

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Silvia Demčáková

**Studenti vysokých škol a jejich rizikové chování ve vztahu k návykovým látkám**

College students and hazardous behavior in relation to addictive substances

Bakalářská práce

Mgr. Jana Novotná

Praha, 2012

Prehlásenie:

Prehlasujem, že som záverečnú prácu spracovala samostatne a že som riadne uviedla a citovala všetky použité pramene a literatúru. Súčasne prehlasujem, že práca nebola využitá k získaniu iného alebo rovnakého titulu.

Súhlasím s trvalým uložením elektronickej verzie mojej práce v databáze systému medziuniverzitného projektu Theses.cz za účelom sústavnej kontroly podobnosti kvalifikačných prác.

V Prahe, 31. 03. 2012

SILVIA DEMČÁKOVÁ

Identifikačný záznam:

DEMČÁKOVÁ, Silvia. Studenti vysokých škol a jejich rizikové chování ve vztahu k návykovým látkám. College students and hazardous behavior in relation to addictive substances. 96 stran, 5 příloh. Praha, 2012. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedúca záverečnej práce, Novotná, Jana.

## **Anotácia**

Silvia Demčáková, spracovanie bakalárskej práce na 1. lekárskej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. Moja bakalárska práca má názov, Študenti vysokých škôl a ich rizikové správanie vo vzťahu k návykovým látkam, vedúca bakalárskej práce Mgr. Jana Novotná.

Práca sa zaoberá vzťahom mladého človeka k návykovým látkam, čo si student vysokej školy predstavuje pod pojmom „závislosť, droga“, či sa dostal do kontaktu s drogami a ako danú problematiku dokázal riešiť.

V prvej časti som sa zaoberala rizikovým správaním v jednotlivých oblastiach života, faktormi a v neposlednej rade návykovými látkami, ich delením a účinkami na organizmus. V druhej časti som analyzovala dotazník zameraný na vzťah mladého človeka k návykovým látkam a študentov s lekárskeým a nelekárskym zameraním. Posledná časť sa venovala návrhom pre zlepšenie prevencie voči drogám a záveru bakalárskej práce.

**Kľúčové slová:** rizikové správanie, návykové látky, prevencia, analýza, návrhy.

## **Annotation**

Silvia Demčáková, processing the first thesis Medical Faculty of Charles University in Prague. My thesis is titled university students and their risk behaviors related to drug addictions, leading thesis Mgr. Jana Novotná.

The work deals with the relationship of a young man to drug addictions, what high school student is the term "addiction" and "drug", or coming into contact with drugs, and so as to be able to resolve the issue and how to cope with it.

At first I was writing about risky behavior in different areas of life factors, and not least addictive drugs, and dividing their effects on the body. In the second part, I analyzed the questionnaire focused on the relationship young people to drug addictions and to compare students with medical and paramedical focus. The last part is devoted to various proposals for improving the prevention against drugs and the end of the dissertation.

Key words: risk behavior, addictive substances, prevention, analysis, design.

## Pod'akovanie

Moje úprimné pod'akovanie patrí pani Mgr. Jane Novotnej, za odbornú a metodickú pomoc pri koncipovaní tejto záverečnej práce, za jej rady a pripomienky, ktoré pre mňa boli prínosom.

## Úvod

|  |    |
|--|----|
| <b>Teoretická časť</b> .....   | 11 |
| <b>1 Rizikové správanie</b> .....  | 11 |
| 1.1 Jednotlivé oblasti a rizikové správanie.....   | 11 |
| 1.2 Faktory ovplyvňujúce rizikové správanie vzhľadom<br>k užívaniu návykových látok..... | 15 |
| <b>2 Návykové látky</b> .....  | 18 |
| 2.1 Základné prejavy látkovej závislosti.....  | 18 |
| 2.2 Rozdelenie návykových látok a ich vplyv na jednotlivca.....                          | 19 |
| 2.2.1 Alkohol a tabak ako návykové látky.....  | 19 |
| 2.2.2 Drogová závislosť kanabisového typu.....   | 25 |
| 2.2.3 Drogová závislosť na látkach s centrálnym stimulačným účinkom.....                 | 27 |
| 2.2.4 Drogová závislosť opiátového typu.....   | 32 |
| 2.2.5 Drogová závislosť halucinogénového typu.....                                       | 33 |
| 2.2.6 Drogová závislosť solvenciového typu.....  | 35 |
| <b>3 Prevencia užívania návykových látok</b> .....                                       | 36 |
| 3.1 Primárna prevencia.....  | 36 |
| 3.1.1 Teoretické modely používané v primárnej prevencii.....                             | 37 |
| 3.1.2 Základné typy programov v preventívnej praxi.....                                  | 39 |
| 3.1.3 Metódy pred liečebnej intervencie, liečby a následnej starostlivosti.....          | 42 |
| 3.2 Sekundárna prevencia.....  | 46 |

|  |    |
|--|----|
| 3.3 Terciárna prevencia.....                   | 47 |
| 3.4 Prevalencia užívania návykových látok..... | 48 |
| <b>Empirická časť</b> .....                    | 50 |
| 4. Slovo úvodom.....                           | 50 |
| 5 Voľba problému.....                          | 50 |
| 6 Ciele empirického šetrenia.....              | 51 |
| 7 Analýza empirického šetrenia.....            | 51 |
| 8 Charakteristika empirického šetrenia.....    | 51 |
| 9 Metodika empirického šetrenia.....           | 52 |
| 10 Priebeh empirického šetrenia.....           | 52 |
| 11 Spracovanie empirického šetrenia.....       | 52 |
| 12 Vyhodnotenie empirického šetrenia.....      | 53 |
| 13 Diskusia.....                               | 70 |
| 14 Návrhy pre prax.....                        | 74 |

## **Záver**

Zoznam literatúry

Zoznam tabuliek a grafov

Skratky

Zoznam príloh



## Úvod

Téma mojej bakalárskej práce je „Študenti vysokých škôl a ich rizikové správanie vo vzťahu k návykovým látkam“. Túto tému som si vybrala preto, pretože je v súčasnej dobe dosť aktuálna, pričom pár rokov naspäť bola skôr tabu. V dnešnej dobe je užívanie drog, alkoholu a omamných látok celosvetovým problémom. Každý z nás je vystavený riziku závislosti. Ľudia, ktorí jej podľahnú, si často neuvedomujú, aké následky to pre nich a pre ich okolie môže mať. Sú to nie len sociálne, ekonomické, právne ale aj zdravotné, ktoré často ovplyvňujú aj správanie človeka.

Návykovou látkou sa rozumie alkohol, omamné, psychotropné a ostatné látky, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú psychiku človeka, alebo jeho ovládacie a rozpoznávacie schopnosti, alebo sociálne správanie. Omamné látky sú látky vyvolávajúce návyk a psychickú a fyzickú závislosť ľudí charakterizovanú zmenami správania sa so závažnými zdravotnými a psychosociálnymi následkami. Psychotropné látky ovplyvňujúce stav ľudskej psychiky pôsobením na centrálny nervový systém s menej závažnými zdravotnými a psychosociálnymi následkami. Alkoholickými nápojmi sú liehoviny, destiláty, víno, pivo a iné nápoje, ktoré obsahujú viac ako 0,75 objemového percenta alkoholu.

To sú definície návykových látok a to, čo si pod týmto pojmom môžeme predstaviť. Na každú z týchto látok vzniká po dlhšom čase užívania návyk. No aj napriek tomu, že ľudia poznajú vedľajšie účinky týchto látok skúsia ich. Cítia sa po nich dobre, niektorí to urobia len kvôli zábave, či z nudy. Často je to aj preto, že si myslia, že týmto sa vyriešia ich problémy. No často do toho spadnú a ani nevedia ako a potrebujú túto návykovú látku čoraz viac a viac. Vzniká závislosť, z ktorej sa človek len tak sám nedostane. Najprv si musí sám uvedomiť, že potrebuje pomoc a túto potom aj vyhľadať, aby mu pomohla sa tohto návyku zbaviť. Chce to ale veľa úsilia a veľmi dlhý čas. Človek s pevnou vôľou a dostatkom síl to nakoniec zvládne. Lepšie je s týmito návykovými látkami ani nezačínať, potom človek nemusí hľadať prvú pomoc a odborníka.

Túto tému som si vybrala aj preto, lebo som chcela zistiť, aké majú mladí ľudia skúsenosti s návykovými látkami.

Veľa sa človek dozvedá o návykových látkach aj prostredníctvom médií, internetu, televízie. Ľudia chcú často skúsiť to, čo vidia a myslia si, že nič im nemôže ublížiť, no často je opak pravdou.

V prvej časti som sa venovala hlavne návykovým látkam, ich rozdeleniu, rizikovému správaniu v určitých oblastiach života človeka a prvou pomoc, ak človek prepadne drogám. V druhej časti som sa pozrela na vzťah človeka k návykovým látkam, ako ich mladí ľudia vnímajú, čo si pod týmto pojmom predstavujú. V záverečnej časti som sa zamyslela nad tým, čo by mal ale aj nemal človek robiť, aby neprepadol závislostiam.

# **Teoretická časť**

## **1 Rizikové správanie**

### **1.1 Jednotlivé oblasti a rizikové správanie**

#### **Rizikové správanie v dospievaní**

Dospievanie je obdobím radikálnych zmien v organizme i v osobnosti vyvíjajúceho sa jedinca. K rizikovým faktorom v tomto období patrí prudký telesný rast, nové hormonálne pomery, zmeny imunitného systému a radikálna zmena v spôsobe života. V dospievaní by mal organizmus dozrieť pre nároky dospelosti, a to v oblasti telesnej, citovej, intelektuálnej a sociálnej. Dospievajúci si potrebuje v krátkej dobe vytvoriť vlastnú identitu a stupnicu hodnôt, vybrať si povolanie a pripraviť sa na neho, osamostatniť sa od rodiny a vytvoriť si správny vzťah k druhému pohlaviu. Väčšina mládeže sa s týmito nárokmi úspešne vyrovná, ale v poslednom desaťročí stále väčšia časť prijíma rizikový spôsob života, niekedy aj s negatívnymi následkami pre ďalší život. Ide o trend celosvetový, ale najviac sú tieto fakty sledované a analyzované v USA- predovšetkým od konca deväťdesiatych rokov. Hovorí sa o „novej morbidite“ mládeže.

Ide predovšetkým o niekoľko okruhov rizikového správania, ktoré je súčasne problémovým správaním: zneužívanie návykových látok spolu s alkoholom, delikvencie a predčasný sexuálny život. Bolo dokázané, že tieto prejavy sa vyskytujú často spoločne, jednak majú často rovnaké príčiny, rovnaké rizikové a ochranné faktory pre svoj vznik. Tvorí preto vlastne určitý syndróm.

Rizikové správanie dospievajúcich, ktorým sa zaoberajú hlavne lekári, psychológovia a sociológovia je „správanie“, ktoré môže priamo alebo nepriamo ohroziť prospech, zdravie, ale aj celý ďalší život mladých ľudí<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> HAMANOVÁ, Jana , et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. odborný seminář. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 100 s. ISBN 80-902898-0-0

## **Rizikové správanie v psychosociálnej oblasti**

V širšom rámci rizikového správania musíme odlišiť problémové správanie a poruchu správania- ako psychiatrickú diagnostickú kategóriu. Ide o plynulý prechod, kedy záleží na dĺžke trvania, ktorá pre poruchu bola určená dĺžkou 6 mesiacov.

Príklady tohto správania, nadmerné bitky alebo tyranizovanie slabších, krutosť k iným ľuďom alebo zvieratám, závažné ničenie majetku, zakladanie ohňa, krádeže, opakované klamanie, školské neúspechy, úteky z domova, mimoriadne časté a intenzívne výbuchy zlosti, vzdorovité provokatívne správanie a trvalá silná neposlušnosť.

Pre každé z vývojových období je typická iná porucha správania. Hyperkinetická porucha, typická pre rané detstvo, v adolescencii často prechádza v agresívne, vzdorovité a disociálne správanie s bitkami, tyranizovaním slabších, krutosti ku zvieratám, krádežiam, klamaniam a chodením za školu. Býva častejšia u chlapcov a jej prognóza je lepšia tam, kde je súčasťou celkovej rodinnej dysfunkcie, pretože ju možno ovplyvniť systémovou psychoterapiou. Diferenciálne diagnosticky je nutné pomýšľať na schizofréniu, mániu a depresiu. Pre adolescenciu sú ďalej typické napríklad porucha opozičného vzťahu a porucha emócií, prejavujúca sa najčastejšie ako depresia. Medzistupňom medzi normálnym vývojom a poruchou správania je sociálna maladaptácia, ktorá sa prejavuje ako nevhodný spôsob zvládania stresu (agresia, vzdor, úzkostné jednanie alebo hádka). Pre adolescentov je typická i sociálna fóbia, tj. strach zo strápenia sa pred ľuďmi. Druhou až treťou najčastejšou príčinou smrti u dospievajúcich je samovražda. Výskyt depresívnych príznakov u detí stúpa s vekom- v puberte dosahuje 12-15 % a v dospievaní až 18%. Počet adolescentných samovrážd v populácii koreluje s mierou nezamestnanosti, počtom populácie pod 15 rokom veku, počtom nezamestnaných žien, počtom rozvodov, vrážd, abuzom alkoholu a poklesom viery v populácii.

## **Riziká v oblasti reprodukčného zdravia. Predčasný pohlavný život**

V súčasnosti kombinácia mnohých faktorov tlačí na mladých ľudí, aby začali sexuálne žiť pred svadbou - so závažnými dôsledkami pre psychologické, fyzické i sociálne zdravie ich a ich detí. Môže ísť nielen o pohlavné ochorenia, nežiaduce tehotenstvo a potraty, ale aj o škody v ich celkovom i sexuálnom vývoji. Podľa WHO „sexuálne zdravie predstavuje taký súhrn telesných, citových, rozumových a spoločenských stránok človeka ako sexuálnej bytosti, ktorý obohacuje osobnosť, zlepšuje ich vzťahy k ľuďom a rozvíja

schopnosť lásky“. Predpokladá to určitú osobnostnú zrelosť, ktorú väčšina dosahuje až v neskoršej adolescencii, po 18. roku).<sup>2</sup>

Tehotenstvo pred devätnástym rokom sa považuje za predčasné a nežiaduce, pretože navzájom interferujú potreby dospievajúcej matky a rastúceho plodu. Osa hypotalamus-hypofýza-ovaria spravidla dozrievajú až dva roky po menarché. Dostatočne zrelé nie sú ani pohlavné orgány. V dospievaní je fyziologickým javom ektopia cylindrického epitelu deložného hrdla, ktorá sa uplatňuje ako rizikový faktor pre ľahší postup infekcie a pri predčasnom zahájení pohlavného života pred 17.- 19. rokom i pre neskorší vznik karcinomu hrdla. V našich zemiach došlo za posledných päťdesiat rokov k urýchleniu pohlavného zrenia v priemere o 4 mesiace- priemerná doba menarché je dnes 12 rokov a 4 mesiace.

Do dnešného dňa je známe celkom 34 sexuálne prenosných infekčných agens. Mimo klasických pôvodcov pohlavných chorôb medzi nich patrí i HIV, chlamydie trachomatis, papillomavirus, vírus hepatitídy B, cytomegalovírus a kvasinky. Rizikovou skupinou pre vznik HIV pozitivity je mládež trpiaca nejakou pohlavnou chorobou, tá, ktorá začala predčasne pohlavne žiť, ktorá mala viac ako 5 partnerov za život, homosexuálna populácia, intravenózni užívatelia drog. U skupiny s najrizikovejším správaním sa odporúča ponúknuť ochranné pomôcky. Hormonálna antikoncepcia v adolescencii je značne kontroverzná záležitosť a možno ju odporučiť bez výhrad tam, kde by bez jej používania došlo k otehotneniu. Bolo dokázané, že skorý vývoj, vedie k vyššiemu počtu ektopii vedie k dievčat pri viacročnom užívaní k zvýšenému riziku karcinomu prsnej žľazy.

### **Riziká v oblasti toxikománie**

Na prvom mieste medzi návykovými látkami u dospievajúcich sú alkohol, konope a pervitín s heroínom. Pre diagnózu závislostí musia byť splnené najmenej tri z nasledujúcich šiestich kritérií v priebehu posledných dvanástich mesiacov: silná túžba alebo nutnosť užívať látku, problémy v kontrole užívania, telesný odvykajúci stav pri vysadení, vznik tolerancie, zanedbávanie iných potešení alebo záujmov, pokračovanie v užívaní cez jasný dôkaz o škodlivosti. U detí so stredným rizikom vzniku závislostí sa môžu negatívne uplatniť drogy (alkohol, tabak, marihuana), ich menšia konzumácia

---

<sup>2</sup> HAMANOVÁ, Jana , et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. odborný seminář. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 100 s. ISBN 80-902898-0-0

nemusi byť spočiatku alarmujúca, ale je nezanedbateľná, pretože pripraví organizmus na prechod k tvrdým drogám. K negatívnym účinkom fajčenia konope patrí vplyv na kognitívne a dýchacie funkcie a útlm imunity. Konope sa v organizme veľmi pomaly detoxikuje a ešte 24 hodín po jeho konzumácii je značne riskantné riadiť motorové vozidlo. Je aj značne kancerogénne. Dospievajúci veľmi často konzumujú konope raz až dvakrát týždenne napríklad na diskotékach. V združení Rodičia proti drogám (tel. č. 02/ 74 18 65) za nízky poplatok možno získať manuály „ Ako prekonať problémy s alkoholom“, „Patologickí hráči“ a „Ako prestať brať drogy“, ktoré môžu účinok intervencie zvýšiť. U odvykajúcej liečby pri konzumácii heroínu je nutné zistiť používanú dennú dávku a prítomnosť či neprítomnosť telesnej závislosti. Odvykajúci syndróm sa prejavuje bolesťami hlavy, kĺbov, kŕčmi, dystrofiou, tachykardiou a tachypnoiou. Postupujeme symptomaticky, pri ťažkých prípadoch nahradíme heroín prechodne Temgesicom, ktorý postupne vysadíme. Pri otrave opiátmi podávame Naloxon, musíme však počítať s tým, že po jeho aplikácii vznikne odvykajúci syndróm, a pacienta je nutné sledovať a zaistiť. Pri predávkovaní kokaínom a inými stimulanciami je liekom prvej voľby Diazepam. Odvykanie od návykových látok prechádza niekoľkými štádiami, od uvažovaní o zmene, k rozhodnutiu a jednaniu a zasa späť k recidíve, po ktorej nasleduje nové uvažovanie o zmene<sup>3</sup>.

### **Vzájomná súvislosť jednotlivých druhov rizikového správania**

Aj keď každý jav rizikového/problémového- a zvlášť už rozvinutého správania je treba samostatne študovať do hĺbky a pristupovať k nemu v tomto zmysle špecificky a špecializovane, súčasne sa ukazuje i nutnosť celostného prístupu k tejto problematike ako k celku. Asociácia týchto javov a ich vzájomné uľahčovanie vzniku sú pochopiteľné. Ich štatistická korelácia bola v posledných dekádach jasne dokázaná v mnohých zemiach sveta. Napríklad v USA (n = 1500) u sexuálne aktívnych dospievajúcich bola 6,3krát vyššia pravdepodobnosť konzumácie alkoholu, 4krát vyššia pravdepodobnosť užívania ilegálnych drog mimo marihuany, 9,7krát vyššia pravdepodobnosť účasti na jazde pod vplyvom drog. Potvrdené boli aj asociácie užívania drog, alkoholu, nikotínu, agresia, delikvencia, úrazy,

---

<sup>3</sup> *Syndrom rizikového chování v dospívání* [online]. 2007 [cit. 2011-03-27]. [Http://www.zdrava-rodina.cz](http://www.zdrava-rodina.cz). Dostupné z WWW: <[http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498\\_40.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html)>

predčasný sex, pohlavné choroby, ale tiež asociácie týchto javov s depresiou, samovraždami, nedostatočným užívaním kondómov alebo kontracepcia.<sup>4</sup>

## **1.2 Faktory ovplyvňujúce rizikové správanie vzhľadom k užívaniu návykových látok**

### **Individuálne faktory**

**Rizikové:** v detstve problémové správanie, zanedbávanie a zneužívanie deti, a adolescencii malá sebadôvera a sebedomie, chronická nemoc a handicap, tehotenstvo a rodičovstvo, zlý školský prospech, malé a neisté perspektívy pre budúcnosť, nezamestnanosť a veľká chudoba, sklon ku riskovaniu, príslušnosť k menšinám (rasovým, etnickým, náboženským).

**Ochranné:** vysoká inteligencia, pri ev. negatívnych skúsenostiach, v detstve vyrovnanie sa s nimi, sebaúcta a sebadôvera, pozitívne perspektívy a možnosti pre budúcnosť, zapojenie do „pozitívnej“ skupiny vrstovníkov, oceňovanie vzdelania a zdravia, účasť na živote cirkvi a v školských a dobrovoľných aktivitách, empatie, altruizmus, duchovná orientácia, schopnosť sebakontroly.

### **Rodinné faktory**

**Rizikové:** významná strata v rodine, rodičia chronicky nemocní (telesne alebo duševne, závislí na návykových látkach), rodičia príliš autoritatívni alebo naopak zanedbávajúci alebo benevolentní, nedostatočná komunikácia a dysfunkčná rodina.

**Ochranné:** dobré vzťahy v rodine, otvorená komunikácia, neprítomnosť rozporov medzi hodnotami rodiny a vrstovníkov.

### **Postoj rodičov**

Najdôležitejší vplyv na postoj detí k alkoholu a drogám majú rodičia. Mládež v zmysle naučených vzorcov správania robí to, čo videla doma. Ak mladí ľudia vidia, že ani jedna oslava sa nezaobíde bez alkoholu, že rodičia si sadnú za volant po užití alkoholu, že stres z práce alebo iné problémy utlmujú alkoholom, cigaretami alebo inými látkami, môžeme sa domnievať, že sa budú veľmi podobne správať aj oni. Často sú to práve rodičia, ktorí

---

<sup>4</sup> HAMANOVÁ, Jana , et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. odborný seminář. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 100 s. ISBN 80-902898-0-0

zaoštarávajú alkohol na tínedžérske oslavy a neuvodomujú si potenciálne nebezpečné následky.

### **Vzťah rodičov k deťom**

Značné množstvo rodičov je zaneprázdnených alebo podcenilo potrebu investovania svojho času do vytvárania kvalitného rodinného prostredia, v ktorom má miesto láska, starostlivosť, ale aj zodpovednosť a kontrola dodržiavania pravidiel.

Dr. Stephen Glenn, bývalý riaditeľ Národného protidrogového centra vo Washington D.C., hovorí: „Rodičia sú zväčša buď príliš prísni alebo príliš tolerantní, pretože úprimne veria, že je to tá najláskavejšia vec, ktorú môžu pre svoje deti urobiť. Správanie detí je však ovplyvnené ich vlastným vnímaním pravdy, a nie tým, čo pravda v skutočnosti je. Nemôžeme si dovoliť slepo veriť, že v našej rodine sa to nemôže stať.“

### **Nedostatočná pozornosť alebo problematická reakcia zo strany rodičov na správanie dieťaťa**

Správanie dieťaťa sa utvára do značnej miery v súlade s očakávaním či reakciami rodičov. Ako udržujúce faktory, ktoré bránia smerom ku zdravšiemu rodinnému prostrediu, môžeme považovať nedostatočnú pozornosť k pozitívnemu správaniu dieťaťa a naopak nadmernú pozornosť a citlivosť k chybe a sklamaniu. Výhovné alebo korigujúce postupy sa deju nedôsledne, často prostredníctvom výčitiek.<sup>5</sup>

### **Spoločenské faktory**

Rizikové: chudoba, príležitosť k nelegálnym činnostiam, negatívne vzory v okolí, rizikové a negatívne správanie v médiách, legálny prístup ku zbraniam, nízka úroveň vzdelania, nezamestnanosť.

