

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
KATEDRA FARMACEUTICKÉ BOTANIKY A EKOLOGIE



**Psychoaktivní rostlinné drogy na drogové scéně České republiky**

- **problém zdravotní a sociální**

Psychoactive Plant Drugs on the Drug Scene in the Czech Republic

- Medical and Social Problem

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vypracovala: Žaneta Jakubová

Vedoucí bakalářské práce: prof. RNDr. Luděk Jahodář, CSc.

Hradec Králové, 2016

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Podpis:

## PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala za rady a vedení panu prof. RNDr. Luďku Jahodářovi, CSc., vedoucímu mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala za ochotu a vstřícnost paní Bc. Marii Teodoře Pišlové a panu MUDr. Petrovi Šilhánovi při osobních konzultacích.

## OBSAH

1	ÚVOD A CÍL PRÁCE.....	6
2	ZÁKLADNÍ POJMY, SITUACE V UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI ČESKÉ REPUBLIKY, PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK.....	7
2.1	ZÁKLADNÍ POJMY .....	7
2.1.1	ZÁVISLOST.....	7
2.1.2	DROGA, NELEGÁLNÍ DROGA.....	7
2.2	SITUACE NA DROGOVÉ SCÉNĚ V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2010 - 2014.....	8
2.2.1	UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI .....	8
2.2.2	PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI .....	9
2.3	PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK .....	10
2.3.1	TLUMIVÉ LÁTKY .....	10
2.3.2	STIMULAČNÍ LÁTKY.....	12
3	ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG.....	15
3.1	PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY.....	15
3.1.1	AKUTNÍ INTOXIKACE.....	15
3.1.2	ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ.....	15
3.1.3	SYNDROM ZÁVISLOSTI.....	16
3.1.4	ODVYKACÍ SYNDROM, FLASHBACK.....	16
3.1.5	PSYCHOTICKÁ PORUCHA .....	16
3.1.6	AMNESTICKÝ SYNDROM, KORSAKOVOVA PSYCHÓZA.....	16
3.1.7	REZIDUÁLNÍ STAV .....	17
3.2	SOMATICKÉ PORUCHY.....	17
3.2.1	INFEKČNÍ CHOROBY.....	17
3.2.2	MOŽNOSTI APLIKACE DROGY .....	18
3.2.3	BAKTERIÁLNÍ INFEKCE .....	18
3.2.4	POSTIŽENÍ ORGÁNŮ .....	19
3.2.5	INFEKCE HIV, NEMOC AIDS.....	20
3.2.6	VIROVÉ HEPATITIDY.....	21
4	SOCIÁLNÍ PROBLÉM UŽÍVÁNÍ DROG.....	25
4.1	SOCIOEKONOMICKÉ FAKTORY .....	25
4.1.1	SOCIOEKONOMICKÉ CHARAKTERISTIKY .....	25
4.1.2	ZADLUŽENOST UŽIVATELŮ DROG.....	27
4.2	BEZDOMOVECTVÍ .....	31
4.2.1	MLADÍ BEZDOMOVCI.....	31
4.2.2	BEZDOMOVCI V ZAHRANIČÍ.....	33

4.3	RODINNÉ VZTAHY .....	33
4.3.1	ANAMNÉZA.....	34
4.3.2	VZTAH RODIČE A DÍTĚTE.....	34
5	OSOBNÍ KONZULTACE .....	35
5.1	TPN RENARKON .....	35
5.2	PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA.....	36
6	ZÁVĚR .....	40
7	ABSTRAKT .....	41
8	SEZNAM TABULEK .....	42
9	POUŽITÁ LITERATURA.....	43

## 1 ÚVOD A CÍL PRÁCE

Tématika drog a drogových závislostí se prolíná historií lidstva až do současnosti.

V návaznosti na mnoho archeologických nálezů a tradice se drogy uplatňovaly i v lidovém léčitelství. Setkáváme se z drogami jak přírodního, tak syntetického původu. Stejně tak je široká škála jejich účinků. Problematika drogových závislostí je velmi obsáhlá. Cílem této práce bylo zmapovat situaci na drogové scéně České republiky z pohledu sociálního a zdravotního problému. Jednotlivé kapitoly obsahují obecné informace i konkrétní data získaná povětšinou z Výročních zpráv Národního monitorovací střediska.

Součástí práce je také shrnutí získaných informací s konkrétních institucí, které jsou zapojeny do prevence a léčby drogových závislostí v rámci Moravskoslezského kraje. Navštívila jsem centrum terénního programu RENARKON v Kopřivnici, kde jsem měla osobní schůzku s vedoucí paní Bc. Marií Teodorou Pišlovou. Druhým pracovištěm bylo psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava, kde jsem absolvovala osobní schůzku s primářem oddělení panem MUDr. Petrem Šilhánem.

## 2 ZÁKLADNÍ POJMY, SITUACE V UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI ČESKÉ REPUBLIKY, PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK

V první části této práce jsou nastíněny významy, některých důležitých pojmů, se kterými se setkáváme při řešení problematiky užívání návykových látek. V následující části je ve zjednodušeném modelu představena situace v užívání drog v České republice v letech 2010 až 2014.

### 2.1 ZÁKLADNÍ POJMY

#### 2.1.1 ZÁVISLOST

Závislost je jedním z pojmů, který se běžnému člověku vybaví většinou právě v souvislosti s užíváním drog. Závislost je definována podle Světové zdravotnické organizace jako soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, díky kterým má užívání nějaké látky pro daného jedince přednost před jiným jednáním. Základní charakteristikou závislosti je nezvladatelná touha užít drogu (psychotropní látky, tabák a alkohol). Aby mohla být závislost diagnostikována, musí splňovat jisté podmínky. U pacienta by se měla objevovat např. silná touha užít drogu, měla by být prokázána fyzická tolerance na drogu a další faktory. Tyto parametry diagnózy závislosti jsou také označovány jako její znaky. Jsou rozlišovány dva základní typy závislosti: fyzická (neboli tělesná či somatická) a psychická (neboli duševní). [9]

Drogovou závislost lze chápat jako bio-psycho-sociální onemocnění. Léčba závislého musí poskytnout nápravu ve všech těchto oblastech, tzn. psychologie pacienta, fyzický zdravotní stav a lepší sociální podmínky. [10]

#### 2.1.2 DROGA, NELEGÁLNÍ DROGA

Z historického hlediska je droga chápána jako látka přírodního nebo živočišného původu, která slouží k přípravě léčiv. Pojem droga je hojně využíván v prostředí farmacie. Z hlediska zneužívání drog, je pak tento pojem vysvětlován jako omamná či psychotropní látka.

Psychotropní látky mají vliv na lidské vnímání a chápání reality. Podle jednotlivých druhů psychotropních látek se liší i účinky. Nejčastěji se vliv látky projevuje na emocích a citech závislého.

Druhým parametrem omamných látek je jejich schopnost vyvolat fyzickou závislost. Míra vzniku závislosti opět závisí na druhu drogy.

## Nelegální droga

Existuje více možností jak klasifikovat drogy. Další možností je, zda jsou dané látky legální či nejsou. Nelegální droga je droga, se kterou je spojena trestní činnost ve smyslu jejich přechovávání, prodeje a výroby. Příklady nelegálních drog jsou marihuana, heroin, pervitin. Nelegální drogy můžeme jinak chápat jako drogy společností netolerované. Kompletní seznam nelegálních omamných látek je součástí novely zákona (z roku 2001) o návykových látkách č. 167/1998 Sb.

## 2.2 SITUACE NA DROGOVÉ SCÉNĚ V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2010 - 2014

Cílem této práce je mimo jiné zhodnotit situaci na drogové scéně České republiky. Výzkumy a dotazníková šetření vykazují informace o tom, že drogová problematika je poměrně stabilní. Česká republika se účastní různých programů, jak na světové tak regionální úrovni. Od devadesátých let se, zde provádějí šetření následujících programů Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) a Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Tyto studie jsou především zaměřeny na školní populaci a opakují se v pravidelných cyklech. Další studie jsou prováděny Národním monitorovacím střediskem společně s centry adiktologických služeb. [5]

### 2.2.1 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI

Na základě studie prevalence užívání drog v obecné populaci České republiky je vyvozováno, že situace na drogové scéně je velmi stabilní. Nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky, následovány jsou extází, halucinogenními houbami a LSD. Dále se prokázalo, že vyšší míru užívání nelegálních drog reprezentuje skupina lidí ve věku od 15 do 34 let. Pokud je porovnána situace mezi mužským a ženským pohlavím, mezi uživateli drog je vyšší procento mužů než žen. Tyto závěry jsou doloženy následující tabulkou č. 1. [1]



Tabulka 1 – Míra celoživotní prevalence užívání drog v populaci v letech 2010 až 2014, porovnání pohlaví, v %

typ drogy	2010		2011		2012		2013		2014	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>marihuana</b>	38,6	22,3	30,8	18,8	34,9	21,2	29,6	15,8	36,2	21,6
<b>extáze</b>	4,8	3,1	8,1	3,4	5,0	2,2	6,8	3,3	9,0	2,8
<b>amfetaminy</b>	1,9	1,0	3,1	1,1	3,4	1,7	1,4	0,7	3,4	1,6
<b>kokain</b>	1,5	0,4	1,8	1,1	3,8	0,9	0,7	0,0	1,6	0,2
<b>heroin</b>	0,5	0,1	1,3	0,4	1,2	0,0	0,5	0,2	1,1	0,2
<b>LSD</b>	4,1	1,0	2,6	1,6	4,4	1,2	0,9	1,0	1,4	0,0
<b>halucinogenní houby</b>	5,7	2,9	5,5	2,7	7,7	2,9	3,8	0,9	6,6	1,9
<b>těkavé látky</b>	1,3	0,8	2,0	0,7	1,5	0,3	1,2	0,0	2,1	0,2

