

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

Katedra farmakologie a toxikologie

Kateřina Źilkov

Diplomov práce

**POSTOJE A ZKUŠENOSTI STUDENTŮ S NÁVYKOVÝMI
LÁTKAMI**

**Vedoucí diplomov práce: prof. MUDr. Peter Višňovsk, CSc.
Mgr. Alena Trojckov**

Hradec Králové 2006

Poděkování

Chtěla bych poděkovat prof. Višňovskému a Mgr. Trojáčkové za odborné vedení a pomoc při práci. Dále bych chtěla poděkovat Doc. MUDr. Aleně Merkunové, PharmDr. Ludmile Melicharové a všem, kteří byli nápomocni této práci.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala sama. Také prohlašuji, že nebudu nic namítat proti tomu, aby se souhlasem katedry byly informace v ní obsažené použity dále.

OBSAH

1. ÚVOD.....	6
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
2.1. VYMEZENÍ NĚKTERÝCH POJMŮ.....	7
2.1.1. Droga.....	7
2.1.2. Drogová závislost.....	7
2.1.3. Formy drogové závislosti.....	8
2.1.4. Návyk.....	9
2.1.5. Tolerance.....	9
2.1.6. Intoxikace.....	10
2.2. ZÁVISLOST.....	11
2.3. NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	13
2.3.1. Opiáty a opioidy.....	15
2.3.1.1. Opium.....	15
2.3.1.2. Morfin.....	16
2.3.1.3. Heroin.....	17
2.3.1.4. Ostatní látky skupiny.....	17
2.3.2. Sedativa a trankvilizéry.....	18
2.3.3. Stimulancia.....	19
2.3.3.1. Kokain.....	19
2.3.3.2. Amfetamin.....	20
2.3.3.3. Pervitin.....	21
2.3.3.4. Extáze.....	21
2.3.3.5. Nikotin.....	22
2.3.4. Kanabinoidy.....	23
2.3.4.1. Marihuana.....	25
2.3.4.2. Hašiš.....	25
2.3.5. Halucinogeny.....	26
2.3.5.1. LSD.....	27
2.3.5.2. Psilocybin.....	28
2.3.5.3. Meskalin.....	28

2.3.6. Inhalancia.....	28
2.3.6.1. Hlavní zástupci.....	29
2.3.7. Alkohol.....	30
2.4. STRATEGIE V DROGOVÉ PROBLEMATICE.....	33
2.4.1. Primární prevence.....	33
2.4.2. Sekundární prevence.....	34
2.4.3. Terciární prevence.....	36
2.5. DROGOVÁ SCÉNA V ČR.....	37
3. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST.....	38
3.1. METODIKA.....	38
3.1.1. Charakteristika souboru.....	38
3.1.2. Charakteristika dotazníku.....	38
3.1.3. Způsob předložení dotazníků.....	38
3.1.4. Výhody a nevýhody dotazníkového průzkumu.....	38
3.2. VÝSLEDKY.....	40
3.2.1. Sociodemografické charakteristiky.....	40
3.2.2. Legální drogy.....	44
3.2.3. Ilegální drogy.....	48
3.2.4. Porovnání vybraných otázek v souboru.....	55
4. DISKUZE.....	57
4.1. POROVNÁNÍ MUŽŮ A ŽEN.....	57
4.2. POROVNÁNÍ NAŠEHO SOUBORU S VÝSLEDKY Z VELKÉ BRITÁNIE..	59
5. ZÁVĚR.....	61
6. POUŽITÁ LITERATURA.....	62
7. PŘÍLOHA.....	64

1. ÚVOD

Problém zneužívání drog a drogových závislostí je v dnešní době problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin. Je zjevné, že tento fenomén nevymizí pouhým přáním a nečinností. Drogová problematika se rozvíjí, stejně jako se rozvíjí společnost a její kultura. Současná globalizace drogového problému souvisí s vytvořením světového nezákonného trhu s drogami, který patří co do rozsahu mezi první a nejvýnosnější. Zneužívání drog s sebou přináší spoustu zdravotních sociálních důsledků, které poté musí řešit celá společnost.

Cílem této práce je zjistit postoje a zkušenosti studentů 1. a 3. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové s návykovými látkami. Tyto výsledky poté porovnáme s výsledky získanými v podobném šetření ve Velké Británii. Část práce je věnována teoretickému podkladu, kde jsou vymezeny základní pojmy související s drogovou problematikou a přehled některých drog.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. VYMEZENÍ NĚKTERÝCH POJMŮ

2.1.1. Droga

Droga je jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí a vyvolat závislost.

Tak označila drogu komise expertů WHO v roce 1969¹. V medicíně se tento termín vztahuje k jakékoli látce schopné zabránit nemoci, nebo ji léčit, nebo zvýšit tělesnou či duševní pohodu. Běžně se termín specificky vztahuje k psychoaktivním látkám a často specifičtěji k nelegálním látkám, u nichž vedle lékařského užití bývá navíc užití nemedicínské². Od roku 1971 jsou drogy v odborné terminologii označovány jako „omamné a psychotropní látky“. Drogu lze tedy také chápat jako každou látku přírodního či syntetického původu, která splňuje dva základní požadavky - má psychotropní účinek - může vyvolávat závislost¹.

2.1.2. Drogová závislost

Drogová závislost je psychický a někdy i fyzický stav vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu, a to stále nebo pravidelně pro její psychologické účinky a někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemnostem vyplývajícím z její nepřítomnosti³.

Závislost je tedy soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických symptomů, které nasvědčují tomu, že daná osoba má narušenou kontrolu užívání psychoaktivní látky a pokračuje v jejím užívání i přes veškeré negativní důsledky⁴. Při závislosti má užívání dané látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je silná touha (někdy přemáhající) brát drogy. Závislost lze diagnostikovat, jsou-li během jednoho roku přítomny tři nebo více ze šesti specifických kritérií:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,

- postižení v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem menšit jeho příznaky,
- roste tolerance, to se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolaného nižšími dávkami,
- postupné zanedbávání jiných potřeb nebo zájmů ve prospěch návykové látky, zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků ⁵.

Pozn.: Definice a diagnóza závislosti odpovídají Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) sestavenou experty WHO (Světové zdravotnické organizace).

Závislost se může týkat jedné látky (tabák, alkohol), často ale skupiny látek příbuzných nebo širšího spektra farmakologicky odlišných látek.

Termín *drogová závislost* je specifický pro omamné a psychotropní látky a u nás pro tyto látky vžitý. Nadřazený pojem *látková závislost* je příliš obecný a u nás se téměř nepoužívá. Oproti tomu *léková závislost* je pojem vhodnější a jasný, avšak nezahrnuje všechny látky, na které může závislost vznikat. Je zde zcela vyloučen například alkohol či tabák ⁶.

2.1.3. Formy drogové závislosti

A) *psychická závislost* – je nutkavá touha po opakování příjemných pocitů či prožitků spojených s užitím psychotropní látky ¹. Tento stav se projevuje v případě nedostatku drogy jako úzkost vyvolaná neodolatelnou touhou po droze, a to i v případě, že konzument vědomě drogu užít nechce. Rozvoj psychické závislosti podporuje prožitek euforie, radostné vzrušení, pocit dobré nálady, který se dostavuje bez zřejmé příčiny po požití drogy. Závislost bývá vázána i na určitý rituál, prožitek z prvního užití, ale i barva a tvar drogy mohou přispět k touze drogu požit.

B) *fyzická (somatická) závislost* – po vynechání návykové látky, po snížení její dávky nebo snížení její účinnosti při rozvoji tolerance se objevují různé fyzické symptomy, které spolu s psychickými projevy vytvářejí klinický obraz abstinčního (odvykacího) syndromu ¹. Zpravidla až dlouhodobé užívání drogy vede k somatické závislosti. Představa o vývoji fyzické závislosti je taková, že během doby používání psychoaktivní látky se organismus

přizpůsobuje nové úrovni homeostázy a reaguje v opačném směru, pokud je tato rovnováha porušena ⁶. Znamená to tedy, že pokud organismus nemá takovou látku k dispozici, nemohou už jeho metabolické procesy probíhat normálním způsobem.

C) *abstinenční (odvykací) syndrom* – je souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí nebo nedostatku drogy na níž je vytvořena drogová závislost. Odvykací syndrom se může projevovat různým způsobem a různou intenzitou ⁷. V souvislosti s typem závislosti lze i abstinenční příznaky rozdělit na psychické a fyzické. Psychické příznaky jsou neklid, podrážděnost, úzkost, emoční labilita, skleslost až depresivní nálada, apatie, zuřivost, halucinace aj. Fyzické příznaky jsou souborem nepříjemných tělesných projevů jako svalový třes až křeče, poruchy srdeční činnosti, pocení, nechutenství, nevolnost, zvracení, slzení, změny tělesné teploty aj. Abstinenční syndrom se samozřejmě projevuje různě, s různými příznaky u různých typů drogové závislosti. Významnou roli hraje i osobnost samotného konzumenta ⁸.

2.1.4. Návyk

Návyk – je opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v takovém množství, že uživatel je periodicky nebo chronicky intoxikován, pociťuje nutkání k dalšímu požívání preferované látky, má velké obtíže při snaze o přerušeni nebo o ovlivnění konzumace látky a projevuje snahu získat látku jakýmkoli způsobem ⁹. Je to v podstatě stav psychické i fyzické závislosti, i když tento termín není zcela přesný.

2.1.5. Tolerance

Tolerance – při opakovaném užívání látky dochází ke snižování jejího účinku a k nutnosti zvyšovat dávku za účelem dosažení optimálního účinku ¹. Na rozvoji tolerance se mohou podílet jak faktory fyziologické, tak faktory psychologické ale i sociální.

Metabolická tolerance – se rozvíjí s ohledem na fyziologické faktory. Se zvyšováním dávky při chronickém užívání může stoupat i schopnost těla metabolizovat a vylučovat danou látku.

Behaviorální tolerance – je schopnost kompenzovat účinek. Změna účinku látky je výsledek učení nebo úbytek zábran z okolního prostředí.

Funkční tolerance – je snížení senzitivity centrálního nervového systému k látce. Jedná se o nejběžnější typ, který je způsoben kompenzačními změnami receptorů, enzymů a membránových účinků příslušné látky.

Akutní tolerance – je rychlé, dočasné přizpůsobení se účinku látky následující po jediné dávce.

Zkřížená tolerance – je vznik tolerance vůči takové látce, které nebyl jedinec před tím exponován, následkem akutního nebo chronického požívání jiné látky. Obě látky mají, velmi často ale ne bezpodmínečně, podobné farmakologické účinky ¹⁰.

2.1.6. Intoxikace

Intoxikace – stav, který následuje po aplikaci psychoaktivní látky a vede k poruchám na úrovni vědomí, poznání, vnímání, úsudku, chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a odpovědí organismu. Poruchy se vztahují k farmakologickým účinkům látky a naučeným reakcím na ni. Časem odeznívají do úplné zdravotní pohody, pokud nedošlo k poškození tkání nebo jiným komplikacím. Intoxikace vysoce závisí na typu a dávce drogy a je ovlivněna individuální tolerancí a dalšími faktory. Droga je často brána s úmyslem dosáhnout určitého stupně intoxikace ¹¹.

Rozlišujeme intoxikaci *akutní* a *chronickou*. Akutní je pouze přechodný stav po požití drogy, ovšem s možnými až fatálními následky. Protože dávka bývá obvykle větší než tolerovaná a jako komplikace se mohou vyskytnout například trauma, koma, vdechnutí zvratku, křeče, porucha dýchání a porucha srdečního rytmu. Oproti tomu *chronická* intoxikace vede k pomalému, ale soustavnému poškozování organismu, vyvolané dlouhodobým zneužíváním psychoaktivních látek ⁸.

2.2. ZÁVISLOST

Závislost nelze oddělit od našeho života. Vždy se najde něco, na čem jsme do určité míry a s různou intenzitou závislí. Neznamená to však, že jsme si svých závislostí a slabostí plně vědomi. Každá závislost je svým způsobem typem slabosti, ať už vědomou či nikoliv. Závislosti se velmi úzce váží k osobnosti, její vyzrálosti, osobním postojům, zájmům, potřebám, ale i životní úrovni, vývoji společnosti, její kultuře, tradicím aj. Mění se však jejich forma, intenzita a důsledky z těchto závislostí vyplývající. Každý z nás neustále objevuje a vytváří si k něčemu vztah, závislost. To jakou závislost jedinec potřebuje, jaké se poddá a jakou intenzitu snese je čistě osobní variace všech již zmíněných okolností. Neexistuje prakticky nic, na čem bychom nemohli být závislí. V dnešní době je však závislost nejčastěji chápána jako závislost drogová³.

Každá společnost určité drogy akceptuje a jiné zatracuje. Ve většině evropských a dalších kulturně vyspělých zemích jsou za „národní“ a všeobecně akceptované drogy považovány kofein, nikotin a alkohol. Na Středním východě jsou mezi povolenými drogami alkaloidy z konopí, avšak alkohol je zakázán. Mezi některými americkými domorodými kmeny je zase k náboženským účelům oficiálně používán peyotl. V Jižní Americe andštití indiáni žvýkají již po staletí listy koky ke zmírnění hladu a posílení schopnosti konat těžkou práci ve velkých nadmořských výškách⁴. Která droga je dovolená nebo nedovolená, v jiné terminologii „užívaná“ či „zneužívaná“ závisí tedy na přijatých společenských zvyklostech. Poté tedy dělíme drogy na legální (společensky tolerované) a drogy ilegální.

Závislost se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit prožitek radosti, euforie, slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. Za určitých okolností tato přirozená touha může přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Závislost je vyústění abusu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení. Lidé berou drogy a stávají se na nich závislí hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhají řešit stávající stavy (deprese, nejistota, bezmocnost, samota, nízké sebevědomí atd.) nebo nabízejí něco, po čem člověk touží (odvaha, uvolnění, poznání, moc, vzdor, únik atd.). Na podkladě pozitivní zpětné vazby se logicky fixuje celý komplex očekávání, experimentu, změny prožívání a přerůstá postupně v návyk, závislost. Jde o proces pozvolný, daným člověkem obvykle nereflaktovaný, nebo reflaktovaný jen částečně. Od určitého momentu závislý zaměňuje

změnu prožívání za změnu reality samotné. V kontextu s tímto vývojem jinak prožívané reality se mění i jeho úsudek, myšlení, jednání. Závislý je plně stížen svým návykem.

Lidské návyky zahrnují fyziologické změny stejně jako učení. Mají své hluboké kořeny v nervovém a endokrinním systému. Návyk je primárním mechanismem vzniku alkoholismu a drogové závislosti u těch, kteří mají jisté vrozené predispozice. Návyky jsou mocné, často iracionální a těžko zničitelné. Vyvíjejí se nevědomě v určitém dlouhém časovém období a postupně se stávají naučenou potřebou. Závislost má však také interaktivní charakter, tzn. že je tvarována vzájemným očekáváním pacienta a jeho okolí. V represivně působícím prostředí se pravděpodobně více zvýrazní pacientova úzkost a paranoidita, v chaotickém prostředí bez pravidel a hranic jeho desintegrace a panika. Nejsilnější jsou všechny tyto vlivy v období dospívání, ve kterém se nejčastěji objevují první pokusy o intoxikaci. Dospívající si buduje svou vlastní identitu, začleňuje se do společnosti, vytváří si přátelské a partnerské vztahy atd. Při zklamání nebo neúspěchu drogy nabízejí řadu úniků a náhradních řešení a stávají se „pomocným“ prostředkem při překonávání všech problémů¹².

Drogová závislost je závislostí nezdravou, respektive patologickou. Důsledkem této závislosti jsou fyzické i psychické změny jedince. Dochází ke snížení kvality života závislosti postiženého jedince, ale velmi často i osob v jeho okolí a zprostředkovaně pak celé společnosti. Drogově závislí nejsou v mnoha případech schopni běžného se zapojení do práce, společnosti či osobního života. Opatření si drogy se pro ně stává prioritou a jsou pro to ochotni udělat a obětovat téměř vše. Tento tlak mnohdy řeší i kriminální činností. Trestným činem je už i samotné požití ilegálních drog. Samozřejmě v souvislosti s platnými zákony té které země je trestná i výroba, distribuce a prodej.

Pozn. Pojem „zneužívání drog“, je nešťastně formulován, protože vyjadřuje společenský nesouhlas. U farmak je nutné rozlišovat mezi jejich zneužíváním a nesprávným nebo chybným užíváním. Zneužíváním se může rozumět jakékoliv použití, kdy látka není využita pro léčení. Chybné užití může být použití v nesprávné indikaci, špatném dávkování nebo příliš dlouho, uvedeme-li několik nejběžnějších situací⁶.

Pro odhalení schopnosti látky vyvolat závislost a určení pravděpodobnosti vzniku zneužívání byla vypracována řada experimentálních postupů. Většina těchto technik využívá autoaplikace farmak založené na tom, že si pokusná zvířata sama podávají zkoušenou látku. Sílu návyku je možné semikvantitativně měřit tak, že pro získání každé další dávky musí zvíře vykonat stále těžší práci. Srovnání se provádí proti standardnímu léčivu určité příbuzné skupiny. Vysazení látky závislým zvířatům může být použito k určení povahy abstinčního syndromu. Těmito technikami je možné určit většinu látek schopných vyvolat psychickou a fyzickou závislost⁶.