Ochranné: kvalitné školy, dospelí, ktorí sa venujú mládeži, kvalitné vzory v spoločnosti, obecne malá permisivita k negatívnym sociálnym javom, stále pozitívne posolstvo v médiách, príležitosti pre kreativitu mládeže, prísne zákony o zbraniach a drogách.

Pokiaľ ide o socioekonomický status rodiny, chudoba je rizikom, ale neznamená nutne vždy vysoké riziko, v mnohých ohľadoch sú minimálne rovnakí rizikovní dospievajúci

---

<sup>5</sup> *Mestská polícia Nitra* [online]. 2007 [cit. 2011-03-13]. [Http://www.mspnitra.sk](http://www.mspnitra.sk). Dostupné z WWW: <<http://www.mspnitra.sk>>



z najvyšších sociálnych tried (predovšetkým v konzumácii drog a iných návykových látkach), kde býva tiež nízky rodičovský dohľad. Najmenej riziková je stredná sociálna trieda.

V poslednej dobe sa zdôrazňuje kombinácia sociálnych faktorov s biologickými a vo svete sa teraz začínajú hodnotiť aj riziká pracovné.

Nepriaznivým prognostickým faktorom je skorý začiatok problémového správania a záleží predovšetkým na vzájomnom pomere rizikových a ochranných faktoroch, či sa z experimentovania vyvinie rizikový životný štýl<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> HAMANOVÁ, Jana , et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. odborný seminář. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 100 s. ISBN 80-902898-0-0

## 2 Návykové látky

Zneužívanie návykových látok sa často označuje ako **abúzus látok**. Vzniknutý stav látkovej závislosti sa dnes predovšetkým označuje ako syndróm závislosti na návykových látkach, a ak vieme o ňom ide vždy o duševnú poruchu vyvolanú pôsobením psychoaktívnych látok.

### 2.1 Základné prejavy látkovej závislosti

Látková závislosť je charakterizovaná základnými javmi. Sú to:

#### 1. **Baženie** (craving, silná túžba alebo nutkanie užiť látku)

Baženie má nasledujúce riziká:

- oslabenie pamäte a schopnosti rozhodnúť sa,
  - predlžuje sa reakčný čas, t. j. zhoršuje postreh,
  - objavujú sa pri ňom prejavy stresu,
  - súvisí s druhým znakom závislosti, t. j. zhoršuje sebaovládanie
- #### 2. **Zhoršenie sebaovládania:** Ide pravdepodobne o najdôležitejší znak závislosti, i keď podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb sú znaky závislosti rovnocenné. Tento znak úzko súvisí s bažením, ale nie je s ním totožný. Baženie zhoršuje sebaovládanie. Na druhej strane však i ľudia, ktorí trpia silným bažením, si môžu zachovať sebaovládanie. Uvedené platí i naopak: ľudia sa môžu prestať vo vzťahu k návykovej látke ovládať, aj keď nepocitujú baženie.
- #### 3. **Odvykajúci stav:** Prejavy odvykajúcich stavov sa líšia v závislosti od látky a odlišný je i čas nástupu. Tak napríklad epileptické záchvaty v rámci odvykajúcich stavov po alkohole nastávajú typicky za 24 hodín po vysadení alkoholu. Ťažkosti pri odvykajúcich stavoch často majú opačný charakter, než sú účinky látky. Napríklad pri opioidoch, ktoré pôsobia protikŕčovo, sa objavujú pri odvykajúcich stavoch kŕče, pri intoxikácii opioidmi je badateľné zúženie zorníc, zatiaľ čo pri odvykajúcom stave ich rozšírenie. Z hľadiska ohrozenia života sú najnebezpečnejšie odvykajúce stavy po alkohole a vysokých dávkach tlmivých liekov.

4. **Rast tolerancie:** Na dosiahnutie účinku sú potrebné vyššie dávky látok a rovnaké dávky majú nižší účinok. Zvýšená tolerancia môže vzniknúť v dôsledku nižšej reaktivity centrálného nervového systému na návykovú látku. Ďalšou možnosťou je, že látka sa môže rýchlejšie odbúravať (napríklad rýchlejšie odbúravanie alkoholu v pečeni). Tento znak závislosti je zo všetkých najmenej spoľahlivý, pretože u závislých, naopak, často dochádza k poklesu tolerancie.
5. **Zanedbávanie iných potešení a záujmov:** Tento znak úzko súvisí s prvými dvoma znakmi. Pod záujmom tu chápeme nielen záľuby, ale aj záujem o rodinu alebo prácu. Zháňanie alkoholu či inej drogy, látky, jej aplikácia, zotavenie atď. často zaberá závislému väčšinu času. Po skončení liečby ho treba vhodne vyplniť nielen prácou, ale aj oddychom. Ten by mal okrem iného kompenzovať jednostranné pracovné zaťaženie.
6. **Pokračovanie v užívaní napriek škodlivým následkom:** Aby išlo o znak závislosti, musí byť pacient o škodlivých následkoch informovaný. Tak napríklad niekto si návykovou látkou poškodzuje pečeň. Keby v návykovom správaní pokračoval i po tom, čo sa o ochorení pečene dozvedel, bol by to znak závislosti (Nešpor, 2008).

## **2.2 Rozdelenie návykových látok a ich vplyv na jednotlivca**

### **2.2.1 Alkohol a tabak ako návykové látky**

Najčastejšie užívané návykové látky v Českej republike sú alkohol a tabak.

**Alkohol** (etylalkohol) patrí do skupiny hypnosedatív s krátkodobým účinkom zasahujúcim do metabolizmu buniek nervovej sústavy. Je vstrebávaný sliznicou tráviaceho traktu difúziou. Nápoje obsahujúce kyselinu uhličitú alebo dráždivé látky zrýchľujú vstrebávanie, nápoje obsahujúce väčšie množstvo cukru sú vstrebávané pomalšie. Prenikanie alkoholu do rôznych orgánov je závislé na ich prekrvení, najrýchlejšie sa dostáva do mozgu, pľúc, pečene a ľadvín. Resorpcia alkoholu a dosiahnutie rovnováhy medzi krvou a tkanivami trvá priemerne 90 minút. Ide o resorpčnú fázu. Vo fáze eliminačnej potom nastáva vylučovanie a chemické rozkladanie. V 5% je nezmenený alkohol vylúčený v moči, potu, dychu, v 95% je enzymaticky rozkladaný za pomoci koenzýmov na acetaldehyd, ten potom na acetát a vodu. Celý proces je ešte zložitejší, lebo do neho zasahuje tzv. mikrosomiálny ethanoloxidujúci systém (MEOS).

Pojem „návyková látka“ nájdeme v trestnom zákone č. 140/1961 Sb. Návykovou látkou sa rozumie alkohol, omamné a psychotropné látky a ostatné látky spôsobilé

nepriaznivo ovplyvniť psychiku človeka alebo jeho ovládajúce a rozpoznávacie schopnosti alebo sociálne správanie.

Súčasne právna úprava považuje za alkoholické nápoje liehoviny, víno, pivo a iné nápoje, ktoré obsahujú viac než 0,5 objemového percenta alkoholu.

Nadmerná konzumácia alkoholu zahrňuje nasledovné problémy:

1. **somatické**: zhubné nádory, kardiovaskulárne ochorenia, ochorenia tráviacej sústavy, poruchy výživy a premeny látok, infekčné ochorenia, nervové ochorenia, ochorenia krvi a krvotvorných orgánov, ochorenia kože a svalov. Významnú roľu hrajú otravy a úrazy,
2. **psychiatrické**: psychická závislosť na alkohole, syndróm z odňatia, delírium tremens, psychotické stavy vyvolané alkoholom, poruchy osobnosti, zvýšené riziko depresii a samovrážd,
3. **sociálne**: nižšia produktivita práce alebo dlhodobá nezamestnanosť, bezdomovstvo, nedokončené vzdelanie, rodinné problémy, rozvody, zanedbávanie detí, finančné problémy, trestná činnosť.

Zdravotné dôsledky v súvislosti s fajčením sú varujúce. Najviac úmrtí v dôsledku fajčenia spôsobujú kardiovaskulárne ochorenia a nádorové onemocnenia, alergie a astmu a ďalšie ochorenia dýchacej sústavy. Ročne v Českej republike zomrie na ochorenia spôsobené užívaním tabaku približne 18 000 osôb (tj. celkom 26% zo všetkých úmrtí muži, 7% ženy). V porovnaní s nefajčiarmi zomierajú fajčiari o 15 rokov skôr.<sup>7</sup>

Závislosť na alkohole a závislosť na tabaku má podľa Medzinárodnej klasifikácie nemocí definovanú diagnózu (závislosť na alkohole = F10, závislosť na tabaku = F17). V oboch prípadoch sa hovorí o chronickom ochorení (ÚZIS ČR, 2011).

### **Akútna intoxikácia alkoholom**

Už po použití malej dávky alkoholu dochádza k zníženiu úzkosti, eufórii, psychické relaxácii. Pre toto pôsobenie vedúce k príjemnému psychickému uvoľneniu, zlepšeniu neistoty a odstráneniu pocitu neistoty bol, je a bude alkohol vyhľadávaní a používaní.

Subjektívne pozitívne pocity sú však sprevádzané účinkami negatívnymi, ktoré po zvyšovaní dávok vystupujú do popredia. Dochádza k preceňovaniu vlastných síl, strate

---

KLENEROVÁ, Věra; HYNIE, Sixtus. *Závislost na návykových látkách*. 1.vydání . Praha : MŠMT ČR a 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X

sebakontroly, oslabení vyšších etických citov, spoločenskému taktu. Spoločensky najnebezpečnejší je stimulujúci vplyv alkoholu na agresivitu. Alkohol zvyšuje agresívne správanie predovšetkým u osôb psychopatických, ale môže vyprovokovať latentnú agresivitu aj u osôb, u ktorých sa to bez použitia alkoholu neprejavuje. Narušená je aj činnosť zmyslových orgánov, najmä zraku. Dochádza k poruche adaptačných schopností na svetlo, farbu, plastické videnie, bočného a priestorového videnia. Neskôr dochádza i k poruchám sluchu<sup>8</sup>.

Podľa stupňa porušenia psychických, senzorických a motorických funkcií sa rozoznáva:

**Podnapitosť:** najmiernejší stupeň postihnutí uvedených funkcií. Tento stupeň nemusí byť spozorovaný, môžu ho rozpoznať osoby, ktoré dotyčného dobre poznajú. Poruchy sú zistené podrobným vyšetrením, testami. Je tu zhoršená koordinácia jemnejších pohybov, dochádza k predĺženiu reakčnej doby, čo môže zvýšiť možnosť nehody u vodičov a i v iných zamestnaniach.

**Ľahký stupeň opitosti:** okoliu je už nápadná zmena správania intoxikovaného, dochádza k excitáciám, zvýšeniu psychomotoriky, zníženiu morálnych zábran, agresivite, uvoľnenia i v sfére sexuálnej. U intoxikovaných osôb dochádza k narušeniu motorických funkcií, sú pohybovo neistý, rozlievajú tekutiny. Majú narušené senzorické funkcie, najviac zrak, neskôr aj sluch.

**Stredný stupeň opitosti:** výrazný útlm, spomalenie psychomotoriky, málo zrozumiteľná a blábolivá reč, zníženie pozornosti, pády.

**Ťažký stupeň opitosti:** tuposť, strata orientácie, spomalené vybavovanie predstáv, nezrozumiteľná reč, neschopnosť chôdze.

Ďalší stupeň je otrava alkoholom, bezvedomie, smrť<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie : Obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha : Galén, 2005. 248 s. ISBN 80-7262-301-X

<sup>9</sup> ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Návykové látky a současnost*. 1. vydání . Praha : Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2

Po pravidelnom a nadmernom užívaní alkoholu dochádza k zmenám v ľudskom organizme, k zmenám psychického stavu a zmenám správania.

Na základe analýzy súboru pacientov vyvodil zakladateľ modernej alkohológie Kanad'an českého pôvodu biochemik E.M. Jelínek päť typov :

- typ alfa,
- typ beta,
- anglosaský, gama typ,
- typ delta,
- typ ypsilon alkoholovej závislosti.

Typ alfa môže za nedisciplinované občasné nadmerné užívanie alkoholu spôsobiť spoločenské problémy, nevedie k progresii.

Pri type beta Jelínek uviedol, že veľmi skoro dochádza k telesnému poškodeniu, aj keď nedôjde k vytvoreniu závislosti.

Anglosaský, gama typ alkoholovej závislosti je najbežnejší u nás. Má 4 vývojové štádia:

- Fáza počiatková: alkohol je vyhľadávaný predovšetkým pre psychoaktívny účinok, pitie prináša úľavu. Frekvencia pitia a množstva používaného alkoholu stúpa, k intoxikácii nedochádza.
- Fáza varovná: osoba pozoruje, že bez alkoholu nemôže byť, pije v spoločnosti rýchlejšie než ostatní, prechádza od nápojov mierne koncentrovaných k silnejším. Dochádza k intoxikáciám, ich frekvencie sa zvyšujú. Tolerancia na alkohol stále stúpa.
- Fáza rozhodná: dochádza ku strate kontroly pitia. Po použití i malého množstva alkoholu nastáva zníženie autoregulácie ďalšieho pitia alkoholu. Amnézie na obdobie intoxikácie bývajú časté. Pitie prináša problémy v spoločenskom živote, objavujú sa aj zdravotné problémy. Osoba nie je schopná sa zo svojej závislosti sama bez liečenia vyslobodiť.
- Fáza ovládacia: osoba sa opije i po malom množstve alkoholu a býva opitá i niekoľko dní bez vytriezvenia. Upadá fyzicky i psychicky, má depresie, objavujú sa alkoholické psychózy, niekedy samovraždy. Vždy je viditeľný úbytok intelektuálnych schopností, degraduje celá osobnosť.

Typ delta, tzv. románsky je typický pre vinárske zemi (Taliansko, Francúzsko, južná Morava). Pri tomto spôsobe pitia sa udržuje stála hladina alkoholu v krvi, prejavy intoxikácie nebývajú časté. Tento spôsob pitia poškodzuje niektoré orgány, najmä pečeň.

Typ ypsilon, skôr označovaný ako dipsománia, kvartálne pitie, znamená nadmerné používanie alkoholu. Najčastejšie ide o symptomatické pitie pri psychickej chorobe (epilepsia, schizofrénia).

## **Tabak**

Všetky formy spotreby tabaku, to je fajčenie cigariet, dútnikov, fajok, žuvanie tabaku - „šňupanie“, ale aj pasívne vystavenie produktom horenia tabaku významne prispieva ku vzniku viac než 20 rôznych ochorení a predčasnému úmrtiu na nich. Fajčenie sa stáva významným a závažným problémom zdravotníckym, ale aj celospoločenským nielen u nás, ale aj vo svete. Podľa odhadov WHO tvoria fajčiari asi jednu tretinu dospelaj populácie, zvyšuje sa prevalencia fajčenia v mladších vekových skupinách.

Cigarety a alkohol sú dva iné druhy legálnych drog. (V Spojených štátoch môžu dospelí 18 a starší kúpiť cigarety a 21 roční a starší môžu kúpiť alkohol.) Ale fajčenie a nadmerné pitie nie sú zdravé pre dospelých a sú tabu pre deti.<sup>10</sup>

Fyzická (drogová) závislosť na nikotíne sa vyvíja po určitej dobe a môže byť u rôznych osôb veľmi odlišná, väčšinou sa závislosť objavuje do dvoch rokov po zahájení fajčenia. U veľmi malej skupiny fajčiarov nemusí byť fyzická závislosť vzniknúť nikdy. Sú to tí, ktorí fajčia celý život len príležitostne, epizodicky a málo. Ďalej existuje veľké množstvo fajčiarov, ktorí prestanú fajčiť, a zakrátko sa opäť k fajčeniu vrátia. Hlavným dôvodom nutkania fajčiť je snaha o udržanie hladiny nikotínu v krvi. V mozgu človeka sú nikotínové receptory. U pravidelného závislého fajčiara s pravidelným prísunom nikotínu z cigariet sa tieto receptory zmnožujú. Účinky nikotínu na organizmus sú jemné a okamžité. Po prvom vyčistení z cigarety sa droga nikotín dostáva do organizmu behom 10 sekúnd. K abstinenčným príznakom pri nedostatku nikotínu patrí nervozita, depresie, podráždenosť, neschopnosť sústrediť sa, ktoré sú vždy sprevádzané nutkavou túžbou po cigarete. U ťažkých závislostí sa nedostatok drogy prejavuje aj fyzickou nevoľnosťou.

---

<sup>10</sup> *Why Are Illegal Drugs Dangerous* [online]. 2011 [cit. 2011-03-16]. /kidshealth.org. Dostupné z WWW: <[http://kidshealth.org/kid/grow/drugs\\_alcohol/know\\_drugs.html](http://kidshealth.org/kid/grow/drugs_alcohol/know_drugs.html)>

Rizikovosť fajčenia je daná predovšetkým samotnou charakteristikou spaľovania: horiaca cigareta produkuje kurivo, obsahujúce viac ako 4000 zložiek. Z nich 200 látok prudko jedovatých a 50 patrí medzi známe rakovinotvorné látky (Csémy, 2003).

Základnou súčasťou cigaretového dymu sú nikotín, dechty, oxid uhličitý, nitrosamíny, formaldehyd, kyanid, arzenik. Všetky tieto látky ovplyvňujú veľmi negatívne takmer všetky orgány a tkanivá ľudského tela. Fajčenie je rizikovým faktorom pre vznik onemocnenia srdca a ciev, rakoviny pľúc a ďalších orgánov, vývojových porúch plodu, vredovitého onemocnenia žalúdka atď.

K prekonaniu fyzickej závislosti na nikotíne sa s úspechom používajú postupy nikotínsubstitučnej terapie (žuvačky, náplasti, nazálne spreje obsahujúce v presne vymedzených dávkach nikotín), často v kombinácii s psychoterapeutickými postupmi.

Psychosociálna závislosť na cigarete. Zapálená a vdychovaná či inhalovaná chemická tovareň, ktorou je cigareta, nemá pre fajčiara význam z hľadiska závislosti na nikotíne, ale vzniká na ňu závislosť psychosociálna. Proti tejto nebezpečnej závislosti často fajčiari, ktorí prekonali fyzickú potrebu nikotínu, prehrávajú. Psychosociálne závislý je každý fajčiar, ktorý nie je fyzicky (drogovo) závislý. Psychosociálna závislosť na fajčení býva spojená s prvou cigaretou. Väčšina ľudí, ktorí vdychovali cigaretový dym, pocítili negatívne účinky fajčenia. Medzi ne patria nevoľnosti, bolesť brucha. Na tieto pocity vzniká tolerancia. Toleranciu sprevádza psychosociálna závislosť na situáciách a vzťahoch, ktoré fajčenie prináša. Pre fajčiara sú situácie, pri ktorých si zapaluje cigaretu, veľmi osobné, typická je len cigareta. U mnohých osôb rituál zapalovania a fajčenia cigariet znamená dočasné zníženie stresu, úzkosti, prekonanie osobných komunikačných bariér s kolegami, partnermi, neznámymi ľuďmi.<sup>11</sup>

### **Pasívne fajčenie**

Tabakový dym, ktorý vdychujú aj nefajčiari, je zmesou niekoľkých tisíc chemických látok. Bolo dokázané, že viac ako 40 látok, obsiahnutých v tabakovom dyme vdychovanom pri pasívnom fajčení, spôsobuje zhubné bujnenie.

---

<sup>11</sup> SOVINOVÁ, Hana ; CSÉMY, Ladislav. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9



Pasívne fajčenie má okamžitý i dlhodobý vplyv na ľudské zdravie. Medzi okamžité účinky patrí podráždenie očí, nosa, hrdla a pľúc. Toxický tabakový dym u citlivejších nefajčiarov vyvoláva bolesti hlavy, pocity nevoľnosti a závrate. Astmatici a alergici by sa mali vyvarovať zafajčeným miestnostiam, lebo tabakový dym pre nich predstavuje okamžité ohrozenie vyvolaním záchvatu. Pasívne fajčenie zaťažuje srdce a postihuje hospodárenie organizmu s prijímaním a využívaním kyslíka. Dlhodobé pasívne fajčenie zvyšuje riziko nádorových ochorení a ochorení srdca.

Najzraniteľnejší v súvislosti s pasívnym fajčením sú malé deti. Fajčenie budúcich matiek či ich pasívne fajčenie výrazne zvyšuje riziko syndrómu náhleho úmrtia kojencov. Pobyt detí v zafajčených priestoroch môže byť príčinou vyššieho výskytu zápalu priedušiek, zápalu pľúc, stredného ucha, spúšťáť astmatických záchvatov<sup>12</sup>.

### **Somatické a psychické následky závislostí**

Závislosť sú psychické a telesné dôsledky pravidelného užívania drog, ktoré závislého nútia k ich trvalej konzumácii. Rozlišuje sa psychická závislosť, ktorá je dôsledkom trvalej túžby toxikomana po jej účinkoch (pocit uvoľnenia, neobvyklé prežitky). Samotná je nápadná napríklad u stimulačných drog. U niektorých drog napríklad u opiátov sa vyvíja tiež fyzická závislosť, ktorá sa prejaví abstinenčnými príznakmi pri odňatí drogy<sup>13</sup>.

### **2.2.3 Drogová závislosť kanabisového typu**

Základným prirodzeným zdrojom drog kanabisového typu je *canabis sativa* var. Existuje viacero variant konope, no z hľadiska účinkov je najžiadanejšia konopa indická (*Cannabis indica*). Indica bola cielene vyšľachtená na vysoký obsah omamných látok. Je to jednoročná rastlina, ktorá sa pestuje zo semien. Droga marihuana, ktorá sa získava zo sušeného lístia a kvitnúcich výhonkov *Cannabis sativa* obsahuje 426 chemikálii. Tieto sa pri fajčení premenia na 2000 nových chemikálii. Viac ako 70 z nich sú cannabinoidy a neboli nájdené v iných rastlinách.

Jeden z týchto cannabinoïdov je delta 9 tetrahydrocannabinol (THC), čo je psychoaktívny cannabinoïd, ktorý spôsobuje ten známy pocit intoxikácie či stav podobný opitosti.

---

<sup>12</sup> SOVINOVÁ, Hana ; CSÉMY, Ladislav. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9

<sup>13</sup> KLENEROVÁ, Věra; HYNIE, Sixtus. *Závislost na návykových látkách*. 1.vydání . Praha : MŠMT ČR a 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X

Sila marihuany je daná množstvom THC, ktorý obsahuje. Čím viac THC je v nej obsiahnutej, tým sa stáva silnejšou a škodlivejšou.

THC a ostatné cannabinoidy sú ukladané do tukových tkanív pečene, pľúc, mozgu, reprodukčných orgánov, sleziny. Chemická polovica THC môže byť vylúčená z tela v dobe od troch do siedmych dní – ďalšia polovica je vpúšťaná do krvného obehu pomaly a môže byť nájdená v moči i sedem až desať dní po vyfajčení jedinej cigarety marihuany. Takže ak je niekto „bežný“ fajčiar (dve marihuana cigarety za týždeň po šesť mesiacov), potom tukové časti jeho tela sú kompletne presýtené touto drogou a THC môže byť u neho nájdená i po niekoľkých mesiacoch.

### **Škodlivé efekty marihuany**

Marihuana mení chémiu v mozgu, čo môže ovplyvniť myslenie, môže vyprodukovať agresiu alebo paniku a úzkosť spôsobuje toxickú psychózu, závisí na sile drogy a kondičke človeka.