## 2.2.2 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI

Výraz problémové užívání drog je spojen s metodou užití dané drogy. Jedná se o injekční a dlouhodobé, příp. pravidelné užívání omamné látky. K takovým to drogám se řadí opiáty a amfetaminy. V následující tabulce č. 2 jsou uvedeny střední odhady počtu problémových uživatelů drog na drogové scéně v letech 2010 až 2014, navíc jsou zde poskytnuty údaje pro jednotlivé kraje České republiky. Data byla zjišťována Národním monitorovacím střediskem ve spolupráci s programy pro léčbu závislých. Uživatelé kokainu nejsou do těchto výzkumů zahrnuti, neboť jich není dostatečné množství na území České republiky. Ze skupiny amfetaminů převažuje pervitin a ze skupiny opiátů je to heroin a buprenorfin. [1, 2, 3, 4, 5]

Tabulka 2 - Střední odhady počtu problémových uživatelů drog v ČR – jednotlivé kraje

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>kraj</b>	<b>střední odhady počtu problémových uživatelů drog</b>				
hlavní město Praha	11 350	10 900	14 600	14 300	15 700
Středočeský	2 150	2 100	2 500	3 100	2 300
Jihočeský	1 400	1 300	2 000	2 800	2 800
Plzeňský	2 000	1 900	1 250	1 400	1 400
Karlovarský	900	1 200	1 950	1 700	1 900
Ústecký	4 900	6 200	4 600	5 900	6 800
Liberecký	2 650	2 800	1 750	2 500	2 900
Královehradecký	950	1 100	1 050	1 100	1 100
Pardubický	400	400	1 000	600	600
Vysočina	600	600	750	1 300	1 300
Jihomoravský	3 900	4 000	2 650	3 100	3 100
Olomoucký	3 300	3 200	2 350	3 000	2 900
Zlínský	2 350	2 500	1 850	1 900	2 100
Moravskoslezský	2 350	2 000	3 000	2 500	2 800
<b>celkem</b>	<b>39 200</b>	<b>40 200</b>	<b>41 300</b>	<b>45 200</b>	<b>47 700</b>

## 2.3 PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK

Drogy a omamné látky lze dělit podle několika hledisek. V této kapitole jsou drogy rozděleny podle psychotropního účinku, tedy podle účinku na psychiku a smyslové vnímání zdravého jedince.

### 2.3.1 TLUMIVÉ LÁTKY

Tlumivé látky mají zklidňující účinek, navozují spánek až stav bezvědomí (narkózu), záleží na dávce. Patří sem sedativa (zklidnění), hypnotika (spánek) a narkotika (narkóza). Tlumivé látky působí na dýchací soustavu, tlumí centrum pro kašel. Způsobují rozšíření cév, snižují tělesnou teplotu, zadržují moč a vyvolávají zácpu. U žen mohou vyvolat neplodnost, vlivem na řasinkový epitel vejcovodů. Velmi vysoká dávka může utlumit základní životní funkce natolik,

že daný jedinec umírá. U těchto látek vzniká poměrně brzy fyzická závislost (zejména u heroinu). Patří sem opioidy (heroin, buprenorfin), psychofarmaka (benzodiazepiny) a organická rozpouštědla včetně alkoholu. [10, 13]

### Opium

Opium je na vzduchu sušená mléčná šťáva, získávána především z rostliny *Papaver somniferum* (mák setý). Obsahuje asi 40 typů alkaloidů, které vyvolávají výše zmíněné účinky. Alkaloidy dělíme do dvou skupin: morfinový typ a benzylochinolinový typ. Morfin je nejvýznamnějším alkaloidem a také referenční látkou, ke které se vztahuje účinek jiných opioidů. *Papaver somniferum* je jednoletá bylina, jejímž plodem je makovice obsahující opium. Mák setý je dnes rozšířen po celém světě a existuje v několika odrůdách. [10, 13]

### Mechanismus účinku

Opioidy se váží na opioidní receptory, které jsou v centrálním nervovém systému. Pověšinou mají analgetický a zklidňující účinek, tlumí dýchací centrum. Používají se jako léky proti kašli, úpornému průjmům. Z hlediska vzniku závislosti je nejdůležitější  $\mu$ -receptor, který vyvolává okamžitou závislost (morfin, heroin). Stimulace opioidních receptorů podněcuje zastavení syntézy cyklického adenosinmonofosfátu (cAMP) na vnitřní straně buněčné membrány. Projevem závislosti a tolerance drogy je obnovení této syntézy. Pokud závislý přestane drogu užívat, cAMP se vrátí na původní koncentraci a u závislého se vyvine odvykací syndrom. [10]

### Heroin

Heroin byl původně používán jako lék pro závislost na morfinu. Jedná se o polosyntetickou drogu, která byla prvně vyrobena v roce 1874. Silný účinek heroinu souvisí se snadnou průchodností přes hematoencefalickou bariéru, kterou mu umožňuje jeho chemická struktura. Nejčastěji je užívateli aplikován nitrožilně anebo šňupáním. [10]

### Braun

Braun je opět příkladem polosyntetické drogy, jejímž základem je morfin, kodein (metylmorfin, léky proti kašli). Jedná se o typicky českou drogu, která je vyráběna z léčiv obsahujících kodein. U braunu není tak vysoká pravděpodobnost vzniku závislosti jako u heroinu. [10]

### 2.3.2 STIMULAČNÍ LÁTKY

Stimulační látky mají povzbuzující účinek na centrální nervový systém. Tyto látky zvyšují aktivitu. Navozují pocit euforie, síly a energie. Uživatel nepocituje únavu, hlad a potřebu spát. Závislost na stimulačních látkách je vždy spíše psychická. [11]

#### Mechanismus účinku

Psychostimulační látky ovlivňují koncentrace dopaminu, noradrenalinu a serotoninu, zvyšují jejich vylučování a zabraňují zpětnému vychytávání. K somatickým účinkům patří zvýšení krevního tlaku a tepu, bronchodilatace. Komplikace užívání těchto látek souvisí s tím, že je tělo vystaveno vysokému tlaku a jede tzv. na plný plyn. Dlouhodobé užívání se může projevit totálními vyčerpáním rezerv organismu a kardiovaskulárními chorobami. [10]

#### Kokain

Kokain je alkaloid získávaný z keře *Erythroxylum coca*. Kokain se získává ze sušených listů tohoto jihoamerického keře sušením na vzduchu. V historii byly listy koky používány v lidovém léčení např. na léčbu revma. Tradičním způsobem užívání je žvýkání listů, nejčastějším způsobem je šňupání. V České republice patří kokain k méně častým drogám. [10, 13]

#### Pervitin

Pervitin neboli metamfetamin je zástupcem skupiny aminů, které mají stejný účinek jako kokain. Jsou vyráběny synteticky, výchozí látka je efedrin. Do této skupiny taky řadíme amfetamin a extázi. Pervitin patří k nejrozšířenějším drogám v České republice. Způsoby podání jsou různé od požití ústy až po nitrožilní aplikaci. [10]

### 2.3.3 HALUCINOGENNÍ LÁTKY

Halucinogeny jsou psychoaktivní látky vyvolávající změny ve vnímání a vědomí. Způsobují dezorientaci v prostoru a času. Jsou to látky, jejichž účinkem je vznik halucinací. [13]

Halucinogenní drogy jsou poměrně rozšířeným výskytem. V minulosti bylo zkoušeno jejich využití v léčbě psychologických poruch.

### Mechanismus účinku

Účinek halucinogenních látek závisí na množství dávky a na vnímavosti jedince vůči droze. Obdobně jako ostatní typy drog i halucinogenní látky mají vliv na centrální nervový systém. Fungují jako agonisté a antagonisté neuromediátorů serotoninu a dopaminu. [10]

### Psilocybin

Psilocybin je alkaloid obsažený v houbách rodu *Lysohlávka*, konkrétně se nachází v houbách *Psilocybe cubensis* a *Psilocybe semilanceata*. Obě tyto houby jsou rozšířeny po celém světě, hojný výskyt je zaznamenán i v České republice. Zejména první zmiňovaná je rozšířena všude tam, kde je rozšířen chov dobytka. Užívají se čerstvé nebo sušené houby perorálně. V historii měly své uplatnění i lidovém léčitelství. Užívány jsou více, ale pro své omamné účinky. Výhodou drogy je, že na ni nevzniká závislost. Jejich častější výskyt je vázán na dobu jejich dozrávání od jara do podzimu. Jedná se o poměrně levnou a dostupnou drogu. [10, 13]

### LSD

LSD je zástupcem skupiny syntetických halucinogenních drog. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové. Nejčastěji je zpracována do formy papírků nebo krystalků. Kromě aktivní látky může droga obsahovat další příměsi, které mají vliv na účinek drogy. LSD se užívá perorálně a délka působení závisí na množství účinné látky v dávce. LSD patří k drogám vázajícím se k tzv. taneční scéně a určitým subkulturám společnosti. LSD podobně jako psilocybin nevyvolává vznik závislosti. [10]

### Konopné látky

Konopné drogy jsou také svými účinky řazeny k halucinogenním látkám. Jsou přírodního původu a celosvětově rozšířeny. V posledním letech je zjišťován i jejich výskyt v historii lidstva. Účinnými látkami jsou kanabinoidy, jedná se o pryskyřice. Základem pryskyřice je látka zvaná tetrahydrocannabinol (THC), který existuje ve více formách ( $\delta$ 9 THC je formou aktivní). Kanabinoidy jsou obsahové látky druhu *Cannabis sativa*, především jeho podruhu subsp. *indica*. Je rozlišováno i více druhů např. *Cannabis indica*, který je však pouze nomenklaturním synonymem předchozího podruhu nebo *Cannabis ruderalis*. Tyto rostliny jsou rozšířeny po celém světě zejména v mírném pásmu. Za účelem zisku THC je

zpracovávána pryskyřice ze samičích květů. Konopné látky se užívají kouřením a perorálně. [10, 13, 16]

Vliv konopných látek na uživatele spočívá ve vazbě THC na kanabinoidní receptory v mozku. Vazba pak způsobí euforii, uvolnění, snížené vědomí. Kromě svých psychoaktivním účinků jsou konopné látky hojně využívány i v léčebných postupech. Uplatňují se při léčbě depresí, bolesti hlavy, jako pomocné látky v mírnění nežádoucích účinků chemoterapie, léčby AIDS. Konopné látky se také využívají v léčbě poruch nervové systému. [10]

