků středních škol. Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků a jejich návratnost byla 100%.

Vzorek respondentů tvoří žáci středních škol, kteří studují v Plzni. Zvolili jsme Plzeň, neboť se domníváme, že návykové látky více ohrožují žáky ve větších městech a že mají k drogám jednodušší přístup. Zaměřili jsme se především na žáky posledního ročníku středních škol, protože tato skupina má podle nás dostatek zkušeností a zároveň může být velmi riziková. Rizikovou situaci může způsobovat například stres z nadcházejících maturitních zkoušek. Dále se jedná o žáky, kteří dovršili 18 let a mohou tedy konzumovat alkohol v souladu se zákonem.

Zkoumaný vzorek respondentů pochází ze 2 plzeňských škol: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná zdravotnická škola společně se Střední průmyslovou školou strojnickou a Střední odbornou školou profesora Švejcara.

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do sledovaného souboru byly vybrány 2 plzeňské školy: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná zdravotnická škola společně se Střední průmyslovou školou strojnickou a Střední odbornou školou profesora Švejcara. V této práci jsme se zaměřili pouze na žáky Střední zdravotnické školy a Střední průmyslové školy strojnické.

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická se nachází na adrese Karlovarská 99, 323 00 Plzeň, v městské části Lochotín. Škola je zaměřena na poskytování profesního zdravotnického vzdělání. Řadí se mezi největší školy v Plzeňském kraji s tímto zaměřením. Střední zdravotnickou školu navštěvuje celkem 770 žáků. Výuku zde zprostředkovává 170 kvalifikovaných interních i externích pedagogů. V rámci praxe škola spolupracuje s Fakultní nemocnicí Plzeň, Mulačovou nemocnicí, Privamedem a dalšími zdravotnickými centry. Na střední zdravotnické škole jsou vyučovány tyto obory: zdravotnický asistent, zdravotnické lyceum, laboratorní asistent a asistent zubního technika. (SZŠVOŠZ, ©2013)

Střední průmyslová škola strojnická a Střední odborná škola profesora Švejcara sídlí na adrese Klatovská 109, 301 00 Plzeň, v městské čtvrti Bory. Školní vzdělávací program je rozdělen na obory zakončené maturitní zkouškou a obory zakončené závěrečnou zkouškou, tedy výučním listem. Čtyřleté maturitní obory nabízejí vzdělávací program v těchto oblastech: strojírenství, elektrotechnika-mechatronika, mechanik strojů a zařízení a mechanik seřizovač. Tříleté výuční obory nabízejí vzdělání v oblasti: zámečnick, truhlář, obráběč kovů a modelář. (SPSTRPLZ, ©2011)

11 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

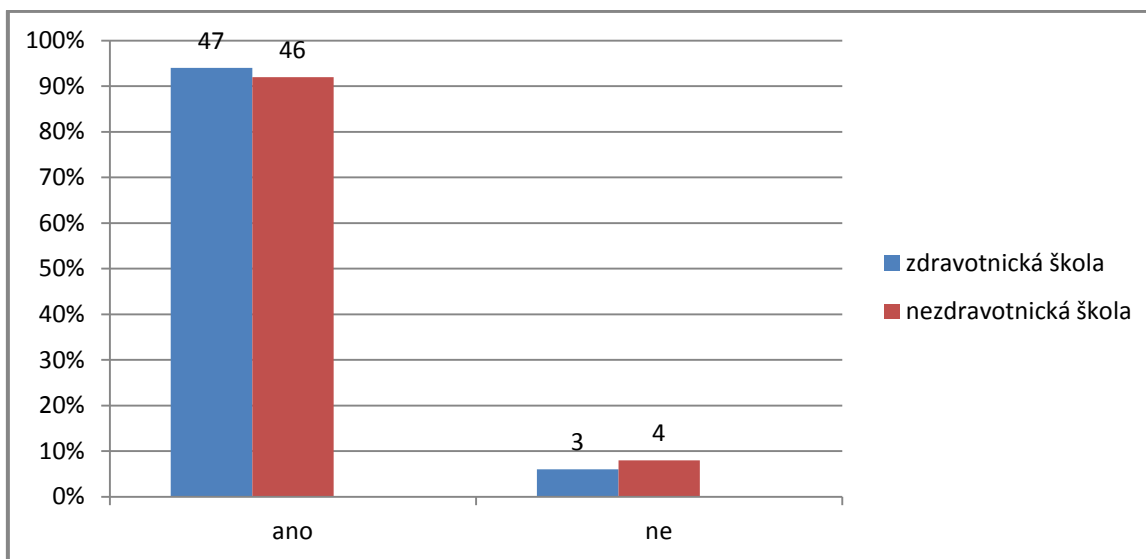
Výsledky jsme zaznamenali do grafů, které byly doplněné tabulkami. Tabulky obsahují počet zvolených odpovědí a jejich procentuální vyčíslení. Pro zpracování údajů byl použit počítačový program Microsoft Office Excel 2007.

Otázka číslo 1: Zkusil (a) jste již nějakou návykovou látku? (včetně alkoholu a cigaret)

Tabulka 1: Zkušenosti s návykovými látkami

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ano	94% (47) žáků	92% (46) žáků
ne	6% (3) žáků	8% (4) žáků

Graf 1: Zkušenosti s návykovými látkami



Vyhodnocení otázky č. 1

V první otázce jsme se nejprve pokoušeli zjistit, zda žáci mají nějakou zkušenost s užíváním návykových látek. Na výběr měli ze dvou možností „ano“ a „ne“.

Zdravotnická škola na otázku odpovídala takto: 94% (47) žáků / „ano“ a 6% (3) žáci / „ne“.

Nezdravotnická škola na otázku odpovídala takto: 92% (46) žáků / „ano“ a 8% (4) žáci / „ne“.

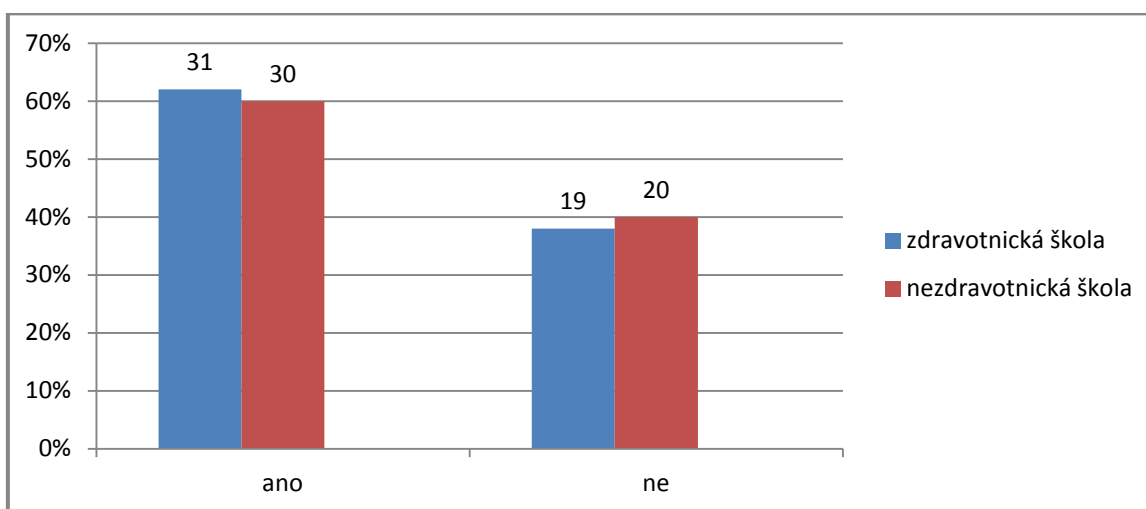
Zkušenosti s užíváním návykových látek má 94% (47) žáků zdravotnické školy a 92% (46) žáků školy nezdravotnické.

Otázka číslo 2: Užil (a) jste někdy více návykových látek najednou?

Tabulka 2: Zkušenosti s více návykovými látkami najednou

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ano	62% (31) žáků	60% (30) žáků
ne	38% (19) žáků	40% (20) žáků

Graf 2: Zkušenosti s více návykovými látkami najednou



Vyhodnocení otázky č. 2

Ve druhé otázce jsme se snažili zjistit, zda žáci někdy užili více návykových látek najednou. Tato otázka byla zvolena proto, že ve třetí otázce mohli označit více nabízených odpovědí. Na výběr měli jednu kladnou „ano“ a jednu zápornou „ne“ odpověď.

Zdravotnická škola na otázku odpovídala takto: 62% (31) žáků / „ano“ a 38% (19) žáků / „ne“.

Nezdravotnická škola na otázku odpovídala takto: 60% (30) žáků / „ano“ a 40% (20) žáků / „ne“.

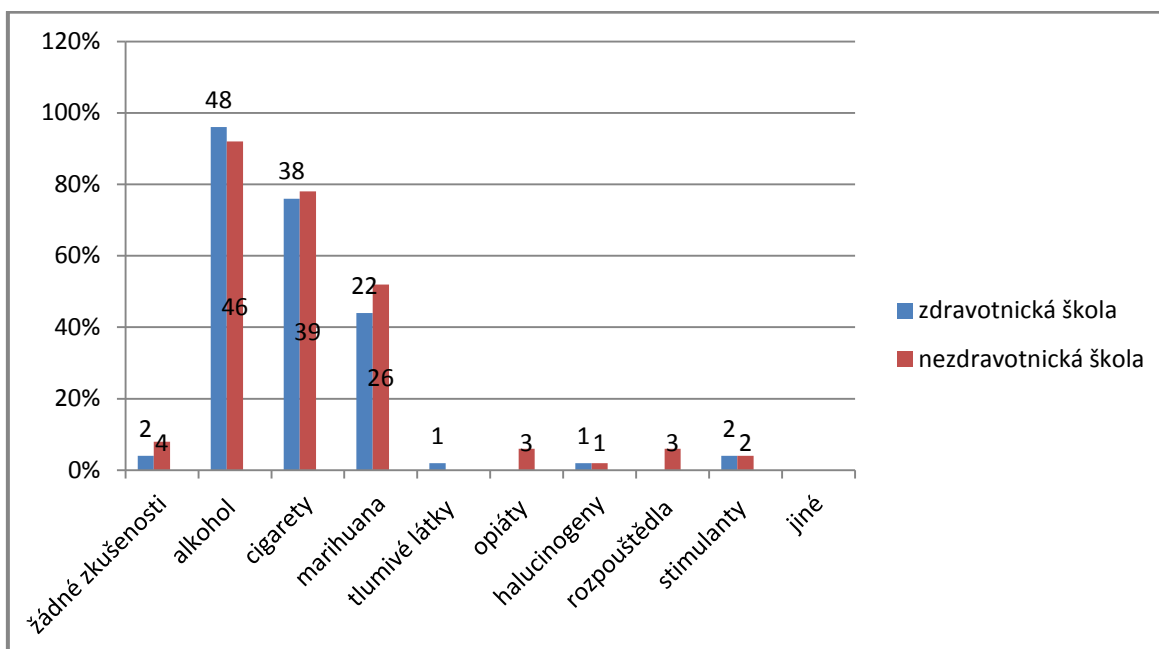
Více návykových látek najednou užilo 62% (31) žáků zdravotnické školy a 60% (30) žáků nezdravotnické školy.

