

Univerzita Karlova v Praze
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

Katedra biologických a lékařských věd

**Postoje a zkušenosti královéhradeckých
vysokoškolských studentů s návykovými látkami**

**Attitudes and Experiences of University of Hradec
Kralove's Students with Addictive Substances**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

RNDr. Hana Klusoňová, Ph.D., Mgr. Lenka Spáčilová

Hradec Králové, 2007

Monika Hajská

Poděkování:

Děkuji Doc. MUDr. Aleně Merkunové, CSs. z Univerzity Hradec Králové za pomoc při realizaci sběru dotazníků, RNDr. Haně Klusoňové, Ph.D a Mgr. Lence Spáčilové za odborné vedení diplomové práce, poskytování informací a cenných rad.

Obsah

1	ÚVOD	4
2	TEORETICKÁ ČÁST	5
2.1	ZÁKLADNÍ TERMÍNY A DEFINICE.....	5
2.2	LÁTKOVÁ ZÁVISLOST	6
2.2.1	Typy látkové závislosti	6
2.2.2	Příčiny vzniku závislosti.....	7
2.2.3	Důsledky látkové závislosti	8
2.2.4	Diagnostika a léčba látkové závislosti	8
2.3	PŘEHLED NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	9
2.3.1	Legální látky.....	10
2.3.1.1	Alkohol (ethylalkohol).....	10
2.3.1.2	Tabák	11
2.3.1.3	Kofein	12
2.3.1.4	Těkavé látky.....	13
2.3.2	Ilegální látky	14
2.3.2.1	Cannabinoidy	14
2.3.2.2	Opioidy	16
2.3.2.3	Psychostimulancia.....	19
2.3.2.4	Halucinogeny	22
2.3.2.5	Léky vyvolávající závislost.....	25
3	EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST	28
3.1	MATERIÁL A METODIKA	28
3.2	VÝSLEDKY	28
3.2.1	Sociodemografické údaje	28
3.2.2	Zkušenosti studentů s tabákem a alkoholem.....	37
3.2.3	Názory a informovanost studentů o návykových látkách	43
3.2.4	Zkušenosti studentů s ilegálními návykovými látkami.....	54
3.2.5	Virová hepatitida a HIV/AIDS	66
4	DISKUSE	68
4.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ U 1., 2. A 3. ROČNÍKU	68
4.2	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI STUDIEMI.....	70
4.2.1	Porovnání výsledků s jinými studii na vysokých školách v ČR.....	70
4.2.2	Porovnání výsledků s obecnou populací mladých lidí v ČR a se situací v zemích EU...	72
5	ZÁVĚR	74
6	SOUHRN	75
7	SUMMARY	76
8	SEZNAM ZKRATEK	77
9	POUŽITÁ LITERATURA	78
10	PŘÍLOHA	82

1 ÚVOD

Zneužívání návykových látek se stalo v 2. polovině 20. století vážným společenským problémem zejména ve vyspělých zemích. V České republice došlo k velkému nárůstu šíření a zneužívání návykových látek začátkem 90. let po pádu „železné opony“. Od roku 1990 je problematika ilegálních návykových látek charakterizována jako problém globální, který souvisí především s vytvořením světového nezákonného trhu s těmito látkami. Užívání legálních i ilegálních návykových látek přináší řadu zdravotních a sociálních důsledků. Mezi tyto důsledky patří vznik závislosti, poškození zdraví, smrt, šíření infekčních onemocnění kriminalita, prostituce a další.

Nezákonný trh s návykovými látkami má svou stranu nabídky a stranu poptávky. Podle toho je možné rozlišit dva hlavní přístupy protidrogové politiky: „snižování nabídky drog“ a „snižování poptávky po drogách“. Snižování nabídky představuje různé aktivity pro zastavení či omezení výroby a distribuce nelegálních látek. Předmětem snižování poptávky jsou strategie a programy, které mají za úkol omezit zájem o užívání návykových látek. Poptávka je snižována pomocí různých preventivních, poradenských a léčebných programů. Důležité opatření představuje primární a sekundární prevence, jejichž cílem je předcházet prvnímu užití návykové látky a předcházet vzniku a rozvoji závislosti [Kalina, 2003].

Cílem této diplomové práce je popsat zkušenosti, názory a postoje k legálním i ilegálním návykovým látkám u studentů oboru Učitelství pro 2. stupeň základní školy a Učitelství pro střední školy na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Tito studenti představují budoucí učitele na základních i středních školách a budou se podílet na programech protidrogové prevence. Mohou zachytit případné problémy, které jsou spojeny s užíváním drog, poskytovat poradenství a pomoc žákům a studentům. Z těchto důvodů považujeme za důležitou jejich informovanost a názory ohledně drogové problematiky.

Součástí práce je vyhodnocení postojů a zkušeností respondentů s návykovými látkami, porovnání rozdílů mezi studenty 1., 2. a 3. ročníku a také srovnání výsledků naší studie se situací v České republice a v jiných evropských státech mezi obecnou populací mladých lidí.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 ZÁKLADNÍ TERMÍNY A DEFINICE

Návyková látka

Je každá látka, která je schopna vyvolat podráždění nebo útlum centrálního nervového systému, způsobit změnu vnímání, chování, nálady nebo myšlení. Výsledek účinku návykové látky spočívá především ve změně vnímání reality – např. deformace času a prostoru, vztahovačnost, úzkost, povzbuzení, útlum, euforie, halucinace a další. Zahrnuje legální i ilegální látky, které mohou vyvolat návyk a látkovou závislost.

V široké veřejnosti se často užívá termín „droga“, který vznikl nesprávným překladem anglického termínu „drug“ a ve farmacii označuje rostlinný či živočišný materiál určený k léčebnému použití. Také v naší legislativě se setkáváme s pojmem návyková látka (Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách). Z těchto důvodů je vhodnější použít termínu psychoaktivní nebo návyková látka [Višňovský, 2002].

Tolerance (návyk)

Je jedna z příčin vzniku látkové závislosti. Vyrůstající tolerance na návykovou látku znamená, že organismus reaguje na původně účinnou dávku méně a ke stejnému účinku je třeba zvyšovat dávku (vysoká tolerance se vyskytuje především u opiátové závislosti). U závislosti halucinogenového typu se naopak tolerance v průběhu rozvoje závislosti příliš nemění [Vokurka, 2000]. Je možné rozlišit několik typů tolerance:

- farmakodynamická (tkáňová) tolerance, která představuje adaptaci tkání na opakovanou přítomnost psychoaktivní látky v organismu a vzniká v důsledku změny počtu nebo citlivosti receptorů
- farmakokinetická (metabolická) tolerance, jejíž příčinou je enzymová indukce a tudíž urychlení metabolismu návykové látky
- podmíněná (naučená) tolerance se vysvětluje získaným ovládnutím motoriky (rovnováha u alkoholika), podmíněnou reakcí na podnět (zápach látky) [Višňovský, 2002]

Abstinenční syndrom (syndrom z vysazení látky)

Jedná se o souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí látky, na níž je vytvořená závislost. Může se projevat různými způsoby a také různou intenzitou. Abstinenční syndrom se může projevit psychickými nebo fyzickými příznaky. Psychické se projevují např. neklidem, úzkostí nebo podrážděností. Fyzické příznaky představují nepříjemné tělesné projevy jako je pocení, pocity tepla a chladu, zvracení, průjem, zácpa až nebezpečné stavy ohrožující život jako např. svalové křeče nebo

delirium. Abstinenční syndrom je nejdůležitějším důkazem fyzické závislosti [Višňovský, 2002], [Vokurka, 2000].

Doba, po kterou se vyvíjí abstinenční příznaky, závisí na typu drogy. Heroin může vyvolat fyzickou závislost s těžkými abstinenčními příznaky již po prvním podání, zatímco u alkoholu vzniká postupně po měsících až letech trvalého užívání [Višňovský, 2002].

Akutní a chronická intoxikace

Akutní intoxikace je stav následující po užití návykové látky a dochází při něm k poruše vědomí, poznávání, vnímání nebo chování. Současně se objevuje narušení fyziologických funkcí (např. křeče, kardiovaskulární poruchy, poruchy dýchání), které mohou mít trvalé až fatální následky.

Chronická intoxikace vzniká při dlouhodobém zneužívání psychoaktivních látek a může vést k trvalému poškození organismu. Dochází k narušení fyziologických, psychických a behaviorálních funkcí [Višňovský, 2002].

2.2 LÁTKOVÁ ZÁVISLOST

Dle expertů WHO¹ představuje psychický a případně i fyzický stav, který je charakteristický změnou chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují touhu po opakovaném podání psychoaktivní látky pro její psychické účinky nebo také pro zabránění vzniku nepříjemných fyzických a psychických obtíží, které plynou z její nepřítomnosti v organismu [Višňovský, 2002].

Látková závislost se pokládá za nemoc chronickou a obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelnou. I když není úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu – trvalé abstinenci. Další užití drogy znamená vždy recidivu nemoci („závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“) [Kalina, 2003].

2.2.1 Typy látkové závislosti

Látkovou závislost rozdělujeme do dvou skupin – psychická a fyzická závislost. Psychická závislost se projevuje nutkáním látku znovu užít a nebezpečné abstinenční příznaky při ní nevznikají. U fyzické závislosti se objevují abstinenční příznaky, které jsou velmi nepříjemné a mohou ohrožovat život (viz. abstinenční syndrom). Současně může docházet k akutní nebo chronické intoxikaci, jenž má za následek poškození zdraví [Višňovský, 2002].

¹World Health Organization; Mezinárodní zdravotnická organizace

Látkové závislosti představují diagnostickou kategorii značenou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“. Tato kategorie je označena jako F1. Jednotlivé skupiny pak rozlišuje na základě druhu psychoaktivní látky vyvolávající poruchu. Této návykové látce pak odpovídá další číslovka (např. č. 0 značí alkohol, č. 6 halucinogeny). Pro stanovení diagnózy se používá kód, ve kterém je specifikován klinický obraz nemoci (např. F10.2 – číslo 0 představuje alkohol a číslo 2 za desetinnou tečkou odpovídá syndromu závislosti).

F10 poruchy vyvolané účinkem alkoholu

F11 poruchy vyvolané účinkem opioidů

F12 poruchy vyvolané účinkem kanabinoidů

F13 poruchy vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik

F14 poruchy vyvolané účinkem kokainu

F15 poruchy vyvolané účinkem jiných stimulantů

F16 poruchy vyvolané účinkem halucinogenů

F17 poruchy vyvolané účinkem tabáku

F18 poruchy vyvolané účinkem organických rozpouštědleh

F19 poruchy vyvolané účinkem několika látek nebo jiných psychoaktivních látek

F1x.0 akutní intoxikace

F1x.1 škodlivé užívání

F1x.2 syndrom závislosti

F1x.3 odvykací stav

F1x.4 odvykací stav s deliriem

F1x.5 psychotická porucha

F1x.6 amnestický syndrom

F1x.7 reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

F1x.8 jiné duševní poruchy a poruchy chování

F1x.9 nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování [Nešpor, 2007]

2.2.2 Příčiny vzniku závislosti

Můžeme rozlišit alespoň 3 skupiny zúčastněných činitelů. Základním faktorem je psychoaktivní látka, která má schopnost vyvolat u citlivého jedince dychtění po droze (tzv. craving), vedoucí k nutkavému opakovanému užívání látky [Fišerová, 2007]. Přičemž je třeba, aby jedinec vnímal její účinky jako příjemné (např. euforie, uvolnění, odstranění únavy).

Druhou příčinou je sám člověk ve smyslu fyzickém i psychickém. Byly prokázány určité znaky osobnostních i genetických predispozic k závislostem různých typů. Mezi lidmi závislými na drogách se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, lidé, kteří rádi a hodně riskují, cestují a věnují se umění. Často jsou to lidé se sklonem k depresím, úzkostem nebo lidé s duševními poruchami. Nejcitlivějším věkem pro vznik závislosti je adolescence a muži jsou ohroženi více než ženy [Višňovský, 2002].

Třetí faktor představuje prostředí, ve kterém jedinec žije, případně tráví svůj volný čas. Může to být neharmonická nebo rozvrácená rodina, nedostatek láskyplné péče rodičů, osamělost, parta kamarádů, kteří přicházejí do styku s návykovou látkou, ale také chronický stres, který usnadňuje vznik závislosti.

Všechny tyto faktory se neúčastní na vzniku závislosti samostatně. Jedná se o komplexní bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují [Fišerová, 2007].

2.2.3 Důsledky látkové závislosti

Trvalé užívání návykových látek ve vysokých dávkách zatěžuje organismus a může vyvolat závažná onemocnění, která často zkracují život. Chorobná závislost na látce a soustředění se na její získávání časem působí ztrátu zájmu o vlastní organismus, tělesnou hygienu, zanedbává se péče o vlastní zevnějšek a správnou životosprávu. Důsledkem bývá rozvrat v rodině, problémy v zaměstnání a celkový úpadek osobnosti.

Mezi společenské a sociální důsledky patří přenos infekčních onemocnění (HIV/AIDS, hepatitidy, aj.) prostřednictvím sdílení injekčního náčiní, kriminální chování, rozvoj organizovaného zločinu, prostituce a další [Višňovský, 2002].

2.2.4 Diagnostika a léčba látkové závislosti

Syndrom látkové závislosti je možné diagnostikovat, pokud během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

1. silná touha nebo pocit nutkání užívat látku
2. potíže v sebeovládání při užívání látky (např. snížení dávky nebo ukončení užívání)
3. projevy abstinčního syndromu při snížení dávek nebo úplném vysazení látky
4. průkaz tolerance – k dosažení stejného účinku je třeba zvyšovat dávku
5. postupné zanedbávání jiných zálib nebo zájmů ve prospěch užívané látky

6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) [Nešpor, 2002], [Višňovský, 2002]

Dle WHO je látková závislost chronickým onemocněním, které je možno léčit. Ačkoliv jsou známy různé léčebné postupy, většinou je léčba těchto stavů provázena komplikacemi, přechodným zhoršením stavu a opakujícími se relapsy (návrat k užívání návykové látky po období abstinence). V léčbě se využívá psychoterapie, úprava sociálního zázemí pacienta a farmakoterapie [Fišerová, 2007], [Vokurka, 2000].

Psychoterapie pomáhá nemocnému najít řešení osobních problémů, odstranit pocity méněcennosti a celkově zlepšit pacientův psychický stav. Důležitá bývá i změna prostředí – party, přátel, škodlivých zvyklostí. Abstinenční příznaky se tlumí buď léčivý s podobnou chemickou strukturou, ale menším návykovým potenciálem (tzv. substituční léčba), nebo symptomaticky. Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná látka nahrazena látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem.

Jednu z novějších metod léčby představuje rychlá detoxifikace. Jedná se o překonání abstenenčního syndromu v celkové anestezii a s využitím farmakologických antagonistů za intenzivního sledování stavu pacienta. Nevýhodou tohoto způsobu jsou vysoké náklady, velké zatížení organismu a také odpadá osobní prožitek nemocného.

Léčba látkové závislosti bývá nákladná a málo úspěšná. Dává se přednost hospitalizaci před ambulantní léčbou, protože ústavní léčba je více úspěšná. Mnohem efektivnější než terapie je prevence a osvěta drogové problematiky mezi mladými lidmi [Višňovský, 2002], [Kalina, 2003].

2.3 PŘEHLED NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Dle působení na centrální nervový systém (CNS) můžeme návykové látky rozdělit do 3 skupin:

1. Látky s převážně tlumícím účinkem na CNS – např. opioidy, hypnotika, sedativa, anxiolytika, alkohol, organická rozpouštědla
2. Psychomotorická stimulancia – např. kokain, amfetaminy, kofein, nikotin
3. Psychomimetika (halucinogeny) – např. konopné drogy, LSD, mezkalin, fencyklidin [Višňovský, 2002].

2.3.1 Legální látky

2.3.1.1 Alkohol (ethylalkohol)

Mírná konzumace alkoholu je v naší civilizaci běžná a společensky přijatelná. Představuje nejčastěji užívanou psychoaktivní látku a z těchto důvodů bývá obtížné rozlišit mezi rekreačním pitím a abúzem (tj. nadměrným užíváním, zneužíváním). Závislost na alkoholu postihuje až 5 % dospělé populace vyspělého světa. Česká republika patří dlouhodobě ke státům s největší spotřebou alkoholických nápojů na osobu [Kalina, 2003], [Vokurka, 2000].

Ethylalkohol se vstřebává bukální, ezofageální, žaludeční a střevní sliznicí. Po perorálním podání nalačno je dosažena maximální koncentrace v krvi již po 30 minutách. Potrava (především tučná) zpomaluje absorpci ethanolu ze žaludku [Martínková, 1998]. Jeho dobrá rozpustnost ve vodě i v tucích umožňuje rychlou a rovnoměrnou distribuci do všech tkání a tekutin těla. Více než 90 % ethanolu se oxiduje v játrech a zbytek je v nezměněné podobě vyloučen plícemi, močí a potem [Hůlek, 2005].

Hlavní metabolická cesta spočívá v přeměně ethanolu na acetaldehyd pomocí enzymu alkoholdehydrogenáza. Proces probíhá kinetikou 0. řádu, tzv. saturační kinetikou. Tento enzym je lokalizován především v játrech, ale u mužů se nachází v hojně míře i v žaludku. Dále se acetaldehyd oxiduje na acetát, který se přeměňuje na oxid uhličitý a vodu. Pokud acetaldehyd není odbouráván, přechází do cirkulace a vyvolává velmi nepříjemné projevy (zvracení, tachykardii, pocení).

Ethanol má na CNS tlumivý účinek, ale v nízkých dávkách působí často rozjařenost, odstranění zábran, hovornost, ztrátu opatrnosti, uvolnění úzkosti a zvýšení sebedůvěry. Při vyšších dávkách dochází k sedativním projevům jako jsou otupělost, snížená schopnost koncentrace, špatná koordinace pohybů, ospalost a ataxie. Alkohol vyvolává vazodilataci a tím dochází ke zvýšenému prokrvení kůže, pocitu tepla a riziku prochladnutí. Mezi jeho další účinky patří tlumení vnímání bolesti a snížení prahu bolestivosti. Vysoké koncentrace alkoholu v krvi inhibují životně důležitá centra regulace dýchání a krevního oběhu, což může mít za následek kóma a smrt [Višňovský, 2002].

Při chronické konzumaci dochází k řadě orgánových poškození a také k psychickým poruchám. Nadměrným zatížením jater vzniká jaterní steatóza, alkoholická hepatitida až cirhóza jater, která může končit smrtí. Závažným následkem bývá také podvýživa a nedostatek vitamínů. Dochází k chronickému zánětu žaludku, který je příčinou nechuti k jídlu a může způsobit peptický vřed nebo poškození slinivky břišní. Z psychických poruch se může objevit deprese se sebevražednými sklony, snížení inteligence a dlouhotrvající nedostatek vitamínů skupiny B (obzvláště vitamínu

B₁ – thiaminu) může mít za následek závažnou poruchu paměti tzv. Wernickeova-Korsakovova psychóza, kdy si pacient nevzpomíná na nedávné události.

Při náhlém přerušení chronického podávání alkoholu se vyvíjí abstinenční syndrom – třes (zejména rukou), pocení, úzkost, nepokoj, slabost, ale také křeče, krátkodobé halucinace. Může se také objevit závažný stav tzv. delirium tremens, při kterém je pacient velmi neklidný, dezorientovaný, třese se, má živé halucinace a objevuje se zvracení, průjem, zvýšený krevní tlak, horečka. Ustupuje po několika hodinách, ale může trvat až tři dny. Tento stav může být i životu nebezpečný, pokud není poskytnuta včasná pomoc [Višňovský, 2002].

Léčba se provádí buď ambulantně nebo v ústavech na speciálních oddělení a obvykle trvá 6 až 12 měsíců. Cílem léčby je dosažení trvalé abstinence. Využívá se psychoterapie, která probíhá individuálně nebo častěji ve skupině. Ve farmakoterapii se používají léky, které vyvolávají při podání alkoholu nevolnost a další nepříjemné pocity. Tento lék *disulfiram* (přípravek Antabus) brání odbourávání acetaldehydu, který má za následek nepříjemné příznaky – zvracení, bušení srdce, snížení krevního tlaku, bolest hlavy (tzv. antabusová reakce) [Višňovský, 2002]. K moderním lékům pro závislé na alkoholu patří i látky mírnící touhu (craving) alkoholika napít se, zejména *acamprosát* (přípravek Campral) a *naltrexon* (přípravek ReVia). Terapie cravingu je součástí preventivní léčebné strategie, jejímž cílem je minimalizovat riziko relapsu u závislého pacienta [Kalina, 2003].

2.3.1.2 Tabák

Tabák patří v evropských zemích spolu s alkoholem k nejvíce užívaným návykovým látkám [Nešpor, 2005a]. V ČR kouří necelých 30 % obyvatel ve věku nad 15 let, mezi 15. a 18. rokem však kouří 40 – 50 % mladých, zejména dívek.

Jedinou návykovou látkou v tabákovém kouři či v tabáku jako takovém je toxický rostlinný alkaloid nikotin (3-(1-methyl-pyrrolidin-2-yl)-pyridin). Jedná se o bezbarvou tekutinu bez zápachu a je obsažen v listech rostliny *Nicotiana tabacum* (Solanaceae), tabák virginský [Kalina, 2003].

Při kouření se nikotin uvolňuje do kouře a sliznicí dýchacích cest se dobře a rychle vstřebává. Nikotin proniká dobře placentární bariérou a také do mateřského mléka. Metabolizuje se v plicích, v játrech a vylučuje se močí. Jeho mechanismus účinku spočívá ve stimulaci nikotinových cholinergních receptorů v gangliích sympatiku i parasympatiku. Stimuluje CNS, aktivuje dopaminergní systém, zvyšuje vylučování endogenních opioidů a glukokortikoidů.

Nikotin vyvolává mírnou euforii, zlepšuje pozornost a paměť. Stimulace ganglií sympatiku a vylučování adrenalinu z dřeně nadledvin zvyšuje krevní tlak a srdeční frekvenci. Působením na ganglia parasympatiku zvyšuje motorickou aktivitu střev. Při

akutní intoxikaci se objevují příznaky jako podrážděnost, třes, bledost, studený pot, nucení na zvracení, průjem, závrať a bolesti hlavy [Višňovský, 2002].

Kouření tabáku je kvantitativní rizikový faktor kardiovaskulárních chorob (hlavně ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu a další), respiračních chorob a některých nádorů (především bronchogenní a plicní karcinom). Cigaretový kouř dráždí sliznici dýchacích cest a postupně vzniká chronická bronchitida charakteristická ranními záchvaty kašle. Současně dochází k poškození srdce a cév, které jsou způsobeny aterosklerózou [Čupka, 2005], [Višňovský, 2002], [Šimon, 2002].

Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální (znamená potřebu mít v určitých situacích cigaretu v ruce) a po určité době vzniká také závislost fyzická. Látková závislost na nikotinu je dána množstvím receptorů, citlivých na nikotin, v mozku (tzv. „up-regulace“ receptorů). Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kteří byli závislí na nikotinu, už nemohou být příležitostnými kuřáky [Kalina, 2003]. Závažnější závislost se nevyvíjí, jestliže počet vykouřených cigaret nepřekročí 5 denně [Višňovský, 2002].

Mezi hlavní abstinční příznaky patří podrážděnost, dysforie až deprese, úzkost, neklid, bolesti hlavy, nespavost, bolesti břicha, zvýšení chuti k jídlu, ale také nevladatelná touha po cigaretě. Tyto příznaky se objevují řádově za několik hodin po poslední dávce nikotinu [Kalina, 2003].

K potlačení abstinčních příznaků je možné využít náhradní léčbu nikotinem. V současné době existuje 5 typů této substituce nikotinu: žvýkačky s nikotinem (2 a 4 mg), transdermální nikotinové náplasti (5, 10 a 15 mg/16 h nebo 7, 14 a 21 mg/24 h), nosní sprej (v ČR zatím není dostupný), ústní inhalátor (10 mg) a nejnověji také sublingvální tablety (2 a 4 mg). Léčba se provádí alespoň 3 měsíce a dávka náhradní léčby nikotinem se postupně snižuje [Šimon, 2002]. Ve farmakoterapii tabakismu se také používá dlouhodobě působící antidepresivum *bupropion* (Zyban SR), které je vhodné u silných kuřáků kombinovat s některou z forem náhradní terapie nikotinem. Bupropion je selektivní inhibitor neuronálního zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu [Čupka, 2005].

2.3.1.3 Kofein

Kofein (1, 3, 7 - trimethylxantin) se řadí mezi purinové alkaloidy a vyskytuje se především v semenech kávovníku (*Coffea arabica*, Rubiaceae), listech čajovníku (*Thea sinensis*, Theaceae), listech maté (*Ilex paraguariensis*, Aquifoliaceae), guaraně (*Paullinia cupana*, Sapindaceae) a některých dalších rostlinných drogách [Hubík, 1989]. Šálek kávy obsahuje asi 90 – 150 mg kofeinu.

Dobře se absorbuje po perorálním a rektálním podání a je možné ho podat i injekčně. Distribuuje se do všech tkání, přechází do slin, placentární bariérou a do mléka. Metabolizuje se na deriváty kyseliny močové a metabolity jsou vylučovány

močí. Kofein blokuje enzym fosfodiesterázu a tím snižuje inaktivaci cAMP v buňce, dochází ke stimulaci myokardu a relaxaci hladké svaloviny. Současně je také antagonistou na adenosinových receptorech na povrchu buněk, které modulují aktivitu adenylátcyklázy (adenosin inhibuje neuronální aktivitu) [Bečková, 1999], [Lincová, 2002].

Účinky kofeinu jsou především stimulační: stimuluje CNS, má anxiogenní účinky, snižuje průtok krve mozkem, zvyšuje uvolňování reninu, podporuje diurézu, v žaludku podporuje sekreci HCl, stimuluje respirační a vazomotorické centrum a má pozitivně inotropní vliv na myokard. Způsobuje dilataci některých arteriol (zejména koronárních a renálních) a periferních cév [Lincová, 2002].

Akutní a chronické nadužívání (tj. denní příjem 500 mg nebo více) je označováno jako „kofeinismus“. Projevuje se poruchami spánku, neklidem, podrážděností, třesem rukou a někdy i bolestmi žaludku. Káva může podporovat vznik aterosklerózy a žaludečních vředů [Višňovský, 2002]. Stimulací myokardu dochází k tachykardii a palpitacím. Kofein také zvyšuje vyplavování vápníku z těla [Bečková, 1999].

U lidí, kteří pravidelně konzumují kofein, vede přerušování jeho užívání k bolestem hlavy, únavě, ospalosti a depresi. Závislost na kofeinu postihuje jen asi 3 % konzumentů [Lincová, 2002].

2.3.1.4 Těkavé látky

Mezi tyto inhalační látky patří toluen a jiná průmyslová rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale také plynné látky jako éter nebo rajský plyn. Jednotlivé prchavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace [Kalina, 2003]. Příčinou vysoké nebezpečnosti těchto látek je jejich bezproblémová, volná dostupnost v obchodní síti a také nízká cena [Bečková, 1999].

Toluen (methylbenzen)

V současné době je nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog v ČR. Bezbarvá kapalina se získává z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů. Toluen představuje důležité rozpouštědlo, ředidlo a je možné ho volně zakoupit v drogerii. Může se inhalovat přímo z lahve, ale obvyklejším způsobem je vdechování (sniffing) výparů toluenu z napuštěné tkaniny. Účinná dávka je u toluenu řádově několik mililitrů a účinek se dostavuje během několika minut a je krátkodobý. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují. Tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí.

Při inhalaci toluenu se dostavuje velmi rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Cílené a předvídatelné dávkování je při obvyklém způsobu aplikace prakticky nemožné a porucha vědomí snadno přechází v bezvědomí až kóma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratky.

Po delším užívání dochází k celkovému otupění, "hloupnutí", poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na lipidy bohatou mozkovou tkáň. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin. K dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie.

Toluen vyvolává silnou psychickou závislost, ale při vysazení inhalační látky se neobjevuje syndrom z odnětí a pacient se vrací k užívání látky pro silný craving. Pokud se podaří zachytit experimentujícího pacienta, využívá se v léčbě především individuální psychoterapie. U závislých pacientů jsou vyhlídky na dosažení abstinence daleko menší, protože pacient je dlouhodobým užíváním natolik poškozen, že není dostatečně schopen vnímat své okolí, chápat souvislosti a docházet do zdravotnického zařízení. Někteří z nich končí úmrtím nebo invaliditou [Kalina, 2003].

2.3.2 Ilegální látky

2.3.2.1 Cannabinoidy

Přírodním zdrojem drog kanabisového typu, který byl cíleně vyšlechtěn pro vysoký obsah omamných látek, je Cannabis sativa L. var. indica (Cannabaceae), konopí seté. Halucinogenní látky jsou obsaženy hlavně v pryskyřici (asi 40 %) a v listech a květenstvích (asi 8 – 12 %). Hlavní účinnou látkou je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC), který se vyznačuje psychoaktivním účinkem [Višňovský, 2002].

Konopné látky jsou zneužívány ve dvou základních formách – marihuana a hašiš. Marihuana představuje název pro květenství a horní lístky z konopí. Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot.

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. Méně se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů či nápojů (např. s mlékem). Určité omezení z hlediska úpravy představuje rozpustnost účinných látek především v oleji a tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě.

THC je snadno vychytáván povrchovou výstelkou v plicích díky svému lipofilnímu charakteru. Absorpce perorální cestou je pomalejší a variabilní, ale trvání účinku je delší. Metabolity jsou dlouho detekovatelné v moči, při pravidelném intenzivním užívání až několik týdnů od posledního požití [Kalina, 2003]. V játrech je

z THC tvořen aktivní metabolit 11-hydroxy-delta-9-tetrahydrocannabinol, který vykazuje větší účinnost než mateřská látka. THC se vylučuje močí, stolicí a část zůstává kumulována v tukových tkáních [Višňovský, 2002].

Neurobiologickým mechanismem účinku THC je jeho vazba na cannabinoidní receptory v mozku. Za normálních okolností se na tyto receptory vážou endogenní látky s obdobným účinkem, zvané anandaminy. Tyto tělu vlastní látky působí euforii a uvolnění [Kalina, 2003].

Existují 2 typy specifických cannabinoidních receptorů: CB1, který je lokalizován převážně v CNS a CB2, který je umístěn periferně (slezina a některé buňky imunitního systému). CB1 a CB2 patří do skupiny receptorů spřažených s G-proteinem. Jejich aktivace vede k inhibici adenylátcyklázy a k inhibici činnosti kalciových kanálů. THC se váže na oba typy receptorů stejnou afinitou [Višňovský, 2002].

Charakteristickými účinky THC jsou sucho v ústech a v krku (často velmi intenzivní), jemný pocit chladu, hlad a deformace ve vnímání času (čas se zdá být delší a vleče se). Dochází k tachykardii, mírnému poklesu krevního tlaku a tělesné teploty a k překrvení spojivek (tzv. „králičí oči“). Ve většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného smíchu. Agresivní či depresivní nálady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“) se objevují výjimečně. Ojedinele se vyskytuje také nevolnost a zvracení. [Kalina, 2003].

Při častém a dlouhodobém užívání konopných látek dochází zejména ke zhoršení krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. U osob s vrozenou predispozicí se může rozvinout těžký depresivní stav nebo stav úzkosti a mohou se vystupňovat až do panického stavu, kdy hrozí riziko sebepoškození nebo naopak agrese [Kalina, 2003]. Chronické kouření marihuany přináší obdobná rizika pro respirační trakt jako kouření tabáku s tím, že jedna marihuanová cigareta (bez filtru a s delší dobou zadržení dechu) odpovídá asi 4 tabákovým cigaretám [Fišar, 2006].

Doposud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. Konopné drogy nevyvolávají fyzickou závislost a psychická závislost se dostavuje u 8 až 10 % dlouhodobých uživatelů. Také není popisován vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám [Kalina, 2003]. Abstinenční syndrom s typickou symptomatologií se po přerušení podávání látky nevyvíjí. Projevuje se pouze nauzeou, nervozitou, podrážděností, tachykardií, pocením, úzkostí, nespavostí, třesem a ztrátou chuti k jídlu [Višňovský, 2002].

Některé účinky cannabinoidů mají potenciální terapeutickou hodnotu zejména pro léčbu bolestí, křečí, glaukomu, svalové spasticity, artritidy, bronchiálního astmatu, nauzey, vomitu, anorexie a epilepsie [Višňovský, 2002]. Syntetické cannabinoidy *dronabinol* a *nabilon* jsou dostupné v některých státech (např. USA, Velká Británie, Kanada) a používají se při léčbě nevolnosti a zvracení při chemoterapii rakoviny [Fišar, 2006].

