

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY**



Sekundární a terciární prevence návykových látek

**Secondary and tertiary prevention of addictive
substance**

**Vedoucí diplomové práce:
Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.**

**Autor:
Bc. Roman Kurz, DiS.**

2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením paní docentky Evy Šotolové a práce nebyla využita k získání jiného titulu. V práci jsem použil informační zdroje, které uvádím v závěru práce v seznamu literatury.

Souhlasím s půjčováním této práce pro studijní účely.

V Horním Třeboníně dne 20.dubna 2013

.....
Roman Kurz

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomáhali při vypracování této práce. Největší díky patří vedoucí práce paní docentce Evě Šotolové, za podporu, cenné rady, podněty a hlavně za trpělivost, kterou projevovala. Také bych rád poděkoval řediteli Psychiatrické léčebny Červený Dvůr panu MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, že mi umožnil provést v léčebně dotazníkové šetření.

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá nástinem třech základních druhů prevence, které se používají nejen v oblasti návykových látek. Zaměřena je zejména na popis sekundární a terciární prevence. Kromě některé základní terminologie zde najdeme, co ke kterému druhu prevence patří, kdo ji zajišťuje a je zde nastíněna i léčba závislostního chování, která spadá do oblasti prevence. V práci jsou popsány legální i nelegální návykové látky, jejichž nadměrné užívání vede ke vzniku závislosti. Položky pro dotazníkové šetření byly vytvořeny s přihlédnutím ke vzorku respondentů, pro které je dotazník určen. Jedná se o klienty psychiatrické léčebny, kteří se rozhodli svou závislost řešit, mnohdy opakovaně, a mají s návykovými látkami značné zkušenosti.

Abstract:

My final work is about three basic types of prevention, which are used in the field of narcotic's prevention. It's mostly about secondary and tertiary prevention. Besides the basic terminology you can read about the details of different preventions, who is responsible for it and also about the treatment of addictive behaviours. In my work you can also find the descriptions of legal and illegal narcotics, which excessive using leads to jones. The questions in the questionnaire were created with a respect to the respondents – they are the clients of the mental treatment, who decided to help themselves (sometimes not for the first time).

Klíčová slova: návykové látky, drogy, závislost, prevence, primární, sekundární, terciární, abúzus, craving, tolerance, intoxikace, léčba

Key words: addictive substance, drug, addiction, prevention, primary, secondary, tertiary prevention, abusus, craving, tolerance, intoxication, drug rehab

OBSAH

ÚVOD	7
1 Závislost	9
1.1 Definice závislosti	9
1.2 Znaky závislosti	10
1.3 Fáze vzniku závislosti	12
2 Návykové látky	13
2.1 Dělení návykových látek:	13
2.1.1 Alkohol	14
2.1.2 Opioidy (opiáty)	165
2.1.3 Kanabinoidy (konopné drogy)	16
2.1.4 Sedativa a hypnotika (psychotropní léky)	17
2.1.5 Kokain	18
2.1.6 Stimulancia a kofein	19
2.1.7 Halucinogeny	21
2.1.8 Tabák – nikotin	22
2.1.9 Organická rozpouštědla (těkavé látky)	23
3 Význam slova prevence	24
3.1 Druhy prevence	24
3.1.1 Primární prevence	25
3.1.2 Prevence sekundární	31
3.1.3 Prevence terciární	38
4 Výzkumné šetření	42
4.1 Cíl práce	42
4.2 Popis terénu šetření	42
4.3 Popis vzorku šetření	43
4.4 Metody šetření	44
4.5 Výzkumná otázka, předpoklady	45
5 Interpretace výsledků šetření	45
6 Shrnutí získaných dat	66
7 Závěr	68
RESUMÉ	70
SEZNAM LITERATURY	71
SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Téma prevence návykových látek je stále aktuální a myslím, že je i velice potřebné se daným tématem zabývat. S prevencí nejen návykových látek se setkáváme na každém kroku. Jedná se zejména o činnosti nestátních neziskových organizací, které se zabývají prevencí na všech úrovních, ale svou roli v prevenci sehrává i stát. Jde o oblast, do které plyne stále poměrně velké množství finančních prostředků a mnohdy ani netušíme, zda jsou peníze účelně využity a zda je prevence úspěšná.

Má diplomová práce s názvem Sekundární a terciární prevence návykových látek se zabývá přiblížením tří základních druhů prevence, přičemž poměrně velká část je věnována prevenci sekundární a terciární, kterým je dle mého názoru často věnován velmi malý prostor. Už bakalářskou práci jsem zpracoval na téma prevence rizikového chování na základní škole, kde se setkáváme hlavně s primární prevencí. Nelze totiž jednoznačně jednotlivé druhy prevencí od sebe oddělit, protože se vzájemně prostupují a stejně tak nelze říci, pro jaký věk je daný druh prevence určen.

Poměrně dlouhou dobu se věnuji prevenci rizikového chování u žáků na ZŠ, kde již řadu let pracuji jako školní metodik prevence a řešení sociálně patologického chování patří do mé kompetence. Stále častěji se při vzdělávání a výchově žáků setkáváme se situací, kdy již 13-16letí žáci nadměrně užívají některou z návykových látek. Kouření je dnes poměrně běžné a je spíše neobvyklé, když tomu tak není. Výjimkou není ani „pravidelné“ požívání alkoholických nápojů, ale spíše se objevuje jednorázové užití, kdy bývá často následkem otrava. V posledních několika letech lze zaznamenat i rozšířené užívání marihuany.

Tato práce si klade za cíl seznámit s danou problematikou prevence. Je zde uvedena některá základní terminologie, která se v tematice návykových látek objevuje. Seznámí nás stručně s návykovými látkami legálními i nelegálními, s jednotlivými druhy prevence a nastíní i různé druhy „léčby“, kterou někteří odborníci zařazují pod prevenci.

