

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Drogové závislosti u mladistvých

Drug addiction adolescent

Katedra učitelství

Studijní obor: Sociální pedagogika

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce :

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Josef Šťastný

Praha 2010

P o d ě k o v á n í :

Děkuji paní RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za odborné vedení a umožnění odevzdání právě tohoto tématu bakalářské práce.

P r o h l a š u j i, že svou bakalářskou práci s názvem: Drogové závislosti u mladistvých jsem vypracoval zcela samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF.

Praha, datum: 1.4.2010

podpis autora

Anotace

Bakalářská práce se zabývá drogovými závislostmi u mladistvých jedinců. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část (teoretická) pojednává o historii a klasifikaci návykových látek, otázkou začínajících uživatelů, jevy, které mohou upozornit na možné zneužívání drog, stádii závislosti v souvislosti s trestnou činností a léčbou dospívajícího jedince. Druhá část (praktická) se zabývá znalostí a rozšířeností návykových látek na základních školách.

Annotation in foreign language

Bachelor's thesis concerns drug addiction among teenagers. The thesis is dividend into two main parts. The First part (theoretical) deals with the history and classification of addictive substances, the question of early users, the features which can signalize possible drug abuse, the stages of addiction in connection with criminal activity and the treatment of teenagers. The Second part (practical) concerns the knowledge and extent of spreading of drugs in primary schools.

Klíčová slova

drogy na ZŠ, historie drog, jednotlivé drogy, léčba závislých, proč začínají, stadia závislosti, trestná činnost, varovná znamení, empirický výzkum

drugs in primary school, history drug, individual drugs, medication dependent, why starting, stadia dependencies, criminal activity, warning sign, empirical research

Obsah

Teoretická část

1. Úvod	10
2. Charakteristika drogové scény v České republice	11
2.1 Československá drogová scéna	11
2.2 Drogová scéna 90. let v ČR	12
2.3 Současný stav drogové scény v ČR	14
3. Klasifikace jednotlivých drog	16
3.1 Alkohol	17
3.2 Opiáty	19
3.2.1 Opium	19
3.2.2 Morfín	19
3.2.3 Heroin	20
3.2.4 Kodein	20
3.2.5 Braun	21
3.2.6 Metadon	21
3.3 Stimulační drogy	22
3.3.1 Metamfetamin	22
3.3.2 Kokain	22
3.3.3 Crack	23
3.3.4 Extáze	23
3.3.5 Tabák	24
3.3.6 Kofein	24
3.4 Halucinogenní drogy	25
3.4.1 LSD	25
3.4.2 Psilocybin	26

3.4.3 Muchomůrka červená	26
3.4.4 Trifenidil	27
3.5 Konopné drogy	28
3.5.1 Marihuana a Hašiš	28
3.6 Těkavé látky	30
3.6.1 Toluen	30
<u>4. Proč začínají?</u>	31
4.1 Faktory a činitele zvyšující riziko zneužívání drog	31
4.1.1 Experiment	31
4.1.2 Životní krize	32
4.1.3 Deprese	32
4.1.4 Činitele u dítěte nebo dospívajícího	32
4.1.5 Riziko týkající se rodiny	32
4.1.6 Činitele týkající se školy	33
4.1.7 Tlak vrstevníků	33
4.1.8 Činitele vyskytující se ve společnosti	33
<u>5. Varovná znamení signalizující možné užívání drog</u>	34
5.1 Jednotlivá varovná znamení	34
<u>6. Stádia závislosti</u>	36
6.1 Jednotlivá stádia	36
6.1.1 Počáteční stádium	36
6.1.2 Kritické stádium	36
6.1.3 Stádium návyku	37
6.1.4 Stádium rozkladu	37
<u>7. Návykové látky v souvislosti s trestnou činností</u>	38
7.1 Páchání trestných činů pod vlivem návykových látek	38
7.2 Návykové látky u obětí trestných činů	38

7.3 Trestná činnost za účelem obstarání prostředků na návykové látky	38
7.4 Doprovodná finanční kriminalita	39
7.5 Drogy a korupce	39

8. Prevence a léčba dospívajících jedinců **40**

8.1 Prevence	40
8.2 Formy léčby	41

Praktická část

9. Praktická část **42**

9.1 Cíl výzkumu	42
9.2 Použité metody	43
9.3 Hypotéza	43
9.4 Rozhovor	43
9.4.1 Prezentace rozhovoru – prvotní část zjištění	44
9.5 Dotazník	45
9.5.1 Prezentace dotazníku – hlavní část výzkumu	47
Graf č.1. – Zkušenost s návykovou látkou	47
Graf č.2. – Vědí co znamená?	47
Graf č.3. – Rodinné zázemí	48
Graf č.4. – Kuřáci cigaret	49
Graf č.4.1. – Kouří rodiče?	49
Graf č.4.2. – Kouří tvoji kamarádi?	50
Graf č.4.3. – Chutná ti cigareta?	50
Graf č.5. – Pijáci alkoholu	51
Graf č.5.1. – Pijí rodiče?	51
Graf č.5.2. – Pijí kamarádi?	52
Graf č.5.3. – Chutná ti alkohol?	52
Graf č.6. – Kuřáci marihuany	53
Graf č.7. – Výše kapesného	53
Graf č.8. – Dle bydliště	54
Graf č.9. – Myslíš, že jsi závislý	55

9.6 Vyhodnocení hypotézy, prezentace a závěr výzkumu 56

10. Závěr práce 58

11. Seznam použité literatury 59

12. Seznam příloh 62

13. Shrnutí – Summary

1. Úvod

Drogový problém u mladistvých uživatelů, s kterým se v posledních letech stále více potýkáme, k nám nepřišel z neznáma. Je to dlouhodobý a zároveň negativní vývojový proces, který prochází lidskou společností. Drogy se stávají rozšířenější, známější a oproti období před rokem 1989 čím dál více i rozšířenější u mladší populace.

Cílem této práce je pochopení úlohy návykových látek ve vztahu k mladým lidem jak po stránce teoretické, která má za úkol poukázat na historické souvislosti s drogovým vývojem, drogami samotnými, jejich negativy a dopadem jaké mohou mít na uživatele, otázkou proč mladí začínají s drogami, jaké faktory zvyšují riziko zneužívání návykových látek, jaká jsou varovná znamení, stádia závislosti, ale také souvislosti s trestnou činností a léčbou závislých. Tak po stránce praktické, která má za úkol zjistit jak vypadá současná situace na základních školách u žáků devátého ročníku, kolik mají informací o drogové problematice a jaká je jejich osobní zkušenost s návykovou látkou. Tento výzkumný záměr se opírá o informace snižujícího se věku uživatelů drog.

2. Charakteristika drogové scény v České Republice

Cílem této kapitoly je podat stručný přehled o vývoji situace od Československa až po současnost. Zároveň poukázat na hlavní změny a přelomová období, která vedla k rozšíření drog a drogové kriminality v naší společnosti.

2.1 Československá drogová scéna

Pokud přehlédneme nadužívání alkoholu, pak byl konec devatenáctého a začátek dvacátého století poznamenán nejvíce zneužíváním analgetik a antipyretik (Janík, Dušek, 1990). Po první světové válce se obchodování s ilegálními drogami hojně rozšířilo. Heroin a kokain se dostaly na evropský trh. V Československu se stále drželo prvenství zneužívání léků. Převážná většina těchto léků byla volně k prodeji a tedy velmi snadno dostupná veřejnosti. Podobně jako uvedená psychofarmaka se rozšířilo užívání sedativ a hypnotik barbiturátového typu.

Na začátku šedesátých let se u nás vedle zneužívaných psychofarmak objevují anxiolytická sedativa, některá excitancia a v neposlední řadě antiasthmatika a inhalační drogy. Nejčastěji byl zneužíván yastyl, tablety fenmetrazinu a dezfenmetrazinu, které po požití většího množství působily velice pestré psychické změny.

V průběhu sedmdesátých let se rozvíjelo zneužívání alnagonu, nejvíce užívanou látkou byl kodein. Do poloviny tohoto období byla drogová scéna poměrně stabilní a po dobu téměř dvaceti let se nezměnila (Hampl, 1996).

Počátkem osmdesátých let se vedle zneužívaného morfia (převážně zdravotníky) objevuje podomácku vyrobený braun, svou oblibu si zachoval mezi toxikomany dodnes. Závislost morfinového typu se stala nejrozšířenější. Ve zmíněném období byly ještě zneužívány některá antiepileptika a triphenidyl pro svůj výrazný a povzbuzující efekt. Podobně se rozšířilo zneužívání některých antidepresiv, např nerudal pro svůj euforizační účinek. Koncem osmdesátých let přibýlo obliby zneužití antiastmatik. Byla a jsou používána k výrobě některých účinnějších prostředků. Jedná se o léky obsahující efedrin, čili látku výchozí pro výrobu metamfetaminu (Janík, Dušek, 1990). Administrativním opatřením se metamfetamin zařadil mezi látky podléhající opiovému zákonu, přijatým Československou legislativou roku 1938 (Nožina, 1997).

2.2 Drogová scéna 90. let v ČR

V devadesátých letech byla domácí reprodukce jediným a výhradním zdrojem drog. Pěstovala se marihuana, vyráběl se hydrocodon a pervitin. V této době neexistoval klasický trh ve formě nabídky a poptávky. Distribuce i spotřeba probíhala mezi vzájemně propojenými skupinami (Kalina a kol., 2003).

Po roce 1989 se ČR stala cílovou zemí pro všechny druhy omamných nebo psychotropních látek, včetně nelegální výroby a přepravy. Příčinnou této situace bylo náhlé otevření hranic, liberalizace společnosti, změny hodnotového systému, transformace ekonomiky, nevyhovující legislativa. Zmíněné podmínky vytvořily rozšíření nezákonného obchodu s drogami. To vše bylo ještě prohloubeno působením specifických faktorů, jako je rozvinutá domácí výroba pervitinu a dobrá úroveň farmaceutického průmyslu vyrábějícího značný sortiment látek. Tyto látky lze zneužít při výrobě drog a to mnohem snáze v podmínkách špatné a nevyhovující legislativy. Po roce 1989 se uplatnily následující rizikové faktory, které výrazně ovlivnily činnost zločineckých skupin. Patří mezi ně: nedostatečné požadavky na uznání pobytu v ČR, snadné zakládání krycích firem, relativně bezrizikové legalizování "drogových peněz", malé náklady na provozování krycích firem, občané ČR byly ochotni zapojit se do obchodu s OPL (i za malé odměny), etnická soudržnost a nízké tresty za drogové delikty (Štablová a kol., 1999).

V letech 1990 – 1994 se v souvislosti se snížením a uvolněním poměrů rychle mění situace. Převládá sice domácí výroba, ale stále více se trh začíná rozrůstat o dovezené drogy, především o heroin. Vzniká drogový trh a vytváří se nabídka s poptávkou. Tato scéna ještě zásadně neproniká na veřejná prostranství a do majetkové trestné činnosti, protože množství spotřebované drogy lze do jisté míry bez problému uhradit (Kalina a kol., 2003).

Rok 1994 se stal přelomovým, začala se projevovat trestná činnost spojená s nezákonným drogovým trhem a patřičně nabývala na své intenzitě. Zde se začal projevovat klasický dovoz drog do České republiky. Angažovalo se v něm velké množství lidí, nejvíce však cizinecké skupiny, ale postupně můžeme sledovat i nárůst zastoupení českých občanů v těchto obchodech. V rukou českých seskupení zůstala výroba a distribuce pervitinu s cílem uplatnit tuto drogu na zahraničním trhu (Štablová a kol., 1999). Z dovozu se velmi rychle dostává na náš trh kvalitní a levný heroin. Jeho obliba velmi roste. I když si pervitin udržuje své postavení, (domácí produkce) obecně začíná ztrácet svůj význam. Vzniká otevřený drogový

obchod hlavně ve velkoměstech, jenž je znám svým velkým finančním obratem. Drogy začínají být relativně dostupné a tím se snižuje i věková hranice uživatelů (Kalina a kol., 2003).

Drogová scéna devadesátých let je nejvíce proslulá tím, že se neustále zvyšovala poptávka po drogách, která v současné době začíná mít epidemický charakter. Rychlé šíření drog v populaci způsobuje, že dochází k ohrožování stále mladších ročníků včetně školní mládeže. Významným faktorem, jak omezit nabídku i poptávku, je rozvíjející se mezinárodní spolupráce, realizována formou pracovních týmů, školení odborníků, stáží a vybavení moderní technikou. Realizace probíhá na úrovni OSN, Rady Evropy, Evropské unie, Interpolu atd..

Národní protidrogová centrála podle zkušeností získaných v České republice usuzovala, že vývoj drogové scény bude v budoucnu charakterizován především: nárůstem drogově závislých, propojováním zločineckých komunit, provoz laboratoří na výrobu syntetických drog a snahy o infiltraci do státních orgánů.

Rychlé rozšíření drog si vynutilo velikou pozornost. Rok co rok to vypadá, že je zapotřebí zvýšit počet:

1. specializovaných zdravotnických zařízení
2. rozšířit kapacity stávajících zařízení:
 - a) léčebně kontaktních center
 - b) poraden
 - c) sociálních služeb pro drogově závislé
 - d) toxikologických laboratoří
 - e) specializovaných oddělení vězeňských pracovišť
 - f) zvýšení počtu pracovníků PČR

(Štablová a kol., 1999)

2.3 Současný stav drogové scény v ČR

V současnosti užívání drog začíná vykazovat poněkud odlišný trend. Výrazně roste užívání marihuany a extáze. Zatímco drogy jako je heroin a pervitin si drží stabilní počet uživatelů, stejně tak obliba kokainu výrazně neroste - spíše se objevuje jen velmi výjimečně. V ČR vyzkoušelo nelegální drogu 16% obyvatel ve věku 15 – 64 let. Jednou za rok si ji dopřeje asi 570 000 lidí, nejčastěji se jedná především o marihuanu a hašiš.

Mezi problémové uživatele v ČR patří 15 000 osob užívajících heroin a 22 500 lidí užívajících pervitin. Míra užívání drog u nás je stejná jako v Evropě či Spojených státech. Zvyšuje se obliba marihuany, nejvíce u mladší generace ve věku 15 – 25 let. Pravidelně ji užívá středoškolská populace ve věku 15 – 19 let a téměř polovina s ní má osobní zkušenost.

Součástí celoevropského trendu je růst obliby taneční hudby a proto stoupá obliba extáze, dospívající ji užívají v týdenních, nebo delších intervalech. Alespoň jednou v životě ji vyzkoušelo 4% obyvatel v ČR ve věku 15 – 64 let (Kalina a kol., 2003).

Užívání nelegálních drog mezi chlapci a dívky ve školní populaci ve věku 15 – 16 let je poměrně vyrovnaný, situace vypadá následovně:

Droga	Celkem	Chlapci	Dívky
Konopné látky	43,6	47,8	40
Estáze	8,3	8,2	8,4
LSD,halucinogeny	5,6	5,9	5,3
Stimulancia	4,2	3,2	5,1
Opiáty	2,4	1,8	2,9
Sedativa	11,1	7,6	13,8
Těkavé látky	9	9,2	8,8
Anabolika	1,1	1,9	0,5
Injekční užití	0,6	0,5	0,6

(Mravčík a kol., 2004)

Počet uživatelů amfetaminových drog je poměrně stabilní a pohybuje se kolem 37 500 osob. Snižuje se počet studentů a učňů ve věku 16 let, kteří mají zkušenost s pervitinem a heroinem. Dle statistik heroin, pervitin, kokain, atd. vyzkoušelo méně než 1% populace.

Náklady na nelegální drogy v ČR spotřebují 15 miliard Kč, tato částka je měřena podle jejich ceny na černém trhu. Samozřejmě nesmíme přehlédnout společenské náklady v souvislosti s nelegálními drogami. Náklady vynaložené na prevenci a léčbu jsou nejméně ve výši 2,8 miliardy Kč ročně. Přibližně 80% nákladů je vynaloženo na práci policie, soudů a

vězeňství. Jednotlivcům a institucím je podle odhadů v ČR způsobena škoda majetkovými trestnými činy každoročně ve výši 1,9 miliardy Kč.