2.3.2.2 Opioidy

Pojem opioidy zahrnuje všechny přírodní (např. opium, tinctura opii, morfin, kodein), polosyntetické (např. heroin, braun) a syntetické látky (např. pethidin, fentanyl, buprenorfin, metadon), které mají účinky podobné morfinu. Termín opiáty je užíván v užším smyslu slova pro morfin, heroin, kodein a látky izolované z opia [Višňovský, 2002].

Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které se vyskytují v celém CNS. Na tyto receptory se za normálních okolností váží endogenní opioidy (endorfiny, enkefaliny, dynorfiny) a ovlivňují některé funkce organismu, především reakci na bolest. Morfinové receptory existují v několika subtypech:

- μ (mí-receptory) mají analgetické působení, vedou k euforii, sedaci, útlumu dechového centra a jsou nejdůležitější pro vznik závislosti
- δ (delta-receptory) jsou lokalizovány periferně a podílejí se na analgezií
- κ (kappa-receptory) se podílejí na analgezií na míšní úrovni, vedou k sedaci a dysforii
- σ (sigma-receptory) se podílejí na působení některých psychotomimetik a na dysforii způsobené opioidy

Účinek se mění podle afinity látky k jednotlivým subtypům receptorů. Opiáty také ovlivňují produkci endogenních opioidů. Zpočátku ji stimulují, ale při dlouhodobém užití inhibují výdej a produkci endorfinů a enkefalinů a stimulují navíc jejich rozklad [Kalina, 2003].

Většina opioidů se dobře vstřebává po subkutánním i intramuskulárním podání, dobrá absorpce je i nosní sliznicí a ze zažívacího traktu. Opioidy podléhají značnému first pass efektu, a proto bývá účinek po perorálním podání nižší než po podání rektálním nebo parenterálním. Metabolizace probíhá v játrech konjugací s kyselinou glukuronovou a metabolity jsou vyloučeny ledvinami [Bečková, 1999].

Účinek opioidních agonistů na CNS je především tlumivý. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost. Dochází k útlumu dýchacího centra a tím zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem. Opioidy také tlumí centrum pro kašel a dráždí chemorepční zónu pro zvracení (vyvolávají nevolnost a zvracení). Dalšími účinky jsou mióza (typická zornice velikosti špendlíkové hlavičky), hypotermie, vasodilatace, bradykardie, hypotenze, těžká zácpa, snížená produkce a retence moči a svědění kůže [Kalina, 2003].

Opioidy vyvolávají psychickou i fyzickou závislost. Na většinu farmakologických účinků se rozvíjí výrazná tolerance, která ale nevzniká u miózy a zácpy. Při přerušení podávání látky se rozvíjí typický abstinenční syndrom. Nejprve se

objevuje slzení, zvýšená sekrece z nosu, zívání a pocení. Později dochází k mydriáze, zvýšené dráždivosti, neklidu, odmítání potravy, intenzivnímu kýchání, únavě, depresi a klinický obraz připomíná rozvinutou virózu. Bývá přítomna horečka, nauzea, zvracení, průjem, hypertenze a tachykardie. Charakteristické jsou záchvaty zimnice střídající se s pocitý horka, kolikovitě bolesti břicha, bolesti svalů, zad a končetin. Abstinenci syndrom mívá dramatický průběh, ale neohrožuje postiženého bezprostředně na životě [Višňovský, 2002].

Léčba závislosti na opioidech patří k nejzávažnějším a nejúpornějším. Rozlišuje se léčba vedoucí k abstinenci a léčba substituční. U substituční léčby se jako léčebná metoda uplatňuje substituce *metadonem* nebo *buprenorfinem* (přípravek Subutex), která vede ke stabilizaci dlouhodobých uživatelů. To může být řešením přechodným (a směřovat k vysazení a abstinenci) nebo dlouhodobým.

Při předávkování opioidy se nitrožilně podává čistý antagonist opioidů *naloxon*. Naloxon se užívá jako specifické antidotum při akutní intoxikaci opioidy. U jedinců závislých na opioidech vyvolávají již relativně malé dávky antagonistů abstinenci příznaky [Lincová, 2002].

Opium, tinctura opii

Přírodní zdroj opia a jeho derivátů představuje *Papaver somniferum* L. (Papaveraceae). Opium je zaschlá mléčná šťáva získaná nařezáváním nezralých plodů (makovic). Opium se nejčastěji kouří, ale také se přimíchává do potravin nebo nápojů. Obsahuje několik desítek alkaloidů (kodein, thebain, papaverin a další), ale nejvíce je zastoupen morfin (6 – 28 %), a proto je akutní intoxikace opiem vlastně intoxikace tímto alkaloidem [Višňovský, 2002], [Bečková, 1999].

Morfin

Je to bílý až nažloutlý prášek, dobře rozpustný ve vodě. Je hlavním přirozeným alkaloidem přítomným v zaschlé šťávě z makovic. Nejčastěji se aplikuje intramuskulárně, subkutánně a intravenózně [Višňovský, 2002]. Morfin stejně jako heroin a metadon je představitelem selektivních agonistů μ -opioidních receptorů. Morfin je nejstarší známé opioidní analgetikum [Lincová, 2002].

Heroin (diacetylmorfin)

V současnosti představuje jednu z nejnebezpečnějších zneužívaných drog. Je lépe rozpustný v tucích než morfin a snadněji proniká hematoencefalickou bariérou, což má za následek silnější „nájezd“. Acetylové skupiny jsou v organismu rychle odštěpeny a vlastní účinek je zprostředkován morfinem [Kalina, 2003].

Heroin („háčko“, „herák“, „héro“) se nejčastěji aplikuje injekčně (subkutánně, intramuskulárně a intravenózně). Další způsoby jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové fólie. Na českém trhu se objevuje buď jako hnědý heroin („brown sugar“),

který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny (nejvhodnější je použít krystalický vitamin C), lépe se ale kouří, a bílý heroin („white powder“), který se podobá mouce a dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu [Kalina, 2003].

Akutní intoxikace heroinem se vyznačuje rychlým nástupem výrazné euforie, zamlžení mysli a pocitu subjektivní blaženosti. S prohlubováním intoxikace nastupuje apatie, neschopnost soustředění, pocit těžkých víček a pupilární kontrakcí a poruchami vidění. Při vyšších dávkách se zpomaluje dýchání, dochází k bradykardii, hypotenzi, cyanóze, nastupuje kóma a smrt útlumem respiračního centra v CNS [Višňovský, 2002], [Bečková, 1999].

Počáteční dávky uživatelů heroinu jsou do 100 mg denně. Postupně se rozvíjí tolerance a dávka se zvyšuje až na 1 a více gramů za den rozložených do několika aplikací [Kalina, 2003].

Kodein

Je to přirozený alkaloid obsažený v opiu a v organismu je metabolizován asi z 10 % na morfin a další deriváty. Kodein patří do skupiny slabě a středně účinných opioidních agonistů [Lincová, 2002].

Tolerance na kodein se vyvíjí pomaleji a je méně zneužíván než morfin. Akutní i chronická intoxikace kodeinem je podobná otravě morfinem a abstinenční příznaky u chronického kodeinismu jsou stejně těžké jako u morfinismu [Višňovský, 2002].

Braun

Chemicky patří mezi polosyntetické opioidy a obsahuje směs derivátů kodeinu (hydrocodon, dicodid, dihydrocodeinon). Strukturou se řadí mezi fenanthrenové alkaloidy stejně jako heroin, kodein a morfin. Braun je specificky česká droga a vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahující kodein. Výsledný produkt je tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Braun má nižší potenciál pro závislost než heroin. Účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u opioidů obecně [Kalina, 2003].

Metadon

Řadí se mezi syntetické opioidy a chemicky není odvozen od morfinu. Jako morfin je také čistý agonista μ -opioidních receptorů, ale má mimořádně pomalý nástup účinku, který je doprovázen jen minimálním pocitem euforie, a proto představuje nižší potenciál závislosti než morfin. Má dlouhý poločas eliminace, což umožňuje při substituční léčbě dávkování 1krát denně. Nejčastější je perorální aplikace, v zahraničí je dostupná i injekční forma.

Metadon se vyrábí legálně pro medicínské účely (substituční léčba závislých na opioidech). Na černém trhu je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga a pro účely abstinenčních pokusů [Kalina, 2003].

Buprenorfin

Je to parciální agonista μ -opioidních receptorů. Podobně jako metadon se využívá k substituční léčbě závislosti na opioidech. Pro výraznou metabolizaci při první pasáži játry se nehodí k perorálnímu podávání [Lincová, 2002].

Buprenorfin ve formě Subutexu je nitrožilně zneužíván a pro řadu uživatelů se stal základní drogou. Tento problém by zlepšilo vzdělávání lékařů, kteří buprenorfin předepisují, a také nahrazení Subutexu (čistý buprenorfin) Suboxonem (kombinace buprenorfinu a naloxonu). Suboxon se nedá nitrožilně zneužít díky antagonistickému účinku naloxonu, který má ale po sublingválním podání jen velmi malou biologickou dostupnost. Suboxon však zatím v ČR není registrován [Nešpor, 2005b].

2.3.2.3 Psychostimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Typickými zástupci jsou kokain, budivé aminy (amfetamin, metamfetamin), méně typickým zástupcem je extáze, která může mít kromě stimulačního efektu také účinek psychedelický (způsobuje kvalitativní změnu vědomí, zintenzivňuje vjemy a vyvolává halucinace) [Kalina, 2003].

Neurobiologický mechanismus účinku spočívá ve zvyšování koncentrace neurotransmiterů dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na nervových synapsích v CNS i na periférii. Zvýšení koncentrace je dosaženo zvýšeným uvolňováním mediátorů z nervových zakončení a blokadou jejich zpětného vychytávání. Současně také blokují enzym monoaminoxidázu (MAO), který inaktivuje katecholaminy. Všechny tyto mechanismy vedou ke zvýšení neurotransmise [Višňovský, 2002].

Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu). Urychlují myšlení, zkracují spánek, zahánějí únavu, snižují chuť k jídlu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i fyzické) a energie. Mají anxiogenní účinek (působí úzkost) a jejich užití může vést k agresivitě. Na organismus účinkují jako periferní sympatomimetika – způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchodilataci, mydriázu a další. Po odeznění účinků se dostavuje celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů a hlad [Kalina, 2003].

Při dlouhodobém užívání dochází ke vzniku psychické závislosti, která se vyznačuje silným cravingem. Látky této skupiny nevyvolávají závislost fyzickou. Užívání stimulancií je zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Vlivem snížené chuti k jídlu dochází k velmi rychlému zhubnutí, někdy i o více než 10 kg za měsíc. Dlouhodobé užívání psychostimulancií může vést k toxické psychóze (tzv. stíha). Může ji však vyvolat i jednorázová dávka. Hlavní znaky rozvinuté toxické psychózy jsou paranoidní domněnky, že uživateli chce někdo ublížit, zřetelné postižení nálady, zrakové, sluchové

a hmatové halucinace. Toxickou psychózu je možné velmi dobře léčit psychofarmaky [Kalina, 2003].

Kokain

Přírodním zdrojem kokainu je jihoamerický keř *Erythroxylon coca* (*Erythroxylaceae*), koka pravá. Kokain („sníh“, „koks“, „coke“) patří mezi tropanové alkaloidy a je to bílý krystalický prášek, hořké chuti a bez zápachu. Získává se extrakcí z tzv. kokainové pasty, což jsou drcené nebo mleté, macerované a lisované listy koky [Višňovský, 2002].

Tradiční způsob aplikace je žvýkání kokových listů, které se v našich podmínkách nevyskytuje. Nejčastější formou aplikace kokainu je přímé vdechnutí prášku do nosních dírek (sniffing). Kokain se velmi dobře rozpouští ve vodě, proto se také aplikuje intravenózně (vzácně subkutánně nebo intramuskulárně). Ve formě volné base (free base) – „crack“ je možno kokain také kouřit [Višňovský, 2002].

Kokain je jako ester velmi rychle metabolizován pseudocholinesterázou, a proto má krátký biologický poločas 0,7 – 1,5 hodiny. Jeho metabolity jsou vylučovány močí a také se ukládají ve vlasech [Višňovský, 2002].

Po užití nižších a středních dávek se nejprve dostavuje euforie, vystupňování psychické i fyzické výkonnosti, mizí únava. Při vyšších dávkách se objevuje paranoidní myšlení, agresivita, zmatenost, objevují se zrakové, sluchové a hmatové halucinace. Po mimořádně vysokých dávkách klesá minutová ventilace, mohou se objevit tonické křeče a nakonec nastupuje kóma až smrt vyvolané útlumem až zástavou respiračního centra CNS. Kokain je kardiotoxický a senzitivizuje myokard k arytmiím. Kokain má také efekt na centrum termoregulace a může vyvolat nebezpečné zvýšení teploty [Višňovský, 2002].

Při chronickém užívání kokainu dochází k celkové tělesné sešlosti a výraznému snížení hmotnosti (ztráta chuti k jídlu) [Višňovský, 2002]. Dlouhodobé šňupání vede k poškození nosní sliznice, mohou se objevit i nekrózy v oblasti nosu, častá je ztráta čichu. Běžné jsou psychotické epizody paranoidního charakteru – toxické psychózy. Typické bývají halucinace, při kterých má postižený pocit, že je napaden hmyzem [Kalina, 2003].

Při dlouhodobém podávání dochází k adaptačním změnám na úrovni molekulární i buněčně. Tolerance se vyvíjí ke schopnosti kokainu působit jako charakteristické stimulant. Tolerance na kardiovaskulární účinky nebo na rozvoj nežádoucích psychotických reakcí je malá [Višňovský, 2002].

Na kokain vzniká silná psychická závislost. Dny až týdny po posledním užití látky přetrvává deprese, podrážděnost, poruchy spánku a silná touha po droze. Farmakologická léčba není obvykle nutná. Při silné depresi se doporučují antidepresiva

ze skupiny SSRI². Při poškození nosní sliznice se osvědčil nosní olej s vitaminy A a E (přípravek Coldastop) [Kalina, 2003].

Amfetamin a jeho deriváty

Látky amfetaminového charakteru (2-amino-1-fenylpropany) patří do skupiny budivých aminů a získávají se chemickou syntézou. Mezi legálně dostupné amfetaminové deriváty patří amfetamin, efedrin, fenmetrazin, methylfenidát a další. Ilegální amfetaminové deriváty jsou metamfetamin (pervitin), MDMA (extáze) a mnoho dalších.

Amfetaminy se dobře absorbují z gastrointestinálního traktu a snadno pronikají hematoencefalickou bariérou. Také se dobře absorbují nosní sliznicí. Amfetamin je vylučován většinou nezměněn močí po řadu dní, přičemž kyselá moč jeho exkreci podporuje.

Amfetaminy vyvolávají euforii a pocit spokojenosti. Snižují strach, zlepšují náladu, zvyšují sebevědomí. Intoxikovaný má pocit přílivu energie a celkového povzbuzení. Při předávkování se vyskytují závratě, zmatenost, nervozita, nepřátelství, delirium a paranoidní myšlení. Objevují se vizuální, sluchové, čichové a hmatové halucinace [Višňovský, 2002], [Bečková, 1999].

Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku. Nastává zvýšení tělesné teploty, pocení, tachykardie s arytmiemi, mydriáza, někdy se mohou objevit křeče a delirium. Při chronickém užívání se objevují především psychické potíže a mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Po dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, hemorhagie v plicích, játrech a ve slezině, poruchy paměti a neschopnost koncentrace, deprese, sebevražedné myšlenky a rozvíjí se toxická psychóza [Kalina, 2003].

Při dlouhodobém podání se rozvíjí výrazná tolerance na euforické účinky. V menší míře vzniká tolerance na sympatomimetické a anorektické působení. Na amfetaminy se vyvíjí poměrně vysoká psychická závislost [Višňovský, 2002]. Abstinenční syndrom je pouze psychický, s podobným průběhem jako u kokainu [Kalina, 2003].

Amfetamin

Amfetamin („speed“) je ve světě nejrozšířenější látkou této skupiny. V ČR je ale nejvíce zneužíván metamfetamin [Kalina, 2003]. Je dostupný v tabletách, kapslích, dražé nebo jako bílý prášek. Aplikuje se šňupáním, vtíráním do dásní, perorálně a injekčně [Višňovský, 2002].

² Selective serotonin reuptake inhibitors; Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Metamfetamin (pervitin)

Pervitin (perník, péčko, piko, peří), chemicky pravotočivý fenylmethyloaminopropan, se vyrábí z efedrinu a je účinnější než amfetamin. Čistý metamfetamin je bílá krystalická látka, bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zbarvena do žluta nebo fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě [Kalina, 2003].

Aplikuje se perorálně (tablety, kapsle, dražé), šňupáním (krystaly se rozmělní na prach) nebo nitrožilně (krystaly se rozpustí ve vodě), což je v ČR nejčastější způsob aplikace. Účinek nastupuje při perorálním podání do 1 hodiny a při aplikaci šňupáním do 5 – 10 minut [Kalina, 2003]. Metamfetamin je možné také inhalovat (při zahřívání vznikají páry, které se vdechují) [Višňovský, 2002].

MDMA (extáze)

MDMA (3,4-methylendioxy-N-methylmetamfetamin) je látka odvozená od amfetaminu a chemicky patří mezi fenylethylaminy. V čisté formě je to bílá krystalická látka, silně hořké chuti a užívá se ve formě tablet nebo kapslí. Složení tablet bývá různé, čistou MDMA obsahují pouze některé z nich, mnohé jsou bez účinné látky a některé obsahují jiné amfetaminy, efedrin, kofein nebo ketamin. Extáze („éčko“, „tableta“, „pilule“) patří mezi nejrozšířenější látku, která je zneužívána mladými lidmi na tanečních party po celém světě [Kalina, 2003].

U extáze je na rozdíl od ostatních amfetaminů vystupňován halucinogenní účinek. Z tohoto důvodu bývá někdy zařazena mezi halucinogeny [Višňovský, 2002]. Vedle svého stimulačního účinku obvykle vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu, pocity štěstí a blaha a toto vše může být doprovázeno halucinacemi [Kalina, 2003].

Mezi nejzávažnější komplikace užití MDMA patří hypertermie. Důležitým preventivním faktorem je průběžný příjem tekutin, iontů a také pobyt v chladnějším prostředí. Následkem hypertermie může dojít k řadě dějů, které mohou vést k úmrtí. Další komplikací je poškození jater, které může vést až k jaternímu selhání a k úmrtí. Častější jsou však toxické hepatitidy. Mechanismus, jakým dochází k poškození jater, není dosud znám [Kalina, 2003].

2.3.2.4 Halucinogeny

Mezi halucinogeny patří stovky různých látek. Můžeme rozlišit halucinogeny přírodní (např. mezkalin, psilocin a psilocybin, durman), semisyntetické a syntetické (např. LSD, fencyklidin) [Kalina, 2003]. Dle jiných klasifikací jsou do skupiny halucinogenů zařazeny také cannabinoidy, látky amfetaminového charakteru a kokain.

Halucinogeny bývají označovány také termínem psychotomimetika, protože jsou schopny napodobovat duševní choroby – psychózy. V minulosti se také používal termín

psychedelika, který vyjadřuje kvalitativní změnu vědomí („psyche“ – duše, „delos“ – otevřený). Jejich společným účinkem je schopnost deformovat objektivní vnímání reality a při dostatečně vysokých dávkách navozují falešné představy a halucinace [Višňovský, 2002], [Vokurka, 2000].

LSD

LSD (diethylamid kyseliny lysergové) je polosyntetický halucinogen a řadí se mezi deriváty indolových alkaloidů. Výchozí surovinou pro jeho výrobu je kyselina lysergová, která se izoluje z námele (*Secale cornutum*) parazitující houby *Claviceps purpurea* (Clavicipitaceae), paličkovice nachová. LSD je však možné syntetizovat i bez výchozí přírodní látky [Višňovský, 2002].

Na našem černém trhu se objevuje ve formě tzv. tripů a krystalů. Tripy jsou malé papírové čtverečky, které jsou napuštěny roztokem LSD. Krystaly představují malé granulky, které připomínají umělé hnojivo. Obě formy se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem [Kalina, 2003].

LSD se dobře absorbuje z gastrointestinálního traktu a jiných mukózních membrán. Distribuuje se do všech tkání včetně mozku. V játrech je rychle metabolizován hydroxylací a vylučuje se močí. Účinek se dostavuje asi za 30 minut po perorálním podání.

Neurobiologickým mechanismem účinku je jeho působení jako antagonisty na 5-HT (serotoninových) receptorech v periferních tkáních a jako agonisty na 5-HT receptorech v CNS. Podle fyziologických studií jsou halucinogenní účinky zprostředkovány přes 5-HT₂ receptory. Způsob účinku LSD není dosud plně objasněn.

U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí, pseudohalucinací a dochází ke zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců. Většinou je intoxikace doprovázena pocitem lehké euforie a dobrou náladou. Vyšší dávky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí. Tímto způsobem může dojít k tzv. „bad tripu“, kdy dochází k děsivým halucinacím a dezorientaci. Vysoké dávky mohou způsobit poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, poruchy paměti, úsudku a pozornosti.

Průběh a charakter intoxikace je velmi nepředvídatelný. Kromě samotné látky se na průběhu podílí důležité faktory jako jsou prostředí, psychický stav, individuální citlivost, nálada a očekávání uživatele. Při akutní intoxikaci dochází ke vzestupu krevního tlaku, zvýšení tělesné teploty, zrychlenému dýchání a také se může objevit nauzea a zvracení. Při vysokých dávkách může dojít k narušení funkcí respiračního centra v CNS a smrti zástavou dechu.

Tolerance se vyvíjí poměrně rychle, avšak 3 až 4 dny po vysazení látky se počet receptorů vrací k normálu. Existuje zkřížená tolerance s mezkalinem a psilocybinem. Při užívání těchto látek se nevyskytuje abstinenční syndrom, ani fyzická závislost. Dlouhodobé užívání může vést k psychické závislosti [Višňovský, 2002].

Psilocin a psilocybin

Psilocin a psilocybin patří do skupiny derivátů indolových alkaloidů a jsou svou strukturou podobné neuromediátoru serotoninu. Obě látky jsou obsažené v řadě druhů hub rodu *Conocybe*, *Psilocybe*, *Inocybe*, *Panaeolus* a *Stropharia*. V ČR se vyskytuje *Psilocybe semilanceata* (Strophariaceae), lysohlávka kopinatá a *Psilocybe bohemica*, lysohlávka česká [Višňovský, 2002]. Dostupnost drogy je poměrně snadná díky jednoduchému sběru a sušení. Množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout, což s sebou přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace [Kalina, 2003].

Po perorálním podání je psilocybin defosforylován na psilocin. Do krevního oběhu se z gastrointestinálního traktu dostává asi polovina podané látky. Mechanismus účinku není dosud plně objasněn. Předpokládá se jeho působení na serotoninové receptory (podobně jako LSD).

Průběh akutní intoxikace je značně specifický. Nejprve se objevují somatické příznaky jako zarudnutí obličeje, mydriáza, pocení, bolest hlavy. Konzument pociťuje výraznou euforii a mohou se vyskytnout zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace. Průběh intoxikace závisí na dávce, předchozích zkušenostech s halucinogeny, náladě a osobnosti konzumenta.

Při užívání látky více než jednou týdně dochází k rozvoji tolerance. Abstinenční syndrom ani fyzická závislost nevzniká. Je zde však vysoké riziko vzniku psychické závislosti [Višňovský, 2002], [Bečková, 1999].

Fencyklidin

Fencyklidin (phencyklohexylpiperidin, PCP, „andělský prach“) patří mezi piperidinové deriváty a je to bílý krystalický prášek, snadno rozpustný ve vodě. Aplikuje se perorálně ve formě tablet, injekčně ve formě roztoku a také se přidává k tabáku nebo marihuaně a kouří se.

Působí na receptory pro fencyklidin v mozku, které jsou příbuzné, ne-li totožné s opioidními sigma-receptory. Působí zmatenost, dezorientaci, paranoiu, halucinace a bludy. Intoxikovaný je nápadný podivným chováním, agitací nebo násilím. Dochází po něm k těžkým psychotickým stavům (téměř nerozlišitelným od schizofrenie) [Višňovský, 2002], [Lincová, 2002], [Bečková, 1999].

Mezkalin

Přírodním zdrojem mezkalinu je kaktus *Lophophora williamsii* (Cactaceae), ale může být připraven i synteticky. Svou strukturou patří mezi deriváty fenylethylaminu. Na černém trhu se objevuje ve formě sušených slisovaných knoflíků, které se žvýkají a mají nepříjemnou hořkou chuť. Synteticky připravený mezkalin je bílý až žlutý, jemně krystalický prášek, který je dobře rozpustný ve vodě. Aplikuje se perorálně po rozpuštění ve vodě, kouří se spolu s tabákem nebo marihuanou nebo zřídka se aplikuje injekčně [Višňovský, 2002].

Účinky mezkalinu jsou velmi podobné působení LSD, ale mezkalin má o něco větší vliv na vegetativní systém a LSD působí více na psychiku. Po užití mezkalinu může dojít ke zvýšenému nucení na moč, pocitům horka a úzkosti. Díky těmto nepříjemným účinkům není příliš atraktivní drogou [Bečková, 1999].

2.3.2.5 Léky vyvolávající závislost

Léčiva s centrálné tlumivým účinkem

Do této skupiny látek patří sedativa, hypnotika a anxiolytika. Náleží mezi ně celá řada léčiv (benzodiazepiny, barbituráty, některá antihistaminika, neuroleptika, antidepresiva a další). Sedativa a hypnotika jsou nejčastěji předepisovaná psychoaktivní léčiva [Višňovský, 2002].

Léčiva, která vykazují sedativní, hypnotické a anxiolytické účinky, se řadí do stejných farmakologických skupin. Teprve novější hypnotika (*zopiclon*, *zolpidem*) ovlivňují určité podtypy receptorů a mají selektivnější účinek hypnotický. Sedativa jsou zklidňující léky, která mají při dostatečném zvýšení dávky hypnotické účinky. Hypnotika se používají k léčbě nespavosti a anxiolytika jsou indikována k terapii úzkostných poruch [Lincová, 2002].

Barbituráty

Jsou nejdéle užívanou skupinou hypnosedativ. V dnešní době se od jejich použití v terapii úzkostných poruch a nespavosti ustupuje pro řadu jejich nevýhodných účinků (riziko vzniku závislosti, způsobují kardiovaskulární a respirační útlum, mají řadu lékových interakcí, potlačují REM fázi spánku a také mají malou terapeutickou šíři).

Mechanismus účinku je založen na stimulaci GABA-ergního systému. Kyselina γ -aminomáselná (GABA) je hlavním inhibičním neurotransmiterem v CNS. Barbituráty obsazují specifické vazebné místo na GABA_A-receptorovém komplexu, který je spřažen s transmembránovým chloridovým kanálem. Tím dochází ke zvýšení afinity vazebného místa pro GABA, které je umístěno na jiné části receptorového komplexu. Výsledkem je zvýšení frekvence otevírání chloridového kanálu a zvýšení influxu Cl⁻ iontů do cytoplazmy [Lincová, 2002].

Při akutní intoxikaci se dostavuje charakteristické tzv. barbiturátové kóma. Zpočátku se objevují bolesti hlavy, zčervenání v obličeji, rychlé a oploštělé dýchání, může se také vyskytnout nauzea, zvracení a tečkovitá, jasně červená vyrážka. Postupně se dostavuje únava, spánek, svalstvo bývá napjaté a objevuje se mióza. Užití vyšších dávek se projevuje poškozením mentálních schopností, zmateností, emoční nestabilitou, poruchami řeči a hybnosti. Postupně nastupuje bezvědomí, kóma, hypotenze a puls

bývá nepravidelný. Vysoké dávky tlumí dýchací centrum v CNS a nastává smrt zástavou dechu [Višňovský, 2002].

Při opakovaném podání se vyvíjí tolerance, především na sedativní účinek. Užíváním dávek 0,4 g/denně a více dochází k rozvoji psychické a fyzické závislosti. Po náhlém vysazení látky se rozvíjí abstinenční syndrom. Ten zahrnuje insomnií, excitabilitu, slabý třes a ztrátu chuti k jídlu. Pokud byly užívány vysoké dávky barbiturátů, objevuje se slabost, zvracení, hypotenze, tachykardie, zrychlení dechové frekvence, epileptické záchvaty nebo křeče [Višňovský, 2002].

Benzodiazepiny

Zahrnují velkou skupinu látek s benzodiazepinovou strukturou (sedmičlenný diazepinový kruh spojený s benzenovým jádrem). Mají sedativní, hypnotické, anxiolytické, myorelaxační a antikonvulzní vlastnosti [Lincová, 2002].

Nejvíce jsou ve světě zneužívána hypnotika *nitrazepam* (přípravek Nitrazepam) a *flunitrazepam* (přípravek Rohypnol, který se již nevyrábí). Ze skupiny anxiolytik je zneužíván *alprazolam* (přípravky Neuro1, Xanax), *diazepam* (přípravek Diazepam), *chlordiazepoxid* (přípravky Elenium, Defobin), *bromazepam* (přípravek Lexaurin) a některé další. Všechny tyto látky jsou zneužívány buď samostatně nebo velmi často v kombinaci s dalšími drogami [Kalina, 2003].

Mechanismus účinku je podobně jako u barbiturátů obsazení specifického vazebného místa na GABA_A-receptorovém komplexu. Vazebné místo pro benzodiazepiny je umístěno v jiné části receptorového komplexu než pro barbituráty. Dochází ke zvýšení afinity vazebného místa pro GABA a zvýšení frekvence otevírání chloridového kanálu [Lincová, 2002].

Benzodiazepiny mají výbornou biologickou dostupnost po perorálním podání. V důsledku vysoké lipofility snadno prostupují hematoencefalickou bariérou a kumulují se v tukové tkáni. Metabolizují se v játrech a po konjugaci s kyselinou glukuronovou jsou vyloučeny ledvinami [Lincová, 2002].

Akutní intoxikace se projevuje ospalostí, sedací, poškozením motorické koordinace, zmateností a prodlouženým spánkem. V přítomnosti dalších látek tlumících CNS (např. alkohol) způsobují až život ohrožující respirační útlum. Při předávkování lze použít antagonistu benzodiazepinových receptorů *flumazenil*.

Benzodiazepiny způsobují v závislosti na dávce významnou anterográdní ztrátu paměti a mohou významně zhoršovat schopnost učení. Ve vyšších dávkách dochází k letargii, stavu vyčerpání nebo se objevují příznaky podobné intoxikaci ethylalkoholem. Může se také objevit rozmazané vidění, halucinace a paradoxní reakce s excitací a hyperaktivitou. U chronických konzumentů se vyskytuje emoční nestabilita, koktání, podrážděnost, výpadky paměti, neschopnost koncentrace a celkový pokles výkonnosti [Višňovský, 2002].

Při dlouhodobém užívání se rozvíjí fyzická i psychická závislost. Na sedativní účinek a na poškození motorické koordinace vzniká tolerance. Po náhlém vysazení se dostavuje abstinenční syndrom, který zahrnuje nespavost, bolest hlavy, svalové spasmy, anorexii, zvracení, nauzeu, noční můry, tachykardii, palpitaci, posturální hypotenzi, poruchy vidění, slabost, třes a závratě. Mezi vážnější abstinenční symptomy, které se objevují po chronickém užívání vysokých dávek (60 – 300 mg denně) patří psychóza, zmatenost, halucinace, delirium, generalizované křeče, hyperpyrexie a smrt [Višňovský, 2002].

Analgetické směsi

Analgetika se používají k tlumení bolesti a tvoří širokou skupinu léků s potencionální závislostí. Analgetika se dělí na neopioidní, označovaná jako analgetika – antipyretika (používají se k tlumení bolesti a snížení horečky) a opioidní analgetika, označovaná jako analgetika – anodyna, která mají centrální účinek a používají se pro léčbu středně silné a silné bolesti [Kalina, 2003].

Neopioidní analgetika (např. paracetamol, salicyláty, aminophenazon) sama o sobě závislost nezpůsobují. Příčinou vzniku závislosti je další složka, přítomná v analgetické směsi, např. *kofein*, *kodein*, *efedrin* a *barbituráty*. Mezi takové přípravky patří např. Acylcoffin, Alnagon, Dinyl, Korylan, Coldrex [Kalina, 2003]. Masivně se rozšířilo především zneužívání Alnagonu a Dinylu, které byly dříve volně dostupné. Alnagon má velký návykový potenciál, protože obsahuje hned 3 návykové složky: kofein, kodein a fenobarbital [Kalina, 2003].

Chronické podávání opioidních analgetik a některých analgetik s centrálním účinkem vede k závislosti morfinového typu. Do této skupiny látek patří např. *morfin* (přípravky Morphin, Vendal, MST Continus), *kodein* (přípravek Codein), *ethylmorfin* (přípravek Diolan), *buprenorfin* (přípravky Temgesic, Subutex) [Kalina, 2003].