Dotazníkové šetření pro svou diplomovou práci jsem zaměřil na klienty Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, která už řadu let patří mezi naše nejúspěšnější a nejznámější zařízení v léčbě závislosti na alkoholu a ostatních návykových látkách a patologického hráčství. Při vytváření dotazníku jsem se zaměřil na oblast školní docházky a prospěchu, rodinného zázemí, ale některými otázkami se zjišťují osobnostní rysy klientů a životní okamžiky, které vedly k rozvoji závislosti.

Práce nemá za cíl zabývat se drogovou problematikou v celé své šíři. Některá témata jsou rozvinuta více, jiných se dotýká jen okrajově a některá zcela opomíjí. V práci se například vůbec nezabývám důvody, které vedly ke vzniku závislosti na návykových látkách, i když v dotazníkovém šetření se některými otázkami daného fenoménu dotknu.

Práci jsem také připravoval s vědomím, že takovýto ucelený pohled mi pomůže lépe se orientovat v této problematice a může mi být přínosem v práci školního metodika prevence.

1 ZÁVISLOST

Cílem prevence je předcházet závislostnímu (rizikovému) chování nebo snižovat a zmírňovat jeho důsledky na uživatele, případně jeho okolí i společnost. Z tohoto důvodu se zpočátku musíme seznámit s několika níže používanými pojmy.

1.1 Definice závislosti

Jednotlivé definice závislosti (syndromu závislosti) se nepatrně různí, i když jejich znění říká téměř to samé.

Drogová závislost – „*důsledek pravidelného užívání drogy, které nutí jedince k jejímu trvalému konzumování. Drogou se obvykle rozumí chemická látka či alkohol. Rozlišují se druhy závislosti podle: 1. zneužívané drogy; 2. stupně závislosti; 3. průběhu otravy (akutní, chronická); 4. zdravotních důsledků; 5. sociálních důsledků; 6. způsobu léčení. Nižší stadium než závislost bývá označováno jako zneužívání drogy*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 50).

Vitásková (2005, s. 66) definuje závislost jako „*psychický a somatický stav organismu vyplývající z interakce a charakterizovaný reakcemi chování a jinými reakcemi, které vždy obsahují nutkání požívat danou látku.*“

Docent Skála dělí závislost na primární a sekundární, kdy primární se vyvíjí bez předcházející asociality či psychické poruchy a sekundární závislosti předchází asociální osobnost a afektivní porucha. Závislost na alkoholu je charakterizována změněnou kontrolou (sníženou, nespolehlivou, poruchovou) a má důsledky po stránce somatické, psychické, sociální a projevuje se odvykacími příznaky. Je charakterizována jako směs choroby a nedisciplinovanosti (Skála, 1987).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ve své 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí syndrom závislosti jako: „*seskupení behaviorálních, kognitivních*

a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může vzniknout ve spojitosti se specifickou látkou (např. tabákem, alkoholem nebo diazepamem), skupinou látek (např. opioidy) nebo se širokou škálou farmakologicky různých psychoaktivních látek (Smolík, 1996, s. 119).

„Drogově závislý se vyznačuje nepřekonatelnou touhou po drogách bez ohledu na následky, o kterých je informován. Touží znovu prožít pocity a stavy způsobené intoxikací. Protože si jeho organismus na pravidelný přísun určitého množství zvykl, dochází u něho k postupné toleranci drogy a potřebě zvyšovat její dávky. V této fázi mají drogy negativní účinky jak na člověka samotného, tak na jeho bezprostřední sociální prostředí a ve svých důsledcích ohrožují celou společnost“ (Bednářová, Pelech, 2003, s. 20).

Jedinec nemusí být závislý pouze na návykových látkách, ale jeho závislost se může vztahovat i k dalším věcem a činnostem (workoholismus, gambling, netolismus – závislost na virtuálních drogách – televizi, počítačích...; kleptomanie...).

1.2 Znaky závislosti

Abychom mohli mluvit o závislosti na návykové látce (stanovení diagnózy), musí dojít během jednoho roku alespoň ke třem nebo i více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání, a to pokud jde o začátek a ukončení užívání nebo množství návykové látky,
- c) látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro některou z návykových látek. K mírnění projevů odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky,

- d) zvyšuje se tolerance organismu k účinku drogy a jsou potřeba vyšší dávky, aby se dosáhlo původně vyvolávaného účinku nižšími dávkami,
- e) postupné zanedbávání jiných činností a zájmů ve prospěch užívané drogy a dochází k výraznému zvýšení množství času potřebného k jejímu opatření a užívání nebo zotavení se z účinku návykové látky,
- f) pokračování v užívání, přestože jsou uživateli známy škodlivé následky (Nešpor, 2011).

V lékařské praxi se pro označení užívání/ zneužívání návykových látek využívá statistický kód, který začíná písmenem F (F10 –F19) označující poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, přičemž číslo za jedničkou označuje druh psychoaktivní látky. Po tomto značení se ještě za tečkou užívá označení pro stádium nemoci např. F10.2 -závislost na alkoholu nebo F14.3 – odvykací stav kokainové závislosti (Smolík, 1996).

Pro lepší orientaci v oblasti závislostního chování jsou zde uvedeny některé pojmy, které se v literatuře týkající se závislostí objevují. Například se jedná o tyto pojmy, které internetový slovník cizích slov vysvětluje jako:

Abstinenční syndrom – souhrn fyziologických reakcí organismu a psychického stresu po přerušení užívání drogy.

Abstinence – zdrženlivost, zřeknutí se požitku (alkoholu, drogy...).

Abúzus – nadměrné užívání, nadužívání, zneužívání návykových látek.

Adiktologie – věda zabývající se etiologií, prevencí a léčbou závislostí.

Flash back – po děletrvajícím drogové závislosti dochází někdy k jakémusi zpětnému záblesku, závislý prožívá subjektivní intoxikaci, aniž by drogu použil.

Bad trip – negativní prožitky, zážitky a účinky vyvolané požitím drogy.

Misúzus – zneužívání, škodlivé užívání např. drog, léků, alkoholu (pro změnu nálady), a to bez doporučení lékaře.

Craving – puzení k opětovnému užití drog (bažení) (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz>).