Organizační prostředí protidrogové politiky České republiky je řízena a uskutečňována na základě Národní strategie protidrogové politiky na stanovená období. „*Národní strategie deklaruje, že Česká republika usiluje o vyvážený přístup k řešení problému užívání drog z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace drogově závislých a o komplexní, meziresortní, mezioborový a mezisektorový postup a spolupráci při řešení problémů*“ (Kalina a kol., 2003, s. 26).

V souvislosti se zdravotními dopady vyhledalo léčbu v roce 2001 poprvé ve svém životě 4223 lidí ve věku 21,3 let, ambulantní nebo ústavní léčbu asi 8000 osob.

V tomto samém roce zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 osob, opiáty 53 osob a heroinem 30 osob. „ *Počet úmrtí na předávkování nelegálními drogami je v ČR ve vztahu počtu obyvatelů i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký*“ (Kalina a kol., 2003, s. 28).

3. Klasifikace jednotlivých drog

*„ Co je vlastně **DROGA**? Existuje celá řada definicí, ale nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky: 1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku. 2. může vyvolat závislost, tedy má něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti““ (Presl, 1995, s. 9).*

Omamné látky vyvolávající závislost, fyzickou i psychickou lze dělit do mnoha skupin. Nejčastěji se používá dělení ve vztahu k zákonu, tedy na drogy legální, čili v naší společnosti tolerované a drogy nelegální. Často se používá také dělení podle společenské a zdravotní nebezpečnosti – na drogy měkké a tvrdé (odpovídá dělení na tzv. drogy s akceptovatelným a nepřijatelným rizikem). Konečné dělení drog je podle jejich specifických účinků na organismus člověka, v takovém případě můžeme hovořit o následujících kategoriích: alkohol, opiáty, stimulační látky, halucinogenní drogy, produkty konopí, těkavé látky (Presl, 1995).

V současné době je velké množství drog, ať již jsou známy více či méně. Proto jsem se do následující kategorie rozhodl zaměřit na látky, které jsou hlavně ke vztahu k mladým lidem nejužívanější, nebo mezi obecnou populací nejznámější a poukázat na jejich negativa, které mohou způsobit. Při výběru vycházím ze svého výzkumu a dle statistik Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

3.1 Alkohol

Chemicky je označován jako (etylalkohol, etanol). Vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů. Kvašení může být z jednoduchých cukrů, které jsou obsaženy v ovoci nebo z polysacharidů obsažených z obilných zrn a brambor. Destilací dosahujeme vyšší koncentrace. Alkohol je znám a byl používán už v dobách historických civilizací, jako zvláštní látka při náboženských obřadech nebo také později stále více ve formě nápoje (Kalina a kol., 2003).

Již v letech 6000 až 4000 př. n. l. se v horách mezi Černým a Kaspickým mořem pěstovala vinná réva. Sumersko – mezopotámská civilizace v letech 3000 až 2000 př. n. l. objevila pivo a dodnes jsou zachovány hliněné tabulky, které obsahují recepty na výrobu více než dvaceti druhů piva. V této době se také významně rozvinul obchod s vínem a stal součástí středozevního obchodu (Shapiro, 2005). Ze starých zpráv se můžeme dozvědět, že alkohol byl používán i pro léčebné účely. V současnosti se používá jak ve farmakologii tak i v medicíně. Při vysoké a nadměrné konzumaci alkoholu bývá používán termín (alkoholismus). Poprvé ho použil roku 1849 švédský lékař Magnuss Hussov. V roce 1951 začal být alkoholismus považován za medicínský problém. Účinky alkoholu závisí na množství požitého alkoholického nápoje, ale také na zdravotním stavu, osobní dispozici a kondici. Intoxikace se projevuje jako normální opilost. Při požití nižších dávek se účinek projevuje stimulačně. Dochází k zvýšenému sebevědomí, mnohomluvnosti, snížené sebekritičnosti, agresivitě. Při vyšších dávkách a déle trvající konzumaci se projevuje útlum, únava, spánek, bezvědomí a při nejhorším smrt (Kalina a kol., 2003).

Popisují se čtyři stádia hladiny alkoholu v krvi:

1. lehká excitace – do 1,5g/l
2. středně těžká excitace – od 1,6g/l až 2,0g/l
3. těžká excitace – od 2g/l do 3g/l
4. velmi těžká excitace – při dávkách nad 3g/l

(Sananim, 2007)

Vývoj závislosti probíhá většinou poměrně nenápadně a jsou pro něj typické následující změny: ztráta kontroly užívání, postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, zanedbávání

ostatních zájmů. Rovnoběžně dochází ke změnám chování a myšlení, ty se můžou fixovat a způsobit osobnostní změny. Rozvinutá závislost se většinou projevuje změnou v toleranci vůči alkoholu. Pro vývoj této tolerance je běžné, že s rozvojem závislosti dochází k jejímu zvyšování. Jedinec závislý na alkoholu je schopen konzumovat velké množství aniž by se choval nápadně a působil dojmem opilého člověka. Časem však dochází ke snížené schopnosti účinně metabolizovat alkohol a po užití malého množství dochází k těžké opilosti. Česká republika již dlouhodobě velmi výrazně vyniká v celosvětovém žebříčku s nejvyšší spotřebou alkoholu. V konzumaci piva jsem se spotřebou 160 litrů na jednoho obyvatele celosvětová jednička (Kalina a kol., 2003). Toto komentuje Kalina a kol. (2003, s. 151) následovně: *“V přepočtu na 100ní alkohol to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř deseti litrů (!!!) na jednoho obyvatele za rok.“* Dále také podotýká, že to má pro občany české republiky řadu negativních dopadů. U nás pravidelně konzumuje alkoholické nápoje 25 % mužské a 5% ženské dospělé populace. U dospívající generace je také velmi oblíbený, díky jeho relativně snadné dostupnosti a nízké ceně. *„(...) Studie uvádějí, že alkohol v časném dospívání patří k nedůležitějším rizikovým faktorům ve vztahu k řadě problémů (...).“* (Nešpor, 2006, s. 117). Poukazuje také, že narušuje rozvoj sociální dovednosti, které jedinec potřebuje pro další život. *„Mezi školní úspěšností (měřenou průměrným školním prospěchem) a nadměrným konzumem alkoholu je statisticky významný vztah, který lze interpretovat tak, že mezi studenty s horším prospěchem je vyšší výskyt nadměrného konzumu alkoholu“* (Nešpor, 2006, s. 118).

Alkohol při častém užívání způsobuje psychické a somatické komplikace. Psychické komplikace se mohou vyskytnout již po vypití ne moc velkého množství. Projevuje se poruchou vědomí, nepochopitelným jednáním, poruchami emocí, poruchami vnímání a myšlení. Velmi často se vyskytuje agresivita vůči okolí. Jejím projevem je nekontrolovatelný výbuch vzteku v délce několik minut až hodin. Somatická poškození se mohou týkat všech částí lidského organismu, jsou zapříčiněna vysokou konzumací alkoholu. Nejčastěji se vyskytují potíže: průjmy, jícnové varixy, hepatopatie, ale také je tu riziko vzniku karcinomu jater, rakoviny jícnu, u pivařů je zaznamenán vyšší výskyt rakoviny rekta (Kalina a kol., 2003).

3.2 Opiáty

3.2.1 Opium

Nachází se v jednoleté rostlině, která v dospělém věku může dosahovat (0,6 – 1,5m). Po opadnutí květu se objeví malá zelená tobolka v níž se nachází opium. Surové opium se často vaří a v této podobě se kouří. Opium je nám známo už od starověku a jeho podrobný popis se zachoval od třetího století před Kristem. Díky své schopnosti tlumit bolest se stalo opium významným ve starořecké mytologii. V sedmnáctém století v Číně po zavedení tabáku se objevilo kouření opia k relaxačním účelům. Nejvíce a hromadně se rozšířilo v devatenáctém století v Británii dovozem z Indie. V období semdesátých let byl jedním z největších dodavatelů opia Turecko. V současnosti mezi největší dodavatele opia patří Afganistán, zásobuje 75% světového trhu a z 90% Evropu a Velkou Británii. Známí je také trh s legálním opiem, který se pěstuje pro lékařské účely. Bývá používáno i jako složka léků proti tlumení kašle a průjmů. Uživatelé surového opia ho čistí způsobem, že ho nechají projít varem, filtrují ho a tím se dosáhne té nejvyšší koncentrace drogy. Zůstane černá pasta, která se suší a následně kouří. Účinky nastupují velmi rychle v podobě dobré nálady a útlumu (Shapiro, 2005). Opium obsahuje řadu alkaloidů jako je např. morfin, kodein, thebain, meconidin atd. (Presl, 2005).

3.2.2 Morfin

Morfin je jeden z hlavních alkaloidů obsažený v setém máku. Byl používán jako lék k odstranění nepříjemných až nesnesitelných bolestí. Tato droga je desetkrát silnější než opium. Ve farmacii se používá v podobě tablet, chlorovodíkového roztoku, čípků a ampulí, které se podávají nitrožilním způsobem. Na ulici se s ním můžeme setkat ve formě tablet a nebo prášku (Tyler, 2000). Při aplikaci menší dávky může uživatel začátečník pocítit bolest hlavy, pocení a pocit úzkosti. Osoba přivyklá na morfinu u menší dávky pocítuje růst sebevědomí, euforii, jenž bývá hnacím motorem vzít si další dávku. Při větší dávce se může projevit zvracení, zúžení očních zorniček, svědění pokožky. U extrémně vysokých dávek pak mizí reakce na světlo, přichází hluboké bezvědomí a poté může nastat i smrt. Důsledkem užívání jsou poruchy metabolismu, třes končetin, snížená libida, poruchy spánku a poruchy sexuální potence (Riesel, 1999).

3.2.3 Heroin

Byl syntetizován v roce 1874. Dlouhá léta byl považován jako lék pro závislost na morfinu s nulovým rizikem vzniku závislosti. Patří mezi polosyntetické deriváty morfinu (Kalina a kol., 2003). Do osmdesátých letch byla většina heroínu na americkém trhu z Miami a jihovýchodní Asie. Později se objevil černý heroin z Mexika. Tento druh se vyrábí poblíž Mexických makových polí v pohyblivých laboratořích. V současnosti největším zdrojem heroínu pro USA je Kolumbie (Shapiro, 2005). Heroin je velmi dlouho celosvětově nejrozšířenější drogou.

Přelomovým rokem v ČR se stal rok 1994, kdy jeho užívání mnohonásobně vzrostlo. Mezi nejrizikovější způsoby aplikace patří nitrožilní a mezi méně rizikové šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie. Začínající uživatelé v poslední době většinou velmi rychle přecházejí na nitrožilní aplikaci. U heroínu také záleží na formě jeho látky. Hnědý heroin je vhodný ke kouření nebo inhalaci. Bílý heroin je určen k injekční aplikaci a šňupání (Kalina a kol., 2003). Při užití heroínu se tlumí činnost nervového systému, zpomaluje se dýchání a srdeční frekvence. Nejintenzivnější účinek heroínu je v nitrožilní aplikaci. Do mozku se dostane za patnáct až třicet sekund. Ostatní způsoby nevedou k tak intenzivnímu prožívání ale např. u kouření se účinky dostavují během sedmi sekund. Heroin účinkuje nejrychleji ze všech opiátů (Shapiro, 2005). Při dlouhodobém užívání může způsobit poškození jater, žaludeční vředy, záněty nervů, poruchy menstruačního cyklu, infekční poškození kloubů a kostní dřeně (Riesel, 1999).

3.2.4 Kodein

Je alkaloidem opia. Ve farmacii se využívá k tlumení kašle a bolestí mírnějšího rázu (Tyler, 2000). Malé dávky mohou posloužit jako sedativum, jenž navozují spánek uklidňující člověka (Lee, 2008). Je šestkrát slabší než morfin. Mezi uživateli bývá využíván jako východisko z nouze, díky jeho nízké ceně. Nejčastěji se objevuje ve formě tablet, sirupu a ampule. Jeho déle trvající užívání vede k silným zácpám (Tyler, 2000), nechutenstvím, hubnutí až k celkové zchátralosti (Riesel, 1999).

3.2.5 Braun

Je směs derivátů kodeinu, obsahující hydrocodon, dicolid a dihydrocodeinon. Patří mezi polosyntetické opioidy a strukturálně se řadí, podobně jako např. heroin a morfin mezi fenantrenové alkaloidy (Kalina a kol., 2003). Jde o tekutinu vyznačující se nahnědlou barvou a odtud taky pochází jeho slangová přezdívka. Je to droga, která je svými účinky výjimečná a užíváním je asi naší českou specialitou. Oproti heroinu má právě braun mnohem silnější euforizační účinek a nižší potenciál závislosti. Je to tradiční opiát naší drogové scény a je užíván vpichováním jehlou (Presl, 2005). Účinky a rizika jsou obdobné jako u heroinu a opioidů obecně. V druhé polovině devadesátých let byl braun vytěsněn z české drogové scény heroinem (Kalina a kol., 2003).

3.2.6 Metadon

Patří mezi syntetické opioidy . Díky jeho pomalému nástupu účinnosti má nižší potenciál závislosti (Kalina a kol., 2003). Metadon je také lék, používaný pro odstranění závislosti na heroinu. Užívá se s cílem snažšího odvykání až k úplnému odvyknutí. V případech, kde nelze dosáhnout úplné abstinence, může být uživatel stále udržován na minimální dávce. Při rychlém snižování dávek může docházet k motání hlavy. Tato droga se může vyskytovat jako tableta, ampule, sirup a nebo ve formě směsi. U účinků metadonu se můžeme setkat s nadměrnou aktivitou, sennou rýmou, kožní vyrážkou. Injekční užívání vede ke krevním sraženinám a celkovému zničení cévy (Tyler, 2000).

3.3 Stimulační drogy

3.3.1 Metamfetamin

Metamfetamin (Pervitin) je derivátem amfetaminových drog. Byl poprvé vyrobený v Japonsku roku 1919. Vyráběl se snadněji než amfetamin a byl mnohem silnější. Užívali ho často vojáci během druhé světové války pro překonání únavy. Během šedesátých let byly často přípravky z metamfetaminu lékařsky předepisovány, spadají však do tohoto období i počátky jejich ilegální výroby (Shapiro, 2005). Pervitin se aplikuje šňupáním, ústy nebo nitrožilně. Běžné dávky se pohybují mezi 50 – 250 mg. Užívání denních dávek může přesáhnout až jeden gram (Kalina a kol., 2003). Bývá nabízen k prodeji za 800 – 1000Kč a to je 10 – 15 běžných dávek. V nejrůznějších případech se často nejedná o čistý produkt. Jen prostým pohledem se dají vidět různá zbarvení produktu do žluta nebo do fialova, které svědčí o příměsích (Presl, 2005). Po vykouření nebo nitrožilním užití zažívá jedinec myšlenkový trysk. Šňupání nebo polykání sice nepůsobí tak intenzivně, zato vyvolává velkou euforii a příjemný pocit. Účinky se začínají projevovat mezi třemi až pěti minutami u šňupání a spolknutí mezi patnácti až dvaceti minutami. Metamfetamin způsobuje i v malých dávkách nespavost, zvýšenou aktivitu, naopak však tlumí chuť k jídlu. Mezi rizika jeho užívání patří zrychlený nebo nepravidelný srdeční tep. Poškození malých mozkových cév, působící mrtvici. Uživatelé, kteří vpichují injekčně mají poškozené cévy a kožní vředy (Shapiro, 2005).

3.3.2 Kokain

Kokain je představitelem silné stimulační drogy. Jedná se o drogu svým výskytem přírodní a vyrábí se z listů keře koky. Kokové keře byly známy již v době 2000 let př.n.l starým Inkům. Chemicky čistý kokain byl izolován poprvé v Německu roku 1860. Pro výrazný stimulační efekt se stal kokain v Evropě velmi populární. Nejvíce se rozšířil po celém světě v období první světové války. Způsoby aplikace jsou různé jako např. šňupání, ani injekční aplikace není výjimkou, ačkoli není moc častá. Jako jednotlivá dávka je uváděno rozmezí mezi 30 – 50 mg, mívá poměrně krátký psychotropní efekt v délce 20 – 30 minut. Proto u závislého uživatele dochází ke spotřebě dvou a více gramů kokainu denně a jednotlivé dávky

jsou opakovány desetkrát až dvacetkrát za den. Doprovodným příznakem je dobrá nálada, povzbuzení, podnikavost, zvýšené sebevědomí, zvýšení sexuální chuti, ale naopak ztráta chuti k jídlu, která se projevuje výrazným hubnutím. Postupem času dochází k rozvoji toxické psychózy (Presl, 2005). Zdravotními riziky při braní kokainu jsou smrtelné otravy v důsledku srdečního selhání, deprese po odeznění účinku, poškození srdce a jater, riziko poškození plodu u těhotných žen (Nešpor, 1998).