### **Dlhodobé následky**

Znižuje schopnosť učiť sa a spôsobuje krátkodobú pamäť vytvára tzv. „flash back“ (spätný záblesk, kedy sa môžu rôzne depresívne stavy objaviť i po dlhšej dobe abstinencie), poškodzuje tkanivá, znásobuje duševné problémy, oslabuje imunitný systém. Fajčenie cannabis produktov má škodlivejšie efekty ako fajčenie tabaku, čo neznamená, že fajčenie tabaku nie je tiež škodlivé. Oproti tabakovému fajčeniu bolo vo fajčení marihuany nájdených o 50 % viac chemikálii, ktoré spôsobujú rakovinu. Škodlivosť zvyšuje tiež odlišná technika fajčenia oproti fajčeniu tabaku.

Marihuana znižuje schopnosť pľúc brániť sa proti infekciám a má škodlivejší vplyv na pľúcne steny než tabak. Ďalšie následky spojené s fajčením marihuany sú bronchitída a pharagitída. Fajčenie marihuany spôsobuje väčšie poškodenie na horných a dolných dýchacích cestách, ako je u fajčenia tabaku. Užívanie marihuany zvyšuje srdečnú činnosť až o 50 % a môže byť veľmi nebezpečné pre ľudí so srdečnými problémami. Fajčenie marihuany znižuje počet testosterónov (hlavných mužských hormónov). Dlhodobé a silné používanie dokáže zmeniť mužské hormóny natoľko, že to môže mať veľmi negatívny vplyv v pubertálnom vývoji nezrelých chlapcov. Silné užívanie môže spôsobiť zníženie počtu spermii a ich mobilitu, ktorá je dôležitá pre oplodnenie vajíčka a zvýšiť abnormalitu v spermiiach, čo má vplyv na deformitu, či abnormalitu plodu. Chemikálie marihuany sú

vstrebávané do ženských rozmnožovacích orgánov. Zmeny v mozgových signáloch môžu mať za následok zníženie plodnosti. Tieto chemikálie môžu byť toxické pre vyvíjajúce sa embryo, čo môže spôsobiť potrat, zapríčiniť rôzne deformácie narodeného dieťaťa, niekedy aj jeho smrť v predpôrodnom období.

Marihuana má zlý vplyv na činnosť, ktorá vyžaduje mentálnu, psychickú a fyzickú koordinovanosť, ako je tomu vo výraznej miere napríklad pri riadení motorových vozidiel. Všetky reakcie a telesné funkcie sú spomalené, čo sa môže stať osudným nielen užívateľovi ale aj ostatným.<sup>14</sup>

#### **2.2.4 Drogová závislosť na látkach s centrálnym stimulačným účinkom**

Drogová paleta je nesmierne pestrá. A je neuveriteľné, ako sú ľudia ochotní za krátkodobé oklamanie seba samých platiť peniaze, stratu zdravia, deštrukciu svojich spoločenských vzťahov a smrť. Ďalší odtieň na drogovej palette predstavujú tzv. „budivé látky“. Budivé preto, že povzbudzujú centrálnu nervovú sústavu. Rada z nich je známa medzi liekmi na predpis. Mladí ľudia zneužívajú tieto látky predovšetkým preto, aby sa cítili silnejší a energetickejší. Po ich použití sa obvykle dostavuje eufória spolu s ústupom únavy, potreby spánku, chuti k jedlu. Zvyšujú predstavy, aktivitu, zlepšuje sa sebavedomie.

Príkladom budivej látky je amfetamín, ale patrí tu aj kokaín.

#### **Cocain (Kokaín)**

Kokaín je alkaloid (vo forme prášku) vyťažovaný z rastliny Coca, ktorá rastie v podobe krovia vo vyšších polohách Peru, Bolívie a dnes aj v mnohých kopcovitých zemiach. Je to veľmi silná stimulačná látka, ktorá pôsobí na nervový systém a premieňa chemické procesy v mozgu podobne ako amfetamíny.

Coca listy obsahujú len nepatrné množstvo drogy, ale kultiváciou a moderným spracovaním kokaínových produktov sa stala táto droga veľmi silnou substanciou. Rovnako ako ostatné povzbudzujúce látky i kokaín ovplyvňuje miechový systém a mozog

---

<sup>14</sup> ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Návykové látky a súčasnosť*. 1. vydání . Praha : Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2

v miestach, kde sú chemické centrá pre inštinktívnu radosť a pohodu. Kokaín je silne návyková droga, ktorá je pre užívateľa veľmi škodlivá a pre okolie nebezpečná<sup>15</sup>!

### **Efekty užívania kokaínu**

Kokaín vyvoláva príjemný telesný pocit, popísaný ako silný adrenalínový prísun energie a sily. Môže spôsobiť zdanie silnej psychickej energie, pocit sebavedomia alebo prudký sexuálny impulz. Často je používaný ako dopingový prostriedok v športe. Taký stav trvá menej ako 30 minút, potom musí užívateľ nasat' ďalšiu dávku k jeho udržaniu. Na pohľad príjemné povzbudzujúce efekty kokaínu sa môžu premeniť a vystupňovať až do podráždenosti, neschopnosti zaostriť zrak, zvýšenej srdčej činnosti, zvýšeného krvného šoku, rozšíreniu očných paneniek, bolesti hlavy, nevoľnosti, zvracaniu, zvýšenej telesnej teploty a halucinácii. Na kokaín vzniká silná psychická závislosť. Kokaín spôsobuje poškodenie pľúc a dýchacie problémy, prevrátené myslenie, nevyliciteľné poškodenie mozgu a pokiaľ sa užíva v tehotenstve, defekty na plode. Jeho pravidelné užívanie môže viesť ku zvýšenej nehodovosti, depresiám, samovraždám a smrti.

### Otrava kokaínom

- studený pot, kŕče, mdloby a spomalené dýchanie

### Príznaky užívania kokaínu:

- problémy so spánkom
- nosná citlivosť, chronický výtok z nosa
- bolesti hlavy
- znížená chuť k jedlu
- problémy v škole, v práci, finančné problémy
- depresívnosť, podráždenosť
- poškrabaná koža
- rozšírené panenky
- zvýšená aktivita
- zvýšená teplota
- zrýchlená srdечná činnosť

---

<sup>15</sup> *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. 1. vydání . Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 80 s. ISBN 80-85121-20-4

- pri abstinencii apatia, nervozita, nepokoj, depresie
- agresívny útok, zmeny v správaní<sup>16</sup>

Psychologické problémy spojené s užívaním kokaínu:

- závislý užívateľ nemôže prestať drogu užívať
- po zmiznutí eufórie užívateľ cíti nepríjemnú depresiu
- extrémna paranoia, agresivita
- halucinácie
- nezmyselné motivácie jednania

### **Crack kokaín (Krek)**

Nebezpečnejšia forma kokaínu, ktorej niektorí hovoria „krek“ pre zvuk, ktorý vydáva, keď sa fajčí, niektorí rock (kameň) pre podobnosť s úlomkom kameňa. Je tiež známy ako freebase (voľná báza). Krek je biela alebo nažltkastá zrazenina, ktorá sa vytvára, keď je kokaínový prášok chemicky spracovaný. Potom sa formuje do malých kryštálikov či kúskov podobajúcich sa úlomkom mydla. Markantný rozdiel medzi krekom a práškovým kokaínom spočíva nielen vo vzhľade, ale zároveň vo vyššej koncentrácii drogy u krek. Príznačný je i rozdielny spôsob užívania, čo zaisťuje v prípade krek rýchlejší efekt pôsobenia. Ak je inhalovaný cez fajku, tzv. kreková rána vydrží niekoľko minút. Pretože je to až 90 % koncentrát drogy, preniesie vysokú dávku drogy do mozgu v menej ako 10 sekundách pri množstve 5 až 10krát väčšom ako „šňupavý“ práškový kokaín.

Návyk spôsobuje nervové podráždenie a rôzne paranoie. Zneužívatelia sa stávajú chronicky a rôzne depresívni, so sklonmi k samovraždám a hlavne k násiliu.

### **Efekty užívania krek**

Po extrémne euforických efektoch nasleduje rovnako extrémna depresia. Paranoidné stavy sú behom účinkovania drogy veľmi aktívne, niekedy dochádza aj k zvracaniu. Častá je agresivita, možnosť rôznych psychických stavov, niekedy krátkodobé sexuálne motivované psychické výbuchy a sklon k samovražedným pokusom

---

<sup>16</sup> PÁLENÍČEK, Tomáš; KUBŮ, Pavel; MORAVČÍK, Viktor. *Nové syntetické drogy : Charakteristika a hlavní riziká*. Praha : Úrad vlády ČR, 2004. 36 s. ISBN 80-86734-26-9.

Vzhľadom k vysokej agresivite a samovražedným tendenciám, ktoré krek vyvoláva, predstavuje veľké nebezpečenstvo pre spoločnosť, rovnako ako samotného užívateľa. Je extrémne návykový, spájajúci psychickú a fyzickú závislosť. Dôsledky efektu krekú sú omnoho intenzívnejšie ako u iných drog.

Užívanie kokaínu vyvoláva vysokú aktivitu, podráždenosť, časté vyčerpanie veľkého množstva energie. Ďalšími následkami sú bronchitída, pharagitída, výskyt nádorových ochorení a celkové poškodenie horných a dolných dýchacích ciest. Užívatelia často stratia chuť k jedlu a spánku, čo má za následok drastickú stratu telesnej váhy. Narušený je aj biologický stav mozgu a návyk je rýchlejší než u akejkoľvek inej drogy vrátane heroínu. Krek dosahuje po vyfajčení behom niekoľkých minút veľmi silný efekt, po ktorom nasleduje bolestivý krach. Po dlhotrvajúcom užívaní by sa mozog dal veľmi laicky prirovnať k počítaču, z ktorého ostal len monitor, takže do neho nejde ukladať žiadne informácie, nie to ich žiadať. Srdečná činnosť sa môže zvýšiť až o 50 %, čo spôsobuje arytmiu a môže dôjsť k zástave srdca, teda aj k smrti.

### **Kokainové deti**

Dobrá dostupnosť drog zvyšuje riziko postihnutia novonarodených detí. Tehotná žena by sa mala absolútne vyvarovať užívaniu akýchkoľvek drog, kokaínu obzvlášť. V opačnom prípade vystavuje svoje dieťa závažnému riziku poškodenia jeho organizmu, takéto narušenie zdravého vývoja prakticky poznamenáva celý jeho život. Aj keď matka užije túto drogu len raz, má to na zárodok rovnaký vplyv, ako keby ju užila niekoľkokrát. Mnoho takýchto detí vstúpi do života v stave podobnom abstinenčnému syndrómu, ktorý môže trvať až tri týždne, než si novorodenec zvykne na neprítomnosť drogy. Je tu ale aj rada iných defektov ako poškodenie pečene, obličiek, pľúc, mozgu, dýchacích ciest. Vyskytujú sa tiež problémy týkajúce sa motorických schopností, fyzické deformity, ochrnutie, to všetko je u týchto novorodencov celkom bežné<sup>17</sup>.

### **Amfetamíny**

Sú väčšinou podávané ako prášok, tabletky alebo kapsuly, môžu sa prehltáť, inhalovať nosom či pomocou injekcií. Rovnako ako pri užívaní kokaínu sa prejavujú fyzické efekty ako nadmerná vnímavosť, eufória, strata chuti, rozšírené očné panenky, zrýchlený pulz,

---

<sup>17</sup> KLENEROVÁ, Věra; HYNIE, Sixtus. *Závislost na návykových látkách*. 1. vydání . Praha : MŠMT ČR a 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X

zrýchlené dýchanie a zvýšená telesná teplota. Dlhodobé užívanie týchto drog môže viesť k porušenému videniu, nevoľnosti, strate koordinácie a kolapsu.

Predávkovanie môže mať za následok vysoký krvný tlak, horúčku, mŕtvicu alebo srdечný kolaps.

Príznaky užívania:

- strata chute
- zrýchlené telesné pohyby
- trasúce sa ruky
- zväčšené očné panenky
- nespavosť

### **Metamfetamín (Pervitín, Perník)**

Pervitín je jednou z našich najznámejších domácich drog. Je to prášok, jeho farba závisí na spôsobe výroby. Je buď biely v prípade, že bol vyrobený z čistého efedrínu, alebo môže byť zafarbený dohnedá, ak bol vyprodukovaný z efedrínu získaného z lieku obsahujúceho efedrín. Po rozpustení je najčastejšie injektovaný, ale užíva sa aj „šňupaním“.

Pretože sa jedná o amfetamínový derivát, sú jeho účinky v podstate rovnaké ako v amfetamíne. Len je treba zdôrazniť, že stále užívanie vedie k vážnym psychickým poruchám, ktoré sa prejavujú spočiatku ako nedôvera k okoliu, až do veľmi silnej paranoie. Takýto človek má neustále pocit, že sa na neho všetci dohodli a je neustále sledovaný. Je mnoho prípadov, kde takýto narkoman vyskočí z okna. Tento stav sa podobá vďaka rovnakým príznakom diagnostikovanej schizofrénii. Pervitín predstavuje nebezpečenstvo i preto, že je v našej populácii veľmi rozšírený. Je predávaný prakticky na všetkých miestach, kde sa schádza mládež. Veľkým nebezpečenstvom je i to, že kupujúci nemá istotu, či ide o kvalitu nakupovaného tovaru.

Pri predávkovaní nastáva smrť najčastejšie ako dôsledok pľúcneho edému, postihnutie srdce, pečene a obličiek.

## **MDMA (Extáza)**

Jednou z ďalších modifikovaných drog a derivátov je práve MDMA. Táto droga patrí do látok stimulačných, lepšie povedané, má stimulačné účinky. Avšak rada prameňov radí MDMA k halucinogénom.

Jej rozšírenie medzi mládežou je na postupe. Mladí často užívajú túto drogu napríklad na diskotékach, kde potom vydržia tancovať celý večer, bez toho aby cítili únavu. Je potrebné si uvedomiť, že žiadna droga neobsahuje energiu. Často po ukončení účinku drogy pociťuje zneužívateľ únavu alebo depresiu. Zároveň sa po nejakom čase môže dostaviť stav toxickej psychózy, pričom môže dôjsť k nepredvídaným udalostiam, k ohrozeniu seba alebo okolia. Práve táto aktivovaná energia (výdrž pri tanci), pre ktorú ju niektorí užívatelia berú, je jednou z veľkého nebezpečenstva. Mladí často tancujú alebo robia iné aktivity, pri ktorých dochádza k veľkej strate tekutín potením atď., pričom tieto nie sú nijak dopĺňované, čo môže mať za následok akútnu dehydratáciu alebo stratu telesných tekutín a práve to sa im môže stať osudným. MDMA sa často predáva v podobe rôznych tabliet alebo kapsúl. Na psychostimulačné látky sa rozvíja pomerne vysoký stupeň psychickej závislosti.<sup>18</sup>

### **2.2.5 Drogová závislosť opiátového typu**

#### **Opiáty**

Tieto látky sú známe predovšetkým v medicíne pre svoju schopnosť tíšiť bolesť. Opiáty sú používanými drogami pre svoje euforické efekty a vysokú návykovosť. Mnoho opiátov je používaných orálne, alebo sú do tela zavedené injektívne pod lekárske dohľadom. Ale opiáty ako heroín, opium, morfín a kodeín sú drogy bežne predávané narkomanom na čiernom trhu. Nie tak dobre známe sú opiáty ako hydromorfon, methadon.

#### **Heroín**

Jednou z najnebezpečnejších a najviac návykových drog je heroín, ktorý je získavaný z opia. V práškovej forme môže byť vo farbách od bielej po tmavo hnedú. Najpoužívanejšia forma je nitrožilná, ale v práškovej forme môže byť „šňupaný“ alebo fajčený.

---

<sup>18</sup> ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Návykové látky a súčasnosť*. 1. vydání . Praha : Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2



„Hnedý“ heroín je v podstate heroínová báza so zlou rozpustnosťou. Z dôvodu tejto zlej rozpustnosti sa táto substancia riedi kyselinou citrónovou a potom sa na lyžičke zahrieva zapaľovačom. Oproti tomu „biely“ heroín je hydrochlorid, ktorý je koncentrovanejší. Narkomani, ktorí sú závislí na heroíne, sú nútení zvyšovať dennú dávku, aby zachovali efekt. Často takáto denná dávka presahuje smrteľnú hranicu. Pokiaľ takúto dávku užije človek na drogy nezvyknutý, znamenalo by to pre neho smrť.

U zneužívateľov je možné objaviť injekčné ihly, striekačky, nejaký druh škrtidla, lyžicu, zapaľovač alebo kahan, sviečku atď. Užívateľ pod účinkom heroínu môže mať nasledujúce príznaky:

- zúžené očné panenky
- padajúce viečka
- depresiu
- apatiu
- zníženú fyzickú aktivitu

Frekventované užívanie sa môže prejavovať ospalosťou a opakovaným chytaním či škrabaním tváre alebo nosa. Veľké dávky heroínu môžu vyvolávať spánok, zvracanie, oslabený dych, bledú kožu, kómu alebo smrť. Prerušenie podávania látky vedie k rozvoju typického abstinenčného syndrómu. Príznaky z odňatia opiátov začínajú 8 až 10 hodín po poslednej dávke. Najprv sa objavuje slzenie, zvýšená sekrécia z nosa, zívanie a potenie. Za 12 – 24 hodín po poslednej dávke môžu postihnutí upadnúť do spánku neprinášajúceho úľavu. S progredujúcim syndrómom nastupuje mydriáza, objavuje sa nepokoj, zvýšená dráždivosť, prípadne svalový tras. Príznaky vrcholía za 48 -72 hodín slzením, intenzívnym kýchaním, únavou a depresiou. Býva prítomná horúčka, nauzea, zvracanie, hnačky, hypertenzia a tachykardia. Charakteristické sú záchvaty zimnice striedajúce sa s pocitmi tepla a nadmerným potením. Typické sú kolikovitité bolesti brucha, bolesti svalov chrbta a končatín. Nedostatok potravy a tekutín spolu s ich zvýšenými stratami vedie k poklesu telesnej hmotnosti, dehydratácii.

## **2.2.6 Drogová závislosť halucinogénového typu**

### **Halucinogény**

Halucinogény spôsobujú deformáciu reality prenášanú zvukom, čuchom a hmatom. Do tejto kategórie sú zahrňované: LSD, mescalín, psilocybinová huba, durman, PCP, známy

hlavne v USA. Halucinogény sú bežne používané orálne, len PCP je väčšinou fajčený. Nie je dôkaz, že halucinogény spôsobujú fyzickú závislosť, avšak predĺžené užívanie môže mať za následok trvalé poškodenie mozgu. V ČR je najbežnejšie užívaný LSD.

## LSD

LSD je extrémne silný halucinogén, ktorý bol populárny v USA v 60. Rokoch a jeho popularita znova stúpa aj v ČR. Je to bezfarebná a nezapáchajúca chemicky spracovaná droga. Bežný názov je „acid“ (kyselina). Pretože LSD je veľmi silná droga, dávka pre jej použitie je neuveriteľne malá. Nepatrná kvapka môže byť daná na papierik či inú saciu stráviteľnú látku, ktorú možno užiť orálne. Halucinačné efekty LSD môžu vydržať od dvoch do dvanástich hodín. Behom tejto doby môže byť súdnosť užívateľa silne narušená, vizuálny príjem skreslený, zmysel pre realitu porušený a zvrátený. Prostredie, psychický stav, nálada a očakávanie sú dôležité faktory, ktoré určujú priebeh a charakter intoxikácie. Z týchto dôvodov môže viesť meniaci sa okolie alebo zmätok v dobe použitia drogy k horšie ovládateľnému tripu, alebo dokonca k panicky vyvíjajúcemu sa tripu, ktorý je charakterizovaný dezorientáciou, nepríjemnými halucináciami paranoidného charakteru, stratou subjektu v realite. Stav môže vystúpiť až do ťažkej agresii voči okoliu. Človek, ktorý je pod účinkom LSD, by mal byť dobre sledovaný, aby neublížil sebe alebo ostatným. Halucinácie sa môžu chvíľkovo a bez varovania vrátiť aj po mnohých mesiacoch po používaní tejto drogy tzv. „flashback“ (spätný záblesk).

Flashback ide o náhle a spontánne prepuknutie stavu akútnej intoxikácie, avšak bez predchádzajúceho podania drogy. Tento jav sa rozvíja naraz, niekedy už aj v krátkej dobe po vymiznutí účinku predchádzajúcej dávky drogy, inokedy je perióda medzi ukončením používania drogy a náhlým spontánnym prepuknutím flashbacku i niekoľko mesiacov.

Tolerancia sa u jedincov zneužívajúcich LSD rozvíja pomerne rýchle, avšak 3 – 4 dni po vysadení drogy sa počet receptorov vracia k normálu. Po podaní LSD sa nevyskytuje ani syndróm z vysadenia, ani fyzická závislosť.

### Efekty užívania LSD

- rozšírené panenky
- zvýšená telesná teplota

- vysoký krvný tlak
- halucinácie
- dezorientácia v smere, vzdialenosti a čase

### 2.2.7 Drogová závislosť solvenciového typu

Solvencia (inhalanty) sú takmer všetky prchavé látky ako benzín, farby, riedidlá, lepidlá, hnacie plyny aerosolov. V podstate bežné veci, ktoré sú v každej domácnosti. Preto je treba najmä u detí, ak pracujú s lepidlami napríklad pri stavbe modelov, dať pozor na riadne a dostatočné vetranie miestnosti, poprípade vhodnejšiu voľbu lepidla, skrátka dbať na väčšiu hygienu práce.

Inhalanty sú väčšinou vdychované nosom, ale môžu byť vdychované aj ústami. Najčastejšie sa látka vloží do igelitového vrecúška alebo textília a potom sa vdychuje. Je známo mnoho prípadov, kedy čuchač pri čuchaní zaspal s inkriminovanou látkou pri tvári, čo malo za následok jeho smrť. Motivácia zneužívania prchajúcich látok je determinovaná euforickými, halucinogénnymi a anestetickými účinkami. Na začiatku intoxikácie sa obvykle dostaví pocit eufórie, býva závrat a pocit straty hmotnosti. Nápadná je bledosť na tvári, ťažká výslovnosť, motorická diskoordinácia. Rozvíja sa stav priestorovej dezorientácie s abnormálnymi sensorickými vnemami (zvonenie v ušiach, vnímanie iného zápachu než preparátu, rozsiahle pseudohalucinácie až halucinácie s pocitom depersonalizácie). Uvoľňujú sa morálne zábrany, v heterosexuálnej skupine bývajú promiskuitné sexuálne kontakty. Pravidelné užívanie prchavých látok vedie k nevratnému poškodeniu CNS, niekedy aj periférnych nervov. Už po krátkej dobe užívania je možné pozorovať zhoršenie pamäte a postupné trieštenie inteligencie. Zneužívanie solvencií vytvára u chronických konzumentov psychickú závislosť a recidívy k droge sú časté napriek liečebnému zásahu. Pri náhlom odňatí drogy sa rozvíja úzkostný stav so zvýšenou dráždivosťou až výslovne neprijateľným správaním k okoliu. Zo somatických prejavov je dominantná nauzea a svalový tras.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Návykové látky a súčasnosť*. 1. vydání . Praha : Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2

### 3 Prevencia užívania návykových látok

Pojem prevencia zišiel z medicíny. Prastaré medicínske heslo hovorí, že je lepšie ochoreniam predchádzať, ako ich liečiť. Prevencia znamená sústavu opatrení, ktoré majú predchádzať rizikovým prejavom správania, napríklad ochoreniam, drogovým závislostiam, zločinom, nehodám, neúspechu v školách, sociálnym konfliktom, násiliu, ekologickým katastrofám a podobne. Prevencia prejavov rizikového správania sa delí na primárnu, sekundárnu a terciárnu. Primárna prevencia sa ďalej delí na špecifickú a nešpecifickú. Ciele, metódy a prostriedky sa líšia podľa typu prevencie.