K dovysvětlení pojmu craving poslouží citace Karla Nešpora (2001, s. 94):

„Craving není to samé, co obyčejná chuť. Podle výzkumů, které se v této oblasti prováděly, se při bažení aktivují jiné, vývojově starší části mozku. Kromě změn aktivity určitých částí mozku se při cravingu zjistily i další změny jako oslabení paměti, prodloužení reakčního času, zrychlení tepu a krevního tlaku, vyšší aktivita potních žláz a snížení kožní teploty“.

1.3 Fáze vzniku závislosti

Fyziologické a psychické účinky drog nutí jejího konzumenta k opakovanému užití. Droga zpočátku vyvolává žádoucí účinky, ale po nějaké době je třeba stále větší a častější dávky, protože se zvyšuje tolerance vůči návykové látce (droze). Následně dochází ke změně psychických a fyziologických vlastností jedince.

Proces vzniku závislosti lze rozdělit do čtyř etap:

- **stádium experimentování** – impuls k užití vychází např. ze zvědavosti, nudy, snah uniknout od problémů,
- **stádium příležitostného užívání** – jedinec se naučil, že mu droga některé situace pomůže učinit snesitelnější, nebo se jedná o příležitostné užívání v partě, užívání je nepravidelné,
- **pravidelné užívání** – užívání drogy je stále častější,
- **návykové užívání** – jedinec se bez drogy již nemůže obejít a už se ani nesnaží svůj návyk skrývat; zvyšuje se jeho lhostejnost k čemukoliv, co není spojené s užíváním drog (Renotierová, Ludíková, 2006).

2 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návykovou látkou nebo drogou je každá přírodní nebo syntetická látka, která rychle a výrazně ovlivňuje psychiku, citění, myšlení a chování člověka (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

Presl (1995) charakterizuje návykovou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, jako látku, která splňuje dva základní požadavky, a to:

- a) látka musí mít psychotropní účinek, tzn. že nějakým způsobem ovlivňuje naše prožívání okolní reality a mění naše vnitřní naladění,
- b) látka má něco, co lze nazvat potenciálem závislosti.

Drogami (návykovými látkami) označujeme látky přírodní (části rostlin) i synteticky (chemickou cestou) připravené, které působí na naši psychiku, ovlivňují naše prožívání i chování. Jedná se o látky návykové tj. vyvolávající závislost. Popsané vlastnosti má i řada léků. Při léčbě určitých chorob se užívají látky, které ovšem při nesprávném dávkování a dlouhodobém užívání mohou vyvolat závislost. Některé tyto látky (drogy) nejen společnost toleruje, ale občanům i přímo nabízí (alkohol, cigarety) (Marádová, 2006).

2.1 Dělení návykových látek:

Návykové látky lze dělit z několika hledisek. Jedno z prvních dělení je z pohledu tolerance ve společnosti na **legální** (alkohol, tabák) a **nelegální** (např. pervitin, heroin...). Dalším dělením může být podle **míry rizika vzniku závislosti** na měkké (konopné drogy-marihuana) a tvrdé (kokain, crack), které se už v současnosti téměř neužívá.

Nejčastěji používané rozdělení návykových látek ale vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí, a to:

- a) alkohol,
- b) opioidy,
- c) kanabinoidy,
- d) sedativa a hypnotika,
- e) kokain,
- f) jiná stimulancia, včetně kofeinu,
- g) tabák (nikotin),
- h) organická/ prchavá rozpouštědla,
- i) ostatní psychoaktivní látky a kombinace látek (Smolík, 1996).

2.1.1 Alkohol

Představuje jednoduchou chemickou společensky tolerovanou drogu, která je pro většinu lidí spojena se zábavou, uvolněním, zapomenutím na starosti a trápení. Otrava alkoholem u dětí může nastat i po velmi malých dávkách. Dalším důvodem je skutečnost, že v dospívání se mnohem rychleji rozvíjí závislost na alkoholu. Kromě závislosti sebou nese alkohol i rizika v podobě nemoci jater, duševních nemocí a povahových změn, zvyšuje riziko nádorů.

Vzhledem k vysoké nebezpečnosti zejména u dětí a mladistvých je prodej alkoholu regulován zákonem. V ČR je hranice pro konzumaci a pořizování alkoholu stanovena stejně jako u tabáku na 18 let, v USA nebo v Japonsku na 21 let a ve Švédsku na 20 let věku.

Někdy je alkohol, spolu s marihuanou a tabákem nazýván „průchozí drogou“, tzn. že část jedinců od nich přechází ještě k závažnějším drogám (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

Projevy intoxikace a závislost

Alkohol působí na centrální nervový systém. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Oslabuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany. Odstranění zábran může

vést ke „šťastnější“ atmosféře ve společnosti, ale také ke vzrušeným emocionálním projevům a agresivitě.

Závislostní potenciál alkoholu je vysoký, kdy platí, že čím dříve se v nižším věku začne s užíváním, tím je vznik závislosti snazší a rychlejší. Při dlouhodobém užívání může alkoholová závislost ohrožovat jedince na životě a má projevy psychické i fyzické (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.2 Opioidy (opiáty)

Jsou to drogy s tlumivým účinkem na CNS, vyrábějící se ze surového opia získaného z nezralých makovic opiového máku. Dodnes se některé opiáty používají v lékařství pro svůj protibolestivý účinek. V ČR se hlavně před rokem 1989 užíval braun, který se podomácku vyráběl z léků obsahující kodein (Presl, 1995).