### Marihuana

Je jednou z forem drogy. Má podobu sušeného květu a listů ze samičí rostliny. Je zbarvena do zelena a má podobu menších kousků nebo hrudek. Procenta obsahu aktivních látek se liší a pohybují se v rozmezí od 2 do 14%. Marihuana je známá svým charakteristickým zápachem. [10, 13]

### Hašiš

Hašiš je obdobně jako marihuana jednou z forem drogy. Hašiš představuje pryskyřici samičím květů. Pryskyřice může obsahovat zbytky květu a má zelenou až hnědou barvu. Oproti marihuaně má hašiš vyšší obsah účinných látek. [10, 13]

### 3 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG

Užívání či dokonce problémové užívání drog vyvolává závislost. Existují dva základní typy závislosti a to fyzická a psychická. Od této klasifikace se, pak dále odvíjí další zdravotní důsledky užívání drog. Závislí jsou vystaveni vzniku intoxikace a dalších stavů vyvolaných užitím drogy. Při dlouhodobém užívání a v souvislosti se špatnými životními podmínkami, se manifestují somatické problémy. Největší zdravotní riziko představují infekční choroby. Nezřídka platí, že drogově závislý se může stát obětí dopravní nehody, násilného trestného činu a často u nich dochází k různým úrazům. [10]

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) tvoří tyto důsledky speciální skupinu „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“, označují se kódem F10 až F19. Patří sem například poruchy vyvolané účinkem opioidů, kanabinoidů, halucinogenů. [10]

V následujících podkapitolách budou probrány jednotlivé stavy doprovázející užívání drog a somatické poruchy s tímto problémem spojené.

#### 3.1 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY

##### 3.1.1 AKUTNÍ INTOXIKACE

Akutní intoxikace je stav, který se zejména projevuje na úrovni emocí, chování a vědomí. Podle typu požití látky se liší i fyzické projevy. Jednoduše lze drogy klasifikovat na látky halucinogenní, tlumivé (opioidy, léky proti bolesti nebo na spaní) a budivé (pervitin, kokain). Intoxikace se diagnostikuje, pouze pokud se neprokáže dlouhodobé užívání nebo závislost. Akutní intoxikace je nejčastěji spojována s nadměrným užitím alkoholu. [9, 10]

##### 3.1.2 ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

Škodlivé užívání je takové užívání, které vede k aktuálním duševním nebo tělesným problémům. Pro diagnózu je důležité, aby se příznaky projevily nejméně po dobu jednoho měsíce anebo, aby se opakovaly v průběhu roku. Tento typ užívání vede často k sociálním problémům, neschopnost plnit své povinnosti v zaměstnání nebo ve škole, nepochopení ze strany rodiny, přátel. [9, 10]

### 3.1.3 SYNDROM ZÁVISLOSTI

Syndrom závislosti nebo také závislost na návykových látkách je popsána v kapitole 2.1.1 závislost.

### 3.1.4 ODVYKACÍ SYNDROM, FLASHBACK

Odvykací stav přichází ve chvíli po vysazení látky, která byla dlouhodobě užívána. Je to soubor příznaků různé závažnosti. Aby byl diagnostikován odvykací stav, musí být jeho projevy typické pro danou drogu a nesmí být prokázána jiná nemoc či duševní porucha. Projevy abstinčního syndromu jsou opačné než projevy užívání drogy. Projevy odvykacího syndromu souvisí s účinkem drog většinou na centrální nervový systém, kde jsou nejvíce ovlivňovány neuromediátory a regulační systémy. Vysazení drogy vyvolává nerovnováhu. Delirium je komplikací odvykacího stavu, nejčastěji se setkáváme s delirium tremens, které je spojeno s užíváním alkoholu. [9, 10]

#### Flashback

Jako flashback je označován stav, kdy se najednou po několika dnech, měsících, ale i letech od poslední dávky drogy, projeví její účinek, aniž by ji dotyčný požil. S těmito stavy se setkáváme u uživatelů halucinogenů, kanabisu, některých stimulancií a LSD. Vyvolávajícím podnětem může být stresová situace psychosociálního původu a paměťové pochody. Přesný neurobiologický původ flashbacku se liší podle typu zneužívané látky. [9, 10]

### 3.1.5 PSYCHOTICKÁ PORUCHA

Porucha, která začíná během prvního užití anebo velmi krátce po něm (do dvou týdnů). Jako tzv. toxická psychóza se označuje stav, kdy halucinace, bludy, psychomotorické poruchy (strnulost, ztuhlost) a poruchy emoční se projevují nejméně po dobu 48 hodin a nejdéle 6 měsíců. Toxické psychózy doprovází užívání pervitinu, konopí a halucinogenů. [9, 10]

### 3.1.6 AMNESTICKÝ SYNDROM, KORSAKOVOVA PSYCHÓZA

Tento syndrom se projevuje zejména se zhoršením krátkodobé paměti. Závislý si nepamatuje sled událostí a časovou linku. Amnestický syndrom je charakteristický pro uživatele alkoholu, u uživatelů konopí se toto projevuje pouze 24 hodin po užití. [9, 10]



## Korsakovova psychóza

Korsakovova psychóza patří k amnestickému syndromu a vyznačuje se tzv. konfabulacemi. Jedná se o smyšlenky, závislý tak nahrazuje své výpadky paměti. V praxi se to projevuje tak, že postižený odpoví na dotaz a na stejnou otázku odpoví později jinak. [9, 10]

### 3.1.7 REZIDUÁLNÍ STAV

Do reziduálního stavu je řazen vznik demence u uživatele v důsledku účinků drogy. Může se jednat i o poruchy chování, kognitivních funkcí (poznávání, vnímání) a změny osobnosti. K reziduálnímu stavu se řadí i psychotická porucha s pozdním začátkem, tzv. flashback. [9, 10]

## 3.2 SOMATICKÉ PORUCHY

Pravidelné a zejména dlouhodobé užívání drog je spojeno s určitým zdravotním rizikem. Různá onemocnění souvisí také s negativními sociálními faktory, špatnými hygienickými podmínkami apod.

### 3.2.1 INFEKČNÍ CHOROBY

Infekční choroby patří k nejčastějším somatickým poruchám a souvisí se způsobem života závislého. Jako původce infekčních chorob označujeme používání nesterilních pomůcek pro přípravu a aplikaci drogy (jehly a stříkačky). Důležitou roli hraje nedostatečná hygiena. A v neposlední řadě je třeba zmínit neopatrné sexuální chování závislých.

Skupinu infekčních chorob u drogově závislých zastupují virová hepatitida typu B a C a onemocnění AIDS. V poslední době je uvažováno o zařazení tuberkulózy a pohlavních chorob. Záchyty infekčních chorob jsou hlášeny (incidence), současně se sleduje, jakým způsobem došlo k nákaze. Předpokládá se, že výskyt infekčních chorob je mnohem vyšší, než udávají průzkumy. Důvodem je nespolehlivost drogově závislých a jejich přístup k lékařské péči. Posuzování jak velká je populace závislých a zároveň nakažených je předmětem činnosti nízkoprahových a léčebných center.

Problém nastává u diagnostiky infekční choroby, neboť její příznaky mohou být shodné s příznaky abstinčního syndromu, ke kterému může dojít po přijetí závislého do nemocnice. Vzhledem k asociálnímu chování závislých se často dostávají k lékaři velmi pozdě, s rozvinutými komplikacemi. Může se také stát, že si závislý naordinuje léčbu sám, užívá antibiotika, která jsou dostupná mezi drogově závislými. Tento fakt, pak také

komplikuje určení správné diagnózy. Další příkladem jsou závislí, kteří si projevy nemoci vymýšlí, aby dostali dávku léků a analgetik. [10]

### 3.2.2 MOŽNOSTI APLIKACE DROGY

Somatické poruchy a infekční choroby také závisí na způsobu aplikace drogy. Při injekční aplikaci dochází ke vstupu infekčního agens přímo do krevního řečiště. Často dochází k okamžitému vývoji choroby.

Dalším typem, jak užívat drogu je šňupání (sniffing), droga se dostává do těla skrz nosní sliznici. Sliznice je velmi poškozená a proto ztrácí svoji obrannou funkci a stává se tak místem pro vstup infekčního agens. U dlouhodobých uživatelů může dojít k rozpadu nosní přepážky a ztrátě čichu.

Uživatelé konopí, heroinu a dalších látek volí jako cestu užití drogy inhalaci. Při inhalaci se droga dostává do těla přes plíce, resp. plicní sklípky, které jsou narušovány. U uživatele se rozvíjí infekční, ale i nádorová onemocnění typická pro dýchací systém.

Posledním typem aplikace drogy je perorální užití, čili ústy. [10]

### 3.2.3 BAKTERIÁLNÍ INFEKCE

Bakteriální infekce se rozvíjí nejčastěji po injekční aplikaci. Z patologického hlediska je dělíme na povrchové a invazivní infekce.

#### Povrchové infekce

Tyto infekce obvykle postihují kůži a sliznice, nejčastěji v místě aplikace drogy, tedy v místě kontaktu s nesterilní jehlou. Nejhojněji se vyskytují kožní záněty, abscesy (ohraničený zánět s dutinou vyplněnou hnisem) a flegmóny (neohraničený zánět šířící se do okolí). Tyto záněty jsou doprovázeny typickými příznaky infekce. Charakteristickými původci těchto zánětů jsou gram-pozitivní koky *Staphylococcus aureus* a *Streptococcus pyogenes*. Infekce vyvolaná stafylokoky se zvláště projevuje v otevřených ranách na kůži. Streptokok může vyvolat až septický stav. Léčba je často možná jen s dohledem lékařů, neléčená povrchová infekce vede k invazivnímu onemocnění. [10, 12]

### Invazivní infekce

Vzhledem k poškozeným obranným mechanismům sliznic závislého se bakteriální původci dostávají do krevního oběhu a dochází k manifestaci mnohem závažnějšího onemocnění. Ovšem některé bakteriální infekce mohou být zvládnuty imunitním systémem bez výraznějších projevů. Drogově závislí se, ale často dostávají k lékaři až ve chvíli rozvoje sepse a poškození některých orgánů. U invazivních infekcí se opět uplatňují gram-pozitivní koky. [10]

### 3.2.4 POSTIŽENÍ ORGÁNŮ

Ve spojení s různými typy aplikace drogy existují i různá orgánová postižení.