3 EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

3.1 MATERIÁL A METODIKA

Sběr dat pomocí dotazníků byl proveden mezi studenty na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové, studijního programu Učitelství pro 2. stupeň základní školy a Učitelství pro střední školy. Studie byla dobrovolná a anonymní. Sběr byl realizován mezi studenty 1. ročníku v průběhu zimního semestru roku 2005 a u studentů 2. a 3. ročníku v letním semestru roku 2006 a probíhal v rámci výuky seminářů.

Celkem vyplnilo a odevzdalo dotazník 270 studentů prezenčního studia, z toho 66 studentů 1. ročníku, 131 studentů 2. ročníku a 73 studentů 3. ročníku. V souboru dotazovaných studentů je 193 žen a 77 mužů.

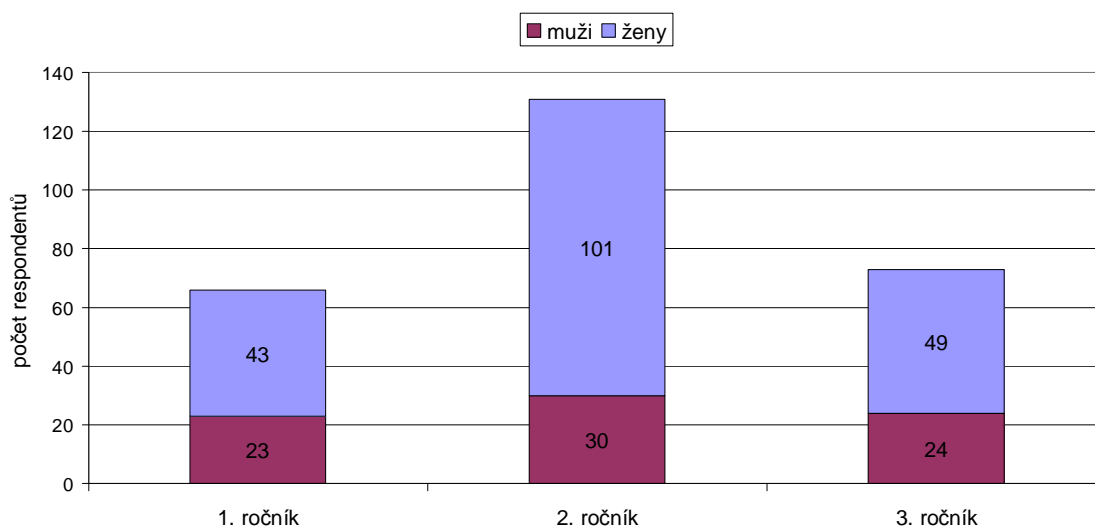
Studenti odpovídali v dotazníku celkem na 62 otázek (viz příloha). První část dotazníku se týkala sociodemografických údajů (pohlaví, věk, studijní program a obor, velikost obce, ve které se narodili, a ve které žijí, vztahy v rodině, nejvyšší dosažené vzdělání, vzdělání otce, matky, výše kapesného, způsob trávení volného času). V dalších otázkách vyjadřovali respondenti své postoje, názory a znalosti, týkající se návykových látek a zkušenosti s legálními i ilegálními drogami. Poslední část dotazníku byla zaměřena na problematiku virové hepatitidy a HIV/AIDS.

Náš dotazník obsahoval otázky uzavřené, kterých byla většina, dále otázky polootevřené a otevřené. U uzavřených (strukturovaných) otázek studenti volili jednu z předem navržených možností, která jim z předloženého seznamu alternativ nejvíce vyhovovala. Na otevřené (nestrukturované) otázky respondenti odpovídali vlastními slovy. Polootevřené otázky jsou kombinací uzavřených a otevřených otázek (např. pokud není možné obsáhnout všechny možné alternativy odpovědí, volí respondent variantu „jiné“, kterou vlastními slovy specifikuje) [Zich, 2004].

3.2 VÝSLEDKY

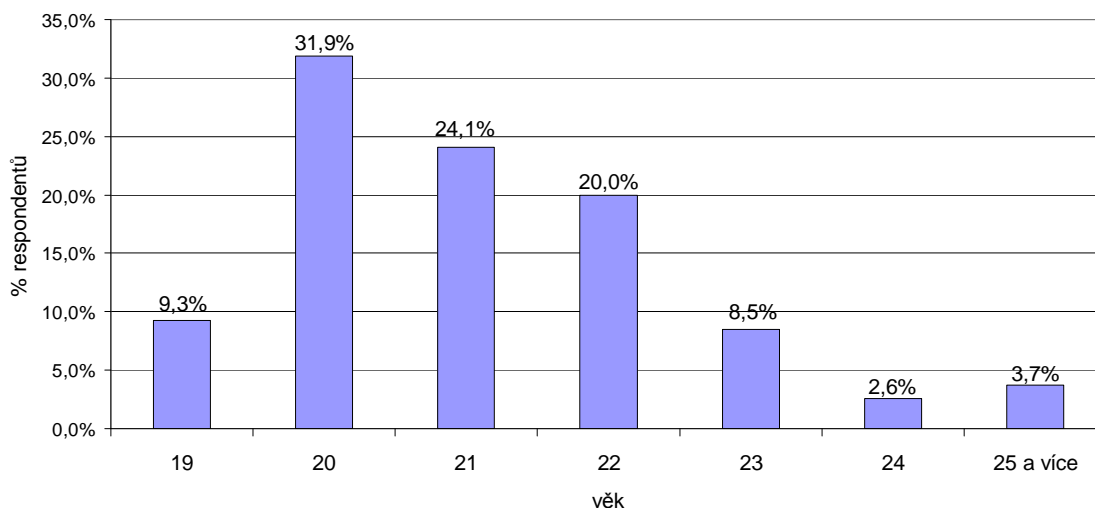
3.2.1 Sociodemografické údaje

Z celkového počtu 270 dotazníků tvoří 193 (71,5 %) žen a 77 (28,5 %) mužů. Zastoupení pohlaví v jednotlivých ročnících ukazuje graf 1. Vyšší zastoupení ženského pohlaví je způsobeno typem vysoké školy, kde byl proveden sběr dat (na Pedagogické fakultě studuje více žen než mužů).



Graf 1: Zastoupení pohlaví – 1., 2. a 3. ročník

Věk dotazovaných studentů se pohyboval od 18 do 33 let. Většina respondentů (75,9 %) byla ve věku 20 až 22 let. Průměrný věk všech dotazovaných studentů byl $21,2 \pm 1,9$ let. Věkové rozložení respondentů ukazuje graf 2. Průměrný věk studentů koresponduje s jednotlivými ročníky: u studentů 1. ročníku je $20,1 \pm 1,6$ let; 2. ročníku $21,1 \pm 1,7$ let a 3. ročníku $22,3 \pm 1,8$ let.



Graf 2: Věkové rozložení respondentů

V dalších 2 otázkách (č. 3 a 4) uváděli respondenti studijní program a studijní obor, který studují na Pedagogické fakultě. Studijní program Učitelství pro 2. stupeň základní školy studuje 136 (51,9 %) studentů a studijní program Učitelství pro střední školy 126 (48,1 %) respondentů. Dotazovaní mají většinou kombinaci dvou studijních oborů (např. matematika a fyzika). Zastoupení jednotlivých studijních oborů ukazuje tabulka 1. Nejčastěji byly uváděny tyto studijní obory: dějepis (35,4 %), občanská

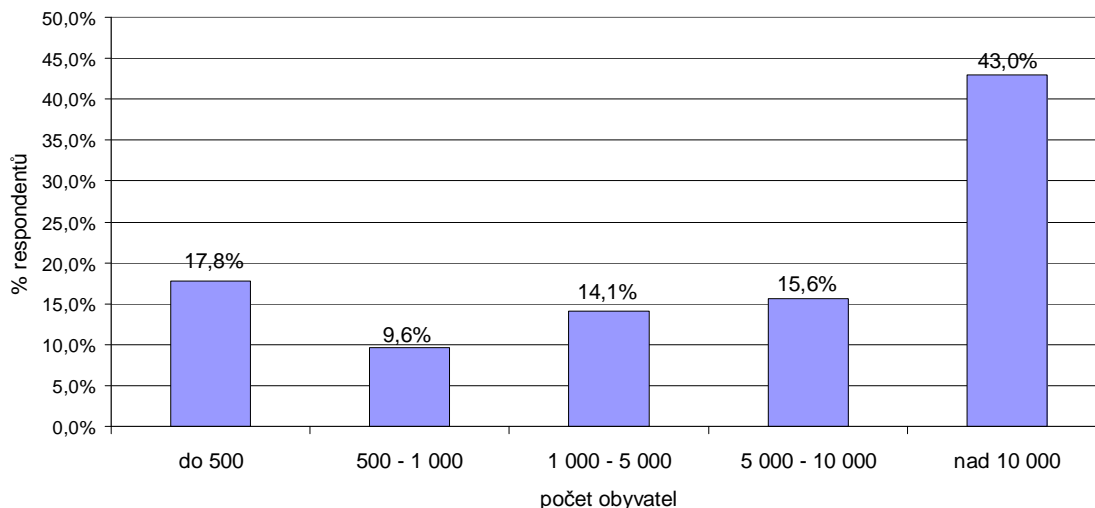
nauka (20,9 %), český jazyk (20,9 %) a základy společenských věd (18,7 %). Všichni dotazovaní studují v prezenční formě studia.

studijní obor	% respondentů
dějepis	35,4%
český jazyk	20,9%
občanská nauka	20,9%
základy společenských věd	18,7%
anglický jazyk	12,3%
matematika	12,3%
biologie	11,9%
výtvarná výchova	10,1%
německý jazyk	9,0%
tělesná výchova	8,2%
chemie	8,2%
informatika	7,8%
základy techniky	5,6%
francouzský jazyk	3,4%
ruský jazyk	3,0%
fyzika	2,6%

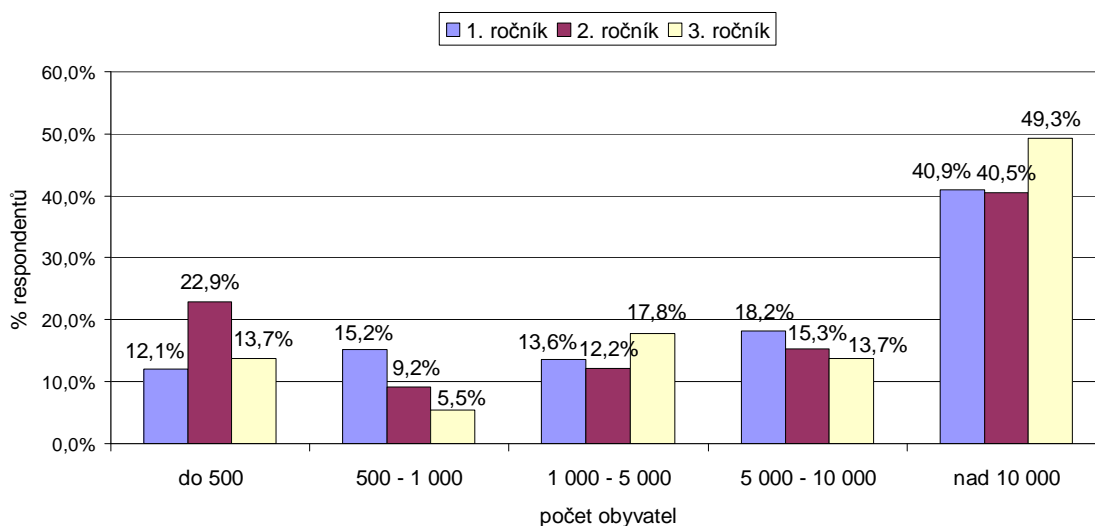
Tabulka 1: Zastoupení studijních oborů

Otázky č. 6 a 7 se týkaly národnosti a státní příslušnosti respondentů. Kromě jednoho studenta, který má slovenskou národnost, jsou všichni dotazovaní české národnosti a také všichni jsou státní příslušníci České republiky.

Graf 3 na další stránce ukazuje počet obyvatel obce, ve které respondenti vyrůstali. Nejvíce dotazovaných pochází z velkých měst nad 10 000 obyvatel (43,0 %). V grafu 4 jsou zobrazeny výsledky jednotlivých ročníků. Největší zastoupení respondentů z velkých měst nad 10 000 obyvatel je ve 3. ročníku (49,3 %).

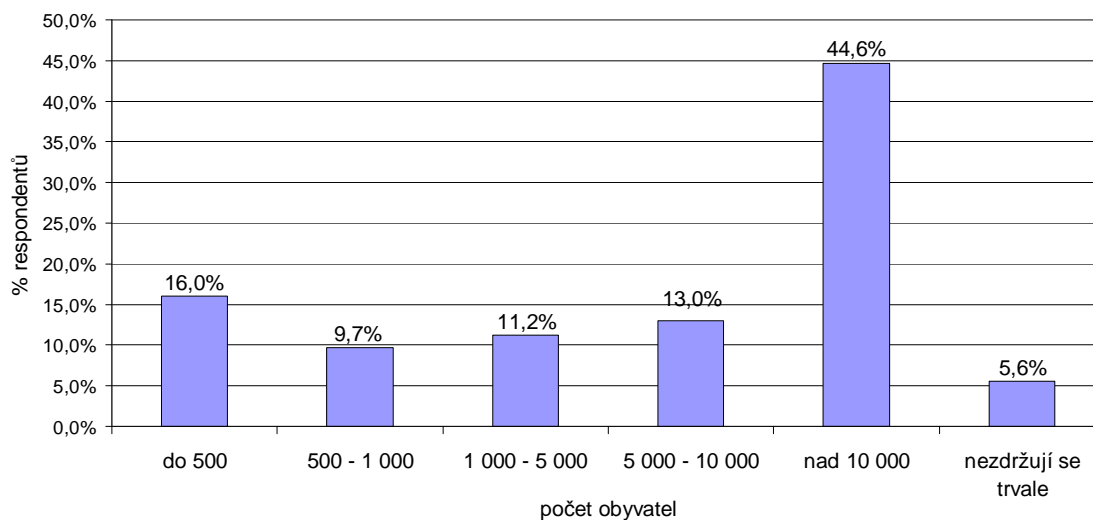


Graf 3: Počet obyvatel obce, ve které respondenti vyrůstali

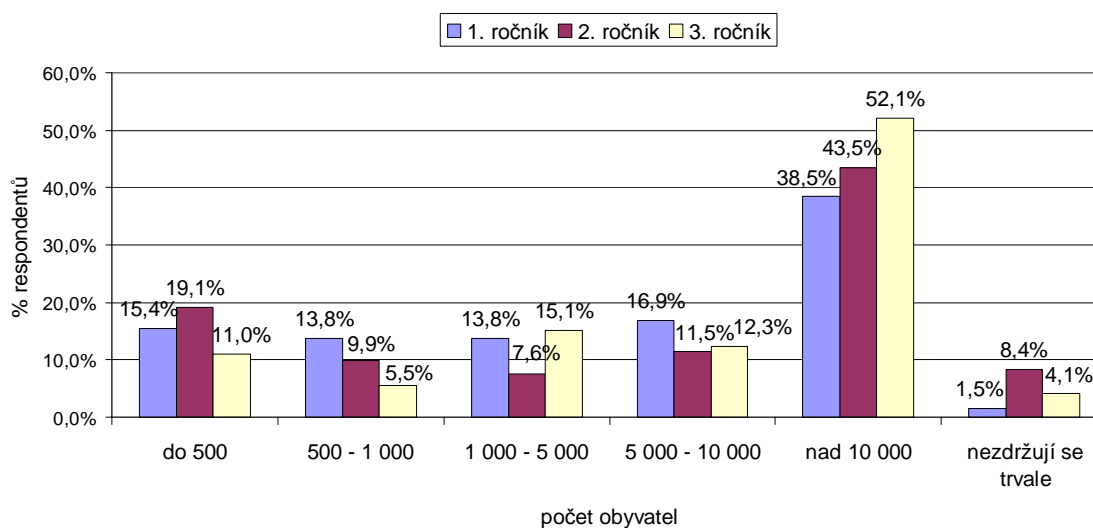


Graf 4: Počet obyvatel obce, ve které respondenti vyrůstali – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 9 uváděli studenti počet obyvatel obce, ve které v současné době žijí. Výsledky ukazuje graf 5. Nejvíce studentů žije ve větších městech s více než 10 000 obyvateli (44,6 %). Graf 6 zobrazuje výsledky v jednotlivých ročnících. V 1. ročníku najdeme nejméně respondentů, kteří žijí ve větších městech nad 10 000 obyvatel (38,5 %), zatímco ve 3. ročníku je těchto studentů více než polovina (52,1 %).

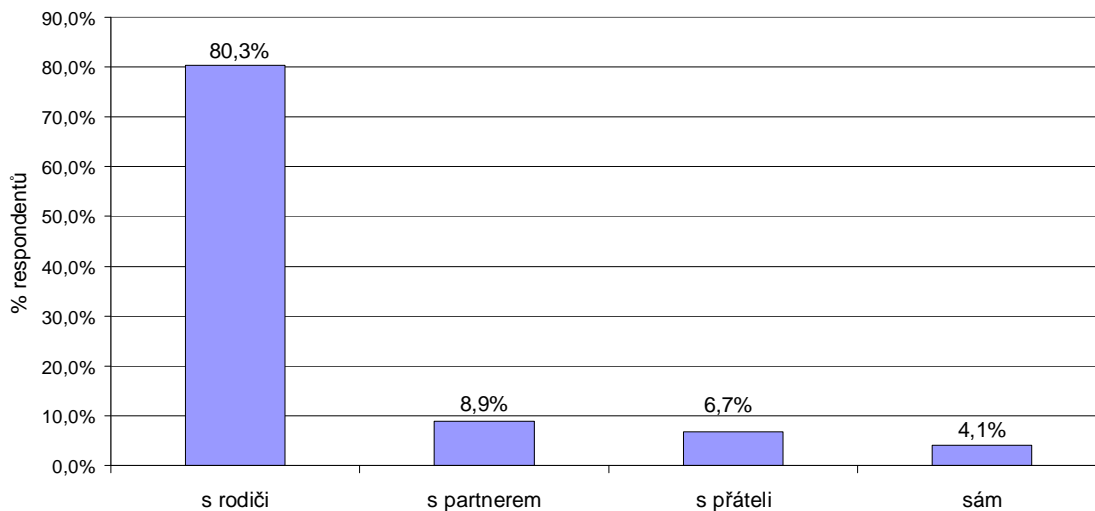


Graf 5: Počet obyvatel obce, ve které respondenti žijí

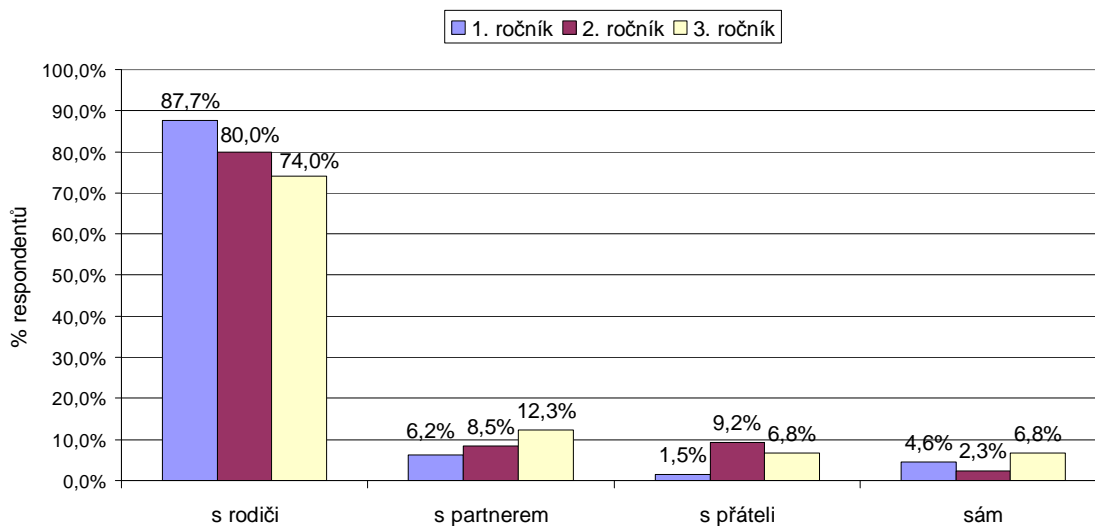


Graf 6: Počet obyvatel obce, ve které respondenti žijí – 1., 2. a 3. ročník

V další otázce č. 10 jsme se studentů dotazovali, s kým v současné době žijí v jedné domácnosti. Odpovědi všech studentů ukazuje graf 7 a graf 8 zobrazuje 1., 2. a 3. ročník. Nejvíce studentů žije s rodiči (80,3 %) a žádný respondent není bezdomovec ani nežije sám s dítětem. Studenti 3. ročníku žijí méně často s rodiči (74,0 %) než studenti 1. a 2. ročníku (87,7 % a 80,0 %).

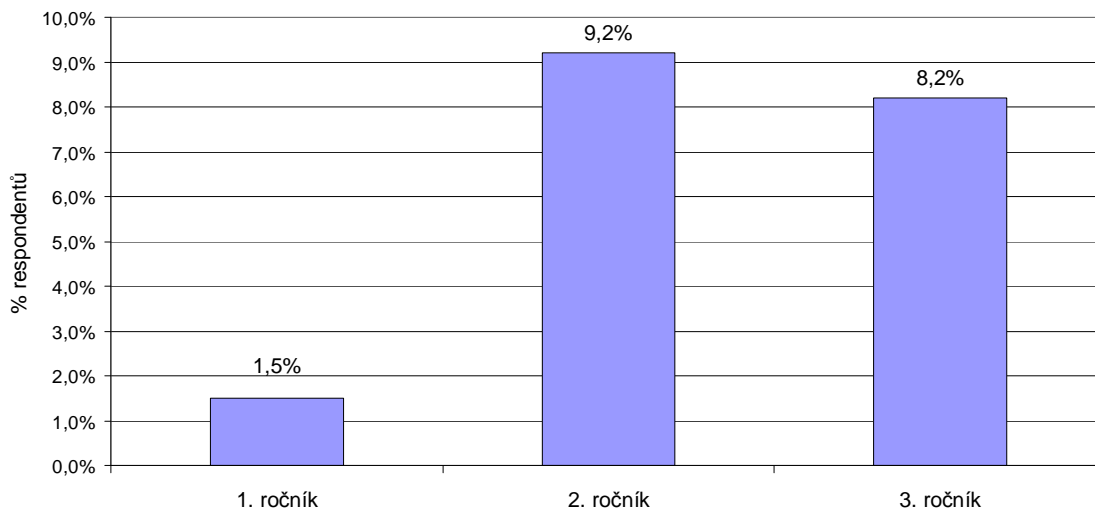


Graf 7: Osoby, se kterými studenti žijí ve společné domácnosti



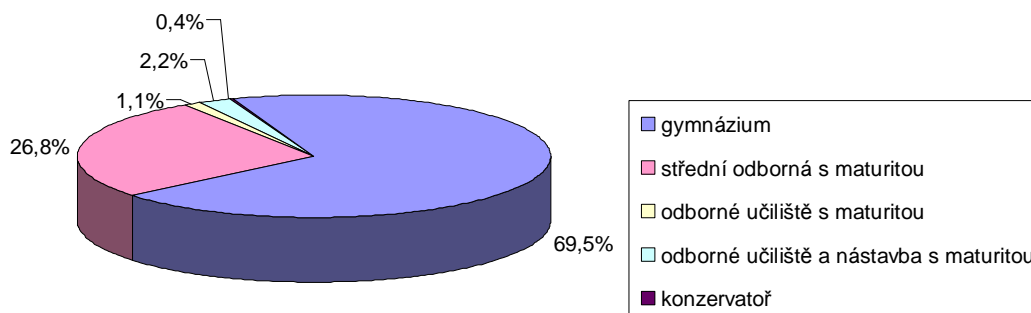
Graf 8: Osoby, se kterými studenti žijí ve společné domácnosti – 1., 2. a 3. ročník

V další otázce č. 11 odpovídali respondenti na dotaz, zda v současné době žijí s osobou užívající ilegální návykové látky. S osobou užívající drogy žije 7,1 % studentů. Výsledky 1., 2., a 3. ročníku ukazuje graf 9. Nejméně často žijí s osobou užívající nelegální návykové látky studenti 1. ročníku (1,5 %).



Graf 9: Společná domácnost s osobou užívající drogy – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 12 a 13 uváděli studenti své nejvyšší dosažené vzdělání a typ absolvované střední školy. Všichni respondenti mají úplné střední vzdělání s maturitou. Dva studenti dosáhli vyššího odborného vzdělání a další dva studenti mají vzdělání vysokoškolské. Typ absolvované střední školy všech respondentů ukazuje graf 10 a tabulka 2 ukazuje výsledky u jednotlivých ročníků. Ve 3. ročníku je více studentů, kteří absolvovali gymnázium (86,3 %), jinak nejsou mezi ročníky větší rozdíly.

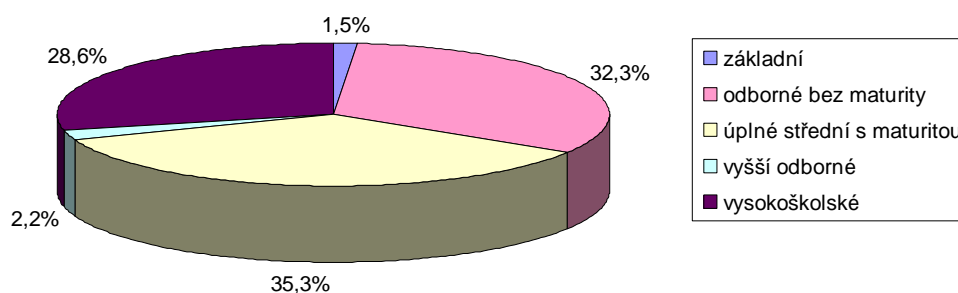


Graf 10: Typ absolvované střední školy

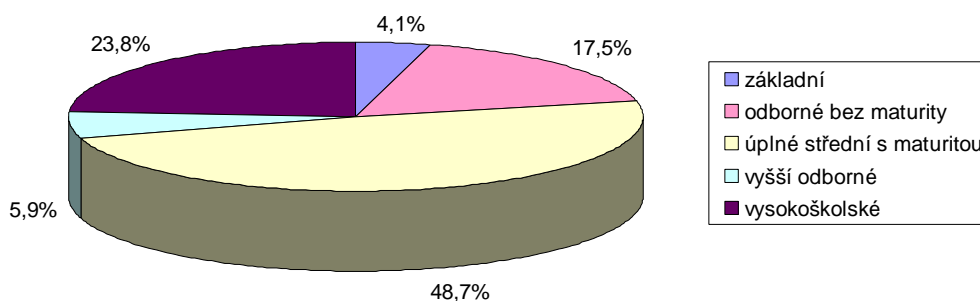
	gymnázium	střední odborná s maturitou	odborné učiliště s maturitou	odborné učiliště a nástavba s maturitou	konzervatoř
1. ročník	66,2%	30,8%	1,5%	1,5%	0,0%
2. ročník	61,8%	33,6%	1,5%	2,3%	0,8%
3. ročník	86,3%	11,0%	0,0%	2,7%	0,0%

Tabulka 2: Typ absolvované střední školy – 1., 2. a 3. ročník

Dotaz na vzdělání rodičů byl součástí otázky č. 14 a 15. Vzdělání otce je zobrazeno v grafu 11 a vzdělání matky ukazuje graf 12. U otce převažuje úplné střední vzdělání (35,3 %) a odborné vzdělání bez maturity (32,3 %). Vysokoškolské vzdělání je na třetím místě (28,6 %). U matky je na prvním místě úplné střední vzdělání (48,7 %) a na druhém vysokoškolské vzdělání (23,8 %).



Graf 11: Vzdělání otce



Graf 12: Vzdělání matky

V otázce č. 16 a 17 jsme se studentů ptali na jejich vztahy s rodiči a s lidmi, se kterými žijí. Naprostá většina studentů hodnotí vztah s rodiči jako dobrý nebo spíše dobrý (96,7 %). Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 3. Také většina respondentů, kteří nežijí sami, považují vztahy s lidmi, se kterými bydlí, za dobré nebo spíše dobré. Výsledky ukazuje tabulka 4.

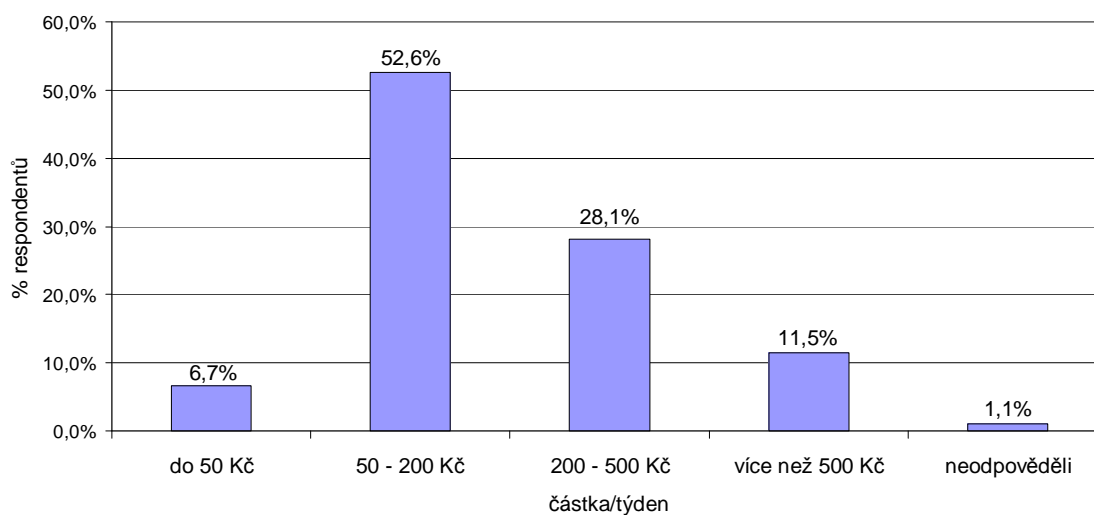
	dobré/spíše dobré	špatné/spíše špatné	nestýkáme se	nemá rodiče
% respondentů	96,7%	2,2%	0,7%	0,4%

Tabulka 3: Vztahy s rodiči

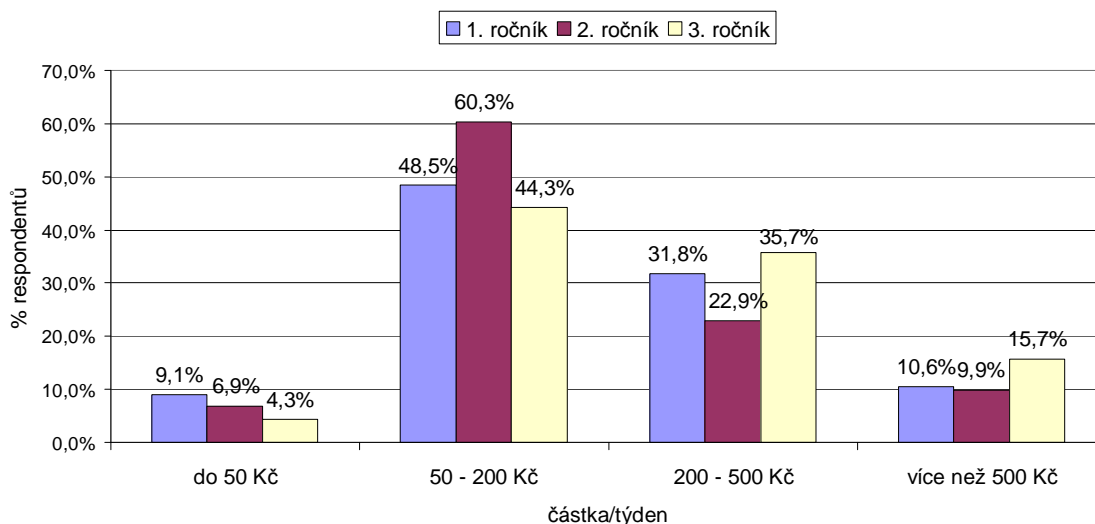
	dobré/spíše dobré	špatné/spíše špatné
% respondentů	98,1%	1,9%

Tabulka 4: Vztahy s lidmi, se kterými respondenti žijí

V otázce č. 25 studenti uváděli, jakou částku mohou týdně utratit „za co chtějí“. Výsledky ukazuje graf 13. Více než polovina dotázaných (52,6 %) může za týden libovolně utratit 50 až 200 Kč. Rozdíly mezi ročníky zobrazuje graf 14. Nejvíce financí mají k dispozici studenti 3. ročníku, z nichž více jak polovina (51,4 %) může utratit nad 200 Kč týdně.