Rizikovým správaním rozumieme takýto vzorec správania v jeho dôsledku dochádza k nárastu zdravotných, sociálnych, výchovných a ďalších rizík pre jednotlivca a spoločnosť.

#### 3.1 Primárna prevencia

Primárne - preventívne programy a intervencie môžeme rozdeliť na tzv. špecifickú prevenciu rizikového správania (špecifická prevencia) a nešpecifickú primárnu prevenciu. Za špecifickú prevenciu považujeme len takéto aktivity a programy, ktoré sú úzko zamerané práve na niektorú z konkrétnych foriem rizikového správania, a ktoré majú priamy a explicitne vyjadrený vzťah k určitej konkrétnej forme rizikového správania a témam s tým spojených, ďalej u ktorých je zrejmá časová a priestorová ohraničenosť realizácie (na ose: zmapovanie potrieb, plán programu a jeho príprava, prevedenie a zhodnotenie programu s jeho nadväznosťou), a ktoré sú cielené na jasne ohraničenú a definovanú cieľovú skupinu. Špecifickú primárnu prevenciu možno rozdeliť do troch úrovní ( Gallá et al., 2005):

- a) **Všeobecná primárna prevencia** sa zameriava na bežnú populáciu detí a mládeže bez rozdeľovania na menej či viac rizikových skupín, zohľadňuje len ich vekové zloženie a prípadné špecifiká dané napríklad sociálnymi alebo inými faktormi. Ide o programy určené väčšinou pre väčší počet osôb. Ide o úroveň prevencie, pre ktorú v praxi vo väčšine prípadov dostačuje úplne vzdelanie školného metodika prevencie s odpovedajúcou prácou a zaistenou intervenciou a supervíziou.
- b) **Selektívna primárna prevencia** sa zameriava na skupiny osôb, u ktorých sú vo zvýšenej miere prítomne rizikové faktory pre vznik a vývoj rôznych foriem rizikového správania, t.j.

sú viac ohrozené než iné skupiny populácie. Väčšinou sa tu pracuje s menšími skupinami či jednotlivcami. Patria sem napríklad niektoré modely vrstovníckych programov, ev. rôzne intenzívne sociálne- psychologické skupinové programy posilňujúce technicky napríklad sociálne vedomosti, komunikáciu, vzťahy.

- c) **Indikovaná primárna prevencia** je zameraná na jedincov, ktorí sú vystavení pôsobeniu výrazne rizikových faktorov, prípadne u ktorých sa už vyskytli prejavy rizikového správania. Snahou je podchytiť problém čo najskôr, správne posúdiť a vyhodnotiť potrebnosť špecifických intervencií a tieto intervencie zahájiť. Ide o prácu s populáciou s výrazným zvýšeným rizikom výskytu či počínajúcich prejavov rizikového správania. V tomto zmysle je prakticky nutná schopnosť preventistu či poradenského pracovníka posúdiť individuálnu povahu a špecifiká daného prípadu a následne navrhnúť postup riešenia spolu s posúdením ďalších prípadných intervencií či v prípadnej nutnosti zahájenie cielenej práce prostredníctvom zapojenia školského psychológa.<sup>20</sup>

### **3.1.1 Teoretické modely používané v primárnej prevencii**

Špecifikom väčšiny preventívnych programov rizikového správania je, že sa ich efektivita zvyšuje pokiaľ sú vzájomne kombinované a nie sú užívané samostatne. Napríklad v prípade prevencie užívania návykových látok je využitie informatívnych programov považované za nedostačujúce a je vhodné ich doplniť napríklad o programy interaktívne, zamerané na rozvoj sociálnych vedomostí. Ďalším špecifikom niektorých typov programov je, že sa s nimi môžeme stretnúť u všetkých úrovniach prevencie: všeobecnej, špecifickej, indikovanej. Všetky typy programov, ktoré sú používané v praxi, by mali spĺňať základné požiadavky kladené na preventívne programy. Mali by deklarovať postoj, k akým jednotlivým typom rizikového správania sa vzťahujú. Ich realizácia by mala byť časovo a priestorovo ohraničená. Záleží tiež na príprave, spôsobe prevedenia a vzdelania a vedomostiach programu, ale aj na efektívite či neefektívite programu.

### **Kognitívne modely a modely založené na informáciách**

Tieto modely vychádzajú z predpokladu, že sa jedinci rozhodujú na základe vlastných znalostí a názorov. V praxi sa však ukazuje, že tieto modely nie sú plne funkčné, pretože neberú za dôležité ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú správanie (len sociálne a emočné

---

<sup>20</sup> ČERNÝ, M.: *Základná úroveň prevádzania primárnej prevencie*. Praha: Togga, spol. s. r. o., 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

faktory) (EMCDDA, 2010). Príkladom takéhoto modelu je model viery v zdraví (jedinec sa nežiaducemu správaniu vyvaruje, ak je zoznámený s negatívnymi dopadmi svojho správania na svoje zdravie), alebo model odôvodneného konania a postojov (správanie odráža hodnoty jedinca a jedincom vnímané normy ostatných).

### **Modely sociálneho vplyvu**

Modely sociálneho vplyvu akceptujú význam sociálnych faktorov (rodina, médiá, vrstovníci), ktoré hrajú významnú rolu v počiatkových fázach drogovej kariéry. Teória sociálneho učenia je správanie výsledkom pozorovania a napodobňovania správania, postojov a emočných reakcií ostatných (EMCDDA, 2010, Bandura, 1986, 1994). Teória životných vedomostí stavia na predpoklade, že by jedinec mal byť vybavený potrebnými vedomosťami pre život: vedomosti riešenia problémov, kritického myslenia, komunikačnými vedomosťami, uvedomovaním si vlastných kvalít a vedomosťami zachádzania so stresom (EMCDDA, 2010, WHO, 1993). Teória normatívneho presvedčenia hovorí, že správanie a postoje jednotlivca sú ovplyvniteľné tým, ako jedinec posudzuje, čo je z pohľadu spoločnosti normálne a akceptovateľné. (Typický argument: „Všetci berú drogy, prečo by som ich nebral aj ja?“. Pri pohľade na štatistiky sa ale ukáže, že toto presvedčenie je mylné.)

### **Sociologické a vývojové modely**

Tieto modely ukazujú, že sa jedinci v priebehu času vyvíjajú a rovnako tak sa vyvíja aj ich vnímanie otázok spojených s návykovými látkami a ďalšími typmi rizikového správania (EMCDDA, 2010). Modely vývojovej teórie reprezentuje model Kandelovej, podľa ktorej užitie nelegálnej drogy predchádza skúsenosť s aspoň jednou legálnou drogou, teda s alkoholom alebo tabakom. Teória šírenia noviniek predstavuje nový a komplexnejší pohľad na šírenie foriem rizikového správania v spoločnosti a na prevenciu rizikového správania. Podľa tejto teórie vyskúša drogu „inovátor“, ktorý následne svojím správaním ovplyvňuje priateľov a následne sa kruh zasvätených ľudí zväčšuje. Významnú rolu, negatívnu, v rámci spoločnosti hrajú masmédiá (EMCDDA, 2010; Ferrence, 2001).

### **Modely komplexného vplyvu sociálneho prostredia**

Tieto modely majú teoretické základy v koncepte rizikových a projektívnych faktorov, pričom cieľom u mladých ľudí je – často za podpory rodičov a dospelých – posilňovať faktory projektívne a oslabovať faktory rizikové. Model problémového správania berie

v dotaz komplexné vzťahy jednotlivca s prostredím spolu s kognitívnou zložkou, postojmi, osobnostnými, sociálnymi a behaviorálnymi faktormi, ktoré formujú výsledné správanie. Model sociálneho vývoja sa miesto rizikových faktorov sústreďuje na posilňovanie projektívnych faktorov (budovanie pozitívnych vzťahov v rodine, škole, komunite). Podľa autorov potrebujú mladí ľudia cítiť, že sú milovaní, schopní a dôležití (EMCDDA, 2010; Catalano et al., 1992).

### **3.1.2 Základné typy programov v preventívnej praxi**

Efektivita preventívnych intervencií sa zvyšuje, ak sú teoretické modely užívané v primárnej prevencii kombinované s inými komplexnými preventívnymi programami (napríklad program Unplugged).<sup>21</sup>

#### **Programy zamerané na rozvoj životných vedomostí**

##### **Programy zamerané na rozhodovacie schopnosti**

Sú zamerané na zvyšovanie schopností cieľovej skupiny racionálne sa rozhodovať v rizikových situáciách (ponúkanie drogy). Zoznamujú sa so spôsobmi ako rozpoznať problém, stratégiami hľadania riešení a rozhodovania sa medzi alternatívami s tzv. kritickým myslením. Cieľom je ovplyvnenie a podpora vedomostí, ktoré sú potrebné pre racionálne rozhodovanie. Ponúka nácvik vedomostí vo forme prednášok, diskusií, hraní rolí či úloh (Gallá et al., 2005).

##### **Programy zamerané na zvládanie úzkosti a stresu**

Učí cieľovú skupinu ako sa vyrovnáť so stresom a s úzkosťou, ako zvládať stresové situácie. Osvojenie stratégií vedie jednotlivcov k lepšiemu zvládaniu stresu, proaktívnemu zvládaniu problémových situácií a k nájdeniu pozitívnych alternatív (napríklad šport miesto drog) pri konfrontácii so stresovými situáciami. Využívajú sa techniky nácviku vedomostí, diskusné formy práce a ďalšie didaktické stratégie (napríklad vytlačené materiály s otázkami a cvičeniami), ale aj techniky zvládania fyzického stresu (napríklad relaxácia) (Gallá et al., 2005; Institute of Medicine, 2002).

---

<sup>21</sup> GABRHELÍK, R. : *Teoretické modely v primárnej prevencii a základné typy preventívnych programov*. Praha: Togga, spol. s r. o., 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

### **Programy zamerané na nácvik (rozvoj) sociálnych vedomostí**

Cieľom programu je naučiť účastníkov sociálne- komunikačných a interpersonálnych vedomostí a schopností rozpoznáť, vyhodnotiť a riešiť konflikty medzi ľuďmi. V programoch sú nacvičované asertívne postoje a schopnosti komunikovať a riešiť konflikty. Používa sa hranie rolí a diskusií.

### **Programy zamerané na nácvik vedomostí odolávať tlaku**

Vybavujú cieľovú skupinu vedomosťami ako rozpoznávať vonkajšie tlaky k rizikóvemu správaniu zo strany vrstovníkov, z médií, reklamy, od rodičov či iných dospelých. Program býva zložený z rôznych aktivít a foriem inštruktáže (filmy, diskusie), ktoré napríklad poukazujú na spoločenské tlaky vedúce k rôznym podobám rizikóvého správania. Používajú sa ale aj nácviky odmietania s využitím hrania rolí a diskusií (Gallá et al., 2005).

### **Programy zamerané na interpersonálny rozvoj**

#### **Programy zamerané na uvedomovanie si hodnôt**

Učí členov skupiny uvedomovať si ich vlastné hodnoty a prijať následky ich správania. Najčastejšie sú používané aktivity typu skupinovej diskusie s využitím vytlačených materiálov s otázkami a cvičeniami (Gallá et al., 2005; Institute of Medicine, 2002).

#### **Programy zamerané na stanovenie cieľov**

Ich cieľom je naučiť sa vedomostiam, ktoré sú potrebné pre stanovenie a dosiahnutie vytýčených cieľov. Podporu jednotlivca v osvojení zdravého postoja, kde rizikóvé správanie je chápané ako nezlučiteľné s týmito cieľmi. Využívané sú rôzne typy inštruktážnych techník a cvičebníc. Tento typ programu umožňuje ľuďom rozpoznáť možné ciele, kam sa môže myslenie a správanie uberať, učí ich stanoviť si priority a následne tieto ciele prijať ako životné voľbu- pozitívny životný cieľ.

#### **Programy zamerané na budovanie pozitívneho hodnotenia samého seba**

Majú za cieľ rozvíjať pozitívne hodnotenie samého seba a zvyšovať sebaúctu, podporujú zvýšené oceňovanie vlastných vrodéných i rozvojových zdatnosti a jedinečnosti. Účastníci programu sa učia prijímať neúspechy, poučiť sa z nich, ale súčasne im nevenovať príliš veľa pozornosti. Aktivity zamerané na zvyšovanie pozitívneho sebahodnotenia a sebauvedomovania sú najčastejšie diskusie a práce s cvičebnicami.



Pozitívne sebahodnotenie znižuje pravdepodobnosť rizikového správania (užívanie návykových látok).

### **Programy zamerané na stanovenie noriem**

Tieto typy programov vychádzajú z predpokladu, že mladí ľudia majú často mylné predstavy o rozšírenosti rizikových typov správania ( napríklad tvrdenie: „ Každý v mojom veku fajčí cigarety“.) a z ich spoločenskej a individuálnej prijateľnosti. Ich zámerom je ovplyvniť začiatok užívania drog zmiernením predstáv o očakávanom výskyte a počte sledovaných javov, o prijateľnosti sledovaných typov rizikového správania, prípadne u návykových látok o dostupnosti drog medzi vrstovníkmi. V rámci týchto aktivít sú často prezentované výsledky vedeckých výskumov či prieskumov verejnej mienky, diskusia o primeranosti určitého správania.

### **Programy spojené so zložením prísahy**

Cieľovú skupinu podporujú v zložení sľubu alebo záväzku, že sa nebudú zúčastňovať rizikového správania. Aktivity sú vedené formou dialógu, jeho výsledkom je zloženie sľubu, ktorý má formu petície alebo zmluvy. Umožňuje, aby mladí ľudia sami prijali záväzok, na ktorom sa skupina dohodne.

### **Programy informatívne**

Sú zamerané na predávanie informácií o dopadoch rizikového správania. Ich cieľom je zvyšovať znalosti cieľovej skupiny o rizikovom správaní (napríklad znalosti o legálnych a nelegálnych návykových látkach), o faktoch a mýtoch, ktoré sú s jednotlivými typmi rizikového správania spojené. Pozornosť je venovaná negatívnym, ale aj pozitívnym dopadom rizikových typov správania, na telesné a psychické zdravie i sociálne prostredie jedinca. Tieto programy majú rôzne podoby, najčastejšie sa realizujú: bežná forma výuky, premietanie filmov a videí (napríklad séria dokumentov), diskusie, besedy, divadelné predstavenia. Podanie informácií by malo byť doplnené diskusiou, kde by osoba (napríklad školný metodik prevencie, vyškolený pracovník neštátnej preventívnej organizácie) mala snažiť doplniť a pozitívnym spôsobom ovplyvniť znalosti o rizikovom správaní a o jeho následkoch (Gallá et al., 2005). Do informatívnych programov zaraďuje tiež mediálne kampane, ktoré sú zamerané na oslovovanie veľkej časti cieľovej skupiny. Často sa deje cez televízne a rádiové vysielanie. Efektivita mediálnych kampaní je ale nulová, skôr pôsobí na mladých ľudí negatívne (Zabranský, 2006).

## **Programy vrstovnícke**

Programy pomoci alebo peer programy. Špecifikom tohto typu programu je zapojenie vrstovníkov, ktorí vystupujú v roli poučeného človeka rovnakého postavenia v oblasti rizikového správania, resp. v oblasti užívania návykových látok. Peer poskytuje svojim vrstovníkom pravdivé informácie o rizikovom správaní, vie poskytnúť psychologickú podporu ohrozeným jedincom v skupine. Výhodami zapojenia peeru do prevencie rizikového správania sú predovšetkým: dobrá znalosť skupiny, aktívna účasť na dianí v skupine, čo môže posilňovať dôveru skupiny k peerovi, ale aj možnosť ovplyvniť žiaducim smerom dianie v skupine. Medzi nevýhody patrí potreba vysokej motivácie pre prácu peera, psychosociálna zrelosť peera, vysoké nároky na osobnostné vlastnosti a sociálne vedomosti peera, znalosť vlastných hraníc.

## **Programy pre rodičov**

Najčastejšie sa stretávame s edukatívne koncipovanými programami. Dobré skúsenosti sú napríklad s typom edukatívnych materiálov formátu napríklad v českom jazyku vydané príručky *Bezpečnosť predovšetkým* (Rosenbaum, 2008). Zlé skúsenosti sú ale s programami pre rodičov z niektorých etnických skupín, najmä nízkopříjmové skupiny, u nezamestnaných. Pritom práve tieto rizikové skupiny by mali tvoriť ohnisko záujmu preventívnych pracovníkov.<sup>22</sup>

### **3.1.3 Metódy pred liečebnej intervencie, liečby a následnej starostlivosti**

#### **Harm reduction**

Včasná intervencia kladie dôraz na prácu s jednotlivcom v začiatku jeho užívania alebo v začiatku kontaktu s odbornými službami. Ide teda o snahu ponúknuť pomoc čo najskôr. Za včasné intervencie sa pokladajú krátkodobé odborné postupy nadväzujúce na včasnú detekciu, tj. na „zistenie problémov s užívaním návykových látok skôr, než dôjde k závažnému psychickému, somatickému alebo sociálnemu poškodeniu či vzniku závislosti“ (Kalina, 2006).

Včasnú detekciu a intervencie môžu poskytovať pracovníci v nešpecifickom kontakte s užívateľom (pedagógovia, sociálni pracovníci, psychológovia, praktickí lekári).

---

<sup>22</sup> GABRHELÍK, R. : *Teoretické modely v primárnej prevencii a základné typy preventívnych programov*. Praha: Togga, spol. s. r. o., 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

Prístup harm reduction:

- vyhýba sa zhoršovaniu poškodenia spôsobeného užívaním drog,
- zachádza s užívateľom drog s dôstojnosťou a ako s ľudskou bytosťou,
- maximalizuje možnosti prevencie,
- je založený na uprednostňovaní dosiahnutých cieľov,
- je neutrálny k legalizácii alebo diskriminácii,
- je jasne odlišený od vojny proti drogám (Hunt, 2003).

### **Nízkoprahový prístup a nízkoprahové programy**

Nízkoprahové programy, v ktorých sú naplňované princípy harm reduction sú najčastejšie kontaktné centrá a terénne programy.

#### **Nízkoprahový prístup**

Nízkoprahový prístup naplňuje taký odborný program, ktorý je prístupný komukoľvek bez ďalších nárokov či stanovených obmedzení. Cieľom je osloviť a vojsť do kontaktov s čo najväčším počtom osôb. Program je utvorený tak, aby nestaval bariéry, ktoré by mohli brániť užívateľom drog alebo ich blízkym službu využiť. V pracovnej dobe môže prísť ktokoľvek, nemusí sa pred tým objednávať či zjednávať schôdzku. Pre mnohých užívateľov či rodinných príslušníkov je dôležité, aby zostali behom kontaktu s odborníkmi v anonymite (majú obavu zo straty svojho zamestnania či z reakcií okolia). Na prichádzajúcu osobu nie sú kladené nároky na abstinenciu, tieto programy sú určené predovšetkým aktuálnym užívateľom, pre ktorých je okamžitá abstinencia či abstinencia v krátkom časovom horizonte nereálna. Kontaktné centrá sú umiestňované tak, aby boli ľahko dostupné z centra mesta, terénni pracovníci dochádzajú na miesta, kde sa užívatelia objavujú. Dôležitým znakom nízkoprahovosti je individuálny prístup ku každému klientovi programu (Hrdina; Korčišová, 2003).

#### **Nízkoprahové programy ako súčasť systému starostlivosti o užívateľov drog**

Nízkoprahové programy môžeme chápať ako veľmi dôležitú súčasť systému starostlivosti o užívateľov drog. Je to predovšetkým preto, že je s nimi v kontakte cca 60 % problémových užívateľov drog (Moravčík et al., 2006), čo znamená, že tieto programy pracujú s najširšou skupinou klientov. Časť klientov z tejto skupiny sa do ďalšieho programu liečebnej starostlivosti nedostane a podarí sa im dôjsť k abstinencii vlastnými

silami. Pracovníci musia mať dostatočné komunikačné schopnosti a vedomosti v špecifických intervenciách s touto klientelou (schopnosť naviazať prvý kontakt s užívateľom, edukácia k bezpečnejšiemu užívaniu, práca s klientom s psychiatrickou komorbiditou). Hlavnou úlohou pri prvom kontakte je predať klientovi základné informácie o programe s cieľom ponúknuť mu dôvod, prečo a za akých podmienok môže program využívať naďalej. Tým je možné udržať klienta v kontakte s programom a ďalej klientovi ponúkať intervencie smerom k bezpečnejšiemu životnému štýlu. Nízkoprahové služby sú tiež dôležitou „bránou“ do ďalších služieb, najmä substitučných programov, ambulantných a liečebných programov, ale tiež sprostredkovanie odbornej lekárskej pomoci či sociálnej služby.

Nízkoprahové služby využívajú klienti, ktorí:

- neakceptujú iný druh služby,
- nechcú aktuálne prestať s užívaním,
- sú akútne v kríze,
- hľadajú pomoc, službu, ale nevie, ako do nej vojsť alebo kam sa obrátiť,
- obvykle náležia do kategórie závislých a problémových užívateľov (väčšinou i.v. aplikácie),
- sú príbuzní, priatelia užívateľov, náhodní okoloidúci, susedia.

Medzi základné ciele nízkoprahových programov patria:

- zvyšovanie informovanosti klientov o účinkoch drog,
- znižovanie počtu predávkovania,
- obmedzenie šírenia infekčných chorôb, najmä hepatitíd, a udržanie nízkeho výskytu HIV medzi užívateľmi drog,
- zvyšovanie motivácie klientov k menej rizikovému správaniu a ku zmene životného štýlu smerom k abstinencii.

### **Terénne programy**

Štandardy odbornej spôsobilosti (Kalina et al., 2003) definujú terénne programy ako služby prvého kontaktu v teréne spolu s komplexným programom „harm reduction“ s cieľom ovplyvniť motiváciu pacienta/ klienta k zmene životného štýlu, rizikového správania a ku vyhľadaniu príslušných odborných zariadení. Terénna práca je špecifická forma sociálnej služby realizovaná priamo na ulici, kde nie je stanovená dĺžka starostlivosti- tá sa odvíja od potrieb klienta. Služba je užívateľom ponúkaná aktívne,

pracovníci vyhledávají a oslovují potenciálních klientov, ktorých inak osloviť nejde. Je to jediná služba v systéme starostlivosti, ktorá nie je poskytovaná v „kamennom“ zariadení, pracovník prichádza za klientom do jeho prirodzeného prostredia (ulica, byt), nie klient za pracovníkom. Pri terénnej práci je dôležité naviazanie prvého kontaktu s užívateľom a získanie jeho dôvery. Špecifikom terénnej práce je ďalej priestor, v ktorom sa kontakt odohráva. Miestom je často ulica, ktorá neposkytuje príliš dobré podmienky pre dlhší rozhovor s klientom. Dôležitá je tiež spolupráca so zložkami polície.

Služby, ktoré terénne programy ponúkajú:

- výmena injekčného materiálu,
- informačný servis,
- sociálne a zdravotné poradenstvo,
- poradenstvo a krízová intervencia,
- asistenčná služba.

### **Kontaktné centrum**

Kontaktné a poradenské služby zahrňujú kontaktné služby, poradenstvo a motivačný tréning, programy „harm reduction“, diferencielne diagnostický filter a sprostredkovanie liečby v nízkoprahových kontaktných centrách, poradenských a preventívnych centrách (Kalina et al., 2003). Kontaktné centrum je zariadenie pre užívateľov drog, ktoré sa vyznačujú ľahkým prístupom k službe, nízkoprahovosti, zachovaním anonymity klienta a tým, že pre využitie služby nevyžaduje abstinenciu klienta.