3.3.3 Crack

Crack je nová forma kokainu tzv. kuřácká verze. Z počátku byla výroba této drogy nebezpečná. V polovině osmdesátých let byla vynalezena značně pohodlnější metoda kouření (Shapiro, 2005). K výrobě potřebujeme kokain smíchaný s vodou a s chemikáliemi, např. s čpavkem a poté necháme vodu odpařit. Výsledná látka se potom zahřívá, aby se dala kouřit. Jméno této drogy je odvozeno od zvuku, který při kouření praská (Ganeri, 2001). Účinky se dostavují okamžitě a jsou velmi intenzivní, odeznívají do patnácti minut, takže uživatelé co si chtějí dopřát delší požitok potřebují větší zásoby (Shapiro, 2005). Crack přestává působit se stejnou silou a intenzitou s jakou začal. Uživatelé tedy mohou pociťovat depresi nebo také záchvaty agrese a to způsobuje velmi silnou touhu po další dávce. Při delším užívání jsou rizika totožná jako u kokainu (Ganeri, 2001).

3.3.4 Extáze

Patří do skupiny halucinogenních amfetaminů. Je známa pod názvem MDMA. Její účinky se podobají směsi LSD a amfetaminu, v normálních dávkách je halucinogenní jen zřídka (Shapiro, 2005). Bývá označována jako nejpoblárnější taneční droga. Byla objevena v roce 1912 a její využití spočívalo k potlačení chuti k jídlu. Většinou se uživatel setká s extází v podobě tablet nebo kapslí, které se polykají. K dostání jsou i různé typy, velikosti a tvary (Ganeri, 2001). Její účinnost je kolem 75 – 100mg v jedné dávce. Účinek je znát za dvacet až šedesát minut a může trvat i několik hodin. Při vzetí přiměřené dávky se vyznačuje mírnou euforií, následovanými pocity vyrovnanosti a klidu (Shapiro, 2005). K rizikům extáze patří velké ztráty tekutin, narušení regulace tělesné teploty, zvyšuje krevní tlak a zatěžuje játra (Nešpor, 1998).

3.3.5 Tabák

Je rostlina vyskytující se ve dvou druzích – *Nicotiniana tabacum* a *Nicotiniana rustica*. Surové listy tabáku se suší, krájí a balí se do cigaret nebo doutníků. Dále se také prodávají jako dýmkový, žvýkáci nebo šňupací tabák. Tabákový kouř obsahuje kromě nikotinu ještě kolem 4000 nejrůznějších plynů a částic dehtu (Shapiro, 2005). Tabáková rostlina pochází z jižní Ameriky. Indiánské kultury (Mayové) je objevily pro požitky z kouře. Do roku 1496 než přivezl Kolumbus první rostliny do Evropy byl tabák ve starém světě neznámý (Naumann, 2002). Během 17. století se kouření rozšířilo po celé Evropě. V Čechách se nejvíce rozmohlo po třicetileté válce. V roce 1938 významný lékař R. Pearl sdělil, že kuřáci mají daleko menší naději na život než ti, kteří nekouřili (Novák, 1980).

Mezi nejčastější užívání tabáku patří strojově vyráběné cigarety, opatřené filtrem a doutníky z fermentovaného tabáku balené v tabákových listech. Tabák jako mírný stimulant se paradoxně používá k úlevě od úzkosti, ale také od stresu. Při vykouření dvou cigaret se zvyšuje tepová frekvence, krevní tlak, tlumí se chuť k jídlu, snižuje se teplota pokožky, vyvolávají se pocity povzbuzení a vzrušení (Shapiro, 2005). U tabáku se zdravotní škody vyskytují jak ve fyzických, tak mentálních onemocněních. Patří sem například: nádory na plicích, rakovina plic, hltanu, hrtanu, průdušek, jícnu, rtů, jazyka a podobně. Dále pak žaludeční vředy, infarkt myokardu a jiná onemocnění (Comby, 2007).

3.3.6 Kofein

Je to stimulant, vyskytuje se v přírodě v celé řadě rostlin. Způsobuje, že jsou lidé aktivnější a bdělejší. Tento stav je zapříčiněn ovlivněním centrální nervové soustavy. Kávovník můžeme nalézt např. v Africe, Arábii na Jávě a v dalších částech světa. Čajovník se nejvíce pěstuje v Indii, Číně na Srí Lance a v Japonsku. Lékařské využití spočívá hlavně ve výrobě prášku proti bolestem hlavy. Z tohoto důvodu se s kávou seznámili roku 1601 v Anglii a to se ještě opakovalo v roce 1661. Během šedesátých let sedmnáctého století káva dorazila do USA. Dnes patří nabídnutí šálku kávy mezi projevy pohostinnosti. Její využití také spočívá pro povzbuzení např. při práci atd.. Běžný šálek kávy obsahuje od 60 do 115 mg kofeinu. Ovšem záleží na tom o jakou kávu se jedná, zdali jde o překapávanou, rozpustnou nebo filtrovanou. V čaji je obsaženo 60mg kofeinu a nejméně ho nalezneme v limonádě. V jedné láhvi může být obsaženo od 30 do 50mg (Shapiro, 2005).

3.4 Halucinogenní drogy

3.4.1 LSD

Je kyselina lysergová. Poprvé byla syntetizována v roce 1938. V roce 1943 pracoval s touto látkou chemik Albert Hoffmann a jak uvádí ve své zprávě, musel svoje práce přerušit pro pocity neklidu a závratě. Objevení účinků LSD mělo v té době zvrát ve vývoji psychiatrických výzkumů, psychóz a dalších duševních onemocnění. V historii látky se objevuje jméno Timothy Learyho, profesora Harvardské univerzity. Pro jeho experimentální pokusy s psilocybinem byl v roce 1963 vyloučen z univerzity a označen za propagátora narkomanie. V padesátých letech značně zasáhl do vývoje moderní psychologie a začal se věnovat pouze LSD. Ve své zaujatosti však tento propagátor přehlédl nebezpečí, které sebou nese nadměrné užívání. Z počátku se stala za poměrně krátkou dobu nejrozšířenější drogou v USA. Důvodem tohoto rozšíření byla dezinformovanost o možných následcích užívání, snadná vyrobiteľnost, velká propagace o lepším poznání sebe sama a propagování budoucnosti. U nás jako jeden z prvních, který experimentoval s LSD byl Stanislav Grof. Podání drogy může být nitrožilním nebo orálním způsobem. Dávka od 50 do 70g vyvolává euforii. Uživatel je schopen si uvědomovat a kontrolovat svůj stav a je schopen posoudit adekvátnost situace. Dávka od 50 do 200g působí silně euforicky, její stavy jsou hodně podobné psychózám. Dostávají se patologické jevy s poruchami vědomí. Dávka od 200g se projevuje hlubokou regresí, tyto stavy se označují jako psychedelické.

Nejvýraznější příznaky intoxikace jsou závratě, pocit prázdnoty, nevolnost, bolest hlavy, vnitřní chvění, pocení, snížená přesnost pohybu, nutkavý smích. Duševní onemocnění nelze dopředu prokázat. Nemusí se projevit za celý život, stačí správný startovací mechanismus a choroba může být spuštěna. Dlouhodobé užívání LSD může vyvolat mozkové poruchy (Miovský, 1996).

3.4.2 Psilocybin

Je látka obsažená v některých lysohlávkách. Účinky lysohlávek jsou lidem známy několik tisíc let. Mezi nejznámější z druhů lysohlávek je *Psilocybe mexicana* Heim. Psilocybin má poměrně nízkou toxicitu a chemicky je obdobný s bufoteninem, harminem a LSD. Latenční období trvá několik minut až hodinu. Projevuje se snížením srdeční činnosti, pocením, rozšířením zornic, bolestí hlavy, třesy, změny vnímání prostoru, ale také pohodou a pocitem blaha. Intoxikace závisí na dávce a individuálnosti jedince, pohybuje se v rozmezí 4 – 6 hodin. U nás můžeme naléznout druh *Psilocybe Bohemia* (Lysohlávka česká). Dlouhou dobu se o ní nemluvilo, protože se předpokládalo, že patří spíše mezi houby vzácnější svým výskytem. V roce 1995 se stala rozšířenější než některé zneužívané léky, díky její bohatší úrodě. Informace o této houbě jsou velmi nepřesné a je jich málo. Lysohlávka se nejčastěji zpracovává sušením plodnic houby. Podávají se syrové nebo se louhují v odvarech. Existují také jiné úpravy např. s přidáním jiných látek se specifickými účinky. Účinky lysohlávek jsou totožné s účinky LSD (Miovský, 1996).

3.4.3 Muchomůrka červená

Patří mezi nejznámější houby u nás. Jak tvrdí sám Miovský (1996, s. 33) “ *Rozhodl jsem ji zařadit do této práce, ačkoli látky v ní obsažené nejsou řazeny mezi halucinogeny. Svými účinky však vhodně doplňuje průřez popisu vlivů halucinogenů na psychiku člověka a navíc s touto houbou čas od času koketují někteří mladí experimentátoři ve snaze zkombinovat její účinek s účinky běžnějších drog.* “ Muchomůrka je známa lidstvu již mnoho tisíc let a její užívání u mnohých národů je uchováno dodnes. Její problematika se začala zkoumat již v roce 1869 ačkoli se o látkách a účincích dlouhou dobu toho moc nevědělo. Droga připravovaná z muchomůrky červené je nejvíce využívána v severovýchodní Asii na Sibiři a Kamčatce. I v současné době se toxikomané pokouší o zneužití této látky a o znovuoobnovení kultu. To dosvědčuje několik hromadných otrav na našem území (Miovský, 1996).

Muchomůrka červená by se neměla konzumovat v syrovém stavu, vhodnější je upečení v troubě nebo usušení. Největší množství na jednu dávku představují tři houby, mnohem bezpečnější je použít houby jen jednu (Tyler, 2000). Mezi nejhlavnější účinné látky patří kyselina ibotenová, skupiny toxinů a látky indolových basí (Miovský, 1996). Intoxikaci se rozděluje do tří fází: 1. pocit nevolnosti, 2. narkotický účinek, 3. vidiny (Toro, Thomas, 2008). Po vzetí se setkáme s pocitem tepla po celém těle, psychickém vzrušení, ostrém

vidění. Vidění je individuální může být: černobílé, plastické, fialové, modré, žluté. Také se můžeme setkat s poruchami vnímání, zvýšení nitroočního tlaku, poruchy hmatu, křečí a záškubů. U intoxikace je charakteristické, že jedinec upadá do různě hlubokého komatu. Velmi snadno může dojít k předávkování, protože přesná dávka se nedá na sto procent odhadnout. Dochází k poškození mozku, jater a ledvin (Miovský, 1996).

3.4.4 Trifenidil

Slangově je označován jako T, nebo „téčko“. Trifenidil je lék, užívaný v psychiatrii, jako prostředek omezující nežádoucí vedlejší účinky u vysokých dávek neuroleptik. Při předávkování dochází ke vzniku toxické psychózy, která bývá nejčastěji spojena s euforií a zrakovými halucinacemi. V sedmdesátých a osmdesátých letech byla tato droga velmi oblíbená, ale později byla z její oblíby vytlačena razantnějším pervitinem (Presl, 1995).

3.5 Konopné drogy

3.5.1 Marihuana a Hašiř

Konopí seté, *Cannabis sativa*, jde o jednu z nejstarřích kulturních jednoletých bylin. Můžeme se setkat s nejrůznějšími formami, které se liří obsahem pryskyřice a množstvím látky THC. Tato rostlina pochází z Indie a byla pěstována pro její psychotropní účinky (Presl, 2005). Lidstvo zná konopí více než 5000 let. Rozeznáváme samčí a samičí rostliny. Dospělá rostlina může mít až tři metry výšky. Její listy jsou známy svým nezaměnitelným tvarem. Užívání konopných produktů je historicky spjato s náboženskými obřady (Doležal, 1993).

Marihuana je název pro sušené květenství ze samičí rostliny konopí. Má různá zbarvení, které se tvoří podle kvality zpracování od tmavě zelené až po černo zelené. Dochází k němu v případě rychlého sušení, vlhkého sběru nebo nekvalitní přípravy. Při dobrém zpracování je látka v menřích kouscích, drží při sobě je jemně lepící a má své velmi charakteristické aroma (Kalina a kol., 2003). Marihuana se používala již od pradávných dob jako léčivo. Ze sedmého století před naším letopočtem se o ní zmiňují asyrské kamenné desky, kolem roku 2700 před naším letopočtem čínský lékařský text. Dlouhou lékařskou historií má na Blízkém východě, v Indii, Číně a severní Africe. Dnes má celou řadu využití při snížení nitroočního tlaku, zeleném zákalu, bolesti při onemocnění svalů a kostí, potlačení žaludečních potíží po chemoterapii. Velké snahy o využití v medicíně jsou také vidět ve Velké Británii, Austrálii a Kanadě. Konopí s nízkým obsahem psychoaktivních látek se také používalo k výrobě látek a produktů jako je: olej, provazy, lana, pytle a rybářské sítě. Marihuana a její využití jako zábavné drogy se začalo rozvíjet ve dvacátých letech minulého století hlavně mezi lidmi, žijícími na okraji společnosti (Shapiro, 2005). Je zařazena do skupiny lehkých drog. Díky svému velkému rozříření se stala v posledních letech symbolem. Pro jedny společenskou hrozbou a pro druhé předmětem boje za legalizaci. Přitom je to droga jako každá jiná má svá pozitiva, ale také negativa (Presl, 2005). Marihuana nemá nutnost zvyšovat dávky vpravené do těla, aby se dosáhlo žádoucího účinku. Pravdou je, že zkušení kuřáci spotřebují větší množství než začátečníci. V tomto případě se nejedná o zvyšování dávek, ale o prodlužování účinku (Doležal, 1993). Mezi nejčastější aplikace patří kouření, ubalené v cigaretovém papírku – joint. Obyčejně se míchá s tabákem a při balení se do jointu dává kus lepenky nebo

papíru jako filtr, aby se člověk při kouření nepopálil. Při kouření z dýmky se účinky dostávají velice rychle a jde při tom regulovat kolik toho člověk vykouřil a lze odhadnout, kdy by měl přestat. Konopí se může také vařit, či péct, dá se jíst nebo rozpouštět v čaji. V takovém případě už však není žádná možnost kontrolovat přijímané množství látky (Ganeri, 2001). Dalším způsobem je hašiš, který se smíchá do cigarety spolu s tabákem. Používá se hlavně ve Velké Británii (Shapiro, 2005).

Hašiš je oproti marihuaně konopná pryskyřice s květenstvím a drobnými nečistotami. Jeho barva přechází od tmavě zelené po tmavě hnědou, záleží na čistotě. V některých případech je to podle země z jaké pochází (světle hnědý z Maroka, tmavě hnědý z Afganistánu) atd.. V současné době už ani není rozdíl v dynamice účinku obou forem, protože nové technologie pěstování marihuany tento rozdíl značně zmenšují. Účinek po vykouření drogy nastupuje převážně během několika desítek sekund až minut, trvá od 3 do 6 hodin. U vyšších dávek jen velmi výjimečně déle. Mezi úplně nejcharakterističtější účinky můžeme řadit sucho v ústech, pocit chladu a hlad. Typickým stavem pro konopnou intoxikaci je jinačí vnímání času. Čas se zdá být delší a krátká chvíle se může zdát jakoby uběhla celá věčnost. Rovněž se objevují hmatové, sluchové a ze všeho nejčastěji zrakové iluze, které se projevují jako zostřené vnímání barev. Intoxikace je také ve velké míře doprovázena euforií, příjemnou náladou, stavy nezadržitelného smíchu i agresivní náladou a panickými stavy. Celkový stav vede k ponoření se do vlastních pocitů, nálad a myšlenek. Tento stav velmi svádí k zabývání se svými pocity a k hloubání (Kalina a kol., 2003). Rizika spojována s užíváním konopí jsou menší než u heroínu nebo pervitinu. Přesto konopí poškozuje tělesné a duševní zdraví člověka. Zahrnují riziko nádorů v dutině ústní, hltanu a jícnu. Může docházet k poruchám paměti, onemocnění dýchacího systému. Duševní poruchy se nejčastěji vyskytují u lidí psychicky labilnějších. Zvláště nebezpečné jsou pro lidi s nemocným srdcem nebo s vysokým krevním tlakem. U těhotných žen je vysoké riziko poškození plodu (Nešpor, 1998).