Graf 13: Finanční možnosti respondentů



Graf 14: Finanční možnosti respondentů – 1., 2. a 3. ročník

V další otázce (č. 26) studenti popisovali, jak tráví svůj volný čas. Častou odpovědí byla kombinace několika z nabízených možností. Studenti tráví volný čas nejčastěji s kamarády (46,1 %) a také četbou (40,8 %). U odpovědi „jinak“ respondenti uváděli např. studium, tanec, malování, hudbu, přítele nebo rodinu.

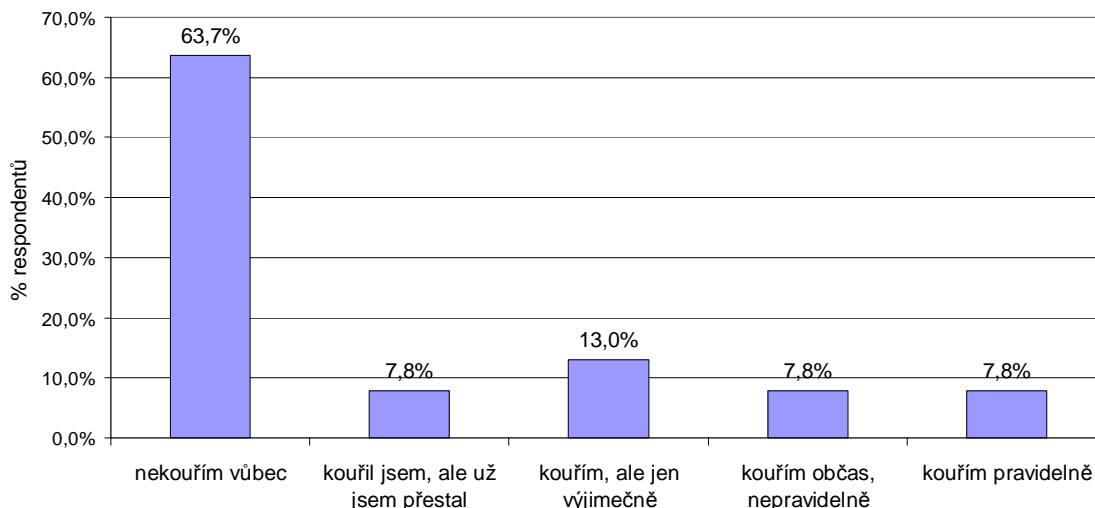
	s kamarády	četba	sport	jinak	sledování televize	u počítače	na diskotéce
% respondentů	46,1%	40,8%	29,6%	15,0%	14,6%	13,9%	4,9%

Tabulka 5: Volný čas

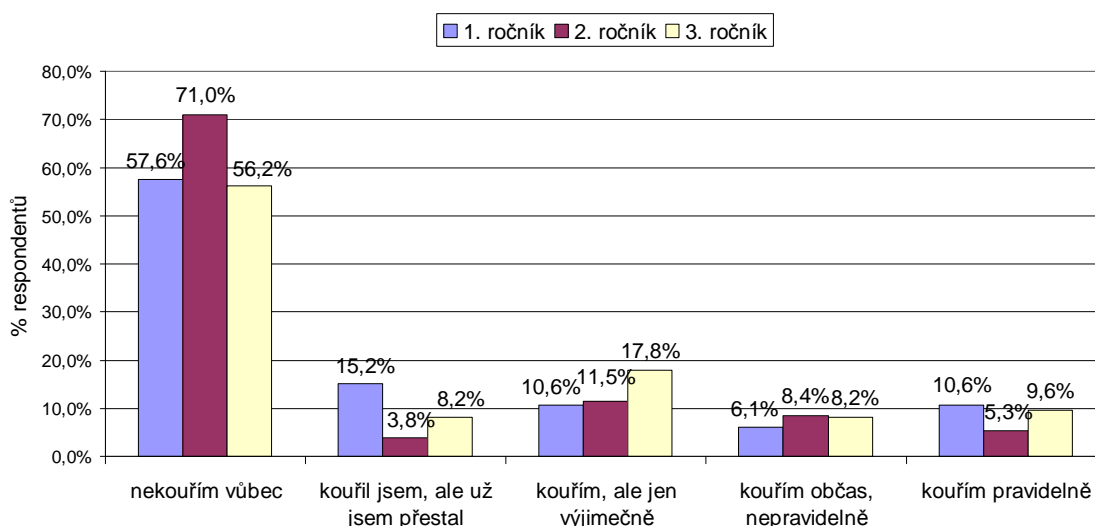
3.2.2 Zkušenosti studentů s tabákem a alkoholem

V této části dotazníku jsme se zabývali problematikou kouření a pití alkoholu. Snažili jsme se zjistit, kolik studentů kouří, jaké množství cigaret kouří, kdy poprvé zkusili cigaretu i kdy se napili poprvé nějakého alkoholu a jak často pijí alkohol.

V otázce č. 17 studenti uváděli, zda kouří. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 15. Ze všech studentů kouří pravidelně, občas nebo výjimečně 28,6 % respondentů. Graf 16 ukazuje rozdíly mezi 1., 2. a 3. ročníkem. Nejvíce kuřáků je mezi studenty 3. ročníku (35,6 %), ale nejpočetnější skupinu pravidelných kuřáků najdeme mezi studenty 1. ročníku (10,6 %), kde celkově kouří 27,3 % respondentů.

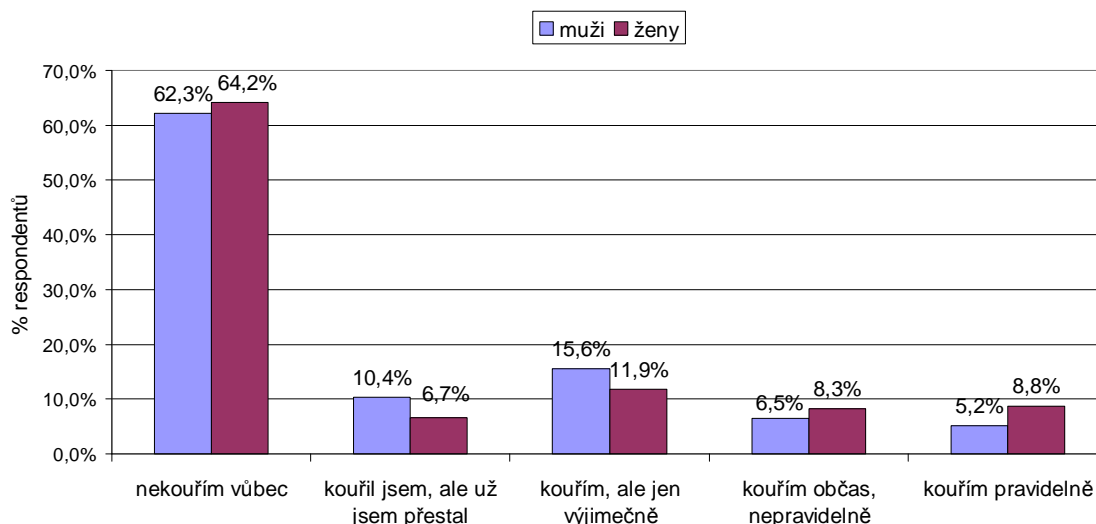


Graf 15: Kouření

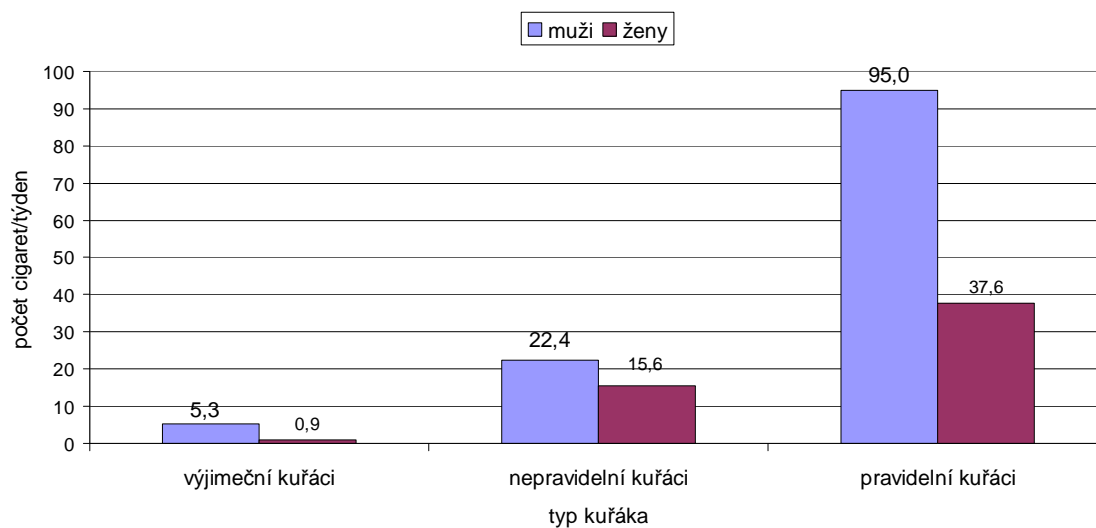


Graf 16: Kouření – 1., 2. a 3. ročník

Na grafu 17 je zobrazeno srovnání mezi muži (27,3 % kuřáků) a ženami (29,0 % kuřáček). Další graf 18 ukazuje průměrný počet cigaret, který muži a ženy vykouří za týden. Přestože muži vykouří větší průměrný počet cigaret za týden ($32,7 \pm 58,5$ cigaret), za pravidelné kuřáky se jich považuje méně než žen (5,2 % pravidelných kuřáků a 8,8 % pravidelných kuřáček), které ale uvedly menší týdenní spotřebu cigaret ($22,2 \pm 26,5$ cigaret).

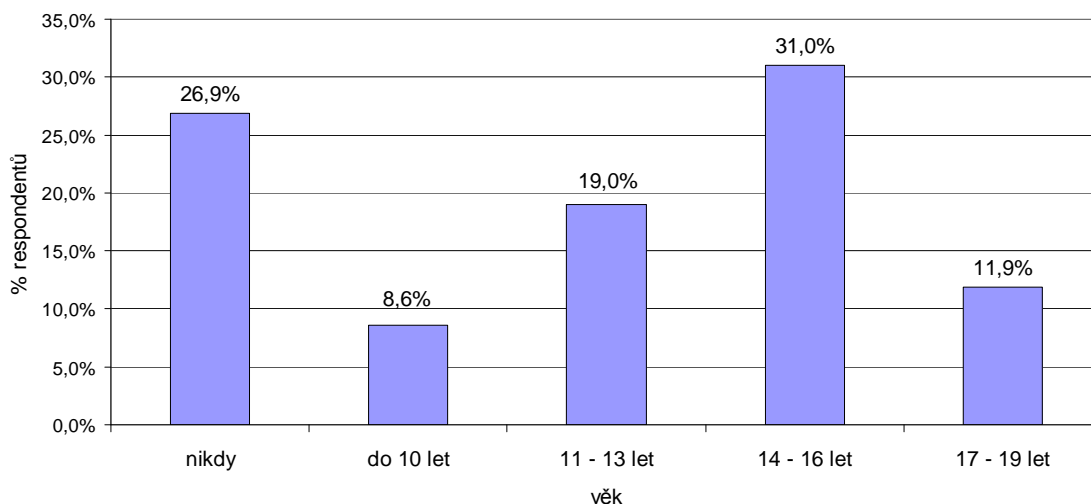


Graf 17: Kouření – muži a ženy



Graf 18: Průměrný počet cigaret vykouřených za týden – muži a ženy

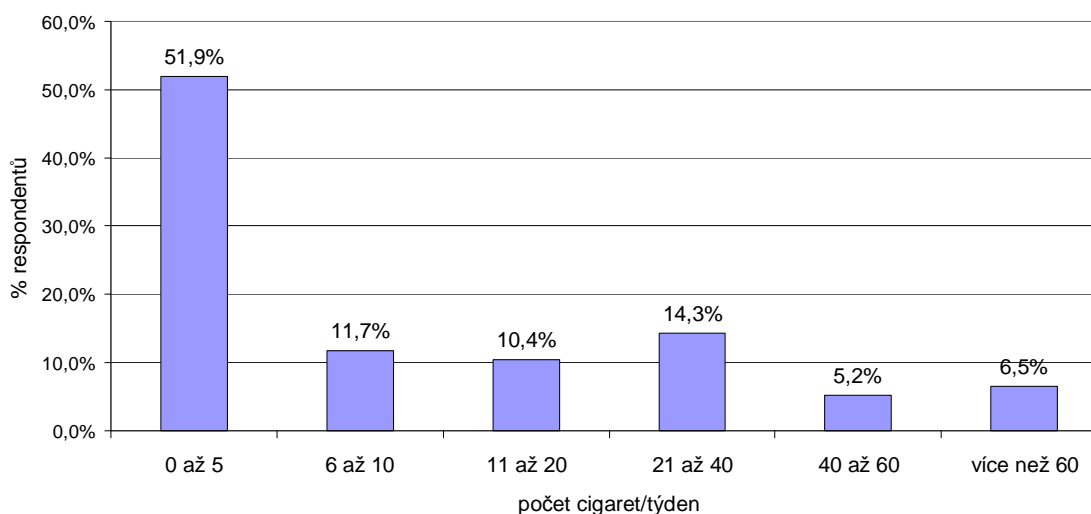
V otázce č. 19 jsme se studentů ptali, v kolika letech zkusili poprvé cigaretu. Výsledky ukazuje graf 19. Průměrný věk, kdy studenti vyzkoušeli první cigaretu je $14,2 \pm 2,9$ let. Nejčastěji vyzkoušeli respondenti první cigaretu mezi 14. a 16. rokem (31,0 %) a také velká část studentů nikdy cigaretu nezkusila (26,9 %).



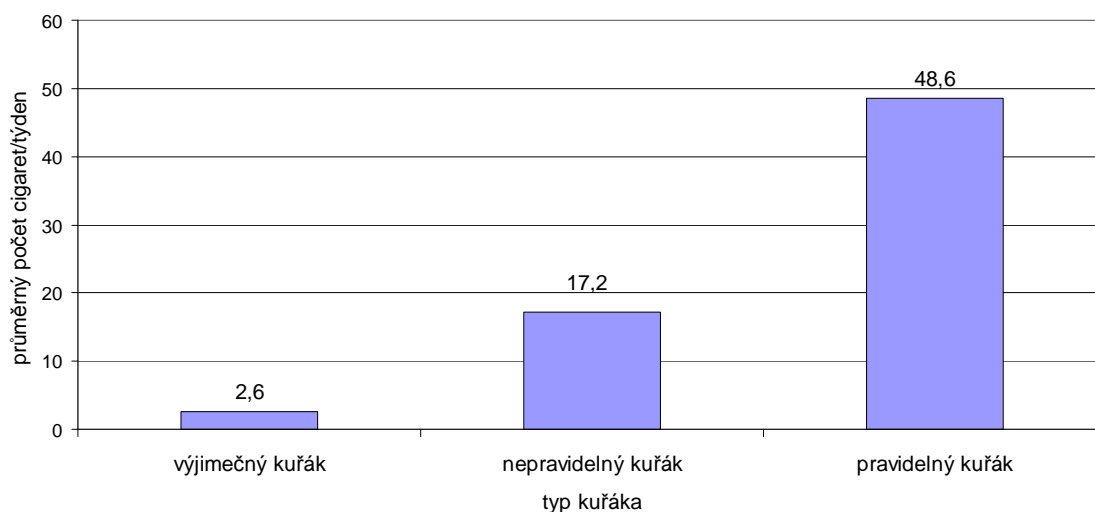
Graf 19: První zkušenost s kouřením

V další otázce (č. 20) jsme se snažili zjistit, kolik cigaret přibližně studenti vykouří za týden. Všichni kuřáci průměrně vykouří $19,0 \pm 35,7$ cigaret týdně a více než polovina kuřáků (51,9 %) kouří týdně 0 až 5 cigaret. Výsledky ukazuje graf 20.

V grafu 21 je zobrazen průměrný počet vykouřených cigaret za týden u výjimečných, nepravidelných (občasných) a pravidelných kuřáků. U výjimečných kuřáků se počet uváděných cigaret pohyboval většinou od 0 do 5 cigaret týdně, ale také se objevil počet 10 nebo 40 cigaret. V případě nepravidelných kuřáků byl počet vykouřených cigaret většinou mezi 10 až 40, ale velká část odpovědí byla také méně než 10 nebo více než 40 cigaret týdně. Pravidelní kuřáci uváděli 10 až 250 vykouřených cigaret za týden. Z toho vyplývá, že studenti měli často problémy se správným „zařazením se“ mezi „výjimečné kuřáky“, „nepravidelné kuřáky“ a „pravidelné kuřáky“.

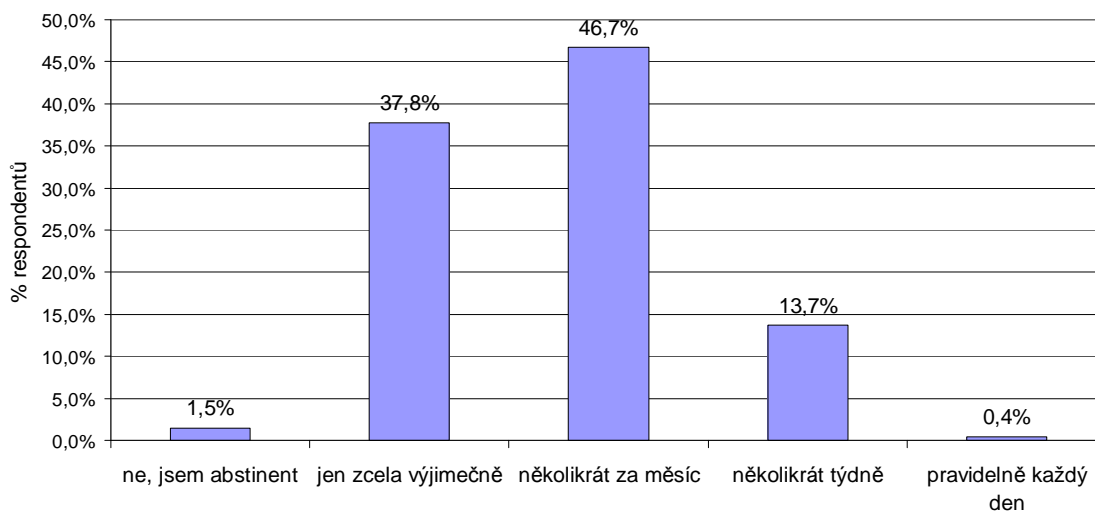


Graf 20: Počet cigaret vykouřených za týden

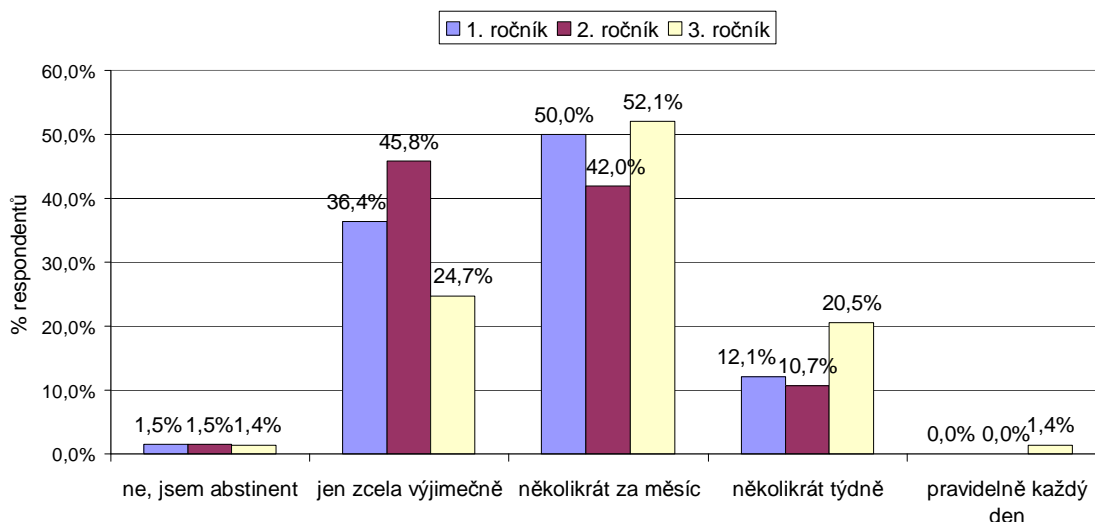


Graf 21: Průměrný počet cigaret vykouřených za týden

V otázce č. 21 měli respondenti uvést, zda pijí alkohol a jak často. Výsledky zachycuje graf 22. Nejvíce studentů konzumuje alkohol několikrát za měsíc (46,7 %) resp. jen zcela výjimečně (37,8 %). Graf 23 zobrazuje rozdíly mezi jednotlivými ročníky. Nejvíce konzumují alkohol studenti 3. ročníku, kde 20,5 % studentů pije alkohol několikrát týdně a jeden student konzumuje alkohol každý den.

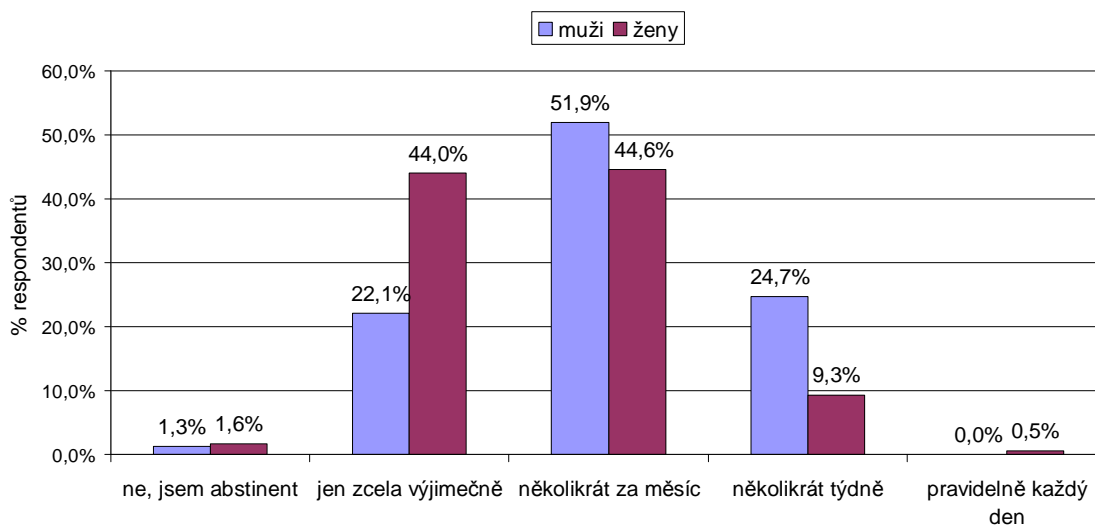


Graf 22: Konzumace alkoholu



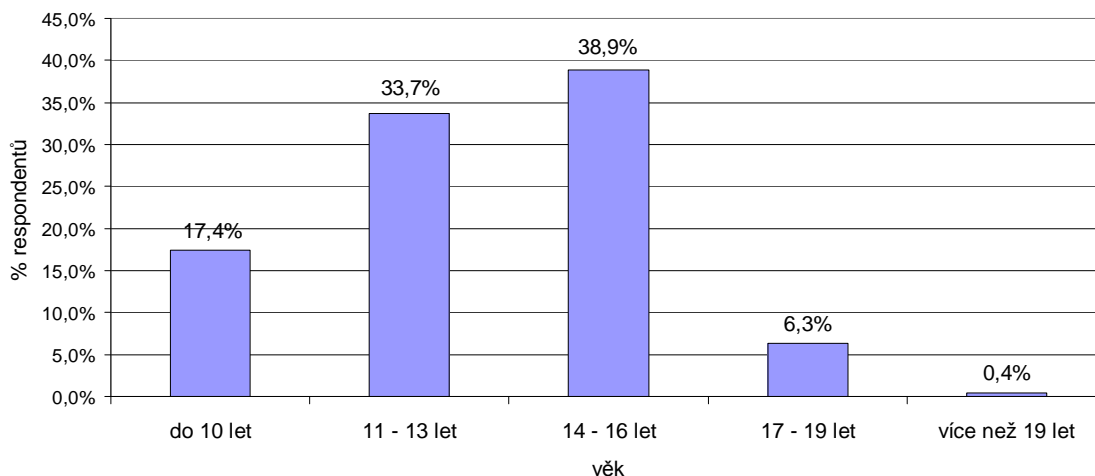
Graf 23: Konzumace alkoholu – 1., 2. a 3. ročník

Porovnávali jsme i odlišnosti v konzumaci alkoholu mezi muži a ženami. Dle očekávání vyplývá z grafu 24 větší konzumace alkoholických nápojů u mužského pohlaví, kde pije alkohol několikrát týdně 24,7 % mužů a jen 9,3 % žen.



Graf 24: Konzumace alkoholu – muži a ženy

Graf 25 ukazuje věk studentů, kdy se poprvé napili nějakého alkoholu. Průměrný věk, kdy studenti konzumovali poprvé nějaký alkohol, byl podobný jako u první zkušenosti s kouřením $14,5 \pm 3,4$ let. Nejvíce respondentů ochutnalo alkohol mezi 14 a 16 rokem (38,9 %) a o něco méně studentů pilo poprvé alkohol mezi 11 a 13 rokem (33,7 %).



Graf 25: První zkušenost s alkoholem

3.2.3 Názory a informovanost studentů o návykových látkách

Studenti vyjadřovali v dotazníku také své názory a informovanost ohledně návykových látek. Snažili jsme se zhodnotit jejich znalosti a postoje, týkající se legálních a ilegálních návykových látek.

V otázce č. 23 studenti hodnotili škodlivost jednotlivých návykových látek. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce 6. O černé kávě si nejvíce studentů myslí, že škodí málo (60,6 %) a část soudí, že škodí při dlouhodobém užívání (26,0 %). Alkohol a tabák považuje nejvíce respondentů za škodlivý při dlouhodobém užívání (78,4% a 56,9 %) a tabák hodnotí nemalé procento studentů také jako velmi nebezpečný (41,6 %). Ředidla a rozpouštědla zařadili studenti mezi velmi nebezpečné látky (84,0 %), část studentů hodnotí tyto látky jen jako škodlivé při dlouhodobém užívání (15,6 %). To naznačuje jejich špatnou informovanost o těchto velmi nebezpečných látkách. Léky bez lékařského předpisu považuje polovina studentů za velmi nebezpečné (52,8 %) a menší část za škodlivé při dlouhodobém užívání (38,4 %). Drogy, které se kouří, hodnotí nejvíce respondentů jako škodlivé při dlouhodobém užívání (51,1 %) a menší část studentů se domnívá, že jsou velmi nebezpečné (41,8 %). Zajímavé je srovnání výsledků tabáku a drog, které se kouří. Z výsledků jasně vyplývá, že studenti považují tabák za více nebezpečný, než drogy ke kouření. U drog, které se píchají, se naprostá většina studentů shodla, že jsou velmi nebezpečné (98,9 %).

	černá káva	alkohol	tabák (kouření)	ředidla a rozpouštědla (čichání)	léky bez lékařského předpisu	drogy, které se kouří	drogy, které se píchají
neškodí	12,6%	1,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
škodí málo	60,6%	5,9%	1,5%	0,4%	8,7%	7,1%	0,0%
škodí při dlouhodobém užívání	26,0%	78,4%	56,9%	15,6%	38,4%	51,1%	1,1%
velmi nebezpečné	0,7%	14,5%	41,6%	84,0%	52,5%	41,8%	98,9%

Tabulka 6: Škodlivost některých návykových látek

Tabulka 7 ukazuje výsledky v jednotlivých ročnících. Rozdíly mezi ročníky můžeme pozorovat u ředidel a rozpouštědel, kde je vidět horší informovanost studentů 1. ročníku, kteří zařadili tyto látky mezi velmi nebezpečné jen v 77,3 % případů, a lepší informovanost studentů 3. ročníku, kteří považují tyto substance za velmi nebezpečné v 91,8 % odpovědí. Další rozdíl mezi ročníky můžeme pozorovat u drog ke kouření. Většina studentů 1. a 2. ročníku je hodnotí jen jako škodlivé při dlouhodobém užívání, zatímco většina studentů 3. ročníku považuje tyto látky za velmi nebezpečné. Výsledky u ostatních látek jsou mezi jednotlivými ročníky podobné.

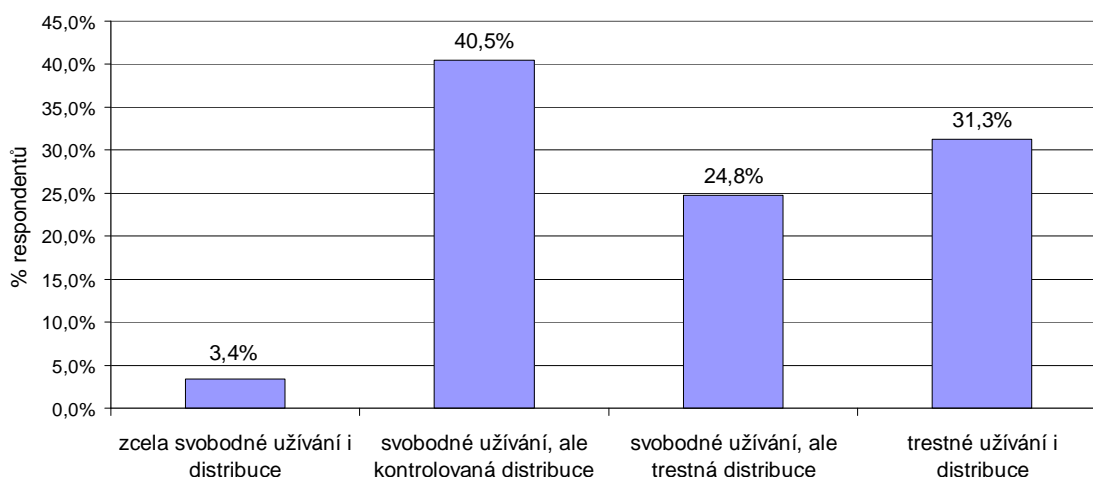
	ročník	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
černá káva	1.	7,6%	60,6%	28,8%	3,0%
	2.	13,1%	60,8%	26,2%	0,0%
	3.	16,4%	60,3%	23,3%	0,0%
alkohol	1.	1,5%	7,6%	72,7%	18,2%
	2.	0,0%	4,6%	80,0%	15,4%
	3.	2,7%	6,8%	80,8%	9,6%
tabák (kouření)	1.	0,0%	1,5%	51,5%	47,0%
	2.	0,0%	2,3%	60,9%	36,7%
	3.	0,0%	0,0%	54,8%	45,2%

Tabulka 7: Škodlivost některých návykových látek – 1. , 2. a 3. ročník

	ročník	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
ředidla a rozpouštědla (čichání)	1.	0,0%	0,0%	22,7%	77,3%
	2.	0,0%	0,8%	16,2%	83,1%
	3.	0,0%	0,0%	8,2%	91,8%
léky bez lékařského předpisu	1.	0,0%	7,6%	39,4%	53,0%
	2.	0,8%	8,7%	38,6%	52,0%
	3.	0,0%	10,0%	37,1%	52,9%
drogy, které se kouří	1.	0,0%	6,1%	56,1%	37,9%
	2.	0,0%	7,0%	54,3%	38,8%
	3.	0,0%	8,2%	41,1%	50,7%
drogy, které se píchají	1.	0,0%	0,0%	1,5%	98,5%
	2.	0,0%	0,0%	1,5%	98,5%
	3.	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabulka 8 – pokračování: Škodlivost některých návykových látek – 1. , 2. a 3. ročník

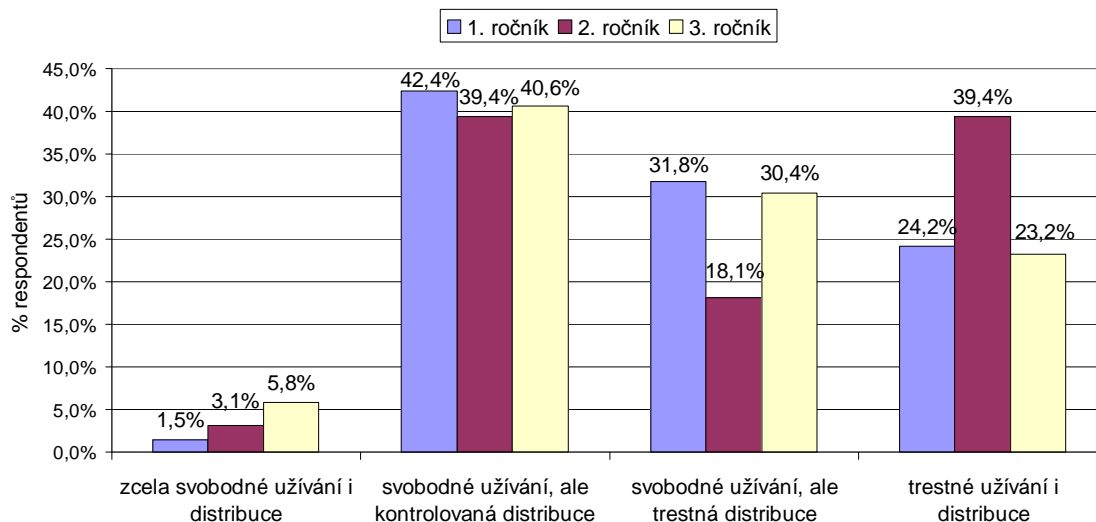
V další otázce č. 24 studenti vyjadřovali svůj postoj ohledně legalizace „měkkých“ drog, zejména marihuany. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 26. Názory respondentů na tuto problematiku jsou velmi odlišné. Nejvíce studentů se domnívá, že používání těchto látek by mělo být svobodné, ale distribuce by měla být kontrolována (40,5 %). Nemalá část studentů zastává názor, že užívání i distribuce těchto látek by měly být přísně trestány (31,3 %).