Služby ponúkané kontaktnými centrami:

- kontaktná práca- navádzanie a prehľbovanie kontaktu s užívateľom drog, minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog (predávanie informácií, ponuka kontaktov, ponuka asistenčnej služby- sprievodu, poskytovanie informácií o stave klienta, o rizikách spojených s užívaním návykových látok, edukácia o bezpečnom užívaní drog, informácie o možnostiach liečebnej starostlivosti, informácie o infekčných ochoreniach, informácie zo sociálnej oblasti, informácie o bezpečnom sexe),
- poradenstvo- situačné poradenstvo a štruktúrované poradenstvo,
- výmenný program- výmena injekčných nástrojov, distribúcia sterilnej vody, alkoholových tampónov, filtrov, lyžičiek, kyseliny askorbovej,

- základná zdravotná starostlivosť- základné zdravotné ošetrovanie drobných poranení, ľahších foriem abscesov, bežných vírusových ochorení,
- testovanie na HIV, HVB, HVC- sú používané slinné testovacie sady (HIV) alebo sety pre testy z kapilárnej krvi,
- neodkladná starostlivosť- prvá pomoc,
- doplnkové služby: hygienický servis- sprcha, umývareň, pranie bielizne,  
     potravínový servis- základné potraviny, nápoje,  
     vitamínový servis- distribúcia vitamínov, k zlepšeniu fungovania  
     imunitného systému.

### **Viacúčelová drogová služba**

Tento model je častý v menších mestách, kde viacúčelové služby vznikali spontánne z dôvodu špecifik drogových scén menších miest. Pre nízkoprahové služby je dôležité sieťovanie a spolu s ostatnými inštitúciami nielen v rámci regiónu- centrálna inštitúcia, kraje, obce, mestá, ambulantné a pobytové liečebné programy, služby lekáreň, praktický lekár, hepatológ, infekčné oddelenie, chirurgia, gynekológia, právne služby, sociálny pracovník, služby psychiatra, ubytovacie služby.

Programy spojené s prístupom Harm Reduction

Patria tu substitučné programy terénnej práce na tanečných akciách (testovanie tabliet extáze) a aplikačná miestnosť. Aplikačná miestnosť je chránené miesto pre hygienickú aplikáciu prinesených drog v nehodnotiacom prostredí a pod supervíziou odborného personálu. Aplikačná miestnosť funguje v týchto štátoch: Austrália, Kanada, Švajčiarsko, Nemecko, Španielsko, Nórsko, Luxembursko (Hunt, 2006).<sup>23</sup>

### **3.2 Sekundárna prevencia**

Sekundárna prevencia spočíva v predchádzaní vzniku, rozvoja a pretrvávania závislosti u osôb, ktoré už drogu užívajú alebo sa na ňu stali závislými. Obvykle je používaná ako súborný názov pre včasnú intervenciu, poradenstvo a liečenie (Kalina a kol., 2001). Liečba sa rozlišuje na liečbu vedúcu k abstinencii, liečbu vedúcu ku kontrolovanému užívaniu

---

<sup>23</sup> JANÍKOVÁ, B.: *Harm reduction: Včasné intervencie v nízkoprahových službách*. Praha: Grada Publishing, a.s. , 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

a v poslednom smere na liečbu s udržovaním substitúcie, kde je podávaná v terapeutickom zámere substitučná látka. Liečebné úsilie sa obvykle neobmedzuje len na jedinca, ale zameriava sa tiež na jeho rodinu.

Liečebné pôsobenie je:

- zastavením,
- odpútaním od prostredia, ktoré mi umožňovalo žiť závislým spôsobom života,
- detoxikáciou v širšom zmysle slova,
- pohľadom späť na uplynulé životné udalosti,
- konfrontáciou s tým, čo ma poškodzovalo a zraňovalo,
- konfrontáciou s tým, čo som ja poškodil alebo koho som zranil,
- rozpoznávaním, pochopením a prijatím zodpovednosti za svoj život,
- vytváraním si nadhľadu na súvislosti abúzu návykovej látky a zlej životnej stratégie,
- znovu objavovaním pocitov a emócií a učením sa ich adekvátnemu vyjadrovaniu a vlastneniu pocitov
- možnosťou uvedomiť si reálne vzťahy a väzby k svojmu okoliu,
- hľadaním zmyslu života, životných hodnôt,
- hľadaním vzťahu k nejakému vyššiemu ideálu, princípu, k pravému Ja,
- hľadaním nástrojov k prevedeniu zmien a ich udržaniu v každodennom živote,
- upevňovaním hodnôt súvisiacich s abstinenciou.

### 3.3 Terciárna prevencia

Pod pojmom terciárna prevencia rozumieme predchádzanie vážnemu či trvalému zdravotnému a sociálnemu poškodeniu z užívania drog. V tomto zmysle je terciárnou prevenciou: 1. resocializácia či sociálna rehabilitácia u klientov, ktorí prešli liečbou vedúcou k abstinencii alebo sa zapojili do substitučnej liečby a abstinujú od nelegálnych drog, 2. intervencie u klientov, ktorí aktuálne drogy užívajú a nie sú rozhodnutí drogy zanechať (HARM REDUCTION), sa zameriava predovšetkým na zníženie zdravotných rizík, najmä prenosu infekčných chorôb pri nitrožilnom užívaní drog.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> KUDRLE, S.: Sekundárna a terciárna prevencia. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

### **3.4 Prevalencia užívania návykových látok**

V tejto časti uvádzam príklady autorov, ktorí sa zaoberali témou návykových látok u študentov vysokých škôl.

#### **Teplá Simona vypracovala Monitoring užívania spoločensky tolerovaných látok u študentov vysokých škôl (2009)**

Výsledky štúdií, ktoré sa zaoberali rizikovými faktormi pôsobiace na vysokoškolskú populáciu poukazujú, že zdravotný stav študentov je horší, než zdravotný stav rovnako starej neštudujúcej populácie. Svoj výskum spracovala na vzorke 213 študentov vysokých škôl. Najčastejšie dôvody vedúce ku konzumácii alkoholu: 49% chutí mi, 22,9% uviedlo iný dôvod, 8,6% odstránenie zábran a hanblivosti, 8,1% súčasť života na internáte, 5,2% prispôsobenie sa partii. Postoj respondentov ku konzumácii alkoholu: 43,7% 1-2krát týždenne, 40,8% príležitostne, 8% 3-4krát týždenne, 1,3% abstinentov. Postoj ku fajčeniu cigariet: 45,5% nefajčilo nikdy, 22,5% fajčilo, ale už s tým prestalo, 12,5% príležitostne, 19,2% pravidelne fajčí. Počet vyfajčených cigariet za deň: viac ako 5 cigariet 31,7%, 5-10 36,6%, 10-20 31,7%.

#### **Bc. Zdeňka Burešová, Mgr. Jaroslav Vacek skúmali alkohol u študentov 1. LF UK: Prevalencia užívania a súvisiace rizikové správanie (2011)**

V ČR má skúsenosť s alkoholom 99% študentov vysokých škôl (Trojáčková, 2007). Študenti VŠ majú vlastný osobitný štýl pitia a v porovnaní so svojimi vrstovníkmi, ktorí VŠ neštudujú sa u nich častejšie vyskytuje ako užívanie alkoholu, tak užívanie ďalších návykových látok. Vybraná vzorka študentov bakalárskeho alebo magisterského programu 1. LF UK alebo akéhokoľvek programu vyučovaného v českom jazyku. Tohto výskumu sa zúčastnilo 812 študentov, z toho 598 žien a 214 mužov. Vek respondentov sa najčastejšie pohyboval medzi 21- 24 rokov. Užívanie alkoholu: 6% respondentov sa považuje za abstinentov (6,4% žien, 5,1% mužov). Študenti lekárskej fakulty dosahujú priaznivejšie výsledky v porovnaní s ostatnými fakultami, ale aj v porovnaní s obecnou populáciou.

#### **Národné monitorovacie stredisko pre drogy a drogové závislosti za zaoberalo psychoaktívnymi látkami a závislostným správaním u vysokoškolákov (2009)**

Výskum realizovaný na vzorke 904 študentov vysokých škôl z piatich pražských univerzít a VŠ. Výrazne sú rozdiely medzi pohlaviami, rizikovo sa správajú viac muži než ženy.



Alkohol: psychoaktívna látka, s ktorou majú študenti najviac skúseností. Abstinencov je menšina. Pravidelne užívanie alkoholu priznáva až ½ respondentov. Tabak: častejšími fajčiarmi sú muži. Dennými konzumentmi cigariet je až nadpolovičná väčšina študentov. Nelegálne užívanie psychoaktívnych látok: najčastejšou psychoaktívne užívanou drogou je marihuana. Ďalej je to hašiš, halucinogény, tanečné drogy a užívanie sedatív bez lekárskeho predpisu.

## **Empirická časť**

### **4 Slovo úvodom**

Témou mojej bakalárskej práce je „Študenti vysokých škôl a ich vzťah k návykovým látkam“, teda ako už z názvu vyplýva snažila som sa tento vzťah zistiť. Zamerala som sa na otázky typu, či sa mladý človek stretol s určitým typom návykovej látky, ako sú napríklad nikotín, alkohol, či dokonca kofeín v tej „ľahšej“ forme, alebo sú to v súčasnosti aj drogy, ktoré v našej spoločnosti už nie sú takým tabu ako to bolo v minulosti. Myslím si, že v dnešnej dobe má človek k dispozícii množstvo informačného materiálu z každej strany. A tak sú dôležité otázky: „Prečo človek siahne po návykovej látke, čo mu to prinesie, prečo aj napriek množstvu negatívnych účinkov to užíva?“.

Problematike toxikománie sa v posledných desaťročiach venuje veľká pozornosť. Táto „choroba“, je veľmi nebezpečná, pretože postihuje ľudský organizmus nepozorovane a jej účinky sa prejavujú až po určitom čase. Takmer vo všetkých vyspelých krajinách je toxikománia celospoločenským problémom. Dokázalo sa, že toxikománia a najmä fajčenie tabaku a alkoholizmus škodia ľudskému zdraviu, zapríčiňujú mnohé vážne až smrteľné ochorenia, pracovnú neschopnosť až invaliditu.

### **5 Voľba problému**

Myslím si, že téma návykových látok je to v súčasnosti aktuálna téma u dospievajúcich a mládeže, teda hovorí sa o problémoch s návykovými látkami viac ako v minulosti. Je to predovšetkým reklama, médiá, internet, ktoré sa snažia upozorniť na možnosti prevencie, aby človek neprepadol rôznym nástrahám sveta. Chce to človeka, ktorý má najmä pevnú vôľu a neprepadne návykovej látke, no nie každý to zvládne...

Prečo som si pre bakalárku prácu zvolila prácu túto tému o návykových látkach? Človek a hlavne mladý človek ľahko prepadne určitému typu závislosti. Často ani nevie ako a už „pláva“ v tejto závislosti, z ktorej veľmi často nepozná úniku. Sú to závislosti od alkoholu, nikotínu a v horšom prípade aj od drog. Nedokáže si uvedomiť, čo všetko so sebou tieto návykové látky prinášajú.. No keď do toho človek „spadne“, návrat späť je ťažký.

## 6 Ciele empirického šetrenia

Cieľom môjho výskumu je:

- zistiť, aký je vzťah/postoj študentov vysokých škôl v užívaní návykových látok
- zistiť, čo si študenti predstavujú pod pojmom „ZÁVISLOSŤ“, a ktorú z uvedených možností v dotazníku považujú za najviac škodlivú
- zistiť, či prišli do styku s drogou (legálnou formou- alkohol, tabak...alebo nelegálnou formou- marihuana, heroín...)
- zistiť, či poznajú vo svojom okolí niekoho kto užíva drogy (nelegálnu formu), a ako by mu dokázali pomôcť prekonať závislosť
- zistiť, či by dokázali odmietnuť drogu, ak by im ju známy ponúkol
- zistiť, či majú dostatok informácií k téme návykových látok a či vedia o nejakých preventívnych programoch

## 7 Analýza výskumného poľa

Premenné vo výskumu, ktoré sa navzájom ovplyvňujú:

- znalosť vedľajších účinkov návykových látok
- osobnosť respondenta/ respondentky
- informovanosť o drogách
- možnosť preventívnych opatrení
- dostupná pomoc pri uvedomení si návyku.

## 8 Charakteristika výskumného vzorku

Môj výskum som realizovala na vzorke 180 respondentov, pričom asi polovica z nich študovala na lekárskej fakulte, teda škole so zdravotníckym zameraním a druhá polovica respondentov bola študentmi škôl bez zdravotníckeho zamerania. Najčastejšie to boli lekárske fakulty, hotelová, ekonomická a technická škola. Riadne vyplnených dotazníkov sa mi vrátilo 100, teda takých kde boli vyplnené všetky zo zadaných otázok. Percentuálna návratnosť dotazníkov bola 55,5%. Teda celkové množstvo študentov lekárskeho fakult bolo 50 a nelekárskych taktiež 50 respondentov. Tieto dotazníky boli kladené respondentom ženského aj mužského pohlavia. Vekové kategórie mojich respondentov boli od 20 do 27 rokov, všetci boli ale študenti vysokých škôl.

## **9 Metodika empirického šetrenia**

V svojej bakalárskej práci som použila kvantitatívnu formu výskumu, formu dotazníka. Je to najrozšírenejšia a najpoužívanější technika spracovania výskumu. Ja som použila anonymnú formu dotazníka. Je to teda využitie dotazníka len pre výskum, v mojom prípade pre bakalársku prácu, bez zverejňovania mien respondentov. Druhy otázok, ktoré som použila boli uzavreté (otázka v dotazníku číslo 11 ), otvorené (otázky 2, 3, 4, 14) , filtračné (otázky číslo 8, 12, 16), ktoré sú zamerané na zisťovanie faktografických údajov respondentov/tiek, vyčtové (5, 7, 9, 10, 13, 15, 17) s možnosťou viacerých odpovedí a polouzavreté (otázka číslo 6). Vo vyhodnotení dotazníku vyhodnocujem výsledky z hľadiska všetkých respondentov a potom každú skupinu zvlášť ( študenti LF a inej školy). Týka sa to otázok č. 1, 5- 13, 15-17. Môj dotazník obsahoval 16 otázok. Celková návratnosť dotazníka bola 55,5 %. Polovicu som rozdala osobne a druhú polovicu prostredníctvom internetu, kde mi ich respondenti vyplnili.

## **10 Priebeh empirického šetrenia**

Dotazník som rozposlala buď prostredníctvom internetu, alebo osobným kontaktom. Riadne vyplnených dotazníkov, tých, kde bolo zodpovedané na všetky otázky sa mi vrátilo 100 (55,5%), väčšina ich teda vyplnila úplne, pričom zvyšných 80 dotazníkov bolo vyplnených neúplne. Tie som preto z výskumu vyradila. Respondenti väčšinou neodpovedali na otvorenú otázku. Je to buď preto, lebo na ňu nevedeli odpovedať, nechcelo sa im alebo nemali dostatok času. Každý respondent bol informovaný o anonymite dotazníka a aj o tom, že tento dotazník je použitý čisto len pre študijné účely. Vyplňovanie dotazníkov nebolo limitované časom, trvalo to asi 3 týždne. Pri vyplňaní dotazníka respondentmi som sa nestretla so žiadnymi problémami, otázky boli kladené a predložené zrozumiteľne.

## **11 Spracovanie empirického šetrenia**

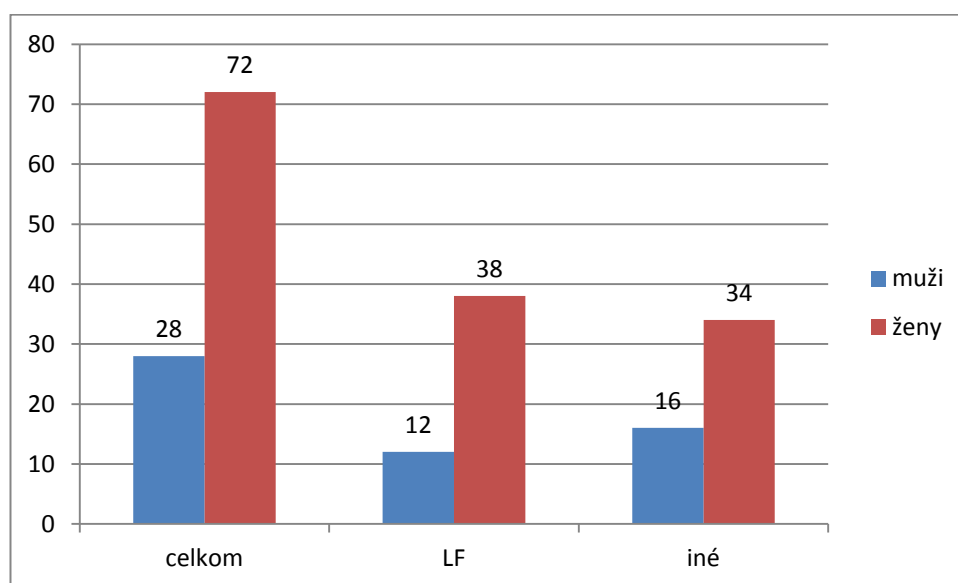
Dotazníky som spracovávala formou grafov. Údaje sú vyjadrené v počtoch a percentách. Pod každým grafom je zdroj a popis grafu. Čísla v grafov sú vyjadrené v absolútnej početnosti.

## 12 Vyhodnotenie empirického šetrenia

„Vyhodnotenie položky č. 1: **Pohlavie**“

a) žena

b) muž

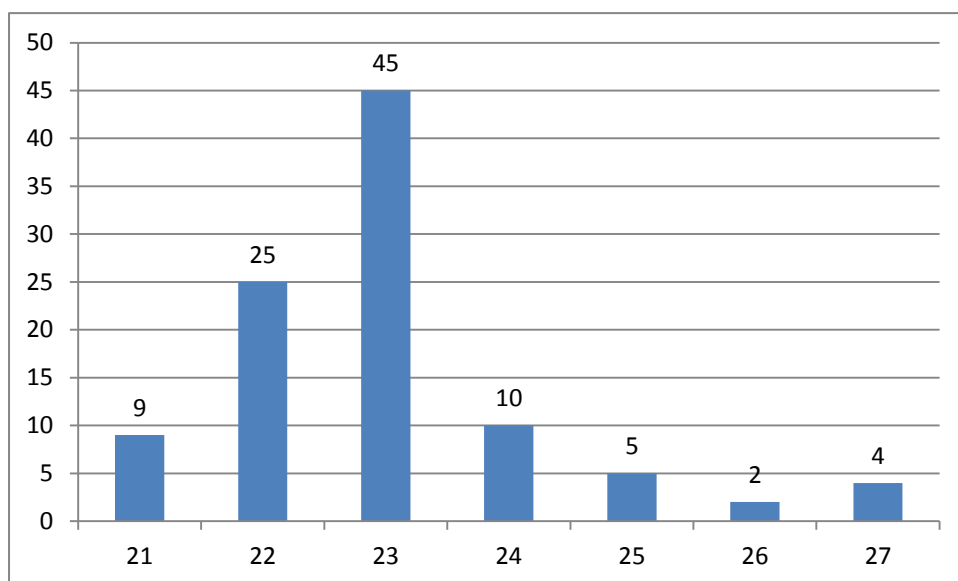


Zdroj vlastný

Graf č. 1: Pohlavie respondentov

Ako graf ukazuje môj dotazník vyplnilo viac žien ako mužov. Celkové množstvo respondentov bolo 100, z toho žien 72 (72%), mužov 28 (28%). Rovnako to bolo aj z fakúlt, respondentov lekárskej fakulty bolo 50 (100%), z toho žien 38 (76%), mužov 12 (24%). Respondentov nelekárskej fakulty, študentov hotelovej školy, economickej a technickej školy bolo taktiež 50 (100%), z toho žien 34 (68%) a mužov 16 (32%).

„Vyhodnotenie položky č. 2 : **Vek**“

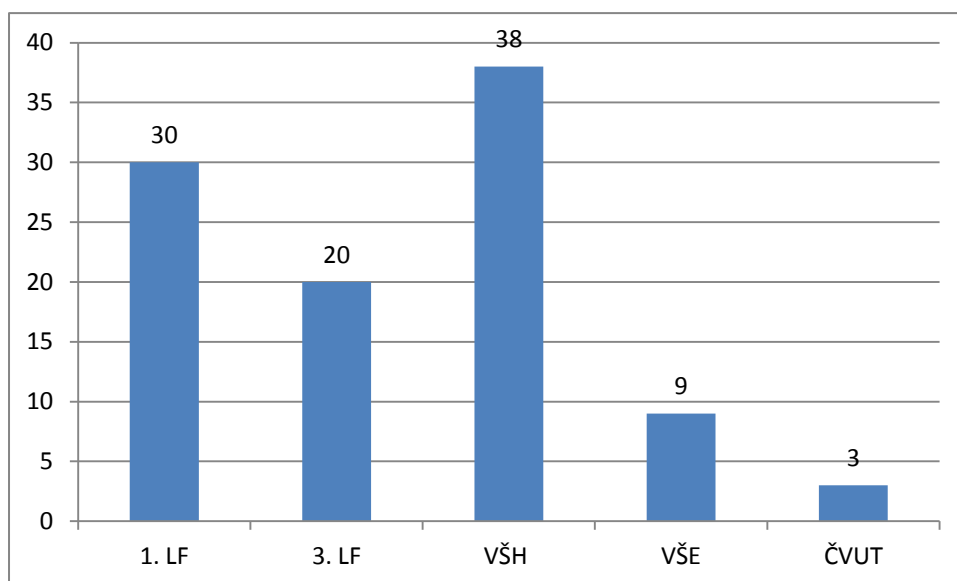


Zdroj vlastný

Graf č. 2: Vek respondentov.

Bol dotazník bol situovaný k študentom vysokých škôl. Nachádzali sa medzi nimi študenti s týmito vekovými kategóriami: 21 rokov 9 študentov (9%), 22 rokov 25 (25%), 23 rokov 45 študentov (45%), 24 rokov 10 (10%), 25 rokov 5 (5%), 26 rokov 2 študenti vysokých škôl (2%), 27 rokov 4 študenti (4%).

„Vyhodnotenie položky č. 3 : **Názov školy, ktorú navštevujete.**“



Zdroj vlastný

Graf č. 3: Názov vysokej školy, ktorú respondenti navštevujú.

Skratky : 1.LF – 1. lekárska fakulta

3.LF – 3. lekárska fakulta

VŠH – vysoká škola hotelová

VŠE – vysoká škola ekonomická

ČVUT – technická vysoká škola

Z celkového množstva respondentov vysokých škôl vyplnilo môj dotazník 30 (30%) študentov navštevujúcich 1. lekársku fakultu, 20 (20%) respondentov 3. lekárskej fakulty, 38 (38%) študentov vysokej školy hotelovej, 9 (9%) respondentov vysokej školy ekonomickej a 3 (3%) navštevujúci technickú vysokú školu.

„Vyhodnotenie položky č. 4: **Ako by ste definovali pojem závislosť a od čoho môže podľa vás závislosť vzniknúť?** „

| Čo je závislosť? | Najčastejšie odpovede respondentov   |
|------------------|--|
|                  | Nutková potreba, chorobné fyzické a psychické nutkanie, neuspokojovanie potrieb, obmedzenie slobodnej vôle človeka, duševný a psychický nevyrovnanosť sa so stresom, časté užívanie „niečoho“, utkvelá túžba, choroba. |

Zdroj vlastný

Tabuľka č. 3: Čo je závislosť?

| Od čoho môže závislosť vzniknúť? | Najčastejšie odpovede   |
|----------------------------------|---|
|                                  | Drogy, lieky, alkohol, cigarety, osoba, vec, hracie automaty, počítače, káva. |

Zdroj vlastný

Tabuľka č. 4: Od čoho závislosť vzniká?