Otázka číslo 3: Pokud jste nějakou návykovou látku zkusil (a), která to byla?

Tabulka 3: Drogy

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
nemám žádné zkušenosti s návykovou látkou	4% (2) žáků	8% (4) žáků
alkohol	96% (48) žáků	92% (46) žáků
cigarety	76% (38) žáků	78% (39) žáků
marihuana	44% (22) žáků	52% (26) žáků
tlumivé látky	2% (1) žáků	0% (0) žáků
opiáty	0% (0) žáků	6% (3) žáků
halucinogeny	2% (1) žáků	2% (1) žáků
rozpouštědla	0% (0) žáků	6% (3) žáků
stimulanty	4% (2) žáků	4% (2) žáků
jiné	0% (0) žáků	0% (0) žáků

Graf 3: Drogy



Vyhodnocení otázky č. 3

Ve třetí otázce měli žáci označit veškeré návykové látky, se kterými kdy přišli do styku. Každý mohl označit více odpovědí. Na výběr měli tyto možnosti: „nemám žádné zkušenosti s návykovou látkou“, „alkohol“, „cigarety“, „marihuana“, „tlumivé látky“, „opiáty“, „halucinogeny“, „rozpouštědla“, „stimulanty“ a „jiné“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 4% (2) žáci / „nemám žádné zkušenosti s návykovou látkou“, 96% (48) žáků / „alkohol“, 76% (38) žáků / „cigarety“, 44% (22) žáků / „marihuana“, 2% (1) žák / „tlumivé látky“, 2% (1) žák / „halucinogeny“ a 4% (2) žáci / „stimulanty“. Opiáty, rozpouštědla a jiné neoznačil nikdo.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 8% (4) žáci / „nemám žádné zkušenosti s návykovou látkou“, 92% (46) žáků / „alkohol“, 78% (39) žáků / „cigarety“, 52% (26) žáků / „marihuana“, 6% (3) žáci / „opiáty“, 2% (1) žák / „halucinogeny“, 6% (3) žáci / „rozpouštědla a 4% (2) žáci / „stimulanty“. Tlumivé látky a jiné neoznačil nikdo.

Překvapivé pro nás byly odpovědi, kde žáci označili zkušenosti s tlumivými látkami, opiáty, halucinogeny, rozpouštědly a stimulanty. Zkušenosti s tlumivými látkami tvořili 2 % (1) žák zdravotnické školy a 0 % (0) žáků nezdravotnické školy. Opiáty určilo 0 % (0) žáků zdravotnické školy a 6 % (3) žáci nezdravotnické školy. Halucinogeny zvolilo 2 % (1) žák zdravotnické školy a rovněž 2% (1) žák nezdravotnické školy. Rozpouštědla označilo 0 % (0) žáků zdravotnické školy a 6 % (3) žáci nezdravotnické školy. Zkušenosti se stimulanty mají 4 % (2) žáci zdravotnické školy a 4 % (2) žáci nezdravotnické školy.

S jinými návykovými látkami nemají žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy žádné zkušenosti.

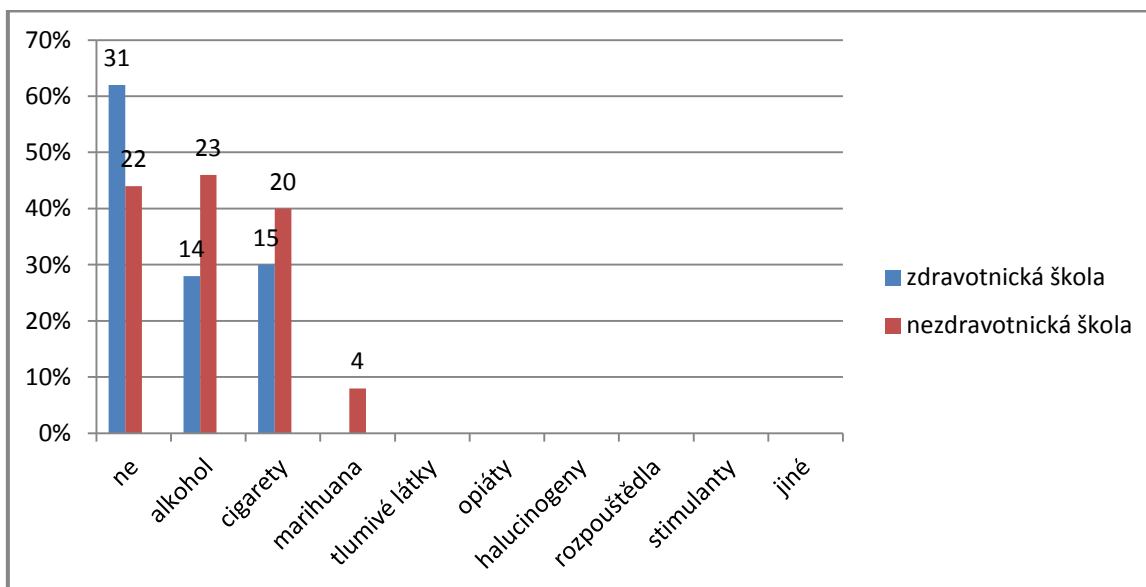
Z výsledků je patrné, že největší zkušenosti mají žáci s užíváním alkoholu, cigaret a marihuany.

Otázka číslo 4: Jste závislí na některých z těchto uvedených látek?

Tabulka 4: Závislost na drogách

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ne	62% (31) žáků	44% (22) žáků
alkohol	28% (14) žáků	46% (23) žáků
cigarety	30% (15) žáků	40% (20) žáků
marihuana	0% (0) žáků	8% (4) žáků
tlumivé látky	0% (0) žáků	0% (0) žáků
opiáty	0% (0) žáků	0% (0) žáků
halucinogeny	0% (0) žáků	0% (0) žáků
rozpouštědla	0% (0) žáků	0% (0) žáků
stimulanty	0% (0) žáků	0% (0) žáků
jiné	0% (0) žáků	0% (0) žáků

Graf 4: Závislost na drogách



Vyhodnocení otázky č. 4

Tato otázka měla poukázat na to, zda jsou žáci závislí na některé z uvedených návykových látek. Škálu možností tvořily odpovědi: „ne“, „alkohol“, „cigarety“, „marihuana“, „tlumivé látky“, „opiáty“, „halucinogeny“, „rozpouštědla“, „stimulanty“ a „jiné“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 62% (31) žáků / „ne“, 28% (14) žáků / „alkohol“ a 30% (15) žáků / „cigarety“.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 44% (22) žáků / „ne“, 46% (23) žáků / „alkohol“, 40% (20) žáků / „cigarety“ a 8% (4) žáci / „marihuana“.

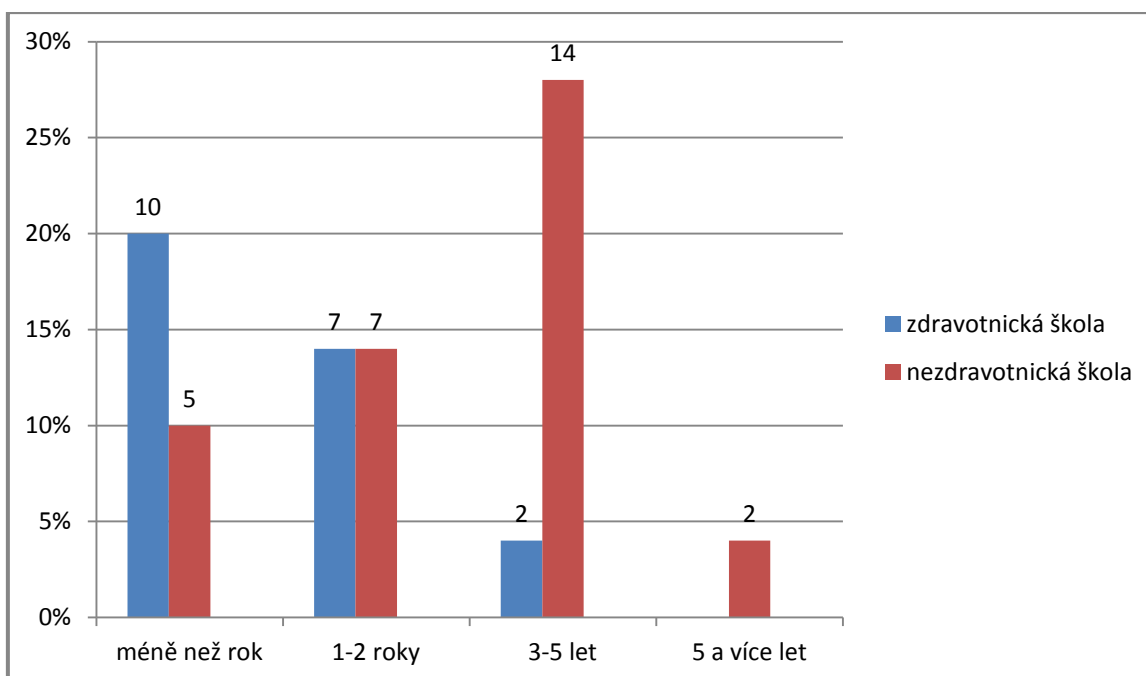
Závislost u tlumivých látek, opiátů, halucinogenů, rozpouštědel, stimulantů a jiných návykových látek neoznačil nikdo z žáků střední zdravotnické a nezdravotnické školy.

Otázka číslo 5: Jak dlouho jste závislí na Vámi označené látce?

Tabulka 5: Doba závislosti

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
méně než rok	20% (10) žáků	10% (5) žáků
1-2 roky	14% (7) žáků	14% (7) žáků
3-5 let	4% (2) žáků	28% (14) žáků
5 a více let	0% (0) žáků	4% (2) žáků

Graf 5: Doba závislosti



Vyhodnocení otázky č. 5

Pátá otázka měla pouze poukázat na dobu užívání návykové látky, kterou žáci označili v předešlé otázce.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 20 % (10) žáků / „méně než rok“, 14 % (7) žáků / „1-2 roky“, 4 % (2) žáci / „3-5 let“ a 0% (0) žáků / „5 a více let“.

