

BAKALÁŘSKÁ  
PRÁCE

Drogová závislost a možnosti psychologické intervence

Drug Abuse and Possibilities of Psychological Interventions

STUDIJNÍ PROGRAM  
Specializace v pedagogice

**STUDIJNÍ OBOR**

Učitelství odborných předmětů

**VEDOUCÍ PRÁCE**

doc. PhDr. Dana Dobrovská, CSc.

Ing. Pšeničková Lucie

2020

PŠENIČKOVÁ, Lucie. *Drogová závislost a možnosti psychologické intervence*. Praha: ČVUT 2020. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Masarykův ústav vyšších studií.



**MASARYKŮV ÚSTAV  
VYŠŠÍCH STUDIÍ  
ČVUT V PRAZE**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že jsem všechny použité zdroje správně a úplně citovala a uvádím je v příloženém seznamu literatury.

Nemám závažný důvod proti zpřístupňování této závěrečné práce v souladu se zákonem 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) v platném znění.

V Praze dne

Podpis

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat doc. PhDr. Daně Dobrovské, CSc. za odborné vedení a metodickou pomoc, za trpělivost, ale i za čas, který mi věnovala po dobu psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Kolínové za podnětné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Závěrem bych také ráda poděkovala své rodině za podporu, trpělivost a vstřícnost během psaní této práce.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou drog a drogové závislosti u studentů střední odborné školy. Cílem je zjistit, jaký postoj ke kouření a pití alkoholu zaujmají dotazovaní respondenti, do jaké míry zneužívají alkohol a cigarety, a co je vede k užívání alkoholu a kouření cigaret.

V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny výsledky empirického výzkumu, jenž byl proveden pomocí anonymního dotazníkového šetření. Výsledky byly vyhodnoceny a zpracovány pomocí tabulek a grafů. Dále byly popsány cíle výzkumu, výzkumná metoda, částečná charakteristika respondentů zkoumaného souboru a vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření, které proběhlo na střední odborné škole.

### **Klíčová slova**

Droga, závislost, návykové látky, alkohol, opioidy, prevence

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with drug and drug addiction issues of students at a secondary vocational school. The aim is to find out what attitudes to smoking and drinking alcohol are taken by the respondents interviewed, the extent to which they abuse alcohol and cigarettes, and what leads them to alcohol use and cigarette smoking.

The practical part of the bachelor thesis shows the results of empirical research carried out using an anonymous questionnaire survey. The results were evaluated and processed using tables and graphs. The research objectives, the research method, the partial characteristics of the respondents of the sample examined and the evaluation of the results of the questionnaire survey conducted at the secondary vocational school were further described.

### **Key words**

Drug, addiction, addictive substances, alcohol, opioids, prevention

## Obsah

Úvod.....	10
1.....Drogová závislost.....	12
1.1    Vznik a průběh závislosti.....	13
1.2    Návykové látky.....	15
1.2.1    Alkohol.....	16
1.2.2    Marihuana a hašiš.....	19
1.2.3    Amfetaminy, pervitin.....	21
1.2.4    Opioidy.....	24
1.2.5    Nové syntetické drogy.....	27
2.....Možnosti psychologické intervence .....	30
2.1    Psychologické poradenství v drogové problematice.....	30
2.2    Terapeutická komunita.....	31
2.3    Internetové terapeutické intervence .....	32
2.4    Ústavní léčba .....	33
2.5    Ambulantní a stacionární služby .....	34
2.6    Kontaktní centra.....	35
2.6.1    Streetwork.....	36
3.....Protidrogová prevence .....	37
3.1    Primární prevence.....	37
3.1.1    Selektivní primární prevence rizika užívání návykových látek .....	38
3.2    Sekundární prevence.....	38
3.3    Terciární prevence .....	39
4.....Organizace zabývající se protidrogovou problematikou.....	40
5.....Legislativní rámec .....	42
6.....Empirický výzkum .....	44
6.1    Cíle empirického šetření .....	44
6.2    Volba výzkumné metody.....	44
6.3    Technika sběru dat .....	44
6.4    Výzkumné otázky a hypotézy.....	44



7.....Vyhodnocení výsledků a diskuze .....	45
8.....Závěr a vyhodnocení hypotéz .....	71
9.....Závěr a doporučení pro praxi .....	73
10...Seznam použité literatury .....	74
11...Seznam grafů a tabulek.....	77
12...Seznam symbolů a zkratk.....	79
13...Seznam příloh.....	80

# ÚVOD

Drogy a drogová závislost, to je velmi diskutovaný problém, se kterým se naše společnost potýká od nepaměti. Je všeobecně známé, že užívání drog poškozuje naše zdraví. I přesto, že je držení drog, výroba a distribuce nelegální, každým rokem narůstá počet drogově závislých. Léčba drogově závislých není snadná, hlavně není levná, ale existuje. Neúčinnější léčbou je ta, při které se jedinec chce vyléčit.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na tabák a alkohol. Teoretická část je zaměřena na problematiku drogové závislosti, možnostech psychologické intervence a následné protidrogové prevenci.

V praktické části je vyhodnoceno dotazníkové šetření, které bylo provedeno na střední odborné škole pomocí anonymního dotazníku, který má 25 uzavřených otázek. Otázky jsou zaměřeny na to, zda si mj. dotazovaní žáci uvědomují rizika spojená s užíváním alkoholu a kouření cigaret. Osloveno bylo 148 dotazovaných ve věku 15-20 let.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. DROGOVÁ ZÁVISLOST

*„Závislost v existenciálně analytickém pohledu spočívá ve ztrátě svobody a jejích následcích. Člověk, který není schopen bytí v duchovní rovině, nemůže svůj život ani smysluplně utvářet.“* (Slabý, 2017 str. 5)

Užívání návykových látek a závislost na nich je fenomén s širokým biopsychosociálním původem i dopadem. *"Užívání návykových látek, vznik a rozvoj závislostního chování je komplexní a mnohvrstevný jev s řadou vzájemně se ovlivňujících potenciálních rizik pro jedince i pro společnost. Jde zejména o jeho negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady, které nepříznivě ovlivňují zdravý vývoj jednotlivců i společností ve všech uvedených aspektech."* (EMCDDA. 2012) Problémové užívání psychoaktivních látek se objevuje v určitých prostředích a mezi některými zranitelnými skupinami populace. Mezi ohrožené skupiny patří dětská a dospívající populace. Nešpor uvádí, že závislost v dětském a dorostovém věku se vyvíjí rychleji a má závažnější rizika vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností. Hrozí tělesná poškození a otravy vzhledem k nevyzrálosti metabolických procesů. Proto všechny civilizovanější společnosti nedospělé jedince před účinky návykových látek chrání. Ve větší míře než u dospělých je třeba brát v úvahu rodinné interakce, a pokud je to možné, pracovat s rodiči nebo jinými relevantními dospělými (Nešpor, Karel. 2011).

Závislost je proces, který zahrnuje sporadický abúzus, pravidelný abúzus až závislost se vznikem biologicky podmíněné toxikomanické vazby.

Vznik závislosti je dynamický proces a vzájemná interakce subjektu – jedince a faktor droga – látka, substance, která je schopna ovlivnit psychické funkce subjektu. Nezáleží na směru ovlivnění, nemusí jít vždy jen o příjemný prožitek či obecně pozitivní ovlivnění, ale o schopnost navodit nestandardní prožitky, ovlivnit vnímání, vědomí, afektivitu.

Osobnostní profil jedince, subjektu, je důležitý pro vývoj abúzu či závislosti, jde o psychopatologický vklad do systému. Není stanovena „toxikomanická osobnost“, není definována charakteristika osobnosti, která by specificky selhávala směrem ke vzniku závislosti, ale jsou stanoveny známky, které tento vznik podporují. Jedním z nich je nedůslednost v postojích, často vyplývající z výchovné nejednotnosti, špatného a nečitelného výchovného vlivu, nenaučení se osobní odpovědnosti za své skutky. Dalším výrazným markerem je rozpor mezi vlastními ambicemi a schopnostmi, kdy ambice vysoce přesahují reálné možnosti a schopnosti realizace těchto ambicí. Emoční

nestabilita, neschopnost navázat hlubší sociální vazby a povrchnost v emočním prožitku spolu s nestabilními projevy zájmu a vytrvalosti jsou další markerovou skupinou.

Faktor prostředí spolurozhoduje o vzniku závislosti. Sociální klima je určující ve směru umožnění nabídky drogového spektra, hodnocení chování v rámci intoxikace, rámeček přičlenění k sociální vrstvě či skupině. Tlak party, společenství, kde užívání drog je považováno za standard, je často určující pro první kontakt a další vývoj. Nelze pominout vliv médií, jednostranné informace vedou k otupění respektu a pocitu nebezpečí a rozmělnění pocitu viny či překročení zákona.

Vyvolávající moment je souhrn okolností, kdy k iniciaci drogou, návykovou látkou, dojde. Zde jde o aktuální situaci a „odolnost“ subjektu vůči droze, schopnost koncentrace a možnost odmítnutí. V tomto faktoru je také zahrnuta reakce na drogu, která není standardní a v různých situacích může mít charakter úlevy, povzbuzení, v jiných pak stejná droga působí destruktivně, dysforicky. Teprve součinností všech uvedených faktorů dochází k rozvoji závislosti, opakování abúzu a dalším projevům v oblasti psychopatologie či somatických změn (Hosák, Ladislav a další. 2015; Kalina, Kamil a kolektiv. 2015).

## 1.1 Vznik a průběh závislosti

Závislost nevzniká náhle, ale ve většině případů v několika fázích.

1. fáze – **experimentální** zahrnuje situace, kdy negativní účinky drogy nejsou patrné (varovné řeči jsou jen planým poplachem); droga pomáhá uniknout z reality kdykoli je potřeba (je spolehlivým přítelem); škola nebo práce se zvládá dokonce lépe než dříve; před rodinou se dá všechno lehce utajit (ještě si pochvalují změnu k lepšímu). Pokud se v této fázi jedinec podchytí, pak kromě důkladné prevence je dobré naučit jej zvládat co možná nejrozmanitějšími způsoby nepříjemné a zbytečné situace, které v běžném životě zákonitě nastávají. Mnoho lidí v této fázi od drog odstupuje. Zmoudří, najdou si jiné životní slasti, odradí je ti, co jsou v dalších fázích závislosti.

2. fáze – **sociální užívání** je tzv. víkendové braní. Braní drog se stává pravidelnější; jedinec si stanovuje pravidla užívání, které mu pomáhají cítit se bezpečně před závislostí; droga se užívá v určité době a na místech, která jsou k tomu sociálně přijatelná; droga je vřazena do sociálního života jedince a stává se jeho součástí; denní program jedince se začíná přizpůsobovat jeho touze po droze a droga se stává problémem. Původní zájmy se začínají zanedbávat; objevují se občasné absence ve škole či zaměstnání, zejména po

víkendech, což vede k podvodům a ke lhaní; hromadí se pozdní příchody domů; zhoršuje se prospěch či pracovní výkonnost; dochází ke zhoršení vztahů ve škole, doma.

Opouštějí se staří kamarádi, kteří „neberou“ a získávají se noví, kteří „berou“. Jedinci v této fázi brání drogy se občas svěřit tomu, od koho očekávají pomoc. Jejich hlavním požadavkem bývá: „Udělej něco, abych neměl konflikty s rodiči a vyučujícími. Já se drogy nechci vzdát, bez ní se muzika nedá vůbec poslouchat, natož vychutnat, pomáhá mi uklidnit se, když se pohádám...“ Ve většině případů je zde odborná pomoc přinejmenším potřebná.

3. fáze znamená **každodenní užívání**, kdy jedinec začíná ztrácet kontrolu nad užíváním drogy; původní hodnotový systém je stále více pošlapáván; pociťovaná emocionální bolest je prohlubována dalšími dávkami drogy; život se začíná točit jen kolem drogy; neřešené problémy přinášejí stále větší stres a bolest. Původně stanovená pravidla užívání jsou stále více porušována. Tato fáze se vyznačuje nezájmem o školu, objevují se časté absence vedoucí k vyloučení ze školy. Konflikty v rodině vedou až k úplnému přerušení kontaktu s ní, k případnému odchodu z domova. Jedinec se upíná na drogové kamarády, peníze na drogy si získává krádežemi, popřípadě prodejem drog či prostitucí.

4. fáze – **užívání k dosažení normálu** (narkoman na plný úvazek), droga mu už nic nedává, jedinec není schopen vidět věci reálně, je pohlcen sebeklamem, je hnán zoufalou touhou navodit drogou opět ten příjemný stav, který zažíval na počátku braní drogy. Ztrácí vlastní důstojnost, drogy nutí člověka dělat to, co ve skutečnosti nechce. Původní vztahy, včetně rodinných, jsou zničeny, jedinec se stává součástí izolované sociální skupiny stejně postižených. Pohyb v bludném kruhu jedince zbavuje posledních sil cokoli se sebou udělat, ztrácí chuť žít (zdroj: <https://www.zsodryphorska.cz/drogy.pdf>).

Podle MKN-10 je syndrom závislosti souborem behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, vyvíjí se po opakovaném užití látky a typicky zahrnuje následující projevy:

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení),
2. potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
3. somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
4. průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami. Jasně příznaky lze nalézt u jedinců závislých na

- alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance,
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
  6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.
  7. Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí (WHO. 2019).

## 1.2 Návykové látky

Podle zákona o návykových látkách se návykovými látkami rozumí omamné látky a psychotropní látky. Mezi návykové látky řadíme jednak euforika, sem patří např. alkohol; léčiva charakteru hypnosedativ - barbituráty a benzodiazepiny; narkotika morfin a heroin; anestetika oxid dusný či ketamin; kanabinoidy; psychostimulancia - nikotin, kokain, efedrin či deriváty amfetaminu, a dále psychotomimetika (psychodysleptika, psychedelika či halucinogeny; látky navozující stav podobný psychóze), kam řadíme např. LSD, psilocybin, meskalin, fencyklidin či deriváty tryptaminu. Psychoaktivní látky bývají někdy děleny na tzv. **měkké drogy** (kofein, thein, marihuana, hašiš, LSD a další psychedelika) a **tvrdé drogy** (nikotin, pervitin, kokain, toluen a opioidy). Na pomezí těchto skupin stojí alkohol. Podle Kaliny je toto rozdělení zřejmě nejznámější a nejpoužívanější (Kalina, Kamil a kolektiv. 2015). Někdy se také hovoří o drogách s akceptovatelným rizikem a drogách, u kterých je riziko spojené s jejich užíváním příliš velké, jsou tedy neakceptovatelné (Ševela, Kamil, Ševčík, Pavel a kolektiv. 2011).

Z hlediska původu jsou návykové látky sloučeninami přírodního nebo syntetického původu.

Podle NSZ 2019–2027 se v ČR počet osob, které jsou v riziku vzniku závislosti, a jsou tak potenciálními nositeli společenských, zdravotních, a sociálních problémů na úrovni jednotlivce i společnosti, odhaduje v současnosti na 2 mil. denních kuřáků, 1,6 mil. uživatelů alkoholu v riziku (denních konzumentů alkoholu je cca 600 tis., denních

konzumentů vysokých dávek cca 100 tis.), 900 tis. osob zneužívajících sedativa a hypnotika, 125 tis. uživatelů konopí v riziku, 80–120 tis. patologických hráčů, 45 tis. injekčních uživatelů pervitinu a opioidů (NSZ 2019–2027). (2020).

V roce 2019 v ČR mělo zkušenost s užitím nelegální drogy někdy v životě 1/3 populace ve věku 15–64 let. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (28,6–36,9 %), následované extází (4,3–5,8 %), halucinogenními houbami (4,4–4,7 %), pervitinem (2,1–3,3 %), LSD (2,0–3,1 %) a kokainem (1,9–2,4 %). Míra zkušeností s ostatními drogami, včetně nových psychoaktivních látek (rostlinných nebo syntetických), těkavých látek a anabolických steroidů, je na poměrně nízké úrovni (pod 2 %). Zkušenost s užitím nelegálních drog mají častěji muži, nejčastěji pak muži ve věkové skupině 15–34 let (EMCDDA. 2012).

Ze studií, které byly provedeny v 60 a 70. letech 20. století, byli uživatelé nelegálních drog rozděleni do několika skupin.

První skupina zahrnuje tu část populace, která **minimálně jedenkrát** v životě učinila zkušenost s nelegální drogou. Patří sem tzv. **experimentátoři**.

Druhou skupinu tvoří **aktuální uživatelé**. Jsou to všichni, kteří opakovaně a aktuálně užívají nelegální drogu. Do této skupiny spadají rekreační uživatelé, kteří v droze hledají uvolnění, únik, zábavu, odreagování.

Do třetí skupiny jsou zařazeni **problémoví uživatelé**. Jsou to intravenózní uživatelé jakýchkoli drog, nebo uživatelé drog opiátového typu, nebo stimulantů. Tato kategorie zahrnuje také všechny konzumenty, kteří byli nuceni v souvislosti s drogou vyhledat pomoc.

Čtvrtou skupinu představují **závislí uživatelé**. Tito uživatelé splňují diagnostická kritéria pro závislost.

Pátá skupina zahrnuje **těžké dlouhodobé uživatele**, kteří si nejčastěji aplikují drogy intravenózně, obvykle s těžkým stupněm závislosti, mající celkově špatný somatický a psychický stav. Charakteristickým znakem pro tuto skupinu je výrazný sociální propad (Preiss, Marek a Kučerová, Hana. 2006).

### 1.2.1 Alkohol

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V konzumaci piva jsme se spotřebou téměř 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových



tabulek. Rovněž spotřeba destilátů dosáhla v ČR znepokojivé výše – 8,3 litru na osobu v roce 2000. Cena alkoholu je u nás ve srovnání se západní Evropou relativně nízká, současně je to jeden z klíčových faktorů ovlivňujících dostupnost, a tudíž i spotřebu alkoholu a bezprostředně související negativní následky abúzu – smrtelné úrazy, sebevraždy a vraždy pod vlivem alkoholu.

Konzumace alkoholu je u nás historicky tradiční záležitostí, sociální komponenta pití hraje značnou roli. V české společnosti je tolerance k pití alkoholu vysoká. Alkohol je podáván dospívajícím z rukou dospělých, ať jsou to rodiče nebo provozovatelé restaurací. Hosák uvádí, že lze vysledovat propojení pití alkoholu s užíváním nelegálních návykových látek. Čím dříve získají mladí lidé zkušenost s návykovou látkou včetně alkoholu, tím větší je riziko rozvoje závislosti na jiných návykových látkách (Hosák, Ladislav a další. 2015).

České děti a mladiství jsou v pití alkoholu na 4. místě v Evropě. Problém se proto týká nejen řešení akutní opilosti dětí, ale zejména dlouhodobého pohledu na možná řešení současného tristního stavu. Bez pojmenování problémů v rodinách a ve společnosti a bez reálných kroků není pohled do budoucnosti optimistický. Průzkumy adolescentního chování a užívání návykových látek ukazují, že alkohol je po nikotinu u adolescentů nejběžněji užívanou návykovou látkou (EMCDDA. 2012).

Alkohol je jednou z hlavních příčin nemocnosti a úmrtnosti v ČR, cca 6 % celkové úmrtnosti jde na vrub užívání alkoholu. Největší zdravotní zátěž v souvislosti s alkoholem se projevuje u osob ve středním a starším věku. V kategorii rizikové konzumace alkoholu se nachází celkem 16,8 % populace ve věku 15+ let, 9,0 % spadá do kategorie vysokého rizika. V mladších věkových skupinách (zejména mezi muži do 45 let) představují nehody a úrazy spojené s alkoholem jednu z hlavních příčin úmrtí (Národní strategie).

**Alkohol** (etanol, etylalkohol) vzniká v malém množství v lidském organismu. Při výrobě se získává kvašením, pálením, vařením nebo kombinací těchto postupů. Vyrábí se například z ovoce nebo obilí.

Etanol se velmi rychle vstřebává z trávicího ústrojí, a to v žaludku, duodenu a jejunu. Po absorpci se rovnoměrně rozděluje do veškerých tělních tekutin. Na základě svých fyzikálněchemických vlastností lehce prostupuje lipidovými bariérami, a tak se rychle dostává do centrálního nervového systému. Metabolizuje se v játrech pomocí alkoholdehydrogenázového systému.

Účinky alkoholu jsou tlumivé, euforizující a analgetické. Mechanismus účinku etanolu se vysvětluje napojením etanolu do integrálních membránových proteinů, zvláště citlivé jsou

iontové kanály, které jsou řízeny neurotransmitery kyselinou gamaaminomáselnou a kyselinou glutamovou. Alkohol nepřímo stimuluje uvolňování dopaminu ve ventrálním striatu (Lüllmann, Heinz, Mohr, Klaus a Wehling, Martin. 2004).

Hladina alkoholu v krvi od 0,5 do 0,99 g/kg je uváděna jako **podnapilost**; 1,00-1,49 g/kg **lehká opilost**; 1,50-1,99 g/kg **střední opilost**; 2,00-2,99 g/kg **těžká opilost**. Ovlivnění alkoholem je však velmi individuální a chování opilého nelze podle hladiny alkoholu v krvi zcela určit. Při podnapilosti se objevuje veselost, sdílnost, hovornost, u jiných smutek, lítost a pláč. Dochází ke snížení koncentrace a pozornosti, prodloužení reakční doby a lehkým poruchám. Lehká a střední opilost zahrnuje příznaky jako poruchy chůze, poruchy řeči, poruchy orientace a výraznou excitaci. Může dojít k hrubosti až brutálnosti. U těžké opilosti jsou výrazné poruchy chůze, řeči, paměti a přibývá psychická zmatenost. Objevuje se nevolnost, zvracení. Ospalost přechází do hlubokého spánku až bezvědomí. Nad 3,5 g/kg je bezprostředně ohrožen život, dochází k tzv. „*alkoholové narkóze*“, a ztrátě reflexů. Při zvracení může dojít k aspiraci žaludečního obsahu, která je nejčastější příčinou smrti u akutní intoxikace alkoholem (Štefan, Jiří a Mach, Jan. 2005).

Při závažné otravě alkoholem hrozí zástava dýchání a krevního oběhu.

Etanol ovlivňuje krevní oběh. Srdeční minutový výdej a krevní tlak se zvyšují. Kožní cévy se rozšiřují. Spolu s inhibicí termoregulačního centra v hypothalamu způsobí vazodilatace kožních cév výraznou ztrátu tepla. Tak mohou osoby s intoxikací alkoholem zemřít na podchlazení. U predisponovaných osob může použití většího množství alkoholu vyvolat fibrilaci síní. Při těžké otravě alkoholem se vyvíjí centrálně podmíněný neurogenní šok.

Při dlouhodobé a nadměrné konzumaci alkoholu hrozí vznik závislosti se všemi psychosociálními důsledky a rozvratem osobnosti. Konzumace alkoholu vede k poruchám centrálního nervového systému a periferní neuropatii. Centrální poruchy jsou způsobeny modulací neurotransmiterů GABA se sedativními a anestetickými účinky. Ovlivněním receptorů NMDA dochází k amnézii. U alkoholiků je častá Korsakowova psychóza zapříčiněná deficitem vitamínu B1. Projevuje se encefalopatií, poruchami koordinace, zmateností a vznikem psychotického stavu s halucinacemi a bludy. Periferní neuropatie je nejzřetelněji charakterizována třesem rukou.

Negativní dopady nadměrné konzumace alkoholu rezultují v podobě závažných stavů jako jaterní cirhóza, akutní a chronická pankreatitida, hypertenze, karcinomy jater, dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva a konečníku. Zvyšuje se kardiovaskulární mortalita z důvodu zvýšení krevního tlaku, tepové frekvence, hypertriacylglycerolemie a kardiopatie. Jedinec je také ohrožen vznikem cévní mozkové příhody v důsledku snížené krevní srážlivosti při současně zvýšeném krevním tlaku.