3.6 Těkavé látky

Jedná se o skupinu návykových látek. Do této kategorie řadíme některá rozpouštědla, ředidla a lepidla. V roce 1980 došlo asi k největšímu rozšíření těkavých látek v Anglii a v roce 1990 bylo zaregistrováno již 149 úmrtí. V jiných zemích Evropy (Belgie, Rakousko, Lucembursko, Dánsko) bylo užívání také zaregistrováno, spíše jen experimentální formou. V tehdejší Československu byly nejvíce zneužívané těkavé látky před druhou světovou válkou spíše u jednotlivců. V české republice je počet uživatelů inhalačních drog poměrně stabilní. Uživatelé velmi brzy přecházejí na jiné návykové látky. Mezi jednotlivé inhalační drogy této skupiny patří trichlorethylen, aceton, éter, benzin, rajský plyn a u nás asi nejznámější, nejužívanější toluen (Kalina a kol., 2003).

3.6.1 Toluén

Je organické rozpouštědlo. Slangově je označován jako droga hloupých, protože málo dává a příliš mnoho bere. Podle definic se jedná o jednu z nejtvrdějších drog, která si našlo oblibu hlavně mezi uživateli nejmladší věkové generace. DROP IN uvádí, že nejčastěji se vyskytuje u romské populace (Presl, 1995). Toluén je relativně levný a volně prodejný v drogeriích. Inhaluje se z láhve nebo z napuštěné tkaniny. Dávka při užití je několik mililitrů a účinek se dostavuje krátkodobě během několika minut. Ke zvýšení účinku se používá plastový pytlík, který se přetahuje přes hlavu a pod ním probíhá inhalace. Zmíněný způsob aplikace však přináší zvýšené riziko úmrtí. Toluén vyvolává pocity euforie, poruchy vnímání, dochází k útlumu, spánku, k poruchám vědomí. Je velice složité odhadnout normalizovanou dávku a proto velice snadno dochází ke stavu bezvědomí až koma, k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvrátky. Dlouhodobé užívání vede k celkovému otupění, poruchám emotivity, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Velmi často dochází k poškození jater, ledvin, poleptání dýchacích cest (Kalina a kol., 2003).

4. Proč začínají?

Užívání drog nemá jen jednu jedinou příčinu, která by byla pro všechny začínající uživatele stejná (Hajný, 2001). „Z celé řady pozorování a faktů se zdá, že problém není v droze, ale v člověku, který se neustále cítí být lákán a neodolá svodu uplývat na jednoduchých a nenamáhavých zdrojích uspokojení“ (Riesel, 1999, s. 19). Dříve se předpokládalo, že osobnosti, inklinující k braní drog byly nějakým způsobem handicapovány, že nemohou zvládat problémy svého života a tak je používají ke zdánlivému zlehčení. Dnes už víme, že drogy zneužívají zcela normální i zdraví lidé jen pro jejich psychotropní účinky (Riesel, 1999). Nejčastěji zde bývají zdůrazňovány jako příčiny skupiny vlastností, které drogy a jejich užívání zpočátku nepochybně mají :

1. Jejich užívání je zakázané nebo určené pro dospělé.
2. Jsou spojovány s něčím tajemným, exotickým, nepoznaným, novým.
3. Dospívající je k užívání tlačeni ostatními, ale i snahou přizpůsobit se.
4. Některé účinky drogy mohou uspokojit aktuální potřeby jedince - zapomenout, komunikovat, uvolnit se atd. (Hajný, 2001).

Zneužívání drog mezi dětmi a mladistvými velmi narušuje proces vytržení tělesného, duševního i sociálního. Důsledkem může být obtížné zapojení do společnosti a běžného produktivního života (Riesel, 1999).

4.1 Faktory a činitele zvyšující riziko zneužívání drog

4.1.1 Experiment

Experimentování a riskování s drogou je mezi mládeží časté a je důležitou součástí dospívání. Pravděpodobně jednou to vyzkouší téměř každý dospívající (Arterburn, Burns, 2001). Zkouší nové věci, aby sobě i ostatním dokázali co jsou a nebo co chtějí. Experimentování s drogami je dalším novým způsobem a po určité době hodně dětí těchto pokusů zanechá. „Výzkumné studie naznačují, že děti začínají s experimentováním již okolo dvanáctého a třináctého roku. Častý bývá přechod od užívání legálních drog (tabák, alkohol)

k nelegálním (marihuana, pervitin, heroin) s tím, že marihuana má naprosté prvenství. Toto pořadí v užívání odpovídá míře, do jaké jsou jednotlivé drogy u nás kulturně a sociálně tolerovány: tabák – alkohol – marihuana.. .“(Hajný, 2001, s. 11).

4.1.2 Životní krize

Děti i dospívající se musí během svého života vyrovnávat s různými zátěžovými situacemi, změny ve vztazích, rozvody rodičů. Proto v některých případech inklinují k alkoholu nebo k drogám. Tímto způsobem na krátkou dobu uklidňují svou bolest (Arterburn, Burns, 2001).

4.1.3 Deprese

Děti, trpící depresí, velmi snáze podléhají návykovým látkám. Jakýsi stupeň deprese je u dítěte v pubertě normálním příznakem rychlých změn. V případě, že tyto stavy přetrvávají doporučuje se vyhledání profesionální pomoci. Dospívající, kteří trpí depresí mají problém se soustředěním a často se nudí. Výzkumy říkají, že jedinci s méně rozvinutou představivostí a schopností kreativity vyhledávají jednoduchou zábavu, proto častěji utíkají k droze (Arterburn, Burns, 2001).

4.1.4 Činitele u dítěte nebo dospívajícího

Mezi rizika této skupiny patří např.: genetická podmíněnost, některé děti pak podléhají drogám více a rychleji, než jiné. Polovina pacientů protialkoholních a protidrogových léčeb má téměř vždy jednoho z rodičů alkoholika. Dalšími činiteli jsou: setkání s alkoholem, drogou a tabákem v mladém věku, duševní poruchy, bolestivé onemocnění, nízké sebevědomí, sklony k násilí a agresivitě, špatná dovednost v mezilidské komunikaci a nižší inteligence (Nešpor, Csémy, 1997).

4.1.5 Riziko týkající se rodiny

Největší vliv na děti při užívání alkoholu a drog mají samozřejmě rodiče. Děti zpravidla napodobují co vidí. Někteří rodiče také alkohol schvalují protože si myslí, že když dítě pije pod dohledem tak to nepřežene. Nejčastěji jsou to rodiče co prožily bouřlivé mládí, mají

k drogám nevyhraněný postoj a problémy svých dětí zlehčují (Arterburn, Burns, 2001). Mezi nepříznivá rizika patří ještě: nedostatek času na dítě, špatné citové vazby, nejasná pravidla chování v rodině, podceňování dítěte, nedostatečné duševní a společenské fungování rodiny, rodiče nepřátelští vůči společnosti, chudoba a nezaměstnanost, časté stěhování (Nešpor, Csémy, 1997).

4.1.6 Činitele týkající se školy

Velkým problémem škol je, že neexistuje systematická prevence a školy pak spoléhají na nahodilé a jednorázové přednášky. Většina škol při prevenci nekomunikuje jak s rodiči, ale také s relevantními organizacemi a institucemi. Neexistují žádná pravidla zákazu nošení návykových látek do škol. Tyto látky jsou pak studentům velmi lehce dostupné. Učitelé bývají vnímáni jako nepřátelští, žákům zdůrazňují pouze jejich nedostatky a problémoví žáci jsou zesměšňováni. Atmosféra ve škole postrádá nabídku pozitivních hodnot (Nešpor, Csémy, 1997).

4.1.7 Tlak vrstevníků

Mezi největší a nejsilnější motivaci u dospívajícího mladého člověka je být akceptovaný mezi svými vrstevníky. V případě, že drogy užívají přátelé našich dětí, pak je velice pravděpodobné, že se k nim naše děti přidají (Arterburn, Burns, 2001). Mezi rizikové činitele patří: protispoločenské chování kamarádů, brzké začátky a pozitivní vztah k alkoholu, ovlivňování jedinci více vrstevníky než rodiči (Nešpor, Csémy, 1997).

4.1.8 Činitele vyskytující se ve společnosti

Některé legální látky jako je tabák a alkohol jsou běžně dostupné a velmi často na ně poukazuje reklama. Mezi společenská rizika můžeme zařadit: neschopnost uplatnit se v nabídce práce, relativně nízká cena návykových látek, špatná nabídka trávení volného času, nedostatek vzdělávání, cynický postoj ke zdravý společnosti, chudoba, diskriminace a vysoká kriminalita v okolí (Nešpor, Csémy, 1997).

5. Varovná znamení signalizující možné užívání drog

Většina rodičů má tendenci svoje děti neustále podezírat, ale naopak někteří ani nedokáží uvěřit, že by jejich dítě vůbec mohlo brát drogy. Když začnou přicházet různé varovné signály tak v některých rodinách vznikne určitý druh slepoty a ani nezaznamenají známky směřování jejich dítěte k drogám. Proto nemohou vymýšlet a uskutečňovat jakékoli změny.

Následující seznam popisuje varovná znamení, které ovšem nemusí být důkazem. Dospívání je totiž období značných změn, ale pokud se u dítěte objeví větší počet těchto signálů je důležité se mu více věnovat nebo vyhledat pomoc odborníka (Hajný, 2001).

5.1 Jednotlivá varovná znamení :

- **Výskyt pomůcek k braní drog** - jehly, tabletky, lžičky, miniaturní obálky s drogou atd. (Nešpor, Csémy, 1997).

- **Ubývání léků a alkoholu v domácnosti.** V případě začínajících ztrát prášků na bolesti hlavy nebo prášků na spaní jde o první signál, že spolu kamarádi zkouší tu nejdostupnější drogu (Hajný, 2001).

- **Ztráta peněz a jiných cenných předmětů.** Když dospívající začne brát z domova předměty a prodávat je, bývá to známka, že má novou potřebu do které chce investovat peníze. Nemusí vždy jít o nákup drog, ale třeba o různou sběratelskou činnost, pak je lepší když své útraty doloží. V opačném případě by měli být rodiče ostražitější (Hajný, 2001).

- **Změna známých a přátel.** Zásadní změna kamarádů a blízkých přátel vždy poukazuje na něco nového v životě, jedná se o určitou změnu. Zvláště nápadné je když je dospívající nechce představit svým rodičům a nebo sami noví kamarádi se jim vyhýbají (Nešpor, Csémy, 1997).

- **Zhoršení a změna v oblékání a stylu hudby.** V tomto věku rychlé změny v oblékání nejsou úplně něčím výjimečným. Přesto by si rodiče měly dávat pozor na určité styly, které mohou signalizovat nebo být více spojeny s užíváním drog (Hajný, 2001).

- **Zhoršení prospěchu ve škole** především zahrnuje nezájem o učení, zhoršení známek, zanedbávání úkolů, časté absence, přestává provozovat sportovní záliby (Hajný, 2001).

- **Změny nálady a reakce při určitých situacích.** Některé děti se začínají stranit ostatních a jiné se stávají oblíbení ve společnosti. Zvýšená podrážděnost i nápadný klid souvisí s projevy užívání drog (Hajný, 2001). Sice výkyvy v chování bývají u dospívajícího běžné, drogy a alkohol je mohou ještě více zesílit (Nešpor, Csémy, 1997).

- **Ztráta zájmů** o hodnoty, myšlenky a lidi, které dříve považovalo dítě za důležité (Nešpor, Csémy, 1997).

- **Skrývání.** Dospívající obvykle vyžaduje velké soukromí pro své osobní věci a běžnou potřebu např. při vstupu do pokoje. Nosí dlouhé rukávy, aby zakryl vpichy, sluneční brýle pro zakrytí červených očí nebo rozšířených zornic (Hajný, 2001).

- **Vyčerpanost, únava a spavost.** Zde se nejedná o vyčerpání organismu, ale o příznaky spojené s braním drog. Tělesná pasivita není ničím neobvyklá. Zvýšený pohyb pak může nastat při shánění peněz na drogu nebo při hledání dealera. Často spadající víčka naznačují potřebu spánku a bývají průvodním znakem užívání (Hajný, 2001).

- **Lhaní a předstírání.** Toto chování svědčí o tom, že děti, které dříve nelhaly potřebují svůj životní styl. Je to příznak narušené osobnosti závislého. „*Důvody jsou prosté: Zajistit si možnost pokračovat v užívání drog nebo pití a předpokladem pro to je zpochybnění některých morálních hodnot*“ (Hajný, 2001 s. 24).

- **Nastupující sexuální aktivita.** U stydlivých lidí rychlý nástup sexuální aktivity naznačuje, že k potlačení studu a povzbuzení užívají více omamné látky (Hajný, 2001).

- **Problémy se zákonem.** Patří sem rvačky, výtržnictví, krádeže. Pozornost by mělo vzbudit to, že si dítě koupí dražší předmět, který nemohl zaplatit ze svého kapesného (Nešpor, Csémy, 1997).

6. Stádia závislosti

Jedním ze základních faktorů drogy je vyvolávání závislosti. „V širším slova smyslu by bylo vhodnější hovořit o chemické látce, neboť ne každá látka má charakter drogy. V podstatě můžeme tvrdit, že každá droga může vyvolat závislost“ (Janík, Dušek, 1990, s. 119). Aby uživatelé začali zneužívat drogu, musí mít určité vlastnosti, které uspokojí požadavky toxikomana. Stavby útlumu, podráždění apod. (Janík, Dušek, 1990). Tyto stavy postupem času, při dlouhodobém užívání způsobují vývoj závislosti. Podle publikace „Od návyku k závislosti“ (Göhlerta a Kühna, 2001), můžeme pro ilegální drogy vymezit čtyři různá stádia závislosti:

1. počáteční stádium (euforické)
2. kritické stádium navykání
3. stádium návyku - závislosti
4. chronické stádium rozkladu

Níže uvádím jednotlivý popis každého stádia, důsledky a problémy, které postupem času vznikají.

6.1 Jednotlivá stádia

6.1.1 Počáteční stádium

Nazývá se také jako euforické. Uživatel s drogou volně nakládá a účinky jsou pozitivní. Negativní účinky si zatím nepřipouští. Dospívající jedinec se tak zbavuje úzkosti a prožívá uvolnění. V této fázi drogou jednoznačně potlačí většinu svých problémů a projevuje se zvýšené sebevědomí.

6.1.2 Kritické stádium

Účinek drogy pomalu ustupuje a přichází nutnost zvyšovat dávky, projevuje se vyšší tolerance, což znamená častější konzumaci. Vedle alkoholu a marihuany začíná s užíváním amfetaminů nebo halucinogenů. Tato fáze je velmi problematická a nebezpečná, protože není cesty zpět bez nijakých následků. Zde začíná poškození mozku, které se projevuje poruchami

koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování (nemůže nalézt slova). Začínají problémy v práci nebo škole. Velikým problémem je, že jedinci už zpravidla nedokáží plnit každodenní povinnosti a proto se poprvé setkávají se zařízením pro toxikomany. Mají finanční potíže a dluhy. Začínají žebrať, brát peníze rodičům nebo provozují drobné krádeže. Přestávají rozeznávat ideální a reálný obraz sebe sama. Bez drogy už si jedinec neumí představit svět.

6.1.3 Stádium návyku

Stádium návyku je typické značným stupňováním dávek, ztráty kontroly nad užíváním a nemohoucností s bráním skoncovat. Zde konzument zůstává věrný pár drogám pro jejich účinky. Jeho život začíná jít z kopce, rozpadají se rodinné vztahy , problémy ve škole a v zaměstnání, duševní a fyzický úpadek, snížení imunity, které vede k mnoha onemocněním.