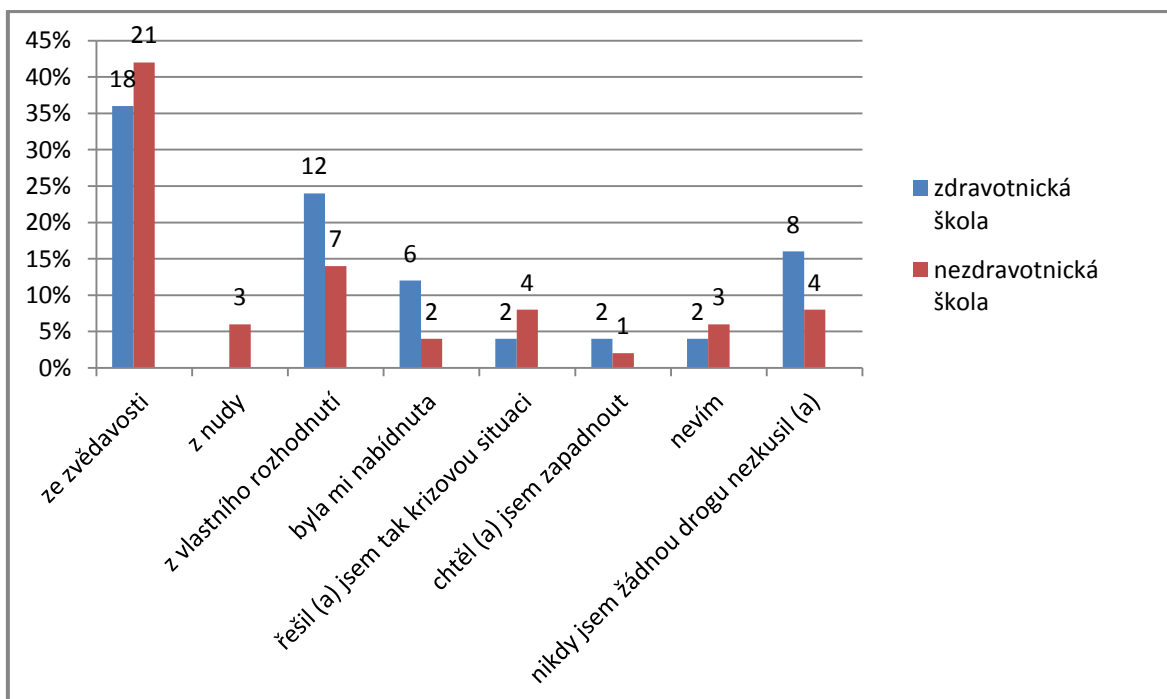
Nezdravotnická škola odpovídala takto: 10 % (5) žáků / „méně než rok“, 14 % (7) žáků / „1-2 roky“, 28 % (14) žáků / „3-5 let“ a 4 % (2) žáci / „5 a více let“.

Otázka číslo 6: Pokud jste nějakou drogu zkusil (a), při jaké to bylo příležitosti?

Tabulka 6: Příležitost

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ze zvědavosti	36% (18) žáků	42% (21) žáků
z nudy	0% (0) žáků	6% (3) žáků
z vlastního rozhodnutí	24% (12) žáků	14% (7) žáků
byla mi nabídnuta	12% (6) žáků	4% (2) žáků
řešil (a) jsem tak krizovou situaci	4% (2) žáků	8% (4) žáků
chtěl (a) jsem zapadnout	4% (2) žáků	2% (1) žáků
nevím	4% (2) žáků	6% (3) žáků
nikdy jsem žádnou drogu nezkusil (a)	16% (8) žáků	8% (4) žáků

Graf 6: Příležitost



Vyhodnocení otázky č. 6

Žáci měli odpovědět na otázku, při jaké příležitosti drogu zkusili.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 36 % (18) žáků / „ze zvědavosti“, 24 % (12) žáků / „z vlastního rozhodnutí“, 12 % (6) žáků / „byla mi nabídnuta“, 4 % (2) žáci / „řešil (a) jsem tak krizovou situaci“, 4 % (2) žáci / „chtěl (a) jsem zapadnout“, 4 % (2) žáci / „nevím“, 16 % (8) žáků / „nikdy jsem žádnou drogu nezkusil (a)“. Možnost „z nudy“ neuvedl žádný ze žáků.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 42 % (21) žáků / „ze zvědavosti“, 6 % (3) žáci / „z nudy“, 14 % (7) žáků / „z vlastního rozhodnutí“, 4 % (2) žáci / „byla mi nabídnuta“, 8 % (4) žáci / „řešil (a) jsem tak krizovou situaci“, 2 % (1) žák / „chtěl (a) jsem zapadnout“, 6 % (3) žáci / „nevím“ a 8 % (4) žáci / „nikdy jsem žádnou drogu nezkusil (a)“.

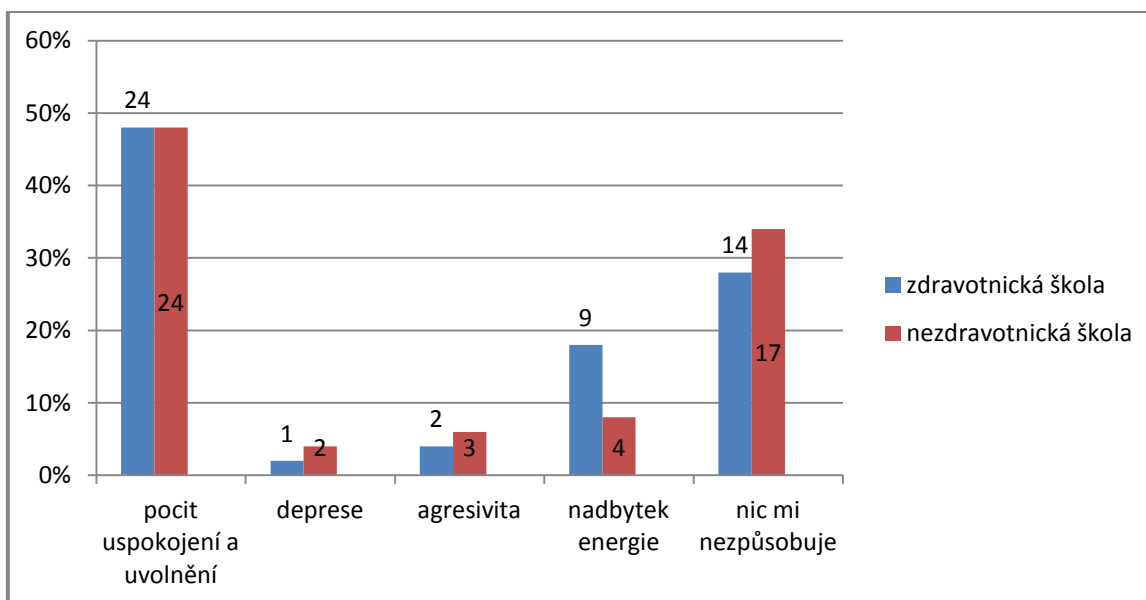
Z výsledků je patrné, že nejčastější příčinou užití drogy u 36 % (18) žáků zdravotnické a u 42 % (21) žáků nezdravotnické školy byla zvědavost.

Otázka číslo 7: Jaké pocity vám droga přináší?

Tabulka 7: Pocity

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
pocit uspokojení a uvolnění	48% (24) žáků	48% (24) žáků
deprese	2% (1) žáků	4% (2) žáků
agresivita	4% (2) žáků	6% (3) žáků
nadbytek energie	18% (9) žáků	8% (4) žáků
nic mi nezpůsobuje	28% (14) žáků	34% (17) žáků

Graf 7: Pocity



Vyhodnocení otázky č. 7

V souvislosti s užíváním dané látky nás zajímalo, jaké pocity jim droga přináší.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 48 % (24) žáků / „pocit uspokojení a uvolnění“, 2 % (1) žák / „deprese“, 4 % (2) žáci / „agresivita“, 18 % (9) žáků / „nadbytek energie“ a 28 % (14) žáků / „nic mi nezpůsobuje“.

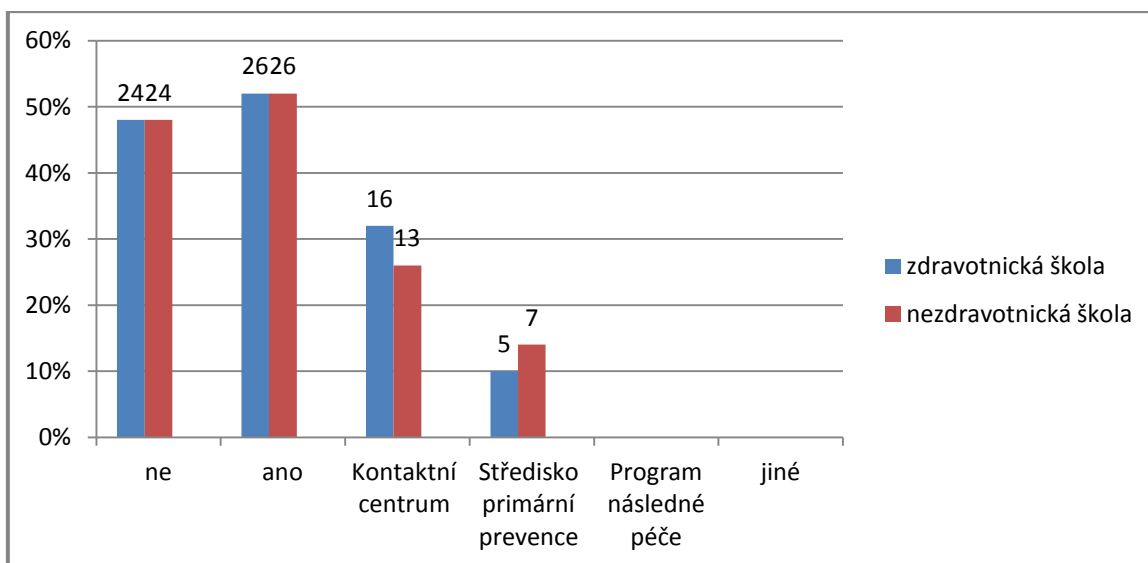
Nezdravotnická škola odpovídala takto: 48 % (24) žáků / „pocit uspokojení a uvolnění“, 4 % (2) žáci / „deprese“, 6 % (3) žáci / „agresivita“, 8 % (4) žáci / „nadbytek energie“ a 34 % (17) žáků / „nic mi nezpůsobuje“.

Otázka číslo 8: Znáte v Plzni nějaká místa, na která se můžete obrátit, pokud máte vy sami nebo někdo z blízkých problémy s drogou?