2.3. NÁVYKOVÉ LÁTKY

Jakékoliv použití látek ovlivňujících psychiku je založeno na souhře tří faktorů:

- uživateli,
- okolnostech, za kterých je látka užívána,
- vlastnostech samotné látky,

Drogy rozřazujeme podle převládajícího účinku a míry rizika vzniku závislosti a vzestupu tolerance. Rozdělení drog podle účinku bere v úvahu převládající efekt látky na psychiku zdravých lidí.

- tlumivé drogy - opiáty a opioidy,
- sedativa a trankvilizéry,
- stimulační drogy,
- kanabinoidy,
- halucinogeny,
- inhalancia¹,
- alkohol.

Nejznámější je dělení na "tvrdé" a "měkké" drogy. Toto dělení se v podstatě zaměřuje na rizikovost té určité drogy z hlediska pravděpodobnosti vzniku závislosti, zdravotních komplikací (tělesných i duševních) atp.

Míra rizika "tvrdomsti"

Vysoká - "Tvrde"	- toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack,
Vysoká až střední - "Tvrde"	- LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední - "Tvrde"	- alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá - "Měkké"	- marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika - "Měkké"	- káva, čaj

Otázka míry rizika spojeného s užíváním je komplikovaná. Záleží totiž na mnoha faktorech, a tak "tvrdomst" je vždy záležitostí konkrétní situace. V přehledu [1] ještě uvedeme riziko vzniku závislosti pro některé vybrané látky¹⁴.

Tab. 1 Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance

Droga	Psychická závislost	Fyzická závislost	Tolerance
Opiáty	+++	+++	+++
Pervitin	+++	-	++
Kokain	+++	-	+
Kanabinoidy	+	-	-
LSD	+/-	-	+/-
Extáze	+	-	+
Benzodiazepiny	++	++	+
Alkohol	++	++	++

2.3.1. Opiáty a opioidy

K opioidům patří přírodní deriváty opia morfin, kodein a oxycodon, semisyntetické látky jako heroin a syntetické látky fentanyl, pethidin aj. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (anodyna).

Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidích receptorů (μ , δ , κ a σ). To má za následek snížené vylučování endorfinů. Když je přísun opioidů zastaven, chybí stimulace receptorů látkami exo- i endogenními a objevuje se abstinenční syndrom. Opioidy vyvolávají jak toleranci, tak i fyzickou a psychickou závislost⁶.

Při požití je v popředí zklidnění a příjemná euforie, která více než jiné účinky podléhá toleranci. První příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, dýchání je povrchní, mióza přecházející v mydriázu, hyperreflexie. Dalšími somatickými účinky jsou útlum dechového centra a kašlavého reflexu, až intoxikovaný může být cyanotický, hypotermie, bradykardie, hypotenze, zácpa a retence moči.

Při chronickém abúzu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt bývá nepostižen. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní, časté jsou děsivé pseudohalucinace při usínání. Vyskytuje se nespavost, únava, podrážděnost střídající se s apatií. Nezdravá životospráva vede k celkovému vyčerpání organismu, kachexii a oslabení imunitního systému. Opioidy mají vysoký potenciál pro vznik fyzické závislosti, která se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Součástí je vzestup tolerance, kdy se pravidelní dlouhodobí uživatelé dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem letální dávky pro prvouživatele.

Hlavní příznaky odvykacího stavu jsou zrcadlové k účinku opiátů. V lehčích případech jsou to hlavně bolest břicha, průjem, neklid a nespavost. V těžších případech je reakce bouřlivá – pocení, zvýšení teploty, slzení, mydriáza, poruch řeči, třesy, nechutenství a dehydratace. Může dojít ke kolapsu, až smrti. Při abstinenci od opiátů rychle klesá tolerance a dávka, která byla před odvyknutím běžná se stává smrtelnou¹⁵.

2.3.1.1. Opium

Opium je získáváno z máku odrůdy *Papaver somniferum album*. Je to šťáva, která prýští z mléčnic nařezaných nezralých makovic. Na vzduchu houstne a tmavne a v této

podobě je zpracovávána k přímé konzumaci nebo dalším technologickým úpravám. Mák je stará kulturní rostlina, která se zřejmě v oblasti Středozemního moře pěstovala již v 6. tisíciletí př.n.l. Na Krétě byly nalezeny hliněné postavy makové či opiové bohyně pocházející ze 13. století př. n. l. Výraznou roli sehrálo opium v antickém Řecku, kde makovice byly atributem Hypnose, řeckého boha spánku, jeho bratra Thanata, boha smrti, a jejich matky Nyx¹⁴.

Chemické složení opia není stálé a liší se v závislosti na chemickém složení půdy a dalších specifických přírodních podmínkách ve kterých mák roste. Opium má tedy kolísavý obsah alkaloidů. Již v roce 1803 se podařilo izolovat dominantní složku opia - alkaloid morfin, kterého může být v surovém opiu 2,7 až 20 procent. Postupně v něm byla objevena řada dalších alkaloidů, kterých je v současnosti známo kolem šedesáti. Z hlediska užívání toxikomany má význam ještě kodein, kterého bývá v opiu 0,3 až 4 procenta. Mezi nejvýznamnější pěstitelské oblasti patří země Zlatého trojúhelníku (Barma, Thajsko, Laos), ale i Zlatého půlměsíce (Írán, Afghánistán, Pákistán).

U opia se připravuje takzvané kuřlavé opium (čandu), které se kouří v dlouhých dřevěných či skleněných dýmkách, aby bylo dosaženo chladného dýmu. Jinou možností je tzv. opiofagie, což je přimíchávání opia do potravin nebo nápojů, poněvadž se opium poměrně dobře vstřebává i přes sliznici zažívacího traktu¹⁴.

2.3.1.2. Morfin

Morfin se získává ze surového opia. Dnes se však zpravidla vyrábí synteticky. Čistý morfin byl ze surového opia izolován na počátku 19. století. Jeho možnosti účinně tlumit bolest se hojně využívaly v lékařství. Morfin má po heroinu druhou nejvyšší návykovost mezi používanými narkotickými analgetiky. Díky snadné dostupnosti v medicínském prostředí je známo mnoho případů zneužívání lidmi z medicínského oboru (morfinismus). Jako pouliční droga není morfin příliš rozšířen.

Morfin bývá dostupný ve formě ve vodě rozpustných solí. Nejobvyklejší je sulfát a hydrochlorid. Oba jsou to bílé krystalické prášky hořké chuti rozpustné ve vodě. Aplikovat se dá různě, nejčastěji je to injekčně, ale je možné i perorální užití a kouření. Účinek nastává po 20ti minutách a trvá dvě až tři hodiny¹⁴.

2.3.1.3. Heroin

Heroin byl poprvé synteticky připraven acetylací morfinu v roce 1874. Avšak teprve roku 1898 uvedla německá firma Bayer na trh tento analog morfinu – diacetylmorfin, jako lék proti kašli pod názvem heroisch, odtud heroin. Zpočátku byl považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Od poloviny tohoto století se rozšířil jako jedna z nejužívanějších pouličních drog prakticky po celém civilizovaném světě. Od roku 1993 je zastoupen ve větším měřítku i v Čechách ¹⁵.

Heroin vypadá jako hnědý, někdy bílý prášek se slabou octovou vůní. V současnosti lze sehnat i černý, který octem přímo zapáchá. Na trhu se heroin objevuje ve dvou formách: *bílý* (white dust) – čistý, určený k intravenózní aplikaci, *hnědý* (brown sugar) – s přísadami kofeinu, který se nejčastěji šnupe, kouří nebo inhaluje z aluminiové folie ¹. Heroin je klasická tvrdá droga. Funguje podobně jako morfin, stačí ale pětikrát až desetkrát menší dávka. Při podání má náhlý nárazový účinek (kick, flash). Heroin je lipofilnější než morfin, tudíž proniká do mozku lépe, působí prudčeji, ale jeho účinek je kratší. Asi jednu až sedm hodin působí příjemný pocit uspokojení, nazývaný "high" ¹⁴.

Abstinenci příznaky se objevují asi po 10 hodinách s maximem ve 2. až 4. dnu a trvají okolo deseti dní. Klasické jsou bolesti břicha, průjemy, bolesti svalů a kloubů a zimnice. Jinak se vyskytují příznaky charakteristické pro celou skupinu uvedené výše.

2.3.1.4. Ostatní látky skupiny

Braun – je specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein. Výsledný produkt je hnědá tinktura, která se aplikuje intravenózně.

Metadon - syntetický, čistý agonista, vyráběný pouze legálně pro medicínské účely jako substituční léčba při závislostech na opioidech. Má pomalý nástup účinku doprovázený minimálním pocitem euforie a nižší potenciál závislosti než heroin, což vše umožňuje dávkování 1x denně.

Pethidin – má částečně nižší účinnost a kratší dobu působení než morfin. Je klasickým léčivem, k jeho zneužívání dochází nejčastěji lidmi, kteří k němu mají přístup, tedy blízko ke zdravotnictví.

Naloxon – od roku 1971 je specifickým antidotem při otravách opioidy ⁶.

2.3.2. Sedativa a trankvilizéry

Sedativa jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem. Do této skupiny patří léky z řad barbiturátů, bromidů a některé rostlinné drogy. Nyní se tyto látky téměř nepoužívají. Nejčastěji předepisovanou skupinou jsou benzodiazepinová anxiolytika – trankvilizéry. Benzodiazepiny působí na specifických benzodiazepinových receptorech.

Anxiolytika způsobují snížení pocitu úzkosti, psychické tenze a strachu. Primární indikací jsou tedy úzkostné stavy, dalšími indikacemi jsou poruchy spánku, odvykací syndrom při závislosti na alkoholu a barbiturátech a epileptické záchvaty¹⁵.

Mnohé z předpokládaných závislostí jsou psychologické, pravděpodobně založené na potřebě nějaké „náhradní léčby“. Fyzická závislost klasického typu byla u benzodiazepinů v porovnání s rozšířeností jejich užívání, zjišťována relativně velmi zřídka. Závislost se obvykle vyvine při dlouhodobém užívání vyšších dávek. Během posledních let se rozvinula i závislost na terapeutické dávce. Náhlé vysazení může být následováno některými ze klasických symptomů odnětí⁶.

Benzodiazepinová anxiolytika jsou svým účinkem v mnohém podobná účinku alkoholu. Akutní intoxikace samotnými léčivými není výrazněji toxická a má minimální letální zakončení. Daleko horší je kombinace s jinými látkami tlumícími CNS. Nejčastější je kombinace s alkoholem, která často vyvolává přechodné narušení krátkodobé paměti. Mohou se paradoxně uvolnit afekty jako je vztek a agresivita, způsobují zmatenost, neklid a zhoršení kognitivních funkcí. Objevuje se kolísavá chůze, obtíže při stání, zastřená řeč, zřídka i zažívací potíže, pokles tlaku či horečka.

Při dlouhodobém užívání je nebezpečí vzniku závislosti, která má psychickou i fyzickou složku. Můžeme pozorovat rysy vyhublosti, úzkosti a asketické prvky.

Všechny látky této skupiny při rozvinuté závislosti vyvolávají výrazný odvykací syndrom. Na rozdíl od opioidů či stimulantů odvykací syndrom u těchto léků ohrožuje nemocného přímo na životě. Při vysazení hrozí vznik rebound fenoménu s těžkými poruchami spánku, s možným přechodem do deliria a riziko těžkých paroxysmů. Charakteristickými znaky jsou třes jazyka a víček, nevolnost, pokles krevního tlaku, bolest hlavy, malátnost, poruchy spánku a přechodné iluze¹⁶.

Neodborné a často neadekvátní užívání léku vede k poškození pacienta sebou samým. Klíčem k úspěchu léčbě lékových závislostí je souběžné řešení primární poruchy, pro kterou pacient původně začal léky užívat. Mezi nejběžnější zástupce této skupiny patří diazepam, oxazepam, nitrazepam, flunitrazepam atd.

2.3.3. Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na CNS. Typickými zástupci jsou kokain, pervitin, amfetamin aj.

Mechanismus působení na synapsích spočívá ve vzestupu koncentrace monoaminů (dopamin, noradrenalin, serotonin) v synaptických štěrbinách. Dochází k jejich zvýšenému vylučování a ke snížení zpětného vychytávání monoaminů¹⁵.

Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost především urychlením myšlení a zvýšenou nabídkou asociací. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a pocit síly a energie. Snižují chuť k jídlu. Působí anxiogenně, umocňují trému, mohou vést k agresivitě a přecenění fyzických možností jedince. Na organismus působí jako periferní sympatomimetika – způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, srdeční arytmie, bronchodilataci. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný „kocovině“. Dominuje vyčerpání, bolest kloubů, ospalost a vlčí hlad. Později se k abstinenčním příznakům přidává deprese, podrážděnost, strach.

Dlouhodobým účinkem užívání stimulancií je vznik závislosti. Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, ale hlavně závislost psychickou, která se vyznačuje dychtěním po droze (craving). Užívání stimulancií představuje zátěž pro celý organismus, především pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je po celou dobu účinku připraven k vrcholným výkonům, což snižuje chuť k jídlu a vede k rychlému úbytku hmotnosti, kachexii, vyčerpání a dehydrataci. Užívání může vést až k toxické psychóze. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu, tzv. „stihy“. Psychóza se rozvíjí pozvolna, zpočátku je ještě přítomný náhled, později mizí. Hlavními rysy jsou zřetelné paranoidní domněnky, postižení nálady, zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Klinický obraz je podobný schizofrenii, rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci¹⁴.

2.3.3.1. Kokain

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Kokainovník pravý (*Erythroxylum coca*), pochází pravděpodobně z vlhkých pralesů na východních svazích bolívijských a peruánských And. Největším producentem kokových listů je Jižní Amerika (Kolumbie, Peru, Bolívie a severozápadní Brazílie), omezeně se pěstuje i na Jávě, Srí Lance a v Austrálii. Andští indiáni

žvýkali listy koky po 600 let, možná déle. Říši Inků byl tento zvyk výsadou vládnoucí třídy. Brzy po objevení Jižní Ameriky byly kokové listy dovezeny do Evropy Španěly¹⁷.

Roku 1860 byl z rostliny izolován kokain. Hlavní význam kokainu byl ve využití anestetického účinku, při němž jsou zároveň staženy periferní cévy. To bylo žádáno v nosním, ušním a krčním lékařství a v oftalmologii. Dnes je často nahrazován účinnými syntetickými preparáty např. prokainem, který je součástí injekcí u zubaře. U nás se kokain ve zvýšené míře vyskytoval za 1. republiky a v lepších společnostech se hojně šňupal. Později tato vlna obliby opadla. V současnosti se u nás kokain opět těší oblibě, pro jeho cenu však ne v takové míře jako ostatní, levnější drogy¹⁴.

Kokain jsou bílé lesklé krystalky bez zápachu s nahořklou chutí. Získává jako čistá látka několika etapami laboratorního zpracování. Syntetická výroba je totiž drahá a zcela nevýhodná. Účinky kokainu jsou různé po požití prášku, šňupání či kouření. Tradiční je žvýkání kokových listů, které se v našich podmínkách nepoužívá. Injekční aplikace je také méně častá. Při prvním požití kokainu se neobjevují příjemné prožitky, ale naopak pocity srdeční slabosti, třes rukou, rozšíření zornic, bledost a mrazení. Teprve opakované požívání kokainu vede k vyvolání stavu euforie, projevující se pocitem blaženosti a spokojenosti. Viditelné příznaky jsou rozšířené zornice, výtok z nosu (při šňupání), chraplavý hlas, bledost.

Crack - je volná báze kokainu. Je to bílá krystalická látka, která se aplikuje kouřením, často ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Bezprostředními účinky jsou vyvolání silně emočního, euforického stavu a příval energie. Mezi hlavní rizika patří zkratkovité chování, prudké změny nálad i jednání. Krátké, asi desetiminutové působení vede často k tomu, že se kouří v patnáctiminutových intervalech několik hodin, často až do úplného zhroucení organismu. Crack se vyznačuje velmi vysokým stupněm psychické návykovosti - uvádí se, že u zvláště disponovaných jedinců návyk vzniká už po první či druhé intoxikaci¹⁴.

2.3.3.2. Amfetamin

Amfetamin byl syntetizován roku 1887 a zaveden do klinické praxe 1936. Dextroamfetamin je doposud hlavním zástupcem skupiny budivých aminů přesto, že brzy po něm byly zavedeny další amfetaminy a jejich analogy. Pro svou vysokou lipofilitu proniká do CNS, kde má jak adrenergní, tak dopaminergní účinky. Bylo prokázáno, že poškození neuronů v oblastech důležitých pro učení a paměť je ireverzibilní. V oblastech regulujících spánek a chuť k jídlu dochází k nadměrnému růstu nervových vláken, což vede

k nadměrnému uvolňování serotoninu¹. Ve světě patří mezi nejrozšířenější z této skupiny, u nás bylo jeho užívání nahrazeno účinnějším analogem – metamfetaminem.

2.3.3.3. Pervitin

Pervitin patří mezi budivé aminy, je to metamfetamin. Byl poprvé syntetizován v Japonsku 1888. Čistý má formu mikrokrystického bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti. Při méně kvalitní domácí výrobě, má zabarvení do žluta či fialova od zbytků látek použitých při výrobě¹⁸. Z nelegálních tvrdých drog s vysokým potenciálem psychické závislosti je pervitin v ČR jednou z nejrozšířenějších.

Aplikuje se ústy, šňupáním nebo intravenózně, což je u nás nejčastější způsob. Zřetelně ovlivňuje motoriku a psychické funkce. Při prvním požití vyvolává bolest hlavy a úzkost, jinak je účinek euforizující, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání¹.