Přerušení přívodu alkoholu u jedince se závislostí na alkoholu vyvolává psychické a somatické abstinenční příznaky (Dreher, Jan. 2017).

### 1.2.2 Marihuana a hašiš

Hašiš a marihuanu řadíme do skupiny tzv. fytoKANABINOIDŮ (resp. KANABINOIDŮ). Jejich účinek je halucinogenní. Jsou obsaženy v rostlině *Cannabis sativa* (konopí seté). Nositelem halucinogenních účinků jsou především látky delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), delta-tetrahydrokanabinol, kanabinol a kanabidiol. Kanabinoidy jsou fenolické lipofilní látky. Jsou rozpustné v tucích, oleji, nerozpustné jsou ve vodě. Alkohol jejich účinky zvyšuje (Kalina, Kamil a kolektiv. 2008).

Hašiš je samotná pryskyřice získaná z konopí. Nejčastěji se kouří v podobě tzv. jointů nebo pomocí dýmek. Marihuana je směs listů, semen, větviček, květů a palic konopí. Obdobně se jako hašiš kouří formou jointů, nebo ji lze konzumovat v podobě různých pokrmů (Kukla, Lubomír a kolektiv. 2016).

Z možných způsobů užívání marihuany má prakticky největší význam aplikace inhalace spalných zplodin při kouření a perorální užití po jídání nebo popíjením ve formě konopných koláčků, konopného mléka apod. Další aplikační cesty jako sublinguální, intravenózní nebo rektální jsou spíše známé z terapeutického hlediska (Miovský, Michal a kolektiv. 2008).

Inhalací se kanabinoidy vstřebávají během několika minut. Vrcholová koncentrace v plazmě bývá od 3 do 15 minut po ukončení kouření. Tato koncentrace závisí na dávce, a kvalitě drogy. Perorální užití způsobuje v porovnání s inhalací pozdější nástup účinku a jeho prodloužený účinek. THC je nestabilní v kyselém prostředí žaludku, kde se pouze 5-20 % požitého THC dostává do systémové cirkulace. Plazmatický vrchol bývá za 2-4 hodiny po požití, ale může být i delší z hlediska charakteru požití stravy.

Koncentrace v krvi rychle klesá na hodnotu 10% vrcholové koncentrace za 1-2 hodiny po ukončení kouření. Rychlý pokles je dán distribucí do nervového systému, tukové tkáně a svalů. Psychoaktivní látky se mohou projevit za 1–3 hodiny.

Kanabinoidy jsou metabolizovány v játrech. Značná lipofilita, ukládání v různých tkáních a enterohepatální oběh kanabinoidů a i jejich metabolitů přispívají k pomalejší eliminaci z organismu. Eliminační poločasy jsou velmi variabilní, přičemž kompletní eliminace může trvat i týdny vzhledem k postupnému uvolňování z tukové tkáně. Vylučovány jsou močí

a stolicí. Stanoveny mohou být v moči, plazmě, slinách a vlasech (Miovský, Michal a další. 2010).

Kanabinoidy působí prostřednictvím vazby na specifické struktury buněčných membrán, tzv. kanabinoidní receptory.

Intenzita účinků závisí na řadě faktorů. Jedná se o kvalitu, množství a formu drogy, dále na způsobu aplikace či dosažení koncentrace. Trvání psychotropního účinku závisí na plazmatické hladině THC, na rychlosti prostupu THC přes hematocefalickou bariéru a na vazbě na kanabinoidní receptory.

*„Požívač marihuany prochází dvěma stadii: stadiem sevřenosti a úzkosti a stadiem euforie a vnitřní blaženosti. V tomto druhém stadiu si někteří počínají velmi dětinsky, dělají nesmyslné věci a upadají občas do neztišitelného smíchu. Tato dobrá nálada někdy přejde v pláč a tělesnou i duševní kocovinu. Rozkoš nemá ráz ukojení, spíše čisté spokojenosti jako po dobré zprávě nebo po úspěchu. Smysly jsou někdy zostřeny, zejména sluch a chuť. Jídlo třeba nabývá nevšední chutnosti, šramot zní jako rány z děla. Zrakem vnímané je někdy zkresleno, charakteristické je špatné odhadování času a prostoru“ (Svršek, Jiří. 1998).*

Využití marihuany pro medicínské účely je prozatím limitováno jejími známými psychotropními účinky. Některé se zdají být příjemné a pro ně je také marihuana ilegálně zneužívána, ale jiné jsou nepředvídatelné a nebezpečné. Užití marihuany ovlivňuje náladu. U většiny uživatelů způsobuje euforii, zlepšuje sociabilitu, snižuje anxieta a depresi. U některých jedinců ale může mít užití drogy efekt přesně opačný: může vyvolat anxieta, paranoiu a psychotické symptomy. U geneticky predisponovaných osob, u osob, s již proběhlou atakou psychotického onemocnění a u osob, které užívají drogu od časně adolescence, je užití marihuany rizikovým faktorem pro vznik schizofrenie (Tyrlíková, Ivana. 2006). Droga ovlivňuje percepci. Barvy jsou vnímány jako barvitější, hudba jako živější. Vyskytují se ale poruchy vnímání prostoru a času. Byl prokázán nežádoucí efekt marihuany na kognici a psychomotorické tempo. Tento efekt je obdobný jako u alkoholu. Dochází ke zpomalení reakčního času, motorické koordinace, k poruchám pozornosti a ke specifickým výpadkům krátkodobé paměti. U pravidelných a chronických uživatelů drogy je vliv na kognitivní funkce ještě závažnější. Dochází k těžším poruchám pozornosti, paměti a k poruchám zpracování komplexní informace. Tyto obtíže mohou přetrvávat týdny, měsíce i roky po vysazení drogy. U části uživatelů marihuany dochází k poruchám motivace. Tito jedinci si hůře stanovují své životních cíle a následně je i hůře dosahují. Marihuana má také systémový efekt na kardiovaskulární a respirační

system. U svých uživatelů způsobuje tachykardii, vazodilataci a posturální hypotenzi. U predisponovaných osob může způsobit závažné kardiální selhání. Kouř z cigarety marihuany obsahuje mutagenní a karcinogenní látky obdobně jako kouř z nikotinové cigarety. Nežádoucí vlivy pravidelného kouření marihuany na respirační systém jsou ale závažnější než u kuřáků cigaret, protože cigarety marihuany se kouří bez filtru a kouř je více a hlouběji vdechován. Vykouření 3 – 4 cigaret marihuany má stejný efekt jako vykouření 20 kusů nikotinových cigaret. Chronické kouření marihuany je spojováno se vznikem bronchitidy a emfyzému plic. Kuřáci marihuany, kteří jsou současně i kuřáky nikotinu, jsou vystaveni zvýšenému riziku vzniku bronchogenního karcinomu.

Konopné drogy patří v současnosti mezi nejvíce rozšířené nelegální drogy v naší zemi, a to jak mezi nejmladší generací středoškoláků, tak mezi dospělou populací. Uživatelé kanabinoidů reprezentují velmi široké spektrum společnosti (Miovský, Michal a kolektiv. 2008).

### **1.2.3 Amfetaminy, pervitin**

Podle údajů Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) jsou amfetaminy a metamfetaminy po konopí celosvětově nejužívanějšími nezákonnými drogami.

Amfetaminy jsou početně nejrozsáhlejší skupinou psychotropních sloučenin. Jejich struktura je velmi podobná tělu vlastním neuromediátorům katecholaminům. Amfetamin byl připraven již roku 1887, a jako psychostimulační léčivo byl zaveden před 2. světovou válkou a ve 2. světové válce použit (Dreher, Jan. 2017). Variabilita modifikace drogy v minulosti vedla a v budoucnosti povede ke stovkám či tisícům velmi účinných sloučenin. Řada klasických sloučenin této skupiny byla původně vyvinuta jako léčiva, např. psychostimulancia (amfetamin, fenmetrazin), anobezika či anorektika („fenterminy“, mazindol), dříve byly využívány jako analeptika či mydriatika (hydroxyamfetamin). Většina z nich se dnes již jako léčiva prakticky nepoužívá z důvodu vzniku návyku. Dnes jsou amfetaminy zneužívány jako entaktogeny, což je označení pro skupinu psychoaktivních látek, které usnadňují komunikaci, empatii a vyjadřování emocí; dále jako psychostimulační a halucinogenní sloučeniny a jako tzv. „taneční drogy“. Strukturně velmi jednoduché amfetaminy v dávkách 1 až 3 mg látky mohou vyvolat v průměru 8 až 10 hodin halucinací. V různých oblastech světa jsou oblíbené rozdílné typy amfetaminů, rozhodující vliv hraje dostupnost dané substance, resp. jejich prekurzorů. V České republice je nejčastěji zneužíván methamfetamin, jednoznačně díky dostupnosti

prekurzoru pseudoefedrinu. Nelegální výroba methamfetaminu je možná technicky různými způsoby, nejčastěji je využíváno velmi jednoduché jednostupňové redukce z efedrinu či pseudoefedrinu. Přírodním zdrojem je muškátový oříšek (Doležal, Martin. 2012).

Po požití se dosahuje plazmatický vrchol za 1–2 hodiny, účinek se dostavuje cca za 3 minuty. Při i. v. (intravenózní, nitrožilní) užití se dostaví okamžitý intenzivní účinek. Tyto látky navozují silnou psychickou závislost, rychle se vyvíjí tolerance a abstinenci stav nebývá výrazný.

Mechanismem účinku psychostimulancií amfetaminového typu je spojen s ovlivněním dopaminových receptorů v mozku, případně způsobují zvýšené uvolňování monoaminových transmiterů (noradrenalinu, dopaminu, serotoninu) do synaptických štěrbin. Příznaky intoxikace methamfetaminu zahrnují tachykardii, arteriální hypertenzi, hyperventilaci, mydriázu, zvýšení intelektuální výkonnosti, elevovanou náladu až euforii, insomnii, anorexii, absenci únavy, logoreu, zvýšenou sociabilitu a sebevědomí, přeceňování svých schopností až megalomaničké obsahy, sexuální hyperaktivitu, případně průjem, nauzeu a zvracení, bronchodilataci, hypertermii, pocení, třes, xerostomii, zvýšení šlachookosticových reflexů, konvulze, kardiální arytmie, psychomotorickou agitovanost, poruchy vědomí, poruchy vnímání, agresivitu a paranoidní obsahy myšlení. Toxická „amfetaminová“ psychóza se projevuje podrážděností, zvýšenou psychickou tenzí a úzkostí. Zážitek se rychle mění na hostilitu. Paranoidní bludné interpretace mohou vést k nebezpečným reakcím. Dostavuje se pocit, že je jedinec sledovaný, pozorovaný, čímž se zvyšuje anxieta (úzkost). Přidružují se verbální sluchové halucinace. Hrozí riziko autoagresivního až suicidálního chování, případně agresivita vůči domnělým pronásledovatelům (Somošová, Jana. 2004).

Ze syntetizovaných derivátů amfetaminu je nejčastěji zneužíván metamfetamin známý jako Pervitin. Aplikuje se i. v. nebo per os, maximální účinnost má do 3 hodin.

**Extáze** (3, 4 – methyldioxymetamphetamine, MDM, Ecstasy, Harmony, MDMA) se užívá i. m. (intramuskulární, nitrosvalový), i. v. a per os (ústí, orálně). Tato oblíbená droga je označovaná také jako víkendová, či diskotéková droga. Chemickým složením patří mezi amfetaminy, má halucinogenní efekt, stimuluje psychickou aktivitu, způsobuje ztrátu emocionálních zábran a vysokou komunikativnost, ale všechny tyto „pozitivní efekty“ mohou velmi rychle přejít do opačné změny nálady se smutkem, depresí až agresivitou. Nástup účinku při aplikaci per os je 30–40 minut, přetrvávání efektu 4–6 hodin, biologický

poločas 7,6 – 9 hodin, eliminace (vyloučení, odstranění) se děje ledvinami (Ševela, Kamil, Ševčík, Pavel a kolektiv. 2011).

**Pervitin** genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokrystallického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zbarven do žluta či do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě neboli "varu". Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh a červený fosfor. Výrobce tzv. "vaříč" musí mít znalosti na úrovni chemické průmyslovky, protože nedokonalým "varem" může syntéza skončit ve fázi meziprojektu, což zvyšuje riziko pro uživatele.

Pervitin v CNS zvyšuje koncentraci mediátorů monoaminů v synapsích nervových buněk. Po odeznění efektu dochází k vyčerpání mediátorů, což je příčinou nepříjemného stavu, tzv. "dojezdu". Pervitin zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování a objevuje se nechutenství. Pervitin uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid, typická je tzv. "vykroucenost". Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené (mydriáza). Zvyšuje riziko křečí. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání.

Metamfetamin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po jeho užití nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí. Při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza ve formě paranoidně-halucinatorního syndromu, tzv. "stíha". Mezi psychické příznaky zahrnujeme halucinace, úzkost, strach, neklid, poruchy spánku, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost a chorobnou žárlivost. Psychotické stavy jsou podobné schizofrenii. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost, třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů a objevují se široké nereagující zorničky. Může také nastat krvácení v plicích, játrech a ve slezině.

Kombinováním pervitinu s jinými drogami či léky se zvyšuje pravděpodobnost nežádoucích účinků.

Charakteristickou vlastností závislosti na pervitinu je rychlý vznik psychického návyku a nepřítomnost fyzické závislosti, dále rychlý vzestup tolerance až k psychickým

dávkám. Abstinenční syndrom je pouze psychický (Ševela, Kamil, Ševčík, Pavel a kolektiv. 2011).

#### 1.2.4 Opioidy

*„Zaplést se s jakoukoliv drogou je balancováním na šikmé ploše. Zaplést se s opiáty znamená vydat se na odpalovací rampu do nebe, která ale vesměs končí v pekle“* (Mravčík [on-line]. 2007).

Opioidy jsou tlumivé látky s výrazným euforickým účinkem. Skupina nese název dle sušené šťávy z nezralých makovic (opia). *„Termínem opiáty (synonymum opioidy) označujeme farmaka, jejichž účinek je srovnatelný s účinkem hlavního alkaloidu opia, morfinu. Opioidy jsou analgetika působící prostřednictvím opioidních receptorů, jejichž přítomnost byla prokázána v centrálním a v poslední době i v periferním nervovém systému“* (Lülman, Heinz, Mohr, Klaus a Wehling, Martin. 2004). Pro léčiva ze skupiny opioidních analgetik je vedle tlumení bolesti a dalších vedlejších efektů typický vznik tolerance a závislosti. Naprostá většina z nich podléhá zákonným ustanovením o omamných látkách (Doležal, Martin. 2012).

Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických opiátů je morfin a jeho deriváty, které se v těle vesměs metabolizují zpět na morfin. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je **heroin** (diacetylmorfin). Ve dvacátém století byla připravena řada syntetických opiátů, z nichž nejčastěji užívanou je **metadon** (6-dimetylamino-4,4-difenyl-3-hepaton-hydrochlorid).

Hlavním důvodem zneužívání opiátových drog je fakt, že napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle (endorfinů, enkefalinů a dynorfinů). Tyto peptidy, vzbuzující mimořádně příjemné pocity, se do těla vylučují například při radosti, pohlavním styku, ale i při tělesné námaze apod.

Zneužívání této skupiny sloučenin je celosvětově na vzestupu. Opioidy jsou obecně spolu s ředidly vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog vůbec, a to z řady důvodů. Syndrom drogové závislosti vzniká velmi záhy. Má psychickou, ale i pevně zafixovanou somatickou povahu.



Užívání opiátů je pravděpodobně nejhůře slučitelné s běžným životem; typický uživatel nevýrazně artikuluje, je malátný, lehce euforický, nezodpovědný, mírně zmatený v čase i prostoru, s poruchami výbavnosti; jeho fungování v zaměstnání či ve škole je velmi obtížné, ne-li nemožné.

Opioidní receptory se vyskytují v CNS, v periferním nervstvu, v nervových pleteních střeva a v močovém měchýři. Tento fakt se promítá do širokého spektra účinku opiátů.

Opiáty vzbuzují pocity euforie a klidu; příjemné, teplé pocity v oblasti břicha. Někteří uživatelé heroinu jej popisují jako „orgasmus v břiše“. K dosažení tohoto účinku je ale třeba neustále zvyšovat dávky, až se „orgasmus“ zcela vytratí.

Opiáty navozují otupělost a ospalost. Dalšími účinky ve vztahu k ospalosti, jsou neschopnost soustředění, nezájem o okolí, snížení fyzické aktivity, apatie, letargie a snížení ostrosti vidění.

Útlum dýchání způsobuje přímý účinek na dýchací centrum v prodloužené míše. Za normálních okolností dechové centrum zvyšuje hloubku dýchání v závislosti na vzestupu CO<sub>2</sub> v krevní plazmě, ale opiáty potlačují tuto aktivitu. Útlum dýchání obvykle bývá významné při předávkování; tehdy je respirační selhání nejčastější příčinou smrti.

Útlum hloubky dýchání spolu s potlačením reflexu kašle může u uživatelů opiátů vyústit v chronickou, anebo akutní infekci plic. U plicních komplikací je nutno ještě zmínit bronchopneumonii při kouření heroinu. Při dlouhodobém abúzu hrozí vznik závažné, tzv. heroinové plíce, s obrazem ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), tj. akutního syndromu dechové tísně. Jedná se o léčebně nezvratný nekardiogenní edém plic vzniklý v důsledku chronické plicní vazokonstrikce s plicní hypertenzí a s hypoxickým poškozením plic.

Všechny opiátové drogy snižují vylučování slin, slz a hlenu v dýchacím traktu. Dochází k tomu díky zablokování receptorů, jejichž dráždění je pro vylučování těchto sekretů třeba. Příznakem tohoto účinku je sucho v ústech, očích a nose.

Opiáty dokážou téměř dokonale zastavit peristaltiku žaludku, tenkého a tlustého střeva. Opiáty také snižují normální nutkání na stolicí a zvyšují tonus análního svěrače, což ještě více přispívá k zácpě, jež je mezi uživateli opiátových drog pravidlem. Opiáty zvyšují napětí detruzoru (sval močového měchýře) v močovém měchýři a ztěžují jeho uvolnění při močení.

Opiáty pravděpodobně stimulují okohybný nerv, a tak stahují duhovku natolik, že vzniká výrazná mióza (zúžení zornice lidského oka).

Všechny opiáty snižují sexuální apetenci (chuť, touha). Příčina takto redukované touhy není známa, avšak názor "když jsi na opiátech, sex nepotřebuješ" je nicméně mezi uživateli opiátů obecně rozšířen.

Uživatelé heroinu často popisují snový stav po užití drogy, který může zahrnovat změněné vnímání. Někteří jedinci ale účinky opiátů jako příjemné nevnímají. Poměrně často popisují stavy strachu a úzkostí, které přetrvávají i po odeznění vlastních účinků (především) heroinu.

Největší riziko opiátů, a z nich především heroinu, plyne z faktu, že uživatel nikdy neví, kolik heroinu si v dávce vlastně koupil. Na černém trhu se objevuje heroin o průměrné čistotě 17-20 %, často se však lze setkat s dávkou, jejíž koncentrace je 5 % (a tedy „nefunguje“), také ale 90-100 % (a ta spolehlivě zabíjí). Riziko hrozí též z důvodu nevypočitatelné čistoty substance na černém trhu. Akutně silně předávkovaný toxikoman je bezprostředně ohrožen bezvědomím, zapadnutím jazyka, aspirací (vdechnutí tuhých látek do plic nebo průdušnice), apnoí (chorobný stav, při kterém dochází k opakovanému, nekontrolovanému zadržení dechu (apnoické pauze) po určitý časový interval) a zhroucením oběhu.

Další důležité riziko vyplývá ze způsobu užívání. Uživatelé, kteří si drogu vpichují, riskují záněty žil a trombózu (děj, při kterém dochází ke sražení krve za vzniku trombu), někdy až embolii (zaklínění vmetku v cévách vedoucí k jejich ucpání a následné nedokrevnosti příslušné části těla) do plicnice. Pokud si uživatelé vpichují drogu jehlou, kterou před nimi již někdo použil, zvyšuje se až k jistotě riziko zánětu žil, ale i zánětu jater, nákazy AIDS a v neposlední řadě také syfilidou a tuberkulózou a jinými nemocemi.

Uživatel heroinu potřebuje k „živení“ své závislosti obrovské množství peněz – nejméně cca 40.000 Kč měsíčně. Protože není vzhledem k neustálému obluzení schopen pracovat, „musí“ krást a dříve či později proto skončí ve vězení.

Obchod s heroinem podléhá pravděpodobně nejpřísněji organizovanému zločineckému obchodu. Dealeři heroinu neznají slitování a spory v této společnosti (třeba kvůli dluhům) se řeší smrtí (EMCDDA. 2012).

**Heroin** představuje v současnosti jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější

a společensky nejškodlivější závislost. Zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká.

Na českém trhu se objevuje buď jako **hnědý heroin** („brown sugar“), který se před nitrožilním užíváním musí ještě upravit přidáním kyseliny (lépe se ale kouří a žhaví), a **bílý heroin** („white powder“), který se podobá mouce, a dá se po rozpuštění přímo vstříkovat do tělního oběhu (kouřit se ale nedá).

**Braun** je specificky česká droga. Vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein (methylmorfin). Výsledný produkt je tekutina hnědé barvy, která obsahuje směs derivátů kodeinu (dihydrokodein, hydrocodon). Účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u opioidů obecně. V druhé polovině 90. let byl braun v ČR vytěsněn heroinem.

### 1.2.5 Nové syntetické drogy

Podle směrnic Rady EU (1997) jsou nové syntetické drogy definované jako látky s omezeným terapeutickým využitím, které nejsou uvedené v seznamu látek podléhajících konvencí Spojených národů (1971) o psychotropních látkách. V anglicky psané literatuře jsou tyto látky nazývány jako designer drugs, **designerské drogy**. Výrobci cíleně mění jejich strukturu a složení. Obsah a množství chemické látky, případně rostlinného komponentu závisí na konkrétním výrobcí. Každý si vytváří – **designuje** – drogu, jak sám chce. Žádné pevné chemické vzorce zde neplatí. Jsou nejčastěji vyráběny z legálně dostupných léčiv a volně prodejných chemických látek. Proto jsou také označovány jako **legal highs**. Aby se jejich výrobci nedostali do konfliktu se zákony, rychle reagují tak, že jakmile se některá z jimi připravovaných látek objeví na seznamu zakázaných, rychle obmění její složení a drogu pak uvedou na trh pod novým názvem (Patočka, Jiří. 2015).

Kalina definuje nové syntetické drogy jako psychoaktivní látky produkované z prekurzorů (výchozí látka, z níž vzniká chemickou přeměnou výsledný produkt) v nelegálních laboratořích. Tyto jsou navrženy jako analoga nelegálních drog za účelem obejít stávající legislativu (Kalina, Kamil. 2013).

Pojem nové syntetické drogy je označením pro širokou skupinu látek, se kterými se setkáváme na současné drogové scéně. Význam termínu „nové“ je chápán zejména z pohledu jejich výskytu na ilegálním trhu. Většina těchto látek je již známa celou řadu let a znám je i jejich psychotropní potenciál. Na drogové scéně byl vždy jejich výskyt velmi omezený, nicméně v posledních deseti letech, zejména v úzké souvislosti s taneční

scénou a s ní souvisejícím nástupem tzv. tanečních drog (MDMA), se s těmito látkami setkáváme stále častěji. Nové syntetické drogy jsou nejčastěji asociovány (sdružovat, seskupovat) na populaci uživatelů extáze, kde jsou často distribuovány v tabletové formě s tím, že se jedná o drogu extázi nebo něco jí velmi podobného. V některých případech se jedná o halucinogenní látky, které jsou vydávány za LSD nebo například „halucinogen“ s podobným účinkem jako LSD nebo mezkalin (Páleníček, Tomáš. 2005).