#### Postižení cév

K postižení cév dochází u problémových uživatelů drog, kteří preferují injekční podání drogy. Postižení často velkých cév mívá za následek různá traumata těchto cév, která vedou k rozvoji ischemií a vzniku trombóz. Vážnými následky jsou absces a nekróza. [10]

#### Postižení dýchacího systému

K postižení dýchacího systému dochází nejen při inhalaci drogy, ale i při injekčním podání drogy. Jedná se o akutní i chronická poškození. Následkem poškození plic může dojít k hypoxii některých orgánů. Velmi častou chorobou u drogově závislých jsou pneumonie, jedná se o klasický zápal plic anebo aspirační pneumonii, kdy dochází ke vdechnutí obsahu žaludku. [10]

#### Další postižení

Do této kategorie jsou řazena onemocnění vyskytující se spíše vzácně. U závislých může docházet k poškození zraku vlivem komplikací infekčních chorob. Objevují se retinopatie, šedý a zelený zákal. Dalšími následky dlouhodobého užívání drog je poškození základních jednotek ledvin – nefronů, může docházet až k jejich selhávání. V neposlední řadě je třeba zmínit vliv drog na centrální nervový systém (CNS). Do CNS může být zavlečena infekce z krevního řečiště. U injekčních uživatelů drog se setkáváme často se zánětem mozkových blan. V této problematice je ovšem důležité rozlišovat co je choroba a co projev účinku drogy. [10]

### 3.2.5 INFEKCE HIV, NEMOC AIDS

Onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity) bylo objeveno v roce 1981 v Atlantě ve Spojených státech amerických. Původce tohoto onemocnění je virus HIV (Human Immunodeficiency Virus, virus lidské imunitní nedostatečnosti), izolován byl v letech 1982 – 1984 ve Francii a ve Spojených státech amerických současně. AIDS je smrtelné onemocnění, jehož základem je selhání imunity. Po nákaze se dostaví příznaky podobné chřipce (tzv. primolatence), pak následuje období nosičství HIV (tzv. latence) v délce trvání od 6 měsíců až po 10 let a více. Včasná diagnóza toto období prodlužuje, stanovují se protilátky proti HIV v krvi pacienta. Po latenci se objeví první příznaky poškození imunity, pacient je náchylnější na onemocnění bakteriálního, virového a parazitárního původu, tzv. oportunního typu. Tyto zárodky by v případě plně funkčního imunitního systému neměly možnost vyvolat chorobu s tak fatálními následky. Současně se může objevit i rakovina. [10, 11, 12]

#### Virus HIV

HIV je retrovirus, to znamená, že obsahuje ribonukleovou kyselinu. V její struktuře se nachází speciální proteiny, díky kterým virus rozpoznává své hostitelské buňky. HIV napadá T-lymfocyty. V těchto buňkách se rozmnožuje a ovlivňuje, tak jejich správnou funkci. HIV se nachází v krvi, spermatu a poševním sekretu, stolici, slizách a slinách. Rozlišuje dva typy HIV-1, HIV-2.

#### Přenos

Nejčastější možnost přenosu viru je nechráněný pohlavní styk s nakaženou osobou. Další možností je kontakt s tělesnou tekutinou nebo tkání infikovaného (krev, sperma). Krev a další tkáně se před transplantací dnes kontrolují. Velmi častý je také přenos z matky na dítě během těhotenství přes placentu anebo v průběhu porodu. Tímto způsobem je nakaženo 15 – 25% dětí. Z pohledu drogové závislosti se virus HIV šíří přes kontaminované jehly a stříkačky.

Prevence v přenosu HIV je zaměřena nejvíce na osvětu populace v oblasti bezpečného pohlavního styku. Další preventivní programy jsou zaměřeny podle způsobu přenosu HIV. V České republice je to například možnost výměny injekčních stříkaček v adiktologických a terénních programech pro narkomany. [10, 11, 12]

V následující tabulce jsou uvedeny počty nově hlášených případů HIV v České republice za léta 2010 až 2014. Do celkového počtu jsou zahrnuti i injekční uživatelé drog. Největší podíl při šíření nákazy HIV představuje nechráněný pohlavní styk u homosexuálních i heterosexuálních párů. [1, 2, 3, 4, 5]

Tabulka 3 - Počet nových případů HIV v České Republice, 2010 – 2014

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>celkem</b>	180	153	212	235	232
<b>z toho injekčních uživatelů drog</b>					
	4	7	5	6	9
<b>ženy</b>	1	0	3	2	5
<b>muži</b>	3	7	2	4	4

### 3.2.6 VIROVÉ HEPATITIDY

Virové hepatitidy jsou souborem onemocnění postihující játra a liší se jednotlivými původci. Hepatitida se projevuje žloutenkou. Z historie vyplývá, že se žloutenkou se lidé potýkají již od období antiky, ale až ve třicátých letech minulého století bylo objeveno, že se nemoc může přenášet krví a že ji má za následek několik původců. Rozlišujeme pět druhů A, B, C, D a E. Jednotlivé hepatitidy jsou si klinickým průběhem podobné, ale liší se v možných komplikacích. [10, 11, 12]

#### Virová hepatitida typu A

Tento typ virové hepatitidy je poměrně rozšířen po celém světě, vyskytuje se zejména tam, kde jsou horší hygienické podmínky. Vyznačuje se akutním průběhem. Klinicky je pacient postižen zažívacími obtížemi a žloutenkou. Žloutenka je žluté zbarvení kůže a očního bělma, v důsledku nižšího vylučování žlučových barviv játry. Projev hepatitidy může mít velmi individuální průběh. První klinické příznaky se objevují po inkubační době (15 – 50 dní).

Původcem je pikornavirus, ze skupiny enterovirů. Zdroj nákazy je infikovaný člověk a přenos probíhá kontaminovanými rukama anebo potravinami. Pacient bývá léčen na infekčním oddělení. Charakteristikou i klinickým průběhem je typu A podobná i hepatitida typu E. [10, 11, 12]

Tabulka 4 - Počet nových případů virové hepatitidy A v České republice, 2010 – 2014

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>celkem</b>	862	264	284	348	673
<b>z toho injekčních uživatelů drog</b>					
	65	14	16	46	48

Z uvedeného vyplývá, že výskyt virové hepatitidy mezi rokem 2010 a 2011 prudce klesl. Naopak mezi léty 2013 a 2014 došlo k nárůstu, avšak počet injekčních uživatelů byl téměř shodný. [1, 2, 3, 4, 5]

### Virová hepatitida typu B

Virová hepatitida typu B je velmi nebezpečná infekce, přechází totiž do chronické podoby. Vyskytuje se po celém světě, v České republice v menší míře.

Klinický průběh se opět velmi liší u jednotlivých nakažených. Pacient si stěžuje na únavu, bolesti kloubů a tlak pod žebry na pravé straně. Žloutenka se nemusí projevit u všech nakažených. Virus se množí v játrech, ale může docházet i k poškození jiných orgánů, zejména kůže a kloubů. Po první akutní fázi, dochází k nosičství viru anebo k poškození jater přibližně u 5 až 15% pacientů. Inkubační doba je 50 – 180 dní. Příčinou smrti je nejčastěji selhání jater. Proti tomuto typu hepatitidy existuje očkovací látka. Očkování musí být zejména zdravotníci, kteří přichází do kontaktu s infikovaným materiálem.

Původcem je hepadnavirus. Hepadnavirus je přenosný krví, slinami a pohlavním stykem. Velmi ohroženou skupinou jsou drogově závislí. Virus hepatitidy B se může přenést z matky na dítě i během porodu (až v 80% případů). V 50% případů byla nákaza přenesena během pohlavního styku. Stanovení probíhá pomocí specifických antigenů, které jsou na povrchu viru, např. HBsAg.

Zdrojem nákazy je člověk, který má akutní nebo chronickou formu a přenašeč bez příznaků. K přenosu hepadnavirus dochází kontaktem kůže či sliznic s infikovanou krví. K přenosu může dojít při manipulaci s nesterilním materiálem (jehly, stříkačky, zdravotnické nástroje). Další variantou je domácí prostředí (nůžky, depilátory apod.). Mezi drogově závislými dochází k přenosu při injekční aplikaci drog.

K preventivním opatřením patří vyšetřování krve při dárcovství, tkáně při transplantaci, očkování. V problematice drogových závislostí zajišťují terénní programy výměny stříkaček podobně jako u hepatitidy A.

Společně s infekcí hepatitidy B může probíhat i infekce virem hepatitidy typu D. Průběh je velmi těžký. Virová hepatitida D se může projevit u jakékoliv fáze hepatitidy B. Vyskytuje se po celém světě, endemie byly zaznamenány v Africe. V České republice je výskyt spíše vzácný. [10, 11, 12]

Tabulka 5 - Počet nových případů virové hepatitidy B v České republice, 2010 – 2014

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>celkem</b>	244	192	154	133	105
<b>z toho injekčních uživatelů drog</b>					
	76	55	50	38	39
<b>průměrný věk</b>	29,5	29,2	30,1	31,4	31,3

Z tabulky č. 5 plyne, že počet nově hlášených případů virové hepatitidy klesá. V souvislosti s tím, klesá i podíl injekčních uživatelů drog s touto chorobou. Průměrný věk pacientů s hepatitidou B se pohybuje okolo 30 let. [1, 2, 3, 4, 5]

### Virová hepatitida C

Virová hepatitida typu C, dříve označovaná jako non-A-non-B-hepatitida, byla objevena až v roce 1988. Hepatitida C je velmi podobná typu B, ale v tomto případě je mnohem vyšší výskyt pacientů s chronickými následky, cirhózou a rakovinou jater. Hepatitida C je rozšířena po celém světě, v České republice je přibližně 300 případů ročně (nově hlášených).