2.3.3.4. Extáze

Extáze je syntetická droga, derivát amfetaminu, přesně 3,4-methylendioxyamfetamin (MDMA). Původně tuto látku zkoušela farmaceutická firma Merck jako prostředek ke snížení chuti, později ji začali využívat psychoterapeuti ve svých praxích. V dnešní době patří mezi klasické taneční drogy, využívané mladými lidmi pro zlepšení nálady a umocnění zážitku z hudby a tance¹⁸.

Extáze má účinek podobný něčemu mezi účinkem amfetaminu a halucinogenních drog. Přestože fyzická ani psychická závislost zde téměř nevzniká, nebezpečí hrozí hlavně při akutní intoxikaci. Nástup účinku je do 15-ti minut a trvá až šest hodin, během kterých u uživatelů vyvolává radostnou až mystickou náladu, empatii, citovost, větší vnímavost hmatových a estetických dojmů z běžných věcí okolo. Dochází ke zvýšení krevní tlaku, srdečního rytmu a zvýšení tělesné teploty. V kombinaci s pocitem odtrženosti, při kterém uživatelé myslí, že jim nic nechybí, malým příjmem tekutin a vysokou tělesnou zátěží při tanci, může velmi často dojít ke kolapsu¹⁴.

Extáze je užívána perorálně ve formě tablet, které mají různé barvy, tvary a loga. To vše dělá drogu atraktivní a spousta „svátečních“ uživatelů je přesvědčena, že vlastně ani drogu neberou. Ovšem i při takovém užívání se vyvíjí trvalé poškození kognitivních funkcí. Pokud dochází ke kombinování s jinými látkami změny jsou ještě výraznější¹⁸.

2.3.3.5. Nikotin

Nikotin je hlavní obsahovou látkou tabáku. Tabák pochází z usušených listů rostliny rodu *Nicotiana*, jehož nepopulárnější a nejčastěji kultivovaný druh je *Nicotiana tabacum*, který má svou původní vlast v Americe. Počátek kouření tabáku můžeme vysledovat k civilizaci Mayů v Mexiku okolo roku 500 př.n.l. Zmínky o kouření jiných rostlin můžeme nalézt ve vědeckých památkách v Indii, v době několik tisíc let před Kristem, a dá se předpokládat, že jednou z rostlin byl i tabák. Zpočátku se tabákem zabývali botanici a lékaři se ho snažili využívat k léčebným účelům. Více se v Evropě tabák začal objevovat v šestnáctém století a kouření se začalo stávat společenským rituálem. Tabák se brzy začal pěstovat po celém světě. Zprvu bylo kouření výsadou bohatých, protože k jeho užívání bylo potřeba drahých dýmek a dalšího náčiní. S výrobou dýmek hliněných a dřevěných se tato kratochvíle stala dostupná pro lid. Stále více se také rozšiřovalo šňupání tabáku. V devatenáctém století již bylo šňupání tabáku považováno za zlozvyk nižších společenských vrstev a mezi vybranými kruhy se začaly ujímat doutníky a posléze cigarety. Zprvu se tabák balil do jakéhokoli papíru, nebyla žádná oficiální výroba, ale tomu se podnikatelské vrstvy rychle přizpůsobily, takže od druhé poloviny devatenáctého století začaly výrobci chrlit ručně vyráběné cigarety. Posléze, od přelomu 19. a 20. století získaly dominantní postavení na trhu samozřejmě průmyslově balené cigarety¹⁹.

Kouř, který kuřáci vdechují do plic, obsahuje obrovské množství různých chemických sloučenin ve formě plynů a tuhých částic. Tuhé částice obsahují nikotin, benzen a dehet. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd. Doposud bylo asi 60 z množství chemikálií obsažených v tabákovém kouři rozpoznáno jako známé či předpokládané karcinogeny, látky schopné vyvolat některý druh rakoviny¹⁷.

Nikotin je velmi silná účinná látka, která je v tabáku obsažená a je to jeden z nejtoxičtějších jedů. Při kouření se uvolňuje do kouře a dostává se do organismu s kapičkami dehtu, nicméně naštěstí se většina nikotinu spálí a do těla se z 2 mg nikotinu, který je obsažen v jedné cigaretě dostane jen velmi malé množství. Smrtná dávka čistého nikotinu je cca 60 mg. V koncentracích, ve kterých se vyskytuje v cigaretách, působí jako mírné stimulant a zvyšuje krevní tlak a srdeční tep. Obsah nikotinu je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku, nicméně jeho účinek na psychiku je popisován různě (pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí) a není dosud plně objasněn¹⁹.

Jsou běžné dvě formy tabáku. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací a orální (tedy listy tabáku, které se žvýkají). Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníků,

dýmek nebo cigaret. Akutní účinky tabáku nejsou tak podstatné, jako vznik psychické i fyzické závislosti a tolerance. Lokální podráždění sliznic, nauzea, bolesti hlavy a průjem při první aplikaci mohou někoho od kouření odradit, ale většinou pod sociálním tlakem začínající kuřák tyto problémy překoná a rychle se rozvíjí tolerance¹⁵.

Dlouhodobé kouření tabáku způsobuje mnoho zdravotních potíží a poškození organismu. Jednou z nejzávažnějších chorob, u jejichž vzniku existuje souvislost s kouřením, je rakovina plic. Ze studií vyplývá že kuřák který vykouří 14 cigaret denně, je osmkrát více ohrožen rakovinou plic než nekuřák. Další z vážných onemocnění je rozedma plic, kdy se zužují plicní cévy, které jsou poškozené a část plicní tkáně je zničená. Dále jsou to kardiovaskulární onemocnění, ke kterým dochází neboť se artérie přivádějící krev do srdečního svalu ucpou nebo zúží, obvykle vinou usazenin z mastných kyselin nebo krevních sraženin. Srdeční sval je více namáhán sníženým přísunem kyslíků a kouření také napomáhá zahušťování krve a vytváření sraženin. Infarkt je výsledkem úplného ucpání koronární artérie. Kouření má negativní vliv na pokožku, pleť obličeje rychleji stárne. U žen kuřaček může být ohrožena plodnost, zdárný průběh těhotenství a zdraví novorozence. U mužů je ovlivněna potence. Negativní vliv má kouř i na pasivní kuřáky, nekuřáky, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem. Prvními oběťmi pasivního kouření jsou děti kuřáků, u nichž bylo prokázáno, že trpí častěji zánětem průdušek a dalšími respiračními chorobami¹⁸.

Mezi hlavní abstinční příznaky patří nezvladatelná touha po cigaretě (craving), nervozita, podrážděnost, změny nálady, smutek až deprese, nesoustředěnost, poruchy spánku, únava. Příznaky se mohou objevit již po několika hodinách po poslední cigaretě¹⁹.

Dnes je tabák rozšířen prakticky po celé planetě a většinou jako společensky tolerovaná (legální) návyková látka. Dnes už je znám jeho ničující dopad na zdraví, bohužel jsme na to přišli pozdě.

2.3.4. Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou hlavní obsahové látky v konopí (*Cannabis sativa*). Tvrdí se, že účinné látky obsahují pouze samičí rostliny, ale není to pravda. *Cannabis* je jednoletá rostlina pěstující se výhradně ze semen. Nejstarší údaje o používání *Cannabis* pocházejí z doby před sedmi tisíci lety ze staré Babylonie. Prvenství v pěstování i všestranném využívání této

rostliny v dějinách patří Číně. Číňané však spoléhali na konopí i v případech využití jeho vláknů. Prostřednictvím obchodu se konopí dostalo do Indie, kde začalo hrát významnou roli v náboženských rituálech. Do Evropy se konopí dostalo 3000 let př.n.l., ale až do moderního věku se zde nikdy intenzivně marihuana nekouřila. Ve středověku byla snaha konopí úplně zničit. Zřejmého rozmachu dosáhlo rozšíření marihuany a hašiše, spolu s opiem, v 19. století mezi bohémskou a vyšší společností některých evropských metropolí, především v Paříži. V dnešní době je nejproslulejším místem, co se týče konopí, Amsterdam. Již od r. 1975 není v Nizozemsku vlastnictví, výroba a prodej do 28 g marihuany trestným činem a je úřady prakticky tolerováno (snaží se oddělit trh tvrdých a měkkých drog, kontrolovat je a závislým na tvrdých drogách pomoci, což se jim daří). I přes neúplnou legálnost existuje podle odhadů v Amsterdamu 200 až 600 „coffee-shops“²⁰.

Konopí obsahuje asi 60 látek ze skupiny tzv. kanabionidů. Hlavní účinnou látkou v konopí je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC). Mechanismem účinku THC je jeho vazba na kanabinoidní receptory v mozku. Za normálních okolností se na tyto receptory vážou endogenní látky s podobným účinkem. Tyto tělu vlastní látky působí euforii a uvolnění¹². Vnější přísun THC je vytěsňuje a při dlouhodobém užívání vede k útlumu jejich produkce. Cigareta marihuany (1 g) obsahuje obvykle 5 až 10 mg THC. Metabolity kanabinoidů se kumulují v organismu - po týdnu zůstává až 70% tetrahydrokanabinolů, střední doba exkrece je 27 dnů (někdy až 77 dnů)¹⁴.

Jako u všech psychotropních látek je účinek ovlivněn celkovým „nastavením“ jedince, očekáváním, prostředím, kondicí, individuální citlivostí a dalšími faktory. Účinek při vykouření drogy nastupuje do několika minut a přetrvává 3 až 6 hodin. Při perorálním požití nastupuje pomaleji a později, trvá však déle. Mezi charakteristické účinky lze řadit sucho v ústech, pocit chladu a hlad, i přes úplnou sytost uživatele. Pro tento efekt bylo s konopím experimentováno při léčbě nechutenství. Typická pro intoxikaci je deformace ve vnímání času. Čas se zdá být delší, jakoby se vleče. Objevují se další deformace ve vnímání prostoru, sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze. Stav je doprovázen dobrou náladou, euforií a většinou bouřlivým nezadržitelným smíchem. Někdy může dojít k plynulému přechodu od žádoucích účinků k nežádoucím jako je úzkost, nevolnost a zvracení. Charakteristické je i překrvení spojivek, tzv. „králičí oči“¹⁶.

Při dlouhodobém a nadměrném užívání se dostávají poruchy některých kognitivních funkcí, jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Mohou se dostavit flashbacky a rozvinout se paranoidní příznaky. U predisponovaných osob

hrozí stavy úzkosti, deprese, zmatenost, dezorientace a poruchy myšlení. Není popisován ani vzestup tolerance, ani odvykací příznaky¹⁵.

2.3.4.1. Marihuana

Marihuana je název pro sušené květenství a horní lístky z rostlin konopí. Barva je dle kvality zpracování od plně tmavě zelené až ke skoro černo-zelené. Droga je zpracovávána do menších kousků držících v hrudkách při sobě, jemně lepících, s charakteristickým aroma.

Marihuana se nejčastěji kouří – z vlastnoručně vyrobených cigaret (jointů), z dýmky (čilum, šlukovka), nebo vodní dýmky. Jelikož množství účinných látek v rostlině závisí na mnoha faktorech, nelze přesně stanovit množství marihuany nutné k vyvolání efektu. Ovšem při kouření je efekt okamžitý a lze tedy užití drogy přerušit. Marihuana se také často konzumuje ve formě jídla, do kterého je přidána (koláčky, pudinky, mléko atd.). Účinek je pomalejší a hlubší a méně kontrolovatelný, co se dávky týče. Kouření, či konzumace marihuany je většinou skupinovou záležitostí²⁰.

V současnosti se s ní experimentuje i na lékařském poli. Nejznámějším lékařským užitím dnes je potlačení nevolnosti a zvracení u pacientů léčených ozařováním, nebo nakažených nemocí AIDS, kteří jsou léčeni chemicky. Po odstranění nevolnosti, může pacient normálně jíst a získat tak další síly na boj s nemocí. Díky snižování nitroočního tlaku pomáhá marihuana zastavit vývoj zeleného očního zákalu, druhé nejčastější příčiny slepoty na světě. Roztroušená skleróza je nemoc při níž imunitní systém napadne vlastní nervové buňky. I zde marihuana pomáhá zpomalit, nebo zastavit průběh nemoci¹⁴.

2.3.4.2. Hašiš

Hašiš je vlastní pryskyřice konopí extrahovaná s tuky ve vařící vodě a vykrytalizovaná. Účinné látky jsou kanabinoly, hlavně THC. Postupů extrakce hašiše z konopí je mnoho. Ve formě hašového oleje je látka ještě několikrát účinnější. Vypadá jako hnědožlutá kostka, někdy do černa. 1,5 cm dlouhý váleček o průměru asi 6 mm by mohl být 1 gram. Za čerstva je pružný, posléze tuhý, drolí se po zahřátí v plameni.

Hašiš se nejčastěji kouří, přidává se do marihuany nebo se míchá s tabákem. Mohou se použít i vodní dýmky, do kterých se nasype i třetina gramu a na jeden mocný zátah se inhaluje. Konzumuje se také v různých jídlech a nápojích. Hašiš působí 5x až 8x silněji než

marihuana. Smyslové vnímání má zvýšenou intenzitu, člověk vidí to, na co myslí. Záleží na výchozí náladě, dávce a okolí. S alkoholem se účinky zesilují. Hašiš také potencuje účinky hypnotik, sedativ, ale i budivé aminy²⁰.

2.3.5. Halucinogeny

Halucinogeny zahrnují relativně velice rozsáhlou skupinu drog, jednak ze skupiny přírodních látek, a látek semisyntetických a syntetických. Název halucinogeny zavedli v roce 1954 pánové Osmond a Hoff²¹.

Mechanismus účinku halucinogenních látek v mozku souvisí s jejich vlivem na specifické serotogenní receptory. Ve vazbě na tyto receptory působí jako agonisté a antagonisté serotoninu a dopaminu.

Do několika minut po užití se objevují první příznaky intoxikace. Nástup i účinky jsou velmi závislé na množství požitě látky, její čistotě a individuální citlivosti vůči jejímu účinku. Nástup bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopností ovládat pohyby, zčervenání, pocení, někdy pocitem závratě či nevolnosti. Po krátké chvíli však dochází k odeznění těchto příznaků. Charakteristický je výskyt iluzí a pseudohalucinací. Typický je sklon k ornamentalizaci, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. V podobě kaleidoskopických obrazců. V drtivé většině je intoxikace doprovázena pocitem euforie, dobrou náladou, přecházející až v nabuzený extatický stav. Vyšší dávky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což může být vnímáno velmi negativně. Tímto mechanismem může dojít k tzv. bad tripu. Vysoké dávky mohou způsobit poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchou paměti, úsudku a pozornosti. Rizikové jsou i možné stavy depersonalizace a derealizace. Ty jsou prožívány jako pocit ztráty části těla, citlivosti, empatie, pocitů a mohou dojít až do stavu úplného odcizení vlastního těla a vnímání sebe sama jako diváka¹⁴.

Halucinogeny nevyvolávají fyzickou závislost, ovšem riziková je v tomto případě závislost psychická. Neznalost množství aktivní látky v substanci a dalších možných nečistot může způsobit nečekaný účinek. Dlouhodobé užívání s častými bad tripy může vést k rozvoji paranoidního stavu, hlubokým depresím, stavům úzkosti a napětí, vyústujícím až k sebepoškozování či agresivitě k okolí. Opakovaná intoxikace vyvolává mozkové poruchy trvalejšího i ireverzibilního rázu. Časté jsou stavy zmatenosti, dezorientace, poruchy myšlení

a emocí. Celkový ráz a průběh akutní, tak i chronické intoxikace je velmi nepředvídatelný a závisí na okolnostech užití, formě a náladě uživatele ²¹.

2.3.5.1. LSD

LSD je syntetická látka, diethylamid kyseliny lysergové. Molekula LSD je citlivá na světlo a teplo. Rychle se rozkládá. LSD lze získat synteticky, ale je to příliš nákladné. Nejlépe se vyrábí z indolovaných alkaloidů námelu. LSD je nejrozšířenější syntetické psychedelikum, jeden z nejsilnějších halucinogenů. Tato látka, označena jako LSD-25, byla poprvé syntetizována v roce 1938 Albertem Hofmannem ze švýcarské firmy Sandoz, který ji syntetizoval jako v pořadí dvacátý pátý derivát kyseliny lysergové při svých výzkumech psychoaktivních alkaloidů obsažených v námelu. Její ohromující účinky však objevil až 16. dubna 1943, když se mu omylem dostala na ruce a posléze v nepatrném množství i do úst, což vedlo k prvnímu LSD tripu v historii. Když se v 60. letech rozmohlo jeho masové zneužívání, byla výroba zastavena. Ještě osm let poté jej pro celý svět produkovala naše Spofa ²¹.

LSD je nejúčinnější známá halucinogenní droga. Účinkuje ve velmi malých množstvích. LSD se v současnosti užívá téměř výhradně formou "tripů", což jsou malé papírky o rozměrech zhruba 5 × 5 milimetrů, napuštěné jeho roztokem. Dávka LSD na jednom tripu je 30 až 100 mikrogramů. Tripy jsou často s nádherným obrázkem, podle kterého se pak daný druh jmenuje (Bart, Sluníčko, Superman, Bublín) a kterému se říká "blotter art", tento obrázek je většinou natisknutý přes více tripů, a abyste ho viděli celý, musíte mít celý arch - "blotter". Účinky trvají 6 až 20 hodin (záleží na dávce). Po 2 hodinách zůstává v těle 1 až 10 procent nezměněné látky. LSD je jediná droga u které bylo prokázáno že má nulový potenciál fyzického návyku. Psychická závislost však trvá i týdny. Tolerance se vyvíjí velmi rychle, stejně rychle se ztrácí. Při dlouhodobém užívání dochází nejčastěji k nebezpečí vzniku duševní poruchy, vyvolání epileptických záchvatů, sebevražedným tendencím ¹⁴.