Nové syntetické drogy se dají rozdělit podle struktury do tří hlavních skupin látek odvozených od fenylethylaminu, tryptaminu a piperazinu. Mají nejčastěji entaktogenní (empatogenní), stimulační či halucinogenní účinky. Všechny tyto látky mají do značné míry podobný mechanismus účinku – ovlivňují především monoaminergní neurotransmiterové systémy. Účinkují většinou přímo na úrovni synapsí, a to třemi základními mechanismy – vyplavují monoaminy do synaptické štěrbině, jsou agonisty jednotlivých receptorů a/nebo v některých případech mají i aktivitu inhibitorů monoaminoxidáz. Jedná se vesměs o látky velmi málo prozkoumané, často se jejich mechanismy účinku pouze předpokládají na základě fenomenologické (popisující) podobnosti s jinými, lépe prozkoumanými látkami. Vzhledem k tomu, že se jedná, především, o látky stimulující monoaminergní systém, kromě psychotropních účinků mají i celou řadu účinků na ostatní systémy v lidském organismu. Intoxikace těmito látkami bývá provázena relativně konstantními příznaky fyzickými, ovlivňující kardiovaskulární aparát (hypertenze, tachykardie, arytmie). Objevuje se průjem, nauzea (pocit nevolnosti), zvracení, bolesti hlavy, hypertermie a pocení, anorektické účinky, svalové spasmy, mydriáza, nystagmus (rytmický konjugovaný kmitavý pohyb očních bulbů). Indukované změny se často týkají i systémů imunitního a humorálního (Lüllmann, Heinz, Mohr, Klaus a Wehling, Martin. 2004).

Řada nových syntetických drog má oproti MDMA výrazně opožděný nástup účinku. Některé z těchto látek jsou samy o sobě velmi nebezpečné a často bývá velmi malý rozdíl mezi účinnou dávkou a dávkou vysoce toxickou, případně smrtelnou. V momentě, kdy uživatel užije tabletu s obsahem některé z těchto nebezpečných substancí a do hodiny od užití se mu nedostaví očekávaný účinek, je velmi pravděpodobné, že užije další tabletu. V tu chvíli se vystavuje vysokému riziku předávkování, případně obtížně předvídatelných reakcí. Vzhledem k tomu, že se jedná o látky převážně s působením na serotonergní systém, je zde nutno ještě zmínit nejnebezpečnější kombinace s jinými látkami. Jedná se zejména o inhibitory monoaminoxidáz (IMAO), kdy po kombinaci s řadou těchto látek (včetně MDMA či amfetaminu) může dojít k rozvoji serotoninového syndromu a k úmrtí (Páleníček, Tomáš. 2005).

Designérské drogy jsou populární zejména u mladých lidí ve věku 15 až 24 let, které láká zejména snadná dostupnost a jejich cena.

Příkladem nové syntetické drogy je droga s názvem Flakka. Je propagována pod matoucím označením „koupelová sůl“. Na trhu s drogami postupně vytlačuje kokain. Název drogy je odvozen od španělského slangového výrazu pro mladou atraktivní ženu (la flaca). Jejím výhradním producentem je dnes Čína, kde je její výroba i distribuce legální. Čínští obchodníci drogu nabízejí v internetových obchodech a zasílají ji do celého světa. Flakka se dá šňupat, kouřit, polykat i podávat nitrožilně. Flakka je derivátem cathinonu ( $\alpha$ -pyrrolidinopentiofenon,  $\alpha$ -PVP) a svými účinky se podobá povzbuzujícím drogám, jakými jsou kokain, či amfetamin. Zvyšuje pozornost, vyvolává euforii a hyperaktivitu. S ústupem účinku drogy přichází pocit uklidnění, který přechází až do odevzdanosti a deprese. Opakované užívání vede k čím dál větším dávkám a způsobuje extrémní úzkost, paranoiu a halucinace. Videí, na nichž je vidět, jak Flakka působí na člověka, je dnes na internetu k zhlédnutí celá řada (Patočka, Jiří. 2015).

## 2. MOŽNOSTI PSYCHOLOGICKÉ INTERVENCE

**Pojem psychologická intervence** zahrnuje odborné psychologické postupy, metodiky a techniky psychorehabilitační, psychokorektivní a psychoterapeutické, které poskytují persvázi (přesvědčování někoho o něčem), redefinici, reinterpretaci či podporu v problémové situaci, náročné životní události, krizi nebo psychotraumatické události.

Spektrum různorodých a na sebe navazujících služeb, které nabízejí pomoc uživatelům návykových látek a jejich blízkým v různých fázích jejich užívání drog a pokusů své závislé chování změnit, neexistuje v podobě, jakou ji známe, příliš dlouho. Různé typy protidrogových služeb vznikaly a vyvíjely se zhruba 70 let a jejich podoba je ovlivňována širším dobovým kontextem, a také posunem ve vědě a výzkumu.

### 2.1 Psychologické poradenství v drogové problematice

Psychologické poradenství v drogové problematice je v ČR poskytováno v pedagogicko-psychologických poradnách pro děti a mládež a v některých poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Mezi základní formy práce poraden patří činnosti psychodiagnostické, reedukační (převýchovné), terapeutické a konzultační. Tyto činnosti jsou prováděny individuálně nebo skupinovou formou.

Psychologické poradenství v drogové oblasti se zaměřuje na interní a interpersonální problémy. Poradenství musí být založené na přesně vydefinované cílové skupině. Uvědomění si cílové skupiny je důležité, protože se klienti mohou nacházet v různých fázích užívání od experimentování až po jasně vyhraněné příznaky diagnostikované závislosti. Cílovou skupinu mohou tvořit samotní uživatelé drog, ale také jejich rodiče či blízcí, kteří přicházejí pro radu a pomoc ohledně drogových problémů jejich dětí, partnera apod. (Procházka, Roman a další. 2014). Poradci, kteří pracují s klienty, by kromě znalostí problematiky v oblasti drog, měli mít přirozené sociální a komunikační dovednosti, měli by dokázat strukturovat rozhovor a umět použít své vlastnosti a dovednosti ve prospěch klienta. Klíčovým prvkem je navázání bezpečného a důvěryhodného vztahu.

Problémem, s nímž se poradci často setkávají, je stupeň motivace klienta ke změně, a to od „jsem zvědavý, co se mnou uděláte“, až po „vy jediné mi pomůžete“. Motivace ke změně je jedním ze základních kamenů v práci s drogově závislým klientem. V případě, že klient má zájem pracovat na svém problému, je možné mu pomoci.

Psychologické poradenství zahrnuje jednotlivé prvky. Spočívají v určení problému, orientaci v problémech, ve zkoumání příčin drogové závislosti a hledání potenciálních východisek. Klientovi jsou poskytnuty informace o návazných službách, kontaktech a možnostech sítě formální sociální opory.

Při utváření obrazu o povaze problému s drogou, psychologičtí poradci získávají informace o druhu návykové látky, jejím množství, o frekvenci užívání a kombinacích s jinými návykovými látkami. Zajímají se o emoční stavy, které předcházely užívání látky a jaké emoční stavy se objevují po odeznění účinku drogy. Dotazují se na vnější souvislosti užívání látky například ve společnosti, na různých akcích nebo, když je klient sám s přáteli.

Sledují vyskytující se zdravotní problémy, které souvisejí s užíváním návykové látky, nebo zdravotní problémy, které návyková látka zhoršuje, či následky v dalších oblastech klientova života, tj. v rodině, ve škole, v práci, v právní oblasti.

Zaměřují se na životní problémy, které zdánlivě či skutečně nesouvisejí s problematikou klientovy závislosti na droze. Jaké komplikace klient očekává při pokusu o překonání závislosti nebo jak probíhaly odvykací stavy v minulosti (Procházka, Roman a další. 2014).

## 2.2 Terapeutická komunita

Jako nejvhodnější a nejefektivnější způsob radikální léčby drogové závislosti pro klienty dospělého věku se jeví dlouhodobý pobyt v **terapeutické komunitě (TK)** drogově závislých. Terapeutická komunita poskytuje služby dlouhodobé pobytové léčby a sociální rehabilitace. Jedná se o službu přechodného charakteru, klienti jsou zde ubytováni na dobu určitou. Cílem terapeutické komunity je poskytnout klientům bezpečné a podnětné prostředí pro další seberozvoj, který je realizován především prostřednictvím sociálního učení a jasně vymezenými, srozumitelnými pravidly. Hlavní potenciál komunitního léčení je spojení několika základních složek: každodenní soužití členů komunity, monitorované sociální učení a nácvik běžných sociálních dovedností (Nevšímal, Petr. 2005). Kratochvíl (Kratochvíl in Kalina. 2008) definuje terapeutickou komunitu jako zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie. Klienti zde projikují (promítání vlastních pocitů a představ na druhou osobu) problémy svého vlastního života a získávají zpětné informace o svém maladaptivním chování. Učí se zde vhodnějším adaptivním způsobům chování. „TK v širším smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové

*týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích“ (Kratochvíl in Kalina. 2008). TK v užším smyslu slova je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace k projekci a korekci maladaptivních stereotypů prožívání a chování klientů (Nevšímal, Petr. 2005).*

### **2.3 Internetové terapeutické intervence**

Internetová terapeutická intervence (zásah, zákrok) pro uživatele drog je služba, která se svým charakterem liší od obecněji zaměřených stránek s drogovou problematikou. Je jednoznačně definovaná jako „internetový program obsahující speciálně vytvořenou/adaptovanou, strukturovanou a časově rozvrženou intervenci určenou k léčbě poruch způsobených užíváním návykových látek“.

Východiskem pro tento způsob protidrogové intervence je dostupnost a míra používání internetu. V současnosti je všudypřítomným médiem. Jeho uživatelskou základnu tvoří všechny generace: děti, dospívající i dospělí.

Sílicí roli má internet jako klíčové médium z hlediska zprostředkovávání informací v oblasti veřejného zdraví. Vedle stránek poskytujících základní informace o otázkách zdraví vzniklo na webu množství klinických aplikací, jež nabízejí i náročnější interaktivní (umožňující vzájemnou komunikaci) intervence a léčebné programy. Jedná se o aplikace zaměřené na řešení duševních a motivačních problémů, na léčbu panických poruch a depresí, na odvykání kouření, na problémové užívání alkoholu a dalších návykových látek.

Odborníci na problematiku užívání drog si uvědomují potenciál, který z hlediska poskytování léčby poruch způsobených užíváním návykových látek internetové programy představují, neboť takové intervence mohou oslovit početně významnou cílovou skupinu.

Poptávka po léčbě poruch způsobených užíváním návykových látek v rámci EU trvale roste, a to zejména mezi mladými uživateli konopí a sociálně integrovanými uživateli drog. Tito lidé se totiž často zdráhají využívat služby „tradičních“ léčebných center, která se zaměřují na uživatele drog.

Podle EMCDDA se weby zabývající se internetovou terapeutickou intervencí pro uživatele drog rozdělují na weby, jejichž součástí je nabídka strukturovaných intervencí a webové stránky poskytující informace, další kontakty, nepřetržitou telefonickou službu apod.

Strukturované „prefabrikované“ svépomocné programy bez časově rozvrženého kontaktu s poradcem jsou plně automatizované, samostatně fungující a zdarma poskytované



programy. Využití takového programu je anonymní. Jeho účastníci pracují s různými virtuálními (zdánlivými) nástroji nebo moduly, mají přístup k určitým informacím a sami si řídí svůj postup jednotlivými fázemi programu. Na základě údajů zadaných účastníkem je pak generována (vytvářena) interaktivní zpětná vazba. Některé verze navíc zprostředkovávají kontakt s jinými uživateli prostřednictvím jednotného fóra, čímž vzniká virtuální svépomocná skupina.

Strukturované programy, jejichž součástí je časově rozvržený kontakt s poradcem, umožňují pravidelný kontakt klienta s poradcem. Komunikace prostřednictvím internetu je organizována a plánována různým způsobem, např. formou individuálních chatů nebo „vzkazů“ (message boards). Frekvence kontaktů mezi poradcem a účastníkem, stejně jako doporučená doba trvání těchto intervencí, je různá. Tyto programy s účastí poradce často pracují s moduly a nástroji podobnými těm, které se využívají v rámci svépomocných programů. Na rozdíl od svépomocných intervencí je však většina těchto poradcem asistovaných programů zpoplatněna. V důsledku toho také nejsou nabízeny anonymně, zájemce se musí zaregistrovat. Podmínkou je zde také dosažení minimální věkové hranice.

Internetové intervence nemají a nemohou plně nahradit tradiční postupy založené na přímém osobním kontaktu, který kromě verbální složky skýtá také neverbální formy komunikace. Webové programy mohou nabídnout služby cílové skupině, která se za normálních okolností může s péčí poskytovanou tradičními poradenskými nebo terapeutickými zařízeními. Rozvoj intervencí přes internet je stále v počátcích, k dispozici je tak minimum kvalitně evaluovaných (hodnocených) programů (EMCDDA. 2012).

## **2.4 Ústavní léčba**

Ústavní léčba se provádí na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, popřípadě v samostatných zdravotnických nebo nezdravotnických zařízeních. Tato pracoviště reagují na klientovu objednávku typu „pomoz mi s mou abstinencí“. Jde o klienty, kteří chtějí přijmout pomoc profesionálů, chtějí se léčit a postupně přebírat zodpovědnost za svoji léčbu (Vališová, Alena a Kasíková, Hana. 2010).

Monopol psychiatrie pro problematiku léčby závislostí trval ve světě zhruba do 80 let 20. století, v České republice se s ním bylo možné setkat ještě v 90 letech. Léčebné přístupy zahrnovaly preskripci (předepsání) zprvu původně užívané látky, později substituční látky metadonu či jiných preparátů; a léčbu k abstinenci (Kalina, Kamil. 2013).

Ústavní léčba závislostí se v současnosti zaměřuje na dosažení a udržení abstinence a na co největší resocializaci (znovuvedení do společnosti) pacienta. Umožňuje bezpečnější ochranné prostředí. Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje odpovídající terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační i volnočasové. Vedle abstinence je klíčovým terapeutickým úkolem podpora adaptačního potenciálu jedince pro jeho návrat do přirozeného životního prostředí.

Doporučení k ústavní léčbě dostávají ti, kteří neúspěšně prošli ambulantním léčením; mají stavy, u kterých je nutné sledování lékaři (psychotické stavy, pokusy o sebevraždu); mají těžké emoční problémy nebo poruchy chování; ti, kteří se pohybovali v nevhodném nebo dokonce nebezpečném sociálním prostředí; mají slabou motivaci, a hrozí, že by ji ve svém přirozeném prostředí záhy ztratili; mají ústavní léčbu soudně nařízenou.

Ústavní léčení může být: krátkodobé (několikatýdenní, zpravidla šestitýdenní), střednědobé (několikaměsíční, zpravidla tříměsíční) nebo dlouhodobé (zpravidla šest až devět měsíců, někdy i déle).

Délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů, jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní a psychický stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí, apod.

Pro tento typ lůžkové péče je charakteristický program realizovaný terapeutickým týmem a řízený kvalifikovaným pracovníkem s psychoterapeutickým vzděláním a zkušenostmi s prací se závislými. Součástí programu je práce s individuálním léčebným plánem, strukturovaný denní režim, individuální a skupinová terapie akceptující různá terapeutická východiska v závislosti na osobnosti a odbornosti členů týmu, rodinná terapie, podpůrná terapie edukativní (výchovně-vzdělávací), zátěžová, motivační trénink, fyzická rehabilitace, program prevence relapsu (časný či pozdní návrat, zhoršení stavu) a doplňkové programy jako rodičovské skupiny, ženské skupiny a programy péče o děti (Miovský, Michal. (Ed.) 2013).

## **2.5 Ambulantní a stacionární služby**

Denní stacionář je ambulantní, převážně psychoterapeuticky orientované pracoviště. Obecné cíle: zajistit v ambulantních podmínkách včasnou, komplexní a dostatečně intenzivní léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta (abstinence a sociální

integrace). Zajistit léčbu kontinuální (souvislý, nepřetržitý), tj. navazující na terénní programy a kontaktní centra, kombinující se v nezbytných případech s ústavní či rezidenční (dlouhodobou) léčbou a pokračující v doléčovacím programu. Konečným cílem je životní stabilizace a lepší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci od návykových látek, která je potřebnou, ne však jedinou podmínkou. Denní stacionář je určen zejména klientům motivovaným pro vstup do léčby, jejímž konečným cílem má být změna životního stylu, včetně úplné abstinence od původní drogy a spouštěcích návykových látek (Miovský, Michal. (Ed.) 2013).

## **2.6 Kontaktní centra**

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. „Nízký práh“ je označení pro možnost přijít z ulice, bez doporučení, a znamená psychologickou dostupnost pro každého. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Služba poskytuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Terénní programy jsou služby prvního kontaktu v terénu, včetně komplexního programu „minimalizace rizik“, s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení. Tyto služby jsou zřizovány nejčastěji v rámci kontaktních center, působí rovněž jako samostatné programy. Cílovou populací jsou uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, uživatelé drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid (zánět jater), nezletilí a mladiství uživatelé drog, prostituuující uživatelé drog, bezdomovci, etnické menšiny a další populace se zvýšeným rizikem. Formy terénní práce se rozdělují na práci na otevřené drogové scéně, uzavřené a detašované terénní práce v jiných organizacích.

Obsahem terénní práce je poskytování aktuálních informací o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech, o výměnných programech sterilního (bez mikrobů) injekčního náčiní, programech HIV testování, očkování proti hepatitidě a programech právní a sociální asistence. Dále doporučují klienty do příslušných zdravotnických a sociálních zařízení, nízkoprahových kontaktních center nebo k jiným poskytovatelům odborných služeb. Poskytují informace o rizicích spojených s užíváním

drog, distribuují metodické materiály, zabývají se výměnou sterilního injekčního náčiní, distribucí dezinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu. Asistují při řešení sociálních a zdravotních problémů. Provádí motivační trénink s cílem změnit rizikové chování klienta a motivovat jej k léčbě. Poskytují krizovou a situační intervenci.

Služba je řízena kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, se zkušenostmi v oblasti primární, sekundární a terciární prevence drogových závislostí.

Terénními pracovníky jsou odborní pracovníci, dobrovolníci a externí pracovníci, ale také bývalí uživatelé drog (Miovský, Michal. (Ed.) 2013).

### **2.6.1 Streetwork**

Streetwork je metoda sociální práce na ulici, v parku, nádraží v tzv. přirozeném prostředí cílové skupiny. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří potřebují sociální poradenství a pomoc.

Metodu streetwork tvoří aktivní vyhledávací a kontaktní činnost zaměřená na jednotlivce a sociální skupiny. Jedná se o vyhledávací, doprovodnou a mobilní sociální práci s nízkoprahovou nabídkou podpory a pomoci.

Vyhledávací funkce spočívá v tom, že pracovník aktivně vyhledává své klienty za účelem navázání kontaktu. Doprovodná činnost znamená poskytování pomoci a podpory v řešení nepříznivých sociálních situací, pomoc při zvládnání každodenních problémů. Doprovodná činnost znamená i fyzické doprovázení klienta do různých institucí jako je např. policie, soud, kurátoři pro mládež, úřady práce, domy na půl cesty apod.

Mobilní funkce terénní sociální práce vychází z potřeb samotné cílové skupiny a znamená, že lokalita práce s cílovou skupinou se pohybuje a mění právě podle potřeb skupiny nebo jiných faktorů (např. ročního období, záborem jejich hřiště, apod.). V praxi to vypadá tak, že pracovník navštěvuje místa, kde se nachází skupina klientů, se kterou právě pracuje. Je důležité, aby měl pracovník se skupinou pravidelný kontakt a tuto změnu dokázal zaznamenat.

Pracovníci a pracovnice fungující metodou streetwork se nazývají streetwerkeři nebo také terénní sociální pracovníci nebo kontaktní pracovníci. Jedná se o sociální pracovníky či pracovníky v sociálních službách pracující v nízkoprahových sociálních službách (terénní programy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, nízkoprahová denní centra, kontaktní centra), jejichž práce je vymezena zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (<https://www.streetwork.cz/stranka/13/co-je-streetwork>).

## 3. PROTIDROGOVÁ PREVENCE

Světová zdravotnická organizace definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit výskyt a rozvoj daného negativního jevu. Rozlišují se primární prevence, sekundární prevence a terciární prevence (Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar a kolektiv. 2016).

### 3.1 Primární prevence

Všeobecná primární prevence představuje dlouhodobý kontinuální program prevence rizikového chování, zahrnuje celou populaci, komunitu, školu s jasně vymezenými cílovými skupinami. Cílem je předcházet rizikovému chování. Příkladem je všeobecná prevence obsažená v rámcových vzdělávacích plánech a preventivních plánech.

Prokazatelné výsledky mají pouze dlouhodobé a systémově provázané aktivity respektující různé cílové skupiny a jejich potřeby, kulturní, sociální, ekonomické, náboženské odlišnosti. Významnou roli hraje zapojení rodičů a komunity do organizace školy. Rodiče i škola mohou společně vytvářet zdravé, estetické prostředí, společně zařizují zdravé prostředí ve škole. Rodiče by měli mít důvěru v pedagogy, klasifikaci a normy školy, stejně tak by měli mít důvěru ve své děti a umožnit jim vyjadřovat své názory. To ovšem předpokládá postupnou změnu interakce (vzájemné působení dvou i více činitelů) školy s rodiči.

V rámci primární prevence se rozlišuje nspecifická a specifická protidrogová prevence. Specifická primární prevence užívání návykových látek je zaměřená na vědomosti, porozumění a způsoby přemýšlení, rozvoj vlastních názorů, osvojování a rozvoj sociálně emočních dovedností a kompetencí, umožňuje stanovit realistické cíle, nabízí prostor k diskusi a vzájemnému porozumění, rozvoj sociálně přijatelných postojů a hodnot.

Nspecifická primární prevence bývá zaměřena na péči o smysluplné trávení volného času a podporu aktivit vedoucích k rozvoji osobnosti, posílení sebevědomí, schopnosti rozhodovat se a komunikovat. Je zaměřena nejen na prevenci drog, ale obecně k prevenci negativních sociálních jevů. Rozvíjení aktivit ve volném čase je velmi významné zvláště pro děti, neboť vybalancovává život mezi domovem, školou a komunitou. U starších dětí a adolescentů (jedinec ve věku mezi pubertou a dospělostí) by neměla být nspecifická primární prevence klíčová. Mnohdy se předpokládá, že zaměstnávání mladých lidí sociálně přijatelnými aktivitami (jako je sport a zájmové

kroužky) odradí mladé lidi od experimentů a užívání drog – mladí lidé budou naprosto abstinovat. Ovšem realita a vývojová specifika mladých lidí nekorespondují s přáním dospělých a jejich potřebou kontroly nad nimi (Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar a kolektiv. 2016).

### **3.1.1 Selektivní primární prevence rizika užívání návykových látek**

Selektivní primární prevence se zaměřuje na rizikové skupiny, kdy je užívání drog podmíněno biologickými, sociálními, psychologickými a environmentálními faktory. Cílem je včasné a efektivní řešení problematiky rizikových skupin dětí a mládeže, které mohou mít problémy v chování.

Indikovaná primární prevence rizika užívání návykových látek je zaměřená na takové skupiny, kde je riziko užívání drog značné, ale nesplňují kritéria pro závislost (WHO. 2019). Příkladem indikované prevence je snížení užívání konopných drog nebo alkoholu. Při intervencích se zohledňuje míra rizika a volí se kombinace vyhodnotitelných intervencí, které podporují změnu chování (Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar a kolektiv. 2016).

### **3.2 Sekundární prevence**

Sekundární protidrogová prevence zahrnuje veškeré aktivity, cíleně zaměřené na předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají.

Sekundární prevence je vlastně vyhledání problému, který již vznikl a jeho léčba. Pro uživatele drog je utvářen určitý systém odborné pomoci, kde jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby podle určitých indikátorů - např. fáze závislosti, hloubky motivace změnit se, ochoty spolupracovat, sociální situace jedince, psychického poškození atd. Vždy je třeba mít na paměti, že léčba drogové závislosti je nutně velká psychická i somatická zátěž pacienta, která je vědomě organizovaná a systematická.