Virus se přenáší krví a tělními tekutinami. Přenos pohlavním stykem není tak častý, jako u virové hepatitidy B. Také je možnost přenosu z matky na dítě (2 – 5%), další ohroženou skupinou jsou zdravotníci. Virus hepatitidy C je schopen mutovat, což představuje problém při výrobě očkovací látky. Léčba je velmi komplikovaná a vyžaduje pravidelné lékařské kontroly. U drogově závislých jsou pravidelné návštěvy lékaře vzhledem k jejich často asociálnímu chování prakticky nemožné.

Původce je togavirus, patří do skupiny flavovirů a rozlišujeme více typů. Inkubace je 2 až 12 týdnů. Vzácně se vyskytuje akutní průběh, tato infekce přechází přímo do chronické podoby.

Jednou z komplikací je tzv. flu-like syndrom, projevuje se podobně jako chřipka. [10, 11, 12]

Tabulka 6 - Počet nových případů virové hepatitidy C v České republice, 2010 – 2014

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>celkem</b>	709	812	792	874	866
<b>z toho injekčních uživatelů drog</b>					
	442	506	518	570	556
<b>průměrný věk</b>	29,1	28,7	28,9	30,2	31,0

Počty nově hlášených případů virové hepatitidy jsou stabilní, podíl injekčních uživatelů je velmi vysoký. Průměrný věk se podobně jako u hepatitidy B pohybuje kolem 30 let. [1, 2, 3, 4, 5]



## 4 SOCIÁLNÍ PROBLÉM UŽÍVÁNÍ DROG

Užívání návykových látek je velmi úzce spjato s mnoha sociálními omezeními. Představuje informace o uživateli drogy, resp. o jeho sociálním zařazení ve společnosti. Sociální problém také nastiňuje příčiny a důsledky užívání drog.

Významnou roli zde hrají rodinné vztahy, nízké vzdělání, špatná kvalita bydlení příp. bezdomovectví. Velkou měrou přispívají ekonomické problémy závislých, které jsou důsledkem ztráty zaměstnání či dluhů. Až 95% závislých využívajících služeb adiktologie má dluhy. [1]

Velmi často se tyto problémy sdružují a mohou vést k sociálnímu vyloučení závislého. V posledních letech je trendem nárůst sociálních souvislostí užívání drog v rámci etnických a národnostních menšin. [2]

Sociální důsledky užívání omamných látek souvisí často s rizikovým sexuálním chováním a s kriminalitou. [2]

Protože sociální problematika užívání drog je velmi obsáhlým tématem, budou v následujících podkapitolách probrána pouze vybraná témata.

### 4.1 SOCIOEKONOMICKÉ FAKTORY

Vztah socioekonomických faktorů a užívání drog je oboustranný. Neutěšená finanční situace může vést ke vzniku závislosti. Obdobně vysoké finanční náklady spojené se získáním drogy vedou k špatné sociálně ekonomické situaci. V rámci socioekonomických faktorů se posuzuje i stav bydlení a vzdělání uživatelů návykových látek. [1, 5]

#### 4.1.1 SOCIOEKONOMICKÉ CHARAKTERISTIKY

Socioekonomické charakteristiky zahrnují dosažené vzdělání, bydlení a uplatnění na trhu práce. Informace jsou získávány od klientů, kteří jsou zapsáni v Registru žadatelů o léčbu. Informace obdržené od uživatelů drog v letech 2010 a 2014 jsou porovnány v následujících tabulkách.

Tabulka 7 - Bydlení jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014

	<b>2010</b>	<b>2014</b>
<b>počet žadatelů</b>	9 005	10 108 (z toho 4 743 prvožadatelů)
<b>bez stálého domova</b>	13,6%	12,7%
<b>bydlící v zařízení</b>	9,7%	10,8%
<b>stálé bydliště</b>	45,3%	43,2%
<b>žijící s rodiči</b>	33,3%	25%
<b>žijící sami</b>	19,3%	23,1%
<b>žijící s dětmi</b>	7,4%	9,5%

Klienti bydlící v zařízení bydlí nejčastěji ve věznicích, ubytovnách, doléčovacích centrech, diagnostických ústavech apod. Počet žadatelů lze rozdělit na dvě skupiny, a to na skupinu, kdy klient žádá o léčbu opakovaně. Druhou skupinou jsou lidé žádající o léčbu poprvé, tzv. prvožadatelé.

Z tabulky č. 7 vyplývá následující. V některých sledovaných parametrech sledujeme nárůst, např. klienti žijící sami, anebo s dětmi. Naopak klientů bez stálého bydliště bylo v roce 2014 zaznamenáno méně. Co se týče porovnání mezi pohlavími, mezi klienty žijícími sami jsou více zastoupeni muži (27,4%) než ženy (13,9%). Opačný trend sledujeme mezi klienty žijící s dětmi, kde převažují ženy.

Dalším významným socioekonomickým faktorem je zaměstnání.

Tabulka 8 - Zaměstnání jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014

	<b>2010</b>	<b>2014</b>
<b>počet žadatelů</b>	9 005	10 108
<b>pravidelné zaměstnání</b>	13,4% prvožadatelů 16% všech žadatelů	17,9% všech žadatelů
<b>nezaměstnaní/ příležitostně zaměstnaní</b>	57,0% všech žadatelů	58,1% všech žadatelů

Z uvedeného vyplývá, že vzhledem k vyššímu počtu žadatelů o léčbu jsou i vyšší počty sledovaných parametrů. Výzkum vztahující se k roku 2014 nabízí i porovnání mezi pohlavími. Soubor klientů s pravidelným zaměstnáním je více zastoupen muži než ženami. Současně i skupina druhá, tedy nezaměstnaní či příležitostně zaměstnaní, je podílově ví zastoupena mužských pohlavím (59,9%) než ženským (54,2%). Na prvních třech příčkách v porovnání nezaměstnanosti se umístili kraje Ústecký, Olomoucký a Moravskoslezský. Nejmenší podíl nezaměstnaných klientů na kraj Karlovarský.

Poslední charakteristikou je dosažené vzdělání klientů.

Tabulka 9 - Vzdělání jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014

	<b>2010</b>	<b>2014</b>
<b>počet žadatelů</b>	9 005	10 108
<b>základní vzdělání</b>	50%	45,5% (ZŠ nebo nedokončené)
<b>středoškolské vzdělání</b>	45,4%	27,7%
<b>vysokoškolské vzdělání</b>	neuveдено	1,5%

Z tabulky č. 9 plyne, že skupinu žadatelů o léčbu tvoří téměř z poloviny lidé s nedokončeným anebo se základním vzděláním. Na tomto trendu se mezi léty 2010 a 2014 mnohé nezměnilo. U skupiny se středoškolským vzděláním, pak převládají střední školy bez maturity. Lze říci, že čím vyšší dosažené vzdělání, tím menší počet uživatelů drog. [1, 5]

#### 4.1.2 ZADLUŽENOST UŽIVATELŮ DROG

Zadluženost patří k negativním sociálním faktorům nejen v běžné společnosti, ale také u uživatelů nelegálních drog. Téměř všichni klienti léčebných center mají dluhy. Dluhy uživatelům vznikají většinou na podkladě ztráty zaměstnání a díky shánění finančních prostředků za účelem získání drogy.

Dluhy většinou nepřevyšují hranici 250 000 Kč. Velká část klientů, ale svou situaci neřeší anebo je situace řešitelná jen s obtížemi. U této skupiny dlužníků je problém dosáhnout na podmínky pro vyhlášení osobního bankrotu, jak ukazují průzkumy.

Se zvyšující se zadlužeností, stoupá i míra využívá sociálních dávek mezi drogově závislími, neboť na sociální dávky se nevztahuje exekuce. S tímto problémem i velmi úzce souvisí nezaměstnanost, protože na mzdu se exekuce většinou vztahují. Z toho vyplývá, že být nezaměstnaný je v dané chvíli pro uživatele drogy mnohem prospěšnější.

Kromě výše zmíněných negativních vlivů zadluženosti je dalšími nevýhodami její vliv na léčbu závislých. Zadluženost má záporné dopady na návrat závislého k běžnému životu a zařazení do společnosti. Také zde existuje vliv zadluženosti na výskyt relapsu. [1,2]

#### Internetový průzkum na téma zadluženost drogově závislých

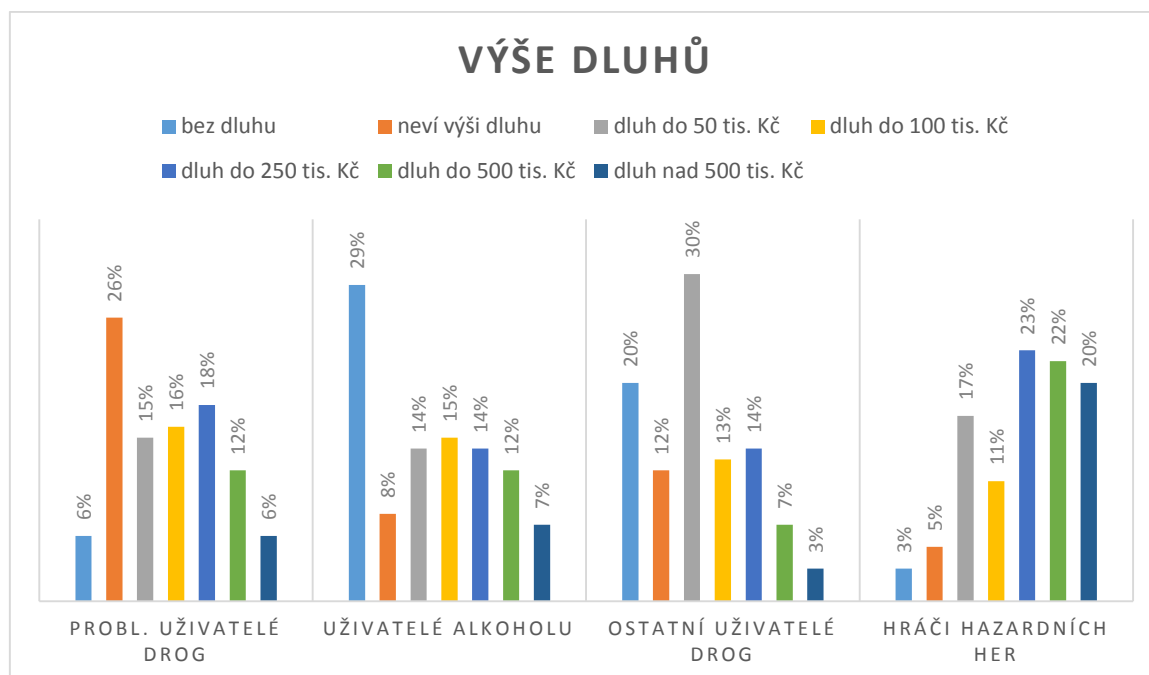
Vzhledem k neustále se prohlubujícímu problému se zadlužeností a jejím vlivem na léčbu drogově závislých, zrealizovalo Národní monitorovací středisko spolu s léčebnými centry průzkum na téma zadluženost. Průzkum se konal na jaře roku 2015 a zapojeno do něj bylo 147 programů pro léčbu drogově závislých. Jednotlivé programy byly rozděleny podle typu zaměření:

- a) program pro problémové uživatele drog
- b) program pro uživatele alkoholu
- c) program pro ostatní uživatele drog
- d) program pro hráče hazardních her.