2.3.5.2. Psilocybin

Psilocybin je psychicky velmi aktivní látkou obsaženou v houbách rodu *Psilocybe*. Tato historicky velmi stará a známá droga patří u nás k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám.

Dostupnost Lysohlávky je poměrně snadná díky jednoduchému sběru a sušení. Suší se obvykle pouze klobouky houby. Množství obsaženého psilocybinu nelze odhadnout, což činí následné problémy při dávkování. Ovšem toxicita psilocybinu je poměrně nízká, na vyvolání očekávaného účinku je ho potřeba větší množství než jiných drog. Průběh intoxikace je specifický, po několika minutové latenci se objevují somatické příznaky – zrudnutí obličeje, snížení srdeční činnosti, mydriáza, pocení, třesy. Poté nastoupí klasické halucinogenní účinky. Lysohlávky lze označit za doplňkovou nebo sezónní drogu ¹⁶.

2.3.5.3. Meskalin

Meskalin je látka získávaná z kaktusu *Lophophora Williamsi*, zvaného Peyotl. Získává se z dužnatých částí ve formě rostlinného oleje. Znalost člověka o účincích meskalinu je velmi stará, v současnosti je však v přírodní podobě pro většinu lidí nedostupná ²¹.

2.3.6. Inhalancia

Inhalační drogy, nebo-li inhalancia, jsou skupinou těkavých návykových látek. Patří jsem některá rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn.

Vdechování výparů omamných látek má své kořeny již v 18. století, kdy se velmi rozšířil módní návyk inhalovat rajský plyn, éter nebo chloroform. Mezi širšími vrstvami mládeže se vdechování výparů rozšířilo až v moderní době. Dnes se takto zneužívají stovky komerčně dostupných výrobků: lepidla, ředidla, barvy, plyn do zapalovače, odlakovače, čisticí prostředky, aerosoly, náplně do hasících přístrojů aj. ¹⁷

Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, mohou se objevit zrakové a sluchové halucinace, dochází k útlumu, nauze, ke spánku, k poruchám vědomí. Cílené a přesné dávkování je prakticky nemožné a kvalitativní porucha

vědomí snadno přechází v poruchu kvantitativní, v bezvědomí až koma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratky. K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, proto bychom inhalační drogy neměly podceňovat.

Při dlouhodobém užívání dochází k celkovému otupění, hloupenutí, poruchám emotivity a chování, afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti, tedy celkové destrukci osobnosti. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin. K dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně respirační pneumonie a trvalé poškození mozkových struktur. Inhalancia vyvolávají silnou psychickou závislost, fyzická závislost nebývá patrná. Po vysazení inhalační drogy se neobjevuje syndrom z odnětí.

Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované, s ohledem na jejich volnou dostupnost na trhu ¹⁵.

2.3.6.1. Hlavní zástupci skupiny

Toluen – je v současnosti nejrozšířenějším zástupcem inhalačních drog. Je to bezbarvá kapalina, získávaná z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů a používá se jako ředidlo a rozpouštědlo. Toluen je volně prodejný v drogeriích a relativně levný. Může se inhalovat přímo z láhve, obvyklejší ale je vdechování z napuštěné tkaniny. Účinek se dostavuje téměř okamžitě a rychle odezní pokud se inhalace neopakuje. Někdy uživatelé používají k zvýšení účinku igelitové pytlíky přes hlavu, tento způsob však patří mezi ty nejrizikovější s následkem úmrtí ¹⁵.

Benzín – je pohonnou hmotou, opět široce dostupnou, je i součástí rozpouštědel. Jeho inhalace se však příliš neujala.

Rajský plyn – je oxid dusný, smíšený s kyslíkem vyvolává po vdechnutí opojný bezbolestný stav. Používá se ke krátkodobým narkózám, ale je i v tlakových bombičkách do šlehačky nebo nafukovacích balónků.

Éter – dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím zneužívaný.

Aceton – je mnohostranné rozpouštědlo, které se používá pouze příležitostně.

Amylnitrit, propylnitrit – jsou vysoce těkavé a hořlavé látky, mají žlutavou barvu, a voní sladce po ovoci. Staly se populární, protože umocňují prožitek ze sexuálního styku ¹⁷.

2.3.7. Alkohol

Alkohol je sloučenina získávaná kvašením cukru. Chemická látka, která je intoxikujícím prvkem v pivu, vínu, lihovinách, které jsou tak často v naší společnosti užívané, je ethylalkohol (ethanol). Pokud mluvíme o alkoholu, máme tím na mysli nápoje, které jsou z největší části směsí ochucené vody a lihu, dosahující ne více než 40 procent ve whisky a zlomek procent v nízkoalkoholickém pivu ¹⁹.

Přirozené kvašení bylo pravděpodobně lidmi objeveno již v prehistorickém období a brzy následovala výroba pív a vín z cukernatých a škrobnatých rostlin. Opojné nápoje patřily po celém světě k náboženským, společenským i soukromým událostem. Ale jako byl náležitě oceňován společenský prospěch z alkoholu, stejně tak se vědělo i o jeho špatných stránkách. Stáří destilace lihovin se odhaduje na pouhých 1000 let, ale až v 80. letech minulého století se se zlepšením dopravy a masivní výrobou lahví objevili první, nyní světoznámé značky. Také začalo být obvyklé masové užívání lihovin a pití alkoholu se stalo všelékem na problémy a řešením životních situací. Na excesy spojené s alkoholem reagovali zákonodárci v Evropě a v Americe uvalením daní, omezením provozu lokálů a celkovým omezením prodeje alkoholu, v některých zemích dokonce prohibicí. V druhé polovině 19. století se začala také objevovat první abstinenci hnutí, která se na počátku dvacátého století objevila i v Čechách ¹⁷.

Vliv alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů v CNS. Dochází k útlumu dopaminergní a serotonergní aktivity a potlačení inhibičního účinku kyseliny gama-aminomáselné. Naopak je zvýrazněna aktivita glutamátu a dochází k hyperstimulaci cholinergního a noradrenergního systému. Podkladem somatického poškození organismu je zejména aktivita acetaldehydu, vznikajícího při biodegradaci.

Zpočátku se při akutní intoxikaci vyskytují typické projevy opilosti, je patrná euforie a snižuje se schopnost výkonů vyžadujících pozornost a soustředění. Uvolňují se zábrany, člověk je více společenský, mnohomluvný, někdy ovšem také více sebevědomý až agresivní. Po vypití dalšího alkoholu k tomu přistupují vážnější poruchy pozornosti, poruchy řeči („setřelá řeč“) a rovnováhy („vrávorání“), ztráta sebekontroly, které se pak stupňují, posléze se přidává spavost („umakartové čelo – usnutí v hospodě hlavou na stole), nevolnost a zvracení. V horším případě hluboký spánek přechází do bezvědomí a při smrtelné otravě alkoholem až k udušení vzhledem k útlumu mozkových center, které řídí dýchání a krevní oběh. Kocovina, která následuje po alkoholovém večírku, je působena více vlivy: narušením

minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevyspáním, účinky alkoholu na mozek aj. Při kocovině je vhodné doplnit minerály a tekutiny, naprosto nevhodný je další alkohol.

Škodlivé užívání je dlouhotrvající zneužívání alkoholu, které se projevuje ve fyzické i psychické oblasti a vede až k závislosti na alkoholu, která je svou závažností srovnatelná se závislostí na opiátech a projevuje se fyzickými abstinenními příznaky. Velmi často se vyskytují chronické potíže v gastrointestinálním traktu (průjmy, gastritidy). Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, vysoký je i výskyt rakoviny rekta. Chronické užívání může narušit endokrinní systém, vést k poškození pankreatu, poruše sekrece inzulínu a vzniku diabetu. Časté jsou i avitaminózy, poruchy krvetvorby, anémie. Pití matky v průběhu těhotenství má mnoho negativních následků, od většího rizika potratu přes nízkou porodní váhu (což znamená, že dítě je oslabené) až po nejzávažnější postižení, jímž je fetální alkoholový syndrom (FAS). U dítěte s FAS se kromě charakteristických fyzických rysů objevuje mentální retardace¹⁵.

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. Typické jsou postupné změny, postupné zvyšování tolerance, ztráta kontroly užívání alkoholu, zanedbávání povinností a zájmů. Současně dochází k změnám v myšlení a chování, přecházející až k osobnostním změnám. Příkladem je popírání, kterým alkoholik skrývá pravdu o své závislosti před ostatními i před sebou samým, jde o chronickou formu alkoholického myšlení. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance, následovaná výskytem odvykacích příznaků v podobě „ranních doušků“ a poruchami paměti, alkoholická „okénka“ jsou typické výpadky. Postupně dochází k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol (snížení tolerance), a už malé množství vypitého alkoholu vyvolá příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu, konzumovaným v minulosti.

Alkoholový odvykací syndrom se objevuje u alkoholiků během několika hodin až dní po přerušení konzumace alkoholu. Maximální intenzita příznaků se většinou projeví druhý den. Charakteristické projevy jsou třes rukou, pocení, závratě, poruchy stability, úzkost, přechodné halucinace, tachykardie, slabost, poruchy spánku. Obvykle příznaky odezní během čtyř až pěti dnů. Dramatický je stav delirium tremens, který nastupuje po přerušení těžkého abúzu alkoholu, postižený má hrozivé halucinace, je neklidný, třese se, je dezorientovaný, objevuje se pocení, nevolnost, zvracení, zvýšení krevního tlaku. Delirantní stav může být životu nebezpečný, pokud není dotyčnému poskytnutá kvalifikovaná pomoc. Ustupuje po několika hodinách, ale může trvat až tři dny. Při vysazení alkoholu se může objevit i alkoholická epilepsie.

Riziková je kombinace alkoholu a jiných drog, především těch, které mají tlumivý efekt na centrální nervový systém (opiáty, tlumivé léky), kdy se zesiluje tlumivý účinek a může dojít až ke smrtelnému předávkování. Kombinace alkoholu a marihuany většinou vede k zesílení negativních účinků obou končícím zpravidla nevolností a zvláště pak k zesílení nepříjemných stavů.

Bezpečná dávka pro zdravého dospělého člověka je podle expertů Světové zdravotnické organizace do asi 20 g 100 % lihu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), což je asi do půl litru piva nebo 200 ml vína, 50 ml destilátu. Organismus dětí a dospívajících odbourává alkohol pomaleji. I malé množství může vyvolat u dítěte těžkou otravu. Závislost na alkoholu se u dětí a mladých lidí vytváří podstatně rychleji. Alkohol se zdá méně hroživou látkou, než ve skutečnosti je, protože je obecně tolerován. Jeho užívání je sice omezeno některými zákonnými úpravami, nicméně je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný¹⁹.

2.4. STRATEGIE V DROGOVÉ PROBLEMATICE

Za nejlepší strategii směřující k řešení problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog se považuje komplexní a vyvážený přístup. Tedy přístup vycházející ze široké celospolečenské, meziresortní a mezioborové spolupráce, postavený na rovnováze snižování nabídky a snižování poptávky po ilegálních drogách.

Snižování nabídky zahrnuje širokou škálu aktivit vytvořených pro zastavení či omezení výroby a distribuce drog. Základní opatření můžeme rozdělit do tří skupin:

- administrativní kontrola – zabraňuje úniku legálních drog používaných v medicíně jako léčiva
- zákonná represe – eliminuje trestnou činnost v produkci, transitu a obchodu,
- eradikace zemědělské produkce – je přímé vymícení pěstitelských kultur (u nás pouze okrajová záležitost).

Snižování poptávky usiluje o snížení zájmu o užívání drog. Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, poradenské, léčebné a sociální péče. To vše spadá do různých stupňů prevence, kterou dělíme takto:

- primární prevence – předchází užití drogy u populace, která s ní doposud není v kontaktu,
- sekundární prevence – předchází vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, kteří již drogu zkusili, případně jsou na ni závislí,
- terciární prevence – předchází vážnému nebo trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.

2.4.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek, včetně alkoholu a tabáku, nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví²².

Problematika zneužívání návykových látek by měla být řešena ve čtyřech oblastech: oblast epidemiologie, prevence v hromadných sdělovacích prostředcích, prevence na školách a oblast ranné detekce problému. Preventivní programy by měly poskytovat racionální informace o účincích drog a jejich zneužívání, prostor pro pomoc řešení základních problémů, přijatelnou nabídku zdravého životního stylu²³. Aby program byl efektivní, měl by splňovat některá kritéria

- začínat brzy a odpovídat věku,
- být malý, interaktivní,
- zahrnovat legální i nelegální drogy,
- zahrnovat i snižování dostupnosti návykových látek,
- být soustavný a dlouhodobý,
- brát v úvahu místní specifika,
- využívat pozitivní vrstevnické modely,
- zahrnovat podstatnou část studentů,
- být komplexní a využívat více strategií (práce s rodiči atd.),
- počítat s komplikacemi a nabízet řešení²².

2.4.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence se provádí až po zkušenosti s drogou a po vzniku závislosti. Existují přesvědčivé výzkumné doklady o tom, že léčba závislosti je účinná a že se společnosti mnohonásobně vyplácí. Pacient, který by se neléčil pro závislost, by vyžadoval jinou péči pro interní, psychiatrické, neurologické a jiné komplikace, což by bylo nejen dražší, ale i méně efektivní. Podle systémové teorie jsou zdraví i nemoc důsledkem nepřetržité interakce různých systémů (biologické charakteristiky a osobnost, rodina, vrstevníci, širší sociální okolí, dostupnost psychoaktivních látek, jejich cena, vliv médií apod.). Systémová teorie poskytuje solidní teoretický rámec pro terapeutickou intervenci a učí identifikovat a ovlivňovat relevantní systémy, které se podílejí na vzniku a zejména udržování závislosti. Je vhodné ovlivnit léčbou co nejvíce relevantních systémů. Jestliže není během léčby možné relevantní systémy ovlivnit přímo (např. nespolupracující partner zneužívající alkohol nebo drogy), alespoň se lze na možné negativní interakce připravit nebo minimalizovat jejich dopad.

Matching znamená přiřazení cílené intervence určitému typu pacienta (např. naučit relaxaci pacienta, který nezvládá stres a úzkost). V praxi se někdy postupuje tak, že se, pokud

je třeba i opakovaně, zkoušejí různé možnosti, dokud se nedosáhne stabilní remise. Přehled některých prvků léčebných programů je uveden níže, uvedené prvky se zpravidla kombinují. Aby se dosáhlo potřebné intenzity ambulantní léčby, je často třeba kombinovat služby více zařízení.

Některé prvky moderních léčebných programů

- Detoxifikace, léčba odvykacích stavů, intoxikací i somatických a psychiatrických komplikací závislosti.
- Práce s motivací.
- Psychoterapie.
- Rodinná a manželská terapie.
- Poradenství a sociální pomoc (právní, pracovní, zdravotní, výživa, výchova dětí apod.).
- Návik sociálních a jiných relevantních dovedností (např. dovednosti odmítání, rozhodování se, komunikace, zdravého sebeprosazení).
- Intervence týkající se životního stylu, kvalitních zájmů, jak o sebe pečovat. Důležité místo zde zaujímají přiměřená a bezpečná tělesná cvičení. Důvodem je jejich význam ve všeobecné zdravotní prevenci, navíc se tak dají mírnit úzkosti a deprese.
- Relaxační techniky, jóga a další nefarmakologické způsoby zvládnání stresu a úzkosti.
- Prevence recidiv a jejich případné zvládnání.
- Terapeutická komunita.
- Svépomocné organizace typu Anonymních alkoholiků.
- Farmakoterapie.
- Dlouhodobé sledování, toxikologické kontroly, dispenzarizace.

Laická veřejnost mívá sklon přeceňovat význam vnitřních systémů a podceňovat systémy vnější. O tom, jak důležité jsou faktory prostředí, svědčí řada skutečností: vliv ceny alkoholu na jeho spotřebu, vzestup počtu závislých na heroinu po té, co se zvýšila jeho dostupnost, nebo vzestup počtu patologických hráčů, když se nás povolilo téměř neomezené provozování hazardních her ²⁴.

2.4.3. Terciární prevence

Terciární prevence předchází dalším zdravotním a sociálním škodám spojených s užíváním drog. Terciární prevence zahrnuje resocializaci či sociální rehabilitaci u klientů kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. Sociální pomoc má obvykle podobu právního poradenství, chráněného bydlení, chráněného zaměstnání atd. Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinová terapie, motivační trénink aj.

Druhou skupinu prevence tvoří intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, tzv. harm reduction. Harm reduction se především zaměřuje na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog. Těmto uživatelům vycházejí vstříc programy výměny jehel a stříkaček, distribuce kondomů, zdravotní a sociální poradenství. Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit smrtelným rizikům a kriminalitě¹².