### 3.3 Terciární prevence

Terciární protidrogová prevence je zaměřena na minimalizaci škod v souvislosti s drogovou závislostí a na vzniku a rozvoji závislosti. Spadá sem léčba, rehabilitace, resocializace, poskytnutí azylu apod.

Jako „Harm Reduction“ (HR) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace (výchova, vzdělání) o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i substituční (náhrada, záměna) léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. „šlehárny“. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů (Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar a kolektiv. 2016).

## **4. ORGANIZACE ZABÝVAJÍCÍ SE PROTIDROGOVOU PROBLEMATIKOU**

### **DROP IN**

DROP-IN je organizace, která působí v České republice v oblasti komplexní (celkový, souborný) prevence a péče o uživatele nelegálních drog. Vznikla v roce 1991 ve snaze zřídit systém, který by co nejlépe vyhovoval potřebám drogově závislých pacientů. Organizace se zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů. Důležitým výchozím bodem práce sdružení je tzv. harm reduction, tedy racionální snižování rizik, které z drogové problematiky vyplývají. Různé typy preventivní činnosti se zaměřují i na boj proti infekci HIV/AIDS, zvláště pak mezi osobami, které si drogu aplikují nitrožilně. V roce 1996 byly otevřeny projekty Streetwork a Mobilstreet, které poskytují služby přímo v prostředí, kde se uživatelé drog pohybují. Organizace provozuje několik provozoven a její představitelé se řadí mezi renomované a mediálně známé odborníky.

### **SANANIM**

Občanské sdružení Sananim patří k největším nestátním poskytovatelům služeb v oblasti prevence, péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách. V současné době provozuje jedenáct hlavních zařízení s různými programy a celou řadou rozšiřujících a doplňujících projektů. Mezi hlavní náplň patří terénní práce v ulicích Prahy, specializované ambulantní centrum či centrum pro osoby v konfliktu se zákonem. Významné jsou také aktivity realizované v rámci samostatného právního subjektu, který provozuje terapeutickou kavárnu, nebo obchod s výrobky klientů doléčovacích center. Činnost sdružení Sananim v současné době zajišťuje zhruba sto padesát stálých zaměstnanců a několik desítek externích spolupracovníků. Organizace hraje hlavní roli v oblasti vzdělávání laiků i profesionálů v oblasti drogových závislostí.



## **PODANÉ RUCE**

Největší moravské sdružení působící v Brně a okolí vzniklo již v roce 1984 jako spontánní neformální skupina fungující na principu svépomoci. Kvůli sledování a výslechům tehdejší tajnou policií STB byla činnost organizace nekonceptně roztržena do několika různých bytů. Skupina byla v začátcích podpořena především katolickou církví, s níž v různých formách spolupracuje dodnes. V současné době provozuje několik oddělených zařízení a preventivních programů. Činnost občanského sdružení Podané ruce se do širokého povědomí veřejnosti dostala hlavně díky testování tanečních drog na velkých halových techno párty, které v jihomoravské metropoli patří k pravidelným místům setkávání mladých lidí z Česka i okolních zemí.

## **NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO**

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti je českým partnerem sítě Reitox, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost. Bylo zřízeno v roce 2002 jako součást Úřadu vlády ČR – sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Na českém internetu provozuje pravděpodobně nejucelenější informační portál o drogové problematice, který hojně využívá široká veřejnost i fundovaní odborníci. Za zmínku stojí pestrá paleta odkazů na informace či organizace ze zahraničí (<https://magazin-legalizace.cz/85-odkazujeme-cr-organizace-zabyvajici-se-protidrogovou-problematikou>).

## 5. LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Vyhláška č. 116/2011 Sb., která mění vyhlášku č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

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

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí a mládeže.

Úmluva o právech dítěte vyhlášená pod č. 104/1991 Sb.

Zákon o sociálních službách č. 47/2019 Sb.

### Souhrn teoretické části

Ve své teoretické části jsem se zaměřila na studium a analýzu širšího spektra otázek souvisejících s psychoaktivními látkami, jejich popisu, účinků a důsledků na jedincovo chování. Psychoaktivní látky jsou většinou svázané s ilegálním obchodem, který je velmi flexibilní. Vznikají stále nové syntetické psychoaktivní látky, jejichž výroba vzniká rychleji než reakce a boj s nimi. Můžeme konstatovat, že v odborné literatuře existují různé klasifikace drog, ale většinou bývají členěny na látky s tlumivým, povzbudivým, halucinogenním a opioidním účinkem na psychiku.

Literatura poskytuje poměrně rozsáhlý popis možností prevence, jež je v boji proti drogám rozhodující. Ve své stati jsem uvedla možnosti primární, sekundární a terciární prevence a přehled nejvýznamnějších pomáhajících institucí z terénu. Dále jsem doplnila svůj text o nejdůležitější zákony, jež problematiku řeší.

Řada projektů reaguje na zvyšující se incidenci (nemocnost) závislostí na psychoaktivních látkách s tím, že si klade důraz na primární prevenci, na níž by se měly podílet nejen

specializované instituce, ale ve vyšší míře i výchovně vzdělávací zařízení a především rodiče.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## **6 EMPIRICKÝ VÝZKUM**

### **6.1 Cíle empirického šetření**

Tato bakalářská práce si kladla za cíl zjistit, zda a jaké zkušenosti má mládež, studující na vybrané střední odborné škole, s drogami a jak se případně zjištěné rizikové chování projevuje.

Vzhledem k tomu, že je spektrum psychoaktivních látek velmi široké (viz přehled v teoretické části práce), zúžila jsem vlastní výzkumnou sondu na psychoaktivní látky legální: zajímala jsem se, jak často mladí respondenti užívají alkohol nebo kouří cigarety. Dalším cílem bylo zjištění motivace k tomuto chování a související postoje s užíváním alkoholu a kouřením cigaret, včetně znalostí zdravotních rizik.

### **6.2 Volba výzkumné metody**

Zvolila jsem si kvantitativně/kvalitativní výzkumnou metodu: získání dat pomocí anonymního dotazníkového šetření a rozhovor s metodikem školy. Dotazník má 25 uzavřených otázek. Byl rozeslán studentům elektronicky a studenti byli předem informováni, za jakým účelem je jim dotazník rozeslán. Hned na začátku bylo respondentům sděleno, že je dotazník anonymní. Na konci dotazníkového šetření bylo respondentům poděkováno za spolupráci.

Otázky jsou zaměřeny na zkušenosti s drogami či rizika spojená s užíváním alkoholu a drog. Několik otázek je zaměřeno na drogovou prevenci nebo na to, kde se studenti dozvídají informace o drogách či, kde by hledali případnou pomoc, pokud by měli nějaký problém.

### **6.3 Technika sběru dat**

Na podzim roku 2019 jsem oslovila jednu střední odbornou školu s prosbou o povolení provedení dotazníkového šetření. Odpověď byla kladná a vedení školy i studenti s vyplněním souhlasili. Dotazovaní respondenti byli ve věku 15 až 20 let. Celkem bylo osloveno 148 studentů. Úplně vyplněných dotazníků se vrátilo 138. Z toho je 71 dívek a 67 chlapců.

### **6.4 Výzkumné otázky a hypotézy**

Ke svému empirickému šetření jsem si vymezila následující výzkumné otázky a ty následně konkretizovala do 5 hypotéz. Zajímalo mě, zda a jak často užívají respondenti alkohol a cigarety, jaké jsou jejich motivy k tomuto chování, zda považují tyto látky za

relativně dostupné a zda jsou seznámeni s riziky spojené s užíváním alkoholu a cigaret. Vzhledem k tomu, že jsem ve své sondě oslovila středoškoláky (a vzhledem k výsledkům již existujících výzkumů (např. Kaliny, Nešpora a Ševely)), vycházela jsem z předpokladu, že s danými legálními látkami experimentovala do jisté míry značná část dotazovaných studujících.

Na základě výzkumných otázek jsem si určila 5 hypotéz a k nim sestavila později distribuovaný dotazník. První verzi dotazníku jsem v předvýzkumu zaslala několika studentům dané školy s cílem ověřit srozumitelnost položek a v reakci na jejich názory provedla drobné stylistické úpravy. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze bakalářské práce.

**Hypotéza č. 1:** Většina dotazovaných žáků užívá alkohol nejméně 1x měsíčně.

**Hypotéza č. 2:** Více než 20% dotazovaných žáků kouří alespoň 5 cigaret denně.

**Hypotéza č. 3:** Většina dotazovaných žáků považuje alkohol a cigarety za snadno dostupné.

**Hypotéza č. 4:** Nejčastějším motivem ke kouření a pití alkoholu je vliv kamarádů a to, že dotazovaným žákům "chutnají".

**Hypotéza č. 5:** Většina dotazovaných žáků si uvědomuje zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu a cigaret.

## 7 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Pro tento výzkum jsem vypracovala anonymní dotazník. Všechny dotazníky, které se vrátily, byly zkontrolovány, 10 z nich bylo neúplně vyplněno a rovnou vyřazeno. Celkem bylo použito a vyhodnoceno 138 dotazníků.

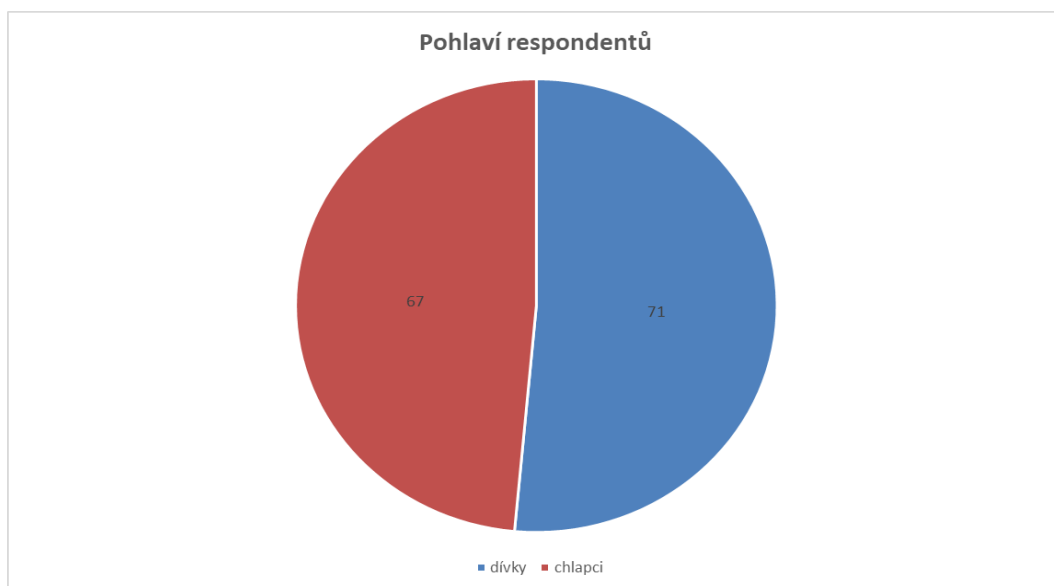
148	Počet rozdaných dotazníků
10	Počet chybně vyplněných dotazníků
138	Počet úplně (správně) vyplněných dotazníků

### Otázka č. 1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1

	počet	%
dívky	71	51,45
chlapci	67	48,55

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



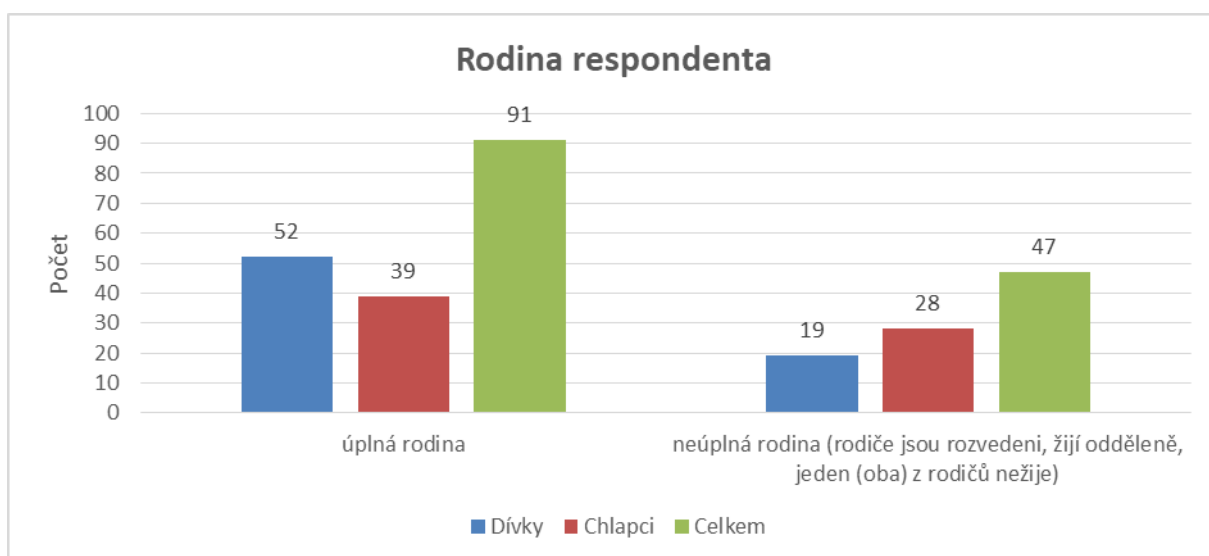
Celkem se empirického výzkumu zúčastnilo 138 dotazovaných respondentů. Dotazovaných dívek bylo 71 (51,45%) a dotazovaných chlapců bylo 67, což je 48,55%.

## Otázka č. 2 Rodina respondenta

Tabulka č. 2

	dívky počet	%	chlapci počet	%	Počet celkem	Celkem %
úplná rodina	52	73,24	39	58,21	91	65,94
neúplná rodina (rodiče jsou rozvedeni, žijí odděleně, jeden (oba) z rodičů nežije)	19	26,76	28	41,79	47	34,06

Graf č. 2 Rodina respondenta



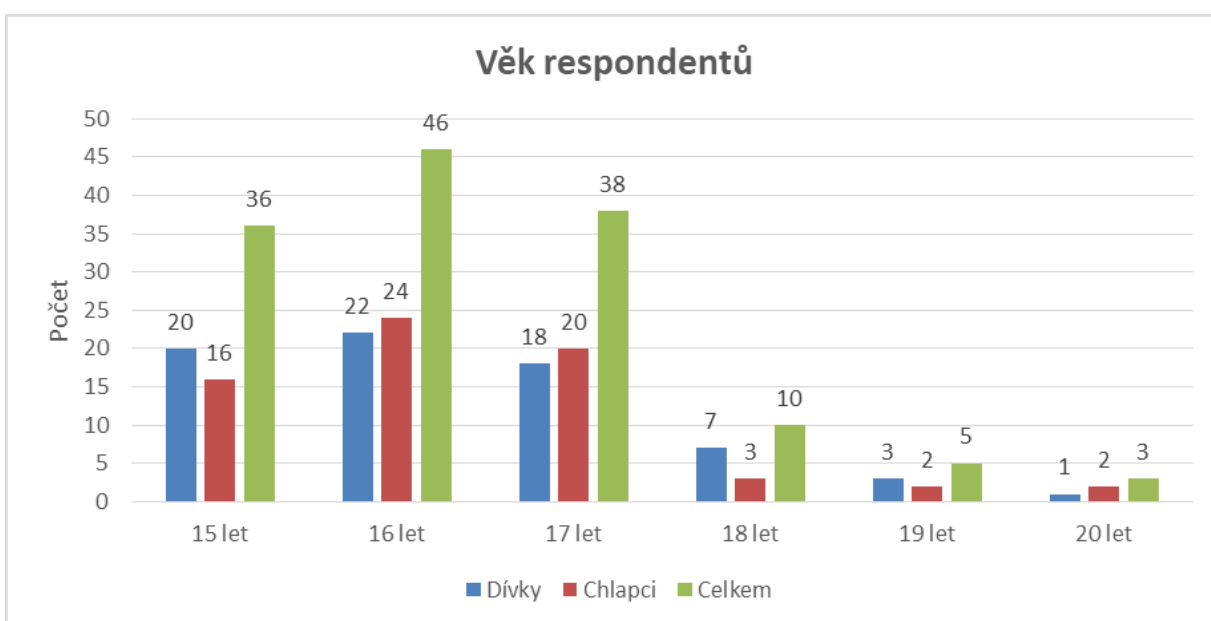
V této otázce jsem se dotazovala na rodinné zázemí respondenta. 65,94% všech dotazovaných pochází z úplné rodiny, a 34,06% dotazovaných pochází z neúplné rodiny.

### Otázka č. 3 Věk respondentů

Tabulka č. 3

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
15 let	20	28,17	16	23,88	36	26,09
16 let	22	30,99	24	35,82	46	33,33
17 let	18	25,35	20	29,85	38	27,54
18 let	7	9,86	3	4,48	10	7,25
19 let	3	4,23	2	2,99	5	3,62
20 let	1	1,41	2	2,99	3	2,17

Graf č. 3 Věk respondentů



Ze 138 dotazovaných respondentů bylo 20 dívek (28,17%) patnáctiletých, 16 chlapců (23,88%) patnáctiletých, 22 dívek (30,99%) šestnáctiletých, 24 chlapců (35,82%) šestnáctiletých, 18 dívek (25,35%) sedmnáctiletých, 20 chlapců (29,85%) sedmnáctiletých, 7 dívek (9,86%) osmnáctiletých, 3 chlapci (4,48%) osmnáctiletí, 3 dívky (4,23%) devatenáctileté, 2 chlapci (2,99%) devatenáctiletí, 1 dívka (1,41%) dvacetiletá a 2 chlapci (2,99%) dvacetiletí.

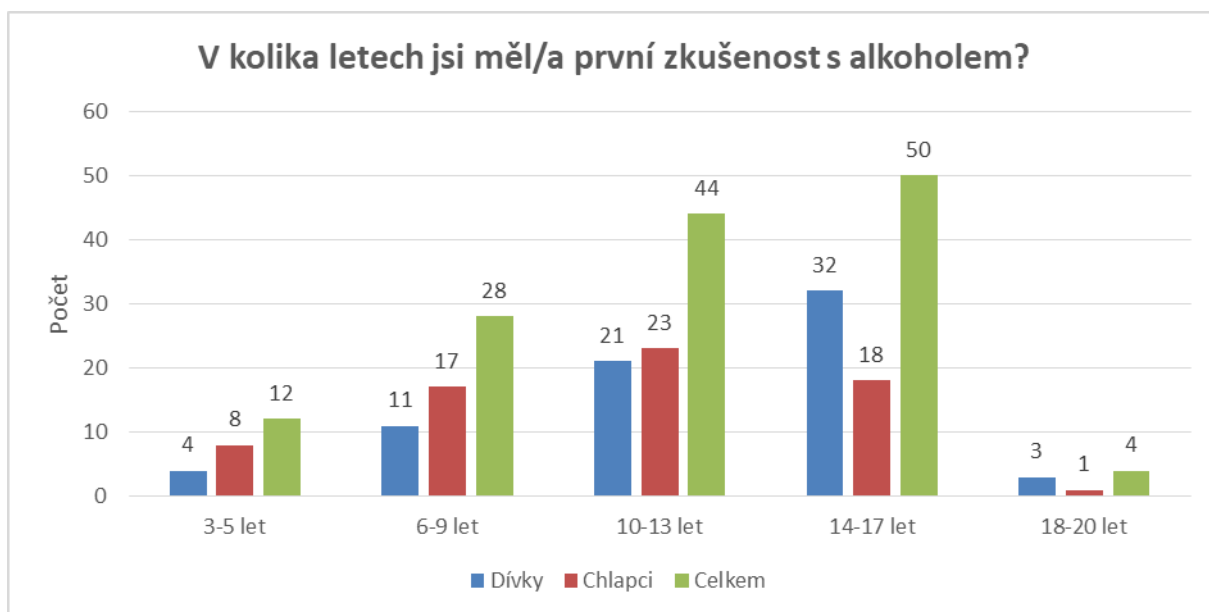


#### Otázka č. 4 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s alkoholem?

Tabulka č. 4

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
3-5 let	4	5,63	8	11,94	12	8,70
6-9 let	11	15,49	17	25,37	28	20,29
10-13 let	21	29,58	23	34,33	44	31,88
14-17 let	32	45,07	18	26,87	50	36,23
18-20 let	3	4,23	1	1,49	4	2,90

Graf č. 4 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s alkoholem?



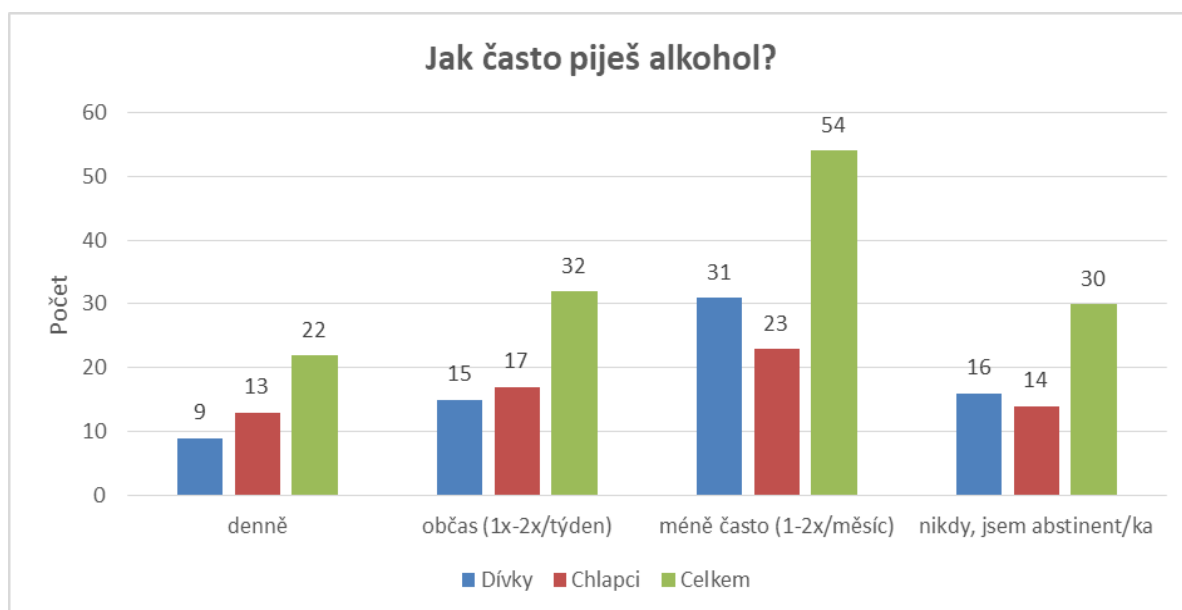
Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů (dívek) ochutnalo alkoholické nápoje ve věku 14 až 17 let. U chlapců je to ve věku 10 až 13 let. Téměř vyrovnané číslo je pak u chlapců mezi 14 až 17 lety a mezi 6 až 9 lety. Relativně vysoké % je i u dívek mezi 10 až 13 lety. Zarážející je fakt, že respondenti uvádějí první zkušenost s alkoholem mezi 3 až 5 lety. U dívek to bylo 5,63% a u chlapců 11,94%. Vzhledem k tomu, že si dotazovaní studenti jen stěží mohli pamatovat takto rané údaje, zůstává otevřená otázka, zda jde o věrohodné odpovědi. Očekávatelné naopak je nízké procento odpovědí u respondentů mezi 18 až 20 lety. U dívek to bylo 4,23% a u chlapců 1,49%.