Graf 26: Legalizace „měkkých drog“

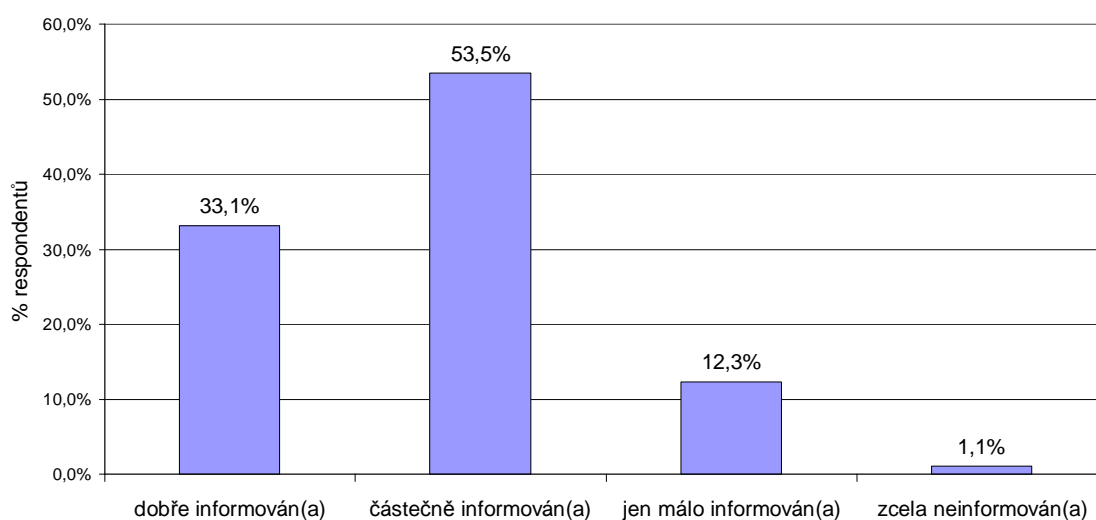
Na grafu 27 jsou zachyceny výsledky v jednotlivých ročnících. Nejvíce studentů ze 3. ročníku je pro zcela svobodné užívání i distribuci „měkkých drog“ (5,8 %). Kromě

tohoto rozdílu jsou výsledky mezi 1. a 3. ročníkem velmi podobné. Odlišné jsou postoje studentů 2. ročníku, kteří častěji volili odpověď d) (trestné užívání i distribuce) (39,4 %), zatímco studenti 1. a 3. ročníku uváděli tuto odpověď jen ve 24,3 % a 23,2 % odpovědí.



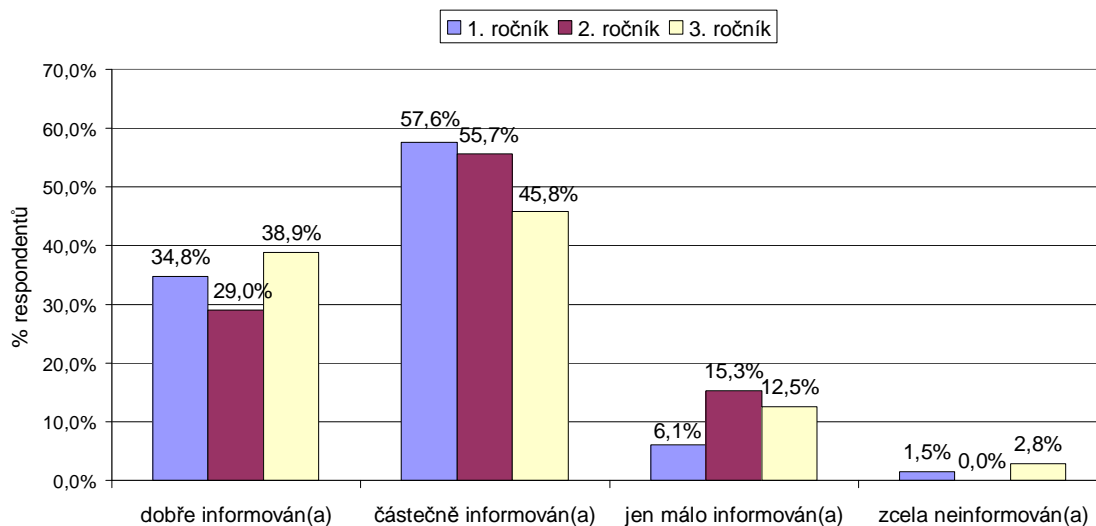
Graf 27: Legalizace „měkkých drog“ – 1., 2. a 3. ročník

Také nás zajímalo, jak jsou studenti dle svého názoru informováni o ilegálních návykových látkách (otázka č. 27). Výsledky ukazuje graf 28. Většina studentů se považuje za částečně informované (53,5 %) a menší část respondentů se domnívá, že jsou dobře informováni (33,1 %). Poměrně hodně studentů uvedlo, že jsou informováni jen málo (12,3 %) a tři studenti se považují za zcela neinformované.



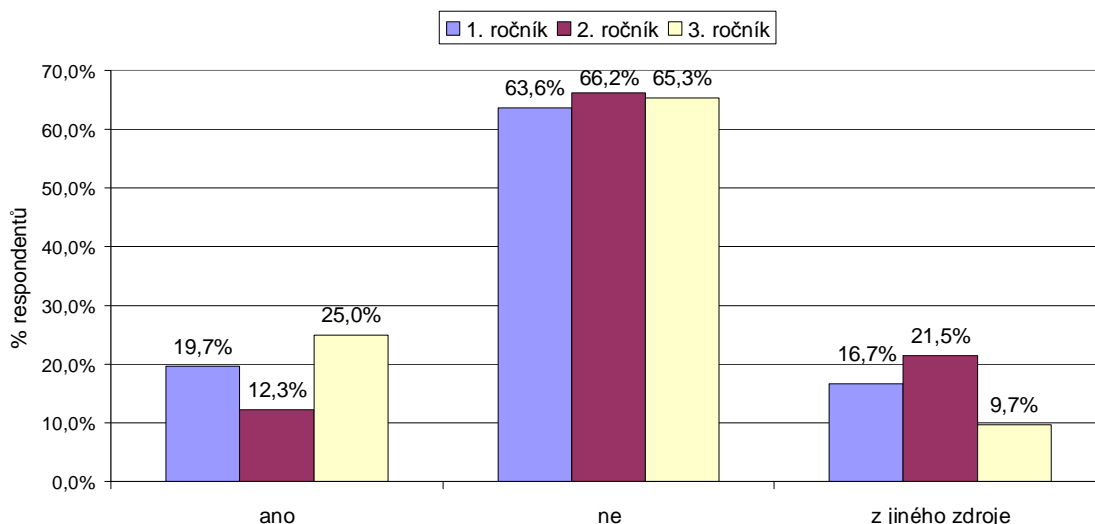
Graf 28: Informovanost studentů o ilegálních návykových látkách

Srovnání jednotlivých ročníků je zobrazeno na grafu 29. Studenti 3. ročníku se nejčastěji považují za dobře informované (38,9 %), ale také je mezi nimi hodně studentů, kteří se označili jen za málo informované (12,5 %) nebo zcela neinformované (2,8 %). Za lépe informované se považují studenti 1. ročníku, kde se domnívá 92,4 % respondentů, že jsou dobře nebo alespoň částečně informováni.



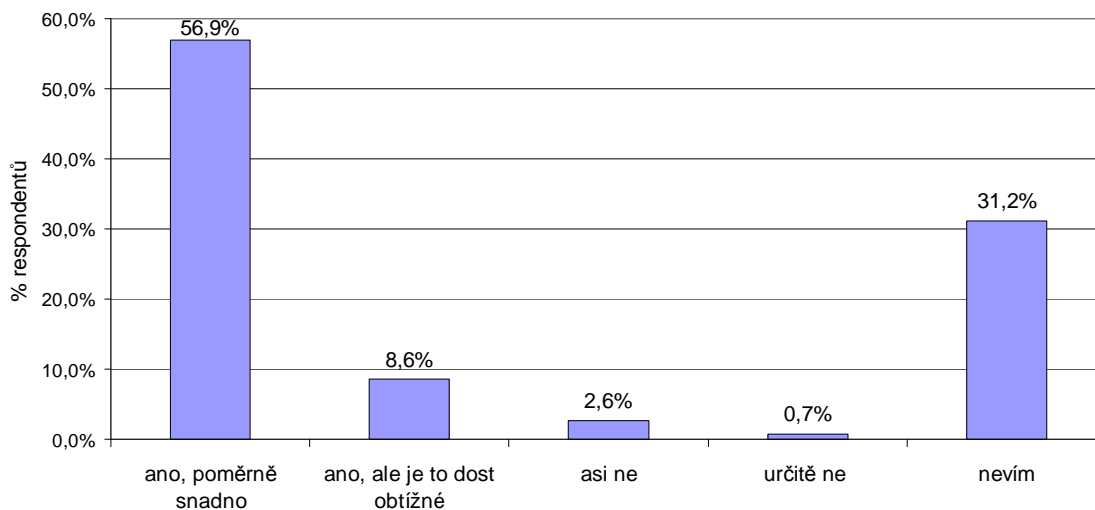
Graf 29: Informovanost studentů o ilegálních návykových látkách – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 28 jsme se studentů ptali, zda v průběhu školního roku dostali od učitelů informace o jiných návykových látkách než jsou tabák, alkohol a káva. Většina studentů uvedla, že žádné informace o ilegálních návykových látkách od učitelů nedostala (65,3 %). Část studentů obdržela informace z jiného zdroje (17,2 %) a část od učitelů ve škole (17,5 %). Graf 30 ukazuje rozdíly mezi ročníky. Nejvíce informací o návykových látkách obdrželi od učitelů studenti 3. ročníku (25,0 %), zároveň ale dostali nejméně informací z jiného zdroje (9,7 %).

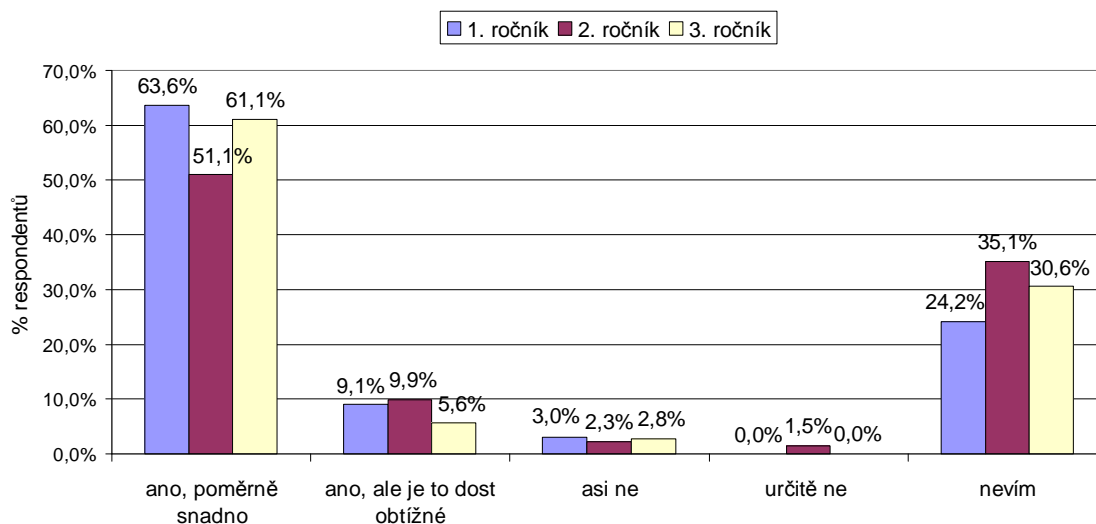


Graf 30: Informace o ilegálních návykových látkách získané od učitelů – 1., 2. a 3. ročník

V další otázce č. 29 uváděli studenti, zda je možné získat ilegální návykové látky ve městě, obci, kde žijí, nebo nejbližším městě. Výsledky jsou zakresleny do grafu 31. Většina respondentů uvedla, že drogy lze získat poměrně snadno (56,9 %), část studentů neví (31,2 %). Rozdíly mezi ročníky ukazuje graf 32. Snadné získání drog v bydlišti uvádí nejvíce studenti 1. ročníku (63,6 %) a nepatrně méně studenti 3. ročníku (61,1 %).

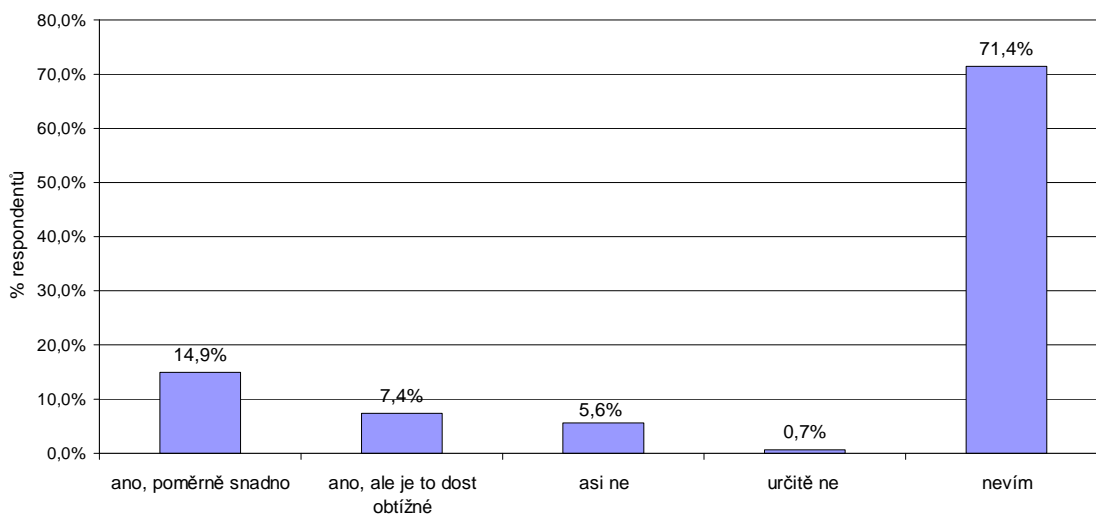


Graf 31: Dostupnost drog v místě bydliště

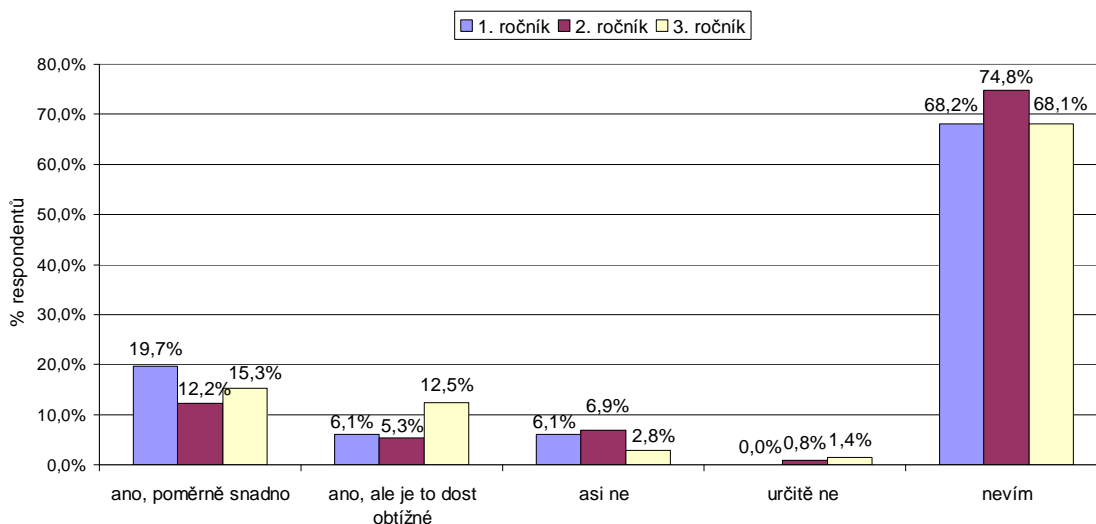


Graf 32: Dostupnost drog v místě bydliště – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 30 studenti odpovídali na otázku, jestli je možné získat drogy ve škole. Výsledky zobrazuje graf 33. Naprostá většina studentů neví, zda je možné si ve škole nelegální návykové látky obstarat (71,4 %). Snadné získání drog ve škole uvádí 14,9 % studentů. Rozdíly mezi jednotlivými ročníky ukazuje graf 33. Možnost obdržet drogy ve škole (snadno nebo obtížně) uvádí nejčastěji studenti 3. ročníku (27,8 %). Nejvíce respondentů z 1. ročníku uvedlo snadné získání drog ve škole (19,7 %).

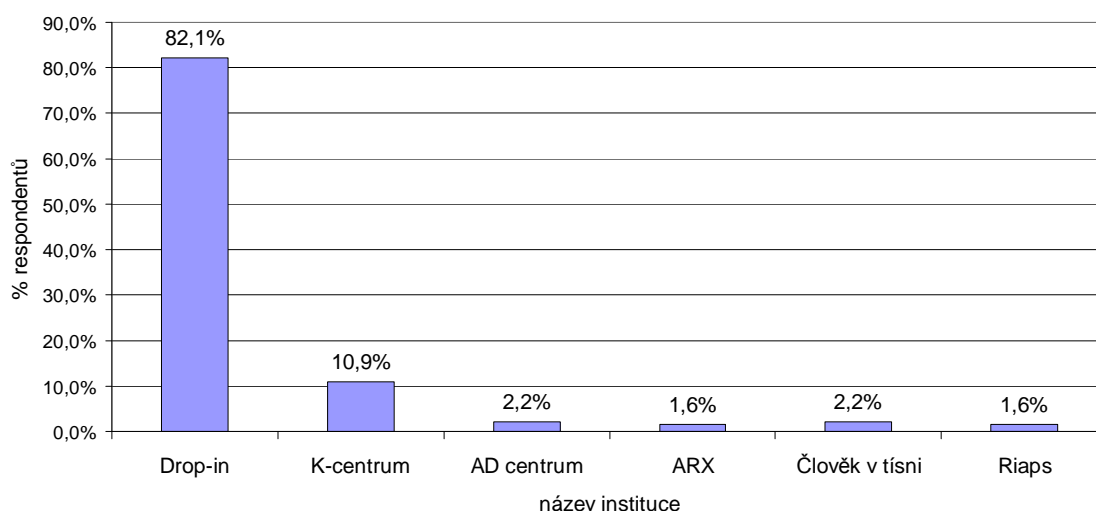


Graf 33: Dostupnost drog ve škole

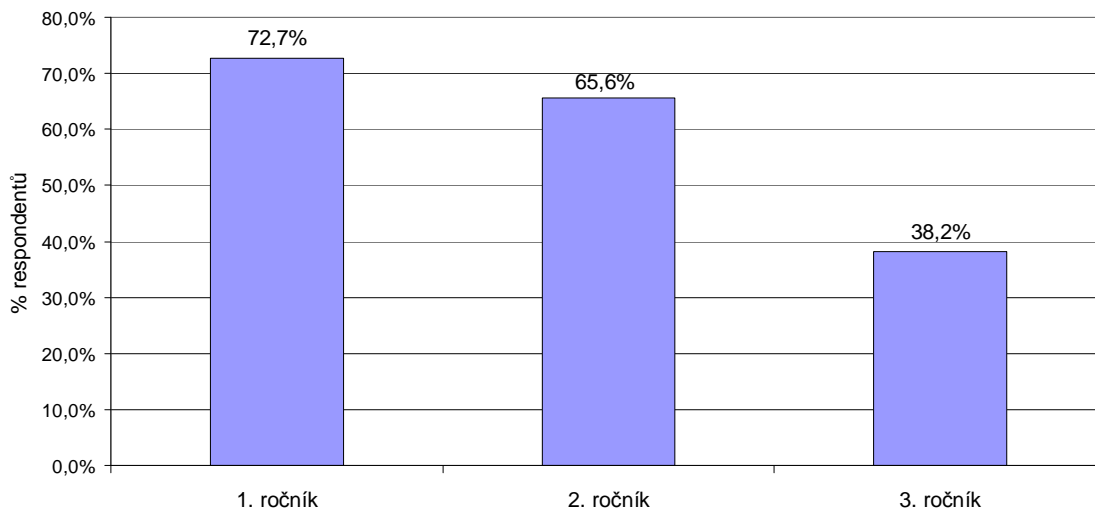


Graf 34: Dostupnost drog ve škole – 1., 2. a 3. ročník

Prověřovali jsme znalosti studentů protidrogových institucí, které mohou poskytnout pomoc mladým lidem, kteří mají problémy s drogami (otázka č. 33). Ze všech studentů zná nějakou protidrogovou instituci 68,1 % respondentů. Nejčastěji uváděná protidrogová instituce byla Drop-in (82,1 %). Výsledky jsou zobrazeny v grafu 35 a graf 36 ukazuje znalost protidrogové instituce v jednotlivých ročnících. Rozdíly mezi 1. a 3. ročníkem jsou poměrně velké. 72,7 % studentů z 1. ročníku zná nějakou protidrogovou instituci, zatímco ze 3. ročníku uvedlo nějakou instituci jen 38,2 % respondentů, přestože častěji získali informace o návykových látkách od učitelů ve škole (otázka č. 28) a také se častěji považují za dobře informované o ilegálních návykových látkách (otázka č. 27).



Graf 35: Nejčastěji uváděné protidrogové instituce



Graf 36: Znalost protidrogové instituce – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 35 studenti zařazovali jednotlivé návykové látky do skupiny „měkkých“ a „tvrdých“ drog. Za „měkké“ drogy, u kterých je míra rizikovosti relativně malá, lze považovat marihuanu a hašiš [Minařík, 2007]. Výsledky odpovědí studentů jsou zobrazeny v tabulce 8 na další stránce.

Heroin, pervitin a kokain zařadila naprostá většina studentů mezi „tvrdé“ drogy. Ředidla považuje za „tvrdé“ jen 58,9 % studentů, z čehož vyplývá špatná informovanost respondentů ohledně těchto látek (stejně jako u otázky č. 23, kde studenti hodnotili ředidla jen jako škodlivé při dlouhodobém užívání). Marihuanu a hašiš přiřadila většina studentů do skupiny „měkkých drog“ (89,1 %). LSD hodnotí větší část studentů jako „tvrdou“ drogu (62,2 %), ale část studentů se domnívá, že patří mezi „měkké“ drogy (30,2 %). Léky (např. Rohypnol) považuje většina respondentů za „měkkou drogu“ (50,2 %). Speed a fenmetrazin často studenti vůbec neznají (19,0 %) nebo neví, o jakou drogu se jedná (24,4%). Zbývající část respondentů se na zařazení látky neshodla, 28,7 % ji považuje za „měkkou“ a 27,9 % za „tvrdou“ drogu. Extázi a houby zařadila většina studentů do skupiny „měkkých“ drog (57,6 % a 66,2 %). Metadon považuje většina respondentů za „tvrdou“ drogu (36,4 %), ale velká část studentů tuto látku vůbec nezná (24,6 %) nebo neví, do jaké skupiny patří (30,0 %).

	měkká droga	tvrdá droga	neví, o jaký typ jde	nezná tento pojem
heroin	0,4%	98,5%	1,1%	0,0%
pervitin	6,0%	92,5%	1,5%	0,0%
ředidla	25,5%	58,9%	15,6%	0,0%
kokain	3,5%	94,7%	1,3%	0,4%
marihuana a hašiš	89,1%	9,4%	1,1%	0,4%
LSD	30,2%	62,2%	7,3%	0,4%
léky (např. Rohypnol)	50,2%	30,3%	18,0%	1,5%
speed, fenmetrazin	28,7%	27,9%	24,4%	19,0%
extáze	57,6%	35,0%	7,0%	0,4%
houby	66,2%	19,0%	13,7%	1,1%
metadon	8,7%	36,4%	30,3%	24,6%

Tabulka 9: Zařazení vybraných látek mezi „měkké“ a „tvrdé“ drogy

Výsledky jednotlivých ročníků ukazuje tabulka 9 na další straně. Rozdíl můžeme vidět u látek speed a fenmetrazin, o kterých jsou více informovaní studenti 1. ročníku a většina je zařadila mezi „tvrdé“ drogy (40,6 %). Na rozdíl od 2. a 3. ročníku, kde je považuje za „tvrdé“ jen 27,4 % a 17,1 % studentů. Ostatní výsledky jsou mezi jednotlivými ročníky velmi podobné.

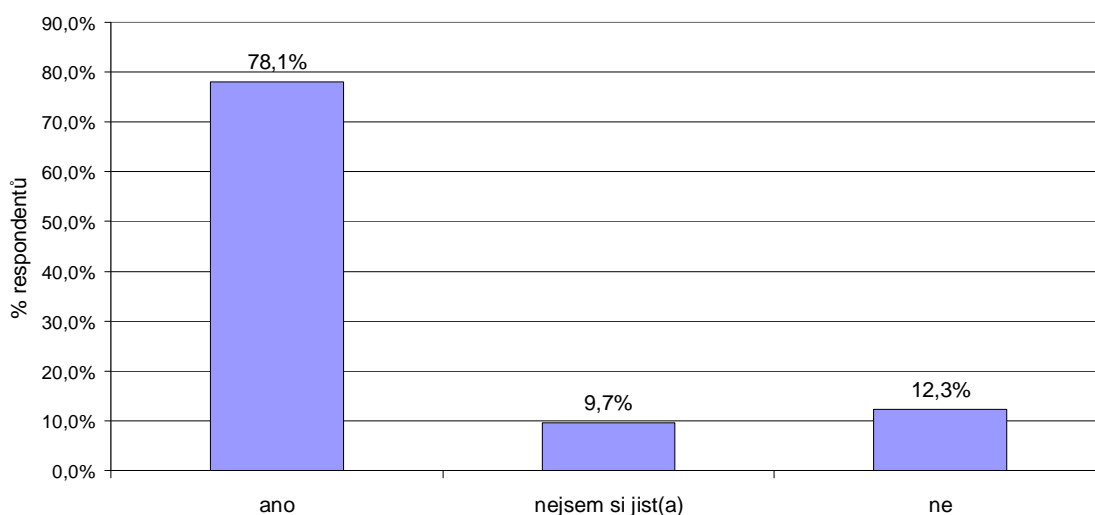
	ročník	měkká droga	tvrdá droga	neví, o jaký typ jde	nezná tento pojem
heroin	1.	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	2.	0,8%	96,9%	2,3%	0,0%
	3.	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
pervitin	1.	9,1%	89,4%	1,5%	0,0%
	2.	4,7%	93,0%	2,3%	0,0%
	3.	5,5%	91,8%	2,7%	0,0%
ředidla	1.	27,3%	62,1%	10,6%	0,0%
	2.	25,8%	57,0%	17,2%	0,0%
	3.	23,2%	59,4%	17,4%	0,0%
kokain	1.	0,0%	96,4%	3,6%	0,0%
	2.	4,7%	93,5%	0,9%	0,9%
	3.	4,5%	95,5%	0,0%	0,0%
marihuana a hašiš	1.	87,9%	12,1%	0,0%	0,0%
	2.	86,7%	10,9%	1,6%	0,8%
	3.	94,4%	4,2%	1,4%	0,0%
LSD	1.	30,3%	63,6%	6,1%	0,0%
	2.	28,8%	60,8%	9,6%	0,8%
	3.	32,4%	63,4%	4,2%	0,0%
léky (např. Rohypnol)	1.	52,3%	32,3%	15,4%	0,0%
	2.	49,6%	30,4%	17,6%	2,4%
	3.	49,3%	28,2%	21,1%	1,4%
speed, fenmetrazin	1.	28,1%	40,6%	23,4%	7,8%
	2.	25,8%	27,4%	21,0%	25,8%
	3.	34,3%	17,1%	31,4%	17,1%
extáze	1.	60,0%	33,8%	6,2%	0,0%
	2.	56,6%	36,1%	6,6%	0,8%
	3.	57,1%	34,3%	8,6%	0,0%
houby	1.	69,7%	22,7%	7,6%	0,0%
	2.	67,7%	16,5%	13,4%	2,4%
	3.	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%
metadon	1.	1,5%	45,5%	34,8%	18,2%
	2.	11,7%	32,0%	25,0%	31,3%
	3.	10,0%	35,7%	35,7%	18,6%

Tabulka 10: Zařazení vybraných látek mezi „měkké“ a „tvrdé“ drogy – 1., 2. a 3. ročník

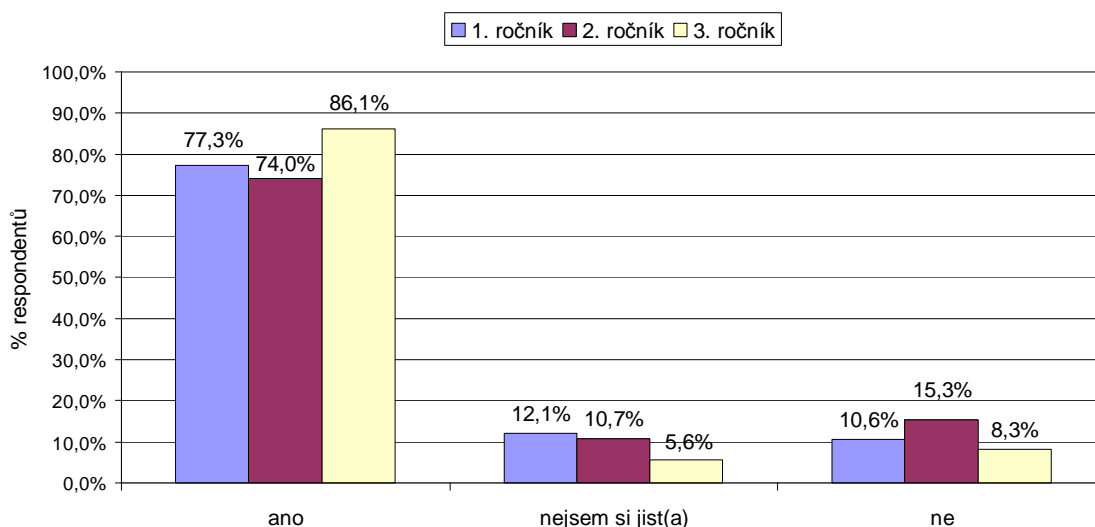
3.2.4 Zkušenosti studentů s ilegálními návykovými látkami

Součástí dotazníku byly také otázky týkající se osobních zkušeností respondentů s návykovými látkami. Zajímalo nás, za jakých podmínek nějakou ilegální návykovou látku vyzkoušeli, a v kolika letech to bylo. Také jsme zjišťovali, zda studenti znají někoho, kdo pravidelně drogy užívá, a jestli chtějí v budoucnu nějakou nelegální návykovou látku vyzkoušet.

V otázce č. 31 jsme se ptali studentů, zda někdo z jejich přátel má zkušenost s ilegální návykovou látkou. Výsledky jsou zobrazeny v grafu 37. Většina respondentů má známého, o kterém se domnívá, že nějakou drogu vyzkoušel (78,1 %). Rozdíly mezi jednotlivými ročníky ukazuje graf 38. Nejvíce respondentů, kteří mají kamaráda se zkušeností s drogou, je mezi studenty 3. ročníku (86,1 %).