6.1.4 Stádium rozkladu

Pro stádium rozkladu je charakteristický celkový rozpad osobnosti. Ubývá snášenlivost na drogu. Začíná poškození jater a ledvin, které nemohou uskutečňovat svoji činnost. Rizikem začíná být cirhóza jater, žaludeční vředy a poškození nervového systému. Jedinec ztrácí svoji podobu je lhostejný, nedokáže se bavit, ale ani zlobit. Okolí s ním pohrdá, rodina ho nechce vidět, nedokáže se finančně zabezpečit, ztrácí bydlení, je osamělý a téměř vyřazený ze společnosti.

7. Návykové látky v souvislosti s trestnou činností

Trestné činnosti páchané pod vlivem drog se vyvíjí poměrně nepříznivě. Charakteristiky poukazují na to, že nejvíce pachatelů má vzdělání základní a nebo vlastní výuční list. Charakteristickým prvkem drogové trestné činnosti je, že jen zřídka bývá páchána samostatně (Štablová, 1999). Údaje z NPC uvádějí, že došlo k poklesu trestných činů pod vlivem heroínu o 33% a extázi o 53%. Zároveň ale stoupl počet v případě konzumace konopných látek o 19%, pervitinu o 45% a u kokainu došlo k nárůstu z 10 na 24 pachatelů. V roce 2003 bylo za trestné činy nedovolené výroby a držení stíháno 2375 lidí, to je o 357 více než v roce předchozím (Mravčík a kol., 2004).

7.1 Páchání trestných činů pod vlivem návykových látek

S touto skupinou jsou zejména spjaty trestné činnosti násilné povahy, dopravní nehody, někým způsobené úrazy. Návykové látky ve všech případech zhoršují sebekontrolu, proto např. riziko dopravní nehody je značně vysoké i při užití malého množství alkoholu nebo jiných látek (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999). Americké prameny uvádějí, že není jiné drogy, která je spojena s trestnou činností tak jako alkohol. Zároveň připouštějí, kdyby konzumenti přešli od alkoholu k marihuaně pravděpodobně by se snížil počet trestných činů (Záborský a kol., 1997).

7.2 Návykové látky u obětí trestných činů

U nás, ale i v zahraničí jsou prováděné výzkumy, týkající se trestných činů jako jsou loupežná přepadení, ublížení na zdraví, vraždy. Byly vysledovány souvislosti, které uvádějí, že lidé pod vlivem návykové látky jsou lehkomyšní, o poznání hůře se brání a mají menší naději uniknout z nebezpečné situace (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

7.3 Trestná činnost za účelem obstarání prostředků na návykové látky

Lidé závislí na legální droze, jako je alkohol, si peníze obstarávají poměrně snadno, protože se pohybuje v relativně nízkých finančních částkách (Záborský a kol., 1997).

Závislí uživatelé nelegálních drog spotřebují denně množství v částce 1000 a více Kč. Takové peníze se jen velmi těžko vydělávají. Mezi oblíbené způsoby jak si sehnat peníze na drogu patří: domácí krádeže, krádeže v obchodních centrech, prostituce a prodej drog (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999). *„Dosud jen nemocní závislí se tímto zapojením do obchodu s nelegální drogou dostávají do kriminální sféry, stávají se závislými zločinci“*(Zábranský a kol., 1997, s. 19).

7.4 Doprovodná finanční kriminalita

Získané peníze z nelegálních obchodů s drogami nejdou normálním způsobem zdanit nebo jinak legalizovat. Lidé co takovým způsobem získávají peníze si je opatřují proto, aby je mohly dál použít. Proto tedy nastává nutnost peníze „vyprat“. *„(...)Za úspěch se považuje dvacetiprocentní výnos „čistých peněz“ z původní částky , cca 80% drogovým dealerům a výrobcům zůstává na další „přidružené náklady“ včetně korupce. Vzhledem k obrovským objemům těchto peněz se odhaduje, že mezi výrobou samotné drogy a jejím prodejem finálnímu uživateli se její cena zvýší tisíckrát, což představuje rabat sto tisíc procent (...)“* (Zábranský a kol., 1997, s. 21).

7.5 Drogy a korupce

Všude kde nalezneme obchod legální či nelegální hrozí ze strany obchodujícího nebo kontrolujícího orgánu korupce. Korupce a její pokušení vychází ze vztahu lidského požadavku být finančně zabezpečen a vyžaduje pouze malé úsilí. Někteří policisté nejsou dostatečně uznáni za svou práci a z toho vychází zdánlivá zbytečnost jejího snažení. Při zatčení jednoho dealera na prázdné místo nastoupí hned jiný (Zábranský a kol., 1997).

8. Prevence a léčba dospívajících jedinců

8.1 Prevence

Prevence je prvotní a myslím, že i velmi potřebná zbraň jak můžeme s drogami začít účinně bojovat, lze ji spatřovat v několika typech:

Primární prevence je určena těm jedincům, kteří se s návykovými látkami zatím nesečkali, jejím cílem je dobrá informovanost o těchto látkách a o problémech, které mohou způsobit. Na základních školách se doporučuje s touto prevencí začít přibližně v 7. či 8. třídě, např. v rámci výuky, nebo přednáškou externího specialisty.

Důležitou funkci by měla sehrát též rodina, která by měla svým dětem předávat pozitivní a správné životní hodnoty společně s informacemi, jež se tohoto tématu dotýkají a nesnažit se je přecházet, nebo zamlčovat.

Zajímavým typem primární prevence je tzv. peer – program, který vychází z předpokladu, že děti se spíše nechávají ovlivnit svými vrstevníky, než např. rodiči, vyučujícími a dospělými. Cílovou skupinou lektorů jsou žáci stejně staří či o rok starší než jejich vrstevníci, kterým přednášejí. Samozřejmě tito dospívající musí projít odborným školením.

Sekundární prevence je zaměřena k jedincům co už nějakou zkušenost s drogou mají a průběžně ji užívají, zároveň na ní nejsou závislí. S touto prevencí se nejčastěji setkáme na půdě nízkoprahových kontaktních center. Pomoc probíhá formou rad a nejrůznějších brožur, které mohou zájemci obdržet.

Terciální prevence nebývá velmi často akceptována a někdy je i označována jako pomoc při braní drogy. Jejím cílem je snižování negativních následků na uživatele, účinnost je však minimální. Zde se realizuje tzv. substituční léčba, kde je závislému pod lékařským dohledem místo drogy, kterou užívá podána náhradní látka s podobnými účinky (nespecifikovaný zdroj informací).

V případě, že se preventivními opatřeními nepodaří zabránit užívání drog, na kterých si jedinec postupem času vypěstuje závislost, nezbyvá nic jiného než vyhledat vhodného odborníka a podstoupit odpovídající léčebný proces. Než proběhne doporučení jakékoli léčby je důležité stav pečlivě posoudit (Nešpor, Csémy, 1996). Pořád se můžeme ptát, zdali je daná léčba účinná? „*U části pacientů je léčba účinná trvale, u části dočasně a u části vůbec*

ne. Řada pacientů, s nimiž jsme pracovali, se k dlouhodobé abstinenci dopracovala až po delším úsilí a po více léčebných pokusech. Je tedy na místě vytrvalost a dlouhodobé a cílevědomé úsilí“ (Nešpor, Dvořák, 1998, s. 55).

8.2 Formy léčby

1. Ambulantní – poskytovaná dětským lékařem, kontaktními centry a jinými poradnami
2. Ústavní léčba – se vyskytuje v několika podobách.
 - a) Krátkodobá léčba, umožní překonat odvykací potíže a navrhnout další postup. Trvá od 3 dnů do 3 týdnů.
 - b) Středně dlouhá léčba, stabilizuje stavy a utváří lepší předpoklady pro přechod na ambulantní péči. Trvá od 3 týdnů do 6 měsíců.
 - c) Dlouhodobá léčba, probíhá v rámci terapeutických komunit. Období léčení trvá 1 rok i déle.
3. Programy „harm reduction“. „Jejich základní filozofií je zhruba toto: tam kde není dočasně nebo dlouhodobě možná léčba zaměřená k abstinenci, mírnit škody, které pokračují užíváním drog nebo alkoholu s sebou přináší“ (Nešpor, Dvořák, 1998, s. 56). Na svém významu především získaly v souvislosti s HIV a jako prevence jiných infekčních onemocnění. Pod pojem mírnění škod se zahrnuje substituční léčba, programy výměny injekčních stříkaček, poskytování prezervativů nebo zařízení poskytující jídlo a krátkodobý nocleh. Také terénní programy jsou zahrnuty do této kategorie a vykonávají je dobrovolníci (Nešpor, Dvořák, 1998).

Při léčbě je důležitá časná intervence, vytvoření podmínek pro vzdělávání, postupné změny v životním stylu a prosazovat kvalitnější trávení volného času společně s ochranou sebevědomí léčeného (Nešpor, Csémy, 1996).

9. Praktická část

Po teoretickém výčtu, který je spojený s drogami obecně, je tato praktická část zaměřena formou empirického výzkumu na situaci a poukázání na problematiku s níž se můžeme setkat na základních školách. Zajímalo mě zdali mají studenti dostatek informací o drogové problematice, jaké návykové látky znají, s kterou se setkali a jakou s ní mají vlastní zkušenost, tedy pokud nějakou mají.

Výzkum jsem uskutečnil v časovém období od 1.4. do 23.5. 2008

Podle statistiky uživatelů drog a žadatelů o léčbu prezentované Hygienickou stanicí hl. m. Prahy pro rok 2007 jsem vytypoval tři kraje, a to Prahu s největším počtem uživatelů, ve střeďočeském kraji město Kladno, které oproti Praze vykazuje poloviční počet uživatelů a jako poslední z libereckého kraje město Liberec, jehož čísla uvádějí nejnižší počet závislých v republice. V těchto třech městech na třech základních školách mi bylo povoleno provést výzkum, pouze za předpokladu, že získané výsledky použiji jen pro svou práci, jména a název školy uchovám v anonymitě. Výsledek výzkumu nemohu medializovat, ani žádnou jinou formou prezentovat na veřejnosti.

9.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak jsou studenti základních škol s již zmíněnou situací obeznámeni a jestli jsou drogy mezi nimi z hlediska konzumace rozšířeny, případně jaké. Dále pak kým nebo čím se adolescenti při užívání nechají motivovat a jaké faktory převažují. Posledním důležitým prvkem, na který chce tento výzkum poukázat je, jestli úplná rodina má lepší vliv a kontrolu nad svými dětmi v souvislosti s užíváním návykových látek a do jaké míry jsou drogy mezi mladistvými rozšířeny s přihlédnutím k výše uvedeným krajům a jestli jejich počet odpovídá oficiálním výsledkům Hygienické stanice hl.m.

Tento výzkumný záměr se opírá o trend snižujícího se věku uživatelů drog.

9.2 Použité metody

Jako první použitou metodu při výzkumu jsem použil metodu **rozhovoru**. V přímém kontaktu s dotazovaným jsem mu kladl otázky týkající se zkoumaného problému a vyžadoval jsem adekvátní odpověď. Druhá metoda použitá při výzkumu je **dotazník**.

Sestavil jsem anonymní dotazník (viz příloha č.A), kde dotazovaný(á) odpovídá na jasné strukturované otázky, týkající se jeho osoby v souvislosti s danou problematikou.

Studentům jsem osobně přislíbil anonymitu. Ta je i písemně uvedena v záhlaví dotazníku. Čili to znamená, že jejich výpověď nebude nikde použita pod jejich jménem.

9.3 Hypotéza

Předpokládám, že žáci základní školy jsou s drogovou problematikou obeznámeni a doufám, že drogy, ať již legální či nelegální jsou z hlediska konzumace mezi nimi rozšířeny jen v minimálních (ojedinělých) případech. Dále pak, že mezi faktory, které motivují žáky k braní drog je nevyhovující nebo neúplné rodinné prostředí, a že děti z úplných rodin se experimentu či přímo užívání návykových látek lépe vyvarují. Poslední mou hypotetickou předpovědí je, že výzkum prokáže větší zázemí drogové rozšířenosti ve větších městech, kde je větší osídlení obyvatel. Z hlediska drogových dealerů větší koupěschopnost a určitá anonymita prodávajícího a kupujícího.

9.4 Rozhovor

V průběhu realizace výzkum jsem nejprve hovořil s cca. 60 náhodně oslovenými studenty ve věku 15 let na základních školách v již zmíněných městech: Praze, Liberci, Kladně. Z otázek kladených na žáky jsem se snažil zjistit, zdali vědí co znamená:

- slovo droga
- pojem návyková látka
- alkoholismus
- pojem drogová závislost
- jaké drogy znáš
- jaké nebezpečí návykové látky představují

- zdali užívají nějaké drogy

Tuto formu výzkumu jsem realizoval jako prvotní část před rozděním dotazníku z důvodu zjištění informovanosti žáků, která mi pomohla zjistit na jaké otázky se mohu ptát a jaká by mohla následovat odpověď. Mohu říci, že jsem byl docela překvapen silnou většinou žáků, kterým mé otázky připadaly docela samozřejmé a jako by ani děti nebyly zaskočeny, že jim dané otázky někdo klade. Jak mi odpověděl jeden žák “To je prostě normálka“.

9.4.1 Prezentace rozhovoru – prvotní část zjištění

V této fázi jsem se dozvěděl, že studenti na základních školách mají podvědomí o tom co znamená slovo droga, pojem drogová závislost, návyková látka, alkoholismus, jaké nebezpečí drogy obnášejí i znalost některých drog, ale pouze v tom smyslu, že existují, nikoliv však z vlastní zkušenosti. Když velmi obecně tyto předběžné a pro tento výzkum informativní výsledky shrnu, tak na každou výše uvedenou a mnou položenou otázku z 90% bylo správně či velmi blízce k pravdě odpovězeno.

Ačkoli vím, že problém s návykovými látkami na základních školách není nic prvně zjištěného, čím dál více mi připadá, že se situace zhoršuje, zhoršuje a zase zhoršuje.

9.5 Dotazník

Dotazník vyplnilo devadesát žáků tří základních škol v Praze, Liberci a Kladně, kde jsem se zaměřili pouze na 9. ročník a děti ve věku 15 let. V každém z uvedených měst vyplnilo dotazník třicet žáků. Pouze v Praze čítala třída 30 žáků, v Liberci 26, takže po škole jsem oslovil ještě čtyři žáky a v Kladně jednoho, kteří mi dotazník vyplnili.

V příloze č.A přikládám anonymní dotazník, na který mi žáci odpovídali. Jedná se o otázky zabývající se:

- věkem
- pohlavím
- bydlištěm
- rodinným zázemím
- výší kapesného
- kuřáctvím
- alkoholismem
- užitím marihuany
- a jinou drogovou závislostí

Uvedené otázky jsou prezentovány formou grafů jako stěžejní body výzkumu. Ze zmíněných možností jsem žáky poprosil aby odpověděli na všechny otázky, pokud si s nimi vědí rady, dle svého uvážení a pravdivých zkušeností.

Dohromady dotazník vyplnilo 58 dívek a 32 chlapců. Čili je zde vidět většinového zastoupení odpovědí mladých slečen.

Součástí dotazníku byly ještě otázky:

- Do jaké míry jsi o drogové problematice informován ve škole?
- Setkal (a) jsi se s drogou? – VE ŠKOLE, VENKU, NA ZÁBAVĚ, JINDE,
NESETKAL (A) ?

Ve dvou základních školách v Praze a Kladně, alespoň jedna z těchto otázek způsobila zápornou odezvu z důvodu, že výzkum mi byl povolen proto, abych zmapoval pouze děti a ne

se zaobíral školou, případně jestli se ve škole nějaké drogy nachází. Pro poměrně velmi těžkou dostupnost a získání souhlasu ve škole dotazník rozdat, jsem tyto otázky bez váhání vyškrtl a z této zkušenosti jsem se dále nepokoušel dotazníkovou formou položit tyto otázky na ZŠ v Liberci.