## Otázka č. 5 Jak často piješ alkohol?

Tabulka č. 5

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
denně	9	12,68	13	19,40	22	15,94
občas (1x-2x/týden)	15	21,13	17	25,37	32	23,19
méně často (1x-2x/měsíc)	31	43,66	23	34,33	54	39,13
nikdy, jsem abstinent/ka	16	22,54	14	20,90	30	21,74

Graf č. 5 Jak často piješ alkohol?



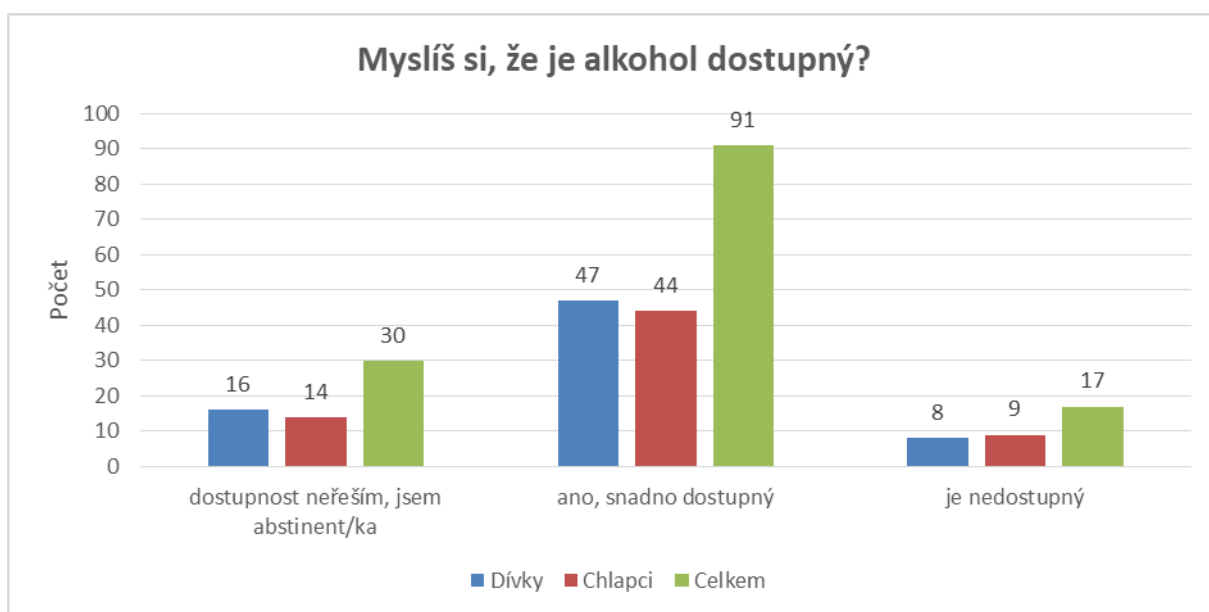
Z grafu je patrné, že 31 dívek (43,66%) a 23 chlapců (34,33%) nejčastěji konzumují alkohol 1x-2x za měsíc. 15 dívek (21,13%) a 17 chlapců (25,37%) konzumuje alkohol občas (1x-2x za týden) a denně pak alkohol konzumuje 9 dívek (12,68%) a 13 chlapců (19,40%). Abstinentů je z celkového počtu dotazovaných respondentů 16 dívek (22,54%) a 14 chlapců (20,90%).

## Otázka č. 6 Myslíš si, že je alkohol dostupný?

Tabulka č. 6

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
dostupnost neřeším, jsem abstinent/ka	16	22,54	14	20,90	30	21,74
ano, snadno dostupný	47	66,20	44	65,67	91	65,94
je nedostupný	8	11,27	9	13,43	17	12,32

Graf č. 6 Myslíš si, že je alkohol dostupný?



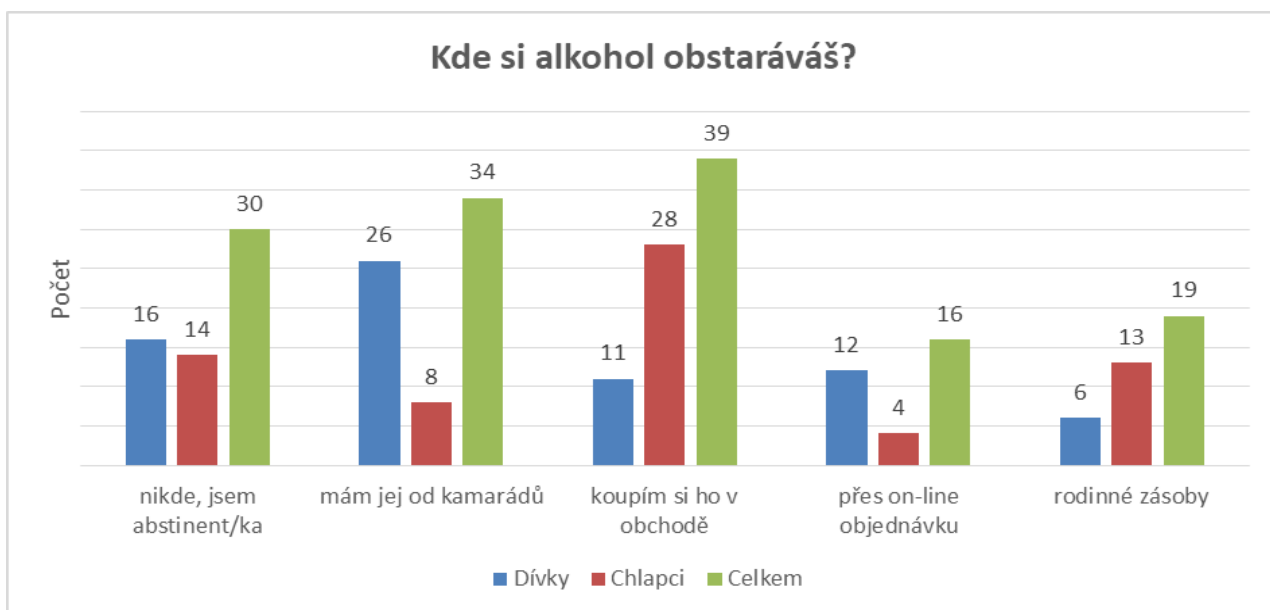
Z odpovědí vyplývá, že je pro respondenty alkohol snadno dostupný (celkem 91 respondentů (65,94%)), což je velmi znepokojující vzhledem k zákazu prodeje a podávání alkoholických nápojů nezletilým osobám. Není to ale názor překvapivý, neboť obdobné postoje jsem zaznamenala i v jiných šetřeních. Naopak 8 dívek (11,27%) a 9 chlapců (13,43%) udává, že je alkohol nedostupný. 16 dívek (22,54%) a 14 chlapců (20,90%) dostupnost alkoholu neřeší, neboť jsou abstinenti.

## Otázka č. 7 Kde si alkohol obstaráváš?

Tabulka č. 7

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
nikde, jsem abstinent/ka	16	22,54	14	20,90	30	21,74
mám jej od kamarádů	26	36,62	8	11,94	34	24,64
koupím si ho v obchodě	11	15,49	28	41,79	39	28,26
přes on-line objednávku	12	16,91	4	5,97	16	11,59
rodinné zásoby	6	8,45	13	19,40	19	13,77

Graf č. 7 Kde si alkohol obstaráváš?



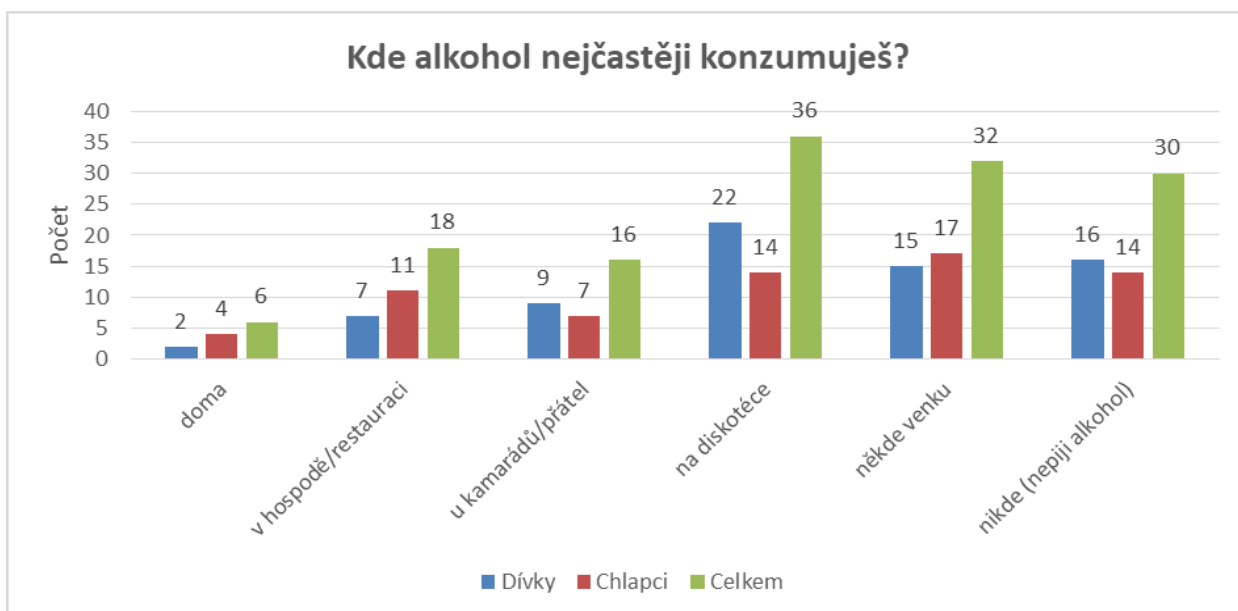
Z grafu vyplývá, že 26 dívek (36,62%) si nejčastěji obstarává alkohol od kamarádů, naopak 28 chlapců (41,79%) si alkohol kupuje v obchodě. Přes on-line objednávku si více objednávají dívky (16,91%), zatímco z rodinných zásob si obstarávají alkohol více chlapci (19,40%).

## Otázka č. 8 Kde alkohol nejčastěji konzumuješ?

Tabulka č. 8

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
doma	2	2,82	4	5,97	6	4,35
v hospodě/restauraci	7	9,86	11	16,42	18	13,04
u kamarádů/přátel	9	12,68	7	10,45	16	11,59
na diskotéce	22	30,99	14	20,90	36	26,09
někde venku	15	21,13	17	25,37	32	23,19
nikde (nepiji alkohol)	16	22,54	14	20,90	30	21,74

Graf č. 8 Kde alkohol nejčastěji konzumuješ?



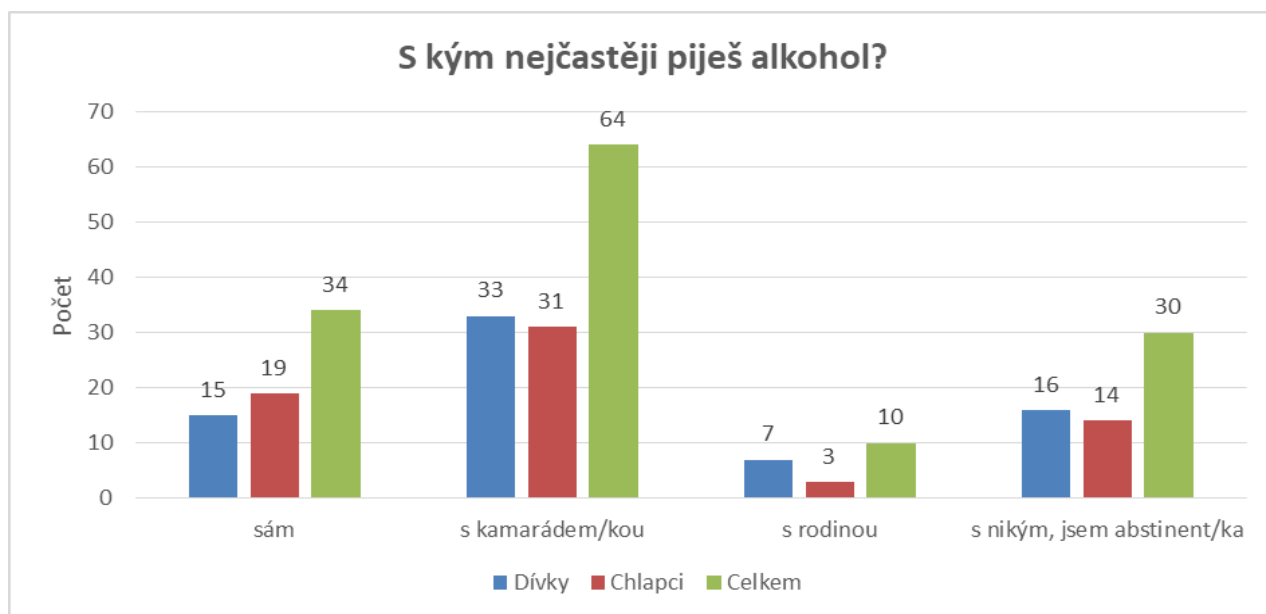
Na tuto otázku, kde respondenti alkohol nejčastěji konzumují, odpovědělo 17 chlapců (25,37%), že někde venku, naproti tomu 22 dívek (30,99%) alkohol nejčastěji konzumuje na diskotéce. V hospodě/restauraci pak nejčastěji alkohol konzumuje 7 dívek (9,86%) a 11 chlapců (16,42%), u kamarádů alkohol konzumuje 9 dívek (12,68%) a 7 chlapců (10,45%) a doma alkohol konzumují pouze 2 dívky (2,82%) a 4 chlapci (5,97%).

## Otázka č. 9 S kým nejčastěji piješ alkohol?

Tabulka č. 9

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
sám	15	21,13	19	28,36	34	24,64
s kamarádem/kou	33	46,48	31	46,27	64	46,38
s rodinou	7	9,86	3	4,48	10	7,25
s nikým, jsem abstinent/ka	16	22,54	14	20,90	30	21,74

Graf č. 9 S kým nejčastěji piješ alkohol?



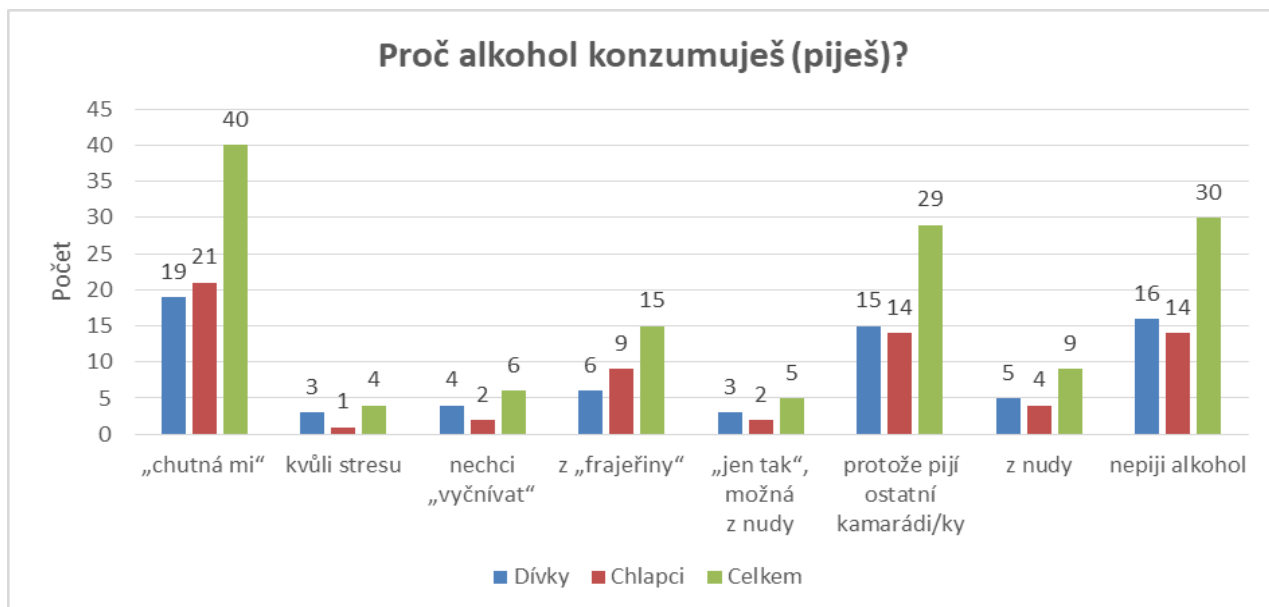
Z grafu je názorně vidět, že nejčastěji pije alkohol 33 dívek (46,48%) a 31 chlapců (46,27%) s kamarádem/kou. Na druhém místě pak respondenti pijí alkohol sami. U dívek je to 21,13% a u chlapců 28,36%. Nejméně pak alkohol konzumují dívky (9,86%) i chlapci (4,48%) s rodinou.

## Otázka č. 10 Proč alkohol konzumuješ (piješ)?

Tabulka č. 10

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
„chutná mi“	19	26,76	21	31,34	40	28,99
kvůli stresu	3	4,23	1	1,49	4	2,90
nechci „vyčnít“	4	5,63	2	2,99	6	4,35
z „frajeřiny“	6	8,45	9	13,43	15	10,87
„jen tak“, možná z nudy	3	4,23	2	2,99	5	3,62
protože pijí ostatní kamarádi/ky	15	21,13	14	20,90	29	21,01
z nudy	5	7,04	4	5,97	9	6,52
nepijí alkohol	16	22,54	14	20,90	30	21,74

Graf č. 10 Proč alkohol konzumuješ (piješ)?



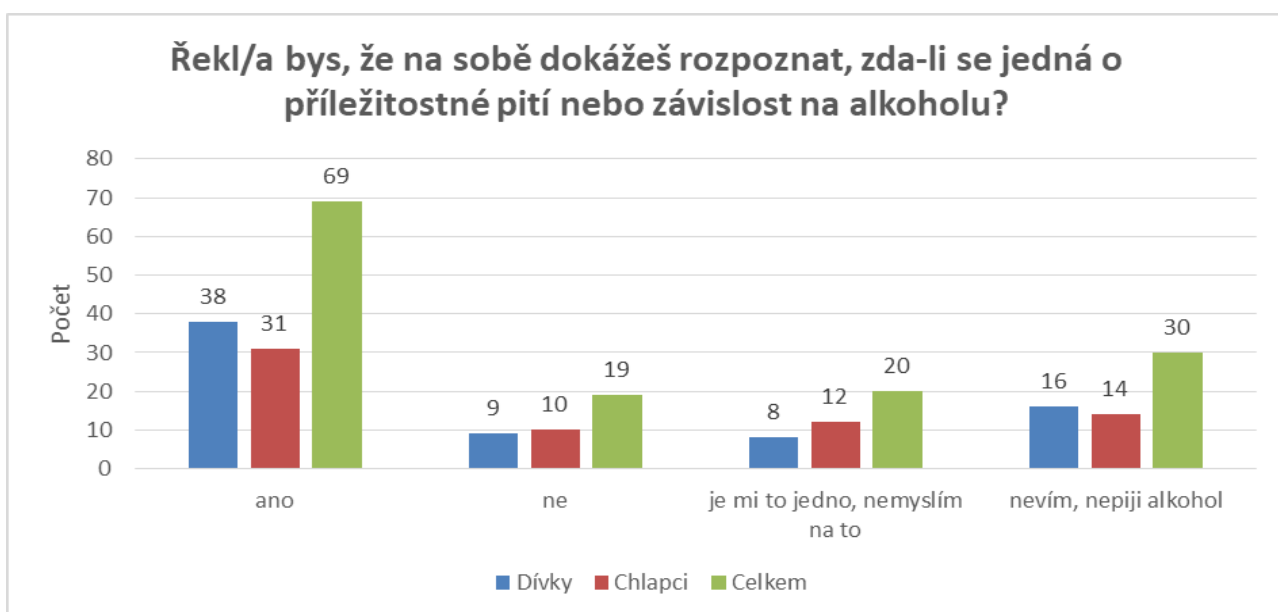
Z odpovědí vyplývá, že nejčastějším motivem, proč studenti konzumují alkohol, je fakt, že jim alkohol „chutná“. U chlapců je to 31,34%, u dívek pak 26,76%. Dalším nejčastějším motivem, proč respondenti konzumují alkohol, je to, že pijí ostatní kamarádi/ky. Celkem tedy 29 studentů (21,01%). Kvůli stresu pak konzumuje alkohol 4,23% dívek a 1,49% chlapců. Velmi podobně jsou na tom odpovědi, že studenti nechtějí „vyčnít“, a že pijí „jen tak“, možná z nudy. Celkem 4,35% (nechci „vyčnít“) a 3,62% („jen tak“, možná z nudy). O něco více pak studentů (celkem 10,87%) konzumuje alkohol z „frajeřiny“.

**Otázka č. 11 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda se jedná o příležitostné pití nebo závislost na alkoholu?**

**Tabulka č. 11**

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
ano	38	53,52	31	46,27	69	50,00
ne	9	12,68	10	14,93	19	13,77
je mi to jedno, nemyslím na to	8	11,27	12	17,91	20	14,49
nevím, nepiji alkohol	16	22,54	14	20,90	30	21,74

**Graf č. 11 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda-li se jedná o příležitostné pití nebo závislost na alkoholu?**



Z grafu je patrné, že 38 dívek (53,52%) a 31 chlapců (46,27%) se domnívá, že dokáže jednoznačně rozpoznat hranici mezi příležitostným pitím a závislostí na alkoholu. Pouze 8 dívkám (11,27%) a 12 chlapcům (17,91%) je to jedno, neboť na to nemyslí. Zato 9 dívek (12,68%) a 10 chlapců (14,93%) odpovědělo, že nedokáží rozpoznat hranici mezi příležitostným pitím a závislostí na alkoholu.

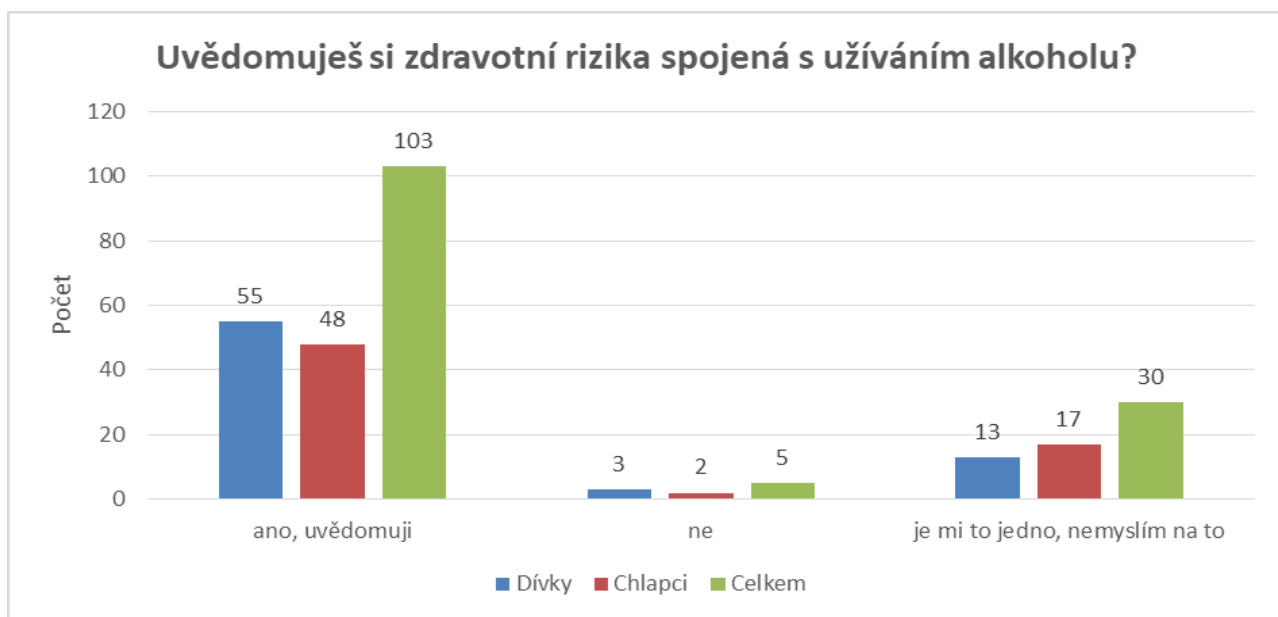


## Otázka č. 12 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu?

Tabulka č. 12

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
ano, uvědomuji	55	77,46	48	71,64	103	74,64
ne	3	4,23	2	2,99	5	3,62
je mi to jedno, nemyslím na to	13	18,31	17	25,37	30	21,74

Graf č. 12 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu?