Skupina programů zahrnovala kontaktní centra a centra následné péče, ambulantní a terénní programy. Průzkum na základě souboru otázek zjišťoval údaje o příčinách, výšce a možnostech řešení dluhové situace a jak se v této problematice pohybují samotní uživatelé adiktologických služeb.

Pomocí následujících grafů je porovnána výše dluhů u jednotlivých programů.

Graf č. 1 – Výše dluhů klientů adiktologických služeb



Z grafu výše dluhů u jednotlivých programů plyne, že problémová uživatelé drog často výši svého dluhu neznají a pokud ano, tak se nejčastěji pohybuje v rozmezí do 250 000 Kč.

Skupina, která až ve 29 % případů dluhy nemá, jsou uživatelé alkoholu. K nejvyšším hodnotám dluhů pak dosahují hráči hazardních her.

Druhá část průzkumu se věnovala otázkám týkajících se vztahu k dluhu. Zda uživatelé řeší svoji situaci za pomoci odborníků, jestli je situace vůbec řešitelná a pokud ano, zda dosahují pozitivních výsledků. Tento směr otázek nabízí možnost porovnání chování problémových uživatelů drog a hazardních hráčů vůči jejich dluhové situaci. Až 68 % hráčů má přehled o svých dluzích a zároveň podobný počet své dluhy také aktivně řeší (i za pomoci odborníků). Naopak uživatelé drog mají jen v 34 % případů představu o svých dluzích. Jako bezvýchodnou situaci chápe zadluženost 40 % uživatelů drog, ale u hráčů je to jen 17 %.

Další úsek prováděné průzkumu se věnoval příčinám vzniku dluhu. Jednotlivé situace byly opět porovnány mezi čtyřmi programy, jak dokládá následující tabulka.

Tabulka 10 - Příčiny zadluženosti klientů adiktologických služeb

	<b>probl. uživatelé drog</b>	<b>uživatelé alkoholu</b>	<b>ostatní uživatelé drog</b>	<b>hráči hazardních her</b>
<b>pokuty</b>	4,0	2,5	3,2	1,9
<b>úvěry</b>	3,7	3,3	2,3	3,7
<b>půjčky</b>	3,0	3,7	2,6	4,2
<b>bydlení, energie</b>	2,2	2,6	2,3	1,5
<b>zdrav. pojištění</b>	4,1	2,7	2,8	2,3
<b>výživné</b>	2,8	2,5	1,3	2,1
<b>telefon, internetové připojení</b>	2,9	2,3	1,9	2,4
<b>trestní řízení</b>	2,7	1,3	1,0	1,5

pozn.: hodnocení je na stupnici 0 – 5, kde 0 představuje nevýznamnou položku a 5 je velmi významná položka, uvedené hodnoty v tabulce jsou průměru

Z tabulky 10 jsou vyplývajícími skutečnostmi, že problémoví uživatelé drog mají nejčastěji dluhy kvůli pokutám a neuhrazenému zdravotnímu pojištění. Stejně tendence sledujeme i u ostatních uživatelů drog. U uživatelů alkoholu a hráčů hazardních her jsou na prvních místech bankovní půjčky a úvěry.

Následující součást průzkumu šetřila vztah exekucí a zadluženosti. A také zda je zadluženost překážkou v sociální reintegraci. Problémoví uživatelé drog opět zaujímají přední příčky. Na druhou stranu všechny programy jsou na srovnatelné úrovni, co se týče postoje zadluženosti vůči reintegraci a relapsu abstinentů. V kontextu exekucí, pak přichází otázky na institut oddlužení. Většina uživatelů drog není schopna dosáhnout takových podmínek, aby mohli využít těchto služeb.

Závěrem průzkumu bylo, že mnoho center poskytujících adiktologické služby, by rádo využívalo služeb odborníků na zadluženost. Velkým problémem v řešení této situace je nestálé bydlení či dokonce bezdomovectví uživatelů drog a alkoholu. Také v této oblasti je

velké riziko kriminálních činů páchaných přímo uživateli drog, nebo se oni sami stávají oběťmi, např. lichvářů. [1]

## 4.2 BEZDOMOVECTVÍ

Bezdomovectví může vést k užívání drog a podobně i závislost může být příčinou, že závislý ztratí domov. Nelze s jistotou tvrdit pouze to či ono. Bezdomovectví a užívání drog jsou úzce spjaty. Samotné bezdomovectví se také vyskytuje jako důsledek poruch duševního zdraví a dalších negativních faktorů. [1]

Vztah mezi bezdomovectvím a drogami je jistě velkou překážkou pro resocializaci závislých. [2]

Mnoho studií a dotazníkových šetření mezi bezdomovci dokládá, že lidé bez domova mají povětšinou stejné zkušenosti s užíváním drog, jako s pitím alkoholu. Obě skupiny jsou zastoupeny přibližně 60 %.

### 4.2.1 MLADÍ BEZDOMOVCI

Mladí lidé se ukazují jako velmi ohrožená skupina v rámci bezdomovectví. Faktory, které je k tomu předurčují, jsou špatné životní a sociální podmínky, nedosažené vzdělání a nemožnost získat zaměstnání. Velkou měrou přispívá užívání drog v rodinné anamnéze. Velkou část mladých bezdomovců tvoří lidé, kteří vyrůstali v ústavní péči. [4]

Různé studie prováděné v zemích západní i východní Evropy dokazují, že počty dětí a mladých dospělých do věku 25 let tvoří až 15% populace bezdomovců. Jednotlivá data se mezi městy a státy samozřejmě liší, jak dokládá následující tabulka. Údaje uvedené v tabulce jsou pouze odhady, skutečná data se mohou lišit. [8]

Tabulka 11 - Odhady počtu bezdomovců

<b>STÁT, MĚSTO</b>	<b>POČET BEZDOMOVců MLADŠÍCH 25 LET</b>
NĚMECKO	7 000 – 9 000
RUMUNSKO	10 000 – 11 000
VELKÁ BRITÁNIE	51 000
NIZOZEMÍ	5 000

Data týkající se České republiky jsou v následující tabulce uvedena podrobněji podle konkrétního věku. Níže uvedené informace byly zjištěny během sčítání bezdomovců Českým statistickým úřadem, který na nich spolupracoval s poskytovateli sociálních služeb.

Tabulka 12 - Počet bezdomovců v ČR do věku 29 let

VĚK	MUŽI	ŽENY	CELKEM
0 - 4	85	97	182
5 - 9	63	55	118
10 - 14	35	62	97
15 - 19	148	100	248
20 - 24	695	304	999
24 - 29	920	261	1 181

Z uvedeného vyplývá, že větší část počtu bezdomovců ve věku do 29 let zaujímají muži a nejvíce je jich v kategorii 24 až 29 let.

Co se týče jednotlivých krajů naší republiky, nejvyššího počtu bezdomovců (2 574) dosáhl Moravskoslezský kraj, na druhé příčce je hlavní město Praha (1 254) a na třetím místě je kraj Jihomoravský (1 156). Nejnižší počet bezdomovců je uveden pro kraj Karlovarský (256).

Celkový počet bezdomovců na území ČR je 11 496, ale vzhledem k problematice zjišťování těchto údajů se odhaduje, že skutečný počet je vyšší. [6]

Vzájemný vztah bezdomovectví a užívání drog je i předmětem mnoha výzkumů, které jsou v rámci České republiky zaměřeny spíše na Prahu. Jeden z průzkumů, kterého se účastnilo 90 bezdomovců ve věku 19 až 26 let, říká, že až 61 % dotázaných použilo nelegální drogu. V 39 % případů se jednalo o pervitin, 21 % zase zaujímají konopné látky, tvrdé drogy jako kokain a heroin zaujímají 1 % a 2 %. [2]

V rámci preventivních opatření byla v České republice schválena Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. Součástí je i řešení užívání drog, jako možnosti vzniku bezdomovectví. [3]



#### 4.2.2 BEZDOMOVCI V ZAHRANIČÍ

Lidé bez domova a závislost na návykových látkách je studována i v zahraničí a této otázce je věnována velká pozornost. Informace o drogově závislých bezdomovcích jsou získávány zejména pomocí dotazníků, které svým klientům poskytují organizace zajišťující sociální služby.

Příkladem podobného průzkumu ze zahraničí, je studie amerických vědců, kteří v rámci Světové zdravotnické organizace testovali vztah bezdomovců k závislostem. Dotazovanou skupinu tvořili bezdomovci a lidé, kteří mají s bezdomovectvím zkušenosti. K šetření byl použit speciální test nazývaný jako ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Na základě tohoto testu se definuje nízké, střední a vysoké riziko vzniku závislosti. Hodnotí se také životní podmínky, četnost užívání návykových látek, sociodemografické faktory a zdravotní stav vzhledem k užívané droze. Po vyhodnocení získaných informací, bylo zjištěno, že nejméně jedna třetina dotázaných (z počtu 601) někdy užívala nelegální drogu. K nejvíce užívaným drogám pak patří konopné látky (19%), kokain (16%) a opiáty (7,5%). U téměř 60 % případů bylo prokázáno střední až vysoké riziko spojené s užíváním nelegálních drog. Výsledky vedou obecně k naléhavé změně v programu prevence užívání drog, tak aby byla účinnější a aby se zabraňovalo případnému relapsu u osob, které již drogy neužívají. [7]

#### 4.3 RODINNÉ VZTAHY

Rodinné vztahy a zázemí mohou být podobně jako bezdomovectví příčinou, ale i důsledkem vzniku drogové závislosti. Rodina hraje významnou roli v prevenci. Uplatňovat se může i v průběhu léčby a následném návratu závislého do normálního života.