Přesto jsem se nenechal odradit a pokusil jsem se alespoň s několika vytipovanými dětmi ve věku 14 – 15 let (8 chlapců, 5 dívek), konkrétně čtyřmi v Praze, dvěma v Liberci a sedmi v Kladně promluvit o jejich postoji, jak oni samy ho vnímají. Výsledek zní takto:

Praha: 4 oslovení:

- Tři žáci uvedli, že ve škole nebyli informováni o drogové problematice a jeden ano.
- Jeden žák se setkal s drogou ve škole, jeden na zábavě, dva se s ní nesetkali vůbec.

Liberec: 2 oslovení:

- Oba shodně uvedli, že o drogové problematice byli informováni ve škole.
- Ani jeden se s drogou nesetkal.

Kladno: 7 oslovených:

- Čtyři oslovení byli informováni ve škole, tři ne
- Dva žáci se s drogou setkali ve škole, jeden venku, tři na zábavě, jeden se s ní nesetkal.

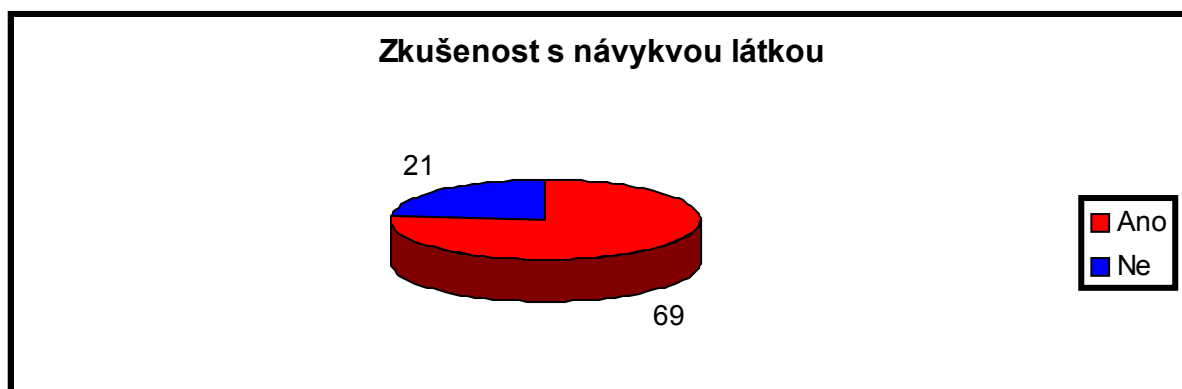
Ti žáci, kteří se s drogou setkali, jedná se především o marihuanu, žádný neodpověděl, že by jí užíval, co se týká zkušenosti s alkoholem a cigaretou, tak ty dětem opravdu nejsou cizí. Všichni dotazovaní uvedli, že je rodiče alespoň nějakým způsobem poučili o nebezpečnosti drog. Chtěl bych zmínit, že tyto výsledky nechci nijak zevšeobecňovat na širší populaci ani je srovnávat s výzkumem, protože žáky, které jsem po škole oslovil nevyplňovali dotazník, který je pro tuto práci stěžejní část výzkumu.

Z rozhovoru s žáky, kteří odpověděli, že jsou ve škole informováni o drogové problematice mi připadalo, že si s tím hlavu moc nelámou. Z mého pohledu a zjištěných informací situace vypadá následovně: Do škol chodí pracovníci, kteří děti seznamují s problematikou návykových látek, říkají jim jak jsou špatné a nebezpečné, což děti berou v potaz a nijak zvlášť se tím nezatěžují a po škole si např. vykuřují nebo popíjí alkohol. Mají totiž dojem, že se jim uvedené příběhy, které jsou jim převyprávěny nemohou stát.

9.5.1 Prezentace dotazníku – hlavní část výzkumu

Graf č.1. – Zkušenost s návykovou látkou

Graf devadesáti zkoumaných studentů devátého ročníku základní školy uvedlo svoji zkušenost s návykovou látkou takto:



Na první pohled je patrná převaha dětí, které jsou s návykovou látkou (bez bližší specifikace s jakou) nějakým způsobem obeznámeni.

Graf č.2. – Vědí žáci co znamená?

Kuřáctví, alkoholismus, droga a pojem závislost. Na tuto otázku graf č.2. odpovídá jednoznačně:



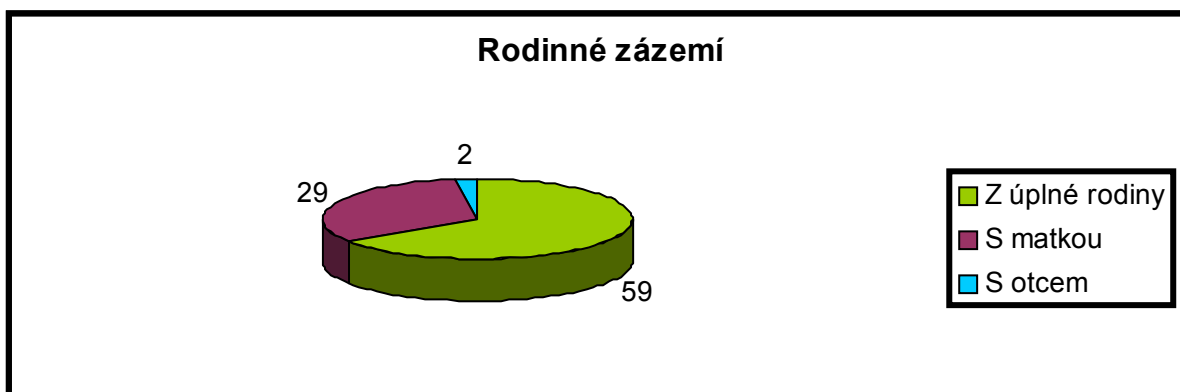
Následující prezentace v další části práce ukáže, že znalost pojmů nevyhází jen z teoretického zázemí a kde jakých náhodných poznatků (graf č.1.), ale také z vlastních zkušeností žáků.

Graf č.3. – Rodinné zázemí

Zde devadesát dotazovaných vyjadřuje z jakých rodin zkoumaní studenti pocházejí. Zda-li žijí:

- s oběma rodiči
- s matkou
- s otcem

Zde si můžeme všimnout, že ačkoli v naší společnosti je stále zvyšující se trend rozvodovosti partnerů, nebo neuzavírání nových sňatků, je tu velice příznivá zpráva, že ještě většina dotazovaných dětí stále žije v úplných rodinách.



Na první pohled zřejmá převaha dětí z úplné rodiny však nijak nevykazuje lepší výsledky oproti dětem vyrůstajících pouze s jedním rodičem.

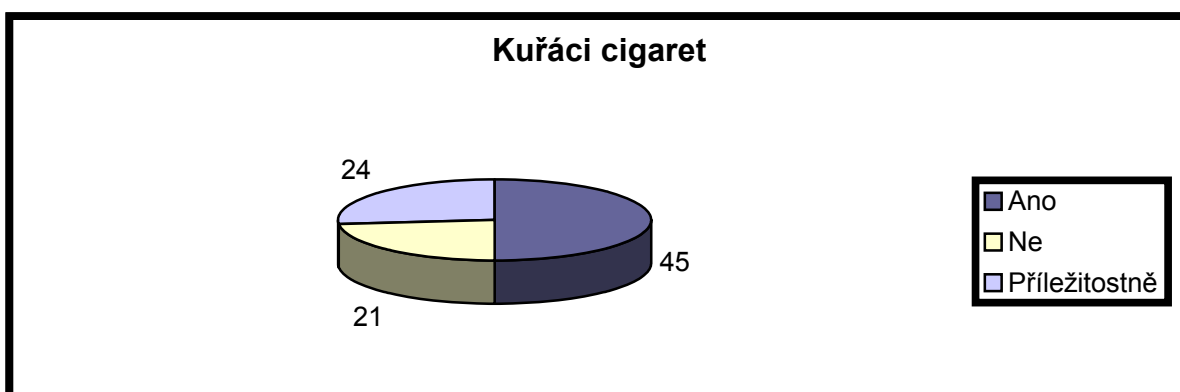
Čili jak často slýcháváme "Víte ona je na to sama, vždyť na to nemůže stačit". Zde určitě není pravda. Z úplné rodiny má osobní zkušenost 51 dětí a z neúplné rodiny 18 žáků. Když na tyto čísla nahlédneme v procentuálním měřítku zjistíme, že děti s oběma rodiči vykazují mnohem horší výsledky než jejich vrstevníci, kterým jeden rodič schází.

Ve svém dotazníku se dále ptám i na vzdělání rodičů. Téměř 70% dotazovaných uvedlo středoškolské vzdělání alespoň jednoho z rodičů. Ani zde jsem nezaznamenal oproti rodinám kde je rodič vysokoškolsky vzdělaný, nebo vyučený v nějaké profesi žádný zvýšený či snížený výkyv s užíváním návykové látky, které prezentuji v následující části výzkumu, nutno uvést, že žáci kde je alespoň jeden rodič vysokoškolsky vzdělaný vykazují sníženou osobní zkušenost.

Graf č.4. – Kuřáci cigaret

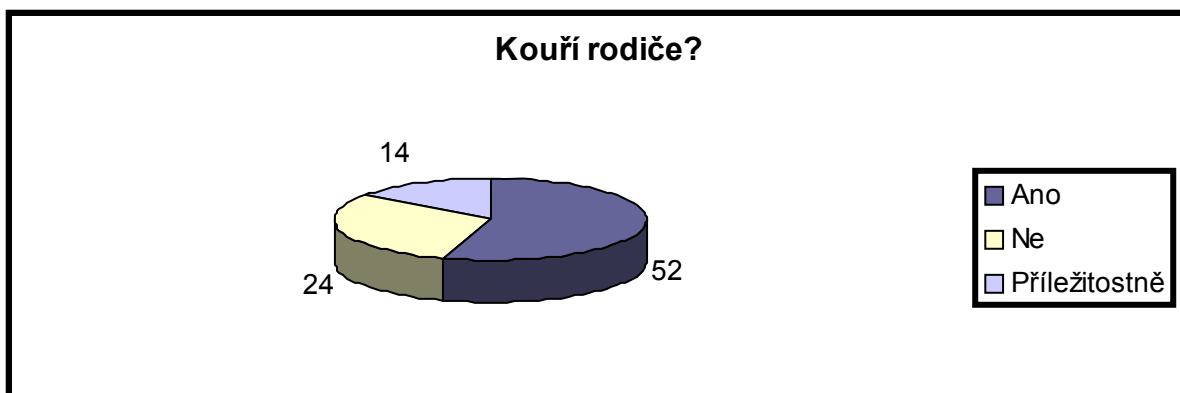
Kuřácký graf vyjadřuje kolik jedinců kouří:

- pravidelně
- nekouří vůbec
- kouří příležitostně



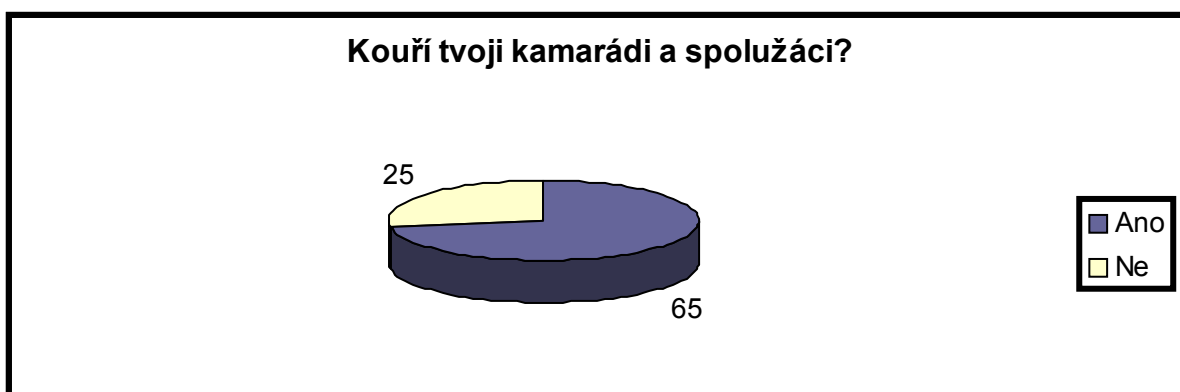
Graf č.4.1. – Kouří rodiče?

Dále mě u kuřáctví zajímalo jestli děti mají zkušenost od svých rodičů. Některé poznatky uvádí, že děti kuřáků kouří častěji a děti nekuřáků se zmíněnému zlovyku lépe vyvarují. Jak uvádím v teoretické části, rodiče mají značný vliv na dospívajícího jedince. Proto mě zajímalo jestli rodiče, nebo alespoň jeden z rodičů kouří: pravidelně, nekouří vůbec, kouří příležitostně.



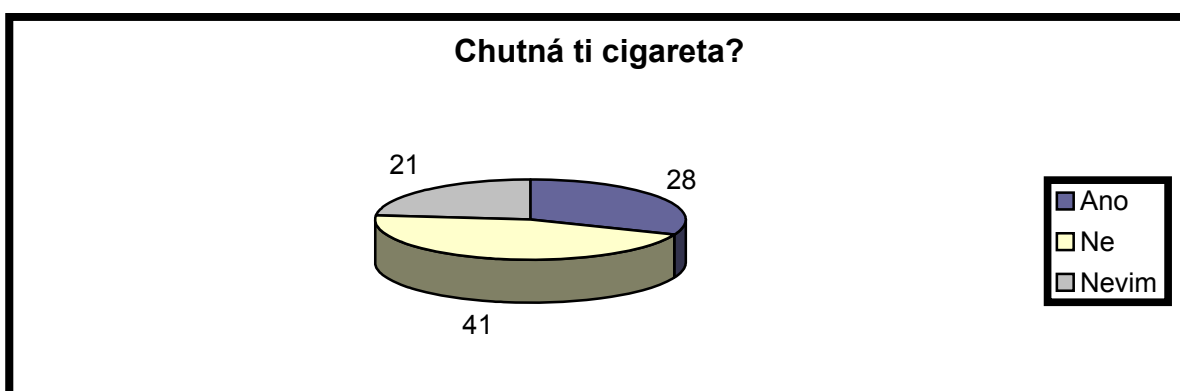
Graf č.4.2. – Kouří tvoji kamarádi?

Kamarádi, spolužáci i vrstevníci jsou to lidé, se kterými každý z nás v dětství trávil velké množství času, ať už ve škole, venku, nebo na nejrůznějších zájmových činnostech. Je známo, že kolektiv je pro každého důležitý a ne každý je schopen smířit se s vyloučením, ačkoli se vždy nemusí jednat o správnou věc. Proto jsem položil velmi obecnou otázku, kde jsem vyžadoval odpověď ano – ne, abych zjistil jaký je všeobecný pohled jednatelce na to jestli většina jeho kamarádů kouří či nikoli.



Graf č.4.3. - Chutná ti cigareta?

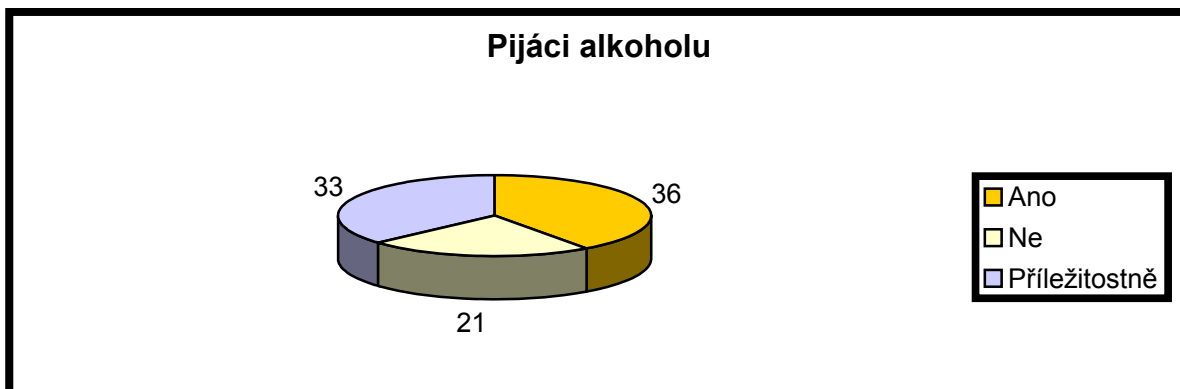
Z mé vlastní zkušenosti jsem si všiml, že téměř každý kdo si prvotně zapálil cigaretu nepůsobil zrovna nejšťastnějším dojmem. Proto mě tedy zajímalo jestli dětem cigareta chutná.