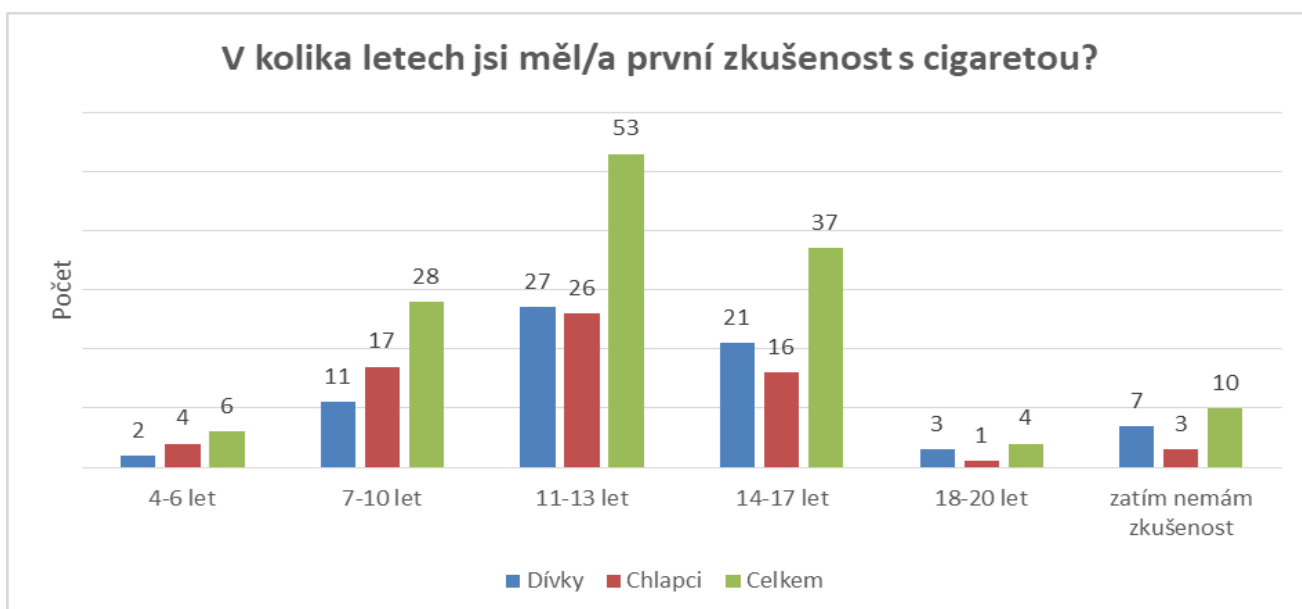
Z odpovědí vyplývá, že 55 dívek (77,46%) a 48 chlapců (71,64%) si uvědomují zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu. 18,31% dívek a 25,37% chlapců na to nemyslí, je jim to jedno a 4,23% dívek a 2,99% chlapců si neuvědomují zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu.

### Otázka č. 13 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s cigaretou?

Tabulka č. 13

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
4-6 let	2	2,82	4	5,97	6	4,35
7-10 let	11	15,49	17	25,37	28	20,29
11-13 let	27	38,03	26	38,81	53	38,41
14-17 let	21	29,58	16	23,88	37	26,81
18-20 let	3	4,23	1	1,49	4	2,90
zatím nemám zkušenost	7	9,86	3	4,48	10	7,25

Graf č. 13 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s cigaretou?



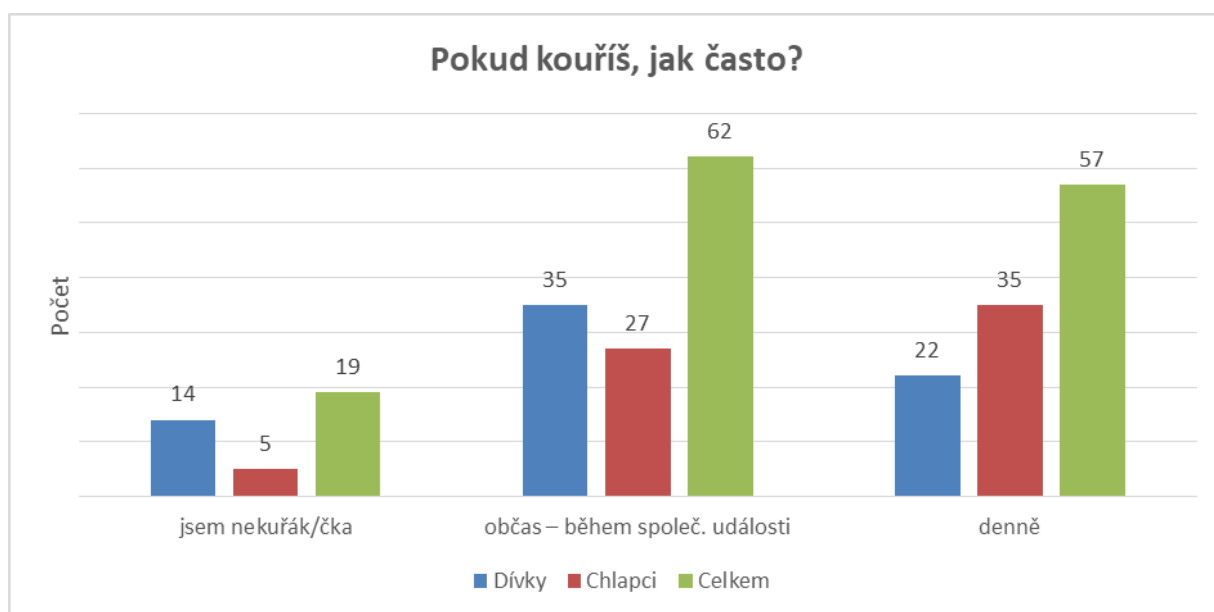
Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů (dívek i chlapců) mělo první zkušenost s cigaretou ve věku 11 až 13 let. Téměř vyrovnané číslo je pak u chlapců mezi 14 až 17 lety a mezi 7 až 10 lety. Poměrně vysoké % je u dívek mezi 14 až 17 lety. Celkem 29,58%. Zarážející je fakt, že respondenti mezi 4 až 6 lety měli již první zkušenost s cigaretou (platí ale totéž, co u alkoholu, zda jde o spolehlivou odpověď). U dívek to bylo 2,82% a u chlapců 5,97%. Zato mezi 18 až 20 lety je poměrně zanedbatelné %, kdy měli respondenti poprvé zkušenost s cigaretou. U dívek (4,23%) a u chlapců (1,49%). 7 dívek (9,86%) a 3 chlapci (4,48%) zatím nemají zkušenost s kouřením.

### Otázka č. 14 Pokud kouříš, jak často?

Tabulka č. 14

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
jsem nekuřák/čka	14	19,72	5	7,46	19	13,77
občas – během společ. události	35	49,30	27	40,30	62	44,93
denně	22	30,99	35	52,24	57	41,30

Graf č. 14 Pokud kouříš, jak často?



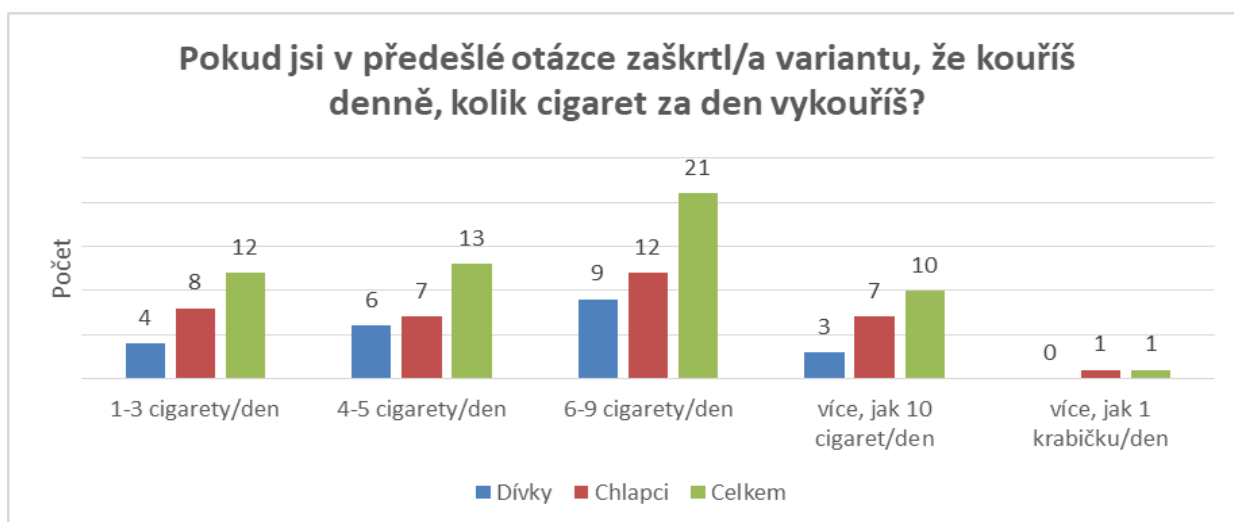
Z odpovědí studentů vyplývá, že nejvíce studentů (62, což činí 44,93%) kouří občas, tzv. během společenské události. 57 studentů, což je 41,30% kouří denně a pouze 14 dívek (19,72%) a 5 chlapců (7,46%) je nekuřáků. Lze konstatovat, že podíl deklarovaných (uvedených) kuřáků je u tohoto vzorku respondentů znepokojivě vysoký.

**Otázka č. 15 Pokud jsi v předešlé otázce zaškrtl/a variantu, že kouříš denně, kolik cigaret za den vykouříš?**

**Tabulka č. 15**

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
1 – 3 cigarety/den	4	18,18	8	22,86	12	21,05
4 – 5 cigaret/den	6	27,27	7	20,00	13	22,81
6 – 9 cigaret/den	9	40,91	12	34,29	21	36,84
více, jak 10 cigaret/den	3	13,64	7	20,00	10	17,54
více, jak 1 krabičku/den	0	0,00	1	2,86	1	1,75

**Graf č. 15 Pokud jsi v předešlé otázce zaškrtl/a variantu, že kouříš denně, kolik cigaret za den vykouříš?**



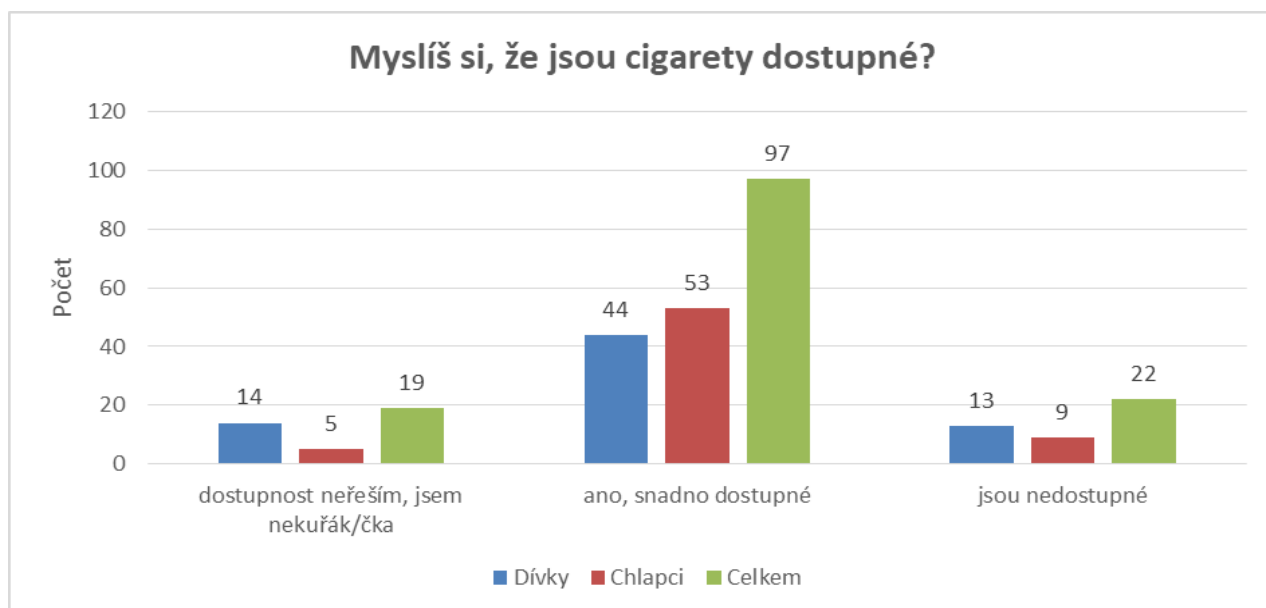
V této otázce odpovědělo 21 respondentů, což je 36,84%, že kouří 6 až 9 cigaret za den, 12 studentů (21,05%) kouří 1 až 3 cigarety za den, 13 studentů (22,81%) kouří 4 až 5 cigaret za den, a 10 respondentů (17,54%) odpovědělo, že kouří více, jak 10 cigaret za den. Pouze 1 student (1,75%) odpověděl, že vykouří více, jak 1 krabičku za den.

### Otázka č. 16 Myslíš si, že jsou cigarety dostupné?

Tabulka č. 16

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
dostupnost neřeším, jsem nekuřák/čka	14	19,72	5	7,46	19	13,77
ano, snadno dostupné	44	61,97	53	79,10	97	70,29
jsou nedostupné	13	18,31	9	13,43	22	15,94

Graf č. 16 Myslíš si, že jsou cigarety dostupné?



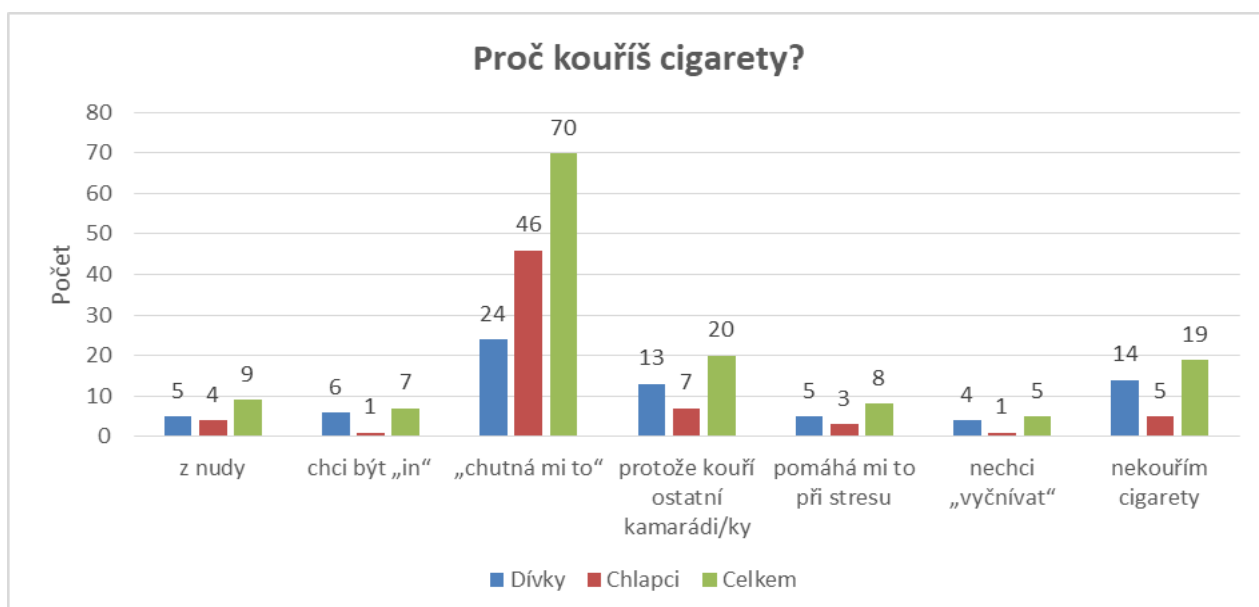
Z odpovědí je patrné, že jsou cigarety pro respondenty snadno dostupné (celkem 97 respondentů (70,29%)), což je opět velmi znepokojující vzhledem k zákazu prodeje a podávání tabákových výrobků nezletilým osobám. Naopak 13 dívek (18,31%) a 9 chlapců (13,43%) udává, že jsou pro ně cigarety nedostupné. 14 dívek (19,72%) a 5 chlapců (7,46%) dostupnost cigaret neřeší, neboť jsou to nekuřáci. Náзор o snadné dostupnosti cigaret je významný, podobně jako u analogické položky vztahující se k dostupnosti alkoholu.

## Otázka č. 17 Proč kouříš cigarety?

Tabulka č. 17

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
z nudy	5	7,04	4	5,97	9	6,52
chci být „in“	6	8,45	1	1,49	7	5,07
„chutná mi to“	24	33,80	46	68,66	70	50,72
protože kouří ostatní kamarádi/ky	13	18,31	7	10,45	20	14,49
pomáhá mi to při stresu	5	7,04	3	4,48	8	5,80
nechci „vyčnít“	4	5,63	1	1,49	5	3,62
nekouřím cigarety	14	19,72	5	7,46	19	13,77

Graf č. 17 Proč kouříš cigarety?



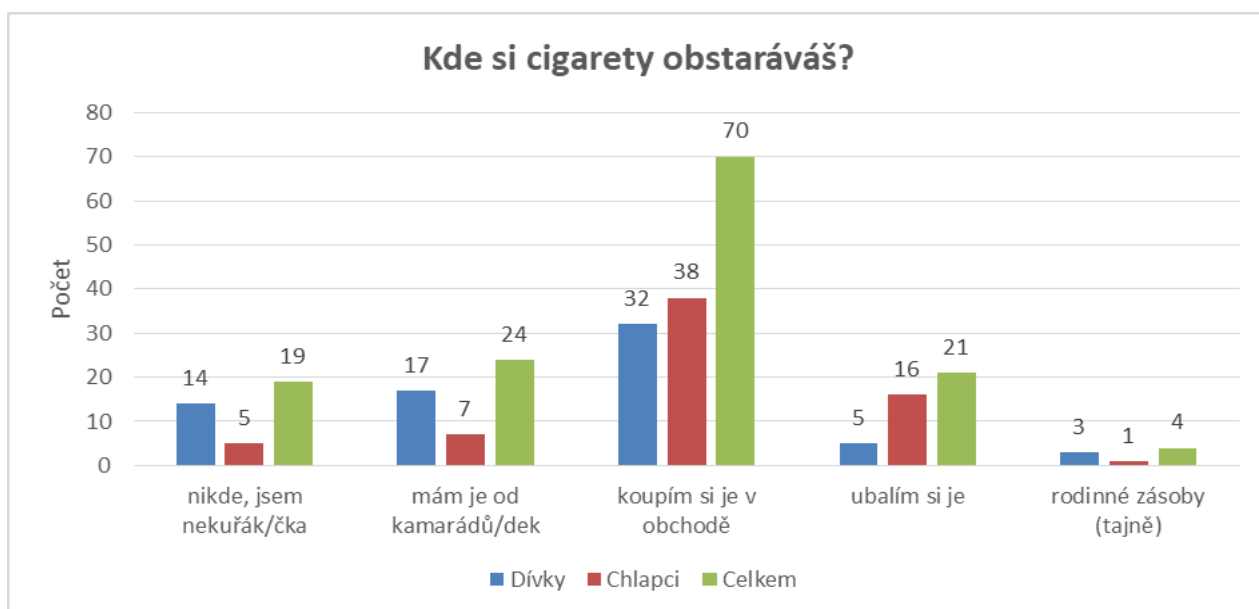
Z grafu vyplývá, že nejčastějším motivem, proč studenti kouří cigarety, je fakt, že jim cigarety „chutnají“. U chlapců je to 68,66%, u dívek pak 33,80%. Dalším nejčastějším motivem, proč respondenti kouří cigarety, je to, že kouří ostatní kamarádi/ky. Celkem tedy 20 studentů (14,49%). Při stresu pak 7,04% dívek a 4,48% chlapců kouří cigarety. Velmi podobně jsou na tom odpovědi, že studenti nechtějí „vyčnít“, a že chtějí být „in“. Celkem 3,62% (nechci „vyčnít“) a 5,07% (chci být „in“). O něco málo více pak studentů (celkem 6,52%) kouří cigarety z nudy.

## Otázka č. 18 Kde si cigarety obstaráváš?

Tabulka č. 18

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
nikde, jsem nekuřák/čka	14	19,72	5	7,46	19	13,77
mám je od kamarádů/dek	17	23,94	7	10,45	24	17,39
koupím si je v obchodě	32	45,07	38	56,72	70	50,72
ubalím si je	5	7,04	16	23,88	21	15,22
rodinné zásoby (tajně)	3	4,23	1	1,49	4	2,90

Graf č. 18 Kde si cigarety obstaráváš?



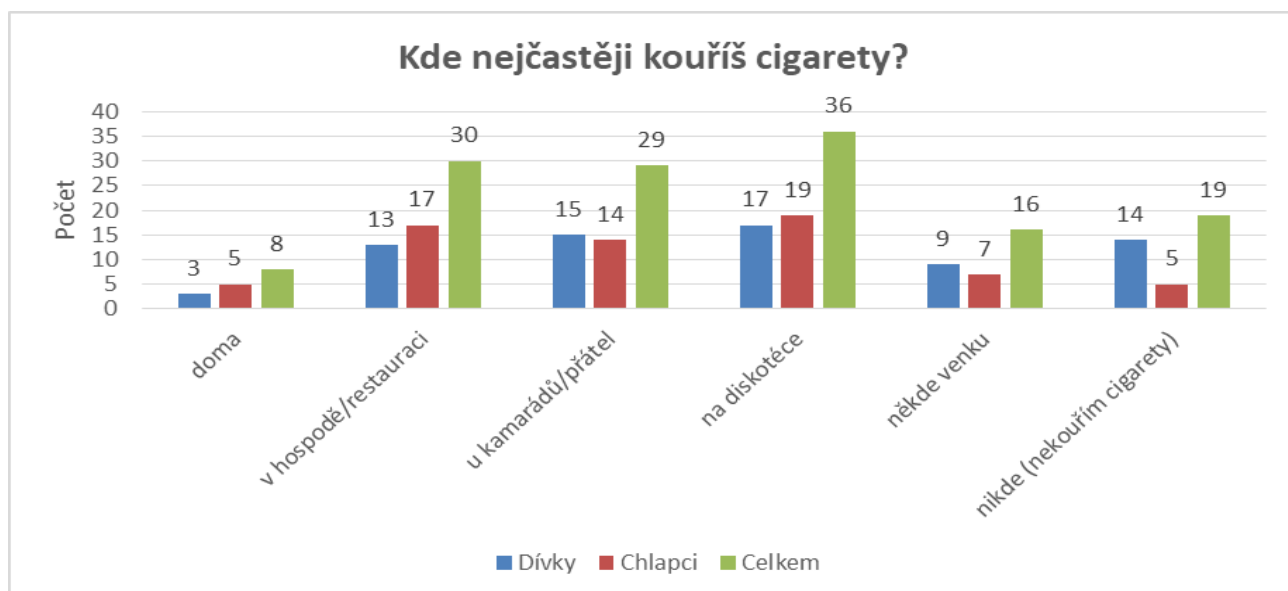
Z grafu vidíme, že 32 dívek (45,07%) a 38 chlapců (56,72%) si nejčastěji cigarety kupuje v obchodě. Od kamarádů/dek si cigarety obstarává 17 dívek (23,94%) a jen 7 chlapců (10,45%), naopak 16 chlapců (23,88%) si cigarety ubalí samo. Dívky pouze 5 (7,04%). Z rodinných zásob (tajně) si obstarává cigarety pouze 2,90% všech dotázaných.