Průzkumy v léčebných centrech dokazují, že se v rodinách závislých opakují určité vzorce a znaky vedoucí k závislostem a zejména k jejich rozvoji. [10]

Rodina je první sociální model, se kterým se dítě během svého života setkává. Rodiče zajišťují hmotné zázemí, ale také svou výchovou a učením určují sociální vývoj jedince. Nedílnou součástí je i autoregulace a sebevýchova. Důležitou úlohou rodiny je předávání zvyků, norem, morálních hodnot, které jsou znakem jejich sociálního postavení. [9, 10]

#### 4.3.1 ANAMNÉZA

Rodinná či osobní anamnéza slouží lékařům k bližšímu posouzení zdravotního stavu pacienta, obsahuje informace o prodělaných nemocech, o užívaných lécích, u žen o počtu porodů apod. Mimo tyto údaje může obsahovat informace o zaměstnání a životních podmínkách. Anamnézy se zjišťují v rámci vstupních vyšetření.

U drogově závislých má anamnéza významné postavení neboť může odhalit příčinu vzniku závislosti. Společnými rysy anamnéz závislých jsou traumatické zážitky, se kterými se dotyčný psychicky nevyrovnal a řeší je závislostí. Mezi tyto elementy patří náhlá smrt rodiče, rozvod rodičů a odchod jednoho z nich, násilí, špatné partnerské vztahy a psychická onemocnění. [10]

#### 4.3.2 VZTAH RODIČE A DÍTĚTE

Z uvedené charakteristiky rodiny vyplývá, že podstatou správného vývoje jedince je vztah rodiče a dítěte. Vztah, který je nějakým způsobem narušený či přehnaný (péče a starostlivost) je zahrnut do prvků charakteristických pro rodiny závislých. Dále se lze setkat s problémy způsobenými společným bydlením více generací rodiny. K drogové závislosti nejčastěji vedou přehnané nároky na výkon dítěte ať už ve studiu nebo při sportu apod. Důvody proč začít užívat drogy často také plynou ze špatné komunikace mezi rodinnými příslušníky. Rodina je svému potomkovi vzorem. Jestliže se dítě stává svědkem závislosti u jiného člena rodiny, je u něj mnohem větší šance, že i on jednou bude závislý. Rodina je jeden ze základních pilířů vzniku a rozvoje drogové závislosti. Stejně tak, může být velmi nápomocna během léčby závislého. Jsou to právě rodiče, kdo se obrací na adiktologická centra se slovy: „Mé dítě bere drogy, co mám dělat?“. Nejčastěji se tak děje v době, kdy je dítě okrádá, aby získalo finance na drogy, a svým chováním způsobuje rodině problémy. Rodinné prostředí a zázemí může být zároveň velmi nápomocné v době léčby a zejména v době, kdy se závislý snaží vrátit k běžnému způsobu života. [9, 10, 14, 15]

## 5 OSOBNÍ KONZULTACE

### 5.1 TPN RENARKON

Pro ověření výše zmiňovaných faktů o drogově závislých jsem navštívila centrum terénního programu RENARKON v Kopřivnici. Schůzka s paní Bc. Marií Teodorou Pišlovou, vedoucí terénního programu na Novojičínsku, mi nastínila problematiku drogových závislostí.

RENARKON je společnost poskytující preventivní a léčebné programy pro drogově závislé. Společnost působí v Moravskoslezském kraji, na území města Ostravy a v dalších okresech (Frýdek-Místek, Nový Jičín). V síť těchto, ale i menších měst má společnost rozmístěna kontaktní centra.

Cílem činnosti terénního programu na Novojičínsku je zmapování situace, kontakt se závislým. Tato služba je zapojena také do programu Harm reduction. Tento přístup k závislostem se snaží o eliminaci následků závislosti jak na poli zdravotním, tak sociálním. Zajišťuje tedy svým klientům výměnu stříkaček při injekční aplikaci drog, jedná se o prevenci přenosu infekčních chorob. Dále jsou klientům nabídnuty možnosti na léčbu v závislosti na jejich možnostech a životní situaci. Program Harm reduction se primárně nesnaží o vymizení závislosti, ale koriguje její průběh s ohledem na klienta a společnost.

Co se týká mnou zjišťovaných skutečností, platí, že výskyt nealkoholových drog je v rámci Moravskoslezského kraje velmi vysoký. Nejčastěji se setkáváme se závislostí na pervitinu. Opiáty se objevují hlavně v období dozrávání makovic, teda tzv. v sezóně. Výskyt heroínu velmi nízký, jedná se o finančně špatně dostupnou drogu. Podobná situace je i u kokainu, který se zde neobjevuje téměř vůbec. Dále se v RENARKONU setkávají se závislostí na opiátových náplastech, jedná se o fentanylové náplasti (fentanyl je syntetický opioid). Dalším příkladem je závislost na Tramalu. Tramal je lék proti bolesti a patří také do skupiny opioidů. V poslední době se výskyt těchto dvou závislostí zvyšuje v rámci Novojičínska, tato skutečnost se může považovat i za jakési specifikum místního kraje.

V rámci sociální stránky závislých resp. klientů nejsou údaje centrem RENARKON zjišťovány, neboť se jedná o anonymní službu. Typ bydlení popřípadě bydliště je zjišťováno pouze pro potřeby vedení měst, ve kterých je služba poskytována. Jednotlivá města přispívají na provoz center RENARKONU. Podle slov paní Bc. Pišlové má až 60% klientů své vlastní bydlení (s rodiči, partnerem apod.), část klientů žije na ulici a část přebývá na ubytovnách. Výskyt

bezdomovců mezi drogově závislími není tak častý. Z pohledu pohlaví jsou mezi závislími více zastoupeni muži. V rámci věkového rozmezí je to 30 – 40 let. Zastoupeny jsou také ostatní věkové kategorie. RENARKON poskytuje své služby lidem nad 15 let. Ostatní sociální parametry jako dosažené vzdělání, profese apod. nejsou opět z důvodu anonymity zjišťovány.

Obecně lze říci, že sociální i zdravotní důsledky závislosti plynou z toho, s jakou drogou a v jaké dávce se daný jedinec setká. Drogy vyvolávají změny v centrálním nervovém systému a v kombinaci genetických předpokladů, může i jediná dávka vyvolat psychické problémy. Projevují se pak osobnostní změny, deprese i schizofrenie. „Nikdy nevíme, co to s námi udělá“ slova paní Bc. Pišlové.

Centrum RENARKON poskytuje také poradenskou činnost v možnostech léčby vždy pro konkrétního pacienta v závislosti na jeho možnostech, např. zda se jedná o závislou ženu, která má v péči malé dítě apod. Z hlediska účinnosti se jeví jako nejlepší možnost léčba v komunitním prostředí, kde dochází k tomu, že závislý úplně opustí své původní prostředí, kde se setkával s drogou. Úspěšnost léčby je velmi individuální a je to velmi těžce uchopitelné téma. Vše záleží na tom, zda závislý bude schopen přijmout cestu normálního života bez drogy a jak dlouho vydrží abstinovat a jak bude umět ovládat své chutě. [14]

## 5.2 PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě je oddělením, kde se primárně léčí psychologické poruchy a kde se v menší míře setkávají i s drogově závislími v rámci detoxikačního pobytu. Pobyt trvá přibližně 10 dnů. Pak je v případě zájmu narkomanovi doporučena další léčba. Nejčastěji v podobě adiktologických center a komunitních zařízení, kde léčba probíhá v rozmezí od 2 měsíců až po 1 rok. Doba 2 - 3 měsíce se označuje jako minimální možná pro léčbu závislosti. V tomto období je závislý vytržen ze svého původního prostředí. Je to také minimální doba, kdy je potřeba, aby si závislý uvědomil, že drogu už nechce. V opozici života s drogou je život bez drogy. Normální život je zcela odlišný od života s drogou a nabízí mnoho situací, které mohou vyvolat navrácení k závislosti. Záleží pak na psychologických aspektech, charakteru a osobnostních rysech závislého, zda tyto situace zvládne. V této problematice hraje důležitou roli i rodina, příp. rodiče, tato problematika je více nastíněna v kapitole 4.3.2 vztah rodiče a dítěte. Na psychiatrickém oddělení se nejčastěji setkávají se situací, kdy rodina přivede závislého na léčení, protože jim krade peníze a chtějí

se tak problematického člena rodiny zbavit. Obecně problémem v léčbě narkomanů je jejich asociální chování a nízká motivace. Psychiatrické oddělení je schopno zajistit pro vážné zájemce i ambulantní léčbu a poradenství. Sociální a životní podmínky závislého jsou zjišťovány pouze v případě jeho hospitalizace na detoxikační pobyt. Podle informací od pana primáře patří Moravskoslezský kraj a Ostrava k místům s vysokým výskytem drog.

Podle informací, které mi byly poskytnuty bylo v roce 2014 léčeno na psychiatrickém oddělení 4 504 pacientů (z toho 2 316 žen) a v léčbě závislosti na opiátech bylo z toho počtu 19 případů (z toho 8 u žen), všechny se týkaly věkové kategorie 20 a více let. Následující tabulka uvádí počty léčených pacientů s poruchami v souvislosti závislosti na psychoaktivních látkách.

Tabulka 13 - Počet pacientů, poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, 2014

<b>počet pacientů – poruchy vyvolané psychoaktivními látkami</b>	
<b>celkem</b>	182
<b>z toho žen</b>	73
<b>věkové kategorie</b>	
<b>0 – 14 let</b>	2
<b>15 – 19 let</b>	14
<b>20 let a více</b>	166

Následující tabulka uvádí počty pacientů psychiatrického oddělení v roce 2014 podle užívané psychoaktivní látky. Pacienti jsou rozděleni i podle věku a pohlaví.