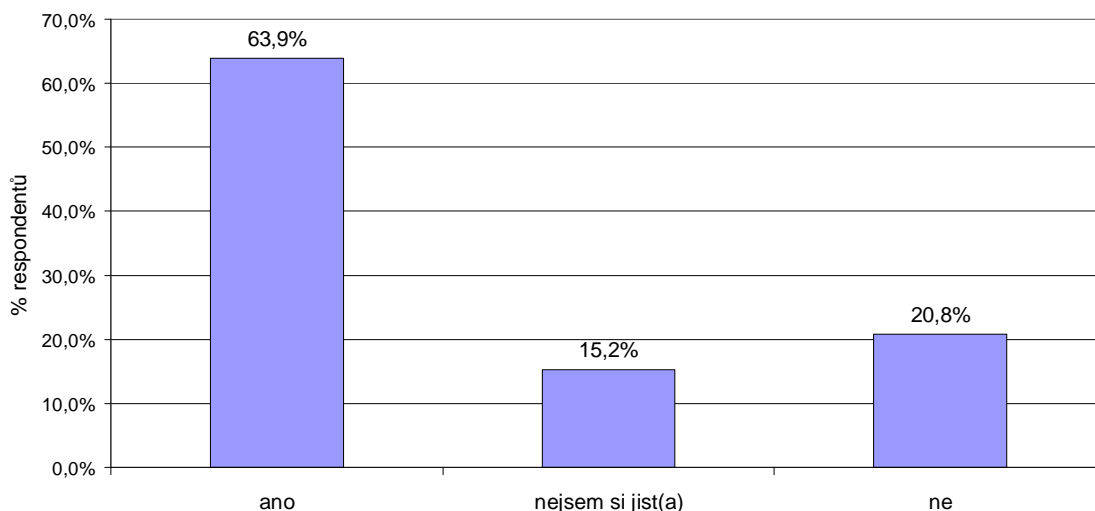


Graf 37: Zkušenosti přátel respondentů s drogou

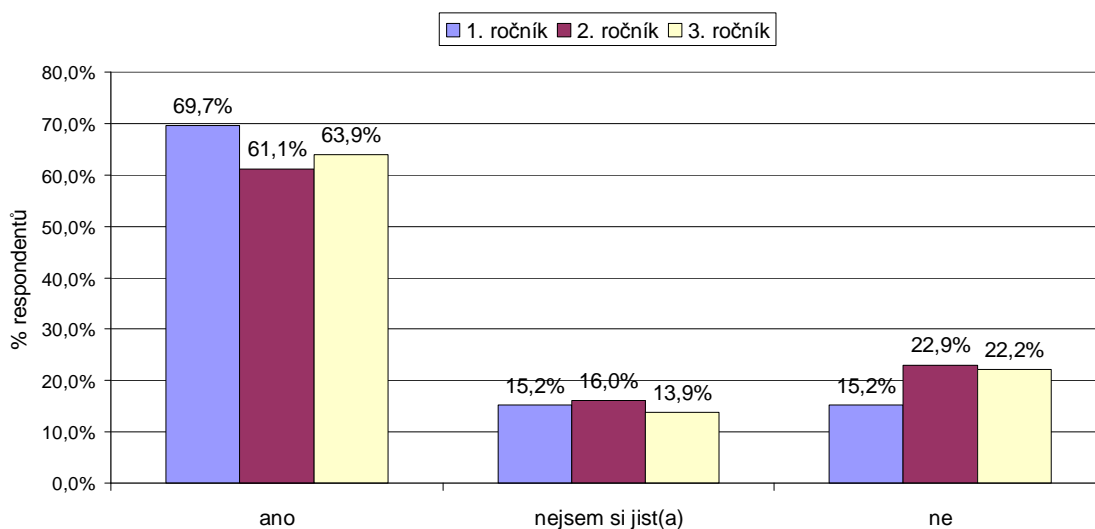


Graf 38: Zkušenosti přátel respondentů s drogou – 1., 2. a 3. ročník

V další otázce č. 32 studenti uváděli, jestli znají někoho, kdo pravidelně užívá nějakou ilegální návykovou látku. Výsledky jsou zakresleny do grafu 39. Odpověď „ano“ volilo 63,9 % studentů, 20,8 % respondentů nikoho takového nezná. Porovnání jednotlivých ročníků je zobrazeno v grafu 39. Výsledky mezi ročníky jsou podobné, ale nejvíce znají pravidelného uživatele drog studenti 1. ročníku (69,7 %).

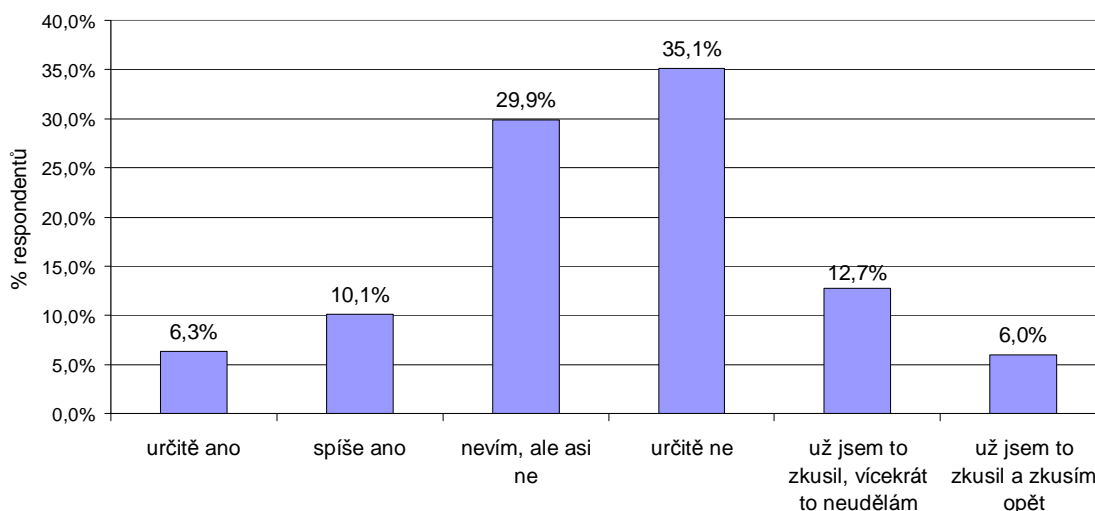


Graf 39: Znalost pravidelného uživatele drog



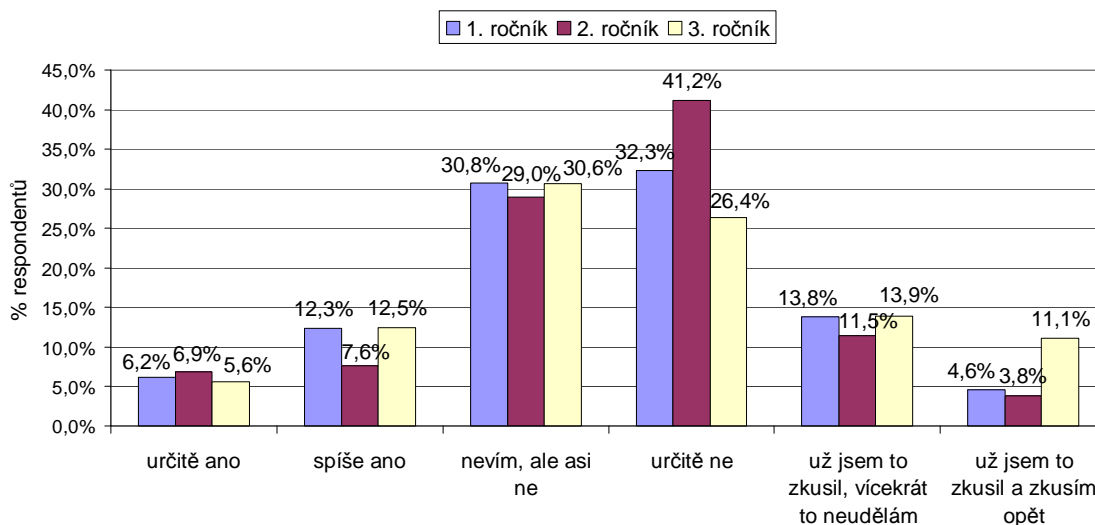
Graf 40: Znalost pravidelného uživatele drog – 1., 2. a 3. ročník

Zajímali jsme se i o názor studentů, zda mají v úmyslu v budoucnu vyzkoušet nějakou jinou návykovou látku než alkohol, kouření tabáku a kávu. Výsledky ukazuje graf 41. Většina studentů nechce v budoucnu žádnou ilegální látku vyzkoušet – 35,1 % respondentů volilo odpověď „určitě ne“ a 29,9 % uvedlo „nevím, ale asi ne“. Studentů, kteří chtějí určitě nebo spíše nějakou drogu vyzkoušet, je celkem 16,4 %.



Graf 41: Názor studentů na užití drogy v budoucnu

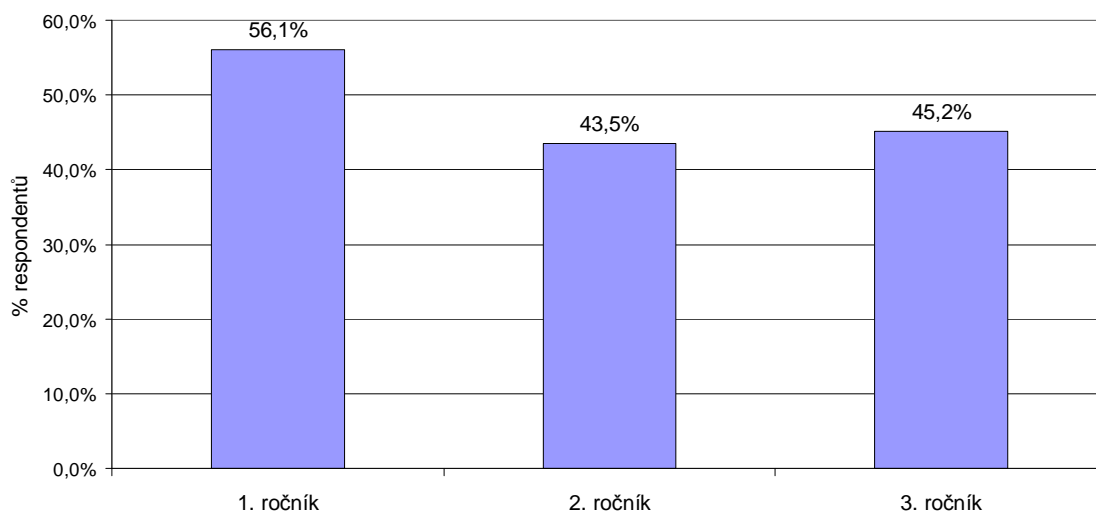
Rozdíly mezi ročníky ukazuje graf 42. Studenti 3. ročníku nejčastěji uváděli, že již nějakou ilegální návykovou látku vyzkoušeli a chtějí ji zkusit opět (11,1 %). Jasně odmítavý postoj ke drogám mají nejčastěji respondenti 2. ročníku, kde 41,2 % studentů drogu určitě nikdy nevyzkouší.



Graf 42: Názor studentů na užití drogy v budoucnu – 1., 2. a 3. ročník

Také jsme se studentů dotazovali na jejich vlastní zkušenosti s uvedenými návykovými látkami (otázka č. 36). Ze všech studentů vyzkoušelo některou z uvedených látek 127 respondentů (47,0 %); tyto studenty jsme v dalším textu označili jako „drogově zkušené“. Muži experimentovali s nějakou ilegální látkou častěji (57,1 %) než ženy (43,0 %). Do grafu 43 na následující stránce jsou zakresleny výsledky z jednotlivých ročníků. Překvapivě mají nejvíce zkušeností s nějakou ilegální

látkou studenti 1. ročníku (56,1 %). Tabulky 10 a 11 ukazují, kolikrát studenti danou návykovou látku vyzkoušeli.



Graf 43: Zkušenosti studentů s návykovými látkami – 1., 2. a 3. ročník

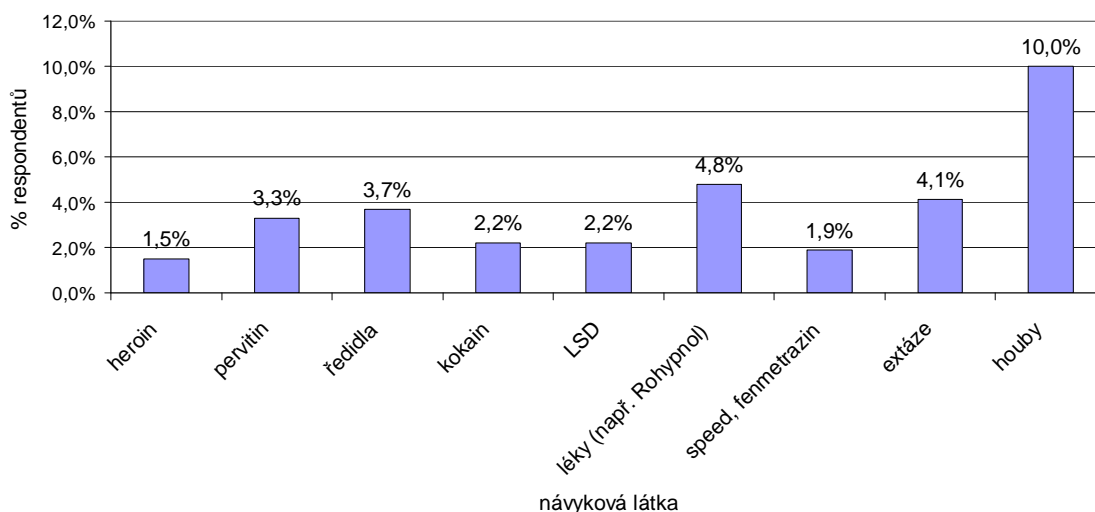
	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
heroin	98,5%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%
pervitin	96,7%	1,1%	0,7%	0,7%	0,7%
ředidla	96,3%	2,2%	1,1%	0,0%	0,4%
kokain	97,8%	1,1%	0,7%	0,0%	0,4%
marihuana a hašiš	55,9%	10,7%	13,0%	10,0%	10,4%
LSD	97,8%	1,5%	0,7%	0,0%	0,0%
léky (např. Rohypnol)	95,2%	1,5%	1,9%	1,5%	0,0%
speed, fenmetrazin	97,8%	0,4%	0,7%	0,7%	0,0%
extáze	95,9%	0,7%	1,9%	0,7%	0,7%
houby	90,0%	4,8%	3,0%	1,5%	0,7%
metadon	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Tabulka 11: Zkušenosti studentů s návykovými látkami

	ročník	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
heroin	1.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2.	98,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	3.	97,3%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%
pervitin	1.	95,5%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	2.	97,7%	0,0%	0,8%	0,0%	1,5%
	3.	95,9%	0,0%	1,4%	2,7%	0,0%
ředidla	1.	95,5%	3,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	2.	96,9%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%
	3.	95,9%	2,7%	0,0%	0,0%	1,4%
kokain	1.	97,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
	2.	97,7%	1,6%	0,8%	0,0%	0,0%
	3.	98,6%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%
marihuana a hašiš	1.	48,5%	15,2%	12,1%	12,1%	12,1%
	2.	59,5%	11,5%	13,0%	8,4%	7,6%
	3.	56,2%	5,5%	13,7%	11,0%	13,7%
LSD	1.	98,5%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%
	2.	97,7%	1,5%	0,8%	0,0%	0,0%
	3.	97,3%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
léky (např. Rohypnol)	1.	95,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0,0%
	2.	95,4%	2,3%	1,5%	0,8%	0,0%
	3.	94,5%	0,0%	2,7%	2,7%	0,0%
speed, fenmetrazin	1.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2.	97,7%	0,0%	1,5%	0,8%	0,0%
	3.	97,3%	1,4%	0,0%	1,4%	0,0%
extáze	1.	97,0%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%
	2.	97,7%	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%
	3.	91,8%	2,7%	2,7%	1,4%	1,4%
houby	1.	84,8%	6,1%	3,0%	4,5%	1,5%
	2.	92,4%	5,3%	2,3%	0,0%	0,0%
	3.	90,4%	2,7%	4,1%	1,4%	1,4%
metadon	1.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	2.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	3.	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

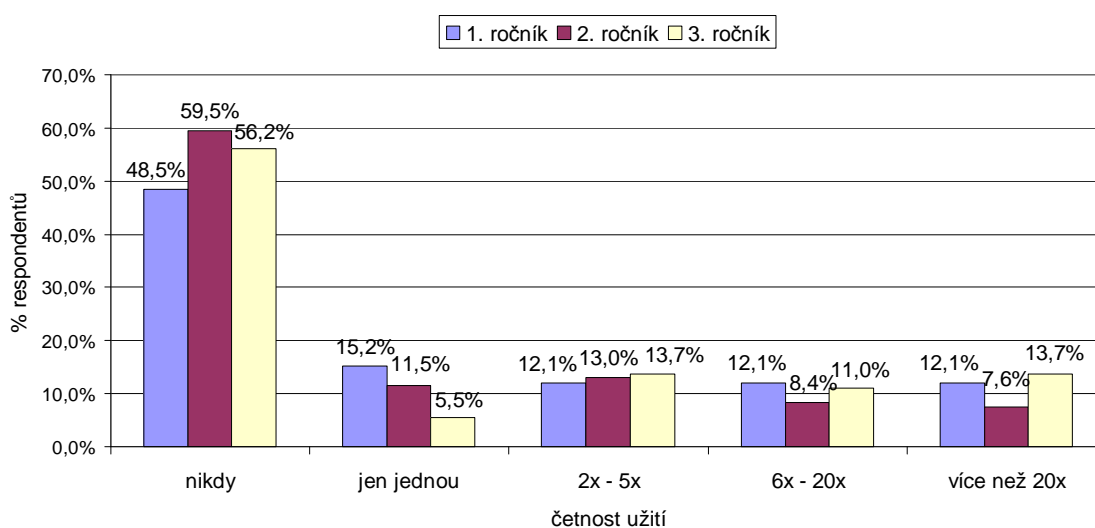
Tabulka 12: Zkušenosti studentů s návykovými látkami – 1., 2. a 3. ročník

Respondenti jednoznačně nejvíce experimentovali s marihuanou nebo hašišem (44,1 %). Další látky, které studenti zkoušeli, shrnuje graf 44, z kterého jasně vyplývá druhá nejčastěji zkoušená látka – halucinogenní houby (10,0 %). Léky (např. Rohypnol) a extáze představují třetí a čtvrtou skupinu látek, se kterými studenti nejvíce experimentují (4,8 % a 4,1 %). Vyskytla se i zkušenost s velmi nebezpečnými ředidly (3,7 %) a také s pervitinem (3,3 %).



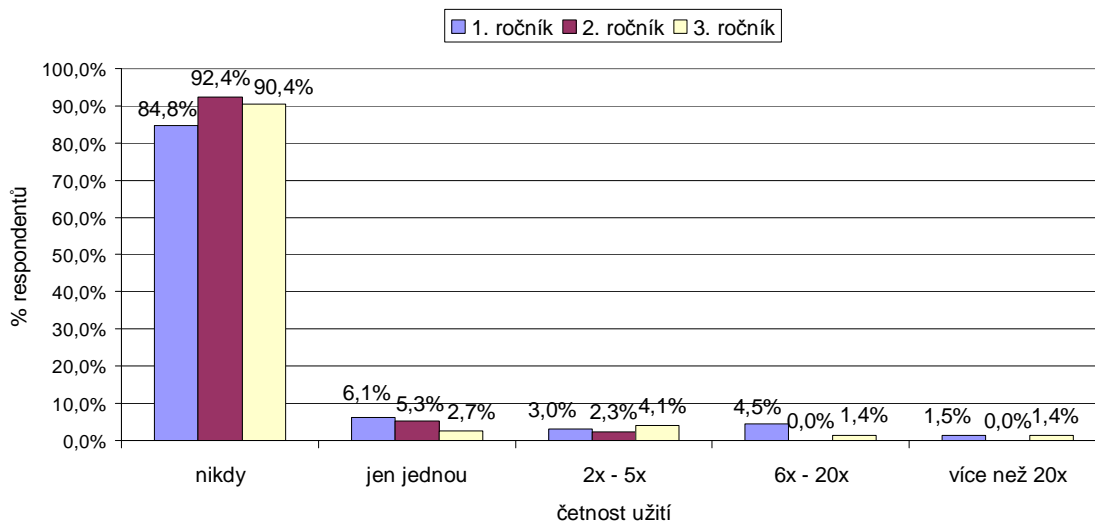
Graf 44: Zkoušené návykové látky kromě marihuany a hašiše

Graf 45 znázorňuje zkušenosti studentů s marihuanou a hašišem v jednotlivých ročnících. Nejvíce experimentují s těmito látkami studenti 1. ročníku – 51,5 % respondentů. Studenti, kteří nejvíce užívají marihuanu a hašiš opakovaně (tj. více než jednou), jsou ze 3. ročníku (38,4 %).



Graf 45: Zkušenosti studentů s marihuanou a hašišem – 1., 2. a 3. ročník

Na grafu 46 jsou zachyceny zkušenosti studentů s halucinogenními houbami v jednotlivých ročnících. Nejvíce s houbami experimentují studenti 1. ročníku a také se k nim nejvíce vracejí (9,0 %). Celkem vyzkoušelo houby 15,1 % studentů 1. ročníku.

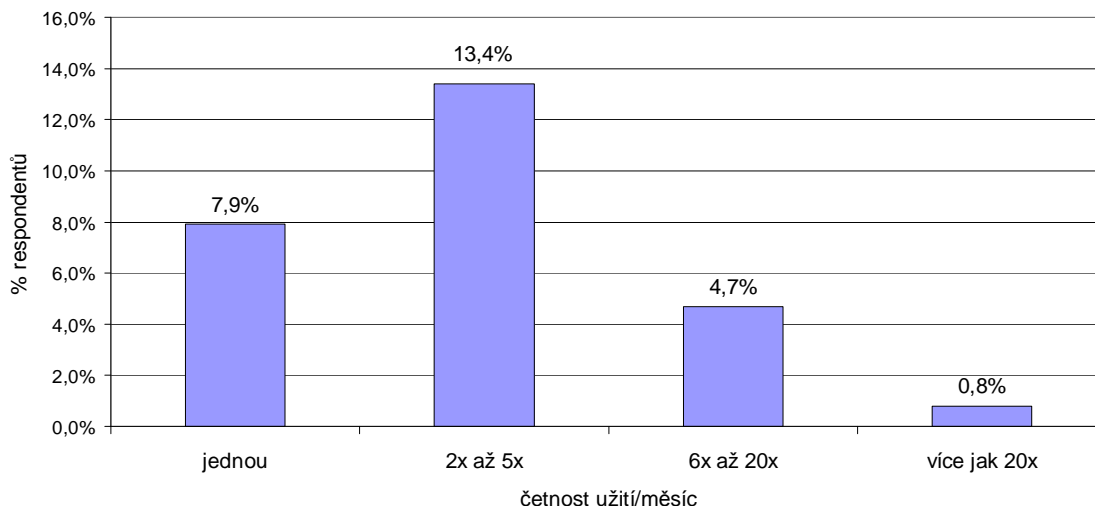


Graf 46: Zkušenosti studentů s houbami – 1., 2. a 3. ročník

V otázce č. 38 měli studenti uvést, jestli pravidelně užívají nějakou legální návykovou látku (káva, alkohol, tabák), a jak dlouhou dobu. Většina studentů tuto otázku buď vůbec nezodpověděla, případně nenapsala o jakou návykovou látku se jedná, nebo neuvedla dobu pravidelného užívání, a proto nebylo možné tuto otázku vyhodnotit. Důvodem, proč studenti tuto otázku nevyplnili, mohlo být zařazení této otázky v dotazníku do části, která se týkala užívání ilegálních návykových látek. Další pravděpodobná příčina může být také mínění studentů, že se nepovažují za pravidelné uživatele kávy, alkoholu nebo tabáku.

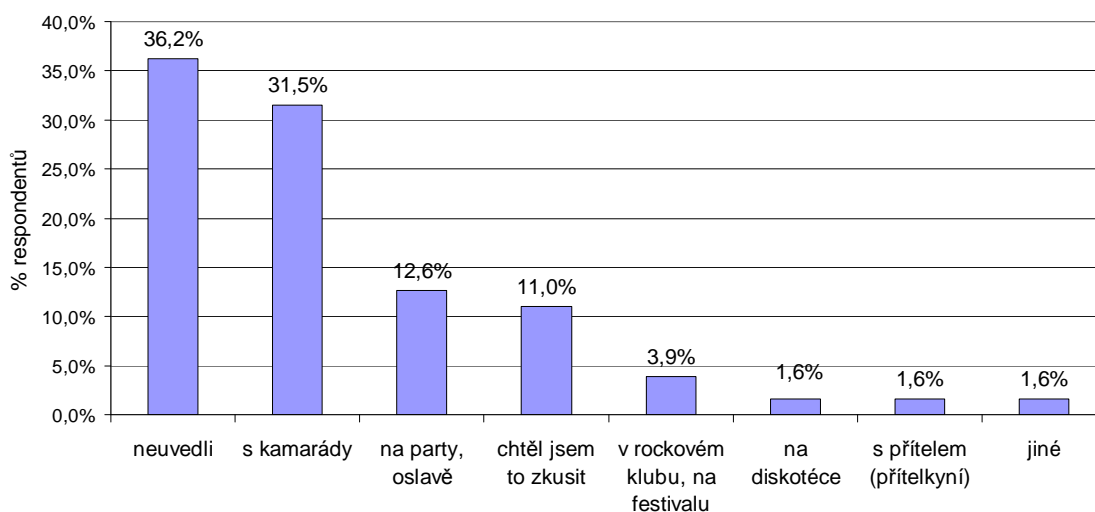
Další část dotazníku vyplňovali jen ti studenti, kteří mají zkušenost s nějakou ilegální návykovou látkou („drogově zkušení“). Poměrně velká část respondentů, kteří vyzkoušeli marihuanu nebo hašiš, nechala tyto otázky nevyplněné. Důvodem může být nevědění studentů, že cannabinoidy patří mezi ilegální návykové látky. Tito studenti se za drogově zkušené nepovažují, i když jimi ve skutečnosti jsou.

V otázce č. 37 studenti odpovídali na dotaz, zda užili během posledního měsíce některou z uvedených návykových látek. Ze 127 studentů, kteří jsou drogově zkušení, uvedlo 26,8 % respondentů marihuanu. Graf 47 zobrazuje četnost užití marihuany za poslední měsíc. Ostatní látky se vyskytovaly jen v ojedinělých případech – houby (2 studenti), hašiš (1 student), extáze (1 student) a léky (1 student).



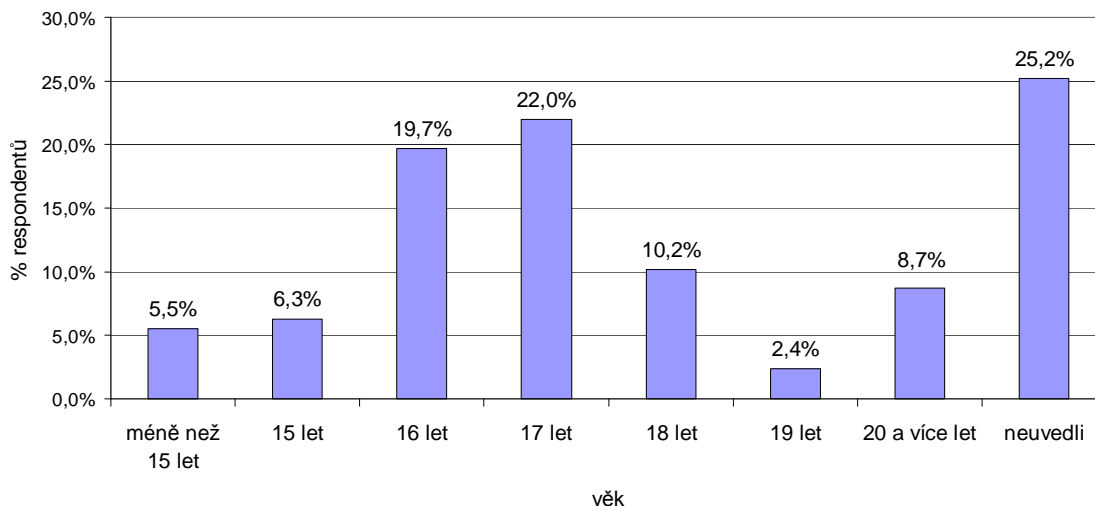
Graf 47: Užití marihuany během posledního měsíce

Snažili jsme se zjistit, za jakých okolností vyzkoušeli respondenti některou z uvedených ilegálních návykových látek (otázka č. 39). Výsledky ukazuje graf 48. Většina drogově zkušených nejčastěji uváděla místo nebo okolnost prvního kontaktu s návykovou látkou v partě s kamarády (31,5 %), na party či oslavě (12,6 %) nebo jen chtěli nějakou ilegální látku vyzkoušet (11,0 %). 36,2 % studentů ponechalo tuto otázku nevyplněnou.



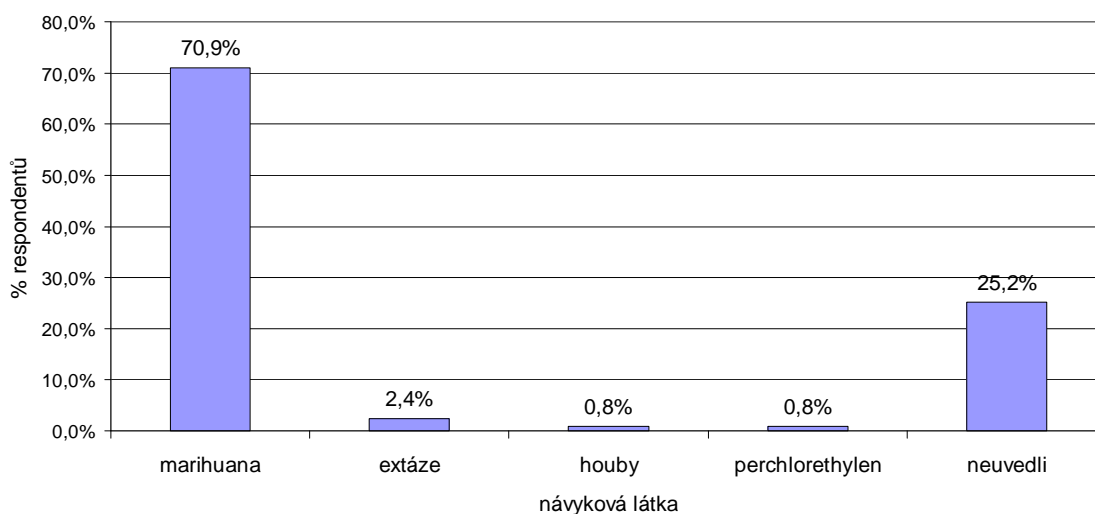
Graf 48: Místo nebo okolnost první zkušenosti s drogou

V otázce č. 40 uváděli respondenti svůj věk při první zkušenosti s nějakou ilegální látkou. Výsledky jsou zakresleny do grafu 49. Průměrný věk byl $16,9 \pm 1,8$ let a většina drogově zkušených studentů zkusila nějakou nelegální návykovou látku mezi 16. a 17. rokem (41,7 %). Část studentů tuto otázku nevyplnila (25,2 %).



Graf 49: Věk při první zkušenosti s drogou

V otázce č. 41 jsme se studentů ptali, jakou ilegální návykovou látku vyzkoušeli jako první. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu 50. Naprostá většina respondentů uvedla marihuanu (70,9 %). Stejně jako v předchozí otázce zůstaly některé dotazníky bez odpovědi (25,2 %).

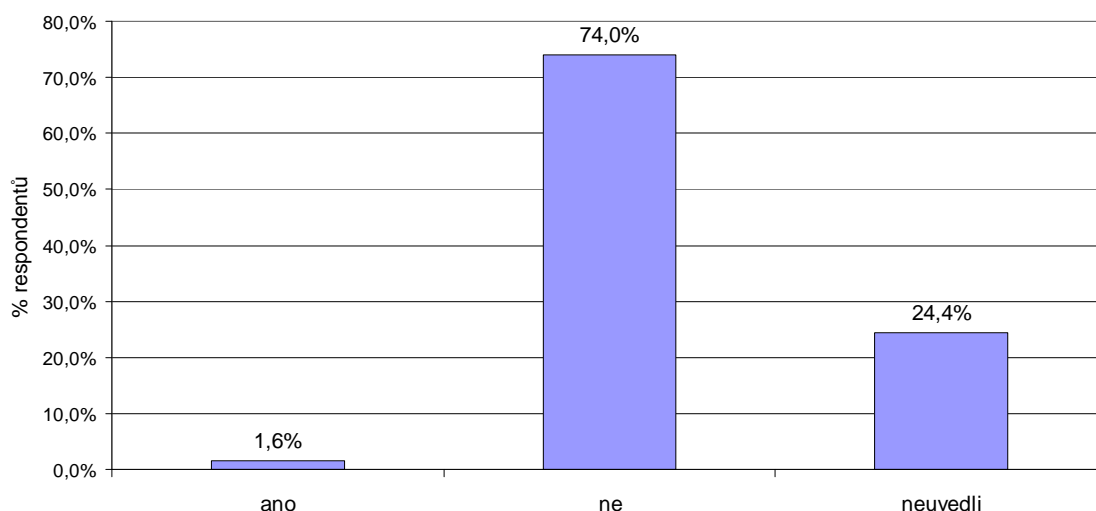


Graf 50: První zkušenost s drogou

Otázky č. 42 a 43 se týkaly injekčního užití některé návykové látky. Odpovědi studentů ukazuje graf 51. Ze všech drogově zkušených studentů vyzkoušeli injekční podání drogy dvě studentky (1,6 %), které studují stejný studijní program (Učitelství pro 2. stupeň základní školy) i obor (český a anglický jazyk). Věk první injekční aplikace návykové látky byl u první respondentky 17 let a nejspíše se jednalo o injekční aplikaci pervitinu, který užila tato studentka (21 let) více než 20krát. Další látky, které tato respondentka vyzkoušela a které přicházejí do úvahy pro injekční použití, jsou:

heroin (1krát); kokain (1krát); speed, fenmetrazin (6krát až 20krát). U druhé studentky (20 let), která zkusila první injekční aplikaci v 19 letech, se jednalo s největší pravděpodobností o kokain, který tato studentka vyzkoušela jen jednou. V otázce č. 36 uvedla opakované užití pouze u jedné návykové látky – houby (6krát až 20krát), které se aplikují perorálně.