## Otázka č. 19 Kde nejčastěji kouříš cigarety?

Tabulka č. 19

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
doma	3	4,23	5	7,46	8	5,80
v hospodě/restauraci	13	18,31	17	25,37	30	21,74
u kamarádů/přátel	15	21,13	14	20,90	29	21,01
na diskotéce	17	23,94	19	28,36	36	26,09
někde venku	9	12,68	7	10,45	16	11,59
nikde (nekouřím cigarety)	14	19,72	5	7,46	19	13,77

Graf č. 19 Kde nejčastěji kouříš cigarety?



Na tuto otázku, kde respondenti nejčastěji kouří cigarety, odpovědělo 19 chlapců (28,36%) a 17 dívek (23,94%), že na diskotéce. Naproti tomu velmi malé % dotázaných kouří cigarety někde venku. Celkem 11,59%. V hospodě/restauraci pak nejčastěji kouří 13 dívek (18,31%) a 17 chlapců (25,37%), u kamarádů/přátel kouří cigarety 15 dívek (21,13%) a 14 chlapců (20,90%) a doma kouří cigarety pouze 3 dívky (4,23%) a 5 chlapců (7,46%).

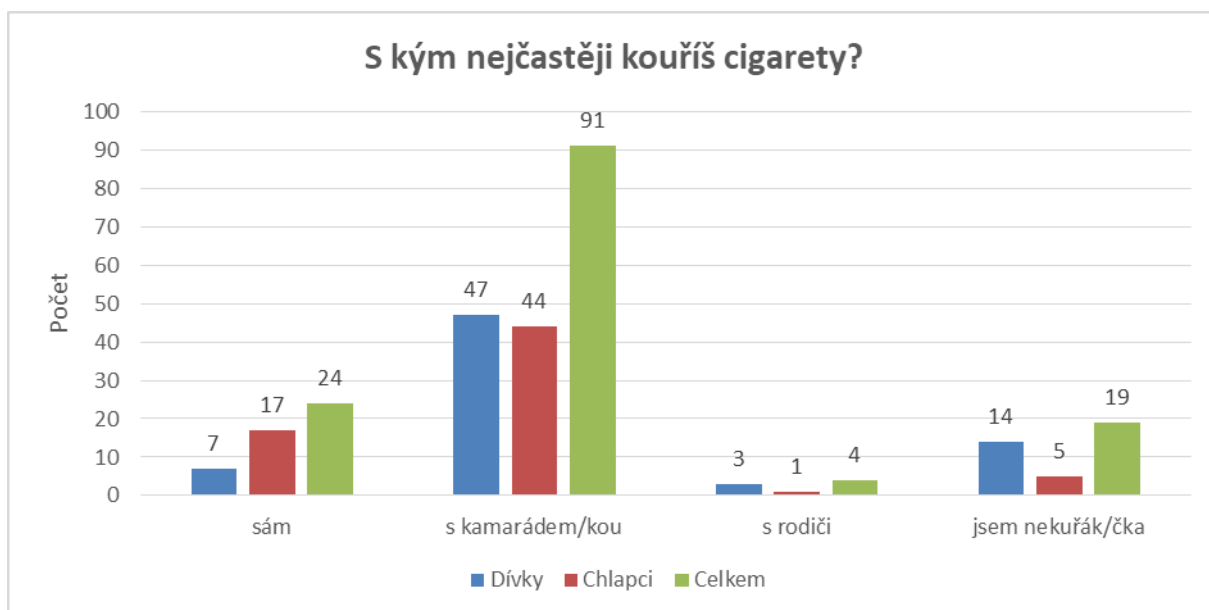


## Otázka č. 20 S kým nejčastěji kouříš cigarety?

Tabulka č. 20

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
sám	7	9,86	17	25,37	24	17,39
s kamarádem/kou	47	66,20	44	65,67	91	65,94
s rodiči	3	4,23	1	1,49	4	2,90
jsem nekuřák/čka	14	19,72	5	7,46	19	13,77

Graf č. 20 S kým nejčastěji kouříš cigarety?



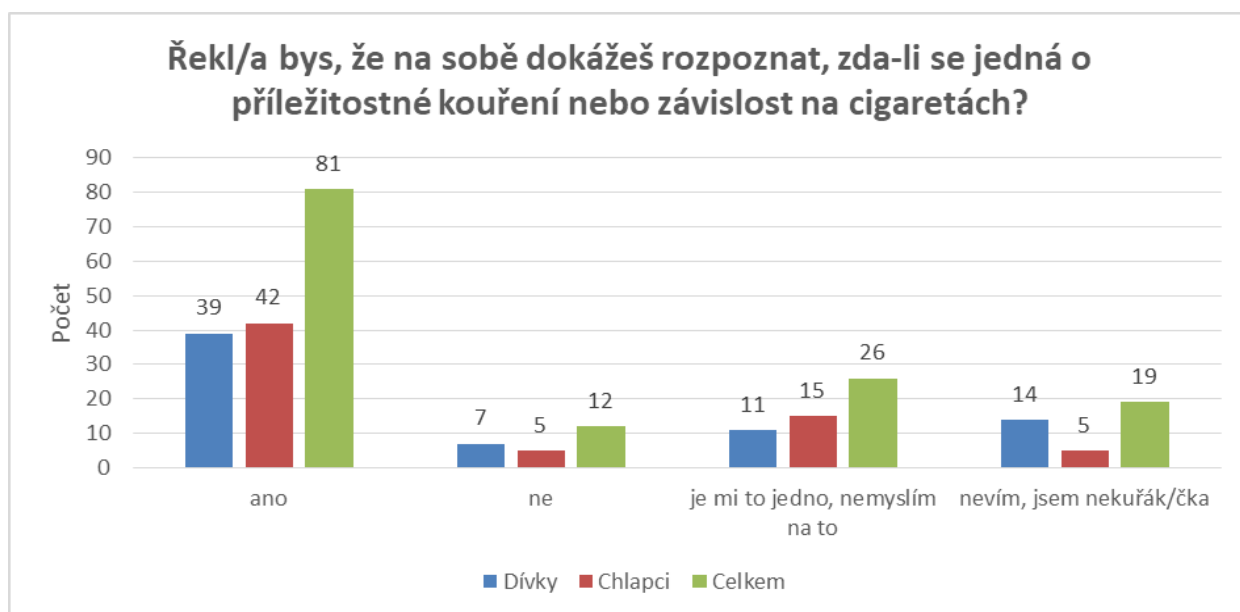
Z grafu vidíme, že nejčastěji kouří cigarety 47 dívek (66,20%) a 44 chlapců (65,67%) s kamarádem/kou. Na druhém místě pak respondenti kouří sami. U dívek je to 9,86% a u chlapců 25,37%. Nejméně kouří cigarety dívky (4,23%) i chlapci (1,49%) s rodinou.

**Otázka č. 21 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda se jedná o příležitostné kouření nebo závislost na cigaretách?**

**Tabulka č. 21**

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
ano	39	54,93	42	62,69	81	58,70
ne	7	9,86	5	7,46	12	8,70
je mi to jedno, nemyslím na to	11	15,49	15	22,39	26	18,84
nevím, jsem nekuřák/čka	14	19,72	5	7,46	19	13,77

**Graf č. 21 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda-li se jedná o příležitostné kouření nebo závislost na cigaretách?**



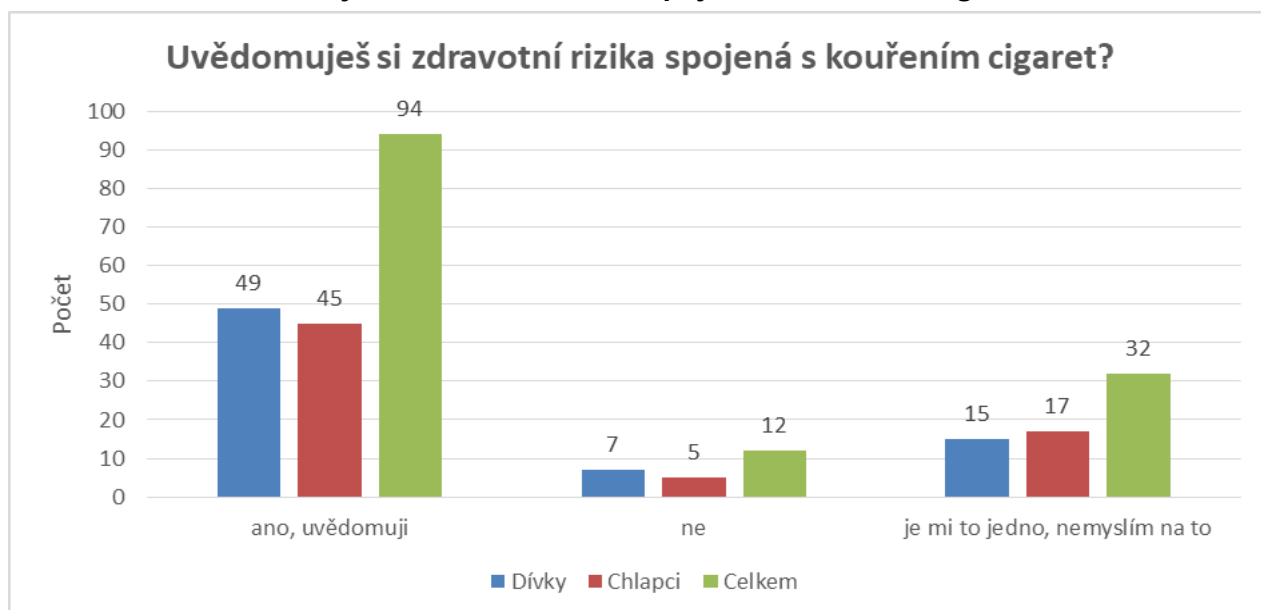
Z odpovědí je patrné, že 39 dívek (54,93%) a 42 chlapců (62,69%) dokáže jednoznačně rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí na cigaretách. Pouze 11 dívkám (15,49%) a 15 chlapcům (22,39%) je to jedno, neboť na to nemyslí. Zato 7 dívek (9,86%) a 5 chlapců (7,46%) odpovědělo, že nedokáží rozpoznat hranici mezi příležitostným kouřením a závislostí na cigaretách.

## Otázka č. 22 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret?

Tabulka č. 22

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
ano, uvědomuji	49	69,01	45	67,16	94	68,12
ne	7	9,86	5	7,46	12	8,70
je mi to jedno, nemyslím na to	15	21,13	17	25,37	32	23,19

Graf č. 22 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret?



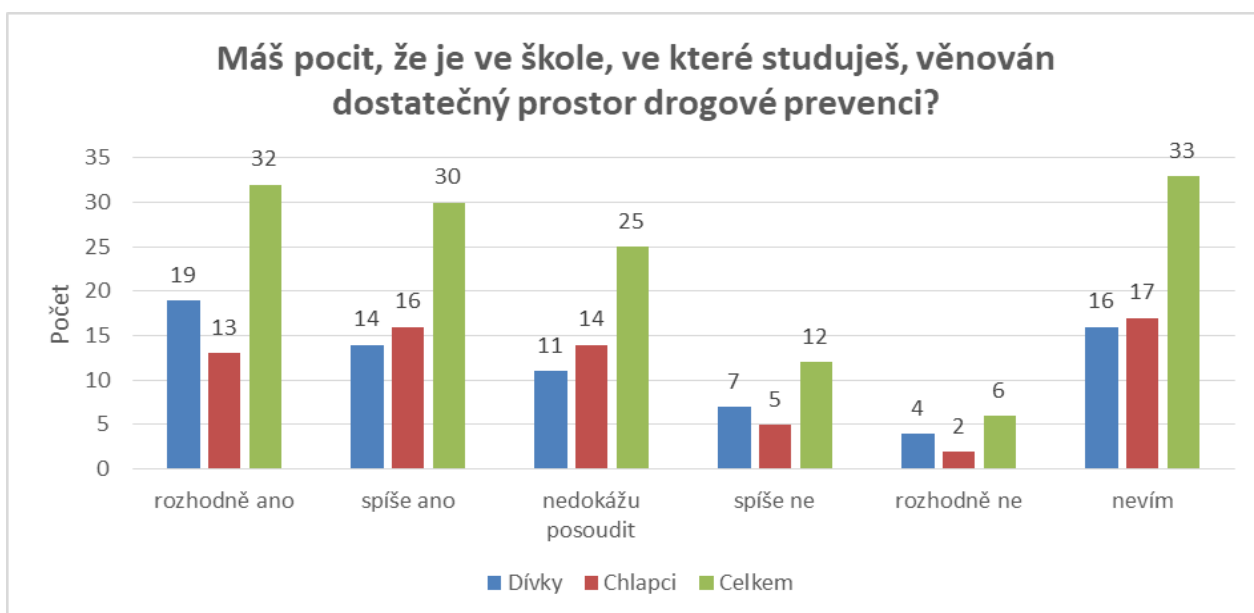
Z daných odpovědí vyplývá, že 49 dívek (69,01%) a 45 chlapců (67,16%) si uvědomují zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret. 21,13% dívek a 25,37% chlapců na to nemyslí, neboť je jim to jedno a 9,86% dívek a 7,46% chlapců si neuvědomují zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret.

**Otázka č. 23 Máš pocit, že je ve škole, ve které studuješ, věnován dostatečný prostor drogové prevenci?**

**Tabulka č. 23**

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
rozhodně ano	19	26,76	13	19,40	32	23,19
spíše ano	14	19,72	16	23,88	30	21,74
nedokážu posoudit	11	15,49	14	20,90	25	18,12
spíše ne	7	9,86	5	7,46	12	8,70
rozhodně ne	4	5,63	2	2,99	6	4,35
nevím	16	22,54	17	25,37	33	23,91

**Graf č. 23 Máš pocit, že je ve škole, ve které studuješ, věnován dostatečný prostor drogové prevenci?**



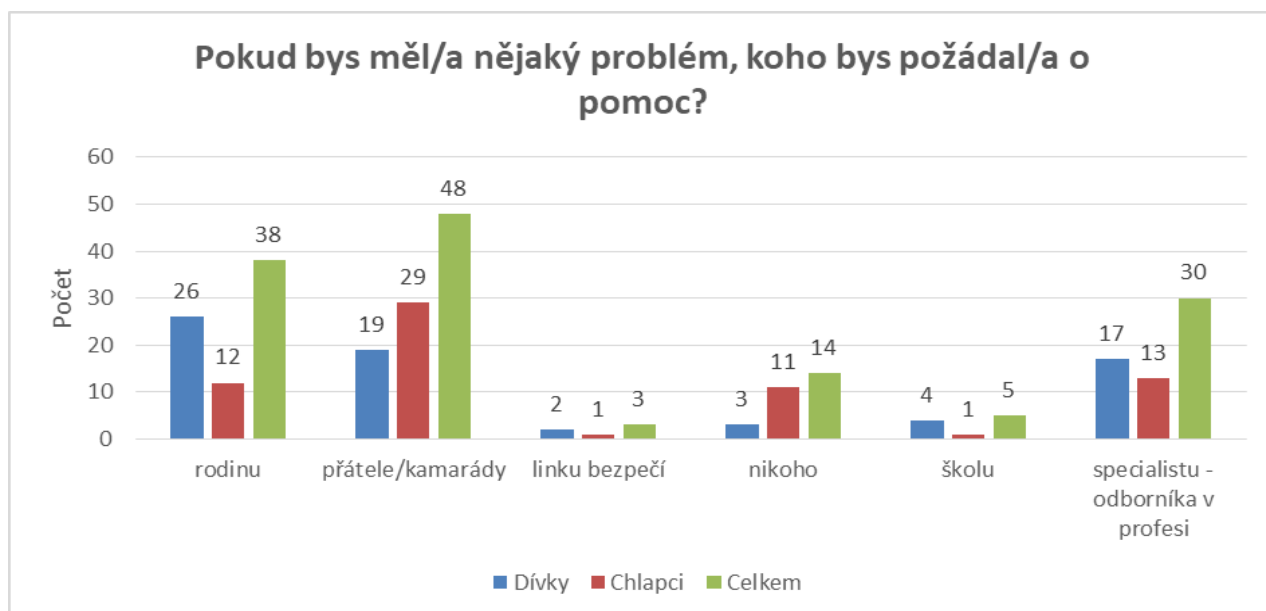
Zde jsem se zajímala o to, zda mají studenti pocit, že je v jejich škole věnován dostatečný prostor drogové prevenci. 4,35% všech dotazovaných studentů má pocit, že rozhodně není věnován dostatečný prostor drogové prevenci a 8,70% respondentů odpovědělo, že spíše není věnován dostatečný prostor drogové prevenci. 18,12% studentů nedokáže danou otázku posoudit a 23,91% dotazovaných zvolilo neutrální odpověď. 23,19% respondentů se domnívá, že je rozhodně v jejich škole věnován dostatečný prostor drogové prevenci. Kladně odpovědělo i 21,74% všech dotazovaných studentů, kteří si myslí, že je spíše věnován dostatečný prostor drogové prevenci v jejich školách.

**Otázka č. 24 Pokud bys měl/a nějaký problém, koho bys požádal/a o pomoc?**

**Tabulka č. 24**

	<b>Dívky</b>	<b>%</b>	<b>Chlapci</b>	<b>%</b>	<b>Celkem</b>	<b>Celkem %</b>
rodinu	26	36,62	12	17,91	38	27,54
přátele/kamarády	19	26,76	29	43,28	48	34,78
linku bezpečí	2	2,82	1	1,49	3	2,17
nikoho	3	4,23	11	16,42	14	10,14
školu	4	5,63	1	1,49	5	3,62
specialistu - odborníka v profesi	17	23,94	13	19,40	30	21,74

**Graf č. 24 Pokud bys měl/a nějaký problém, koho bys požádal/a o pomoc?**



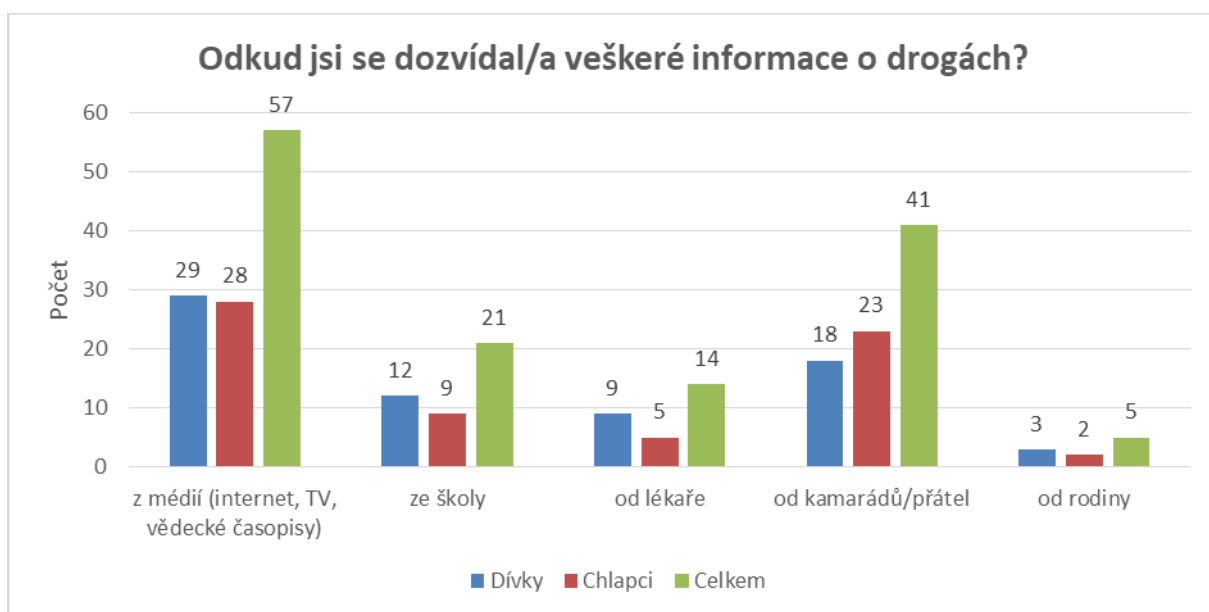
V této otázce by 26 dívek (36,62%), pokud by měly nějaký problém, požádalo o pomoc rodinu. Zato 29 chlapců (43,28%) by raději požádalo o pomoc své přátele/kamarády. 21,74% všech dotazovaných studentů by požádalo o pomoc specialistu – odborníka v profesi. Procentuálně nejméně dostaly škola (3,62% všech dotazovaných respondentů) a linka bezpečí (2,17% všech dotazovaných respondentů).

### Otázka č. 25 Odkud jsi se dozvídal/a veškeré informace o drogách?

Tabulka č. 25

	Dívky	%	Chlapci	%	Celkem	Celkem %
z médií (internet, TV, vědecké časopisy)	29	40,85	28	41,79	57	41,30
ze školy	12	16,90	9	13,43	21	15,22
od lékaře	9	12,68	5	7,46	14	10,14
od kamarádů/přátel	18	25,35	23	34,33	41	29,71
od rodiny	3	4,23	2	2,99	5	3,62

Graf č. 25 Odkud jsi se dozvídal/a veškeré informace o drogách?



V této otázce odpovědělo 28 chlapců (41,79%) a 29 dívek (40,85%), že se veškeré informace o drogách dozvěděli z médií (internet, TV, vědecké časopisy). 18 dívek (25,35%) a 23 chlapců (34,33%) se veškeré informace dozvěděli od kamarádů/přátel. Informace o drogách získané ze školy zaujímají celkem 15,22%, informace získané od lékaře pak činí celkem 10,14%. Nejméně informací o drogách získali studenti od rodiny (3,62%). Z výsledků je patrné, že dotazovaní respondenti mají informace o drogách.

## 8 ZÁVĚR A VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Na začátku výzkumu jsem si stanovila cíle, výzkumné otázky a hypotézy, a následně jsem v další fázi sestavila dotazník o 25 uzavřených položkách. Cílem bylo zjistit, jaké postoje zaujímají vůči legálním drogám studenti střední odborné školy. **Jednou z hypotéz byl předpoklad**, že většina dotazovaných žáků užívá alkohol nejméně 1x měsíčně. Po vyhodnocení dotazníkového šetření bylo prokázáno, že opravdu většina dotázaných studentů užije alkohol nejméně 1x do měsíce, neboť 31 dívek (43,66%) a 23 chlapců (34,33%) nejčastěji konzumují alkohol 1x-2x za měsíc. 15 dívek (21,13%) a 17 chlapců (25,37%) konzumuje alkohol občas (1x-2x za týden) a denně pak alkohol konzumuje 9 dívek (12,68%) a 13 chlapců (19,40%). Abstinentsů je z celkového počtu dotazovaných respondentů 16 dívek (22,54%) a 14 chlapců (20,90%). Z výsledků šetření vyplývá, že **hypotéza č. 1 se potvrdila**.

**Hypotéza č. 2** se vztahovala ke kouření cigaret: více než 20% dotazovaných žáků kouří alespoň 5 cigaret denně, nejméně 5 cigaret za den kouří více než 20 % dotázaných, 21 respondentů odpovědělo (36,84%), že kouří 6 až 9 cigaret za den, 12 studentů (21,05%) kouří 1 až 3 cigarety za den, 13 studentů (22,81%), 4 až 5 cigaret za den, a 10 respondentů (17,54%) odpovědělo, že kouří více, jak 10 cigaret za den. Jeden student (1,75%) odpověděl, že vykouří více než 1 krabičku za den. **Hypotéza č. 2 se potvrdila**.