Tabulka 8: Protidrogová centra

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ne	48% (24) žáků	48% (24) žáků
ano	52% (26) žáků	52% (26) žáků
Kontaktní centrum	32% (16) žáků	26% (13) žáků
Středisko primární prevence	10% (5) žáků	14% (7) žáků
Program následné péče	0% (0) žáků	0% (0) žáků
jiné	0% (0) žáků	0% (0) žáků

Graf 8: Protidrogová centra



Vyhodnocení otázky č. 8

Úkolem také bylo zjistit, jaká je jejich informovanost v oblasti drogové prevence, proto jsme se žáků ptali, zda znají v Plzni nějaká protidrogová centra. Na výběr měli možnosti: „ne“, „ano“, „K-centrum“, „P-centrum“, „PNP-centrum“ a „jiné“.

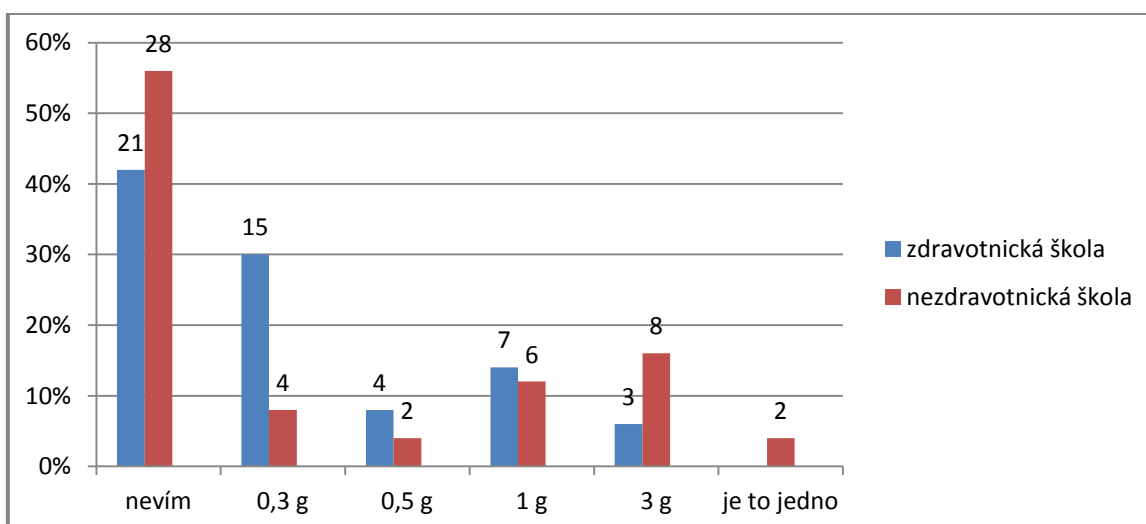
Odpověď ne označilo 48 % (24) žáků zdravotnické a nezdravotnické školy. Ano označilo 52 % (26) žáků zdravotnické a nezdravotnické školy. K-centrum označilo 32 % (16) žáků zdravotnické školy a 26 % (13) žáků nezdravotnické školy. P-centrum označilo 10 % (5) žáků zdravotnické školy a 14 % (7) žáků nezdravotnické školy.

Otázka číslo 9: Jaké je povolené množství marihuany, které můžete mít u sebe?

Tabulka 9: Povolené množství marihuany

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
nevím	42% (21) žáků	56% (28) žáků
0,3 g	30% (15) žáků	8% (4) žáků
0,5 g	8% (4) žáků	4% (2) žáků
1 g	14% (7) žáků	12% (6) žáků
3 g	6% (3) žáků	16% (8) žáků
je to jedno	0% (0) žáků	4% (2) žáků

Graf 9: Povolené množství marihuany



Vyhodnocení otázky č. 9

Druhá testová otázka zněla, zda vědí, jaké je povolené množství marihuany, které mohou mít u sebe. Na výběr měli z možností: „nevím“, „0,3g“, „0,5g“, „1g“, „3g“, „je to jedno“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 42 % (21) žáků / nevím, 30 % (15) žáků / 0,3g, 8 % (4) žáci / 0,5g, 14 % (7) žáků / 1g, 6 % (3) žáci / 3g. Odpověď „je to jedno“ ne zvolil nikdo.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 56 % (28) žáků/nevím, 8 % (4) žáci / 0,3g, 4 % (2) žáci / 0,5g, 12 % (6) žáků / 1g, 16 % (8) žáků / 3g, 4 % (2) žáci / je to jedno.

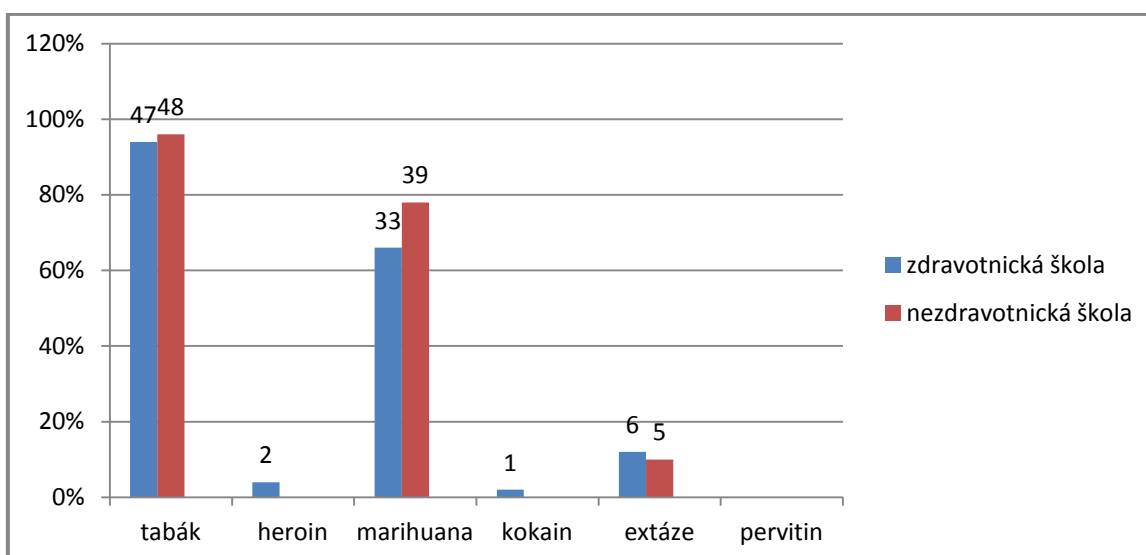
Správně odpovědělo 30 % (15) žáků zdravotnické a 8 % (4) žáci nezdravotnické školy.

Otázka číslo 10: Označte látky, které se řadí mezi měkké drogy.

Tabulka 10: Měkké drogy

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
tabák	94% (47) žáků	96% (48) žáků
heroin	4% (2) žáků	0% (0) žáků
marihuana	66% (33) žáků	78% (39) žáků
kokain	2% (1) žáků	0% (0) žáků
extáze	12% (6) žáků	10% (5) žáků
pervitin	0% (0) žáků	0% (0) žáků

Graf 10: Měkké drogy



Vyhodnocení otázky č. 10

Ve třetí testové otázce jsme se ptali, které látky se řadí mezi „měkké drogy“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 94 % (47) žáků / „tabák“, 4 % (2) žáci / „heroin“, 66 % (33) žáků / „marihuana“, 2 % (1) žák / „kokain“, 12 % (6) žáků / „extáze“. Pervitin ne zvolil nikdo.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 96 % (48) žáků / „tabák“, 78 % (39) žáků / „marihuana“, 10 % (5) žáků / „extáze“. Heroin, kokain a pervitin ne označil nikdo.

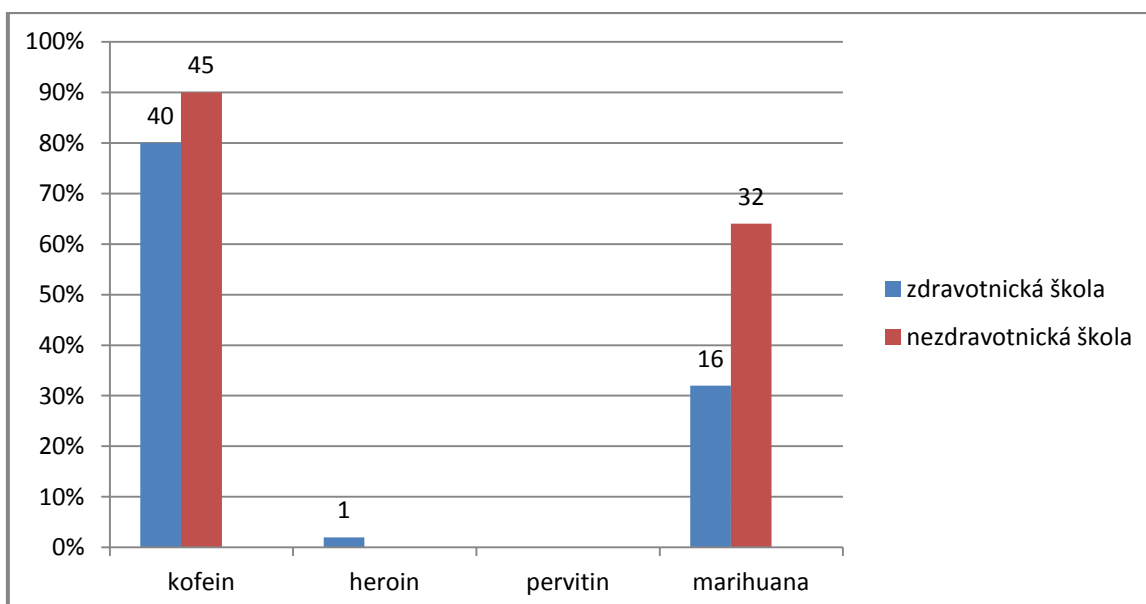
Mezi měkké drogy se řadí tabák, marihuana a extáze.

Otázka číslo 11: Které z těchto látek představují pouze mírné riziko závislosti?

Tabulka 11: Látky s mírným rizikem závislosti

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
kofein	80% (40) žáků	90% (45) žáků
heroin	2% (1) žáků	0% (0) žáků
pervitin	0% (0) žáků	0% (0) žáků
marihuana	32% (16) žáků	64% (32) žáků

Graf 11: Látky s mírným rizikem závislosti



Vyhodnocení otázky č. 11

Ve čtvrté testové otázce měli žáci za úkol označit látky s mírným rizikem závislosti.

Zdravotnická škola na otázku odpovídala takto: 80% (40) žáků / „kofein“, 2% (1) žák / „heroin“ a 32% (16) žáků / „marihuana“. Pervitin ne zvolil nikdo.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 90% (45) žáků / „kofein“ a 64% (32) žáků / „marihuana“. Heroin a pervitin ne označil nikdo.