Také nás zajímalo, zda studentky v případě injekční aplikace sdílí jehly (otázka č. 47). První studentka (21 let) uvedla sdílení jehel v minulosti po dobu několika let a v současné době již drogy neužívá. Druhá respondentka (20 let) jehly v současné době nesdílí a ani nikdy nesdílela.



Graf 51 : Injekční aplikace drog

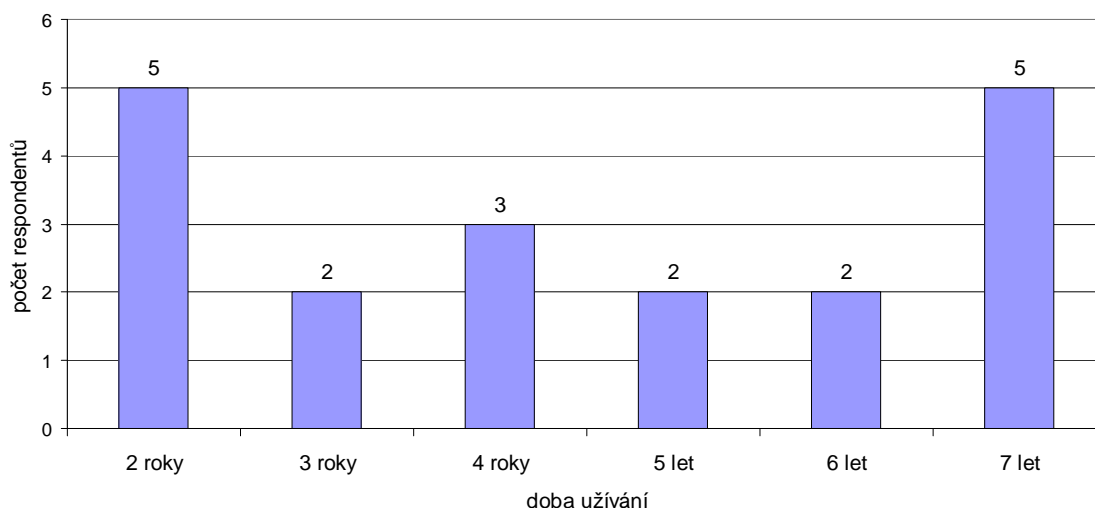
V další otázce č. 44 jsme se dotazovali studentů na drogu, kterou užívají jako tzv. základní, a jak si ji aplikují. Marihuanu jako základní drogu uvedlo 22 studentů (17,3 %) – 10 mužů a 12 žen, kteří ji kouří nebo ji požívají v různých pokrmech. Jedna studentka užívá jako základní drogu houby, které si aplikuje perorálně. Ostatní drogově zkušené studenti ponechali otázku nevyplněnou nebo uvedli odpověď „žádnou“.

Studenti také popisovali, jaké drogy volí jako náhradní a jak si je aplikují (otázka č. 45). Tři studenti (všichni tři muži) uvedli jako náhradní drogu alkohol, jedna studentka pervitin, který šnupe, další student si aplikuje perorálně nebo šňupáním extázi a jedna respondentka užívá jako náhradní drogu marihuanu, kterou kouří. Ostatní respondenti otázku nevyplnili nebo žádnou návykovou látku jako náhradní neužívají.

V otázce č. 46 měli respondenti uvést, kolikrát si aplikují drogu během jednoho týdne. Šest studentů a pět studentek, kteří užívají jako základní drogu marihuanu, si aplikují tuto látku 0 až 2krát do týdne. Jedna studentka užívá marihuanu 3krát do týdne a další student si aplikuje tutéž látku 5krát týdně.

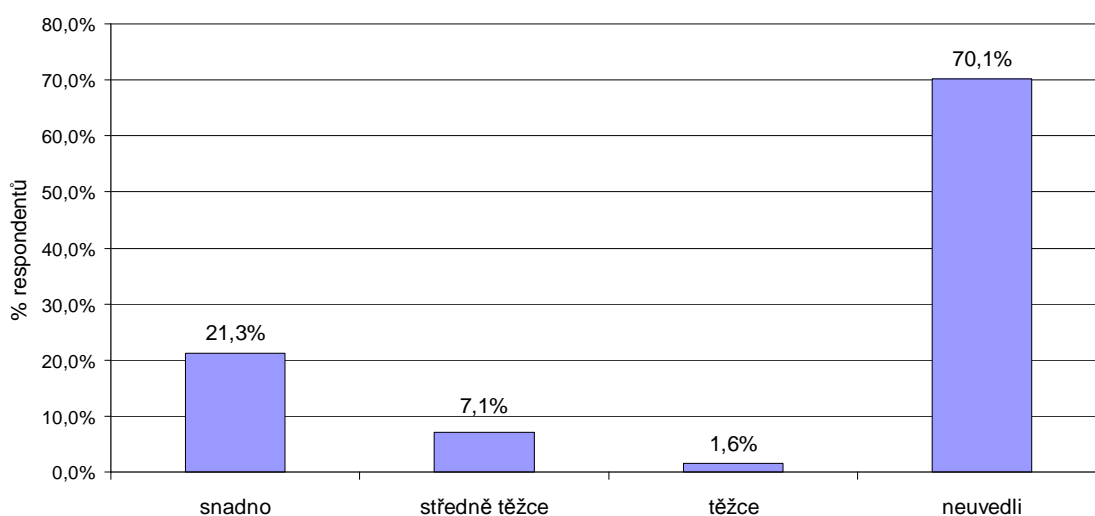
Rovněž jsme se studentů dotazovali, jak dlouho užívají pravidelně „měkké“ a „tvrdé“ drogy (otázka č. 48 a 49). Graf 52 ukazuje počet respondentů a dobu

pravidelného užívání „měkkých“ drog. Celkem uvedlo 19 studentů pravidelné užívání „měkkých“ drog po dobu od 2 do 7 let. Z předcházejících otázek vyplývá, že u všech těchto studentů se jedná o pravidelné užívání marihuany. Jedna studentka (21 let) užívá pravidelně kromě „měkkých“ drog (marihuany) také „tvrdé“ drogy (pervitin, který šnupe; nikdy ho neužila injekčně). Tato studentka si aplikuje 7 let jako základní drogu marihuanu a jako náhradní látku volí pervitin, který pravidelně užívá 5 let. Žádný student neuvedl v současné době pravidelnou injekční aplikaci drog.



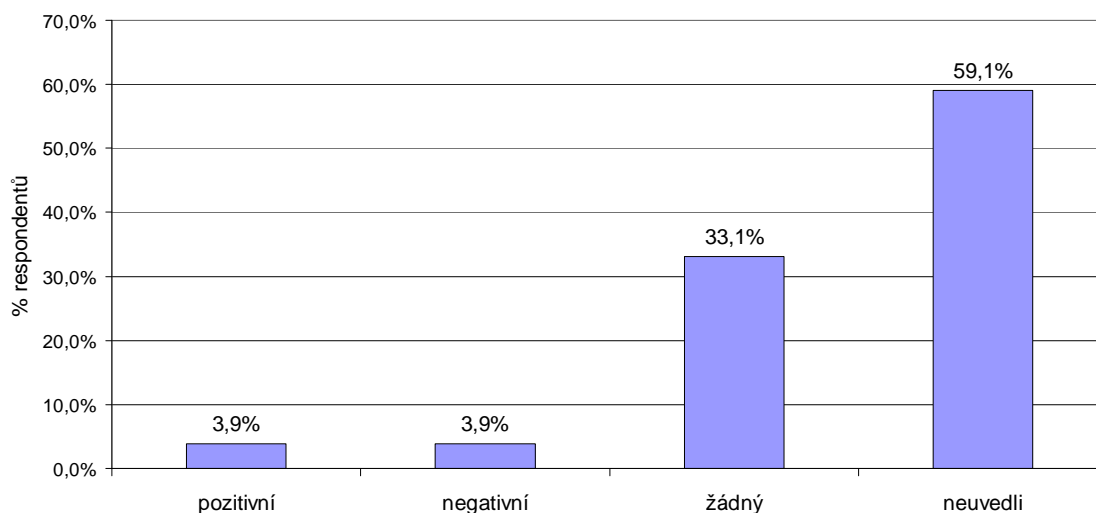
Graf 52: Doba pravidelného užívání marihuany

Jak je pro drogově zkušené studenty obtížné si obstarat ilegální návykové látky, zobrazuje graf 53 (otázka č. 51). Pro velkou část studentů je snadné si drogy obstarat (21,3 %). Většina studentů si drogy neobstarává, a proto neuvedla odpověď (70,1 %).



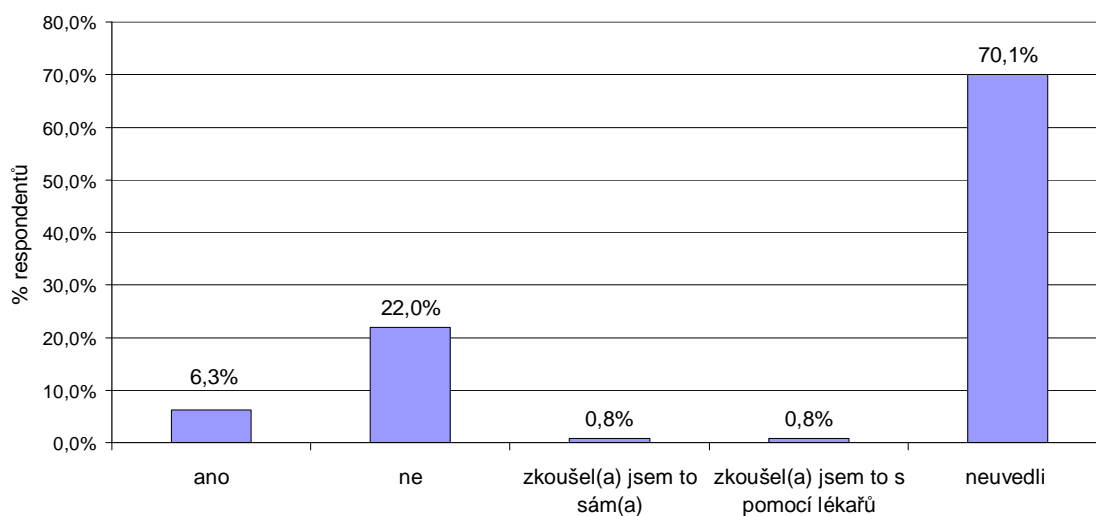
Graf 53: Obtížnost obstarávání drog

V otázce č. 52 studenti uváděli, zda se domnívají, že braní drog ovlivnilo jejich život v rodině nebo s přáteli. Výsledky ukazuje graf 54. Většina studentů si myslí, že užívání drog nemělo na jejich život vůbec žádný vliv (33,1 %). Stejně je zastoupení respondentů, kteří uvedli pozitivní nebo negativní ovlivnění jejich života v rodině nebo s přáteli (3,9 %).



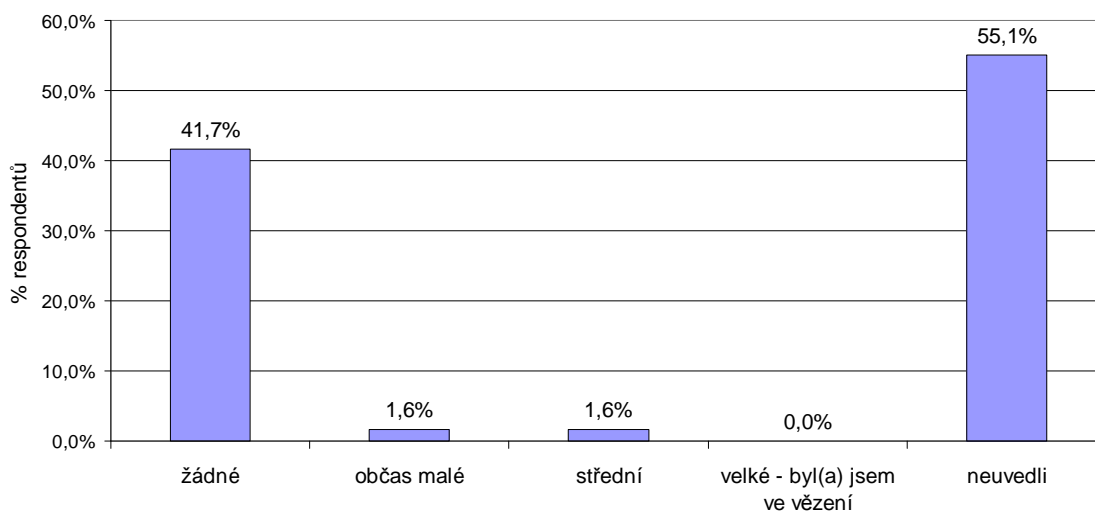
Graf 54: Vliv užívání návykových látek na život studentů

Snažili jsme se zjistit, zda by studenti chtěli s užíváním návykových látek skončit (otázka č. 53). Odpovědi respondentů jsou zobrazeny na grafu 55. Většina drogově zkušených nechce s užíváním návykových látek přestat (22,0 %).



Graf 55: Mínění studentů zda chtějí skončit s užíváním návykových látek

Další otázka č. 54 se týkala potíží studentů s policií ve spojení s užíváním ilegálních návykových látek. Naprostá většina žádné potíže neměla (41,7 %) a také nikdo z respondentů nebyl kvůli návykovým látkám ve vězení. Dva studenti uvedli občasné malé potíže s policií a další dva studenti měli střední potíže se zákonem.



Graf 56: Potíže studentů s policií ve spojení s užíváním návykových látek

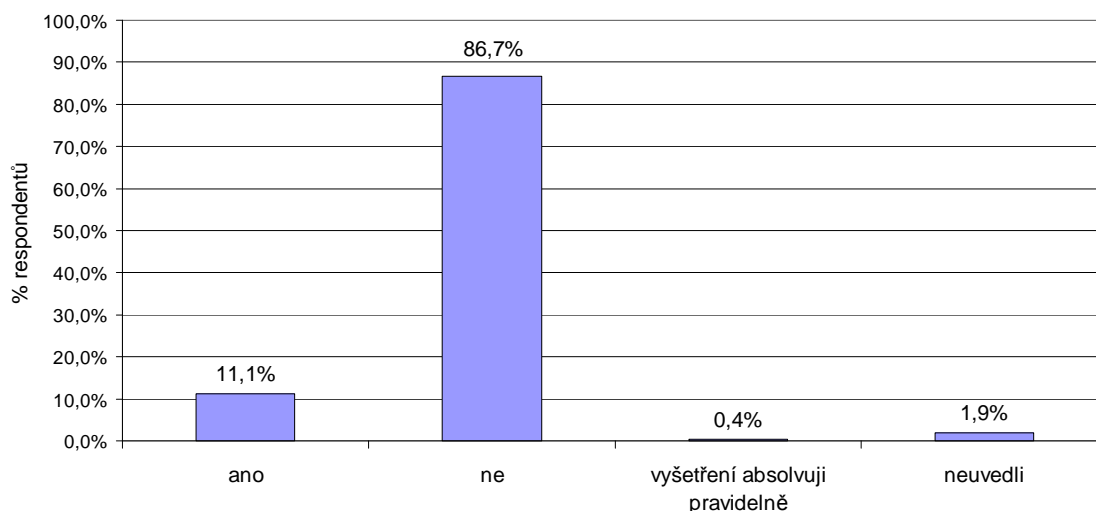
V otázce č. 55 a 56 jsme se studentů ptali, jestli se někdy léčili kvůli závislosti na návykových látkách nebo kvůli nemoci spojené s užíváním drog. Jedna studentka (21 let) se v minulosti léčila ze závislosti na drogách (nejspíše ze závislosti na pervitinu – injekční aplikace) a také v souvislosti s užíváním návykových látek se léčila s toxickou psychózou a depresemi. Tato studentka v současné době úspěšně abstínuje a užívá antidepresiva.

3.2.5 Virová hepatitida a HIV/AIDS

V této části dotazníku jsme zjišťovali, kolik studentů podstoupilo vyšetření na virovou hepatitidu a HIV/AIDS, jaké byly výsledky testů a jaký vliv měly pozitivní výsledky na chování respondentů. Možnost nákazy těmito nemocemi je vysoce riziková, především při injekční aplikaci návykových látek a při nechráněném sexuálním kontaktu.

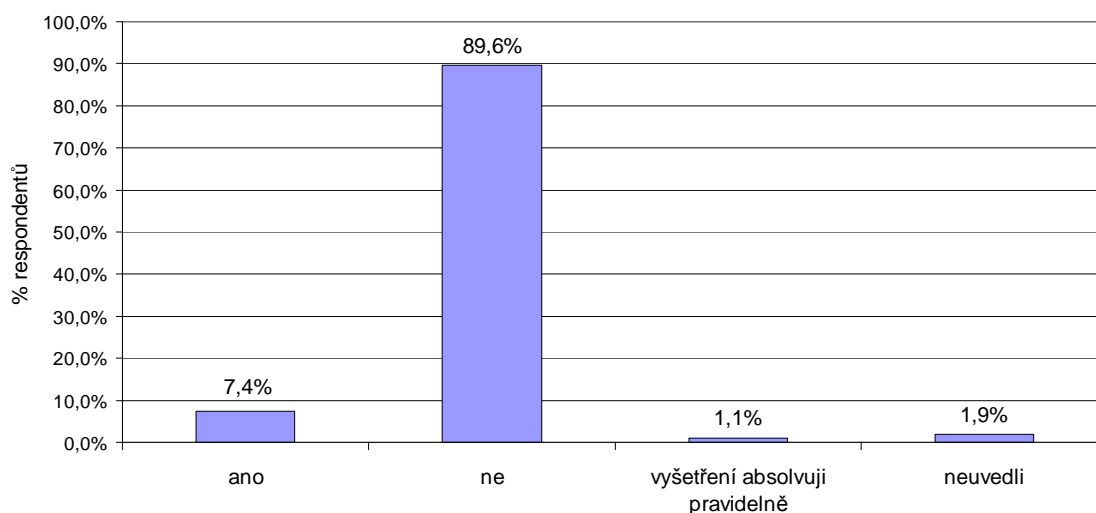
Studenti uváděli, zda byli někdy vyšetřeni na virové hepatitidy a s jakým výsledkem (otázka č. 57 a 58). Odpovědi studentů ukazuje graf 57. Vyšetření v minulosti absolvovalo 11,1 % studentů a 0,4 % absolvuje vyšetření pravidelně při dárcovství krve. Vyšetření ukázalo pozitivní výsledky na hepatitidu typu B u jednoho studenta, u kterého nevíme, zda v minulosti užil drogu injekčně (otázku č. 42

nevyplnil). Tento student v další otázce uvedl, že pozitivita na tuto infekci neměla vliv na jeho chování. Jeden student si výsledky nevyzvedl.



Graf 57: Vyšetření na virové hepatitidy

V posledních dvou otázkách (č. 60 a 61) jsme zjišťovali, jestli byli studenti někdy v minulosti vyšetřeni na HIV/AIDS a s jakým výsledkem. Odpovědi respondentů ukazuje graf 58. Vyšetření absolvovalo v minulosti 7,4 % studentů a pravidelně absolvoje vyšetření 1,1 % respondentů. Vyšetření ukázalo u všech studentů negativní výsledky. Ze studentů, kteří absolvují vyšetření pravidelně, se nechávají vyšetřit 3krát do roka dva studenti a 1krát do roka absolvoje vyšetření jeden student.



Graf 58: Vyšetření na HIV/AIDS

4 DISKUSE

4.1 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ U 1., 2. A 3. ROČNÍKU

V této kapitole shrneme některé podstatné odlišnosti v názorech a zkušenostech s návykovými látkami mezi studenty 1., 2. a 3. ročníku a pokusíme se nastínit jejich možné příčiny. Větší rozdíly můžeme pozorovat hlavně mezi respondenty 1. a 3. ročníku, kde velkou roli v postojích a zkušenostech s návykovými látkami hraje vyšší věk u studentů 3. ročníku.

Dalším důležitým faktorem je také mnohem větší zastoupení studentů ze 3. ročníku pocházejících z větších měst nad 10 000 obyvatel – 52,1 %. Zatímco respondenti z 1. a 2. ročníku žijí ve velkých městech jen v 38,8 % a 43,5 % případů. Na zkušenosti studentů s návykovými látkami mohou mít též vliv jejich finanční možnosti. Více než polovina respondentů 3. ročníku – 51,4 % může utratit „za co chce“ více než 200 Kč týdně. Naproti tomu u studentů 1. a 2. ročníku tvoří tuto skupinu jen 42,4 % a 32,8 % respondentů. Životní styl studentů významně ovlivňuje i to, zda žijí ve společné domácnosti s rodiči. Studenti 1. ročníku žijí s rodiči častěji – 87,7 % než respondenti ze 3. ročníku – 74,0 %, kteří více bydlí s přáteli, s partnerem nebo sami.

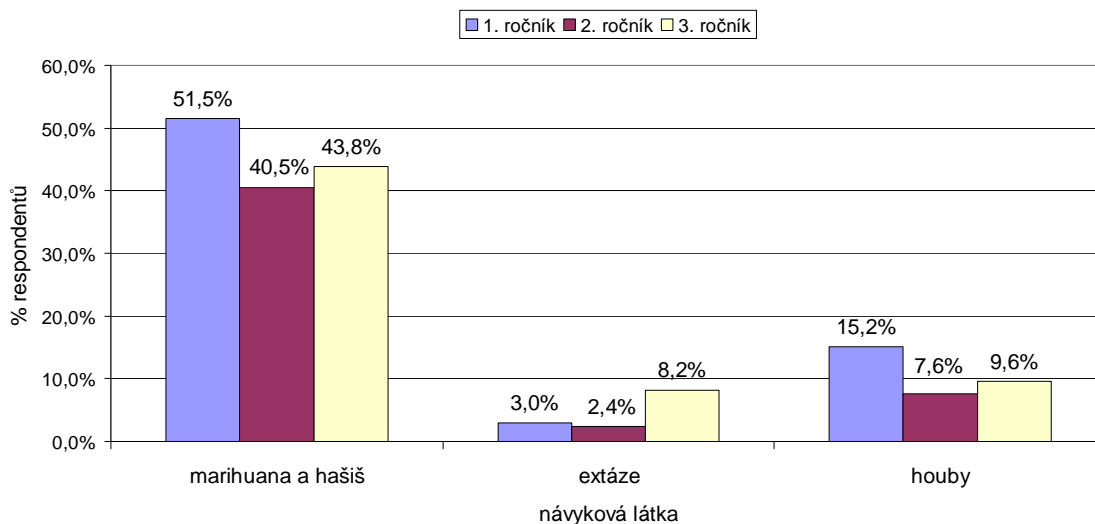
Výraznější rozdíly mezi 1., 2. a 3. ročníkem jsou patrné v užívání legálních návykových látek – tabáku a alkoholu. Nejvíce kuřáků najdeme mezi studenty 3. ročníku, kde celkem kouří 35,6 % respondentů, zatímco v 1. a 2. ročníku tvoří skupinu kuřáků 27,3 % a 25,2 %. Respondenti ze 3. ročníku pijí alkohol několikrát do týdne ve 20,5 % případů a jedna studentka konzumuje alkoholické nápoje dokonce každý den. V 1. a 2. ročníku pije alkohol několikrát týdně jen 12,1 % a 10,7 % studentů.

Zajímavé jsou rozdíly ohledně znalosti nějaké protidrogové instituce, která může pomoci mladým lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami. Studenti 3. ročníku znají nějakou protidrogovou instituci jen ve 38,2 % případů, zatímco studenti 1. a 2. ročníku uvedli nějakou instituci mnohem častěji – 72,7 % a 65,6 %. Z tohoto pohledu můžeme považovat respondenty 3. ročníku za méně informované, přestože se častěji považují za dobře informované ohledně návykových látek a také častěji obdrželi informace o drogách od učitelů ve škole. Otázkou zůstává důvod, proč jsou studenti 3. ročníku méně informovaní o protidrogových institucích. Příčinou může být v minulosti chybějící nebo špatně vedená protidrogová prevence na středních školách. Také mohlo dojít ke změnám učebních osnov, které studenty 3. ročníku ještě nepostihly.

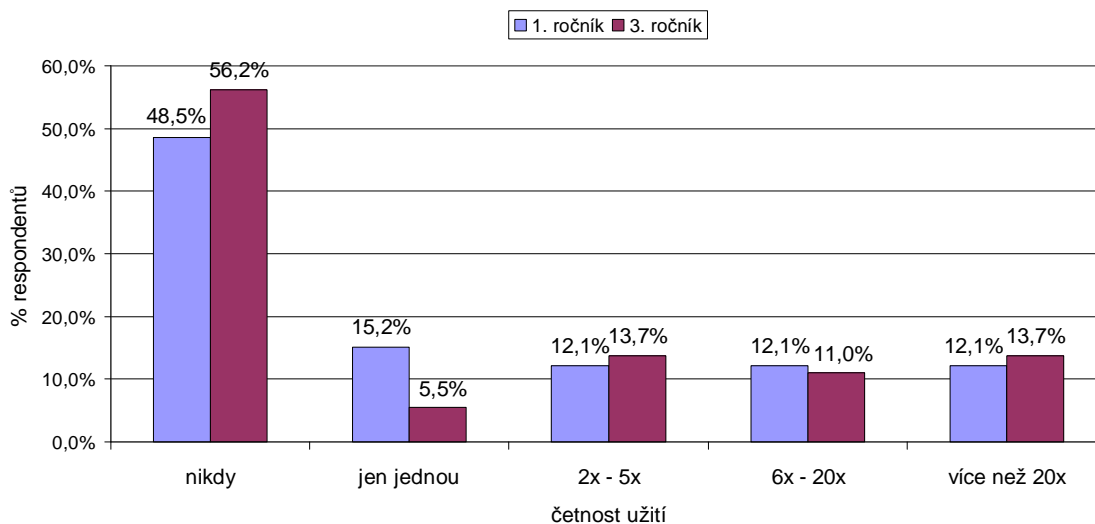
Odlišnosti můžeme vidět při srovnání zkušeností studentů s některými ilegálními návykovými látkami (graf 59). Nejvíce zkušeností s marihuanou a hašišem mají respondenti 1. ročníku – 51,5 %. Ve 2. a 3. ročníku vyzkoušelo marihuanu a hašiš 40,5 % a 43,8 % studentů. Četnost užití marihuany a hašiše více než 6krát je mezi 1. a

3. ročníkem velmi podobná (1. ročník – 24,2 %, 3. ročník – 24,7 %), u 1. ročníku vidíme na grafu 60 nárůst studentů, kteří experimentovali s těmito látkami pouze jednou – 1. ročník 15,2 %, 3. ročník – 5,5 %.

Mezi studenty 1. ročníku je také nejvíce experimentátorů s houbami – 15,2 %. Houby pak ze 2. a 3. ročníku zkusilo 7,6 % a 9,6 % respondentů. Naproti tomu s extází experimentují více studenti 3. ročníku – 8,2 % na rozdíl od studentů 1. a 2. ročníku. U ostatních nelegálních látek nebyly mezi ročníky větší rozdíly.



Graf 59: Zkušenosti studentů s vybranými návykovými látkami – 1. 2. a 3. ročník



Graf 60: Zkušenosti studentů s marihuanou a hašišem – 1. a 3. ročník

Průměrný věk studentů při první zkušenosti s cigaretou a při první konzumaci alkoholu je přibližně stejný – $14,2 \pm 2,9$ let a $14,5 \pm 3,4$ let. Výrazně vyšší je průměrný věk první zkušenosti s ilegální návykovou látkou – $16,9 \pm 1,8$ let. Při porovnání jednotlivých ročníků mají nejnižší průměrný věk při prvním experimentu s ilegální

látkou studenti 1. ročníku – $16,5 \pm 1,8$. U respondentů 2. a 3. ročníku je tento průměrný věk o něco vyšší a v obou případech stejný – $17,1 \pm 1,8$.

4.2 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI STUDIEMI

4.2.1 Porovnání výsledků s jinými studii na vysokých školách v ČR

Na tomto místě bychom chtěli porovnat výsledky naší studie realizované ve školním roce 2005/2006 na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové (PeF UHK) s výsledky dvou průzkumů, které byly uskutečněny ve školním roce 2004/2005 mezi studenty na stejné vysoké škole a na Pedagogické fakultě Technické univerzity v Liberci (PeF TUL). Obě studie byly realizovány formou dotazníkového šetření v rámci diplomové práce. První studie provedená na PeF UHK (2004/2005) se zúčastnilo 121 respondentů 1. a 3. ročníku prezenčního studia a u druhého šetření na PeF TUL vyplnilo dotazník 143 studentů 1. ročníku též prezenční formy studia [Machková, 2005], [Kučera, 2005].

Porovnání výsledků ohledně kouření cigaret ukazuje tabulka 12, kde největší počet kuřáků – 33,8 % vidíme ve studii z PeF UHK realizované v předloňském školním roce. Současně najdeme v tomto šetření také největší zastoupení pravidelných kuřáků – 9,9 %. Naopak nejmenší počet kuřáků a také nejméně pravidelných kuřáků je mezi studenty PeF TUL – 26,6 % a 5,6 %.

	nekouřím vůbec	kouřil jsem, ale už jsem přestal	kouřím, ale jen výjimečně	kouřím občas, nepravidelně	kouřím pravidelně
PeF UHK (2005/2006)	63,7%	7,8%	13,0%	7,8%	7,8%
PeF UHK (2004/2005)	57,0%	9,1%	10,7%	13,2%	9,9%
PeF TUL (2004/2005)	65,7%	7,7%	11,2%	9,8%	5,6%

Tabulka 13: Porovnání kouření cigaret

Zda mají studenti možnost obstarat si nějakou ilegální návykovou látku ve škole, jsme srovnávali v tabulce 13 na následující stránce. Tyto látky jsou nejvíce dostupné (snadno nebo obtížně) na PeF TUL pro 23,8 % respondentů. Tento výsledek je zajímavý především z důvodu nízkého výskytu užití ilegálních návykových látek u studentů této školy oproti výsledkům na PeF UHK ve školním roce 2004/2005. Studenti PeF TUL mají zkušenost s některou drogou v 55,0 % případů, zatímco respondenti ze studie na PeF UHK (2004/2005) vyzkoušeli nějakou látku v 69,4 % případů. Nejméně studentů,

kteří experimentovali s ilegálními látkami najdeme v našem průzkumu na PeF UHK (2005/2006) – 47,0 %.

	ano, poměrně snadno	ano, ale je to dost obtížné	asi ne	určitě ne	nevím
PeF UHK (2005/2006)	14,9%	7,4%	5,6%	0,7%	71,4%
PeF UHK (2004/2005)	14,0%	3,3%	11,6%	0,0%	71,1%
PeF TUL (2004/2005)	17,5%	6,3%	16,8%	4,2%	55,2%

Tabulka 14: Porovnání dostupnosti ilegálních návykových látek ve škole

Tabulka 14 zobrazuje porovnání zkušeností studentů s marihuanou a hašišem. Výsledky jsou výrazně odlišné především v případě souboru PeF UHK (2004/2005), kde je největší zastoupení studentů, kteří mají zkušenost s touto látkou – 67,8 %. V tomto souboru najdeme i velký počet studentů, kteří marihuanu a hašiš zkouší opakovaně (více než 20krát) – 19,0 %, zatímco v našem souboru je takových respondentů přibližně polovina – 10,4 %. Nejméně experimentují s marihuanou a hašišem studenti PeF UHK (2005/2006) – 44,1 %. Ve všech třech studiích je marihuana nejčastější zkoušená ilegální látka.