**Hypotéza č. 3:** Většina dotazovaných žáků považuje alkohol a cigarety za snadno dostupné. I zde byl předpoklad potvrzen, a to odpověďmi na položky č. 6 a č. 16. Z odpovědí na otázku č. 6 vyplývá, že je pro respondenty alkohol snadno dostupný u celkem **91 respondentů** (65,94%), což je znepokojující vzhledem k zákazu prodeje a podávání alkoholických nápojů nezletilým osobám. Jen 8 dívek (11,27%) a 9 chlapců (13,43%) udává, že je pro ně alkohol nedostupný. 16 dívek (22,54%) a 14 chlapců (20,90%) dostupnost alkoholu neřeší, neboť jsou abstinenti. U otázky č. 16 je patrné, že jsou i cigarety pro respondenty snadno dostupné (celkem **97 respondentů** (70,29%)), což je opět velmi znepokojující vzhledem k zákazu prodeje a podávání tabákových výrobků nezletilým osobám. Jen 13 dívek (18,31%) a 9 chlapců (13,43%) udává, že jsou pro ně cigarety nedostupné. 14 dívek (19,72%) a 5 chlapců (7,46%) dostupnost cigaret neřeší, neboť jsou to nekuřáci. **Hypotéza č. 3 se potvrdila**.

**Hypotéza č. 4:** Nejčastějším motivem ke kouření a pití alkoholu je vliv kamarádů a to, že dotazovaným žákům „chutnají“. Z dotazníkového šetření vyplývá (položky č. 10 a č. 17), že nejčastějším motivem, proč studenti konzumují alkohol, je fakt, že jim alkohol „chutná“.

U chlapců je to 31,34%, u dívek pak 26,76%. Dohromady takto odpovědělo 28,99% z celkového počtu dotázaných respondentů. Dalším motivem, proč respondenti konzumují alkohol, je to, že pijí ostatní kamarádi/ky, tedy sociální nápodoba. Jde o 29 studentů (21,01%). Stresem vysvětluje konzumaci alkoholu 4,23% dívek a 1,49% chlapců. Další odpovědí bylo, že studenti nechtějí „vyčnít“, případně, že pijí „jen tak“, možná z nudy. Celkem 4,35% a 3,62%. O něco více pak studentů (10,87%) konzumuje alkohol z „frajeřiny“. I z této odpovědi vyplývá (otázka č. 17), že nejčastějším motivem, proč studenti kouří cigarety, je fakt, že jim cigarety „chutnají“. U chlapců je to 68,66%, u dívek pak 33,80%. Dohromady to činí 50,72% z celkového počtu dotázaných respondentů. Jako reakci na stres vysvětlilo kouření 7,04% dívek a 4,48% chlapců. Velmi podobně jsou na tom odpovědi, že studenti nechtějí „vyčnít“, a že chtějí být „in“. Celkem 3,62% a 5,07%. O něco málo více studentů (6,52%) kouří cigarety z nudy. **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**

**Hypotéza č. 5:** Většina dotazovaných žáků si uvědomuje zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu a cigaret. Tuto hypotézu potvrdila většina dotazovaných - z odpovědí na otázku č. 12 vyplývá, že 55 dívek (77,46%) a 48 chlapců (71,64%) si uvědomuje zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu, **74,64%** z celkového počtu dotázaných. 18,31% dívek a 25,37% chlapců na to nemyslí, je jim to jedno a 4,23% dívek a 2,99% chlapců si neuvědomují zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu. **Hypotéza č. 5 se potvrdila.**



## 9 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků výzkumné sondy vyplývá, že většina dotazovaných respondentů ze střední odborné školy již přišla do kontaktu s legálními drogami a řada z nich s nimi přichází do styku opakovaně. Některé studenty lze např. považovat za středně silné a silné kuřáky.

Výsledky empirického šetření byly předány učitelům a vedení školy, jež o ně projevilo zájem. Při následné diskusi s výchovným poradcem jsem navrhla opatření, jak studentům zprostředkovat relevantní informace, jež by potenciálně mohly mít vliv na změnu postojů vůči konzumaci legálních drog. Vedle přednášek a workshopů s odborníky na tuto problematiku (např. z pedagogicko-psychologických poraden, poraden pro odvykání kouření či alkoholu), videí a prezentací na dané téma považuji za přínosné případné setkání s vrstevníky, kteří již prošli např. odvykací léčbou a také působení na rodiče, kteří mohou usus dětí ovlivnit např. tím, že alespoň před nimi omezí kouření a pití. Za vhodnou, i když nejspíše obtížně realizovatelnou, by byla exkurze na tzv. „záchytkách“ nebo dalších odvykacích zařízeních, kdy bezprostřední kontakt s jejich klienty by mnohé mladé lidi od konzumace drog odradil.

Jako další využití výsledků mého dotazníkového šetření jsem vedení školy navrhla jeho plošnou distribuci všem studentům školy prostřednictvím e-mailu.

## 10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Doležal, Martin. 2012.** *Perspektivy ve skupině návykových látek.* Solen. [Online] 2012. [Citace: 7. 3. 2020.] 2012. [Online] <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2012/04/06.pdf>.
- Dreher, Jan. 2017.** *Psychofarmakologie: stručně, jasně, přehledně.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. ISBN 978-80-2719-723-1.
- EMCDDA. 2012.** Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog. Příklady dobré praxe a využití v členských státech EU. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.* [Online] 2012. [Citace: 28. 3. 2020.] [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/544/Internetove\\_terapeuticke\\_intervence\\_pro\\_uzivatele\\_drog.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/544/Internetove_terapeuticke_intervence_pro_uzivatele_drog.pdf). ISBN 978-80-7440-065-0.
- EMCDDA. 2009.** MO\_ prevence EMCDDA\_ cz.pdf. *Tematické dokumenty.* [Online] MŠMT, 2009. [Citace: 22. 3. 2020.] <http://www.msmt.cz/file/12209?highlightWords=drogov%C3%A1+intervence>.
- Hosák, Ladislav a další. 2015.** *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015. ISBN 978-80-2462-998-8.
- Kalina, Kamil a kolektiv. 2008.** *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-2477-010-9.
- Kalina, Kamil a kolektiv. 2015.** *Klinická adiktologie.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-2479-791-5.
- Kalina, Kamil. 2013.** *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-2474-361-5.
- Kamil, Kalina. 2008.** *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-2477-018-5.
- Kukla, Lubomír a kolektiv. 2016.** *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-2473-8741.
- Lüllmann, Heinz, Mohr, Klaus a Wehling, Martin. 2004.** *Farmakologie a toxikologie: 47 tabulek.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 978-80-2470-836-2.

**Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar a kolektiv. 2016.** *Výchova ke zdraví: 2., aktualizované vydání.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-2710-993-7.

**Marhounová, Jana a Nešpor, Karel. 1995.** *Alkoholici, feťáci a gambleři Společenskovední řada.* Praha: Empatie, 1995. ISBN 978-80-9016-189-4.

**Miovský, Michal a kolektiv. 2008.** *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-2476-765-9.

**Miovský, Michal a další. 2010.** *Primární prevence rizikového chování ve školství. Sdružení SCAN.* [Online] Centrum adiktologie, 1 LF UK, Psychiatrická klinika VFN Praha 2, 2010. [Citace: 16. 1. 2020.] [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1656512](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1656512). ISBN 978-80-87258-47-7.

**Miovský, Michal. (Ed.) 2013.** *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice.* Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, <https://www.adiktologie.cz/koncepce-site-specializovanychadiktologickych-sluzeb-v-ceske-republice>.

**NMSDZ. 2020.** Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti NMSDZ . *info o drogách.* [Online] 2020. [Citace: 24. 2. 2020.] <https://www.drogy-info.cz/nms/o-nas/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-drogy-a-zavislosti/>.

**Nešpor, Karel. 2011.** *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

**Nevšímal, Petr. 2005.** *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: Vznik a vývoj.* Praha: Středočeský kraj; Mnišek pod Brdy: Magdaléna, o.p.s. , 2005. ISBN 978-80-2394-814-1.

**Páleníček, Tomáš. 2005.** *Syntetické drogy nově se vyskytující na ilegální drogové scéně. Psychiatrie pro praxi.* [Online] 7. 5. 2005. [Citace: 1. 4. 2020.] <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2005/05/07.pdf>.

**Patočka, Jiří. 2015.** *Flakka: nová nebezpečná droga. Toxicology.* [Online] 3. 10 2015. [Citace: 17. 3. 2020.] <http://toxicology.cz/modules.php?name=News&file=print&sid=82>.

**Preiss, Marek a Kučerová, Hana. 2006.** *Neuropsychologie v psychiatrii.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-2471-460-8.

**Procházka, Roman a další. 2014.** *Teorie a praxe poradenské psychologie Psyché (Grada)*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-2474-451-3.

**Slabý, Martin. 2017.** *Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-2445-063-6.

**Somošová, Jana. 2004.** *Psychoaktivne látky a najčastejšie komplikácie s ich užívaním. VIA PRACTICA*. [Online] 2004. [Citace: 17. 3. 2020.] [www.meduca.sk](http://www.meduca.sk)  
<http://www.solen.sk/pdf/Somosova.pdf>.

**Svršek, Jiří. 1998.** *Drogová závislost. Konopí*. Časopis Natura. Plus. [Online] 1998. [Citace: 15. 3. 2020.] [www.Natura.baf.cz](http://www.Natura.baf.cz).

**Ševela, Kamil, Ševčík, Pavel a kolektiv. 2011.** *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně - 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-2473-146-9.

**Štefan, Jiří a Mach, Jan. 2005.** *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 978-80-2470-931-4.

**Tyrlíková, Ivana. 2006.** *Marihuana a epilepsie, mýty a fakta. Neurologie pro praxi*. [Online] 11. 6. 2006. [Citace: 21. 3 2020.] <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2012/06/11.pdf>.

**Vališová, Alena a Kasíková, Hana. 2010.** *Pedagogika pro učitele - 2., rozšířené a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-2473-357-9.

**WHO. 2019.** *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-169-4.

<https://www.zsodrypohorska.cz/drogy.pdf>

**Publicistika, aktivismus – Odkazujeme – ČR organizace zabývající se protidrogovou problematikou**. [Online] 10. 1. 2011. [Citace: 21. 3 2020.] <https://magazin-legalizace.cz/85-odkazujeme-cr-organizace-zabyvajici-se-protidrogovou-problematikou>

## 11 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Tabulka č. 1 a Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	48
Tabulka č. 2 a Graf č. 2 Rodina respondenta.....	49
Tabulka č. 3 a Graf č. 3 Věk respondentů.....	50
Tabulka č. 4 a Graf č. 4 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s alkoholem?..	51
Tabulka č. 5 a Graf č. 5 Jak často piješ alkohol?.....	52
Tabulka č. 6 a Graf č. 6 Myslíš si, že je alkohol dostupný?.....	53
Tabulka č. 7 a Graf č. 7 Kde si alkohol obstaráváš?.....	54
Tabulka č. 8 a Graf č. 8 Kde alkohol nejčastěji konzumuješ?.....	55
Tabulka č. 9 a Graf č. 9 S kým nejčastěji piješ alkohol?.....	56
Tabulka č. 10 a Graf č. 10 Proč alkohol konzumuješ (piješ)?.....	57
Tabulka č. 11 a Graf č. 11 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda-li se jedná o příležitostné pití nebo závislost na alkoholu?.....	58
Tabulka č. 12 a Graf č. 12 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu?.....	59
Tabulka č. 13 a Graf č. 13 V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s cigaretou?.. .....	60
Tabulka č. 14 a Graf č. 14 Pokud kouříš, jak často?.....	61
Tabulka č. 15 a Graf č. 15 Pokud jsi v předešlé otázce zaškrtl/a variantu, že kouříš denně, kolik cigaret za den vykouříš?.....	62
Tabulka č. 16 a Graf č. 16 Myslíš si, že jsou cigarety dostupné?.....	63
Tabulka č. 17 a Graf č. 17 Proč kouříš cigarety?.....	64
Tabulka č. 18 a Graf č. 18 Kde si cigarety obstaráváš?.....	65
Tabulka č. 19 a Graf č. 19 Kde nejčastěji kouříš cigarety?.....	66
Tabulka č. 20 a Graf č. 20 S kým nejčastěji kouříš cigarety?.....	67
Tabulka č. 21 a Graf č. 21 Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda se jedná o příležitostné kouření nebo závislost na cigaretách?.....	68
Tabulka č. 22 a Graf č. 22 Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret?.....	69
Tabulka č. 23 a Graf č. 23 Máš pocit, že je ve škole, ve které studuješ, věnován dostatečný prostor drogové prevenci?.....	70

Tabulka č. 24 a Graf č. 24 Pokud bys měl/a nějaký problém, koho bys požádal/a o pomoc?.....	71
Tabulka č. 25 a Graf č. 25 Odkud jsi se dozvídal/a veškeré informace o drogách?.....	72

## 12 SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK

CSc. – kandidát věd

Doc. – docent

HIV (Human Immunodeficiency Virus) – virus lidské imunitní nedostatečnosti

HR (harm reduction) – omezování škod

mj. – mimo jiné

např. - například

PhDr. – doktor filozofie

tzv. – takzvaný, takzvaně

## 13 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník.....	81
Příloha 2: Poster.....	89
Příloha 3: Čestné prohlášení studenta o shodě VŠKP.....	90



## **DOTAZNÍK**

Vážený studente,

touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro zpracování mé bakalářské práce na téma: **Drogová závislost a možnosti psychologické intervence**. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Správné odpovědi zakroužkujte v příslušném řádku u dané otázky. Níže je několik otázek, které bych Vás poprosila vyplnit.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu, vstřícnost a spolupráci.

### **1) Pohlaví respondentů:**

- A) Žena
- B) Muž

### **2) Rodina respondenta**

- a) úplná (rodiče žijí spolu)
- b) neúplná rodina (rodiče jsou rozvedení, žijí odděleně, jeden (oba) z rodičů nežije)

### **3) Věk respondentů**

- a) 15 let
- b) 16 let
- c) 17 let
- d) 18 let
- e) 19 let
- e) 20 let

**4) V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s alkoholem?**

- a) 3-5 let
- b) 6-9 let
- c) 10-13 let
- d) 14-17 let
- e) 18-20 let

**5) Jak často piješ alkohol?**

- a) denně
- b) občas (1x-2x/týden)
- c) méně často (1x-2x/měsíc)
- d) nikdy, jsem abstinent/ka

**6) Myslíš si, že je alkohol dostupný?**

- a) dostupnost neřeším, jsem abstinent/ka
- b) ano, snadno dostupný
- c) je nedostupný

**7) Kde si alkohol obstaráváš?**

- a) nikde, jsem abstinent/ka
- b) mám jej od kamarádů
- c) koupím si ho v obchodě
- d) přes on-line objednávku

e) rodinné zásoby

**8) Kde alkohol nejčastěji konzumuješ?**

a) doma

b) v hospodě/restauraci

c) u kamarádů/přátel

d) na diskotéce

e) někde venku

f) nikde (nepiji alkohol)

**9) S kým nejčastěji piješ alkohol?**

a) sám/a

b) s kamarádem/kou

c) s rodinou

d) s nikým, jsem abstinent/ka

**10) Proč alkohol konzumuješ (piješ)?**

a) „chutná mi“

b) kvůli stresu

c) nechci „vyčnít“

d) z „frajeřiny“

e) „jen tak“, možná z nudy

f) protože pijí ostatní kamarádi/ky

g) z nudy

h) nepiji alkohol

**11) Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda-li se jedná o příležitostné pití nebo závislost na alkoholu?**

a) ano

b) ne

c) je mi to jedno, nemyslím na to

d) nevím, nepiji alkohol

**12) Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s užíváním alkoholu?**

a) ano, uvědomuji

b) ne

c) je mi to jedno, nemyslím na to

**13) V kolika letech jsi měl/a první zkušenost s cigaretou?**

a) 4-6 let

b) 7-10 let

c) 11-13 let

d) 14-17 let

e) 18-20 let

f) zatím nemám zkušenost

**14) Pokud kouříš, jak často?**

- a) jsem nekuřák/čka
- b) občas – během společ. události
- c) denně

**15) Pokud jsi v předešlé otázce zašrtl/a variantu, že kouříš denně, kolik cigaret za den vykouříš?**

- a) 1-3 cigarety/den
- b) 4-5 cigaret/den
- c) 6-9 cigaret/den
- d) více, jak 10 cigaret/den
- d) více, jak 1 krabičku/den

**16) Myslíš si, že jsou cigarety dostupné?**

- a) dostupnost neřeším, jsem nekuřák/čka
- b) ano, snadno dostupné
- c) jsou nedostupné

**17) Proč kouříš cigarety?**

- a) z nudy
- b) chci být „in“
- c) „chutná mi to“
- d) protože kouří ostatní kamarádi/ky
- e) pomáhá mi to při stresu

f) nechci „vyčnít“

g) nekouřím cigarety

**18) Kde si cigarety obstaráváš?**

a) nikde, jsem nekuřák/čka

b) mám je od kamarádů/dek

c) koupím si je v obchodě

d) ubalím si je

e) rodinné zásoby (tajně)

**19) Kde nejčastěji kouříš cigarety?**

a) doma

b) v hospodě/restauraci

c) u kamarádů/přátel

d) na diskotéce

e) někde venku

f) nikde (nekouřím cigarety)

**20) S kým nejčastěji kouříš cigarety?**

a) sám/a

b) s kamarádem/kou

c) s rodiči

d) jsem nekuřák/čka

**21) Řekl/a bys, že na sobě dokážeš rozpoznat, zda-li se jedná o příležitostné kouření nebo závislost na cigaretách?**

- a) ano
- b) ne
- c) je mi to jedno, nemyslím na to
- d) nevím, jsem nekuřák/čka

**22) Uvědomuješ si zdravotní rizika spojená s kouřením cigaret?**

- a) ano, uvědomuji
- b) ne
- c) je mi to jedno, nemyslím na to

**23) Máš pocit, že je ve škole, ve které studuješ, věnován dostatečný prostor drogové prevenci?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) nedokážu posoudit
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne
- e) nevím

**24) Pokud bys měl/a nějaký problém, koho bys požádal/a o pomoc?**

- a) rodinu
- b) přátele/kamarády

- c) linku bezpečí
- d) nikoho
- e) školu
- f) specialistu - odborníka v profesi

**25) Odkud se dozvídal/a veškeré informace o drogách?**

- a) z médií (internet, TV, vědecké časopisy)
- b) ze školy
- c) od lékaře
- d) od kamarádů/přátel
- e) od rodiny

**Velice Vám děkuji za Váš čas strávený vyplňováním dotazníku.**

Ing. Lucie Pšeničková, studentka Masarykova ústavu vyšších studií ČVUT

Obor Učitelství odborných předmětů



# DROGOVÁ ZÁVISLOST A MOŽNOSTI PSYCHOLOGICKÉ INTERVENENCE

Ing. Lucie Pšeníčková, MÚVS ČVUT v Praze, studijní program: Specializace v pedagogice, obor: Učitelství odborných předmětů, Ak. rok 2020/2021

## ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou drog a drogové závislosti u studentů střední odborné školy. Cílem je zjistit, jaký postoj ke kouření a pití alkoholu zaujmají dotazovaní respondenti, do jaké míry zneužívají alkohol a cigarety, a co je vede k užívání alkoholu a kouření cigaret. Výsledky, získané pomocí anonymního dotazníkového šetření, byly vyhodnoceny a zpracovány pomocí tabulek a grafů.

## ABSTRACT

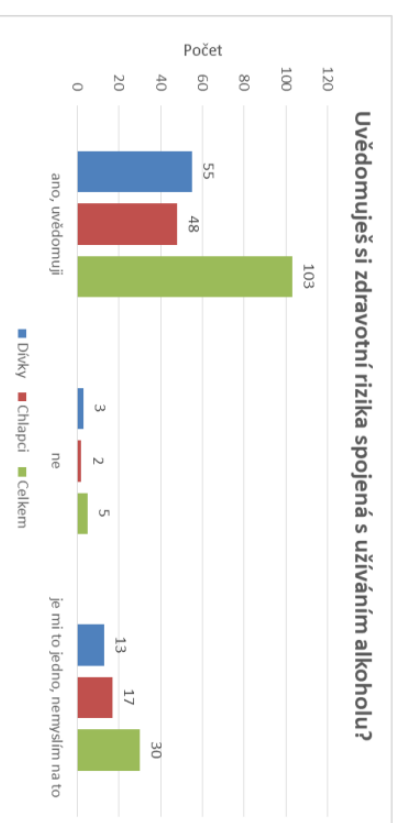
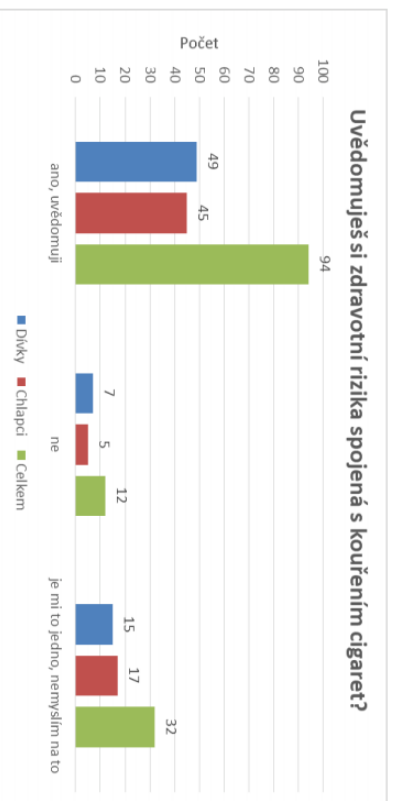
The bachelor thesis deals with drug and drug addiction issues in students of secondary vocational school. The aim is to find out what attitudes to smoking and drinking alcohol are taken by the respondents interviewed, the extent to which they abuse alcohol and cigarettes, and what leads them to alcohol use and cigarette smoking. The results, obtained through an anonymous questionnaire survey, were evaluated and processed using tables and graphs.

## ÚVOD

Drogy a drogová závislost, to je velmi diskutovaný problém, se kterým se naše společnost potýká od nepamětí. Je všeobecně známé, že užívání drog poškozuje naše zdraví. I přesto, že je držení drog, výroba a distribuce nelegální, každým rokem narůstá počet drogově závislých. Léčba drogově závislých není snadná, hlavně není levná, ale existuje. Neúčinnější léčbou je ta, při které se jedinec chce vyléčit.

## METODIKA

Výsledky byly zjišťovány kvantitativně/kvalitativní výzkumnou metodou: získání dat pomocí anonymního dotazníkového šetření a rozhovor s metodikem školy. Dotazník má 25 uzavřených otázek. Byl rozeslán studentům elektronicky a studenti byli předem informováni, za jakým účelem je jim dotazník rozeslán.



## ZÁVĚR

Z výsledků výzkumné sondy vyplývá, že většína dotazovaných respondentů ze střední odborné školy již přišla do kontaktu s legálními drogami a řada z nich s nimi přichází do styku opakovaně. Někteří studenti lze například považovat za středně silně a silně kuřáky. Více než 20% dotazovaných žáků kouří alespoň 5 cigaret denně, 36,84% kouří 6 až 9 cigaret za den, 21,05% kouří 1 až 3 cigarety za den, 22,81% 4 až 5 cigaret za den, a 17,54% kouří více, jak 10 cigaret za den. Jeden student (1,75%) odpověděl, že vykouří více než 1 krabičku za den. Vedle přednášek a workshopů s odborníky, videl a prezentaci na dané téma považují za příhodně případné setkání s vrstevníky, kteří již prošli například výzkacní léčbou a také působení na rodiče, kteří mohou usus děti ovlivnit například, tím, že alespoň před nimi omezí kouření a pití.

## I. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE STUDENTA

Jméno a příjmení:	Ing. Lucie Pšeničková
Osobní číslo:	349588
Studijní program:	Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Učitelství odborných předmětů

## II. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Název práce:	Drogová závislost a možnosti psychologické intervence
Typ práce:	bakalářská

## III. PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že tištěné verze vysokoškolské kvalifikační práce (bakalářské/diplomové práce) a elektronické verze VŠKP, kterou jsem vložil/a do systému KOS a Theses, jsou shodné.

Datum: 7.8.2020                      Podpis studenta:

Student vyplní formulář čestného prohlášení (elektronicky), formulář vytiskne, podepíše a zanese na studijní oddělení.