2.5. DROGOVÁ SCÉNA V ČR

Šíření a zneužívání drog se objevilo po pádu komunismu ve všech zemích střední a východní Evropy v předtím nebyvalé míře. Ani Česká republika nezůstala v tomto ohledu pozadu. Uzavřenost a vysoká sociální kontrola totalitního systému zabraňovala doposud výraznějšímu šíření drog, ale zároveň znemožňovala vytvoření účinných obranných mechanismů. Komunistická ideologie bránila šíření informací o zneužívání drog a po roce 1990 jsme se ocitli před zcela novými zdravotními, sociálními a bezpečnostními riziky, které s sebou zneužívání drog přináší.

V souvislosti s celkovým uvolněním poměrů a snížením vnější sociální kontroly se situace v této době rychle změnila. Domácí produkce drog sice stále dominovala, ale byla více zpestřována dovezenými drogami. Česká republika se stala významnou tranzitní zemí a část provážených drog zůstala i na našem trhu. Doposud uzavřené a izolované skupinky se vzájemně propojují a vzniká typický trh se stranou poptávky a nabídky. Na přelomu tisíciletí se ČR stává cílovou zemí z hlediska mezinárodního nezákonného obchodu s drogami. Ve velkoměstech a městských aglomeracích vzniká otevřená drogová scéna. Drogy se stávají všeobecně dostupné, věková hranice prvních uživatelů se snižuje.

V současnosti výrazně a trvale roste užívání marihuany, extáze a jiných tzv. „tanečních drog“, zatímco křivka nárůstu heroinu a pervitinu je stabilizovaná. Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 -2004 byla klíčovým materiálem posledních let. Představila základní specifické cíle: zastavit nárůst uživatelů drog, snížit zdravotní dopady a počet úmrtí; poskytnout rodinám a jedincům, kteří to potřebují, odpovídající, včasnou a profesionální pomoc; snížit dostupnost všech typů drog zejména pro děti a mladé lidi; a vyčlenit odpovídající finanční prostředky na prevenci, léčbu a resocializaci. Tyto cíle jsou dále považovány za klíčové. Protidrogová politika ČR, jak je koncipována a realizována je moderní a úspěšná. To i navzdory malé veřejné, politické a finanční podpoře²⁵.

3. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

3.1. METODIKA

3.1.1. Charakteristika souboru

Výběrový soubor tvoří 205 studentů Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. 103 studentů je z 1. ročníku a 102 studentů z ročníku 3. Všichni jsou studenti prezenčního magisterského studia se zaměřením na pedagogiku na 2. stupni základních škol nebo středních škol. Studenti pocházejí z různých sociálních poměrů.

3.1.2. Charakteristika dotazníku

Dotazník je tvořen celkem čtyřiceti otázkami, které můžeme rozdělit do tří částí. První částí jsou sociodemografické charakteristiky respondenta. Druhá je zaměřena na zkušenosti respondenta s návykovými látkami, na jeho první zkušenosti a současné užívání jak látek legálních tak nelegálních. Třetí část představují otázky zaměřené na informovanost a postoje studentů k návykovým látkám a drogové problematice vůbec.

Dotazník je součástí přílohy.

3.1.3. Způsob předložení dotazníků

Dotazníky byly osobně předkládány studentům na přednáškách na konci letního semestru (25.4. – 3.5.2005). Byla tak zajištěna vysoká návratnost a možnost konzultace.

3.1.4. Výhody a nevýhody dotazníkového průzkumu

Dotazníková forma průzkumu má své výhody i nevýhody. Mezi hlavní nevýhody patří, že není možno individuálně formulovanými otázkami zjistit přesný a detailní obraz skutečnosti. Naopak hlavní výhodou je jejich snadné zpracování a následné vyhodnocení,

díky stejným dotazům a často omezeným počtům odpovědí²⁶. Je zde zajištěna i vysoká úroveň anonymity, a tím větší pravděpodobnost, že respondenti budou odpovídat pravdivě. Také je tato forma ekonomicky výhodnější než např. osobní rozhovory, a na rozdíl od nich je proveditelná na poměrně velkém souboru i s omezeným počtem pracovníků²⁷.

3.2. VÝSLEDKY

3.2.1. Sociodemografické charakteristiky

Pomocí základních sociodemografických charakteristik si přiblížíme skupinu dotazovaných studentů.

Údaje o věkovém průměru a věkovém rozpětí jsou uvedeny v tabulce č 2.

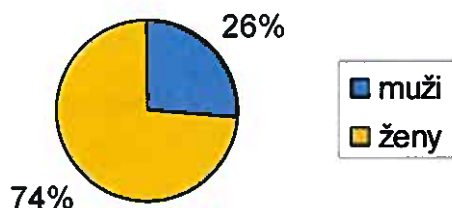
Tab. 2 Věkové složení souboru

Ročník	Počet studentů skupiny	Věkový průměr	Věkové rozpětí
1. roč.	103	20,4 let	19 až 24 let
3. roč.	102	22,4 let	21 až 30 let

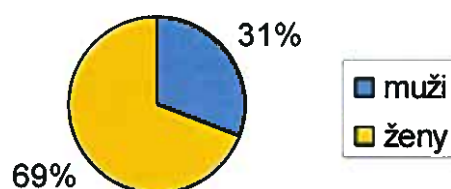
Věkový průměr byl získán jako podíl součtu věku všech studentů v jednotlivých skupinách a počtu studentů v těchto skupinách. V 1. ročníku největší podíl tvoří studenti ve věku 19 a 20 let (71 %), ve 3. ročníku to jsou studenti ve věku 22 a 23 let (73 %). Věkové rozpětí je hodnota vyjadřující nejnižší a nejvyšší věk studentů ve skupině. Z tabulky je patrné, že jedna z krajních hodnot věkového rozpětí se značně liší od věkového průměru. Z těchto údajů tedy vyplývá, že se ve skupině vyskytují studenti, kteří nastoupili na vysokou školu po určité časové prodlevě, ne přímo v návaznosti na dokončené středoškolské vzdělání.

Další charakteristikou je zastoupení mužů a žen v jednotlivých skupinách, které nám identifikuje skupinu blíže. Zastoupení je znázorněno v grafu 1 a 2. Je patrné, že zastoupení obou pohlaví v jednotlivých skupinách je podobné. Pro pozdější porovnávání jednotlivých ročníků v určitých otázkách je tento fakt výhodou.

Graf 1

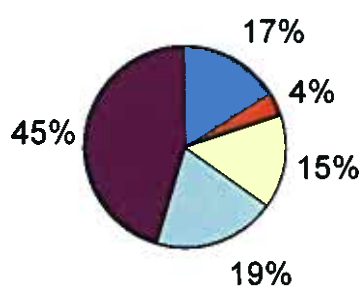
Zastoupení mužů a žen ve 3. roč.

Graf 2

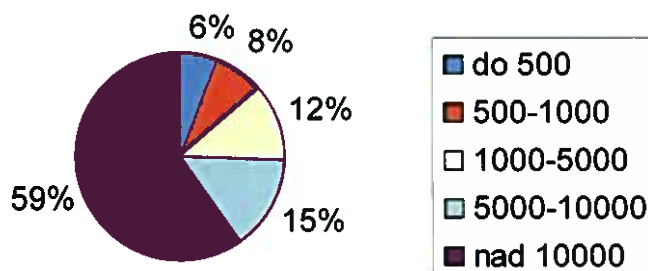
Zastoupení mužů a žen v 1. roč.

V grafu číslo 3 a 4 je uvedeno složení jednotlivých skupin z hlediska velikosti trvalého bydliště studentů. Měřítkem velikosti trvalého bydliště je zde počet obyvatel. Obce byly v tomto případě rozděleny do pěti kategorií. Z grafu vyplývá, že většina studentů trvale bydlí ve městech s počtem obyvatel větším než deset tisíc

Graf 3

Velikost bydliště studentů 1. roč.

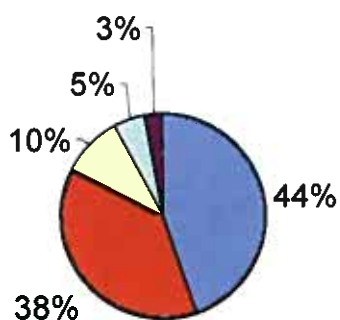
Graf 4

Velikost bydliště studentů 3. roč.

Rodinné zázemí a vztah k rodičům může ovlivnit studenty v rozhodnutí okusit některou drogu, proto v grafu 5, 6, 7 a 8 uvádíme jaký je vztah studentů k matce a otci.

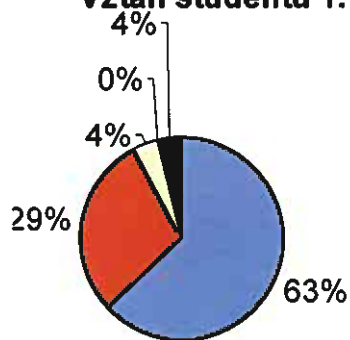
Graf 5

Vztah studentů 1. roč. k otci



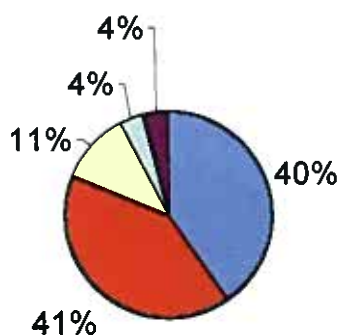
Graf 6

Vztah studentů 1. roč. k matce



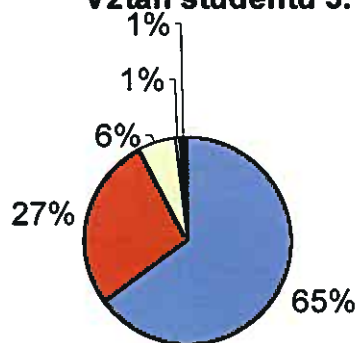
Graf 7

Vztah studentů 3. roč. k otci



Graf 8

Vztah studentů 3. roč. k matce

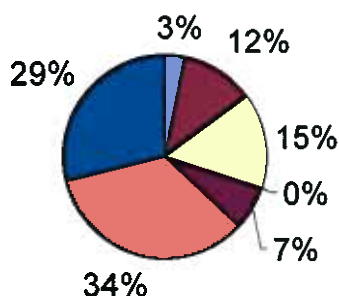


V našem výběrovém souboru má přes 80 % dotázaných s rodiči velmi dobrý nebo dobrý vztah. Opět je výhodou podobné rozložení procentuálního zastoupení v obou ročnících.

Nakonec si ze sociodemografických charakteristik uvedeme ty, které souvisejí s aktivitami studentů ve volném čase. Jak nejčastěji studenti tráví svůj volný čas je zachyceno v grafech 9 a 10, a kolik utratí za týden „za co chtějí“ vyjadřují grafy 11 a 12.

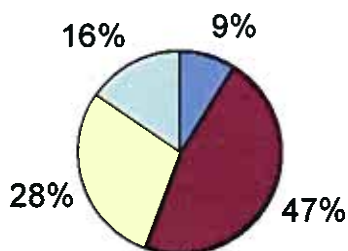
Graf 9

Jak tráví volný čas studenti 1. roč.



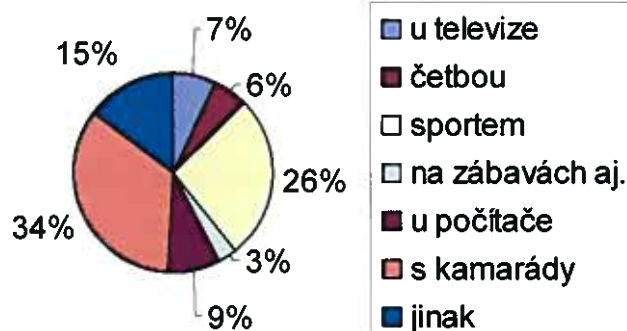
Graf 11

Kolik utratí studenti 1. roč. týdně



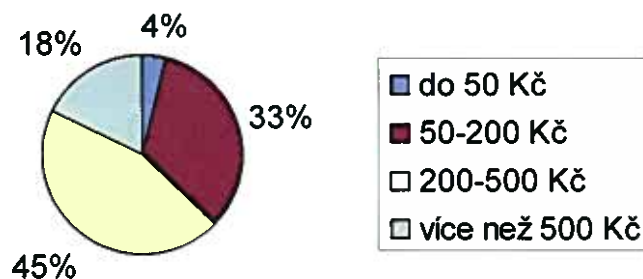
Graf 10

Jak tráví volný čas studenti 3. roč.



Graf 12

Kolik utratí studenti 3. roč. týdně



Jak vidíme nejčastěji studenti tráví svůj volný čas s kamarády nebo sportem. Protože si mohli vybrat pouze jednu kategorii, je možné, že s kamarády se také věnují sportu, počítači, zábavě a dalším aktivitám. Kategorie „jinak“ zahrnuje trávení volného času s přítelem (manželem, manželkou), prací (brigádou), koníčky, studiem, pobytem v přírodě, cestováním, kulturou, v církvi atd. Dále můžeme sledovat nárůst utrácených peněz ve 3. ročníku, možná proto, že se zde častěji objevovaly brigáda a práce ve volném čase.

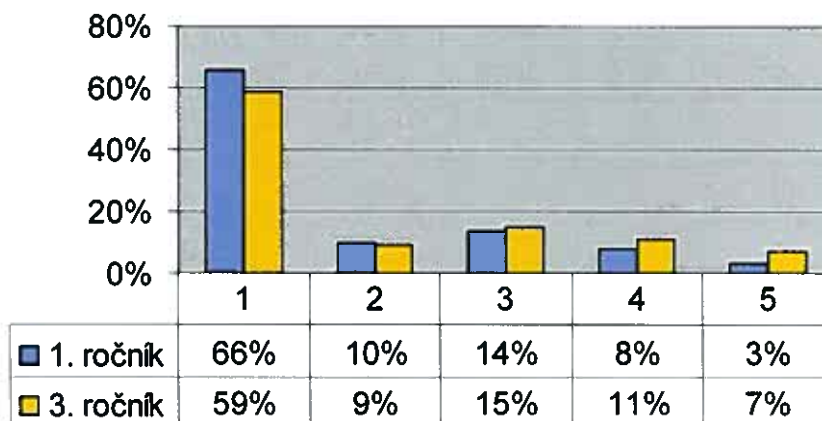
3.2.2. Legální drogy

Alkohol, nikotin a kofein patří v západních společnostech mezi „legální drogy“, tedy návykové látky společensky tolerované a volně dostupné. Dostupnost těchto látek je částečně omezena legislativou. Zaměříme se zde na kouření tabáku a pití piva, vína a destilátů.

Na grafu 13 můžeme vidět zastoupení různých kategorií kuřáků, resp. nekuřáků, v rámci jednotlivých skupin výběrového souboru. Na ose „x“ se skrývá pod čísly „1“, „2“, „3“, „4“, „5“ označení míry kouření či nekouření. „1“ znamená, že dotazovaný nikdy nekouřil; „2“ zahrnuje studenty, kteří kouřili a již nekouří; „3“ jsou studenti kouřící zcela výjimečně; „4“ je skupina studentů, kteří kouří občas, nepravidelně a pod „5“ jsou studenti kouřící pravidelně. Na ose „y“ je vidět procentuální zastoupení v dané skupině, které je konkrétně uvedeno v připojené tabulce.

Graf 13

Jak je rozšířeno kouření



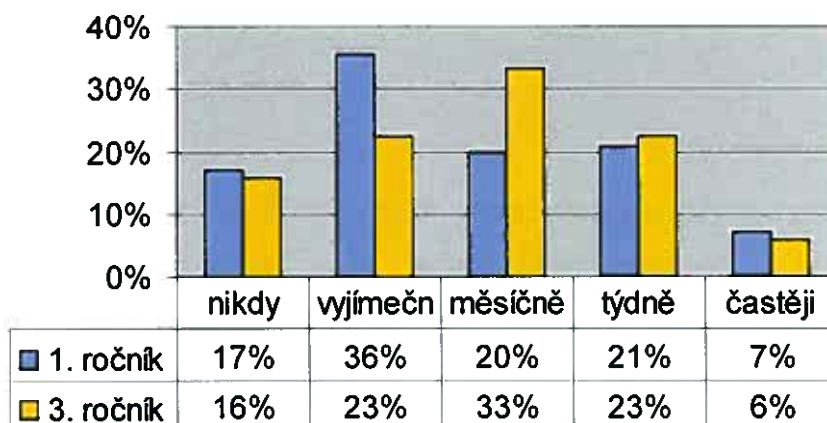
Je patrné, že v obou ročnících je největší podíl studentů, kteří vůbec nekouří. To se může jevit jako příznivý stav, ale podíl kuřáků v ročníku (myslíme „4“ a „5“) také není zanedbatelný. Můžeme sledovat nárůst kouření ve 3. ročníku a úbytek studentů, kteří kouřit přestali. I když téměř 70 % dotázaných studentů nekouří, více než 66 % všech studentů

cigaretu zkusilo a uvedlo, že poprvé zkusili cigaretu v 14,5 letech. Prodej cigaret je povolen starším 18 let, ale většina studentů kouřila cigaretu podstatně dříve.

Grafy 14, 15 a 16 zachycují rozšířenost různé míry pití piva, vína a destilátů v jednotlivých ročnících. Na ose „x“ je dána četnost konzumace alkoholických nápojů. Kategorie postupně: „nikdy“, „výjimečně“, „1 až 2krát měsíčně“, „1 až 2krát týdně“ a „častěji“.