2.1.2.1 Opium

Zaschlá šťáva z nezralých makovic, která má před zaschnutím nažloutlou barvu, ale rychle hnědne. Opium obsahuje celou řadu alkaloidů – morfin, kodein, papaverin... Užívá se kouřením, ale nejčastěji se aplikuje injekčně, kdy může v místě vpichu vyvolávat silné reakce – abscesy (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.2.2 Morfin

Izolováním morfinu z opia se začalo s jeho využíváním v lékařství. Zneužívání a závislost na morfinu se objevuje zejména u profesionálních zdravotníků, jinak se u nás morfinismus výrazně nerozšířil (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

2.1.2.3 Braun

Jedná se o hlavního představitele této skupiny, který je vyráběn v domácím prostředí z léků obsahující kodein. Tato tekutina má nahnědlou barvu, odtud se vzal její název a lze ji označit za „českou specialitu“. Užívá se injekčně a jeho účinek trvá několik hodin (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.2.4 Heroin

Je nejznámější masově zneužívanou drogou ze skupiny opioidů a závislost na této látce je považována za nejnebezpečnější. Heroin sloužil od roku 1898 jako běžný farmaceutický prostředek, který se užíval např. proti kašli. Experimentálně se používal i k léčbě závislosti na morfinu. Heroin může být bílý nebo hnědý prášek, který lze užívat inhalací z aluminiové folie, kouřit, šňupat i polykat, ale nejčastější je intravenózní aplikace (Presl, 1995).

2.1.2.5 Metadon, subutex, subuxone

Tyto látky jsou používány při substituční léčbě závislosti. Jsou na lékařský předpis. Subutex, subuxone (buprenorfin) jsou tablety určené k rozpouštění pod jazykem a metadon je roztok určený k orálnímu užívání.

Intoxikace a projevy závislosti

Při intoxikaci dochází z počátku k příjemné euforii, která přechází k celkovému útlumu. Ovlivňují i činnost tělesných funkcí, tlumí aktivitu hladkého svalstva, vyvolávají zácpy a další tělesné obtíže. Opiáty jsou vysoce návykové látky, na které vzniká fyzická i psychická závislost. Po pravidelném užívání těchto drog se zvyšuje tolerance a je možné se i dostat na dávky mnohonásobně překračující smrtelnou dávku pro zdravého člověka, který drogu nikdy neužil (kolektiv autorů Sananim,2007).

2.1.3 Kanabinoidy (konopné drogy)

Kanabinoidy jsou látky obsažené v indickém konopí, hlavní aktivní euforizující složkou je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC) (Smolík, 1996).

2.1.3.1 Marihuana

Marihuana se na drogové scéně vyskytuje velmi dlouho a její užívání bylo poměrně časté i před listopadem 1989. Tento název se vžil pro sušené květenství a horní lístky samičí rostliny konopí. Marihuana domácí produkce má podíl THC 2% - 8%, zahraniční produkce má přibližně 6-14% účinné látky (Kalina a kol., 2003).

2.1.3.2 Hašiš

Hašiš je samotná pryskyřice konopí, která obsahuje kolem 40% účinných látek. Má tmavě zelenou až tmavě hnědou barvu. Někdy se barevně liší podle země původu. U nás nejčastěji světle hnědý z Maroka a tmavě hnědý z Afganistánu. Užívá se opět kouřením, někdy v dýmkách, nebo v pokrmech (Presl, 1995).

2.1.3.3 Hašišový olej

Tento konopný produkt v ČR obvykle není dostupný. Jedná se o produkt destilace konopných listů. Pro intoxikaci organismu stačí i malé množství užívané kouřením často ve skleněných dýmkách (kolektiv autorů Sananim, 2007).

Projevy intoxikace a závislost

Tyto drogy lze zahrnout mezi, tzv. psychodysleptika, látky, které mění především kvalitu psychické činnosti. Po užití se projevují poruchy vnímání, emocí, myšlení, kolísání nálad, pocit hladu, zarudlé oči atd. (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2008).

U marihuany nelze hovořit o klasické fyzické závislosti a abstinčních příznacích. Psychická závislost u dlouhodobých kuřáků bývá spojena s životním stylem, způsobem relaxace a trávení volného času. Abstinence může vyvolat určitou rozladěnost a podrážděnost (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.4 Sedativa a hypnotika (psychotropní léky)

Sedativa jsou léky se zklidňujícím účinkem. Do skupiny těchto léků se řadí barbituráty, bromidy a některé rostlinné drogy.

Hypnotika jsou léky vyvolávající ospalost a navozující spánek. Léky na spaní se často předepisují zbytečně a neúčelně (Kalina a kol., 2003).

Jedná se o často zneužívané preparáty s vysokým rizikem návyku ev. rozvoje závislosti. Existuje zde i riziko předávkování se smrtelnými následky. Všechny tyto

léky se objevují i na černém trhu a slouží jako náhrada či doplněk opiátů nebo se používají jako prostředek pro výrobu jiných drog. Patří sem např. léky:

- a) užívané při operacích (anestetika),
- b) na uklidnění a na spaní (hypnotika a sedativa),
- c) proti epilepsii (antiepileptika),
- d) ovlivňující příznaky Parkinsonova syndromu (antiparkinsonika),
- e) snižující svalové napětí (myorelaxancia),
- f) proti bolesti (analgetika),
- g) ovlivňující psychotické stavy (antipsychotika),
- h) odstraňující patologický strach, úzkost a napětí (anxiolytika),
- i) ostatní – např. etanol, léky zvyšující dráždivost CNS – analeptika aj.

Závislost vzniká nejčastěji na benzodiazepinech (Valium, Diazepam Lexaurin), barbiturátech (Spasmoveralgin, Thiopental, Phenobarbital) u antidepresiv a antipsychotik vzniká závislost výjimečně (kolektiv autorů Sananim, 2007).

Projevy intoxikace a závislost

Nežádoucí účinky těchto látek se projevují při dlouhodobém a nadměrném užívání. Kromě působení na nervovou soustavu, podle druhu užitého léku, mohou mít také vliv na nenarozený plod. Mezi projevy intoxikace patří např. ospalost a únava, zmatenost, narušení krátkodobé paměti či ztráta motivace k řešení problémů (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.5 Kokain

Vyrábí se z keře koky. Jedná se o bílý prášek, který se užívá zejména šňupáním, někdy se jeho roztok užívá injekčně nebo se vtírá do sliznic, především pohlavních orgánů jako afrodisiakum. Kokain je považován kvůli vysoké ceně za drogu „vyšších vrstev a umělců“. Účinky se dostavují během několika vteřin a odeznívají během hodiny.