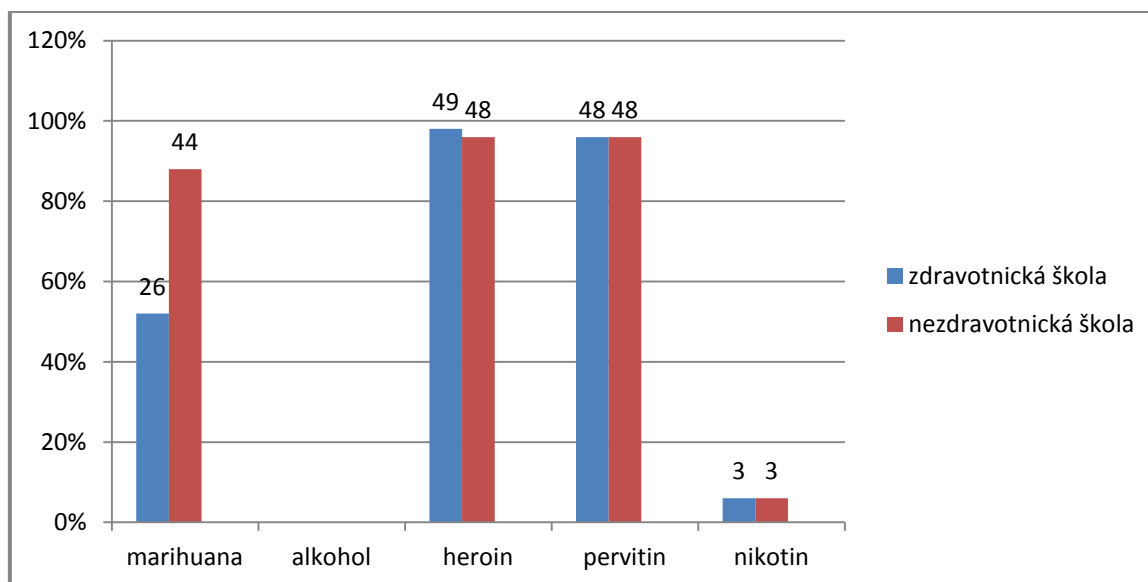
Mezi látky s mírným rizikem závislosti se řadí kofein a marihuana.

Otázka číslo 12: Které z těchto látek se řadí mezi nelegální drogy?

Tabulka 12: Nelegální drogy

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
marihuana	52% (26) žáků	88% (44) žáků
alkohol	0% (0) žáků	0% (0) žáků
heroin	98% (49) žáků	96% (48) žáků
pervitin	96% (48) žáků	96% (48) žáků
nikotin	6% (3) žáků	6% (3) žáků

Graf 12: Nelegální drogy



Vyhodnocení otázky č. 12

Pátá testová otázka se týkala znalostí nelegálních drog.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 52 % (26) žáků / „marihuana“, 98 % (49) žáků / „heroin“, 96 % (48) žáků / „pervitin“, 6 % (3) žáci / „nikotin“. Alkohol nezvolil nikdo.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 88 % (44) žáků / „marihuana“, 96 % (48) žáků / „heroin“, 96 % (48) žáků / „pervitin“, 6 % (3) žáci / „nikotin“. Alkohol neoznačil nikdo.

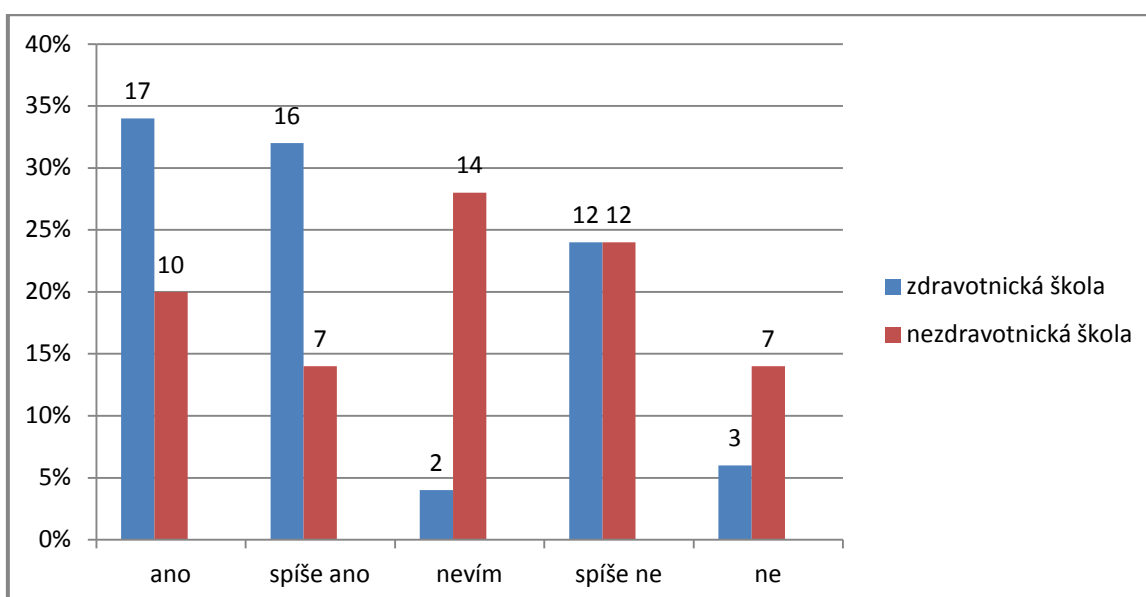
Mezi nelegální drogy se řadí: marihuana, heroin a pervitin.

Otázka číslo 13: Myslíte si, že je ve vaší škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence?

Tabulka13: Drogová prevence ve škole

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ano	34% (17) žáků	20% (10) žáků
spíše ano	32% (16) žáků	14% (7) žáků
nevím	4% (2) žáků	28% (14) žáků
spíše ne	24% (12) žáků	24% (12) žáků
ne	6% (3) žáků	14% (7) žáků

Graf 13: Drogová prevence ve škole



Vyhodnocení otázky č. 13

Ve třinácté otázce nás zajímal názor žáků, zda si myslí, že je ve škole věnována dostatečná protidrogová prevence.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 34 % (17) žáků / „ano“, 32 % (16) žáků / „spíše ano“, 4 % (2) žáci / „nevím“, 24 % (12) žáků / „spíše ne“ a 6 % (3) žáci / „ne“.

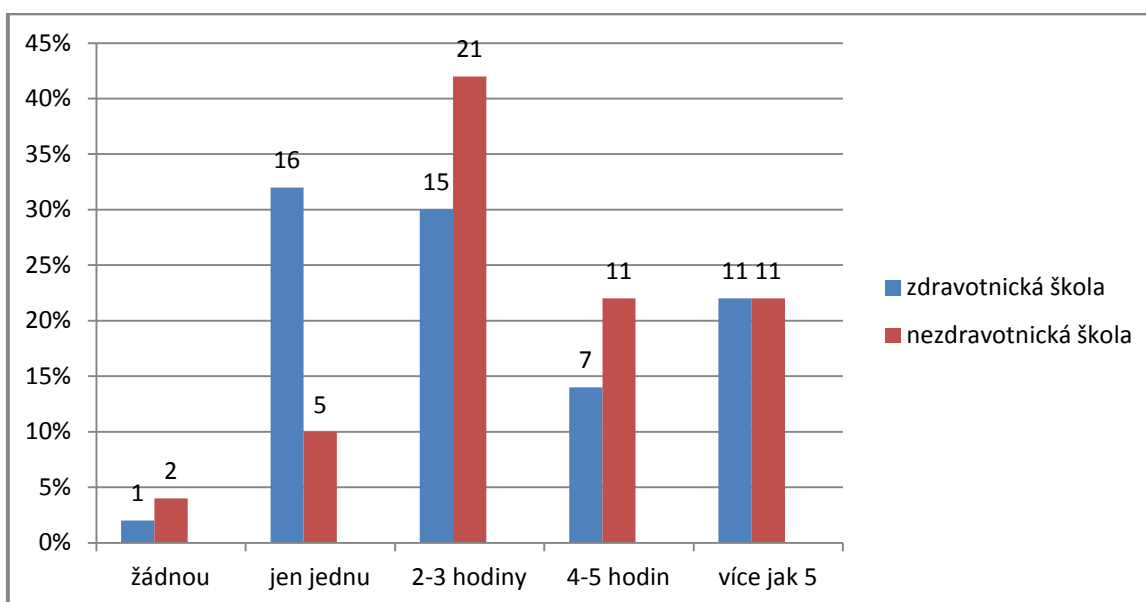
Nezdravotnická škola odpovídala takto: 20% (10) žáků / „ano“, 14% (7) žáků / „spíše ano“, 28% (14) žáků / „nevím“, 24% (12) žáků / „spíše ne“ a 14% (7) žáků / „ne“.

Otázka číslo 14: Měli jste na vaší škole nějaké hodiny na téma drogová problematika a prevence?

Tabulka 14: Hodiny protidrogové prevence

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
žádnou	2% (1) žáků	4% (2) žáků
Jen jednu	32% (16) žáků	10% (5) žáků
2-3 hodiny	30% (15) žáků	42% (21) žáků
4-5 hodin	14% (7) žáků	22% (11) žáků
více jak 5	22% (11) žáků	22% (11) žáků

Graf 14: Hodiny protidrogové prevence



Vyhodnocení otázky č. 14

Ve snaze zjistit míru prevence ve škole jsme se žáků ptali, zda měli nějaké hodiny na téma drogová problematika a prevence.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 2 % (1) žák / „žádnou“, 32 % (16) žáků / „jen jednu“, 30 % (15) žáků / „2-3 hodiny“, 14 % (7) žáků / „4-5 hodin“ a 22 % (11) žáků / „více jak 5“.

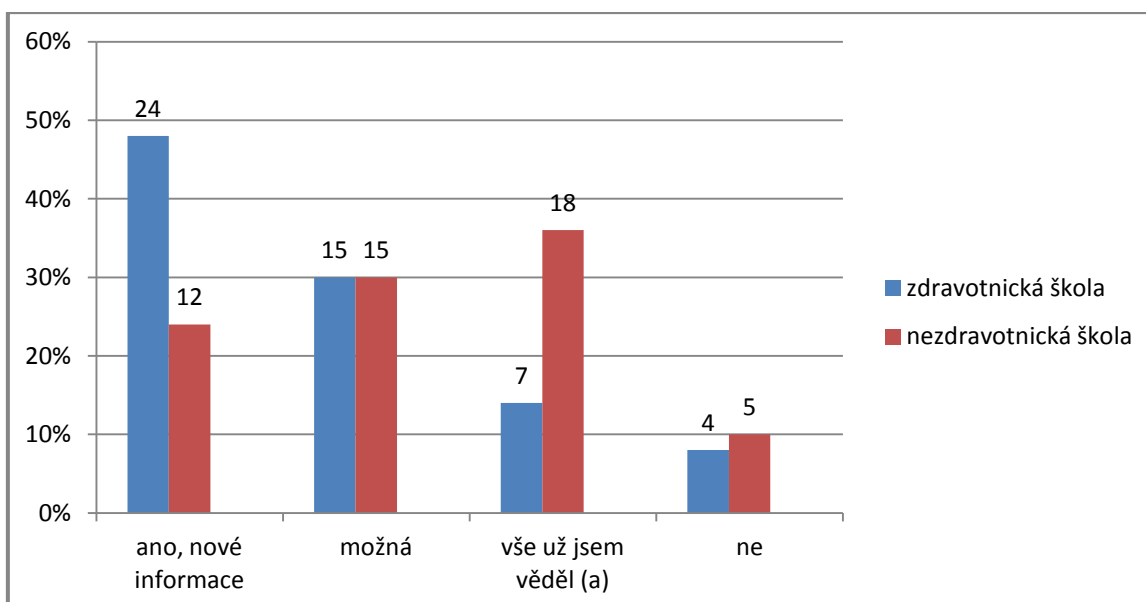
Nezdravotnická škola odpovídala takto: 4 % (2) žáci / „žádnou“, 10 % (5) žáků / „jen jednu“, 42 % (21) žáků / „2-3 hodiny“, 22 % (11) žáků / „4-5 hodin“ a 22 % (11) žáků / „více jak 5“.