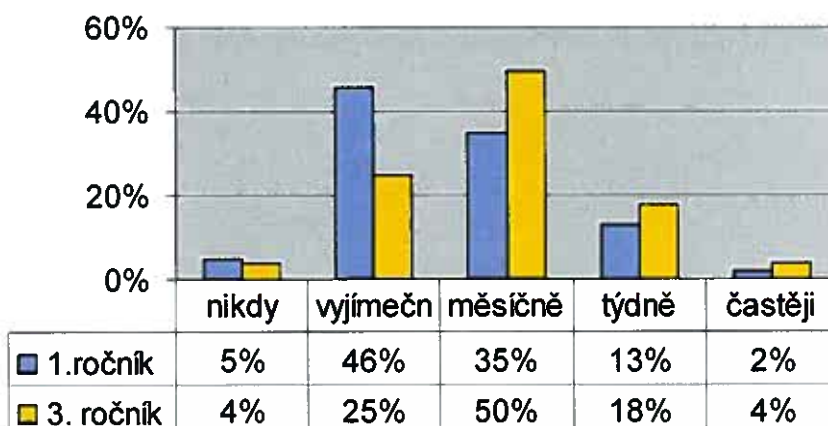
Graf 14

Jak je rozšířeno pití piva



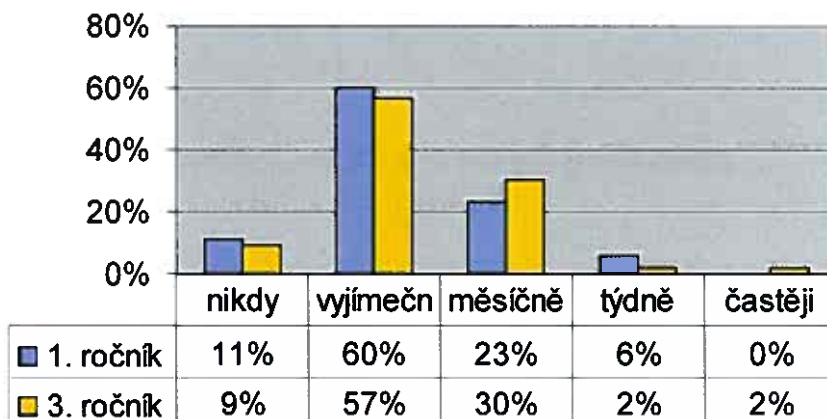
Graf 15

Jak je rozšířeno pití vína



Graf 16

Jak je rozšířeno pití destilátů



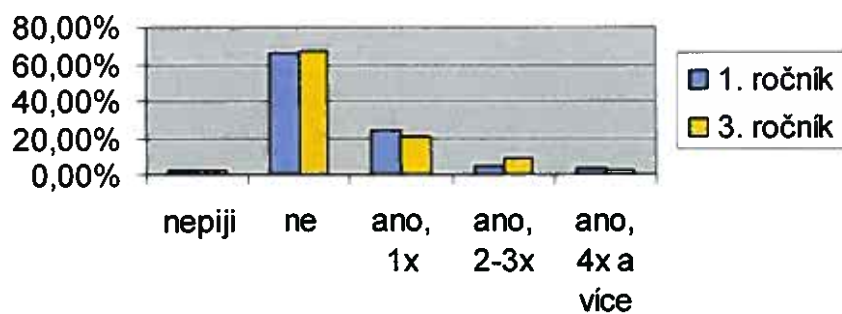
Na grafu 14, který vykresluje konzumaci piva mezi studenty, můžeme pozorovat vzestup v kategorii „1 až 2krát měsíčně“ ve 3. ročníku, který odpovídá poklesu v kategorii „výjimečně“. Závěrem můžeme konstatovat, že studenti vyšších ročníků pijí pivo častěji. Podobný trend je i v konzumaci vína, která se opět ve 3. ročníku zvýšila. Zjišťujeme, že studentů, kteří nepijí nikdy víno, je poměrně málo. Co se týče pití destilátů, většina studentů je konzumuje výjimečně. Můžeme říci, že pití jakéhokoliv druhu alkoholického nápoje je mezi studenty více rozšířeno než kouření.

Studentů jsme se také ptali v kolika letech poprvé okusili nějaký alkoholický nápoj a kdy byli poprvé opití. Studenti uvádí, že poprvé okusili alkohol v průměru v 12,7 letech a poprvé se v průměru opili v 16,5 letech. Opět musíme mít na mysli, že prodej alkoholu je povolen osobám starším 18 let.

Na posledním grafu 17, který se týká společensky tolerovaných drog, si ukážeme zda byli studenti během posledních čtyř týdnů opití.

Graf 17

Alkoholová intoxikace během posledních čtyř týdnů



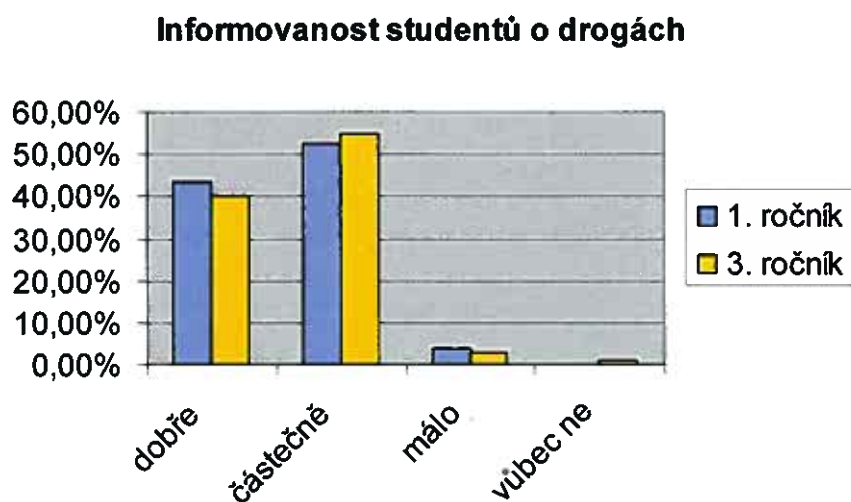
I když v obou ročnících pije alkohol více než polovina studentů, většina se z nich se opití vyhýbá, nasvědčují tomu i podobné výsledky v obou skupinách.

3.2.3. Ilegální drogy

V této části si ukážeme informovanost a postoj studentů k ilegálním drogám.

Začneme s otázkou, zda si studenti myslí, že jsou o drogách dobře informováni. Odpovědi na ni zachycuje graf 18.

Graf 18



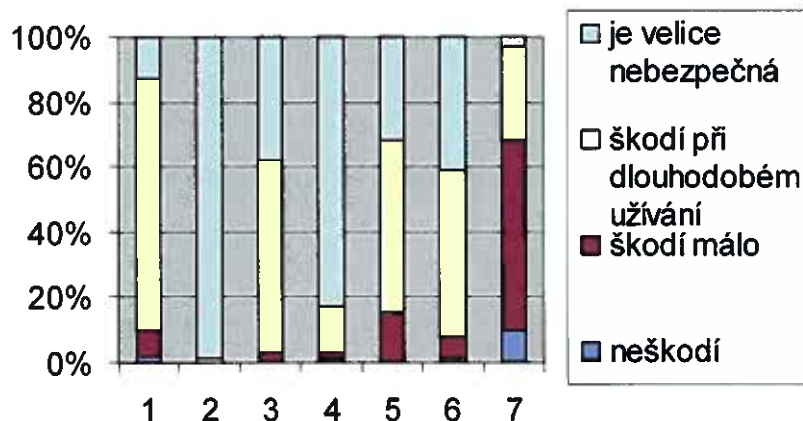
Přes 90 % dotázaných studentů uvádí, že si myslí, že jsou o drogách dobře informováni. Zajímavé je, že 40,2 % studentů 1. ročníku a pouze 25,5 % studentů 3. ročníku získalo informace s touto problematikou spojené od učitelů ve škole v průběhu tohoto školního roku. Vzhledem ke skutečnosti, že všichni dotazovaní jsou budoucí pedagogové, možná by o této tématice mohli být informováni během celého studia.

Graf 19 a 20 ukazuje, co studenti soudí o nebezpečnosti následujících látek:

- 1 – alkohol,
- 2 – drogy, které se píchají,
- 3 – tabák,
- 4 – ředidla a rozpouštědla,
- 5 – drogy, které se kouří (marihuana a spol.),
- 6 – léky používané bez lékařského předpisu,
- 7 – černá káva.

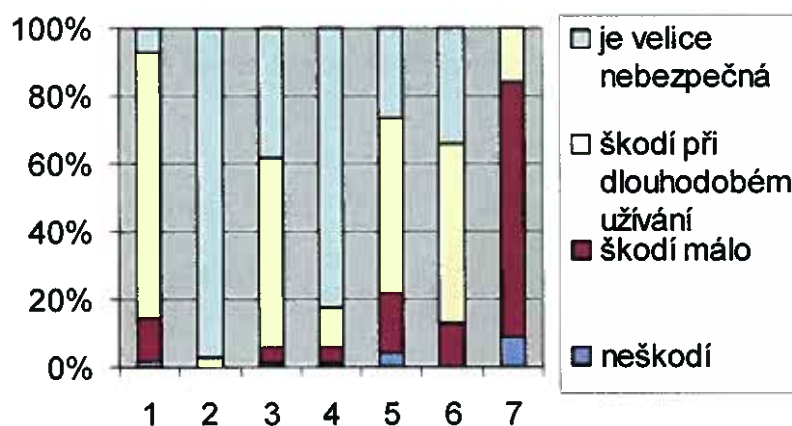
Graf 19

Co studenti soudí o škodlivosti látek 1. roč.



Graf 20

Co studenti soudí o škodlivosti látek 3. roč.



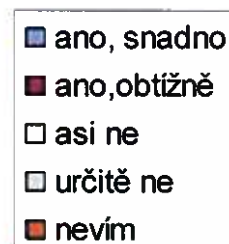
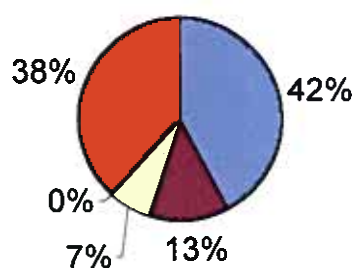
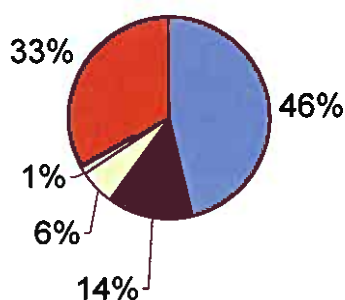
Odpovědi jsou v obou ročnících téměř stejné. Nejvíce studentů soudí, že nejnebezpečnější jsou drogy, které se píchají. Většina studentů si toto myslí i o látkách, které se čichají. Zastoupení kuřáků ve skupině odpovídá názoru, že je kouření škodlivé. Velká skupina studentů si je vědoma faktu, že léky užívané bez lékařského předpisu a nesprávným způsobem jsou nebezpečné.

Grafy 21, 22, 23 a 24 nám zobrazují, jak snadné resp. obtížné je získat drogy ve městě trvalého bydliště studentů, nebo nejbližším větším městě a jaká je možnost získat drogy ve škole.

Graf 21

Graf 22

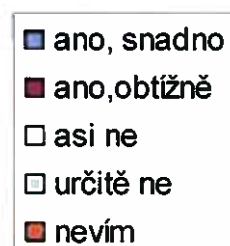
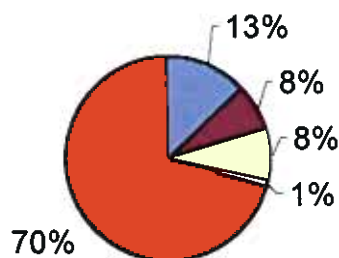
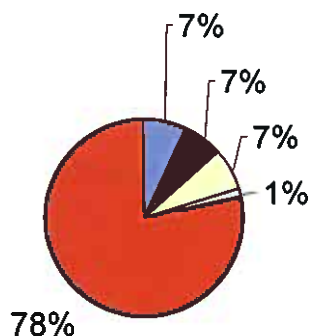
Možnosti získání drog ve městě 1. roč. Možnosti získání drog ve městě 3. roč.



Graf 23

Graf 24

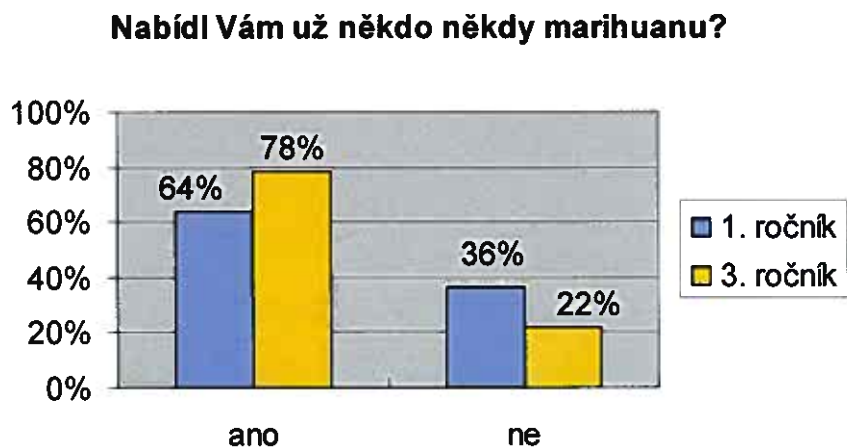
Možnosti získat drogy ve škole 1. roč. Možnosti získání drog ve škole 3. roč.



O možnosti získat drogy ve městě, kde studenti žijí, je přesvědčena více než polovina dotázaných. Oproti tomu studenti nevědí, jaká je situace na jejich škole. Studenti dále uvedli, že 64,7 % studentů v 1. ročníku a 71,6 % v ročníku 3. má v okruhu přátel někoho, kdo má nějakou zkušenost s drogami. A 51 % všech studentů zná někoho, kdo drogy pravidelně užívá.

Graf 25 ukazuje, zda studentům nabídl někdo někdy marihuanu.

Graf 25



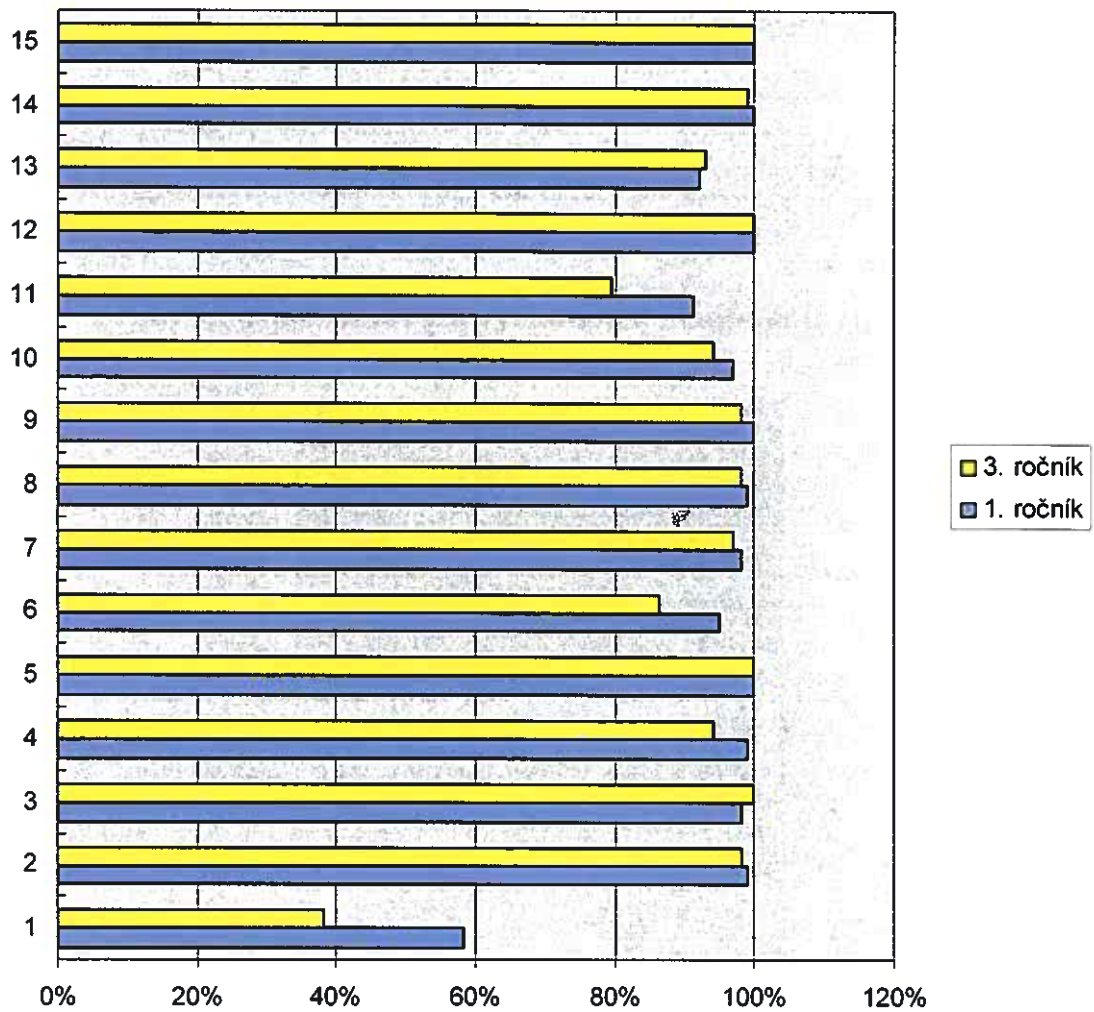
Z dalších nabízených drog studenti nejčastěji uvádějí extázy a LSD.