2.1.5.1 Crak

Vzniká chemickou úpravou kokainu. Užívá se kouřením a vyznačuje se velmi rychlým nástupem účinku a snadným vznikem závislosti. U nás se příliš nevyskytuje (kolektiv autorů Sananim, 2007).

Projevy intoxikace a závislost

Kokain nevyvolává somatickou závislost, ale psychická závislost je značná. Někteří autoři považují závislost na kokainu za nejsilnější. Užívání kokainu představuje riziko zejména pro kardiovaskulární systém, kdy hrozí zvýšené riziko mozkových a srdečních příhod. Šňupání může trvale poškodit nosní sliznici a může i vést ke ztrátě čichu. Nástup účinku se projeví zvýšením krevního tlaku, pocením, bledostí, rozšířením zornic a nevolností. Při prvním užití může mít uživatel nepříjemné zážitky a euforický stav přináší při opakovaném užití. Intoxikovaný má výrazný přebytek energie, překypuje hovorností a neklidem, dostavuje se i zvýšený sexuální pud (Kalina a kol., 2003).

2.1.6 Stimulancia a kofein

Různorodá skupina drog s převažujícím stimulačním účinkem vyvolávající tělesné i duševní povzbuzení. Kromě nelegálních drog sem patří i legální stimulanty (kofein) s mnohem mírnějším efektem – káva, čaj a energy drinky. Do této skupiny patří i tzv. taneční drogy, dnes užívané na různých party a diskotékách.

2.1.6.1 Kofein

Alkaloid rostlinného původu, který ovlivňuje centrální nervovou soustavu a srdeční činnost. Kofein je nejrozšířenějším stimulantem a problematickým se stává jeho nadměrné užívání. Jsou známy i jeho močopudné účinky.

2.1.6.2 Pervitin

Bílý až nažloutlý prášek či krystalky. Typickým způsobem užívání je injekční aplikace, kdy jedna dávka účinkuje 8-10 hodin. Užívá se i šňupáním, kouřením či

polykání je méně časté. Jedná se o nejvíce nebezpečnou drogu z této skupiny. Vyvolává toxickou psychózu, která se projevuje vztahovačností, podezřívavostí, obavami, že je uživateli usilováno o život. Z tohoto důvodu je uživatel potencionálně nebezpečný sobě i svému okolí (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

2.1.6.3 Extáze (MDMA)

Syntetická droga, která se nejčastěji vyskytuje v podobě malé tablety s vyraženým symbolem např. hvězdy, sluníčka aj. Někdy se mohou objevit i gelové kapsle různých barev. Užívá se orálně a působí přibližně po třiceti minutách. Mezi nejvážnější komplikace patří hypertermie (přehřátí organismu) spojená s dehydratací a celkovým vyčerpáním organismu (Presl, 1995).

Intoxikace a projevy závislosti

Drogy této skupiny vyvolávají zejména psychickou závislost, kdy fyzické projevy při odvykání nebývají většinou výrazné. Závislost se vytváří velmi rychle a rychle se také zvyšuje tolerance užívaných látek. Užívání stimulancií je velkou zátěží pro kardiovaskulární systém. Při předávkování může dojít k akutnímu selhání srdce s možností úmrtí. U starších uživatelů někdy dávka pervitinu vyvolá infarkt myokardu. Při užívání dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Užívá-li se droga šňupáním, dochází k trvalému poškození sliznice. Po užití stimulačních drog se u uživatele projevuje vysoká výkonnost celého organismu (kolektiv autorů Sananim, 2007).

V současnosti se každou chvíli objeví nějaká nová stimulační droga (např. DOB – podobna extázi), nebo jsou známá i stimulantia, která se u nás, případně v Evropě téměř nevyskytují např. PCP, STP (Presl, 1995).

2.1.7 Halucinogeny

Jsou jednou z nejvíce prozkoumaných látek. Pozornost přitahují jejich neobvyklé vlastnosti a účinky na lidskou psychiku, které jsou nevyzpytatelné a lidé je využívají od nepaměti. Patří sem velké množství látek, ale lze je rozdělit do tří skupin:

- a) přírodní rostlinné halucinogenní látky – např. durman, mezkalin, psilocybin (lysohlávky),
- b) přírodní halucinogeny živočišného původu – např. bufetenin,
- c) semisyntetické (poloumělé) a syntetické (umělé) halucinogeny – např. LSD a PCP – „andělský prach“ (Kalina, 2003).

2.1.7.1 Lysohlávky

Lysohlávky (česká, kopinatá) obsahují přírodní halucinogen psilocybin, který dokáže měnit vnímání a myšlení. Vyvolávají euforii, sluchové i zrakové halucinace a poruchy ve vnímání času a prostoru. Při určitých dispozicích může užívání lysohlávky spustit i duševní onemocnění např. schizofrenii. Plodnice se užívají perorálně a jedí se přímo čerstvé nebo sušené (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.7.2 LSD

V současnosti se užívá zejména formou „tripů“ (malé papírky napuštěné jeho roztokem). Dříve se s ním experimentovalo při některých terapiích, kdy šlo o navození psychotického stavu. Velkým nebezpečím je jeho nevyzpytatelnost, kdy stejná dávka může u stejného jedince vyvolat efekt zcela opačný. Prožitek se může změnit ve strašnou noční můru vedoucí k návalům úzkosti, protože je náhled na realitu velmi omezen, mohou tyto prožitky vést k obranným reakcím – útěku či útoku. Pro tento silný negativní prožitek se vžil termín tzv. bad trip (Presl, 1995).

2.1.7.3 T – „téčko“

„Jedná se o lék užívaný v psychiatrii (Trifenidil) jako prostředek omezující nežádoucí vedlejší účinky vysokých dávek neuroleptik. Při jeho cíleném předávkování dochází ke vzniku toxické psychózy, nejčastěji spojené s euforií a zrakovými

halucinacemi. Tato droga byla vytlačena razantnějším a předvídatelným pervitinem“ (Presl,1995).