Otázka číslo 15: Myslíte si, že vám informace o drogové problematice něco přinesly?

Tabulka 15: Informace o drogové problematice

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
ano, nové informace	48% (24) žáků	24% (12) žáků
možná	30% (15) žáků	30% (15) žáků
vše už jsem věděl (a)	14% (7) žáků	36% (18) žáků
ne	8% (4) žáků	10% (5) žáků

Graf 15: Informace o drogové problematice



Vyhodnocení otázky č. 15

V této otázce nás zajímalo, zda jim informace o drogové problematice něco přinesly. Na výběr měli čtyři možnosti: „ano“, „nové informace“, „možná“, „vše už jsem věděl (a)“, „ne“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 48% (24) žáků / „ano, nové informace“, 30% (15) žáků / „možná“, 14% (7) žáků / „vše už jsem věděl (a)“ a 8% (4) žáci / „ne“.

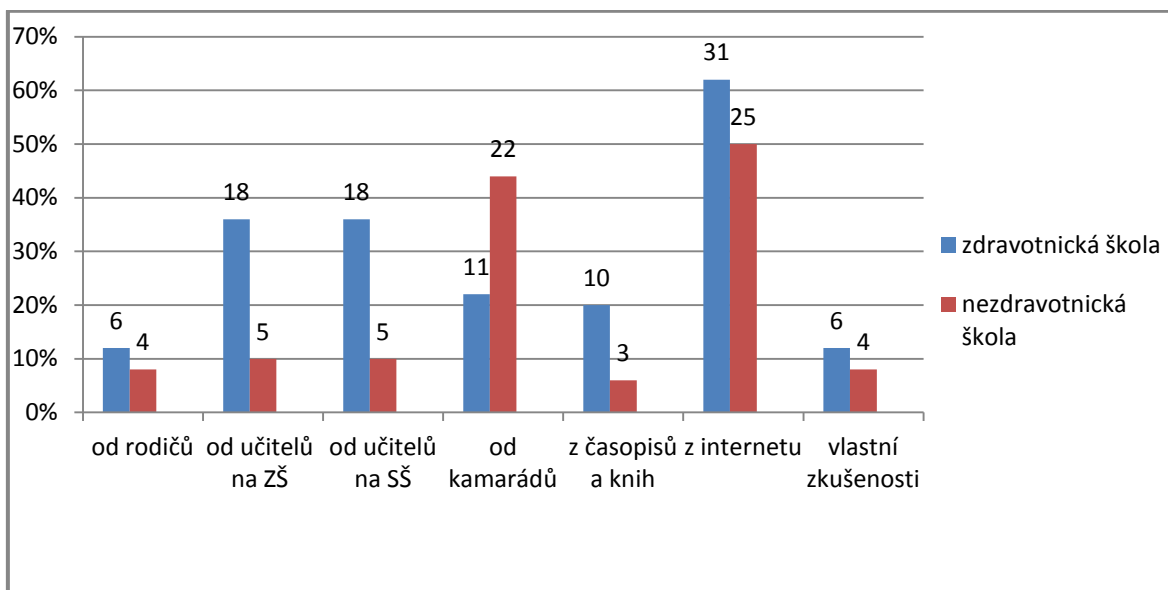
Nezdravotnická škola odpovídala takto: 24% (12) žáků / „ano, nové informace“, 30% (15) žáků / „možná“, 36% (18) žáků / „vše už jsem věděl (a)“ a 10% (5) žáků / „ne“.

Otázka číslo 16: Od koho máte nejvíce informací o drogách?

Tabulka 16: Zdroj informací

	Zdravotnická škola	Nezdravotnická škola
od rodičů	12% (6) žáků	8% (4) žáků
od učitelů na ZŠ	36% (18) žáků	10% (5) žáků
od učitelů na SŠ	36% (18) žáků	10% (5) žáků
od kamarádů	22% (11) žáků	44% (22) žáků
z časopisů a knih	20% (10) žáků	6% (3) žáků
z internetu	62% (31) žáků	50% (25) žáků
vlastní zkušenosti	12% (6) žáků	8% (4) žáků

Graf 16: Zdroj informací



Vyhodnocení otázky č. 16

V poslední otázce jsme se snažili zjistit, odkud žáci získali nejvíce informací o drogové problematice. Na výběr měli tyto možnosti: „od rodičů“, „od učitelů na ZŠ“, „od učitelů na SŠ“, „od kamarádů“, „z časopisů a knih“, „z internetu“ a „vlastní zkušenosti“.

Zdravotnická škola odpovídala takto: 12 % (6) žáků / „od rodičů“, 36 % (18) žáků / „od učitelů na ZŠ“, 36 % (18) žáků / „od učitelů na SŠ“, 22 % (11) žáků / „od kamarádů“, 20 % (10) žáků / „z časopisů a knih“, 62 % (31) žáků / „z internetu“ a 12 % (6) žáků / „vlastní zkušenosti“.

Nezdravotnická škola odpovídala takto: 8 % (4) žáci / „od rodičů“, 10 % (5) žáků / „od učitelů na ZŠ“, 10 % (5) žáků / „od učitelů na SŠ“, 44 % (22) žáků / „od kamarádů“, 6 % (3) žáci / „z časopisů a knih“, 50 % (25) žáků / „z internetu“ a 8 % (4) žáci / „vlastní zkušenosti“.

Nejvíce informací o drogové problematice žáci získali z internetu 62 % (31) žáků zdravotnické školy a 50 % (25) žáků nezdravotnické školy.

12 DISKUZE

Na začátku této práce jsme si stanovili hypotézy, které jsme chtěli pomocí výsledků z dotazníkového šetření potvrdit, anebo vyvrátit. Výsledky jednotlivých otázek, které se vztahují k hypotézám, jsou zpracovány do grafů a doplněny tabulkami v kapitole s názvem „Zpracování údajů“.

Dotazník tvořilo celkem 16 otázek, z toho 13 uzavřených a 3 polootevřené. Celkem bylo rozdáno v tištěné podobě 100 dotazníků: 50 na Střední zdravotnické škole a 50 na Střední průmyslové škole strojnické v Plzni.

Sběr dat proběhl v listopadu roku 2014 a návratnost dotazníků byla 100 %.

Z celkových 7 hypotéz, bylo 5 hypotéz potvrzeno (H_0 , H_1 , H_4 , H_5 , H_6) a 2 nepotvrzené (H_2 , H_3).

Na závěr diskuze je uveden graf, který slouží k přehlednému srovnání obou škol.

Potvrzené hypotézy: H_0 , H_1 , H_4 , H_5 , H_6

Hypotéza H_0 : Potvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda jsou žáci střední nezdravotnické školy více závislí na návykových látkách nežli žáci střední zdravotnické školy. Hypotézy H_0 se týkají otázky číslo 1,2,4 a 5. V těchto otázkách jsme chtěli zjistit, jaká je míra závislosti na návykových látkách u žáků středních škol. Předpokládáme, že vyšší míra závislosti u žáků nezdravotnické školy bude způsobena neznalostí možných účinků a následků drog. Dále bereme v potaz, že žáci zdravotnické školy mají dostatek zkušeností z odborné praxe s nemocnými lidmi, a proto budou více dbát na své zdraví. Z výsledků jsme zjistili, že zkušenosti se závislostí na návykových látkách má 56 % (28) žáků nezdravotnické školy a 38 % (19) žáků zdravotnické školy. Žáci zdravotnické školy jsou nejvíce závislí na cigaretách 30 % (15) žáků, kdežto žáci nezdravotnické školy na alkoholu 46 % (23) žáků.

Hypotéza H_1 : Potvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda žáci střední zdravotnické školy hodnotí prevenci ze strany školy jako více přínosnou nežli žáci střední nezdravotnické školy. Hypotézy H_1 se týkají otázky číslo 13, 14 a 15. V těchto otázkách nás zajímaly názory žáků, jak vnímají a hodnotí drogovou prevenci ze strany školy. Předpokládáme, že zdravotnická škola poskytuje svým žákům více informací o drogách a následcích spojených s jejich užíváním

nežli nezdravotnická škola. Dále u zdravotnické školy očekáváme více vyučovacích hodin s touto problematikou. Z výsledků jsme zjistili, že 66 % (33) žáků zdravotnické a 34 % (17) žáků nezdravotnické školy hodnotí prevenci ze strany školy jako kvalitní. Dále jsme zjistili, že 48 % (24) žákům zdravotnické školy dala prevence o drogách nové informace, oproti 24 % (12) žákům nezdravotnické školy.

Hypotéza H₄: Potvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda mají žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy největší zkušenosti s alkoholem. Hypotézy H₄ se týká otázka číslo 3. Zde jsme chtěli zjistit, s kterými návykovými látkami mají žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy největší zkušenosti. Na výběr měli tyto možnosti: žádné zkušenosti, alkohol, cigarety, marihuana, tlumivé látky, opiáty, halucinogeny, rozpouštědla, stimulanty a jiné. Předpokládali jsme, že největší zkušenosti budou mít právě s alkoholem. Alkohol je dostupný téměř na každém rohu, jeho cena je oproti jiným drogám pro mladistvé příznivá, ba dokonce např. pivo bývá levnější nežli nealkoholické nápoje. Zkušenosti s alkoholem má 96 % (48) žáků zdravotnické a 92 % (46) žáků nezdravotnické školy.

Hypotéza H₅: Potvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy prvně drogu zkusili ze zvědavosti. Hypotézy H₅ se týká otázka číslo 6. V této otázce nás zajímala příčina toho, proč žáci látku užili. Jelikož mladiství často rádi experimentují, domníváme se, že příčina prvního užití byla zvědavost. Z výsledků je patrné, že důvodem první zkušenosti s drogou bylo u 36% (18) žáků zdravotnické a 42% (21) žáků nezdravotnické školy užití ze zvědavosti.