Graf 26 zachycuje kolik studentů nikdy nevyzkoušelo danou drogu. Graf 27 oproti tomu, ukazuje kolik procent všech studentů zkusilo danou drogu nejméně jednou.

- 1 – marihuana
- 2 – kokain
- 3 – toluen (a jiná ředidla)
- 4 – pervitin
- 5 – heroin
- 6 – houby
- 7 – LSD
- 8 – Alnagon, Tramal
- 9 – speed, fenmetrazin
- 10 – Rohypnol, Diazepam
- 11 – hašiš
- 12 – brown
- 13 – extáze
- 14 – crack
- 15 – metadon

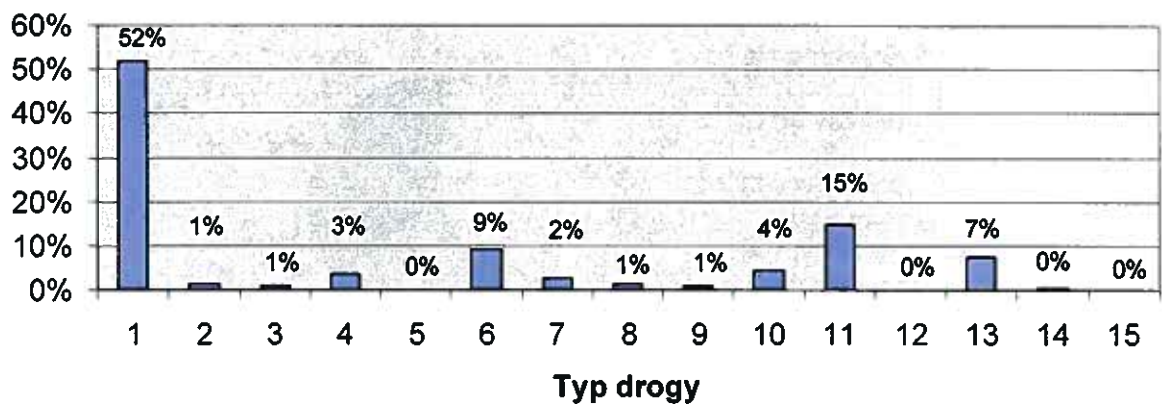
Graf 26

Kolik studentů nikdy nezkusilo danou drogu



Graf 27

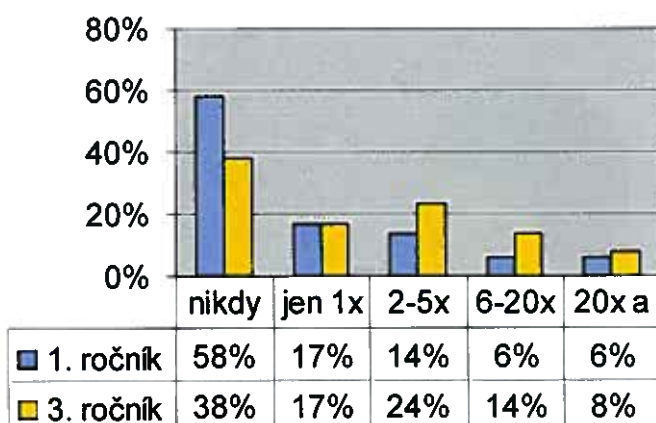
Kolik procent studentů zkusilo alespoň jednou danou drogu



Můžeme pozorovat, že studenti 3. ročníku mají větší zkušenosti s drogami než studenti 1. ročníku. Největší zastoupení má marihuana, kterou vyzkoušela více než polovina studentů. Konkrétnější výsledky, týkající se marihuany jsou uvedeny v grafu 28. Mezi další nejvíce zkoušené drogy patří hašiš, halucinogenní houbičky a extáze. Opět častěji testované studenty 3. ročníku.

Graf 28

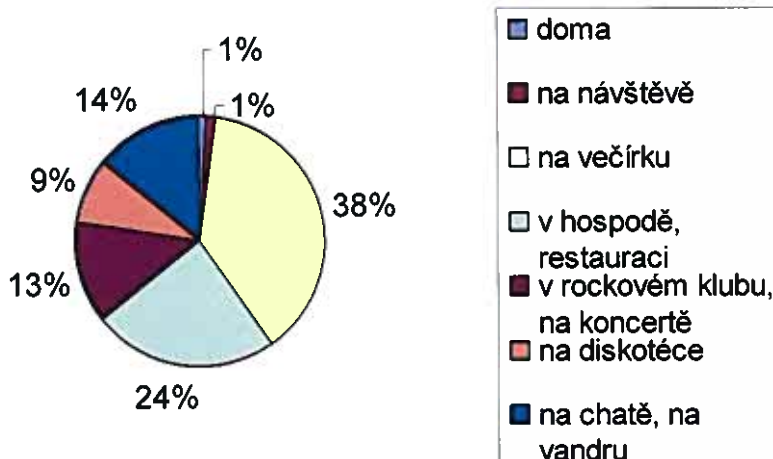
Kolik studentů vyzkoušelo marihuanu



Graf 29 znázorňuje, za jakých okolností studenti vyzkoušeli poprvé drogu.

Graf 29

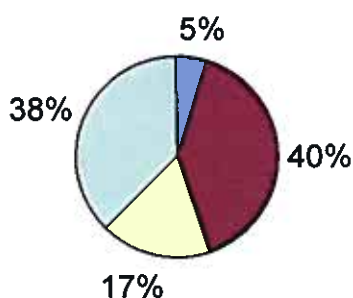
Kde studenti poprvé zkusili nějakou drogu



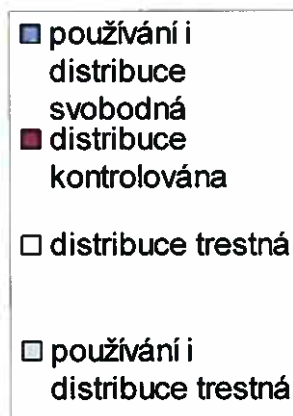
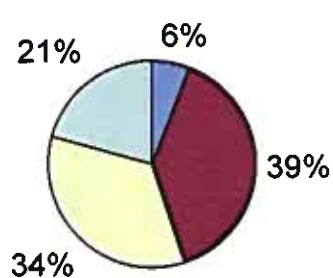
Studenti nejčastěji okusili svou první drogu na večírku nebo v hospodě. Průměrný věk první zkušenosti s drogou je 17,5 let. Většina studentů také shodně uvádí, že nikdy neměli vážné potíže s rodiči, učiteli či policií ve spojení s užíváním drog.

Grafy 30 a 31 ukazují názory studentů na legalizaci měkkých drog. V obou ročnících je velké zastoupení studentů s názorem, že užívání měkkých drog by mělo být beztrestné.

Graf 30
Názory na legalizaci 1. roč.



Graf 31
Názory na legalizaci 3.roč.



48,5 % studentů 1. ročníku a 32,3 % studentů 3. ročníku nezná žádnou instituci, která může poskytnout pomoc lidem, kteří mají problémy s drogami. Ostatní studenti si nejčastěji vzpomněli na DROP IN (38 %), následovalo K-Centrum, protidrogová poradny a streetwork programy.

A nakonec 9,3 % všech studentů uvedlo, že ještě někdy vyzkouší nějakou ilegální drogu.

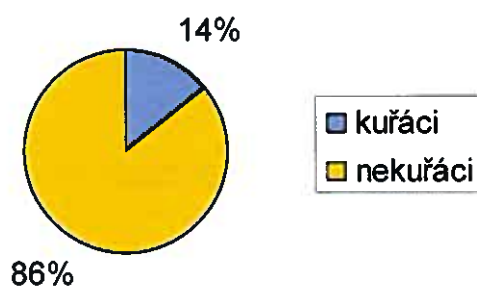
3.2.4. Porovnání vybraných otázek v souboru

Tato kapitola zachycuje několik základních souvislostí mezi jednotlivými otázkami kladenými v dotazníku. Posuzujeme zde výběrový soubor jako celek.

V grafu 32 je procentuálně zobrazen poměr kuřáků v našem souboru. A v grafu 33 je zobrazen podíl kuřáků resp. nekuřáků, kteří zkusili marihuanu více než dvakrát.

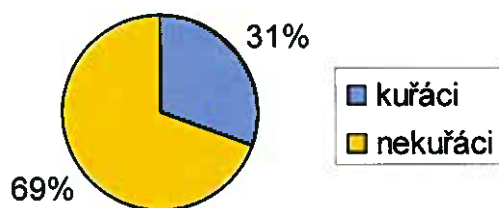
Graf 32

Podíl kuřáků mezi studenty



Graf 33

Podíl kuřáků, kteří zkusili marihuanu více než 2x

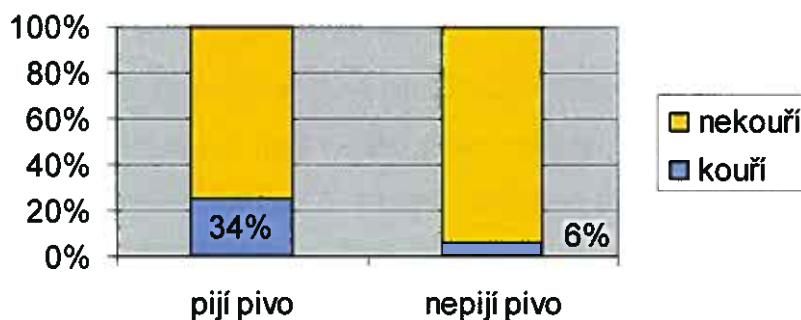


Můžeme konstatovat, že kuřáci i častěji vyzkoušeli marihuanu.

Grafy 34 a 35 nám ukazují kolik je kuřáků, mezi studenty, kteří pijí pivo či víno nejméně jednou týdně.

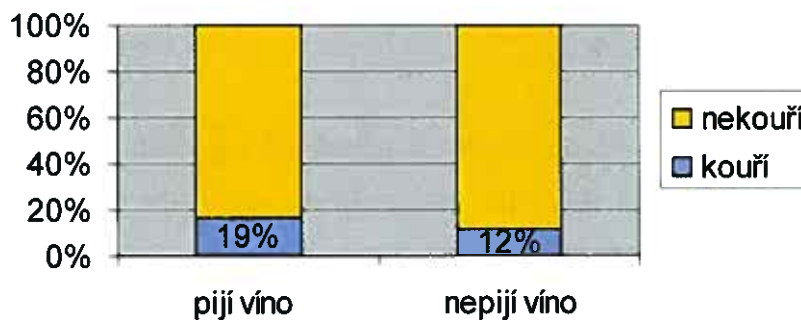
Graf 34

Počet kuřáků mezi studenty, kteří pijí pivo a těmi, kteří nepijí



Graf 35

Počet kuřáků mezi studenty, kteří pijí víno a těmi, kteří nepijí



Lze říci, že častěji kouří studenti, kteří konzumují alkohol pravidelně. Z toho nejvíce kuřáků je mezi studenty, kteří pijí pivo alespoň jednou týdně.

4. DISKUZE

4.1. POROVNÁNÍ MUŽŮ A ŽEN

V této kapitole porovnáme postoj mužů a žen, z celého výběrového souboru Pedagogické fakulty UHK, k vybraným otázkám. V celém výběrovém souboru jsou ženy zastoupeny z 71,2 % a muži z 28,8 %.

V našem výběrovém souboru kouří pravidelně nebo občas 12,3 % žen a 18,6 % mužů. Rozšířenost kouření mezi studenty není veliká, přesto stoupá ve vyšších ročnících u obou pohlaví. Výsledky Světového šetření o zdraví realizovaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v letech 2002-2003 i v ČR uvádějí, že v české populaci je 30,3 % mužů a 18,9 % žen pravidelných kuřáků²⁸. Kouření často souvisí i s konzumací alkoholu a návštěvou různých restauračních zařízení. Z toho lze usuzovat, proč je větší podíl kuřáků mezi muži, kterých nadpoloviční většina konzumuje alkohol.

První zkušenost s kouřením se průměrně objevila ve 14,5 letech. V tomto věku je zakázáno mládeži prodávat cigarety, přesto 89 % studentů kouřilo svou první cigaretu do 18 let. To vše nasvědčuje menší míře působení jak primární tak i sekundární prevence. Na druhou stranu, jistou úspěšnost protikuřáckých kampaní můžeme pozorovat na studentech, kteří kouřit přestali (9 %).

Konzumace piva jednou týdně a častěji je rozšířena u 17,8 % žen a u 52,5 % mužů. To odpovídá obecnému předpokladu, že ženy pivo nepijí tak často nebo jej nepijí vůbec. Pravidelná konzumace vína je oproti tomu větší u žen. Z žen jednou týdně a častěji pije víno 20,5 % a z mužů je to 11,8 %. Tento fakt by mohl mít souvislost se skutečností, že vína se častokrát konzumuje menším objemem než piva. Dalším důvodem by mohl být i výběr podniků a četnost jejich návštěv. Předpokládáme-li, že ženy si vybírají častěji podniky lepších kategorií a navštěvují je méně častěji než muži.

Pokud budeme srovnávat konzumaci piva a vína, zjistíme, že těch, kteří nikdy nepijí víno je méně než těch, kteří nikdy nepijí pivo. Mohlo by to znamenat, že pivo v naší typicky pivařské zemi je méně oblíbeno než víno. Musíme si ovšem uvědomit, že větší podíl našeho souboru tvoří ženy.

27,4 % žen a 44,1 % mužů byli během posledních čtyř týdnů opití. Opět se můžeme domnívat, že výsledek souvisí s předpokladem, že muži chodí do restaurací a hospod více než ženy.

Ilegální drogu zkusilo 51,7 % všech studentů. Zkušenosti s různými ilegálními drogami mají dvakrát častěji muži. Mužů, kteří vyzkoušeli nějakou ilegální drogu (kromě marihuany) je 39,0 % a žen 19,2 %. Muži častěji experimentují a objevuje se u nich zkušenost s více různými drogami. Alespoň jednu zkušenost s užitím některé z ilegálních drog má 28 % mužů a 16 % žen v dospělé české populaci. Užívání drog je nejčastěji rozšířené ve věkové skupině 18-24 let, s rostoucím věkem respondentů klesá užití všech sledovaných drog²⁸. V porovnání s celonárodní statistikou je poměr studentů na Pedagogické fakultě UHK, kteří zkusili nějakou drogu, vyšší. To odpovídá skutečnosti, že nejvíce experimentují mladí lidé. Mohlo by to souviset s dostupností drog na vysoké škole, ale i se stylem života, kdy studenti většinou ještě nemají tolik povinností jako pracující. Také je v tomto věku větší touha experimentovat a zkusit vše, co se nabízí.

Největší zkušenosti mají studenti s marihuanou, kterou dvakrát a více kouřilo 27,4 % žen a 54,2 % mužů. Z toho šestkrát a více kouřilo marihuanu 10,9 % žen a 30,5 % mužů. Je možné, že muži vyzkouší marihuanu častěji, protože je zde jistá podobnost s kouřením cigaret a mužů kuřáků je podstatně více. V našem souboru se tato myšlenka však nepotvrzuje. Kouření marihuany je u studentů (především u mužů) častější než kouření cigaret. To by mohlo souviset s názorem studentů, že kouření marihuany je méně škodlivé než kouření cigaret. Počet studentů, kteří tedy několikrát užili ilegální drogu není zanedbatelný a potvrzuje vzrůstající trend v experimentování s drogami u mladých dospělých (18-34let) obecně²⁸.

Přestože nadpoloviční většina má jistou zkušenost s drogami, 77,5 % studentů (80,2 % žen a 71,2 % mužů) neví, kam alespoň jednu drogu zařadit anebo některou drogu nezná vůbec. Nejčastěji se tato situace vyskytla u metadonu. Nabízí se myšlenka, že pokud méně žen zkusilo některou drogu, méně jich i tyto drogy zná a umí zařadit. U budoucích pedagogů ovšem není toto zjištění moc potěšující, když právě oni se mají aktivně zapojit do primární prevence v boji s drogami.

4.2. POROVNÁNÍ NAŠEHO SOUBORU S VÝSLEDKY Z VELKÉ BRITÁNIE

V této části porovnáme výsledky našeho šetření s výsledky získanými na 14-ti universitách ve Velké Británii. Výsledky z Velké Británie (VB) byly získány od 3699 studentů, kteří byli v roce 1997 ve druhém ročníku, pomocí standardizovaných anonymních dotazníků²⁹. Máme možnost srovnat situaci na Pedagogické fakultě UHK s širokým souborem vysokoškoláků z Velké Británie, kde jsou zahrnuti i studenti pedagogických fakult. Výsledky ovšem musíme brát jako orientační, právě pro srovnávání dvou různě velkých souborů.

Ve Velké Británii je pravidelné kouření rozšířeno nejvíce mezi studenty uměleckých fakult, studentů společenských a biologických věd. Zde se průměry pohybují okolo 36 % až 39 %. Mezi studenty společenských věd jsou zahrnuti i studenti pedagogických fakult. U nich se kouření objevuje u 35 % mužů a 33 % žen. V porovnání s těmito výsledky je 12,3 % žen a 18,6 % mužů kuřáků na Pedagogické fakultě UHK relativně dobrý výsledek.