Intoxikace a projevy závislosti

Intoxikovaný se může při panické reakci nebo psychotické atace chovat agresivně k sobě i k okolí. Často dochází k úrazům, protože intoxikovaný nedokáže odhadnout míru rizika. Stav prožitý při intoxikaci se může vracet nebo dlouhodobě přetrvávat v podobě tzv. psychotických reminiscencí (flashback). Halucinogeny obvykle nevyvolávají somatickou ani psychickou závislost a odvykací stav se po vysazení většinou nedostavuje (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.8 Tabák – nikotin

Důvodem k toleranci ve společnosti je okolnost, že v nízkých dávkách spíše podporuje aktivitu, při vyšších dávkách vede k útlumu, a při „překouření“ tabákem nedochází k násilnému nebo nebezpečnému chování. Dalším důvodem může být, že zdravotní škody u tabakismu nastávají pomaleji než u většiny jiných drog, i když jejich následky jsou značné. Ačkoliv u tabákových výrobků je jejich prodej omezen zákonem, stejně se v evropské školní studii v oblasti kuřáctví mezi šestnáctiletými ukázalo, že alespoň jednu zkušenost s kouřením v životě má v ČR 80% studentů a téměř 40% studentů patří mezi pravidelné kuřáky. Podle zahraničního výzkumu 70% mladých lidí lituje toho, že začali kouřit (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999).

Projevy intoxikace a závislost

Projevy intoxikace se projevují krátce po užití. U nezkušených, respektive nezávislých, netolerantních jedinců probíhá akutní otrava jako nepříjemný stav spojený s bolestí hlavy, studeným potem, závratí, nevolností a zvracením. Velmi vysoké dávky mohou vést až ke změněnému stavu vědomí, cyanose (modré zabarvení kůže a sliznic spojené s nedostatečným okysličením krve), zvýšenému tepu, ztrátě vědomí s křečemi

a může dojít až k ochrnutí CNS. U pravidelných kuřáků se příznaky spojené s akutní otravou neobjevují.

Závislost na tabáku způsobuje látka nikotin (nikotinismus), která je bezbarvá a silně toxická. Vyvolává silnou psychosociální závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká i fyzická závislost. Odvykání je doprovázeno nervozitou, podrážděností a neklidem (kolektiv autorů Sananim, 2007).

2.1.9 Organická rozpouštědla (těkavé látky)

Jsou asi nejnebezpečnější skupinou návykových látek. Vyznačují se silným narkotickým účinkem, snadno dochází k předávkování (nelze odhadnout množství) se smrtelným zakončením. Při dlouhodobém abúzu dochází k poškození jater, ledvin, krvetvorby a mozku.

Patří sem toluen (ředidlo, které je běžně k dostání), perchloretylen (technické odmašťovadlo), aceton (běžné ředidlo), chemopren (běžné lepidlo), styrofix (modelářské lepidlo), látky používané ve zdravotnictví (éter, chloroform), poppers (látka způsobující uvolnění hladkého svalstva bohatého na krev) a relativně časté je i čichání plynu do zapalovačů (kolektiv autorů Sananim, 2007).

Intoxikace a projevy závislosti

Z dechu i z oděvu je cítit zápach po chemikálii. Intoxikovaný působí zmateně, vypadá neduživě, je bledý a má nepřítomný pohled. Jeho zornice jsou rozšířené a má zarudlé oči. Rozjařenost a poruchy vnímání přecházejí ve spánek. Při dlouhodobém užívání se objevují vyrážky a jiné kožní projevy, zejména kolem úst a nosu.

Kvůli poškození mozku a s ním souvisejícím úbytkem rozumových schopností je pravděpodobnost léčebného ovlivnění malá, smrtelná otrava často nastává i u někoho, kdo není závislý (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

3 VÝZNAM SLOVA PREVENCE

Podle pedagogického slovníku prevence znamená – „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálně-patologickým jevům*“ (Průcha, 2003, s. 178).

Slovník cizích slov vysvětluje pojem prevence jako „*předcházení něčemu, ochrana před něčím*“ (Linhart, 2004, s. 303).

3.1 Druhy prevence

Prevenici a léčbu škodlivého užívání drog a drogové závislosti upravuje celá řada právních předpisů a zákonů např. Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami č. 379/2005 Sb. nebo Zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb. Dále sem lze zařadit i Zákon o ochraně veřejného zdraví atd.

Prevenici lze rozdělit do třech větších kategorií, a to na prevenici:

- a) primární
- b) sekundární
- c) terciární

„Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba), a terciární prevence (prevence škod, sociální služba) bychom měli vždy respektovat „přirozené“ zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách a programy volit jako jakési možné „výhybky“ v patologickém vývoji“ (Kalina, 2008, s. 18).

Vést úplně jasnou hranici mezi preventivním programem a už následným intervenčním programem (léčbou) není možné, protože některých druhů využívá jak jedinec potencionálně ohrožený, tak i osoba, která se rizikového chování dopustila nebo dopouští (Matoušek, Kroftová, 2003).

3.1.1 Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl odrazení od prvního kontaktu s návykovou látkou nebo kontakt alespoň přesunout do pozdějšího věku. Specifickým cílem primární prevence je předcházet užívání mezi rizikovou skupinou. Dále má za úkol podporovat zdraví jedince a rozvíjí jednotlivé složky osobnosti (biologickou, sociální, psychologickou) (Kalina, 2008).

„Primární preventivní program, tedy program zasahující příslušnou cílovou skupinu, u které se dá ohrožení předpokládat a u níž riziko ještě nemělo negativní důsledky, by tuto skupinu měl ovlivňovat nejdříve“ (Matoušek, Koláčková, 2005, s. 274).

Primární prevence musí splňovat některé zásady efektivity. Nejedná se pouze o předávání informací nebo o to, aby se líbila, ale jde o to, aby se cílová skupina chovala zdravěji.