Tabulka 14 - Počet pacientů, podle užívané psychoaktivní látky

Psychoaktivní látky	Věková kategorie						Celkem	
	0 – 19 let		20 – 39 let		40 let a více			
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>opiáty celkem</b>	0	1	17	10	9	8	26	19
<b>metadon, buprenorfin</b>	0	0	8	7	3	1	11	8
<b>kanabinoidy</b>	4	0	3	2	0	0	7	2
<b>sedativa, hypnotika</b>	0	0	2	1	10	12	12	13
<b>pervitin</b>	4	3	34	20	4	1	42	24
<b>halucinogeny</b>	0	0	2	0	0	0	2	0
<b>kombinace drog</b>	2	2	14	7	4	6	20	15

Tabulka č. 14 potvrzuje vyjádření, že nejčastěji zneužívanou drogou je pervitin, na druhé příčce jsou opiáty a následovány jsou kombinacemi drog. Nejčastěji se jedná o kombinaci pervitinu s jinými drogami typu opiátů. Nejvíce z hlediska věku je zastoupena kategorie 20 – 39 let, nejméně do 19 let věku. Další doplňující informací je, že nejvíce injekčních uživatelů drog se nachází ve skupině uživatelů pervitinu.

Dále mi byly poskytnuty informace o hospitalizovaných pacientech se závislostí za období roku 2015. V navazující tabulce č. 15 jsou porovnány počty vzhledem k typu drogy, věku a pohlaví.

Tabulka 15 - Pacienti se závislostí hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení, 2015

<b>typ drogy</b>	<b>muži</b>	<b>ženy</b>	<b>celkem</b>
<b>HEROIN</b>	3	4	7
<b>TRAMAL</b>	3	4	7
<b>MARIHUANA</b>	1	0	1
<b>BENZODIAZEPIN</b>	1	2	3
<b>PERVITIN</b>	19	19	38
<b>DROGY CELKEM</b>	27	29	56

Podle zjišťovaného bydliště pochází většina léčených přímo z Ostravy, v mnohem menší míře jsou zastoupena města Frýdek – Místek, Havířov, Kopřivnice a Opava. Průměrný věk přijatých pacientů je 31, 15. Největší podíl opět zaujímají uživatelé pervitinu, z počtu 38 je 24 injekčních uživatelů a 5 v nezletilém věku. [15]

## 6 ZÁVĚR

Psychoaktivní látky patří mezi velmi hojně se vyskytující v rámci celé České republiky. Odhad počtu drogově závislých má v posledních letech konstantní průběh. Nejvíce jsou postiženy hlavní město Praha, kraje Ústecký a Moravskoslezský. Nejmenší podíl výskytu drog má kraj Vysočina. Dále bylo zjištěno vysoké procento zneužívání pervitinu, druhou příčku obsadili další opiáty. Pervitin je zastoupen ve všech krajích České republiky. Injekční způsob aplikace je nejvíce zastoupen právě u uživatelů pervitinu. Vysoké zastoupení mají i konopné látky. Naopak nejnížší nebo žádný výskyt je charakteristický pro heroin nebo kokain. Jedná se o velmi těžce finančně dostupné drogy.

Zdravotní komplikace drogové závislosti souvisí se způsobem aplikace drogy. Charakteristicky se nejčastěji lékaři setkávají s různým typem infekcí. Počet nových případů HIV v průběhu let pozvolna stoupá. Počty nových případů virové hepatitidy A se v průběhu let mění, střídá se poměrně vysoký podíl a nízký podíl. Dalo by se říci, že se vrací v jakých si vlnách. Virová hepatitida B má jiný průběh, počty nově hlášených případů klesají. Pravděpodobně je to dáno dostupným očkováním a prevencí z pohledu činnosti adiktologických center. Virová hepatitida C má velmi konstantní výskyt, který se moc nemění.

Z pohledu sociálních problémů drogově závislých byly porovnávány ekonomické možnosti a zadluženost. Z uvedeného vyplývá, že dluhy jsou většinou spojeny se ztrátou zaměstnání a se získáváním drogy. Dále byla sledována situace bydlení, na základě i osobních konzultací vyvozují, že uživatelé drog mají ve většině případů (až 60%) vlastní bydlení. V rámci sociálních problémů je řečen i postoj rodiny k závislému. Rodina hraje důležitou roli mezi příčinami závislosti a v průběhu léčby.

V závěru práce jsou shrnuty informace získané osobní konzultací na výše zmíněných pracovištích. Na základě těchto návštěv mnou byly potvrzena všechna data týkající se nejen výskytu drog, ale i sociální stránky v rámci Moravskoslezského kraje.



## 7 ABSTRAKT

Tato práce je zaměřena na drogovou situaci v České republice, obsahuje základní přehled psychotropních látek. Problematika drogových závislostí je velmi rozšířená a obsáhlá, proto jsou v kapitolách probrána pouze vybraná témata. Práce je zaměřena na zdravotní problém závislostí. Popisuje infekční choroby, výskyt HIV a AIDS. Práce se také zabývá virovými hepatitidami typů A, B a C. Kapitola o sociálním problému je zaměřena na ekonomické charakteristiky uživatelů drog. Dotýká se také problematiky bezdomovectví a rodinných vztahů. Závěr práce je věnován Psychiatrickému oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě a terénnímu programu Renarkon, které byly místem osobní konzultace a ověřením zjištěných dat v rámci Moravskoslezského kraje.

klíčová slova: psychoaktivní látky, sociální problém drogové závislosti, zdravotní problém drogové závislosti

### ABSTRACT

This thesis is focused on the drug situation in the Czech Republic. It contains basic overview of psychotropic substances. The problem of drug addiction is very expanded and extensive so in the individual chapters discussed only selected topics. This thesis is focused on the health problem of addiction. It describes an infectious disease, the prevalence of HIV and AIDS. This thesis deals with viral hepatitis A, B and C too. The chapter of the social problem is focused on the economics characteristics of drug users. It deals about homelessness and family relationships. The conclusion is dedicated to Psychiatric department of University hospital in Ostrava and outreach program Renarkon which were the places of personal consultation and verification of the identified data within the Moravian – Silesian Region.

Key words: psychoactive substances, social problem of drug addiction, health problem of drug addiction

## 8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Míra celoživotní prevalence užívání drog v populaci v letech 2010 až 2014, porovnání pohlaví, v %.....	9
Tabulka 2 - Střední odhady počtu problémových uživatelů drog v ČR – jednotlivé kraje.....	10
Tabulka 3 - Počet nových případů HIV v České Republice, 2010 – 2014.....	21
Tabulka 4 - Počet nových případů virové hepatitidy A v České republice, 2010 – 2014.....	22
Tabulka 5 - Počet nových případů virové hepatitidy B v České republice, 2010 – 2014.....	23
Tabulka 6 - Počet nových případů virové hepatitidy C v České republice, 2010 – 2014.....	24
Tabulka 7 - Bydlení jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014.....	26
Tabulka 8 - Zaměstnání jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014.....	26
Tabulka 9 - Vzdělání jako socioekonomická charakteristika, porovnání let 2010 a 2014.....	27
Tabulka 10 - Příčiny zadluženosti klientů adiktologických služeb .....	30
Tabulka 11 - Odhady počtu bezdomovců.....	31
Tabulka 12 - Počet bezdomovců v ČR do věku 29 let.....	32
Tabulka 13 - Počet pacientů, poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, 2014.....	37
Tabulka 14 - Počet pacientů, podle užívané psychoaktivní látky .....	38
Tabulka 15 - Pacienti se závislostí hospitalizovaní na psychiatrickém oddělení, 2015 .....	39

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

1. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2015. ISBN 978-80-7440-134-3 [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2014/>
2. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-109-1 [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2013/>
3. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3 [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2012/>
4. MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., KALINA, K., VOPRAVIL, J., KOSTELECKÁ, L., JURYSTOVÁ, L. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 [Annual Report on Drug Situation 2011 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4 [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2011/>

5. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHOMYNOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., FIDESOVÁ, H., NECHANSKÁ, B., VOPRAVIL, J., PRESLOVÁ, I., DOLEŽALOVÁ, P., KOŇÁK, T. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8 [online]. [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2010/>
6. Sčítání lidu, domů a bytů 2011: Výsledky sčítání bezdomovců. Český statistický úřad [online]. [cit. 2016-04-18]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky\\_scitani\\_bezdomovcu](https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky_scitani_bezdomovcu)
7. STRINGFELLOW, E. J., KIM, T. W., GORDON, A. J., POLLIO, D. E., GRUCZA, R. A., AUSTIN, E. L., JONSON, N. K., KERTESZ, S. G., *Substance Use Among Persons with Homeless Experience in Primary Care.*, 2016, PubMed PMID: 26914448, [online] [cit. 2016-04-20] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26914448>
8. ŠŤASTNÁ, Lenka a ŠUCHA, Matúš (eds.). *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí: [monografie]* [online]. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010 [cit. 2016-04-19]. ISBN 978-80-254-6807-4. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/365/1886/Drogy-a-ohrozene-skupiny-mladych-lidi>
9. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha: Portál, 2000, 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
10. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup.* Dotisk 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
11. EBERHARD-METZGER, Claudia a Renate RIES a Ivana KRAUSOVÁ. *Základní kniha o virech.* Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-395-7.
12. GÖPFERTO VÁ, Dana, JANO VSKÁ, Daniela, DOHNAL, Karel a Věra MELICHERČÍKOVÁ. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro střední a vyšší odborné zdravotnické školy.* 3. dopl. vyd. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-223-0.

13. ALBERTS, Andreas a Peter, MULLEN a Tomáš RECMAN. *Psychoaktivní rostliny, houby a živočichové*. Praha: Svojtka & Co., 2002. ISBN 80-7237-448-6.

14. Osobní konzultace: TPN RENARKON, Bc. Marie Teodora Pišlová

15. Osobní konzultace: Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava, MUDr. Petr Šilhán

16. JAHODÁŘ, Luděk. *Farmakobotanika - semenné rostliny*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 278 s.