	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
PeF UHK (2005/2006)	55,9%	10,7%	13,0%	10,0%	10,4%
PeF UHK (2004/2005)	32,2%	12,4%	23,2%	13,2%	19,0%
PeF TUL (2004/2005)	52,1%	15,0%	18,6%	7,1%	7,1%

Tabulka 15: Porovnání užití marihuany a hašiše

Do následující tabulky 15 je zakresleno porovnání zkušeností studentů s vybranými ilegálními návykovými látkami. V případě extáze, pervitinu a LSD mají nejvíce zkušeností opět respondenti souboru PeF UHK 2004/2005: extáze – 12,4 %, pervitin – 7,4 %, LSD – 7,4 %. S houbami a ředidly nejvíce experimentují studenti z naší studie: houby – 10,0 %, ředidla – 3,7 %.

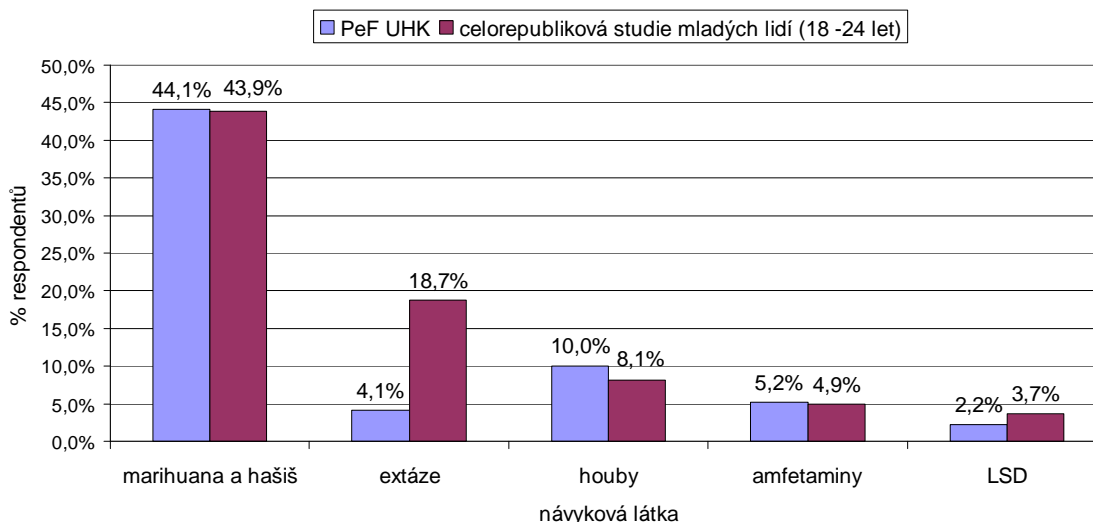
	extáze	houby	pervitin	LSD	ředidla
PeF UHK (2005/2006)	4,1%	10,0%	3,3%	2,2%	3,7%
PeF UHK (2004/2005)	12,4%	7,4%	7,4%	7,4%	2,5%
PeF TUL (2004/2005)	4,9%	7,7%	1,4%	3,5%	0,7%

Tabulka 16: Porovnání užití vybraných návykových látek

4.2.2 Porovnání výsledků s obecnou populací mladých lidí v ČR a se situací v zemích EU

Výsledky našeho dotazníkové šetření provedeného mezi studenty PeF UHK jsme také srovnávali s výsledky poslední studie monitorující situaci v obecné populaci mladých lidí ve věku 18 až 24 let v ČR – Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR. Tuto studii realizoval v roce 2004 Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ve spolupráci se společností INRES-SONES a NMS. Jednalo se o dotazníkové šetření, provedené metodou strukturovaných rozhovorů.

Porovnání výsledků o užití nelegálních návykových látek této studie a našeho dotazníkového průzkumu zobrazuje graf 61. V případě marihuany a hašiše, amfetaminů a LSD jsou naše výsledky velmi podobné celorepublikovým výsledkům u mladých lidí ve věku od 18 do 24 let. Odlišnost můžeme pozorovat především u extáze, kde je zkušenost s touto látkou u studentů PeF UHK výrazně nižší – 4,1 % než v případě celorepublikové studie – 18,7 %. Méně výrazný rozdíl můžeme vidět u hub, kde mají o něco větší zkušenost s těmito látkami studenti PeF UHK – 10,0 %, zatímco v celorepublikové studii vyzkoušelo halucinogenní houby 8,1 % mladých lidí [Mravčík, 2005].



Graf 61: Porovnání užití vybraných návykových látek

Situaci užívání nelegálních návykových látek v rámci zemí Evropské unie sleduje Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA³), které pravidelně vydává Výroční zprávy o stavu drogové problematiky v Evropě. Data, která jsme získali z Výroční zprávy za rok 2006, a která se týkají užívání nelegálních návykových látek u mladých lidí ve věku od 15 do 24 let, jsou zobrazeny v tabulce 16.

³ The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Ve všech evropských zemích představuje nejužívanější nelegální látku marihuana, přičemž jsou mezi jednotlivými státy značné rozdíly. Nejčastěji (kolem 40 %) mají zkušenosti s touto látkou mladí lidé v České republice, Německu, Francii, Dánsku, Velké Británii a Španělsku. Naopak v Řecku, Litvě, Lotyšsku, Polsku, Finsku a Norsku je užití marihuany mezi mladými lidmi rozšířeno daleko méně – jen kolem 20 %.

Amfetaminy a extáze jsou po konopí nejčastěji zkoušenými nelegálními látkami, i když celková prevalence jejich užívání je nižší než u konopí. Z členských států EU se míra užívání amfetaminů a extáze u mladých lidí zdá být poměrně vysoká pouze v několika málo zemích, a to ve Velké Británii (amfetaminy – 12,3 %, extáze – 11,0 %), Dánsku (amfetaminy – 10,9 %) a České republice (extáze – 18,7 %).

V některých zemích můžeme pozorovat také nezanedbatelné procento mladých, kteří experimentují s kokainem: Velká Británie – 9,0 % a Španělsko – 7,7 %. V České republice je frekvence užívání kokainu nízká, potvrzuje to i naše studie mezi vysokoškolskými studenty, kde má s touto látkou zkušenost jen 2,2 % respondentů. Malá prevalence této látky je u nás pravděpodobně způsobena přítomností podobně působícího a mnohem levnějšího pervitinu [EMCDDA, 2006].

	marihuana	kokain	amfetaminy	extáze	LSD
Česká republika, 2004	43,9%	2,1%	4,9%	18,7%	3,7%
Německo, 2003	43,0%	4,7%	6,0%	6,3%	3,3%
Francie, 2002	42,5%	1,1%	0,0%	2,0%	0,6%
Dánsko, 2000	40,9%	4,7%	10,9%	4,1%	1,6%
Velká Británie, 2004	40,4%	9,0%	12,3%	11,0%	4,5%
Španělsko, 2003	38,0%	7,7%	3,8%	8,6%	-
Nizozemsko, 2001	34,2%	5,5%	6,4%	9,4%	1,6%
Rakousko, 2004	29,7%	2,9%	3,7%	5,2%	1,8%
Slovensko, 2004	29,6%	1,0%	1,3%	7,8%	-
Itálie, 2003	27,3%	5,2%	1,5%	2,6%	3,0%
Maďarsko, 2003	25,3%	1,4%	5,9%	7,9%	4,2%
Norsko, 2004	23,4%	3,4%	5,3%	3,4%	0,8%
Lotyšsko, 2003	22,9%	1,4%	6,0%	6,2%	2,8%
Finsko, 2004	21,1%	2,2%	3,7%	3,3%	1,3%
Polsko, 2002	18,6%	1,8%	5,2%	2,2%	3,5%
Litva, 2004	15,7%	0,7%	2,6%	2,6%	0,7%
Řecko, 2004	9,0%	0,6%	0,2%	0,4%	0,5%

Tabulka 17: Užití vybraných návykových látek v zemích EU u mladých lidí od 15 do 24 let

5 ZÁVĚR

Pomocí tohoto dotazníkového průzkumu jsme se snažili zhodnotit postoje, informovanost a názory prezenčních studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové na drogovou problematiku. Současně jsme se pokusili zjistit a vyhodnotit vlastní zkušenosti respondentů s legálními i ilegálními návykovými látkami. Porovnávali jsme výsledky mezi 1., 2. a 3. ročníkem a také nás zajímalo srovnání našeho dotazníkového šetření s jinými studii na vysokých školách v ČR a vyhodnocení rozdílů mezi studenty PeF UHK a obecnou populací mladých lidí v ČR. Součástí této práce je i zmapování situace užívání vybraných návykových látek v zemích EU mezi mladými lidmi.

V případě legálních návykových látek – tabáku a alkoholu, jsme došli k relativně uspokojivým výsledkům. Ze všech studentů PeF UHK kouří 28,6 % respondentů, z nichž jen malá část (7,8 %) jsou pravidelnými kuřáky. Muži vykouří za týden více cigaret než ženy a nejvíce kouří studenti 3. ročníku. Podobná byla situace i v případě jiných průzkumů na vysokých školách (PeF TUL 2004/2005 a PeF UHK 2004/2005). Alkoholické nápoje pije několikrát do týdne 13,7 % respondentů a více pijí alkohol opět studenti 3. ročníku.

Nějakou ilegální návykovou látku vyzkoušelo 47,0 % respondentů, z nichž 44,1 % experimentovalo s konopnými látkami, které představují nejoblíbenější drogu v ČR i v jiných evropských zemích. Výsledky užívání nelegálních látek v naší studii jsou podobné celorepublikovému průzkumu v obecné populaci mladých lidí. Výraznější odlišnost je pouze v případě extáze, se kterou mají studenti PeF UHK menší zkušenosti. Druhou nejčastěji zkoušenou látku představují halucinogenní houby, které vyzkoušelo 10,0 % respondentů. Další látky, se kterými mají studenti zkušenosti, jsou: léky, ředidla, extáze a pervitin. S ilegálními látkami experimentují nejčastěji respondenti 1. ročníku, zatímco legální látky – tabák a alkohol užívají nejvíce studenti ze 3. ročníku.

Studenti se považují ohledně návykových látek většinou za dobře nebo částečně dobře informované, avšak část studentů (především z 1. ročníku) si neuvědomuje velkou nebezpečnost ředidel a rozpouštědel. Většina respondentů 3. ročníku také nezná žádnou protidrogovou instituci, která může pomoci mladým lidem, kteří mají problémy s drogami. Informovanost studentů by mohla být lepší, zvláště pokud si uvědomíme budoucí roli studentů jako učitelé na středních a základních školách.

6 SOUHRN

Tato diplomová práce je zaměřena na zkušenosti, názory a postoje k legálním i ilegálním návykovým látkám u studentů oboru Učitelství pro 2. stupeň základní školy a Učitelství pro střední školy na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Celkem vyplnilo dotazník 270 studentů prezenčního studia, z toho 66 studentů 1. ročníku, 131 studentů 2. ročníku a 73 studentů 3. ročníku. V souboru dotazovaných studentů bylo zastoupeno 193 žen a 77 mužů. Většina respondentů byla ve věkovém rozmezí 20 až 22 let (75,9 %) a průměrný věk byl $21,2 \pm 1,9$ let. Nejvíce studentů žije ve větších městech nad 10 000 obyvatel (44,6 %). Pokud jde o finanční možnosti studentů, více než polovina (52,6 %) z nich uvedla, že může za týden libovolně utratit 50 až 200 Kč.

Ze všech studentů kouří pravidelně, občas nebo výjimečně 28,6 % respondentů a za pravidelné kuřáky se považuje 7,8 % studentů. Největší zastoupení kuřáků bylo ve 3. ročníku (35,6 %), ale nejpočetnější skupina pravidelných kuřáků se vyskytla v 1. ročníku (10,6 %). Průměrný věk při první zkušenosti s kouřením a s konzumací alkoholu byl $14,2 \pm 2,9$ let a $14,5 \pm 3,4$ let. Většina studentů konzumuje alkohol několikrát za měsíc (46,7 %) a několikrát týdně pije alkoholické nápoje 13,7 % respondentů.

Studenti se považují ohledně návykových látek většinou za dobře (33,1 %) nebo částečně dobře informované (53,5 %), avšak část studentů především z 1. ročníku si neuvědomuje velkou nebezpečnost ředidel a rozpouštědel. Většina respondentů 3. ročníku (61,8 %) také nezná žádnou protidrogovou instituci, která může pomoci mladým lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami. Dostupnost drog v místě bydliště je pro více než polovinu studentů poměrně snadná (56,0 %). Zda je možné sehnat ilegální návykové látky ve škole, naprostá většina studentů neví (71,4 %).

S některou nelegální látkou má zkušenost 47,0 % respondentů, z nichž 44,1 % experimentovalo s marihuanou a hašišem a během posledního měsíce užilo tuto látku 12,6 % studentů. Druhou nejčastěji zkoušenou látku představovaly halucinogenní houby, které vyzkoušelo 10,0 % respondentů. Další látky, se kterými mají studenti zkušenosti, jsou: léky (4,8 %), extáze (4,1 %), ředidla (3,7 %) a pervitin (3,3 %). S ilegálními látkami experimentují nejvíce respondenti 1. ročníku (56,1 %). Průměrný věk při prvním kontaktu s nelegální látkou byl $16,9 \pm 1,8$ let.

7 SUMMARY

This graduation theses – “Attitudes and Experiences of University of Hradec Kralove’s Students with Addictive Substances” is aimed for experiences, views and attitudes of university students with legal and illegal addictive substances, namely of students of *Pedagogy for a primary school of the second degree* and *Pedagogy for a secondary school* at the Faculty of Education of University of Hradec Kralove. The study involved 270 full time students, of which 66 were 1st year students, 131 were 2nd year students and 73 were 3rd year students. There were 193 women and 77 men in this study. Majority of students (75.9 %) were aged between 20 and 22 years with the average age of 21.2 ± 1.9 years. The most of students (44.6 %) live at towns with more than 10 000 inhabitants. In respect of financial possibilities of the students more than half of them (52.6 %) can spend between 50 to 200 CZK per week.

In this study there were the regular, facultative and rare smokers – 28.6 %, while 7.8 % students considered themselves to be regular smokers. The largest representation of the smokers was in the 3rd degree (35.6 %) but the most numerous group of the regular smokers occurred in the 1st degree (10.6 %). The average age of the first experience with smoking and drinking alcohol was 14.2 ± 2.9 years and 14.5 ± 3.4 years. The majority of students (46.7 %) drink alcohol several times a month and 13.7 % of students a few times per week.

The most of the students considered themselves well-informed (33.1 %) or partially well-informed (53.5 %) about addictive substances, however a part of respondents mainly from the 1st degree is not aware of dangerous consequences of diluents and dissolvents. Also the majority of 3rd year students (61.8 %) are not informed of rehab centres of secondary or tertiary drug prevention which may help young people with problems of addictive substances. Over a half of students (56.0 %) can easily obtain illegal addictive substances in their town. Absolute majority of respondents (71.4 %) admitted that they don’t know what the situation is like at their school.

About half of students (47.0 %) had an experience with some illegal addictive substance, most of whom (44.1 %) had experimented with marihuana and hashish. The hallucinogenic mushrooms were the second most frequently experienced drug, tried by 10.0 % of the students. Others substances that students assigned: pharmaceuticals (4.8 %), ecstasy (4.1 %), diluents (3.7 %) and methamphetamine – “pervitin” (3.3 %). The most students from the 1st degree (56.1 %) had experience with illegal addictive drug. The average age of the first experience with illegal drug was $16.9 \pm 1,8$ years.

8 SEZNAM ZKRATEK

cAMP – cyclic adenosinmonophosphate; cyklický adenosinmonofosfát

CDP-PL – Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

ČLS JEP – Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně

EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction;
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

GABA – gammaaminobutyric acid; kyselina γ -aminomáselná

LSD – lysergic acid diethylamide; diethylamid kyseliny lysergové

MAO – enzym monoaminoxydáza

MDMA – 3,4-methyldioxy-N-methylmetamfetamin

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

NMS – výzkumná agentura Network Media Service, s.r.o.

PCP – phenylcyclohexylpiperidin

PeF TUL – Pedagogická fakulta Technické univerzity v Liberci

PeF UHK – Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

SSRI – selective serotonin reuptake inhibitors; Selektivní inhibitory zpětného
vychytávání serotoninu

THC – delta-9-trans-tetrahydrocannabinol

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – World Health Organization; Mezinárodní zdravotnická organizace

9 POUŽITÁ LITERATURA

[Bečková, 1999]

BEČKOVÁ, I. – VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999.

[Boldiš, 2004a]

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3.

[on line]. [cit. 20.2. 2007]. 2004.

<www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>.

[Boldiš, 2004b]

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu*. Verze 3.0.

[on line]. [cit. 20.2. 2007]. 2004.

<www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.

[Čupka, 2005]

ČUPKA, J. et al. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře*.

[on line]. [cit. 28.1. 2007]. CDP-PL⁴, 2005.

<www.svl.cz/Files/nastenka/page_3894/Version1/DP_koureni.pdf>.

[EMCDDA, 2006]

EMCDDA⁵. *Výroční zpráva za rok 2006 – stav drogové problematiky v Evropě*.

[on line]. [cit. 15.3. 2007]. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství, 2006. s. 39, 50.

<www.ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-cs.pdf>.

<www.stats06.emcdda.europa.eu/en/elements/gpstab15-en.html>.

[Fišar, 2006]

FIŠAR, Z. Fytokanabinoidy. *Chemické listy*. roč. 100. č. 4. [on line]. [cit. 15.2. 2007].

Česká společnost chemická, 2006. s. 233 – 242.

<www.vscht.cz/chem_listy/docs/full/2006_04_233-242.pdf>.

⁴ Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

⁵ The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

[Fišerová, 2007]

FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí.*

[on line]. [cit. 26.1.2007].

<www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>.

[Hubík, 1989]

HUBÍK, J. et al. *Obecná farmakognosie II. Sekundární látky.* 3. vyd. Praha: SPN, 1989, s. 185 – 189.

[Hůlek, 2002]

HŮLEK, P. *Poškození jater alkoholem.* [on line]. [cit. 27.1. 2007].

<www.cls.cz/dp/2002/t232.rtf>.

[Kalina, 2003]

KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti. díl 1.* [on line]. [cit. 26.1. 2007].

Úřad vlády ČR, 2003. s. 14 – 15, 33, 78, 151 – 208, 221, 222.

<www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf>.

[Kučera, 2005]

KUČERA, L. *Postoje a zkušenosti studentů s návykovými látkami.* Hradec Králové, 2005. s. 125. Diplomová práce na Farmaceutické fakultě v Hradci Králové. Vedoucí diplomové práce prof. MUDr. Peter Višňovský, CSc.

[Lincová, 2002]

LINCOVÁ, D. – FARGHALI, H. et al. *Základní a aplikovaná farmakologie.* 1. vyd.

Praha: Galén, Karolinum, 2002. s. 156 – 160, 186, 192 – 194, 263 – 270.

[Machková, 2005]

MACHKOVÁ, J. *Postoje a zkušenosti VŠ studentů s návykovými látkami na Univerzitě Hradec Králové.* Hradec Králové, 2005. s. 92. Diplomová práce na Farmaceutické fakultě v Hradci Králové. Vedoucí diplomové práce RNDr. Hana Klusoňová, Ph.D.

[Martínková, 1998]

MARTÍNKOVÁ, J. – CHLÁDKOVÁ, J. *Léková závislost. Solutio.* 1. vyd.

Praha: Medon, 1998. s. 153 – 168.

[Minařík, 2007]

MINAŘÍK, J. *Rozdělení drog.* [on line]. [cit. 27.1. 2007].

<www.odrogach.cz/upl/texty/100005s_Rozdelenidrog.doc>.

[Mravčík, 2005]

MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. [on line]. [cit. 2.2. 2007]. Úřad vlády ČR, 2005 s.12 – 13.
<www.drogy-info.cz/index.php/content/download/5925/41942/file/vz_2004_drogy-CR.pdf>.

[Nešpor, 2002]

NEŠPOR, K. *Závislost na návykových látkách a související poruchy*. [on line]. [cit. 24.1. 2007]. ČLS JEP⁶, 2002.
<www.cls.cz/dp/2002/t259.rtf >.

[Nešpor, 2005a]

NEŠPOR, K. et al. *Zaostřeno na drogy*. [on line]. [cit. 23.1. 2007]. Úřad vlády ČR, 2005. s. 1.
<www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2005_01_cislo_1_2005>.

[Nešpor, 2005b]

NEŠPOR, K. – CZÉMY, L. Zneužívání bupenorfinu se stává v České republice problémem. *Zpravodaj drogového informačního centra* 46. [on line]. [cit. 22.2. 2007]. Státní zdravotní ústav, 2005.
<www.tigis.cz/PSYCHIAT/Psychiatrie04_05/WEB/PDF%20web/04_Nespor_dopisy_web.pdf>.

[Nešpor, 2007]

NEŠPOR, K. *Alkohol a jiné návykové látky u žen - identifikace a časná intervence*. [on line]. [cit. 24.1. 2007]. s. 12 –14.
<www.alkoholik.cz/ke_stazeni/Alkohol_a_jine_navykove_latky_u_zen___Karel_Nespor.doc>.

[Šimon, 2002]

ŠIMON, J. *Tabakismus*. [on line]. [cit. 27.1. 2007]. ČLS JEP, 2002.
<www.cls.cz/dp/2002/t250.rtf>.

[Trimbos Institute, 2005]

TRIMBOS INSTITUTE. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. [on line]. [cit. 24.2. 2007]. Úřad vlády ČR, 2005.
<www.odrogach.cz/upl/texty/100112s_metodika1.pdf >.

⁶ Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně

[Višňovský, 2002]

VIŠŇOVSKÝ, P. – BEČKOVÁ, I. Farmakologie psychoaktivních látek vyvolávajících závislost. *Farmakologie pro farmaceuty I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. s. 156 – 207.

[Vokurka, 2000]

VOKURKA, M. – HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf, 2000.

[Zich, 2004]

ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Eupress, 2004. s. 44 – 47.

10 PŘÍLOHA

DOTAZNÍK PRO STUDENTY

Vážená kolegyně, vážený kolego!

Prosím o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, který se týká mé diplomové práce „Postoje a zkušenosti vysokoškolských studentů s návykovými látkami“, která je součástí rozsáhlejšího výzkumného projektu “Sledování užívání návykových látek u vysokoškoláků a klientů kontaktních center”, realizovaného ve Zlínském kraji. Vaše odpovědi nám pomohou v hodnocení situace v této důležité oblasti života vysokoškolských studentů. Získané informace budou použity pouze pro zpracování našeho projektu. Důvěrnost informací je naprosto zaručena. Děkuji Vám za spolupráci.

Monika Hajská
Univerzita Karlova v Praze
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

1. Vaše pohlaví je
 - a) mužské
 - b) ženské

2. Uveďte, prosím, svůj věk (počet dosažených let): let

3. Který studijní program studujete na UHK?
.....

4. Který obor studujete na UHK?
.....

5. V jaké formě studujete na UHK?
 - a) prezenční
 - b) kombinované

6. Vaše národnost je
 - a) česká
 - b) jiná - která:

7. Vaše státní příslušnost je
 - a) Česká republika
 - b) jiná - která:

8. Kolik obyvatel měla přibližně obec, ve které jste vyrůstal(a)?
 - a) do 500
 - b) 500 - 1000
 - c) 1000 - 5000
 - d) 5000 - 10 000
 - e) nad 10 000

9. Kolik obyvatel má přibližně obec, ve které žijete nyní?
- a) do 500
 - b) 500 - 1000
 - c) 1000 - 5000
 - d) 5000 - 10 000
 - e) nad 10 000
 - f) nezdržuji se trvale
10. V současné době žijete
- a) s rodiči
 - b) s partnerem
 - c) s přáteli
 - d) sám
 - e) pouze s dítětem
 - f) jsem bezdomovec
11. Žijete nyní s osobou užívající drogy?
- a) ano
 - b) ne
12. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je
- a) nedokončené základní
 - b) základní
 - c) odborné bez maturity
 - d) úplné střední s maturitou
 - e) vyšší odborné
 - f) vysokoškolské
13. Jaký typ střední školy jste absolvoval(a)?
- a) gymnázium
 - b) střední odborná s maturitou
 - c) odborné učiliště s maturitou
 - d) odborné učiliště a následně nástavbu s maturitou
14. Jaké je vzdělání Vašeho otce
- a) nedokončené základní
 - b) základní
 - c) odborné bez maturity
 - d) úplné střední s maturitou
 - e) vyšší odborné
 - f) vysokoškolské
15. Jaké je vzdělání Vaší matky
- a) nedokončené základní
 - b) základní
 - c) odborné bez maturity
 - d) úplné střední s maturitou
 - e) vyšší odborné
 - f) vysokoškolské

16. Vztahy s Vašimi rodiči jsou

- a) dobré/spíše dobré
- b) špatné/spíše špatné
- c) nestýkáme se

17. Vztahy s lidmi, se kterými nyní žijete, jsou

- a) dobré/spíše dobré
- b) špatné/ spíše špatné

18. Kouříte?

- a) nekouřím vůbec
- b) kouřil(a) jsem, ale už jsem přestal(a)
- c) kouřím, ale jen výjimečně
- d) kouřím občas, nepravidelně
- e) kouřím pravidelně

19. Poprvé jsem zkusil(a) cigaretu v.....letech.

20. Kolik cigaret přibližně vykouříte za týden? kusů cigaret.

21. Pijete alkohol?

- a) ne, jsem abstinent
- b) jen zcela výjimečně
- c) několikrát za měsíc
- d) několikrát týdně
- e) pravidelně každý den

22. V kolika letech jste se poprvé napil(a) nějakého alkoholu?

Bylo to asi v letech.

23. Co soudíte o škodlivosti těchto látek?

černá káva	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
alkohol	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
tabák (kouření)	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
ředidla a rozpouštědla (čichání)	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
léky používané bez lékařského předpisu	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
drogy, které se kouří	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné
drogy, které se píchají	neškodí	škodí málo	škodí při dlouhodobém užívání	velmi nebezpečné

24. Množí se hlasy, že alespoň měkké drogy by měly být legalizovány, že jejich používání a rozšiřování by nemělo být trestné. Co o tom soudíte Vy?
- používání a distribuce těchto drog by mělo být zcela svobodné
 - používání těchto drog by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být kontrolována
 - používání by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být v každém případě trestná
 - jak užívání, tak distribuce by měly být přísně trestány
25. Kolik asi tak můžete utratit za týden „za co chcete“ ?
- do 50 Kč
 - 50-200 Kč
 - 200-500 Kč
 - více než 500 Kč
26. Jak trávíte nejčastěji svůj volný čas?
- sledováním televize
 - čtením
 - sportem
 - na diskotékách, zábavách apod.
 - u počítače
 - s kamarády
 - jinak – uveďte _____
27. Řekl(a) by jste, že o ilegálních drogách jste:
- dobře informován(a)
 - částečně informován(a)
 - jen málo informován(a)
 - zcela neinformován(a)
28. Získal jste od učitelů ve škole v průběhu tohoto školního roku nějaké informace o jiných drogách než jsou tabák, alkohol a káva?
- ano
 - ne
 - ano, ale z jiného zdroje (ne od učitelů)
29. Lze drogy získat ve Vašem městě, Vaší obci či nejbližším městě?
- ano, poměrně snadno
 - ano, ale je to dost obtížné
 - asi ne
 - určitě ne
 - nevím
30. Ve Vaší škole je možné obstarat drogy?
- ano, poměrně snadno
 - ano, ale je to dost obtížné
 - asi ne
 - určitě ne
 - nevím

31. Je mezi Vašimi přáteli někdo, o kom se domníváte, že má nějakou zkušenost s drogami?

- a) ano
- b) nejsem si jist(a)
- c) ne

32. Znáte někoho, kdo pravidelně používá drogy (fetuje, kouří marihuanu)?

- a) ano
- b) nejsem si jist(a)
- c) ne

33. Znáte nějaké instituce, které mohou poskytnout pomoc těm mladým lidem, kteří mají problémy s drogami? Pokud ano, napište je:

.....

34. Často lze slyšet názor, že mladý člověk by měl zkusit všechno. Myslíte si, že i Vy vyzkoušíte někdy nějakou drogu kromě alkoholu, kouření cigaret a kávy?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím, ale asi ne
- d) určitě ne
- e) už jsem to zkusil, vícekrát to neudělám
- f) už jsem to zkusil a zkusím opět

35. Následující tabulka uvádí přehled některých často užívaných nelegálních návykových látek. Označte u každé, zda ji považujete za měkkou nebo za tvrdou :

heroin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
pervitin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
toluen (a jiná ředidla)	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
kokain	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
marihuana a hašiš	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
LSD	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
léky (např. Rohypnol)	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
speed, fenmetrazin	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
extáze	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
houby	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem
metadon	měkká droga	tvrdá droga	nevím, o jaký typ jde	neznám tento pojem

36. Kterou z těchto látek jste zkoušel(a)?

heroin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
pervitin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
toluen (a jiná ředidla)	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
kokain	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
marihuana a hašiš	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
LSD	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
léky (např. Rohypnol)	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
speed, fenmetrazin	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
extáze	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
houby	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x
metadon	nikdy	jen jednou	2x - 5x	6x - 20x	více než 20x

37. Užil (a) jste během posledního měsíce některou z jmenovaných látek? A kolikrát?
.....

38. Pokud užíváte legální návykové látky (kofein, tabák, alkohol) pravidelně, jak dlouho již (měsíců, let)?.....

Pokud nemáte zkušenosti s žádnou z ilegálních drog, přeskočte otázky č .39 – 56.

39. Pokud jste některou z jmenovaných látek zkoušel(a), za jakých okolností jste ji zkusil(a) poprvé?
.....

40. V kolika letech jste poprvé zkusil(a) drogu? Bylo to vletech.

41. Která droga to byla?

42. Užil(a) jste někdy drogu injekčně?

- a) ano
- b) ne

43. Pokud ano, v kolika letech to bylo? Bylo to vletech.

44. Kterou drogu užíváte nyní jako základní?
Jak si ji aplikujete?

45. Jaké drogy volíte jako náhradní?
Jak si je aplikujete?

46. Kolikrát si aplikujete drogu během jednoho týdne?
47. V případě injekční aplikace sdílíte jehly
- pravidelně
 - není - li jiná možnost
 - nesdílím a nikdy jsem nesdílel(a)
 - nesdílím, ale v minulosti ano - orientačně - týdny, měsíce nebo roky?
48. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte pravidelně měkké drogy?.....
49. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte pravidelně tvrdé drogy?.....
50. Jak dlouho (kolik měsíců, let) užíváte drogy injekčně?.....
51. Drogy si obstarávám
- snadno
 - středně těžce
 - těžce
52. Myslíte si, že braní drog ovlivnilo Váš život v rodině, s přáteli
- pozitivně
 - negativně
 - vůbec
53. Chtěl(a) byste s užíváním drog skončit
- ano
 - ne
 - zkoušel(a) jsem to sám(a)
 - zkoušel(a) jsem to s pomocí lékařů
54. Měl(a) jste někdy potíže s policií ve spojení s užíváním drog?
- žádné
 - občas malé
 - střední
 - velké - byl(a) jsem již ve vězení
55. Léčil(a) jste se kvůli své závislosti na drogách?
- ano, již dříve - kolikrát
 - neléčil(a)
 - léčba probíhá v současnosti
56. Byl(a) jste léčen(a) kvůli nemoci spojené s užíváním drog?
- ano, konkrétně.....
 - ne, nikdy

57. Byl(a) jste vyšetřen(a) na virové hepatitidy?
- a) ano
 - b) ne
 - c) vyšetření absolvuji pravidelně - jak často?
58. Pokud jste byl(a) vyšetřen(a), výsledky vyšetření ukázaly pozitivitu na
- a) virová hepatitida A
 - b) virová hepatitida B
 - c) virová hepatitida C
 - d) žádná pozitivita
 - e) výsledky jsem si nevyzvedl(a)
59. Pokud byly Vaše výsledky pozitivní, ovlivnilo to, že máte tuto infekci, Vaše chování?
- a) ne
 - b) ano, snažím se chovat tak, abych nenakazil(a) ostatní - hygiena, nesdílení stříkaček
 - c) důsledně dbám na to, abych infekci nešířil(a) dál
 - d) neléčím se
 - e) léčím se
60. Byl(a) jste vyšetřen(a) na HIV?
- a) ano
 - b) ne
 - c) vyšetření absolvuji pravidelně - jak často?
61. Pokud jste byl(a) vyšetřen(a), výsledky vyšetření ukázaly
- a) pozitivitu
 - b) byly negativní
62. Pokud byly Vaše výsledky pozitivní, ovlivnilo to, že máte HIV, Vaše chování?
- a) ne
 - b) ano, snažím se chovat tak, abych nenakazil(a) ostatní - hygiena, nesdílení stříkaček
 - c) důsledně dbám na to, abych infekci nešířil(a) dál
 - d) neléčím se
 - e) léčím se

Děkuji Vám za laskavé vyplnění dotazníku.