S přihlédnutím ke grafu č.4., kuřáků cigaret je vidět, že žáci ZŠ rádi kouří, ale chuť cigarety jim moc nevoní.

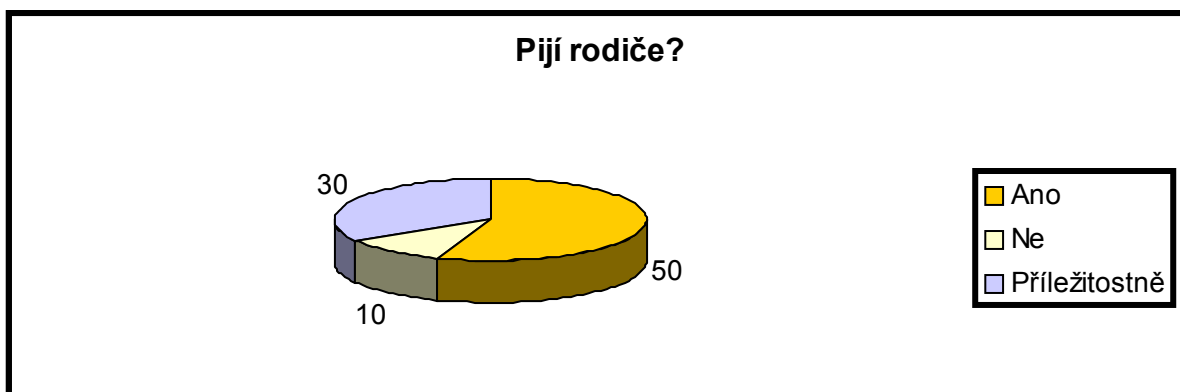
Graf č.5. – Pijáci alkoholu

Zde si můžeme všimnout jaké je množství žáků, kteří uvedli svůj pozitivní vztah k alkoholu. Pijácký graf vyjadřuje kolik jedinců pije: pravidelně, nepije vůbec nebo pije příležitostně.



Graf. č.5.1. – Pijí rodiče?

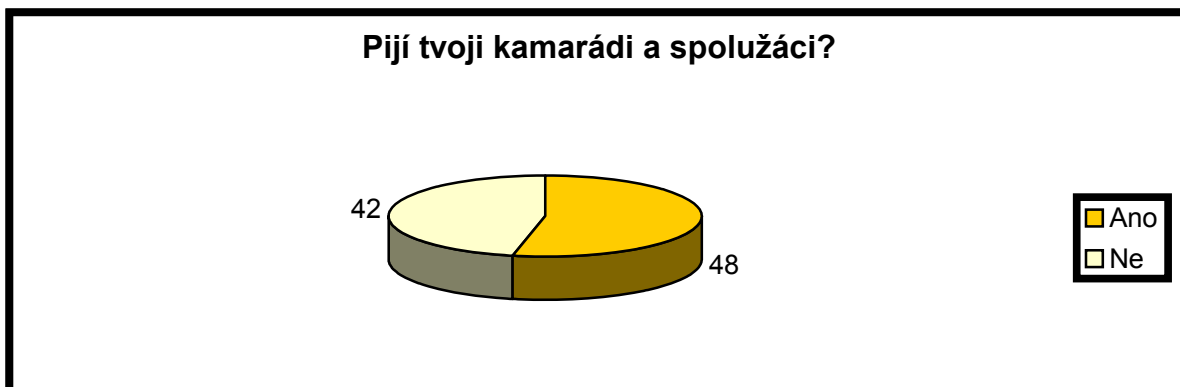
Stejně jak u dětí kuřáků se tvrdí, že mají blízko k cigaretám, tak u dětí kde rodiče pijí nadměrné množství alkoholu se nabízí, že by dítě mohlo pokračovat v cestě svých rodičů, protože to vidí doma. Proto mě tedy zajímalo jak jsou na tom s užíváním alkoholu rodiče.



Je vidno kladný vztah rodičů k alkoholu, ale jak říká graf č.4., žáci si raději zapálí cigaretu než popijí alkohol (graf č.5.) podle vzoru svých rodičů.

Graf č. 5.2. – Pijí kamarádi?

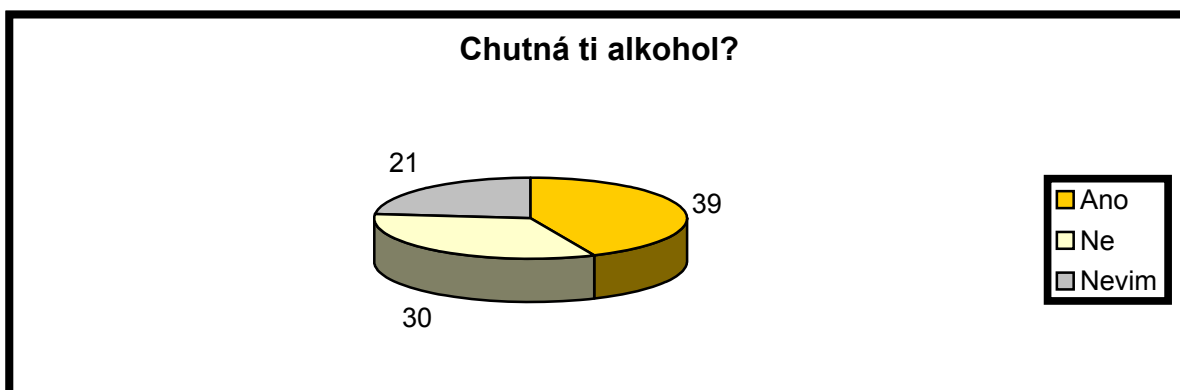
Stejně jako u cigaret jsem položil obecnou otázku jak vidí jedinec své vrstevnické okolí.



Zde je vidět, že studenti mají větší podvědomí o svých kamarádech jako o kuřácích (graf č.4.2.), než o pijácích alkoholu.

Graf č.5.3. – Chutná ti alkohol

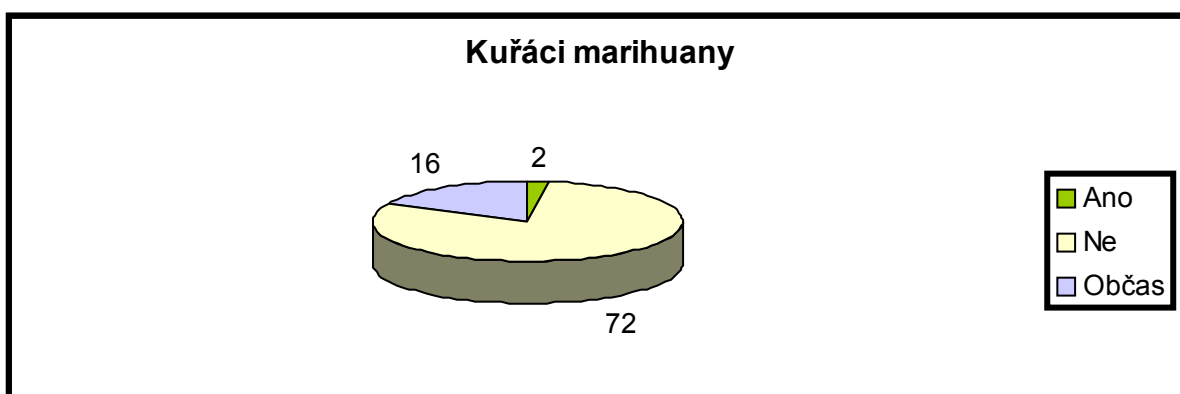
Dalo by se říct, že s předešlých výsledků by měl alkohol dětem chutnat méně než cigarety. Vidíme zde, že opak je pravdou.



Je patrné, že dětem chutná více alkohol než cigarety (graf č.4.3.), přesto více žáků odpovědělo svůj pozitivní vztah k cigaretám (graf č.4.), než k alkoholu (graf č.5.). Z tohoto výsledku se nabízí jestli cigarety v očích mladistvých uživatelů nejsou o něco lépe dostupné než jimi oblíbenější alkoholické nápoje.

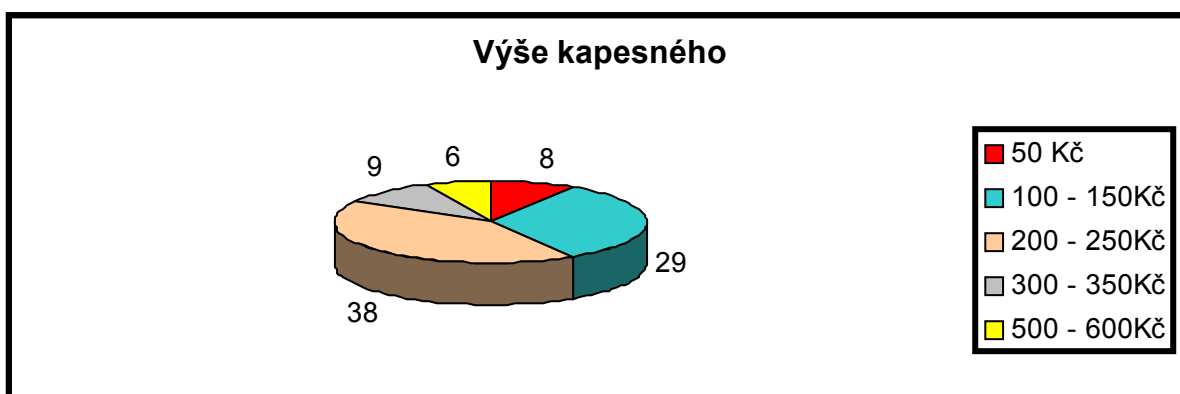
Graf č.6. – Kuřáci marihuany

Vypadá to, že pro žáky základních škol není ani marihuana úplně neprozkoumaná oblast. Pravdou je, že oproti kuřáctví a pijáctví je zde výsledek „poměrně dobrý“. Na druhou stranu je všeobecně známo, že se s ní spíše setkají až na střední škole. V dotazníku se dále ptám i na zkušenost s jinými drogami kde jsou odpovědi nulové. Čili se s nimi žáci nikdy nesetkali.



Graf č.7. – Výše kapesného

Kapesné je v situaci jak vyplývá z předešlých grafů, velmi důležitý moment. Pokud si dítě neobstarává peníze jinou cestou jak uvádím v teoretické části např. drobnými krádežemi atd.. Nastává čas rodičů, na kterých je, aby zhodnotili kolik peněz jejich dítě potřebuje.

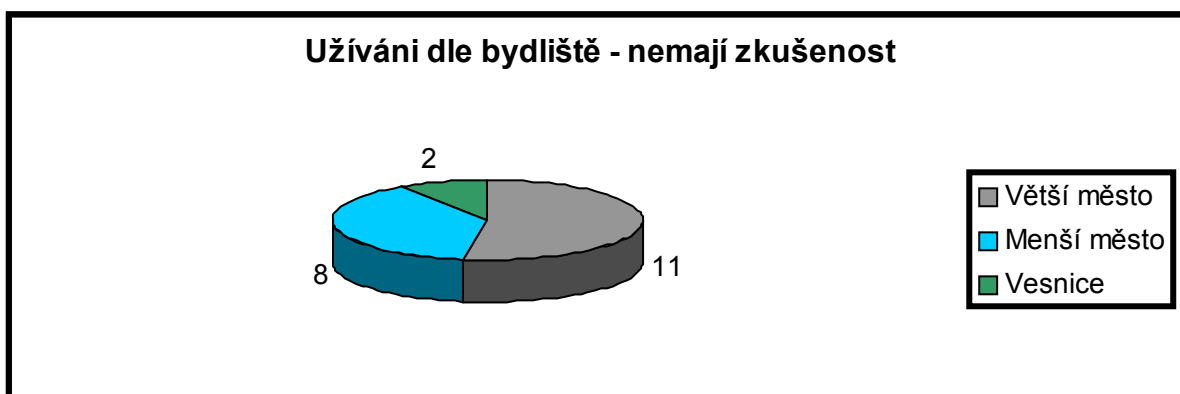
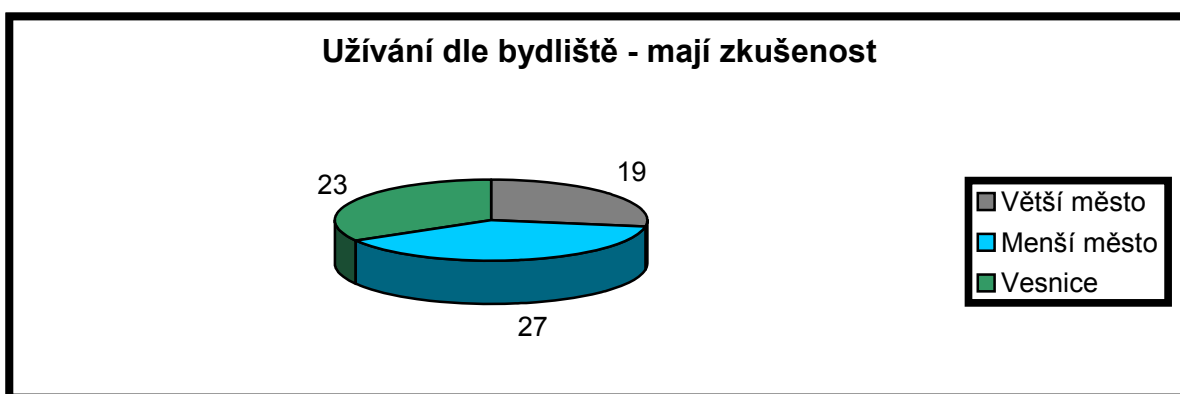


Když jsem viděl jaký dostávají děti osobní příděl, nemohl jsem se nezeptat na co dostávají tolik peněz. Odpověď nebyla nijak překvapující: na svačinu, zmrzlinu, pití a různé drobnosti. Proto mě téměř ihned napadla otázka: Kde jsou ty časy kdy maminky dělaly svým dětem každé ráno svačiny? Nejspíše za to může náš zrychlený životní styl a pracovní tempo.

Jak si můžeme všimnout děti dostávají na týden dost velký obnos na to, aby si místo svačiny a takových těch dětských drobností, na které od svých rodičů dostávají peníze mohly koupit cigarety, alkohol, popř. i jointa marihuany.

Graf č.8. – Dle bydliště

Přijde mi velmi zajímavé ptát se, jestli děti z vesnice jsou na tom se svými drogovými znalostmi hůře než jejich vrstevníci z většího města. Tato otázka je dnes velmi zažitá a všeobecně v lidech přetrvává, že města určitě vykazují mnohem vyšší čísla než menší vísky.

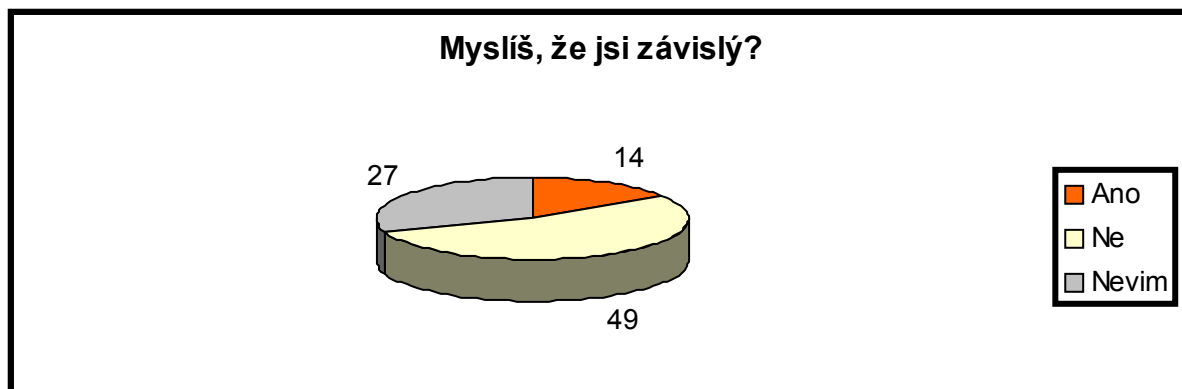


Z výsledků je zřejmé, že vesnické děti nijak nezaostávají se svými zkušenostmi oproti dětem městským. Vesnické děti dokonce vykazují vyšší zkušenost než děti z velkoměsta a maloměsta, zároveň musíme vzít také v potaz, že vesnické děti dojíždí do městských škol a potom mohou své nově nabyté vědomosti učit i své vesnické kamarády a vrstevníky.