Střední a vyšší míra konzumace alkoholu se objevuje u 40 % studentů společenských věd, ale i na ostatních fakultách ve Velké Británii. Vyšší míra konzumace připadá na muže. Podobně je tomu na Pedagogické fakultě UHK, kde alkohol nejméně jednou týdně pije 38,4 % žen a 64,4 % mužů. Nejvíce studentů ve Velké Británii, kteří nepijí alkohol vůbec je mezi inženýry a mediky, zde je průměr 18 %. Na společenských vědách je tento průměr 6,5 % u mužů a 8,9 % u žen. Na pedagogické fakultě UHK se objevují ojedinělé výjimky (1 %) mezi studenty, kteří nekonzumují žádný alkohol. Možným důvodem, proč je u nás větší konzumace alkoholu, je jeho nižší cena v porovnání s VB a to, že většina podniků tam zavírá kolem desáté hodiny.

63 % ze všech studentů všech fakult ve Velké Británii nejméně jednou zkusilo některou ilegální drogu. Na Pedagogické fakultě UHK to bylo 51,7 % studentů. Jak ve Velké Británii tak i v našem výběrovém souboru nejvíce frekventovanou drogou byla marihuana. Zkušenost s ní má 66 % studentů společenských věd v Anglii, na UHK to bylo 52,2 % studentů. Dalšími nejvíce užívanými drogami ve Velké Británii jsou LSD (45 %), amfetamin (18 %), halucinogenní houby (14 %) a extáze (12 %). Na Pedagogické fakultě je situace jiná. K dalším velmi často zkoušeným drogám patří hašiš, který zkusilo 14,6% studentů.

Halucinogenní houby celkem vyzkoušelo 9,3 %, extázi 7,4 % a pervitin 3,4 % studentů. Tyto výsledky nejsou zanedbatelné. Musíme si však uvědomit, že náš soubor je podstatně menší a ne tedy zcela srovnatelný s britským, díky tomuto faktu mohou být naše výsledky celkově vyšší než by odpovídalo skutečnosti. První zkušenost s drogami měli britští studenti před nástupem na univerzitu, ani u nás není situace jiná. Studenti Pedagogické fakulty UHK uvádějí, že prvně okusily nějakou drogu v průměru v 17,5 letech, tedy ještě jako nezletilí.

5. ZÁVĚR

Drogy jsou součástí lidského života od nepamněti, tedy i dnes. I když vysokoškoláci nepaří přímo mezi nejohroženější skupinu z hlediska rozšíření zneužívání návykových látek, je třeba jim také věnovat dostatečnou pozornost. Vzhledem ke svým budoucím profesím budou svým postojem a názory k této otázce ovlivňovat chod celé společnosti.

V dnešní době mají studenti k dispozici stále více informací o různých typech, nemůžeme však říci, že by je tyto poznatky příliš odrazovali od experimentování s těmito látkami. Valná většina se s drogami setkala jako pozorovatelé, experimentátoři či pravidelní uživatelé. Přestože si studenti uvědomují jejich škodlivost i rizika spojená s užíváním návykových látek, drogy se těší široké oblibě. Většina respondentů zkusila marihuanu a co se týká drog legálních (alkohol a cigarety) je jejich konzumace vcelku běžnou záležitostí. Ale ani další typy drog nejsou pro studenty zcela neznámé. Můžeme pozorovat nárůst zkušeností s návykovými látkami v průběhu studia, což není zcela potěšující fakt. Podobně zneklidňující může být i konstatování, že studenti některé drogy dobře neznají. Vzhledem k jejich budoucímu povolání pedagoga by tato skutečnost měla být v budoucnu napravena.

Dopad na zdraví při užívání legálních i nelegálních je nevyvratitelný, proto by, jak se zde potvrdilo, měla být věnována větší pozornost primární prevenci. Nezbyvá než si přát, aby se zvýšila informovanost a osobní zodpovědnost vysokoškolských studentů v otázce drogové problematiky.

6. POUŽITÁ LITERATURA

1. Dagmar Lincová, Hassan Farghali et al.: Základní a aplikovaná farmakologie, Praha, Galén 2002, str. 189-190
2. WHO Ženeva 1994: Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, Praha, Psychiatrické centrum 2000, str. 32
3. Pokorný V., Telcová J., Tomko A.: Patologické závislosti, Brno, Ústav psychologického poradenství a diagnostiky 2002, str. 21
4. WHO Ženeva 1994: Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, Praha, Psychiatrické centrum 2000, str. 78
5. Karel Nešpor, Ladislav Csémy: Alkohol, drogy a vaše děti, Praha 2003, 5.vydání – elektronická podoba <http://www.plbohnice.cz/~nespor/adde03.doc> , str. 26
6. Bertram G. Katzung: Základní a klinická farmakologie, Nakladatelství a vydavatelství H&H 1995, str. 457
7. Vokurka M., Hugo J.: Praktický slovník medicíny, Praha, Maxdorf 2000, str. 2
8. Zdeněk Fendrich a kolektiv: Farmakologie pro farmaceuty I., Praha, Karolinum 2002,
9. WHO Ženeva 1994: Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, Praha, Psychiatrické centrum 2000, str. 50
10. WHO Ženeva 1994: Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, Praha, Psychiatrické centrum 2000, str. 75
11. WHO Ženeva 1994: Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog, Praha, Psychiatrické centrum 2000, str. 39
12. Kamil Kalina a spol.: Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup, Praha, Úřad vlády České republiky 2003, str. 107- 125
13. Anita Ganeri: Drogy, od extáze k agonii, Praha, Amulet s.r.o. 2001
14. DROP IN
<http://www.dropin.cz/odrogach.shtml>
15. Kamil Kalina a spol.: Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup, Praha, Úřad vlády České republiky 2003, str.160-195
16. Ilona Bečková, Peter Višňovský: Farmakologie drogových závislostí, Praha, Karolinum 1999
17. Andrew Tyler: Drogy v ulicích, mýty – fakta – rady, Praha, Ivo Železný s. r. o. 2000,

18. NIDA – National Institut on Drog Abuse
<http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html>
<http://www.nida.nih.gov/DrugPages/MDMA.html>
<http://www.nida.nih.gov/DrugPages/Methamphetamine.html>
19. SANANIM
www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=1
20. Libor Dupal: Kniha o marihuaně, Praha, MAŤA 2004
21. Michal Miovský: LSD a jiné halucinogeny, Brno, Albert a Sdružení Podané ruce 1996
22. Karel Nešpor: Návykové chování a závislost, Praha, Portál s.r.o. 2000, str. 135
23. Jana Marhounová, Karel Nešpor: Alkohol, feťáci a gambleři, Praha, Empatie 1995, str. 88
24. Karel Nešpor: Moderní léčba návykových nemocí,
<http://www.plbohnice.cz/~nespor/modlec.doc>
25. Kamil Kalina a spol.: Drogy a drogové závislosti, Mezioborový přístup, Praha, Úřad vlády České republiky 2003, str. 33-39
26. Papica J.: Metody sociálně psychologického výzkumu, Praha, Státní pedagogické nakladatelství 1972, str. 60-62
27. Lamser V.: Základy sociologického výzkumu, Praha, Svoboda 1966, str. 36-45
28. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2004
http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_roce_2004
29. Webb, Ashton, Kelly and Kamali: Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university student, interfaculty comparisons, Elsevier Science Ireland Ltd. 1997

DOTAZNÍK

Komentář

Vážená kolegyně, vážený kolego !

Předkládáme Vám tento dotazník. Prosíme o jeho vyplnění na základě Vašich skutečných názorů a zkušeností v problematice omamných látek. Vaše odpovědi nám pomohou v hodnocení situace v této důležité oblasti života vysokoškolských studentů. Se souhrnnými výsledky budete seznámeni po jejich vyhodnocení; někteří z vás se zúčastní na jejich zpracování při přípravě svých diplomových prací. Důvěrnost informací je naprosto zaručena. Studie je zcela anonymní, proto nikde v dotazníku neuvádějte své jméno. K vyplněným dotazníkům mají přístup jenom vybraní pracovníci zavázaní k naprosté mlčenlivosti. Studie je organizována tak, že od okamžiku odevzdání dotazníku už nelze zjistit, kdo co napsal.

Otázky zodpovězte označením křížkem X té odpovědi, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru či zkušenosti. Výjimečně je třeba odpověď vypsát slovy.

Děkujeme.

Prof. MUDr. Peter Višňovský, CSc.
za kolektiv řešitelů

1. Jste
 - a) muž
 - b) žena

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

3. Kolik přibližně obyvatel má obec, ve které trvale bydlíte?
 - a) do 500 obyvatel
 - b) 500–1000 obyvatel
 - c) 1–5 tisíc obyvatel
 - d) 5–10 tisíc obyvatel
 - e) nad 10 tisíc obyvatel

4. Jaké je vzdělání Vašeho otce?
 - a) základní
 - b) odborné bez maturity
 - c) úplné střední s maturitou
 - d) vysokoškolské

5. Jaké je vzdělání Vaší matky?
 - a) základní
 - b) odborné bez maturity
 - c) úplné střední s maturitou
 - d) vysokoškolské

6. Kolik asi tak můžete utratit za týden „za co chcete“ ?
 - e) do 50 Kč
 - f) 50–200 Kč
 - g) 200–500 Kč
 - h) více než 500 Kč

7. Jak trávíte nejčastěji svůj volný čas?
- sledováním televize
 - čtením
 - sportem
 - na diskotékách, zábavách apod.
 - u počítače
 - s kamarády
 - jinak – uveďte _____
8. Jak je Váš vztah k otci?
- velmi dobrý
 - dobrá
 - ne moc dobrý
 - velmi špatný
 - otec již nežije
9. Jaký je Váš vztah k matce?
- velmi dobrý
 - dobrá
 - ne moc dobrý
 - velmi špatný
 - matka již nežije
10. Kouříte?
- nekouřím vůbec
 - kouřil jsem, ale už nekouřím
 - kouřím, ale pouze výjimečně
 - kouřím občas, nepravidelně
 - kouřím pravidelně
11. Poprvé jsem zkusil cigaretu v _____ letech.
12. Kolik cigaret přibližně vykouříte za týden? Je to asi _____ kusů cigaret.
13. Pijete někdy pivo? Jak často?
- nikdy
 - jen zcela výjimečně
 - asi jednou, dvakrát za měsíc
 - asi jednou, dvakrát týdně
 - častěji
14. Pijete někdy víno? Jak často?
- nikdy
 - jen zcela výjimečně
 - asi jednou, dvakrát za měsíc
 - asi jednou, dvakrát týdně
 - častěji
15. Pijete destiláty, tvrdý alkohol? Jak často?
- nikdy
 - jen zcela výjimečně
 - asi jednou, dvakrát za měsíc
 - asi jednou, dvakrát týdně
 - častěji

16. V kolika letech jste se napil poprvé nějakého alkoholu? Bylo to v _____ letech.

17. Kolik Vám bylo let, když jste vypil tolik alkoholu, že jste se „namazal(a)“?
Bylo to v _____ letech.

18. Byl(a) jste během posledních čtyř týdnů opilý(á)?

- a) vůbec nepiji
- b) ne
- c) ano, jednou
- d) ano, dvakrát, nebo třikrát
- e) ano, nejméně čtyřikrát

19. Co soudíte o nebezpečnosti následujících substancí?

Na tyto otázky (19a – 19g) odpovídejte:

- a) neškodí
- b) škodí málo
- c) škodí jen při dlouhodobém užívání
- d) škodí v každém případě, jsou velice nebezpečné

- | | | | | |
|--|----|----|----|----|
| 19a) alkohol | a) | b) | c) | d) |
| 19 b) drogy, které se píchají | a) | b) | c) | d) |
| 19 c) tabák (kouření) | a) | b) | c) | d) |
| 19 d) ředidla a rozpouštědla (čicháním) | a) | b) | c) | d) |
| 19 e) drogy, které se kouří(marihuana apod.) | a) | b) | c) | d) |
| 19 f) léky používané bez lékařského předpisu | a) | b) | c) | d) |
| 19 g) černá káva | a) | b) | c) | d) |

20. Řekl(a) by jste, že o těchto drogách jste:

- a) dobře informován(a)
- b) částečně informován(a)
- c) jen málo informován(a)
- d) zcela neinformován(a)

21. Množí se hlasy, že by alespoň měkké drogy (jako marihuana) měly být legalizovány, že jejich používání a rozšiřování by nemělo být trestné. Co o tom soudíte vy?

- a) používání i distribuce těchto drog by mělo být zcela svobodné
- b) používání těchto drog by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být kontrolována
- c) používání by mělo být povoleno, ale distribuce by měla být v každém případě trestná
- d) jak užívání, tak distribuce by měly být přísně trestány

22. Následující seznam (23a–23o) uvádí názvy některých běžně užívaných drog. Označte u každé, zda ji považujete za měkkou, nebo za tvrdou následujícím způsobem:

- a) je to měkká droga
- b) je to tvrdá droga
- c) nevím, o jaký jde typ
- d) vůbec neznám tento pojem

- | | | | | |
|--|----|----|----|----|
| 23 a) marihuana | a) | b) | c) | d) |
| 23 b) kokain | a) | b) | c) | d) |
| 23 c) toluen (jiná ředidla a rozpouštědla) | a) | b) | c) | d) |
| 23 d) pervitin | a) | b) | c) | d) |
| 23 e) heroin | a) | b) | c) | d) |
| 23 f) crack | a) | b) | c) | d) |
| 23 g) LSD | a) | b) | c) | d) |

- | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|----|
| 23 h) Alnagon, Tramal | a) | b) | c) | d) |
| 23 i) Rohypnol, Diazepam | a) | b) | c) | d) |
| 23 j) hašíš | a) | b) | c) | d) |
| 23 k) brown | a) | b) | c) | d) |
| 23 l) speed, fenmetrazin | a) | b) | c) | d) |
| 23 m) extáze | a) | b) | c) | d) |
| 23 n) houby | a) | b) | c) | d) |
| 23 o) metadon | a) | b) | c) | d) |

24. Získal jste od učitelů ve škole v průběhu tohoto školního roku nějaké informace o jiných drogách než jsou tabák, alkohol a káva?

- a) ano
- b) ne
- c) ano, ale z jiného zdroje (ne od učitelů)

25. Lze drogy získat ve Vašem městě, Vaší obci či nejbližším městě?

- a. ano, poměrně snadno
- b. ano, ale je to dost obtížné
- c. asi ne
- d. určitě ne
- e. nevím

26. Ve Vaší škole je možné obstarat drogy?

- a. ano, poměrně snadno
- b. ano, ale je to dost obtížné
- c. asi ne
- d. určitě ne
- e. nevím

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

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

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

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

29. Nabídl Vám už někdo někdy marihuanu?

- a. ano
- b. ne

30. Nabídl Vám už někdo někdy jinou drogu?

- a. ano – napište jakou: _____
- b. ne

31. Zkoušel jste někdy nějakou drogu? V následujícím seznamu (31a – 31e) zatrhněte správnou odpověď:

- a. nikdy
- b. jen jednou
- c. dvakrát až pětkrát
- d. šestkrát až dvacetkrát
- e. víc než dvacetkrát

31 a) marihuana	a)	b)	c)	d)	e)
31 b) kokain	a)	b)	c)	d)	e)
31 c) toluen (jiná ředidla a rozpouštědla)	a)	b)	c)	d)	e)
31 d) pervitin	a)	b)	c)	d)	e)
31 e) heroin	a)	b)	c)	d)	e)
31 f) houby	a)	b)	c)	d)	e)
31 g) LSD	a)	b)	c)	d)	e)
31 h) Alnagon, Tramal	a)	b)	c)	d)	e)
31 i) speed, fenmetrazin	a)	b)	c)	d)	e)
31 j) Rohypnol, Diazepam	a)	b)	c)	d)	e)
31 k) hašiš	a)	b)	c)	d)	e)
31 l) brown	a)	b)	c)	d)	e)
31 m) extáze	a)	b)	c)	d)	e)
31 n) crack	a)	b)	c)	d)	e)
31 o) metadon	a)	b)	c)	d)	e)

32. Zkoušel jste někdy lék jako drogu?

- a. ne
- b. ano – jaký? _____

33. Pokud máte nějakou zkušenost s drogami, za jakých okolností jste to zkusil poprvé?

- a. doma
- b. na návštěvě
- c. na večírku, na mejdanu
- d. v hospodě, vinárně, restauraci
- e. v rockovém klubu, na rockovém koncertě
- f. na diskotéce
- g. na čundru, na vandru, na chatě
- h. někde jinde, kde? _____
- i. nemám zkušenosti s drogou

34. V kolika letech jste poprvé zkusil nějakou drogu? Bylo to v _____ letech.

35. Měl jste někdy závažné potíže ve spojení s užíváním drog?

35 a) potíže s rodiči	a) ano	b) ne	c) ne, drogy vůbec neužívám
35 b) potíže s učiteli, vychovateli	a) ano	b) ne	c) ne, drogy vůbec neužívám
35 c) potíže s policií	a) ano	b) ne	c) ne, drogy vůbec neužívám

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

37. 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

-6-

38. Byl(a) jste vyšetřen(a) na virové hepatitidy?

- a. ano
- b. ne
- c. vyšetření absolvuji pravidelně – jak často?.....

39. Výsledky vyšetření ukázaly pozitivitu na:

- a. virová hepatitida A
- b. virová hepatitida B
- c. virová hepatitida C
- d. žádná pozitivita
- e. výsledky neznám (nevyzvedl jsem si)

40. Ovlivnilo to, že máte tuto infekci, Vaše chování?

- a. ne
- b. ano, snažím se chovat tak, abych nenakazil ostatní – hygiena, nesdílení stříkaček
- c. důsledně dbám na to, abych infekci nešířil(a) dál
- d. neléčím se
- e. léčím se