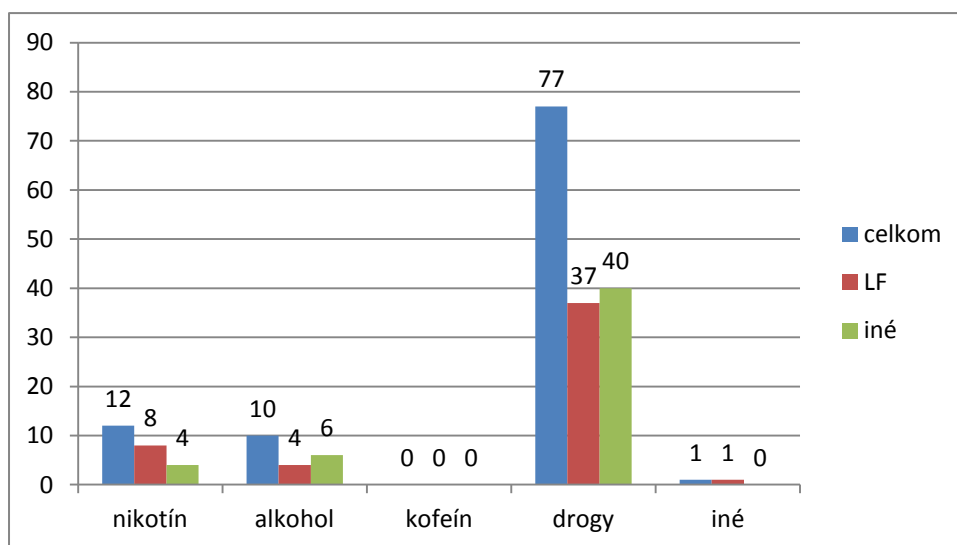
Odpovede respondentov sú priložené v prílohách.

K tejto otázke som vybrala som pár odpovedí respondentov, čo pre nich znamená pojem závislosť.



„Vyhodnotenie položky č. 5: **Ktorú z nasledujúcich závislostí považujete za najviac škodlivú?**“

- a) fajčenie tabakových výrobkov
- b) alkoholizmus
- c) kofeinizmus
- d) drogy ( nelegálne)
- e) inú (akú).....



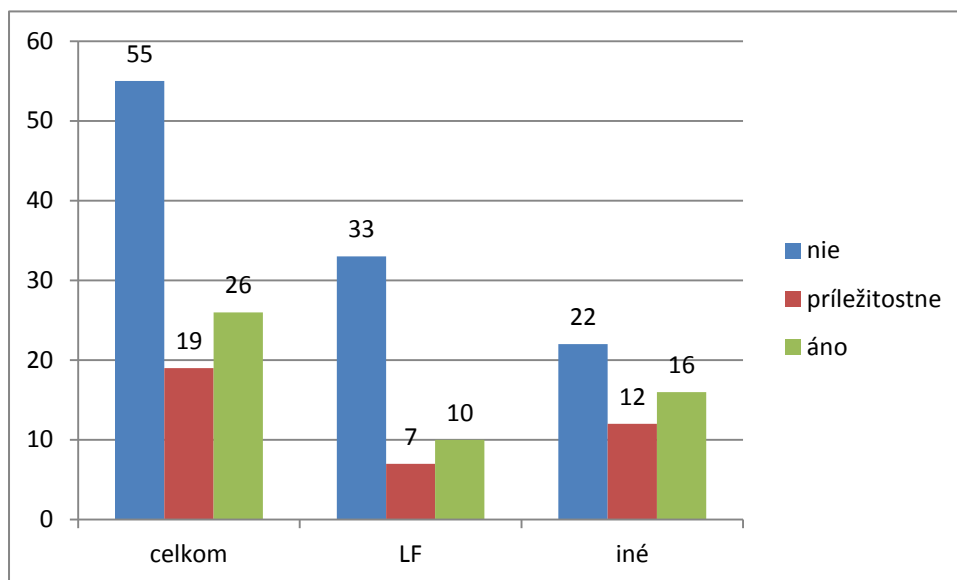
Zdroj vlastný

Graf č. 4: Ktorá závislosť je najviac škodlivá?

Najviac z opýtaných respondentov odpovedali na otázku, čo je podľa nich najškodlivejšou látkou, že sú to drogy. Celkom to bolo 77 (77%) respondentov vysokých škôl. Z lekárskej fakulty 37 (74%) respondentov z celkového množstva 50 opýtaných a z inej školy 40 (80%) respondentov. Ďalšou najviac odpovedanou možnosťou, bol nikotín, celkom 12 (12%), z toho z LF 8 (16%) z 50 a z inej školy 4 (8%) z 50 respondentov. Potom to bol alkohol, celkom 10 opýtaných, z toho 4 (8%) z LF a 6 (12%) respondenti navštevujúci hotelovú, ekonomickú a technickú školu. Možnosť iné označil len jeden respondent z LF. Prekvapivo ani jeden respondent neoznačil možnosť, kofeín.

„Vyhodnotenie položky č. 6: **Fajčíte?**“

- a) nie
- b) príležitostne (oslava, sviatok...)
- c) ak áno, koľko cigariet denne....



Zdroj vlastný

Graf č. 5: Respondenti a fajčenie tabaku.

Na otázku, či fajčíte, bolo najviac odpovedí, že nie. Celkom to bolo až 55 (55%) respondentov, z toho príležitostne 19 (19%) a 26 (26%) respondentov užíva tabak.

Študenti z lekárskej fakulty odpovedali na túto otázku takto : 33 (66%) z 50 z nich nefajčí vôbec, 7 (14%) z 50 príležitostne a 10 (20%) z 50 respondentov fajčia tabakové výrobky.

Študenti navštevujúci inú vysokú školu zasa takto: 22 (44%) z nich nefajčí, 12 (24%) príležitostne a 16 (32%) áno.

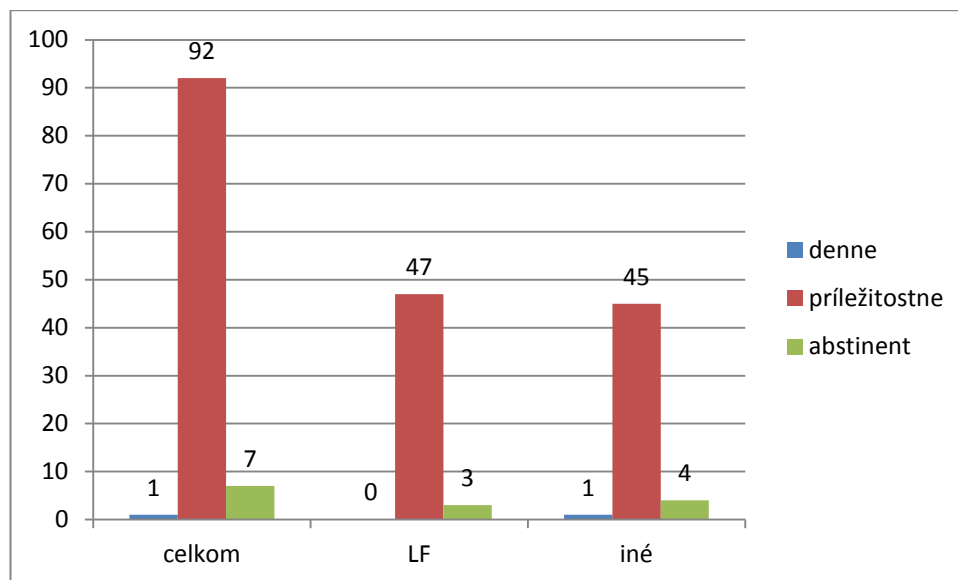
| Množstvo vyfajčených cigariet na deň | Najčastejšie odpovede |
|--------------------------------------|-----------------------|
|                                      | 3, 5, 7, 10, 15, 20.  |

Zdroj vlastný

Tabuľka č. 5: Množstvo vyfajčených cigariet

„Vyhodnotenie položky č. 7: **Konzumujete alkohol?**“

- a) denne
- b) príležitostne (oslava, sviatok, prípitok...)
- c) abstinent



Zdroj vlastný

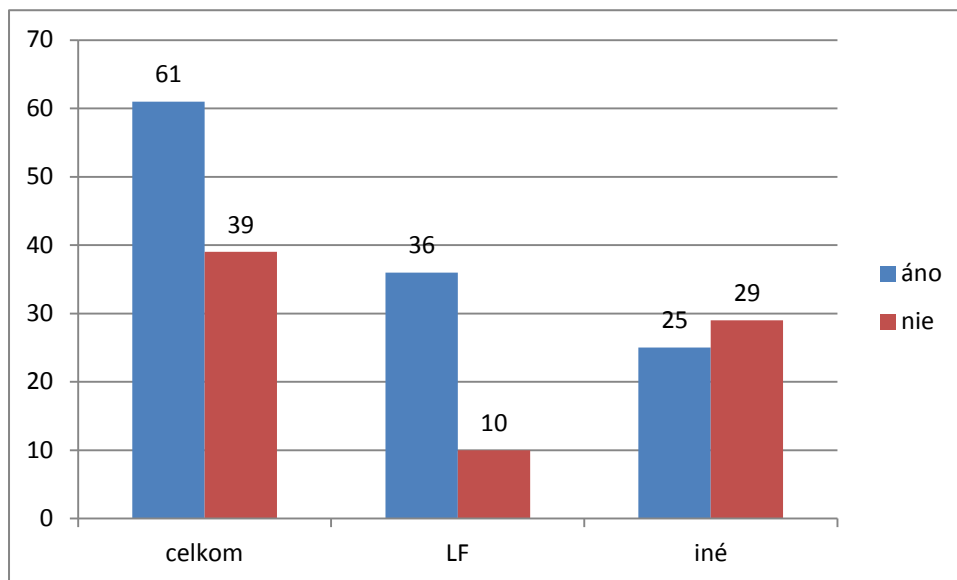
Graf č. 6: Konzumácia alkoholu.

Najviac odpovedí na túto otázku bolo, že väčšina z opýtaných sú príležitostnými užívateľmi alkoholu. Celkom to bolo až 92 (92%) respondentov, pričom 7 (7%) z nich sú abstinenti a 1 (1%) je denný užívateľ alkoholu. Študenti lekárskej fakulty odpovedali takto: 47 (94%) z nich sú príležitostní konzumenti a 3 (6%) sú abstinenti. Z iných fakúlt je to 45 (90%) príležitostných konzumentov, 4 (8%) sú abstinujúci a 1 (2%) je denným užívateľom.

„Vyhodnotenie položky č. 8: Skúsili ste už nejakú drogu?“

a) áno

b) nie



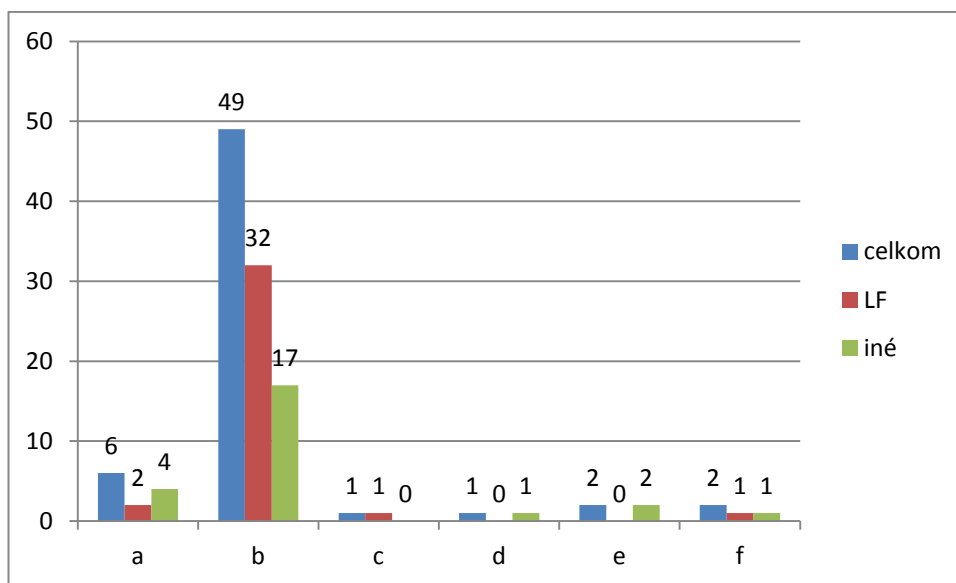
Zdroj vlastný

Graf č. 7: Respondenti a skúsenosť s drogou.

Celkom má skúsenosť s drogou 61 (61%) respondentov, 39 (39%) ju nemá. 36 (72%) z opýtaných respondentov lekárskej fakulty má skúsenosť a 10 (20%) nemá. Iná škola dopadla takto: 25 (50%) z nich má skúsenosť, 29 (58%) nie.

„Vyhodnotenie položky č. 9: Ak áno, prečo ste po nej siahli?“

- a) chcel/a som si zlepšiť náladu
- b) chcel/a som skúsiť, čo to so mnou „spraví“
- c) chcel/a som tým vyriešiť svoj problém
- d) chcel/a som na seba upozorniť
- e) z nudy
- f) nepamätám si to



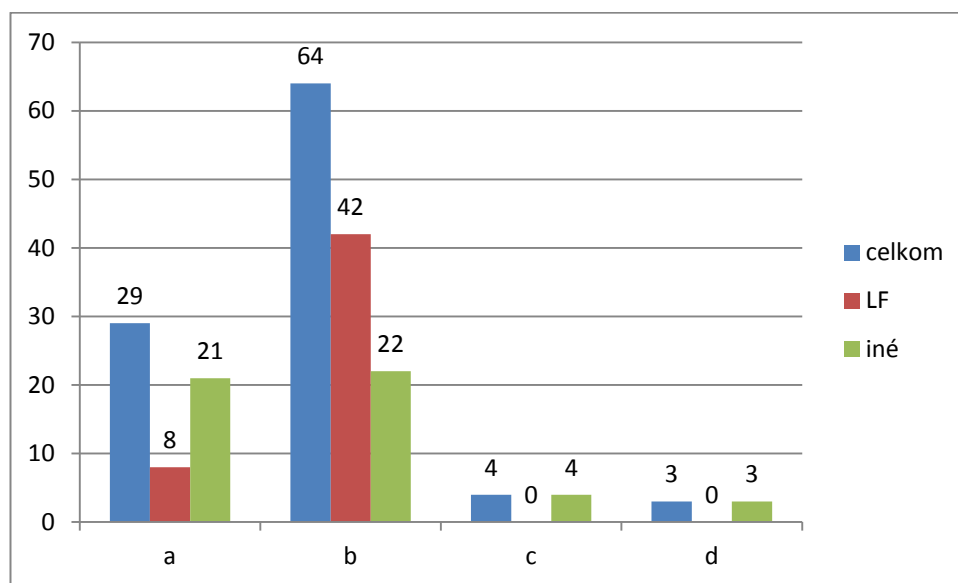
Zdroj vlastný

Graf č. 8: Prečo študenti po drogách siahli?

Najviac respondentov odpovedalo na túto otázku možnosťou B, že chceli skúsiť, čo to s nimi „spraví“. Celkom to bolo až 49 (49%) respondentov, z toho 32 (64%) z LF a 17 (34%) z nelekárskej. Ďalšou najčastejšou odpoveďou bola odpoveď A, že si chceli zlepšiť užitím drogy náladu. Túto možnosť označilo 6 (6%) respondentov, z toho 2 (4%) z LF a 4 (8%) z nelekárskej fakulty. Potom to boli možnosti, z nudy a že si to nepamätajú, prečo užili drogu. Len jeden študent označil, že tým chcel vyriešiť svoj problém, iný, že chcel na seba upozorniť.

„Vyhodnotenie položky č. 10: **Kde podľa Vás prichádza mladý človek najčastejšie do kontaktu s legálnou alebo nelegálnou formou drogy?**“

- a) na diskotéke
- b) v partii kamarátov
- c) na večierku
- d) neviem



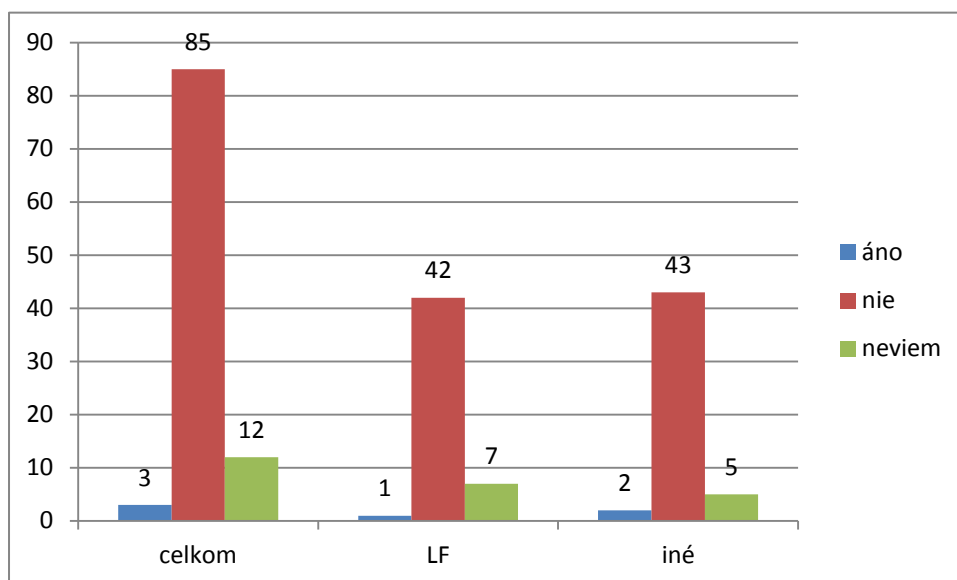
Zdroj vlastný

Graf č. 9: Mladý človek a jeho najčastejší kontakt s drogou.

Najčastejšie odpovedanou otázkou bolo, že mladý človek prichádza do kontaktu s drogou v partii kamarátov. Celkovo bolo odpovedí 64 (64%), z toho 42 (84%) študentov z LF a 22 (44%) z ekonomickej, hotelovej, či technickej vysokej školy. Potom to bola možnosť A, že je to na diskotéke, dohromady to bolo 29 (29%) respondentov, 8 (16%) z LF a 21 (42%) z inej školy. Ďalej to bola možnosť C, na večierku a 3 (3%) z respondentov odpovedali, že nevedia kde najčastejšie prichádza mladý človek do kontaktu s drogou.

„Vyhodnotenie položky č. 11: **Myslíte si, že užívanie cigariet, alkoholu, drog zabezpečí mladému človeku väčšie uznanie v spoločnosti?**“

- a) áno
- b) nie
- c) neviem to posúdiť



Zdroj vlastný

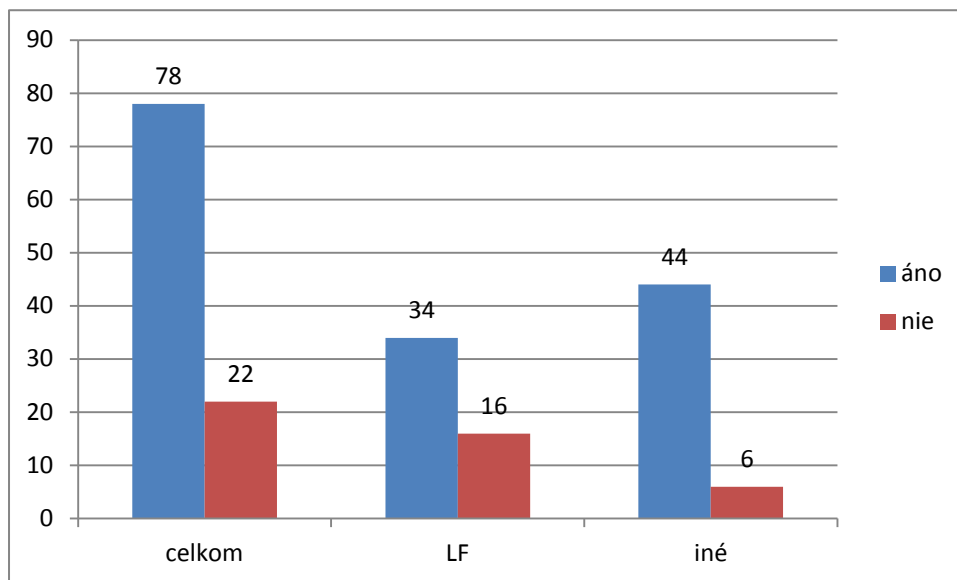
Graf č. 10: Mladý človek a uznanie v spoločnosti.

Najčastejšia odpoveď pri tejto otázke bola nie. Viacerí z respondentov si myslia, že užívanie cigariet, alkoholu, či drog nezabezpečí mladému človeku väčšie uznanie v spoločnosti. Celkom ich bolo až 85 (85%), áno odpovedali 3 (3%) a na túto otázku nevedelo odpoveď 12 (12%) respondentov dotazníka. Pri porovnaní lekárskej fakulty a nelekárskej to bolo skoro rovnaké. Respondenti z LF odpovedali, že mladému človeku užívanie návykových látok nezabezpečí uznanie a to až 42 (84%), respondentov z nelekárskej fakulty bolo 43 (86%). Podobné odpovede boli u respondentov z LF či inej školy aj pri možnostiach áno či neviem.

„Vyhodnotenie položky č. 12: **Poznáte vo svojom okolí niekoho kto užíva drogy?**“

a) áno

b) nie



Zdroj vlastný

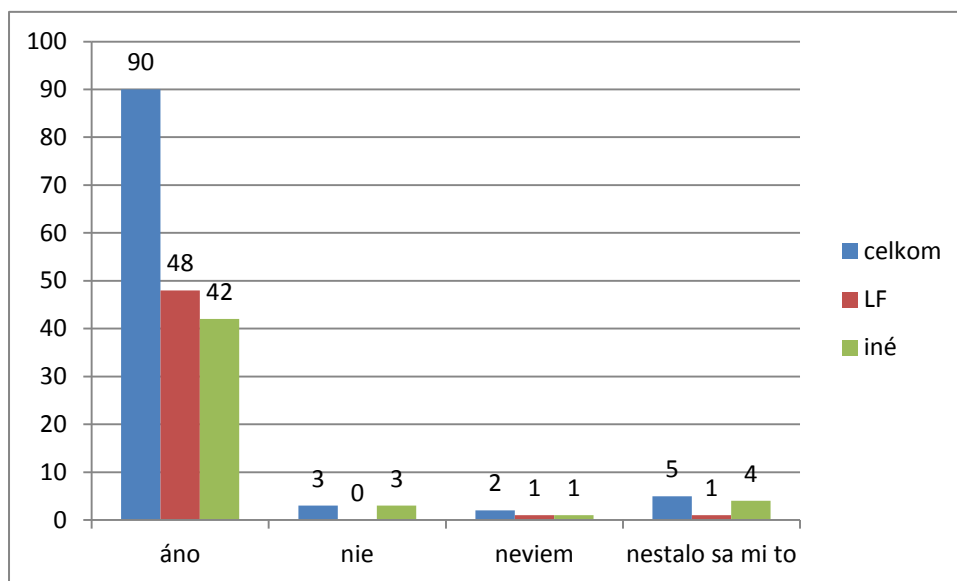
Graf č. 11: Okolie respondentov a užívanie drog.

Dá sa povedať, že respondenti poznajú vo svojom okolí ľudí, ktorí užívajú drogy. Celkom je to až 78 (78%) respondentov, z toho 34 (68%) z LF a až 44 (88%) z inej školy bez zdravotníckeho zamerania. 22 (22%) respondentov nemá vo svojom najbližšom okolí ľudí, ktorí užívajú drogy, 16 (32%) je to z LF a 6 (12%) z nelekárskej fakulty.