Některé zásady efektivního programu primární prevence:

- začít pokud možno brzy a měla by odpovídat věku,
- program by měl být malý a interaktivní,
- zahrnuje podstatnou část cílové skupiny (např. žáků),
- získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život,
- program bere v úvahu místní specifika,
- program je soustavný a dlouhodobý,
- program je komplexní a využívá více strategií (škola, mimoškolní prostředí...),
- program počítá s komplikacemi a nabízí dobré možnosti, jak je zvládat (Nešpor, 2011).

Jako neúčinné strategie primární prevence bylo označeno:

- zastrašování
- citové apely
- prosté předávání informací,

- jednorázové akce,
- hromadné aktivity nebo promítání filmu bez následné diskuze (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

Primární prevenci můžeme ještě rozdělit na nesespecifickou a specifickou prevenci. **Nesespecifická** – je zaměřena na posílení osobnosti a schopností člověka, snaží se o rozvoj jeho nadání a zájmů, které budou mít vliv na příznivý a harmonický vývoj jedince.

Specifická – jedná se o konkrétní aktivity a programy, které jsou zaměřeny na předcházení určitému druhu rizikového chování. Cílem je, aby daná skupina získala dostatek znalostí, dovedností a postojů podporujících zdravý životní styl.

Specifickou prevenci lze ještě dělit na všeobecnou (pro běžnou populaci), selektivní (ohrožené skupiny) a indikovanou (na ohroženého jedince) primární prevenci (<http://www.ostrovzl.cz/prevence/nespecificka-a-specificka>).

3.1.1.1 Primární prevence v rodině

Rodina se nejvíce podílí na formování osobnosti jedince. Je zde celá řada faktorů, která ovlivňuje rozvoj závislostí a která může fungovat jako určitý spouštěč. V prevenci problémů s návykovými látkami se správně zdůrazňuje nebezpečí nudy. Svá rizika však s sebou nese také opačný extrém, kdy je dítě soustavně přetěžované a často vyčerpané. Dalším faktorem, který se může podílet na primární prevenci v rodině, je výchovný styl, kdy jako ideální se jeví styl vřelý a středně omezující. Nejlépe jsou na tom děti, které dostávají lásku, zájem a pozornost, ale také kde existuje řád a předvídatelné prostředí. Mnohé děti, které hodnoty rodičů v pubertě odmítaly, se k nim často v pozdějších letech v nějaké podobě vrací. Výsledky dobré výchovy v rodině mohou být ohroženy negativními vlivy mimo rodinu. Naštěstí to platí i naopak, kdy příznivé podmínky života mimo rodinu mohou do jisté míry vyvážit nedostatky výchovy v rodině (Nešpor, 2001).

3.1.1.2 Primární prevence ve školním prostředí

Vymezení některých činností, které provádějí učitelé či vychovatelé, najdeme v jednotlivých Školních vzdělávacích programech konkrétní školy, kam byla oblast primární prevence a zdravého životního stylu začleněna.

Primární prevenci upravuje i Školský zákon č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, který v paragrafu 29 o bezpečnosti a ochraně zdraví ve školách a školských zařízení říká, že:

„Školy a školská zařízení jsou při svých činnostech povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet jim i takové podmínky, které zajistí jejich zdravý vývoj a budou předcházet vzniku sociálně patologických jevů. Dále zajišťují svým žákům a studentům bezpečnost a ochranu zdraví při vzdělávacích a souvisejících činnostech a poskytují jim nezbytné informace k zajištění bezpečnosti a ochraně zdraví.“

Na každé škole musí také ze Školského zákona být zřízena pozice výchovného poradce, který dle vyhlášky č. 72/2005 Sb. přílohy č. 3 má například v náplni práce:

- vyhledávání a orientační šetření žáků, jejichž vývoj a vzdělávání vyžadují zvláštní pozornost, přípravování návrhů na další péči o tyto žáky,
- zajišťování nebo zprostředkování diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb a intervenčních činností pro žáky se speciálními vzdělávacími a výchovnými potřebami,
- metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům týkající se kariérového rozhodování žáků, integrace, individuálních vzdělávacích plánů, práce s nadanými žáky.
- poskytování informací o činnosti a možnostech využívání služeb poradenských zařízení v regionu.

Přímo v popisu náplně své práce má prevenci rizikového chování na starosti **školní metodik prevence (ŠMP)**, který působí na každé škole. Náplň jeho práce je taktéž upravena Přílohou č. 3 k vyhlášce č. 72/2005 Sb. V některých základních školách se také můžeme setkat se speciálním pedagogem a školním psychologem.

Mezi standardní činnosti školního metodika patří:

- koordinace tvorby, kontrola a realizace preventivního programu školy,
- koordinace a spolupráce na realizaci aktivit školy zaměřených na prevenci rizikového chování,
- metodické vedení pedagogických pracovníků při činnostech v oblasti prevence,
- koordinace vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence rizikového chování,
- podílet se na spolupráci školy s orgány státní správy a samosprávy, které se zabývají problematikou rizikového chování, spolupracovat s metodikem prevence v PPP a odbornými pracovišti, vést a průběžně aktualizovat jejich databázi,
- shromažďování odborných zpráv o žácích (v souladu s ochranou osobních údajů) v poradenské péči specializovaných poradenských zařízení v rámci prevence,
- vedení písemných záznamů umožňujících doložení rozsahu a obsahu činnosti ŠMP, navržených a realizovaných opatření,
- zjišťování a předávání odborných informací týkajících se prevence rizikového chování,
- vyhledávání a šetření žáků s rizikem nebo projevy rizikového chování, poskytování poradenských služeb těmto žákům a jejich zákonným zástupcům, popřípadě zajištění odpovídající odborné péče,
- spolupráce s vyučujícími při depistáži možného rozvoje rizikového chování žáků a tříd, participace na řešení,
- příprava podmínek pro integraci žáků se specifickými poruchami chování, koordinace poskytování poradenských a preventivních služeb těmto žákům školou a specializovanými školskými zařízeními.