Hypotéza H₆: Potvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda žákům střední zdravotnické a nezdravotnické školy droga nejčastěji způsobuje pocit uspokojení a uvolnění. Hypotézy H₆ se týká otázka číslo 7. Žáků jsme se ptali, jaké pocity jim droga přináší. Vzhledem k tomu, že braní drog je činnost svévolná, předpokládali jsme, že droga bude mít pro uživatele pozitivní účinek. V této otázce se naše hypotéza potvrdila. Překvapivé pro nás bylo zjištění, že na druhém místě uživatelům droga nic nezpůsobuje. Možná překvapivějším zjištěním byl fakt, že několika respondentům droga způsobuje deprese.

Nepotvrzené hypotézy: H₂, H₃

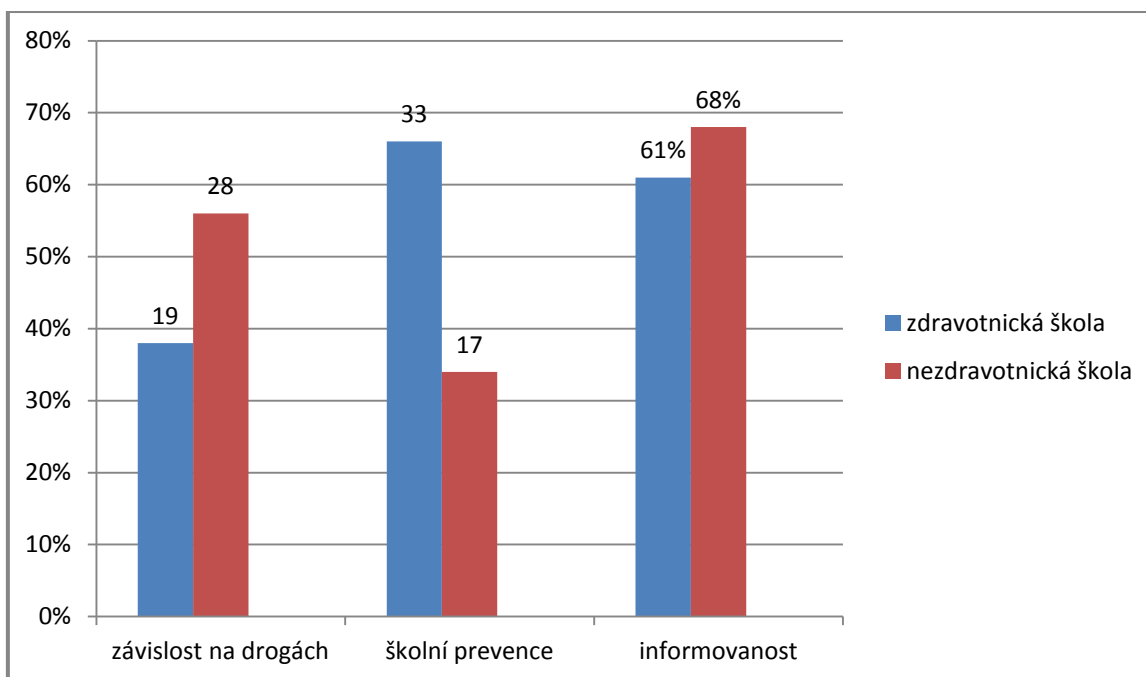
Hypotéza H₂: Nepotvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda mají žáci střední zdravotnické školy více informací o drogové problematice nežli žáci střední nezdravotnické školy. Hypotézy H₂ se týkají otázky číslo 8, 9, 10, 11 a 12. V těchto otázkách jsme chtěli pomocí testových otázek zjistit, která škola má větší přehled o drogové problematice. Zde jsme předpokládali, že střední zdravotnická škola má více předmětů z oblasti drog, a proto bude mít lepší výsledky nežli nezdravotnická škola. Po vyhodnocení měla střední zdravotnická škola 61 % správných a 39 % špatných odpovědí. Střední nezdravotnická škola měla 68 % správných a 32 % špatných odpovědí.

Hypotéza H₃: Nepotvrzena

V této hypotéze nás zajímalo, zda žáci střední zdravotnické a nezdravotnické školy získali nejvíce informací o drogové problematice ze strany školy. Hypotézy H₃ se týká otázka číslo 16. V této otázce měli žáci za úkol označit zdroj, odkud získali nejvíce informací o drogách. Předpokládáme, že drogová problematika je často diskutovaným tématem na všech školách, a dále se domníváme, že si žáci vyslechli řadu přednášek na toto téma. Žáci jako nejčastější zdroj informací o drogách uváděli internet, a to konkrétně 62 % (31) žáků zdravotnické a 50 % (25) žáků nezdravotnické školy. U žáků nezdravotnické školy byl na druhém místě kamarád, učitelé ZŠ a SŠ byli na třetím místě.

Graf 17: Výsledné srovnání škol



V tomto grafu jsou zahrnuty hypotézy H_0 , H_1 a H_2 . Z grafu je patrné, že v oblasti závislosti a prevence jsou na tom žáci střední zdravotnické školy lépe. V otázce informovanosti je situace opačná, i když rozdíl není tak markantní. Pomocí testových otázek dosáhla nezdravotnická škola 68 % úspěšnosti a zdravotnická škola 61 % úspěšnosti. Nejčastěji žáci obou škol dělali chybu v otázce, ve které jsme se ptali, jaké je povolené množství marihuany, které mohou mít u sebe. Druhou častou chybou bylo nezařazení extáze mezi tzv. „měkké drogy“. Tuto chybu si vysvětlujeme tím, že žáci vědí, že extáze se řadí mezi nelegální drogy, a proto ji automaticky považují za drogu tvrdou.

Přesto si však trůfáme tvrdit, že informovanost žáků středních škol o návykových látkách je „dobrá“.

ZÁVĚR

Vypracováním bakalářské práce na téma „Výskyt drogové závislosti u žáků středních škol“ jsme se snažili vytvořit přehledný text, který by představil jednotlivé typy drog, rizika spojená s jejich užíváním, možnosti prevence a služby, které zajišťují protidrogová centra.

Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku závislosti na návykových látkách u žáků středních škol v Plzni, kteří byli cílovou skupinou tohoto výzkumu. Konkrétně jsme se zaměřili na porovnání střední zdravotnické a nezdravotnické školy. Obě školy byly do výzkumu zvoleny záměrně, výběr tříd byl náhodný. Důvodem výběru obou škol bylo potvrdit hypotézu, zda jsou v oblasti zneužívání návykových látek na tom humanitní školy lépe. Dále nás ve výzkumu zajímalo, jak žáci hodnotí prevenci ze strany školy, jaká je jejich informovanost o drogách a odkud získali nejvíce informací, jaké návykové látky užívají nejčastěji, co bylo důvodem užití a především, co jim droga způsobuje.

Odpovědi na tyto otázky jsme chtěli získat pomocí předem vytvořeného dotazníku, který obsahoval jak uzavřené, tak polootevřené otázky. Dotazník byl zcela anonymní, takže se nikdo ze žáků nemusel bát žádného postihu ze strany školy, a mohl odpovědět to, co uznal za vhodné.

Při vyplňování dotazníku byly mezi oběma školami značné rozdíly. Na jedné straně zdravotnická škola, kde se převážná část respondentů skládala z dívek, k dotazníku přistupovala svědomitě a po vyplnění se dožadovali správných odpovědí na otázky. Oproti tomu respondenti z druhé, nezdravotnické školy, kterou reprezentovali sami chlapci, dávali najevo lhostejnost k dotazníku a brali to jako zábavu.

I přes tyto na první pohled značné rozdíly nás některé výsledky překvapily. Konkrétně to, že žáci obou škol čerpají nejvíce informací o drogách z internetu a to, že žáci nezdravotnické školy jsou v oblasti drog informovanější. Naopak se nám potvrdila hypotéza, že žáci nezdravotnické školy jsou více závislí na návykových látkách nežli žáci zdravotnické školy. Tento fakt si vysvětlujeme tím, že významnou roli v užívání drog hraje pohlaví a prostředí. Vycházeli jsme z předpokladu, že drogy užívají více jedinci mužského pohlaví. Dále může hrát roli fakt, že žákyně zdravotnické školy vidí v reálu důsledky užívání drog. Toto může být určitým varováním. Dále se nám potvrdilo, že nejčastěji užívanou látkou je alkohol. Alkohol, který je dostupný často i osobám mladším 18 let a jeho cena, kterou jsou žáci ochotni zaplatit. Hlavním důvodem, proč žáci experimentují

s drogou, je zvědavost. A nakonec pocity, které jim droga způsobuje, jsou uspokojení a uvolnění. Hned na druhém místě jim droga nic nezpůsobuje a objevili se i tací, kterým látka způsobuje deprese. V takovémto případě je k zamyšlení, proč látku vlastně berou.

Věříme, že získané výsledky pomohou k zpřehlednění dané problematiky a povedou ke zvýšené prevenci do budoucna. Jako výstup pro praxi poslouží informační leták, který obsahuje adresy a služby protidrogových center po Plzni. Tento informační leták byl vyhotoven s předstihem v rámci zapojení do lektorování na evropském preventivním programu určenému žákům ZŠ. Tato akce se konala dne 2. 6. 2014 v Plzni, Tylova 59, pod záštitou FZS. Lektorování bylo rozděleno do třech po sobě jdoucích výstupů. Každý výstup obsahoval několik témat. Moje téma se týkalo drogové prevence. Celé akce se postupně zúčastnili žáci 1.-9. třídy ZŠ Podmostní. Během projektu bylo rozdáno kolem 20 letáků, které si škola mohla vyvěsit na svých nástěnkách. Nami vyhotovený výstup může také využít řada středních škol i základních škol.

POUŽITÉ ZDROJE

Bibliografie

1. DRTIL, Jiří. *Aktuální drogová závislost: Thomayerova sbírka. Přednášky a rozpravy z oboru lékařského*. 1. vydání. Praha : Avicenum, 1978.
2. KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. 1. vydání. místo neznámé : Úřad vlády České republiky, 2003. str. 319. ISBN 80-86734-05-6.
3. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
4. KALINA, Kamil., et al. *Základy kliické adiktologie*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. str. 133. ISBN 978-80-247-1411-0.
5. NEŠPOR, Karel a PROVAZNÍKOVÁ, Hana. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1999. str. 54. ISBN 80-7071-123-X.
6. NEŠPOR, Karel a SCÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti stop: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 5. vydání. Praha : FIT IN, 2003.
7. NEŠPOR, Karel. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
8. NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. 1. vydání. Praha : Portál, 1995.
9. NEŠPOR, Karel, SCÉMY, Ladislav a PERNICOVÁ, Hana. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996.
10. NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence*. 1. vydání. Praha : Sportpropag a.s., 1998.
11. NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha : KLP-Koniasch Latin Press, 1997. str. 348. ISBN 80-85917-36-X.
12. ONDRUŠ, Dalibor. *Toxikománia strašiak či hrozba?* 2. vydání. Banská Bystrica : Osveta, 1990. str. 88. ISBN 80-217-0141-2.