„Vyhodnotenie položky č. 13: **Dokázali by ste odmietnuť drogu, ak by vám to váš známy (kamarát) ponúkol?**“

- a) áno
- b) nie
- c) neviem
- d) nestalo sa mi to



Zdroj vlastný

Graf č. 12: Mladý človek a odmietnutie drogy.

Väčšina z respondentov by dokázala odmietnuť drogu, ak by im to ponúkol ich známy, kamarát. Celkom je to až 90 (90%) respondentov, z toho 48 (96%) z LF a 42 (84%) respondentov navštevujúcich školu bez zdravotníckeho zamerania. Možnosť nestalo sa mi to, bola druhá najviac odpovedaná, celkom to bolo 5 (5%) respondentov. Potom to bola odpoveď nie, celkom 3 (3%) študenti. 2 (2%) odpovedali, že nevedia, ako by sa zachovali, keby im známy ponúkol drogu, preto, lebo s tým nemajú skúsenosť.

„Vyhodnotenie položky č. 14: **Ak by drogoval/a váš priateľ/ka, poprípade najlepší kamarát/ka, čo by ste urobili, aby ste mu/jej pomohli?**“

Keďže táto otázka bola napísaná otvorenou formou, respondenti mohli napísať, čo by urobili v prípade, keď by drogoval ich najlepší priateľ/ka, ako by mu pomohli. Myslím, že väčšina z respondentov by aj pomocnú ruku podala, no len to nestačí. Je to hlavne na človeku, ktorý užíva návykové látky, aby si to sám uvedomil a sám urobil určité potrebné opatrenia.

| Pomoc človeku, ktorý spadne do návyku | Najčastejšie odpovede  |
|---------------------------------------|--|
|                                       | Liečenie, rozhovor, otvorená komunikácia, psychológ, psychiater, poradňa, programy, odvykajúca kúra. |

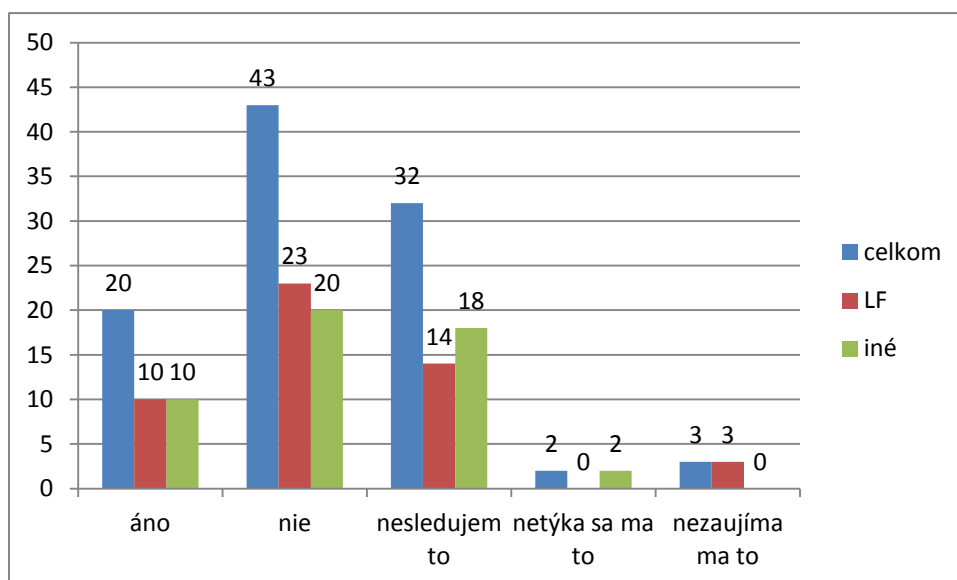
Zdroj vlastný

Tabuľka č. 6: Pomoc človeku, ktorý prepadne návyku

Najčastejšie odpovede respondentov sú priložené v prílohách.

„Vyhodnotenie položky č. 15: **Myslíte si, že v dnešnej dobe je dostatok preventívnych opatrení v témach drogových závislostí?**“

- a) áno
- b) nie
- c) nesledujem to
- d) netýka sa ma to
- e) nezaujíma ma to



Zdroj vlastný

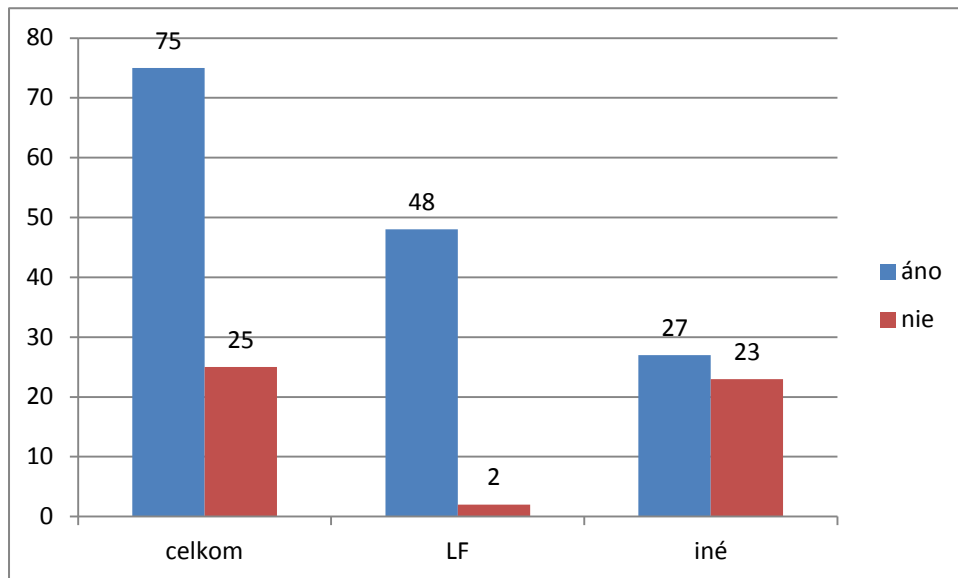
Graf č. 13: Drogové závislostí a preventívne opatrenia.

Pätnásta otázka v mojom dotazníku bola, či si mladí ľudia myslia, že v dnešnej dobe je dostatok preventívnych opatrení v témach drogových závislostí. Najviac odpovedí bolo na otázku, nie, a to 43 (43%) respondentov, 23 (46%) z LF a 20 (40%) z inej školy. Druhá najčastejšia možnosť bola, že to nesledujú a to 32 (32%), 14 (28%) z LF a 18 (36%) z nelekárskej fakulty. Potom to bola možnosť áno, 20 (20%) respondentov, 10 (20%) z LF a aj inej školy. 3 (3%) respondentov to nezaujímal a 2 (2%) sa to netýkalo.

„Vyhodnotenie položky č. 16: **Máte dostatok informácií o drogách?**“

a) áno

b) nie



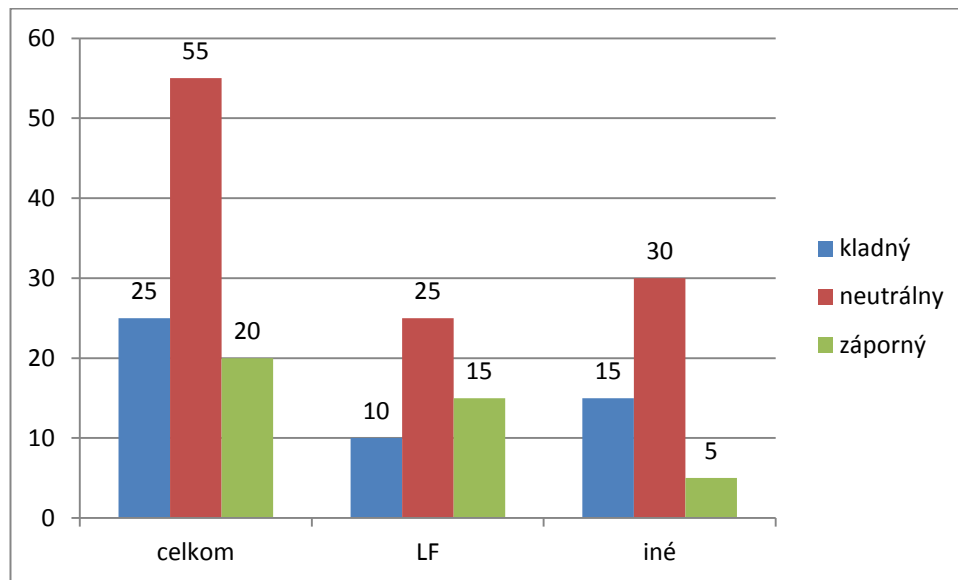
Zdroj vlastný

Graf č. 14: Informácie o drogách.

Respondenti na túto otázku odpovedali vo väčšine, že majú dostatok informácií o drogách, celkom až 75 (75%), 48 (96%) z LF a 27 (54%) z inej školy. Odpoveď nie, celkom 25 (25%) respondentov, z toho 2 (4%) z LF a 23 (46%) z nelekárskej fakulty.

„Vyhodnotenie položky č. 17: Aký je Váš celkový vzťah k užívaniu návykových látok?“

- a) kladný
- b) neutrálny
- c) záporný



Zdroj vlastný

Graf č. 15: Vzťah respondentov k návykovým látkam.

Vzťah oslovených respondentov k návykovým látkam je neutrálny. Túto možnosť v dotazníku označilo až 55 opýtaných študentov, čo je celkovo až 55%. Ďalšou najviac označenou možnosťou je, že ich celkový vzťah je kladný 25% a záporný 20%.

## 13 Diskusia

Vyhodnotenie cieľov

Hlavný cieľ:

### **Vzťah/postoj študentov vysokých škôl v užívaní návykových látok.**

Z toho, čo som po vyplnení môjho dotazníka študentmi vysokých škôl so zdravotníckym (LF) a bez zdravotníckeho zamerania (VŠH, VŠE, ČVUT) zistila je, že vzťah mladého človeka, študenta vysokej školy k drogám (legálnym ale aj nelegálnym), návykovým látkam je neutrálny. Takto odpovedalo až 55% oslovených študentov. Kladnejší prístup k drogám majú študenti vysokých škôl bez lekárskeho zamerania štúdia. Často si to mladý človek ani neuvedomuje, od čoho závislosť vzniká, čo všetko so sebou prináša a berie to len na „ľahkú váhu“. Myslí si, že jemu sa nič nemôže stať, ak bude drogy užívať. V okolí týchto študentov sa nachádzajú ľudia, ktorí trvalo užívajú drogy, ktorí spadli do závislostí a otázka drog tu nie je žiadne tabu. Užívajú nielen tvrdé drogy, ale aj alkohol, denne vyfajčia pár balíkov cigariet, vypijú väčšie množstvo šálok kávy, poprípade vypijú toľko alkoholu, že si ani nič nepamätajú. Často sa chcú len zapáčiť v očiach iných ľudí, kamarátov, priateľov, známych. Často je to aj reklama, médiá, televízia, ktoré ich ovplyvňujú.

Vedľajšie ciele:

**Čo si študenti predstavujú pod pojmom „Závislosť“, a ktorú z uvedených možností v dotazníku považujú respondenti za najviac škodlivú?**

K tomuto cieľu sa vzťahovali otázky číslo 4 a 5 v dotazníku.

Myslím si, že tieto pojmy vidia dost' skreslene. Mnohí z opýtaných respondentov odpovedali na túto otázku, že je to nutkavá potreba, nutnosť, potreba niečo mať, chcenie, sklón či návyk.

Za najviac škodlivú návykovú látku považujú drogy (nelegálnu formu) a to až 77% z oslovených respondentov. Potom to bol nikotín 12% respondentov a alkohol. Nikto z oslovených respondentov v dotazníku neudal, že škodlivou návykovou látkou je kofeín.

## **Prišli mladí ľudia do styku s drogou (nelegálnou formou- marihuana, heroín...alebo legálnou formou- alkohol, tabak...)?**

Áno, prišli. Väčšina z respondentov môjho dotazníka má skúsenosť s drogou, či už legálnou alebo nelegálnou formou. S nelegálnou formou drogy má skúsenosť 61% respondentov. Dostala sa k nej v partii kamarátov, alebo diskotéke, či na večierku. Niektorí si na to dokonca ani nepamätajú. Chceli len vyskúšať čo to s nimi „spraví“, aký zážitok im to navodí. Mnohí z nich označili na otázku, čo považujú za najviac škodlivú látku práve drogu a práve s ňou majú aj vlastnú skúsenosť. Až 55% oslovených respondentov nefajčí, zvyšná časť fajčí denne a vyfajčí od 3 až do 20 cigariet denne. Alkohol pije príležitostne až 92% respondentov a 7% oslovených respondentov sú abstinenti. Tento cieľ v mojom dotazníku bol rozoberaný v otázke číslo 6, 7, 8, 9, 10.

### **Poznajú respondenti vo svojom okolí niekoho kto užíva drogy a ako by mu pomohli v prípade závislosti?**

Respondenti poznajú vo svojom okolí ľudí, ktorí užívajú nelegálnu formu drogy. Pomohli by im rozhovorom, odporučili by im liečenie, psychológa, psychiatra, poradňu. K tomuto cieľu sa vzťahujú otázky číslo 12 a 14 v dotazníku.

### **Dokázali by oslovení respondenti odmietnuť drogu, ak by im ju známy či kamarát ponúkol?**

Respondenti by dokázali odmietnuť drogu, ak by im ju niekto ponúkol a to až 90% oslovených. Tomuto cieľu odpovedá otázka číslo 13 v dotazníku.

### **Poznajú respondenti dostatok informácií k téme návykových látok a vedia, alebo počuli o nejakých preventívnych programoch?**

Oslovení respondenti nepoznajú preventívne programy o návykových látkach a to až 43%, ostatných to nesledujú alebo sa ich to netýka. 75% respondentov pozná dostatok informácií o návykových látkach. K tomuto cieľu bola pripravená otázka číslo 15 a 16 v dotazníku.

Výsledky štúdií, ktoré sa zaoberali rizikovými faktormi pôsobiace na vysokoškolskú populáciu poukazujú, že zdravotný stav študentov je horší, než zdravotný stav rovnako starej neštudujúcej populácie (Teplá, 2009). Najčastejšie respondentov láka ku konzumácii

alkoholu najmä partia kamarátov, alebo im chutí, či majú iný dôvod na konzumáciu. Podobne je to aj s tabakom, či drogami, najmä s nelegálnou formou ako marihuana (Teplá, 2009). Podobne výsledky som zistila aj vo svojom dotazníku. Oslovení respondenti užívajú návykové látky najmä v partii kamarátov, na diskotéke, na večierku. Študenti lekárskej fakulty dosahujú priaznivejšie výsledky v porovnaní s ostatnými fakultami, ale aj v porovnaní s obecnou populáciou (Burešová, Vacek, 2009). To sa potvrdilo aj v mojom dotazníku.

Veľmi malé množstvo opýtaných v dotazníku je abstinentov, ale prekvapivo malé množstvo respondentov fajčí denne cigarety. Ak už ale respondenti fajčia je to malé percento opýtaných.

### Návykové látky a svet

Opakovane opití sú najviac mladí severania – Fíni, Dáni. Trochu triezvejší sú Švédi. Naopak, mladí ľudia z krajín južnej Európy – Talianska, Grécka a Francúzska – sú skôr pôžitkári a každodenná opitnosť u nich nie je samozrejmosťou. Podľa rôznych štatistík každý desiaty až pätnásty Slovak prehráva svoj súboj s rozkošami konzumácie alkoholu. A to až do tej miery, že sa musí podrobiť liečbe. Vážne problémy s alkoholom má až takmer tretina našej populácie. Mužských pijanov je oproti konzumujúcim dámam o polovicu viac<sup>25</sup>. Česi sú druhí najväčší pijaci v Európe. Viac alkoholu sa vypije už len v Luxembursku. Podľa čerstvých čísel štatistického úradu minulý rok každý Čech vrátane batolať vypil v priemere skoro o pol litra alkoholu viac než o rok skôr. Celkom 10,2 litru čistého liehu<sup>26</sup>. Podobne je to aj s fajčením. Ak sa chceme úspešne a v plnej miere podieľať na boji o vlastné zdravie, lepšie je nikdy nezačať fajčiť. Ak sme stali už fajčiarmi, musíme si čím skôr uvedomiť zhubné pôsobenie škodlivín tabaku na zdravie a pevne sa rozhodnúť, že s fajčením chceme skutočne a definitívne skončiť. V tejto snahe treba využiť aj pomoc lekára, prípadne poradne proti fajčeniu<sup>27</sup>. Podobne na tom všetkom sú aj drogy. Nejde o nič, skúsím to, po čase to potrebujem viac a viac, dávky sa zvyšujú, človek sa nedokáže ovládať, potrebuje drogu, vzniká návyk. Musí ho stáť veľa námahy, aby si uvedomil, že je závislý a vyhľadal pomoc odborníka.

---

<sup>25</sup> *Alkohol útočí na človeka* [online]. 2006 [cit. 2011-03-11]. [Http://profit.etrend.sk](http://profit.etrend.sk). Dostupné z WWW: <<http://profit.etrend.sk/aktivny-zivot/alkohol-utoci-na-cloveka.html>>

<sup>26</sup> *Češi se propili na špici spotřeby alkoholu* [online]. 2006 [cit. 2011-03-13]. [Http://zpravy.idnes.cz](http://zpravy.idnes.cz). Dostupné z WWW: <[http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-domaci.asp?c=A061202\\_130331\\_domaci\\_jan](http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-domaci.asp?c=A061202_130331_domaci_jan)>

<sup>27</sup> *Prečo prestať fajčiť* [online]. 2008 [cit. 2011-03-11]. [Http://www.burza.sk](http://www.burza.sk). Dostupné z WWW: <<http://www.burza.sk/fajcenie/prestat.html>>



## 14 Návrhy pre prax

Pri otázke, ktorú som položila v mojom dotazníku, či sú študenti vysokých škôl dostatočne informovaný o drogách, návykových látkach mi vyšlo, že majú dostatok informácii o danej problematike. Je to najmä prostredníctvom internetu, kde si každý koho táto téma zaujíma môže vyhľadať dostatok informácii o drogách. Pre niekoho kto sa s drogou nestretol a ani nechce stretnúť nemá táto téma nejakú dôležitosť. Myslím si, že keď človek pozná vedľajšie účinky, vie, čo so sebou drogy prinášajú, čo vyvolávajú v našom organizme, tak sa s týmito látkami ani stretnúť nechce.

Prekvapivá odpoveď na otázku, či je v dnešnej dobe dostatok preventívnych opatrení ohľadom návykových látok bola odpoveď nie.

Dôležitá je hlavne prevencia. Dôležitá je aj rodina, výchova mladého človeka, aby vedel, čo je pre neho v živote dôležité, určitý predpoklad vedieť riešiť problémy s „chladnou hlavou“. Dieťa si berie vzor od svojich rodičov, má od nich vytvorený určitý ideál a podľa ich výchovy často vie, čo môže a čo nie. No deti z neúplných rodín, siroty, ten ideál nemajú a keďže nevedia ako riešiť problémy často sú ich útočiskom práve návykové látky. Takže dôležitá je hlavne prevencia. Rodičia by sa svojim deťom mali naplno venovať, aby rozvíjali svoje schopnosti a nemali čas zaoberať sa zbytočnosťami. Mali by mať dostatok pohybu, venovať sa činnostiam, ktoré ich baví a naplňujú.

Účinnou prevenciou mladých ľudí pred drogovou závislosťou je trávenie voľného času hodnotnou a zmysluplnou činnosťou. Sú to napríklad prednášky, besedy o danej téme, preventívne programy na ochranu ľudí pred vznikom závislostí.

Na základe výsledkov môjho prieskumu a po naštudovaní literatúry odporúčam pre prax:

Zvyšiť informovanosť mladých ľudí o vedľajších účinkoch návykových látok na organizmus.

Zaviesť predkladanie štatistík a programov zaoberajúcich sa návykovými látkami, aby sa mladý človek zoznámil bližšie s účinkami látok pôsobiacimi na ľudský organizmus (internet, zaradenie do výučného procesu na základných a stredných školách).

Organizácia seminárov, konferencií pre mladých ľudí na základných, stredných školách s odbornými prednášajúcimi- lekári, psychológovia. Edukácia.

Prevenca. Včasné odhalenie užívania návykových látok rodičmi, pedagógmi, známymi.

Drogový screening v rámci preventívnej prehliadky, podozrenie, následná liečba a kontrola uskutočňujúcej sa liečby.

## **Záver**

Celá moja bakalárska práca sa venovala téme vzťahu mladého človeka, študenta vysokej školy, či už s lekársnym alebo nelekárskym zameraním štúdia, návykovým látkam.

V prvej časti som sa snažila zhrnúť, čo sú návykové látky, od čoho závislosť vzniká, čo spôsobuje v našom organizme, ale aj možnostiam liečby a podania prvej pomoci. Závislosť nevzniká len od drog, ale často je to aj alkohol, nikotín, káva či dokonca aj čaj. To všetko so sebou pri dlhšom užívaní prináša návyk.

V druhej, praktickej časti som spracovala dotazník. Na začiatku som si stanovila ciele. Zistila som, že väčšina študentov, dokonca až 61% má skúsenosť s drogou s nelegálnou formou drogy ako napríklad marihuana, heroín atď. Stretli sa s ňou v partii kamarátov, na diskotéke a chceli zistiť, čo táto látky spraví s ich organizmom.

O návykových látkach sa dozvedáme množstvo informácií aj z televízie, novín, médií. Často krát sa tam môžeme dočítať, prečo napríklad nie sú drogy legalizované. Odkiaľ si má potom mladý človek brať nejaký príklad? Veď aj naša spoločnosť dáva najavo, že legalizácia je často „dobrý nápad“.

Keď ale človek do návyku spadne, je dôležité, aby si uvedomil, že potrebuje pomoc a začal s tým niečo robiť. Potrebuje vyhľadať odborníka a začať s liečbou.

Najdôležitejšia je však prevencia, preventívne programy na dané témy, výchova mladých ľudí k zdravému životnému štýlu, zdravá spoločnosť.

## Zoznam literatúry

BALICKÁ, Kateřina. *Práce s klientem s rizikem v chování* .1. vydání . Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. 79 s. ISBN 80-86878-27-9.

GALLÁ, Maurice , et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí : Příručka o efektivní školní drogové prevence*. Praha : Úrad vlády ČR, 2005. 156 s. ISBN 80-86734-38-2.

HAMANOVÁ, Jana , et al. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. 1. odborný seminář. Praha : Státní zdravotní ústav, 2000. 100 s. ISBN 80-902898-0-0.

KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KLENEROVÁ, Věra; HYNIE, Sixtus. *Závislost na návykových látkách*. 1.vydání . Praha : MŠMT ČR a 1. LF UK, 2002. 267 s. ISBN 80-239-0910-X.

MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy : adiktologické kompendium*. Praha : Grada Publishing, 2008. 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.

MIOVSKÝ, MICHAL, et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha, 2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.

PÁLENÍČEK, Tomáš; KUBŮ, Pavel; MORAVČÍK, Viktor. *Nové syntetické drogy : Charakteristika a hlavní riziká*. Praha : Úrad vlády ČR, 2004. 36 s. ISBN 80-86734-26-9.

PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie : Obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha : Galén, 2005. 248 s. ISBN 80-7262-301-X.

SOVINOVÁ, Hana ; CSÉMY, Ladislav. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 96 s. ISBN 80-7071-230-9.

ŠTABLOVÁ, Renata; BREJCHA, Břetislav. *Návykové látky a současnost*.1. vydání . Praha : Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2.

*Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. 1. vydání . Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 80 s. ISBN 80-85121-20-4.

*Výročná správa 2010 : Stav drogovej problematiky v Európe*. Luxemburg : Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie, 2010. 103 s. ISBN 978-92-9168-443-4.