Co se týká škol a regionu, v kterém se nacházejí, tak u mladistvích, kteří mají zkušenost s návykovou látkou je na prvním místě Kladno 27 žáků, Praha 25 a Liberec 17 dotazovaných.

Graf č.9. – Myslíš, že jsi závislý?

Z rozhovoru a z dotazníku jsem zjistil, že děti vědí co je závislost, jak se projevuje. Na druhé straně jsem přišel na to, že děti neví jak jí poznají sami na sobě. Proto jsem se musel na tuto otázku zeptat, jak žáci sami sebe vnímají.



9.6 Vyhodnocení hypotézy, prezentace a závěr výzkumu

První otázka dotazníkového šetření má za cíl poukázat jakou mají dospívající zkušenost s návykovou látkou obecně. Z devadesáti dotazovaných 69 odpovědělo - ano a 21 – ne. Graf č.2 se zaměřuje na orientační přehled a obeznámenost dotazovaných se znalostí zkoumaných pojmů (82 - ano, a jen 8 - ne). Co se týká těchto pojmů, tak hypotéza byla potvrzena drtivou většinou respondentů, opačným případem je osobní zkušenost s návykovou látkou, kde můj prvotní předpoklad počítal pouze s ojedinělými případy a výzkum prokázal, že více než dvě třetiny dotazovaných tuto zkušenost mají, čili se zde má hypotéza nepotvrdila.

Dalším zkoumaným faktorem bylo rodinné prostředí, o kterém jsem předpokládal, že žáci, kteří žijí v úplné rodině a jeho rodiče jsou vzdělanější, že budou mít mnohem menší sklon k užívání návykových látek, zde jsem byl velmi překvapen, že se tato hypotéza nepotvrdila. Zjistil jsem, že děti, které vyrůstají v neúplné rodině mají menší sklon experimentovat či užívat návykové látky, než děti z úplných rodin. Dokonce ani děti vzdělanějších rodičů nevykazují znatelně lepší výsledky, přesto ale mají sníženou osobní zkušenost.

Dále jsem zkoumal rozšířenost cigaret (graf č.4, 45 – ano, 21 – ne, 24 příležitostně), jestli kouří rodiče dětí kuřáků (graf č.4.1., 52 – ano, 24 – ne, 14 – příležitostně), jak jedinec vnímá své okolí a jestli jeho kamarádi jsou z většiny kuřáci (graf č.4.2., 65 – ano, 25 – ne) a posléze jestli jim cigareta chutná (graf č. 4.3., 28 – ano, 41 – ne, 21 neví), je vidno, že ne všichni děti kuřáckých rodičů kouří, ne všem cigareta chutná, tak zde vyvstává otázka, proč se děti do kouření pouští, ačkoli jim cigarety nechutnají. Spíše než, že se chtějí podobat svým rodičům vidím zde problém se začleněním se do kolektivu, který je z větší části obsazený aktivními či pasivními kuřáky. Stejným způsobem jak jsem se zkoumal problematiku kuřáctví, jsem se zaměřil na pijáctví alkoholu. Prvně jsem se zaměřil na zjištění počtu mladých pijáků (graf č.5. alkohol pije pravidelně 36 žáků, 21 ho nepije vůbec a 33 příležitostně), další otázkou průzkumu bylo zdali pijí rodiče (graf č.5.1., 50 – ano, 10 – ne, 30 příležitostně). Svůj pohled na kolektiv vidí jednotlivec následovně (graf č.5.2., 48 – ano, 42 – ne). Při otázce oblíbenosti a chuti alkoholu (graf č.5.3. se žáci vyjádřili takto 39 – ano, 30 – ne, 21 - nevím), zde je velmi zajímavé, že ačkoliv alkohol dětem více chutná, užívají ho mnohem méně než cigarety, myslím, že z pohledu dětí je mnohem těžší dostupný. Ani zde jsem neshledal, že by si pijáci vzali negativní vzor od svých rodičů, stejně jako u cigaret zde vidím pijáctví v začlenění se do kolektivu.

Poté jsem se zaměřil na zjištění jak je mezi patnáctiletými užívaná dnes velmi populární, též nazývaná „lehká droga“ – marihuana (graf č.6. pravidelně ji užívají 2 dotazování, nikdy ji nemělo 72 a občas ji vykouří 16 žáků). S přihlédnutím k tomu, že s nelegální marihuanou má celkovou zkušenost 18 dětí což z celkového počtu 90 dotazovaných, se nezdá moc, přesto bych řekl, že by se toto číslo mělo více blížit k hranici nuly.

Z výše prezentovaných výsledků vyvstává otázka, kde žáci získávají peníze aby mohli experimentovat, nebo přímo užívat návykové látky (graf č.7., uvádí výši týdenního obnosu dotazovaných: 8 žáků – dostává 50Kč, 29 ž. – 100 – 150 Kč, 38 ž. – 200 – 250Kč, 9 ž. – 300 – 350Kč, 6 ž. – 500 – 600Kč). Z toho plyne, že děti dostávají dost velký obnos na to, aby si mohly levnější návykové látky ať legální či nelegální občas koupit či pravidelně kupovat.

Výzkum říká, že bydliště není jednoznačně rozhodujícím faktorem z hlediska konzumace drogy, přesto menší města vykazují větší počet než větší města a vesnice též vykazují vyšší číslo než velkoměsto (graf.č.8., mají zkušenost – 19 velkoměsto, 27 maloměsto, 23 vesnice/nemají zkušenost – 11 velkoměsto, 8 maloměsto, 2 vesnice). Zde se má hypotéza nepotvrdila, naopak se zde ukazuje, že maloměsta a vesnice mají zkušenosti větší. Ve srovnání mladistvích uživatelů z regionů, kde se škola nachází nejvíce zkušených uživatelů – 27 vykazuje Kladno, druhá je Praha 25 a třetí Liberec 17. V porovnání se statistikou Hygienické stanice si můžeme všimnout, že mnou realizovaný výzkum uvádí jiné pořadí než statistika uživatelů drog a žadatelů o léčbu, kde je na prvním místě s nejvyšším počtem Praha, poté Kladno a poslední Liberec.

Myslíš, že jsi závislí je poslední otázka, na kterou se ptá dotazníkové šetření. Zde je cílem zohlednit vlastní pohled mladistvích uživatelů jak sami sebe vidí, co se užívání návykových látek týče (graf č.9., 14 – ano, 49 – ne, 27 – neví).

Z otázek, které jsem musel z dotazníku vyškrtnout jsem provedl obecné šetření, pouze pro všeobecné zjištění abych zjistil, jestli školy žáky o drogách a jejich nebezpečí informují a jestli je možné se návykovými látkami ve školním prostředí setkat. Když provedu jednoduché shrnutí, tak ve škole je možné setkat se s návykovou látkou a jeví se, že školy se snaží své žáky o drogové problematice informovat, nezaznamenal jsem zde primární či sekundární prevenci, pouze jen obecnou informovanost pro všechny. Pozitivně hodnotím, že z odpovědí žáků je zřejmé, že je rodiče nějakým způsobem o této problematice informují.

Z celkového výzkumu též vyplynulo, že z 58 dívek má zkušenost 49 dívek a z 32 chlapců má zkušenost s návykovou látkou 20 chlapců.

10. Závěr práce

V mé práci jsem se pokusil v teoretické formě přiblížit stále vzrůstající vývoj a nárůst uživatelů drog, který více směřuje k mladší populaci, drogami samotnými, jejich negativy a dopadem jaké mohou mít na uživatele, otázkou proč mladí začínají s drogami, jaké faktory zvyšují riziko zneužívání návykových látek, jaká jsou varovná znamení, stádia závislosti, ale také souvislosti s trestnou činností a léčbou závislých.

Praktická část byla zaměřena za průzkum současné situace na základních školách, s přihlédnutím ke snižujícímu se věku uživatelů drog. Jejím cílem bylo zjistit, kolik mají žáci informací o drogové problematice a jaká je jejich osobní zkušenost s návykovou látkou.

11. Seznam použité literatury

ARTERBURN, S., BURNS, J.: Drogy klepou na dveře, Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.

COMBY, B.: Jak se zbavit závislosti na tabáku, Praha: Pragma, 2007. ISBN 978-80-7349-077-5.

DOLEŽAL, J. X.: Marihuana, Praha: Kamul Press, 1993. ISBN 0000.

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

GÖHLERT, CH., KÜHN, F.: Od návyku k závislosti, Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, M.: O rodičích, dětech a drogách, Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9.

HAMPL, K.: Následky beztrestného držení drog, in.: alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor). Roč. 1996/5.

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

KALINA, K. et al.: Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1, Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LEE, P.: Opiová kultura: umění a rituál opia v čínské tradici, Olomouc: Fontána, 2008. ISBN 978-80-7336-467-0.

MIOVSKÝ, M.: LSD a jiné halucinogeny, Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.

MRAVČÍK, V. et al.: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003, Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-25-0.

NAUMANN, F.: Kouřit a zůstat zdravý, Brno: Moba, 2002. ISBN 80-243-0734-X.

NEŠPOR, K.: Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké, Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Léčba a prevence závislosti, Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Alkohol, drogy a vaše děti, Praha: Besip, 1997.

NEŠPOR, K., DVOŘÁK, V.: Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami, Praha: Armex Trivis, 1998. ISBN 80-902283-9-9.

NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L.: Jak zůstat fit a předejít závislostem, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.

NOVÁK, M.: O kouření, Praha: Avicenum, 1980.

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

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

RIESEL, P.: Lesk a bída drog, Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.

SANANIM, kol. autorů.: Drogy: otázky a odpovědi, příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

SHAPIRO, H.: Drogy: obrazový průvodce, Praha: Svojtka, 2005. ISBN 80-7352-295-0.

ŠTABLOVÁ, R. et al.: Drogy, kriminalita a prevence, Praha: Policejní akademie ČR, 1999. ISBN 80-7251-018-5.

TORO, G., THOMAS, B.: Drogy snění, Praha: Volvox Globator, 2008. ISBN 978-80-7207-689-5.

TYLER, A.: Drogy v ulicích: mýty – fakta – rady, Praha: Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.

ZÁBRANSKÝ, T. et al.: Racionální protidrogová politika, Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Elektronické zdroje

Ministerstvo vnitra ČR [online]. Praha. Dostupné na
WWW:<<http://www.mvcr.cz>>.

Seznam obrázky [online]. Praha. Dostupné na
WWW:<<http://www.obrazky.cz>>.

Google obrázky [online]. Praha. Dostupné na
WWW:<<http://images.google.cz>>.

12. Seznam příloh

Příloha A – dotazník.....I

Příloha B – obrázky drog.....II, III

Teoretická část

Charakteristika drogové scény v České Republice

Československá drogová scéna

Drogová scéna 90. let v ČR

Současný stav drogové scény

Klasifikace jednotlivých drog

Alkohol

Opiáty

Opium

Morfin

Heroin

Kodein

Braun

Metadon

Stimulační drogy

Metamfetamin

Kokain

Crack

Extáze

Tabák

Kofein

Halucinogenní drogy

LSD

Psilocybin

Muchomůrka červená

Trifenidil

Konopné drogy

Marihuana

Hašiš

Těkavé látky

Toluen

Proč začínají?

Faktory a činitele zvyšující riziko zneužívání drog

Experiment

Životní krize

Deprese

Činitele u dítěte nebo dospívajícího

Riziko týkající se rodiny

Činitele týkající se školy

Tlak vrstevníků

Činitele vyskytující se ve společnosti

Varovná znamení signalizující možné užívání drog

Jednotlivá varovná znamení

Stádia závislosti

Jednotlivá stádia

Počáteční stádium

Kritické stádium

Stádium návyku

Stádium rozkladu

Návykové látky v souvislosti s trestnou činností

Páchání trestných činů pod vlivem návykových látek

Návykové látky u obětí trestných činů

Trestná činnost za účelem obstarání prostředků na návykové látky

Doprovodná finanční kriminalita

Drogy a korupce

Prevence a léčba dospívajících jedinců

Prevence

Formy léčby

Praktická část

Praktická část

Cíl výzkumu

Použité metody

Hypotéza

Rozhovor

Prezentace rozhovoru – prvotní část zjištění

Dotazník

Prezentace dotazníku – hlavní část výzkumu

Graf č.1. – 9.

Vyhodnocení hypotézy, prezentace a závěr výzkumu

Závěr práce

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Shrnutí – Summary

Dotazník, který vyplňuješ je anonymní.
Jedná se pouze o orientační přehled, neměj strach,
nikdo se nedozví, že to jsou tvé odpovědi.

1. Kolik ti je?
2. Jsi? CHLAPEC / DĚVČE
3. Kde bydlíš? VĚTŠÍ MĚSTO / MENŠÍ MĚSTO / VESNICE
4. Starají se o tebe? OBA RODIČE / MATKA / OTEC
5. Jaké mají rodiče vzdělání? ZŠ / SOU / SŠ / VŠ
6. Dávají ti rodiče kapesné? ANO / NE
DENNĚ / TÝDNĚ / MĚSÍČNĚ
KOLIK?.....KČ
7. Víš co znamená pojem závislost? ANO / NE
8. Myslíš, že mezi závislosti patří kuřáctví a alkoholismus? ANO / NE
9. Jsi kuřák? ANO / NE / PŘÍLEŽITOSTNĚ ANO
10. Chutná ti cigareta? ANO / NE /
11. Kouří rodiče? ANO / NE / PŘÍLEŽITOSTNĚ
12. Kouří tvoji kamarádi, nebo spolužáci? ANO / NE
13. Piješ alkohol? ANO / NE / PŘÍLEŽITOSTNĚ
14. Chutná ti alkohol? ANO / NE /
15. Pijí rodiče alkohol? ANO / NE / PŘÍLEŽITOSTNĚ
16. Pijí alkohol tvoji kamarádi, nebo spolužáci? ANO / NE
17. Víš co znamená pojem "DROGA"? ANO / NE
18. Skrývá se pod pojmem droga např. marihuana? ANO / NE
19. Setkal(a) jsi se s drogou? ANO / NE
Kde? VE ŠKOLE / VENKU / NA ZÁBAVĚ / JINDE.....
20. Užíváš nyní jiné drogy než jsou uvedeny v předešlých otázkách ANO / NE /
OBČAS
Jaké?.....Proč?.....
21. Myslíš, že jsi závislý(á) na drogách? ANO / NE / NEVIM

Alkohol



(str.17)

Opiáty



opium

(str.19)



morfin, heroin, braun

(str.19), (str.20), (str.21) (str.20)



kodein

(str.20)



metadon

(str. 21)

Stimulační drogy



metamfetamin

(str.22)



kokain

(str. 22)



crack

(str.23)



extáze

(str.23)



tabák

(str. 24)



kofein

(str. 24)

Halucinogenní drogy



LSD

(str.25)



psilocibin

(str.26)



muchomůrka červená

(str.26)

Konopné drogy



marihuana

(str.28)



hašiš

(str.28)

Těkavé látky



toluen (str.30)

13. Shrnutí

Drogové závislosti u mladistvých

Bakalářská práce se zabývá drogovými závislostmi u mladistvých jedinců. Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. První část (teoretická) pojednává o historii a klasifikaci návykových látek, otázkou začínajících uživatelů, jevy, které mohou upozornit na možné zneužívání drog, stádiu závislosti v souvislosti s trestnou činností a léčbou dospívajícího jedince. Druhá část (praktická) se zabývá znalostí a rozšířeností návykových látek na základních školách.

Summary

Drug addiction adolescent

Bachelor's thesis concerns drug addiction among teenagers. The thesis is dividend into two main parts. The First part (theoretical) deals with the history and classification of addictive substances, the question of early users, the features which can signalize possible drug abuse, the stages of addiction in connection with criminal activity and the treatment of teenagers. The Second part (practical) concerns the knowledge and extent of spreading of drugs in primary schools.

Jméno autora: Josef Šťastný

Obor: Sociální pedagogika

Forma studia: Prezenční

Název práce: Drogové závislosti u mladistvých

Rok: 2010

Vedoucí práce: RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.