13. PRESL, Jiří a JOHN, Radek. *Drogy!: 106 otázek a odpovědí*. 1. vydání. Praha : Medea kultur Praha s.r.o., 1996. str. 83.
14. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i vaše dítě?* 2. vydání. Praha : MAXDORF, 1995. str. 88. ISBN 80-85800-25-X.
15. STAFFORD, Petr. *Encyklopedie psychedelických látek*. 1. vydání. Praha : Volvox Globator, 1997. str. 495. ISBN 80-7207-057-6.
16. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE ŽENEVA, PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. 1. vydání. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. str. 80. ISBN 80-85121-08-5.
17. SZASZ, Thomas. *Drogy: Historie jedné hysterie*. 1. vydání. Olomouc : Votobia, 1997. str. 137. ISBN 80-7198-201-6.
18. ŠOMSÁK, Ladislav. *Velká kniha rostlin: hornin, minerálů a zkamenělin*. Bratislava : Příroda, 1997. ISBN 80-07-01187-7.
19. TYLER, Adrew. *Drogy v ulicích: mýty-fakta-rady*. 1. vydání. Praha : FINIDR, spol. s.r.o., 2000. str. 426. ISBN 80-237-3906-X.
20. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vydání. Praha : Portál, 2000. str. 444. ISBN 80-7178-496-6.

Elektronické zdroje

1. LEGALIZACE. *Příroda versus syntetika* [online]. © 2013 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/569-priroda-versus-syntetika>
2. MLČOCH, Zbyněk. KUŘÁKOVA PLÍCE. *Otrava nikotinem - příznaky, projevy, jak se projevuje*[online]. © 2003 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-onem/26-otrava-nikotinem-priznaky-projevy.html
3. SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA PLZNĚ. *Kontsktní centrum - Centrum protidrogové prevence a terapie*[online]. Copyright © 2000 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/drogove-zavisli/poskytovatele-5/kontaktni-centrum-centrum-protidrogove-prevence-a-terapie.aspx>

4. SEMIRAMIS. *Centrum primární prevence* [online]. © 1995 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://www.os-semiramis.cz/centrum-primarni-prevence/poslani-centra-cppsk/>
5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA PLZNĚ. *Program následné péče (PNP) - Centrum protidrogové prevence a terapie* [online]. © 2000 [cit. 2014-12-30]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/drogove-zavisli/poskytovatele-5/program-nasledne-pece-pnp-centrum-protidrogove-prevence-a-terapie.aspx>
6. SZŠVOŠZ. *Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická* [online]. ©2013 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <https://www.zdravka-plzen.cz/?q=verejnost/o-skole/profil-szs-vosz>
7. SPSTRPLZ. *Střední průmyslová škola strojnická a Střední odborná škola profesora Švejcara* [online]. ©2011 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <http://www.spstrplz.cz/uvod/obory-sps-strojnicke/>
8. IDNES. *V Plzni je králem mezi drogami pervitin, ukázal rozbor odpadních vod* [online]. ©2014 [cit. 2015-01-27]. Dostupné z: http://plzen.idnes.cz/drogy-plzen-analyza-odpadnich-vod-dly-/plzen-zpravy.aspx?c=A140811_113110_plzen-zpravy_pp

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Zkušenosti s návykovými látkami

Tabulka 2: Zkušenosti s více návykovými látkami najednou

Tabulka 3: Drogy

Tabulka 4: Závislost na drogách

Tabulka 5: Doba závislosti

Tabulka 6: Příležitost

Tabulka 7: Pocity

Tabulka 8: Protidrogová centra

Tabulka 9: Povolené množství marihuany

Tabulka 10: Měkké drogy

Tabulka 11: Látky s mírným rizikem závislosti

Tabulka 12: Nelegální drogy

Tabulka 13: Drogová prevence ve škole

Tabulka 14: Hodiny protidrogové prevence

Tabulka 15: Informace o drogové prevenci

Tabulka 16: Zdroj informací

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Zkušenosti s návykovými látkami

Graf 2: Zkušenosti s více návykovými látkami najednou

Graf 3: Drogy

Graf 4: Závislost na drogách

Graf 5: Doba závislosti

Graf 6: Příležitost

Graf 7: Pocity

Graf 8: Protidrogová centra

Graf 9: Povolené množství marihuany

Graf 10: Měkké drogy

Graf 11: Látky s mírným rizikem závislosti

Graf 12: Nelegální drogy

Graf 13: Drogová prevence ve škole

Graf 14: Hodiny protidrogové prevence

Graf 15: Informace o drogové prevenci

Graf 16: Zdroj informací

Graf 17: Výsledné srovnání škol

SEZNAM ZKRATEK

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrom (syndrom získané imunodeficiencie)

AT ordinace – ordinace ambulantní péče

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

g – gram

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

K-centrum – Kontaktní centrum

Kg – kilogram

LSD – Dihethylamid kyseliny lysergové (Lysergamid)

MDMA – Metylendioxiamfetamin

mg – miligram

ml – mililitr

P-centrum – Středisko primární prevence

PCP – Phenylcyclohexylpiperidin

PNP – program následné péče

SŠ – střední škola

SZO – Světová zdravotnická organizace

THC – Tetrahydrocannabinol

tzv. – tak zvané

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZŠ – základní škola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Informační leták

Příloha č.2 – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informační leták

Kontaktní centra

<p>Kontaktní centrum (K-centrum)</p> <p>Web: www.cppt.cz Adresa: Havířská 6, 301 00 Plzeň Telefon: 377 21 374 e-mail: kcentrum@cppt.cz</p>	<p>Nabízí služby zabývající se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Příčinou, prevencí, léčbou a významem závislosti• Poradenstvím, odbornou konzultací• Podporou rodinných příslušníků a blízkým osobám uživatele• Snižováním rizik souvisejících s braním drog• Sociální a zdravotnickou službu• Podporu k návratu do života bez návykových látek
<p>Středisko primární prevence (P-centrum)</p> <p>Web: www.cppt.cz Adresa: Plachého 6, 301 00 Plzeň Telefon: 731 183 394 e-mail: prevence@cppt.cz</p>	<p>Nabízí služby zabývající se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preventivní programy a aktivity pro dospívající, studenty základních a středních škol• Předcházení vzniku rizikového chování• Přípravou na náročné životní situace v dospívání• Učit se nést zodpovědnost za své rozhodnutí
<p>Program následné péče (PNP)</p> <p>Web: www.cppt.cz Adresa: Doudlevecká 71, 301 00 Plzeň Telefon: 377 321 051 e-mail: ambulance@cppt.cz</p>	<p>Nabízí služby zabývající se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Podporu lidem minimálně 3 měsíce abstinující• Motivaci dále žít bez drog• Snižování rizika návratu k užívání drog• Začlenění zpět do společnosti, zaměstnání, studia, samostatného bydlení, rodiny a skupiny přátel• Udržet si zdravý životní styl• Doléčování s chráněným bydlením

Příloha č. 2 – Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Ondřej Skála a jsem studentem 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni oboru Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví.

- Tento dotazník je součástí bakalářské práce na téma „Výskyt drogové závislosti u žáků středních škol“
- Do dotazníku **nedoplňujte své jméno**, neboť je zcela anonymní
- Vámi zvolenou odpověď/odpovědi označte **X**. Pokud chcete původní odpověď změnit, dejte **X** do kroužku a označte jinou

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Zkusil (a) jste již nějakou návykovou látku? (včetně alkoholu a cigaret)

- ano
- ne

2. Užil (a) jste někdy více návykových látek najednou?

- ano
- ne

3. Pokud jste nějakou návykovou látku zkusil (a), která to byla?

- nemám žádné zkušenosti s návykovou látkou
- alkohol (pivo, víno, tvrdý alkohol)
- cigarety
- marihuana
- tlumivé látky (barbituráty, benzodiazepiny)
- opiáty (heroin, „braun“, opium, metadon)
- halucinogeny (LSD, Lysohlávky)
- rozpouštědla (lepidla, ředidla, benzín)
- stimulanty (kokain, amfetamin, crack, pervitin, extáze)
- jiné.....

4. Jste závislí na některé z těchto uvedených látek?

- ne
- alkohol
- cigarety
- marihuana
- tlumivé látky
- opiáty
- halucinogeny
- rozpouštědla
- stimulanty
- jiné.....

5. Jak dlouho jste závislí na Vámi označené látce?

- méně než rok
- 1-2 roky
- 3-5 let
- 5 a více let

6. Pokud už jste nějakou drogu zkusil (a), při jaké to bylo příležitosti?

- ze zvědavosti
- z nudy
- z vlastního rozhodnutí
- byla mi nabídnuta
- řešil jsem tak krizovou situaci
- chtěl jsem „zapadnout“
- nevím
- nikdy jsem žádnou drogu nezkusil (a)

7. Jaká pocity vám droga přináší?

- pocit uspokojení, uvolnění
- deprese
- agresivita
- nadbytek energie
- nic mi nezpůsobuje

8. Znáte v Plzni nějaká místa, na která se můžete obrátit, pokud vy sami nebo někdo z blízkých má problémy s drogou?

- ne
- ano
- Kontaktní centrum (K-centrum)
- Středisko primární prevence (P-centrum)
- Program následné péče (PNP)
- jiné.....

9. Jaké je povolené množství marihuany, které můžete mít u sebe?

- nevím
- 0,3 g
- 0,5 g
- 1 g
- 3 g
- je to jedno

10. Označte látky, které se řadí mezi měkké drogy

- tabák
- heroin
- marihuana
- kokain
- extáze
- pervitin

11. Které z těchto látek představují pouze mírné riziko závislosti?

- kofein
- heroin
- pervitin
- marihuana

12. Které z těchto látek se řadí mezi nelegální drogy?

- marihuana
- alkohol
- heroin
- pervitin
- nikotin

13. Myslíte si, že je ve vaší škole věnována dostatečná pozornost týkající se drogové prevence?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

14. Měli jste na vaší škole nějaké hodiny na téma drogová problematika a prevence?

- žádnou
- jen jednu
- 2-3 hodiny
- 4-5 hodin
- více jak 5

15. Myslíte si, že vám informace o drogové problematice něco přinesly?

- ano, nové informace
- možná
- vše už jsem věděl (a)
- ne

16. Od koho máte nejvíce informací o drogách?

- od rodičů
- od učitelů na základní škole
- od učitelů na střední škole
- od kamarádů
- z časopisů a knih
- z internetu
- vlastní zkušenosti