*Alkohol útočí na človeka* [online]. 2006 [cit. 2011-03-11]. Http://profit.etrend.sk. Dostupné z WWW: <http://profit.etrend.sk/aktivny-zivot/alkohol-utoci-na-cloveka.html>

Internetové zdroje:

*Češi se propili na špici spotřeby alkoholu* [online]. 2006 [cit. 2011-03-13]. Http://zpravy.idnes.cz. Dostupné z WWW: [http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202\\_130331\\_domaci\\_jan](http://zpravy.idnes.cz/cesi-se-propili-na-spici-spotreby-alkoholu-f2c-/domaci.asp?c=A061202_130331_domaci_jan)>

*Drogová závislost'* [online]. 2010 [cit. 2011-03-04]. Http://drogy.doktorka.cz. Dostupné z WWW: <http://drogy.doktorka.cz/drogovou-zavislost-prozradi-jednoduchy-test/>

*Encyklopedie psychotropních rostlin* [online]. 2009 [cit. 2011-03-15]. Www.biotox.cz. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/enpsyro/uvod.html>

*Pomoc obetiam* [online]. 2007 [cit. 2011-03-10]. Http://www.pomocobetiam.sk. Dostupné z WWW: [http://www.pomocobetiam.sk/spolu/spolu-1\\_2-07.pdf](http://www.pomocobetiam.sk/spolu/spolu-1_2-07.pdf)

*Syndrom rizikového chování v dospívání* [online]. 2007 [cit. 2011-03-27]. Http://www.zdrava-rodina.cz. Dostupné z WWW: [http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498\\_40.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html)

*Stav drogovej problematiky v Európe* [online]. 2010 [cit. 2011-03-05]. Www.emcdda.europa.eu. Dostupné z WWW: [www.emcdda.europa.eu/.../att\\_120104\\_SK\\_EMCD\\_DA\\_AR2010\\_SK.pd](http://www.emcdda.europa.eu/.../att_120104_SK_EMCD_DA_AR2010_SK.pd)

*Terapeutické prístupy v liečbe závislostí zamerané na rodinu* [online]. 2011 [cit. 2011-03-05]. Http://www.infodrogy.sk. Dostupné z WWW: [http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/2058/terapeuticke\\_pristupy\\_v\\_liecbе\\_zavislosti\\_za\\_merane\\_na\\_rodinu.html](http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/c/2058/terapeuticke_pristupy_v_liecbе_zavislosti_za_merane_na_rodinu.html)

*Závislost'* [online]. 2010 [cit. 2011-03-11]. Http://drogy.doktorka.cz. Dostupné z WWW: <http://drogy.doktorka.cz/zavislost/>

Why Are Illegal Drugs Dangerous [online]. 2011 [cit. 2011-03-16]. /kidshealth.org.

Dostupné z WWW: [http://kidshealth.org/kid/grow/drugs\\_alcohol/know\\_drugs.html](http://kidshealth.org/kid/grow/drugs_alcohol/know_drugs.html)

|  |    |
|--|----|
| Tabuľka č. 1: Čo je závislosť?.....                              | 56 |
| Tabuľka č. 2: Od čoho závislosť vzniká?.....                     | 56 |
| Tabuľka č. 3: Množstvo vyfajčených cigariet.....                 | 58 |
| Tabuľka č. 4: Pomoc človeku, ktorý prepadne návyku.....          | 66 |
| Graf č. 1: Pohlavie respondentov.....                            | 53 |
| Graf č. 2: Vek respondentov.....                                 | 54 |
| Graf č. 3: Názov školy, ktorú respondenti navštevujú.....        | 55 |
| Graf č. 4: Ktorá závislosť je najviac škodlivá?.....             | 57 |
| Graf č. 5: Respondenti a fajčenie tabaku.....                    | 58 |
| Graf č. 6: Konzumácia alkoholu.....                              | 59 |
| Graf č. 7: Respondenti a skúsenosť s drogou.....                 | 60 |
| Graf č. 8: Prečo študenti po drogách siahli?.....                | 61 |
| Graf č. 9: Mladý človek a jeho najčastejší kontakt s drogou..... | 62 |
| Graf č. 10: Mladý človek a uznanie v spoločnosti.....            | 63 |
| Graf č. 11: Okolie respondentov a užívanie drog.....             | 64 |
| Graf č. 12: Mladý človek a odmietnutie drog.....                 | 65 |
| Graf č. 13: Drogové závislosti a preventívne opatrenia.....      | 67 |
| Graf č. 14: Informácie o drogách.....                            | 68 |
| Graf č. 15: Vzťah respondentov k návykovým látkam.....           | 69 |

**Skratky:** CNS – centrálna nervová sústava

ČVUT – technická vysoká škola

EMCDDA – European Monitoring Centre for drugs and Drug Addiction

EÚ – Európska únia

LSD – dietylamid kyseliny lysergovej

THC – tetrahydrocannabinol

VŠE – vysoká škola ekonomická

VŠH – vysoká škola hotelová

WHO – World Health Organization – Svetová zdravotnícka organizácia

1.LF – 1. lekárska fakulta

3.LF – 3. lekárska fakulta



## Zoznam príloh

Príloha A: Dotazník

Príloha B : Test: Ako zvládnuť alkohol?

Príloha C: Fagerströmov test nikotínovej závislosti

Príloha D: Najčastejšie odpovede respondentov na otázku č. 4

Príloha E: Najčastejšie odpovede respondentov na otázku č. 14

## Príloha A

### Dotazník

*Študenti vysokých škôl a rizikové správanie vo vzťahu k návykovým látkam.*

Milá študentka, študent,

volám sa Silvia Demčáková a som študentkou 3. Ročníka odboru všeobecná sestra na 1.lékareskej fakulte Univerzity Karlovej v Prahe. V rámci bakalárskej práce spracúvam výskum na tému „Študenti vysokých škôl a ich vzťah k návykovým látkam“. Prosím Vás o vyplnenie nasledujúceho dotazníka, ktorý je anonymný a určený len na študijné účely. Pri každej otázke zaškrtnite prosím len jednu správnu odpoveď, ak nie je určené inak, prípadne dopíšte odpoveď vlastnými slovami.

1) Pohlavie

a) žena

b) muž

2) Vek .....

3) Názov školy, ktorú navštevujete .....

4) Ako by ste definovali pojem závislosť a od čoho môže závislosť podľa vás vzniknúť?

.....  
.....  
.....

5) Ktorú z nasledujúcich závislostí považujete za najviac škodlivú? (1-4 možné odpovede)

a) fajčenie tabakových výrobkov

b) alkoholizmus

c) kofeinizmus

d) drogová závislosť

e) inú (akú).....

6) Fajčíte?

- a) nie
- b) príležitostne (oslava, sviatok...)
- c) ak áno, koľko cigariet denne .....

7) Konzumujete alkohol?

- a) denne
- b) príležitostne (oslava, sviatok...)
- c) abstinent

8) Skúsili ste už nejakú drogu?

- a) áno
- b) nie

9) Ak áno, prečo ste po nej siahli? (1- 5 možných odpovedí)

- a) chcel/a som si zlepšiť náladu
- b) chcel/a som skúsiť, čo to so mnou „spraví“
- c) chcel/a som tým vyriešiť svoj problém
- d) chcel/a som na seba upozorniť
- e) z nudy
- f) nepamätám si to

10) Kde podľa Vás prichádza mladý človek najčastejšie do kontaktu z legálnou alebo nelegálnou formou drogy?

- a) na diskotéke
- b) v partii kamarátov
- c) na večierku
- d) neviem

11) Myslíte si, že užívanie cigariet, alkoholu, drog zabezpečí mladému človeku väčšie uznanie v spoločnosti?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem to posúdiť

12) Poznáte niekoho vo vašom okolí kto užíva drogy?

- a) áno
- b) nie

13) Dokázali by ste odmietnuť drogu, ak by vám ju niekto známy (kamarát) ponúkol?

- a) áno
- b) nie
- c) neviem
- d) nestalo sa mi to

14) Ak by drogoval/a váš/a priateľ/ka, poprípade najlepší kamarát/ka, čo by ste urobili, ako by ste mu/jej pomohli?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15) Myslíte si, že v dnešnej dobe je dostatok preventívnych opatrení v témach drogových závislosti?

- a) áno
- b) nie
- c) nesledujem to
- d) netýka sa ma to
- e) nezaujíma ma to

16) Máte dostatok informácií o drogách?

- a) áno
- b) nie

17) Aký je Váš celkový vzťah k návykovým látkam?

- a) kladný
- b) neutrálny
- c) záporný

Ďakujem Vám za ochotu a Váš čas venovaný vyplneniu tohto dotazníka.

Silvia Demčáková

## Príloha B

Test: Ako zvládáte alkohol?

Týmto testom si môžete odpovedať na otázku, či ste jednotka, prípadne až štvorka, pokiaľ ide o vašu závislosť od alkoholu. Na jednotlivé otázky odpovedzte áno (súhlasím) alebo nie (nesúhlasím).

- Pijete alkohol častejšie ako predtým?
- Pijete viac ako predtým?
- Pijete tajne?
- Myslíte často na alkoholické nápoje?
- Máte vždy poruke zásobu alkoholu?
- Pijete dychtivo prvý pohárik na ex?
- Mávate pocity viny v súvislosti s pitím?
- Vadí vám zmienka o pití v súvislosti s vašou osobou?
- Mávate po pití chvíľky, keď si nepamätáte, čo robíte?
- Pijete nadmieru?
- Objavujú sa u vás výkyvy nálady?
- Opakovane a márne sa pokúšate piť s mierou?
- Alkohol vás zaujíma viac a viac, a to nielen teoreticky?
- Máte v súvislosti s pitím problémy v rodine?
- Máte na pracovisku problémy s pitím alebo s jeho dôsledkami?
- Máte zdravotné problémy v súvislosti s pitím?
- Máte sexuálne problémy?
- Ste žiarlivý?
- Vydržíte piť viac ako druhí?
- Okolnosti vás donútili určitú dobu abstinovať pod tvrdým nátlakom?
- Máte s pitím problémy, „kamkoľvek sa pozriete“?
- Opijete sa aj z malého množstva alkoholu?
- Stane sa, že absolvujete niekoľkodenný pijanský „ťah“?
- Musíte sa napiť alkoholu už ráno, aby ste sa lepšie cítili?
- Pijete s ľuďmi, o ktorých si myslíte, že sú pod vašu sociálnu úroveň?
- Máte niekedy pocit, že s alkoholom to nejde, ale bez neho tiež nie?

Vyhodnotenie:

Každá odpoveď áno znamená, že máte niektorý typický znak závislosti od alkoholu, ktorý likviduje váš organizmus.

Položky:

1–2: patria do prvej fázy „vztýčeného prstu“ alebo pohrozenia

3–9: zodpovedajú druhej fáze, teda vážnemu varovaniu

10–20: súvisia s treťou, kritickou fázou, keď sa stráca kontrola v pití

21–26: naznačujú konečné štádium závislosti s výrazným rizikom alkoholických psychóz, delirium tremens, táto fáza býva konečná.

## Príloha C

### Fagerströmov test nikotínovovej závislosti

Pre určenie stupňa fajčiarovej závislosti na nikotíne slúži tzv. Fagerströmov test. Každá odpoveď je bodovaná, a miera závislosti sa určuje podľa konečného bodového súčtu. Vyplnenie testu obvykle zaberie menej než jednu minútu, a pritom má test veľmi dobrú vypovedaciu schopnosť.

#### TEST

Ako skoro po prebudení vyfajčíte prvú cigaretu?

- |                       |         |
|-----------------------|---------|
| a) po viac ako hodine | 0 bodov |
| b) za 31-60 minút     | 1       |
| c) za 6-30 minút      | 2       |
| d) do 5 minút         | 3       |

Je pre vás ťažké nefajčiť tam, kde je to zakázané?

- |        |   |
|--------|---|
| a) ne  | 0 |
| b) áno | 1 |

Ktorej cigarety ste najmenej ochotní sa vzdať?

- |                 |   |
|-----------------|---|
| a) prvej rannej | 1 |
| b) inej         | 0 |



Koľko cigariet vyfajčíte denne?

- |                 |   |
|-----------------|---|
| a) menej než 10 | 0 |
| b) 11-20        | 1 |
| c) 21-30        | 2 |
| d) viac než 30  | 3 |

Fajčíte behom prvej hodiny po prebudení častejšie než behom zvyšku dňa?

- |        |   |
|--------|---|
| a) ne  | 0 |
| b) áno | 1 |

Fajčíte, aj keď ste nemocní tak, že trávite väčšinu dňa v posteli?

- |        |   |
|--------|---|
| a) ne  | 0 |
| b) áno | 1 |

Do 5 bodov je hodnotená závislosť ako slabá. Fajčiar by mal prestať skôr, než jeho závislosť zosilnie. Fajčiari so skóre 5 až 7 bodov majú silnú závislosť a hrozí im, že sa stanú extrémne závislými. Extrémne silnú závislosť naznačuje skóre nad 7 bodov. Pokiaľ chce fajčiar s takto silnou závislosťou na nikotíne prestať fajčiť, neobíde sa obvykle bez odbornej pomoci zvonku.

## Príloha D

Najčastejšie odpovede respondentov na otázku č. 4, ktorá znie: Ako mladý človek vníma pojem droga a závislosť a od čoho podľa neho vzniká?

Najčastejšie odpovede respondentov:

„Nutková potreba opakovať svoje správanie. Nevie, ako môže vzniknúť, pravdepodobne začne najprv zvykom, premení sa na návyk a potom v závislosť.“

„Nutnosť niečo mať v určitých intervaloch, ktoré sa po čase zmenšujú. Dnes môže vzniknúť snád' od všetkého.“

„Pojem závislosť je dosť sporný pojem, verím jedine na fyzickú závislosť na tvrdých drogách ako je heroín a pervitín, ale inak existenciu duševnej závislosti neuznávam. Myslím, že každý si určí čo chce a nechce užívať podľa svojho premyslenia. Teda u mňa to takto funguje.“

„Závislosť- opakovať stále rovnakú vec za účelom pôžitku. Vzniknúť môže po kladných emóciách.“

„Človek sa niečoho nemôže vzdať. Nemôže byť bez toho. Je psychicky na dne, keď nemá to, na čom je závislý. Závislosť strpčuje život nielen tomu, kto ju má, ale aj blízkeho okoliu. Myslím si, že závislosť môže vzniknúť od čohokoľvek. Samozrejme najznámejšie príčiny závislosti sú drogy, lieky, alkohol, cigarety, ale taktiež na osobe, na nejakej veci, ale to už by som posudzovala aj stupeň a druh závislosti (psychická, fyzická).“

„Chorobné fyzické či psychické nutkanie k nejakej činnosti. Keď nie je túžba naplnená, vznikajú abstinénne príznaky.“

„Je to obmedzenie slobodnej vôle človeka. Povedala by som, že vzniká z neuspokojených biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb.“

„Závislosť je podľa môjho názoru, keď určitá osoba nedokáže vydržať bez danej návykovej latky ani jeden deň a spraví všetko preto, aby tu danú látku získala. Závislosť môže vzniknúť asi náhodne.“

„Závislosť vzniká, tam kde životu prospešné funkcie prestanú fungovať a vzniká potreba drogu užiť, mať ju .Závislosť je duševný a psychický stav nesamostatnosti

organizmu voči droge. Závislosť vzniká na liekoch, cigaretách, alkohole, drogách, počítači, hracích automatoch, káve....atď.“

„Závislosť je proste závislosť a vzniká z dvoch dôvodov: buď sa človeku nechce zmieriť s krutou realitou života a chce utiecť do „lepšieho“ sveta, čo k tomu patrí aj stres, alebo z dôvodu nedostatku inteligencie.“

„Závislosť na niečom je určitá neustála potreba niečo mať, užívať, niečo vykonávať. Závislosť podľa mňa môže vzniknúť hocikedy a z hocičoho. Proste niečo rád alebo proste zo zvyku začneš opakovať a po určitej dobe si na tom závislý, pretože si s tým neprestal. A aj keby si chcel po určitej dobe sám prestať, nie je to také ľahké.“

„Závislosť môže vzniknúť jednoducho chcením, keď si niekto niečo obľúbi a chce to čím ďalej častejšie, tak sa môže stať závislým (automaty, cigarety, alkohol). Človek môže byť vhnaný do zlej životnej situácie, niečo sa mu prihodí a svoje problémy rieši týmto spôsobom.“

„Môže začať pri prvom použití drogy, alebo jej častým používaním. Je to pocit, pri ktorom človek aj napriek rozumovému odmietnutiu nedokáže odolať uspokojeniu potreby po látke, alebo činu, na ktorom je závislý.“

„Psychická potreba robiť niečo neustále na úkor zdravia. Vzniká samovoľne, možno aj v dôsledku psychickej predispozície.“

„Závislosť by som definovala ako návyk príp. sklon používať nejakú látku zdraviu škodlivú či nebezpečnú, ktorej nedostatok spôsobuje človeku vyvedenie z rovnovážneho stavu. Závislosť môže vzniknúť z používania cigariet, alkoholu a drog.“

„Závislosť je stav, keď nedokážeme normálne existovať bez určitej látky a vo veľkom mení psychiku človeka. Vzniká z utiekania sa k určitým látkam v psychickom vypätí.“

„Prvé čo ráno vidím je šálka horúcej kávy - bez toho sa deň nezačne. Začnete si nahovárať, že tá dávka kofeínu fakt pomáha, že je lepšie začať deň s kávou...“

„Potreba stáleho, alebo častého užívania "niečoho" bez čoho už telo alebo myseľ nemôže byť. Vzniká z nudy, vyrovnania sa okoliu, stresová "barlička", nevedomky.“

„Závislosť je utkvelá túžba po nejakej veci či činnosti, ktorá ovplyvňuje naše racionálne myslenie a správanie.“

„Závislosť je opakované užívanie návykových látok za účelom odtrhnutia sa od problému, ťažkej životnej situácie. Závislosť môže tiež vzniknúť pri neuspokojení nejakej potreby.“

„Vec, bez ktorej nemôže človek byť. Závislosť môže vzniknúť napr. keď má niekto deti a dostatočne sa im nevenuje, tak si hľadá zábavu a potom si môžu vypestovať závislosť na PC a v pokročilejšom veku na alkohole, drogách, atď.“

„Závislosť je pocit nutnosti/potreby, človek sa domnieva, že bez danej veci nemôže plnohodnotne existovať. Vzniknúť môže napr. opakovaním, prostým zvykom, keď človek vynechá určitú vec z rutiny, tak môže mať pocit, že mu chýba a tak si to začne vynahrádzať, pravidelne pripomínať, užívať.“

„Je to choroba - túžba po látke, ktorá človeku privedie príjemné stavy aspoň na začiatku. Tie však neskôr zapríčiňujú množstvo neželaných problémov. Vzniká na podnet riešenia si problémov prostredníctvom drogy, z nudy...“

## Príloha E

Najčastejšie odpovede na otázku, ktorá znie: Ak by drogoval/a váš/a priateľ/ka, ako by ste mu pomohli?

„Pokúsil by som sa mu dohovoriť aby s tým prestal, alebo mu odporučil liečenie.“

„Ak by sa spýtala na radu, len vtedy sa jej snažím pomôcť, lebo najskôr sa do toho musí odhodlať sama.“

„Skúšala by som ho presvedčiť, aby s tým prestal, inak keď to nepochopí budem sa od nej vzdávať a časom ukončím kontakty.“

„Neviem si to veľmi predstaviť, ale určite by som skúsil apelovať najprv na jej/jeho zdravý rozum.“

„Ukázať mu najhorší následky toho, čo robí a snažiť sa to rozhovoriť. Ale na to ten človek musí tiež prísť sám. Pokiaľ si neuvedomí, že je to zlé, tak mu podľa môjho názoru, nie je pomoci.“

„Je to len na tej dotyčnej osobe rozhodnutie, ak chce prestať, dá sa tomu pomôcť, liečeniami resocializačnými zariadeniami.“

„Vyfackal by som ho.“

„Snažil by som sa mu rozumne dohovoriť, aj keď vo väčšine prípadov to nemá význam. Ale vždy je to potrebné skúsiť. Ak je to niekto na kom mi skutočne záleží určite by som neváhal kontaktovať nejakú odbornú pomoc, ktorá presne vie čo robiť.“

„Snažila sa ho z toho dostať, vysvetliť mu (jej), že tí, ktorých pokladá za kamarátov, vlastne ani nie sú kamaráti. Ich kamarátmi sú hlavne drogy. Stalo sa mi to a hovorím z vlastnej skúsenosti a kamarátka doteraz abstínuje.“

„V takom prípade môže človek len vynadať, ako vravím ja "vyčistiť koryto", aby sa kamarát/priateľ prebral a uvedomil si, čo tým všetkým môže stratiť. Ale vo väčšine prípadov to nepomôže a takéto priateľstvá končia. V najhorších prípadoch odtiahnuť do liečebne.“

„Otvorenou komunikáciou, vytvorením podmienok v rámci domácnosti a voľného času, zamestnanie človeka prípadne odbornou pomocou.“

„Snažila sa mu/jej vysvetliť, že to nie je správna vec, prípadne by som mu/jej odporučila obrátiť sa na odborníka, ak sa sám/sama nevie tejto závislosti zbaviť.“

„Ľudia v mojom veku by mali byť schopní rozhodovať sami za seba zodpovedne, takže ja by som neurobila nič, pokiaľ by ma o to sama nepožiadala, pretože aj napriek mojim radám neverím, že by prestala. Ak by ma požiadala pomohla by som jej nájsť vhodného doktora alebo psychológa.“

„Snažila by som mu vysvetliť akým spôsobom sa odovzdáva svojej závislosti, že droga, ktorú užíva, nie je len o humore, ale môže ho obráť o všetko, čo v živote mal, odporučila by som mu psychológa, psychiatra či poradňu. Šla by som tam s ním. Bola by som mu na blízku vždy, keď by to bolo treba.“

„Vypočula by som si prečo to berie, ale nemá cenu niekoho prehovárať alebo nútiť ho, aby prestal.“

„Snažila by som sa tomu človeku pomôcť, ako by to len išlo, ale niekedy to proste nestačí a väčšinou si tým človek musí prejsť a potom až niekoho počúvne a príjme pomoc.“

„Zaplatila by som mu odvykajúcu kúru.“

„Snažila by som sa o rozumný rozhovor/dohovor (ak by bol možný), pomôcť mu/jej prehodnotiť životné postoje, rebríček hodnôt, zistiť príčinu užívania a nájsť riešenie, východisko pre daný problém.“

„Hneď by som jej ponúkla svoju pomoc, ponúkla jej primárnu prevenciu v prípade, ak by som ju nepresvedčila o škodlivosti drog na jej organizmus, tak by som jej povedala bližšie informácie o HARM REDUCTION programe, aby mohla drogu užívať bezpečne.“

„Dôležité je vedieť, čo ho/ju k tomu viedlo. Ak má nejaké problémy, tak by som mu/jej poukázala na radu iných možností, ktorými sa dá problémom čeliť. Ukázala by som jej/jemu, že mi na ňom/nej záleží. Že na tom nie je sám/sama. A potom by som mu/jej navrhla, že s ním/s ňou zjdu tam, kde mu pomôžu.“

„Hm, záleží ako veľmi jeho "záľuba" ovplyvňuje náš vzťah. Každý si vo finále musí pomôcť sám. Na mne zostáva len otázka, či podať záchrannú ruku či nie. Netolerujem u partnera jedine injekčné drogy. PS: pojem drogy je široký zavádzajúci pojem, prežitok z

dôb našich babičiek a rodičov, je treba začať nazývať veci pravým menom. Heroín je heroín, koks je koks, alkohol je alkohol atď.“

„Neviem presne, ale moje snaha by smerovala k tomu, aby sa on/ona sám/sama rozhodla s tým niečo urobiť. Potom by som sa jej snažila zo všetkých síl pomôcť to dotiahnuť do cieľa.“