3.1.1.3 Primární prevence ve školských zařízeních

Příloha č. 1 k vyhlášce č.72/2005 Sb. upravuje činnost **Pedagogicko-psychologických poraden**. V každé PPP je pracovník, který kromě své běžné činnosti vykonává ještě funkci metodika prevence a má zajišťovat:

- metodické vedení výchovných poradců a školních metodiků prevence,

- metodickou pomoc při tvorbě preventivní programů škol,
- spolupráci se středisky výchovné péče při poskytování standardních služeb pro žáky se specifickými poruchami chování a rizikem vzniku sociálně patologických jevů,
- individuální práci se žáky a studenty s obtížemi v adaptaci, s osobnostními, sociálně vztahovými a podobnými problémy, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání,
- poradenskou intervenci (včetně telefonické) žáků a studentů, zákonných zástupců a pedagogických pracovníků v životní krizi či nouzi a individuální pomoc těmto jedincům při zpracování krize v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka,
- diagnostiku sociálního klimatu třídních kolektivů jako podklad pro tvorbu nápravných programů,
- individuální psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku žáků a studentů s osobnostními nebo sociálně-vztahovými problémy.

Mezi školská zařízení, zřízená zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, patří střediska výchovné péče, diagnostické ústavy, dětské domovy a výchovné ústavy.

Střediska výchovné péče mají dle zákona poskytovat všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc dětem s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Péče je zaměřena na odstranění či zmírnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších závažnějších výchovných poruch. Středisko poskytuje konzultace, odborné informace a pomoc osobám zodpovědným za výchovu a vzdělávání dětí s rizikem či s projevy poruch chování. Středisko zpracovává plán aktivit prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů na území své působnosti a koordinuje jeho realizaci.

Diagnostický ústav přijímá děti na dobu zpravidla osmi týdnů a na základě výsledků komplexního (diagnostických, vzdělávacích, terapeutických, výchovných a sociálních činností) vyšetření navrhuje umístění dětí do dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů s výjimkou dětí, které byly na diagnostický pobyt umístěny na žádost osoby odpovědné za výchovu. Diagnostický ústav úzce spolupracuje s orgánem sociálně právní ochrany.

Do **dětského domova** jsou umístěovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování a jsou vzdělávány ve školách mimo dětský domov. Naproti tomu do dětského domova se školou jsou umístěny děti s nařízenou ústavní výchovou (závažné problémy v chování) a s uloženou ochrannou výchovou, které nemohou navštěvovat běžnou školu.

Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Ústav plní hlavně cíle výchovné, vzdělávací a sociální.

3.1.1.4 Primární prevence neziskových organizací a Peer program

V nejen v primární prevenci působí celá řada **nestátních neziskových organizací**. Většinou se jedná o občanská sdružení, která mají svou působnost v určitém regionu (např. Prevent, o. s.- Jihočeský kraj; Laxus, o. s. Královéhradecký a Pardubický kraj; Semiramis, o.s. – Mladoboleslavsko a Mělnicko; Drop In o.p.s. - Praha) nebo působí celorepublikově (Sananim, o.s.; Sdružení Podané ruce, o.s.) atd. Programy těchto sdružení, které nabízejí v rámci prevence, lze najít aktualizované na internetových stránkách zařízení.

Peer program (vrstevnické programy) je volnočasový program, kde spolu kooperují vrstevníci nebo lidé blízcí věkem (např. program Pět P a LATA). Peer je program pro žáky základních a středních škol zaměřený na problematiku návykových látek a násilí. Je založený na předávání informací od vyškolených spolužáků, vrstevníků či vysokoškolských studentů. Peer program se zprofesionalizoval („peery“ vykonávají

zaškolení vysokoškolští studenti za peníze) a již není tak rozšířený jako na začátku. V současné době nejčastěji provádějí Peer programy některá občanská sdružení, která si ho různě modifikují (Krejčířová, Goldová, 2007).

3.1.2 Prevence sekundární

Tento typ prevence už většinou spadá do činností, kterými se zabývají některé organizace, působící v prevenci rizikového chování v oblasti léčby závislostí. Sekundární prevence se vztahuje zejména k závislostnímu chování, a to především k ilegálním drogám, ale i legálním drogám (nikotin, alkohol).

„Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se staly na ní závislými. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Léčba se rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a na léčbu s udržovací substitucí, kdy je podávána v terapeutickém záměru substituční látka. Jako u opiátové substituce metadonem nebo buprenorfinem. Léčebné úsilí se neomezuje jen na jedince, ale i na jeho rodinu. Využívá se i nemedicínských přístupů, např. resocializace, reedukace, právního a sociálního poradenství apod.“ (Kalina, 2008, s. 20).

„Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození“ (Nešpor, 2011, s. 156).

3.1.2.1 Zařízení a instituce zabývající se sekundární prevencí

Linky telefonické pomoci

V naší republice existuje celá řada telefonních linek krizové intervence. Tyto linky slouží pro první kontakt a případné nasměrování klienta k další odborné pomoci. Často fungují jako zpovědníci, kdy i případné sdělení problému může přinést úlevu. V léčbě a prevenci závislostí krizové telefonní linky hrají pouze roli poradce, který poskytne

komplexní poradenství v oblasti závislostí. Volajícím poskytují bezplatnou pomoc a některé je možné i osobně navštívit, bude-li volající chtít. Volání na tyto linky není zpoplatněno. V současnosti funguje v ČR několik desítek těchto telefonních linek (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

AT poradny (alkoholismus a jiné toxikomanie)

AT poradny řadíme do systému ambulantní lékařské péče. Jedná se o ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti. Klient po dohodě s lékařem dochází do zařízení zpravidla dvakrát až třikrát týdně na pohovor. Lékař stanovuje, zda daný problém vyřešit ambulantně nebo navrhuje vhodný druh léčby. Do AT poradny mohou docházet nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti nebo víkendoví uživatelé bez závislosti. Mezi klienty najdeme i ty, jimž byla uložena léčba soudem jako ochranná protialkoholní a protitoxikomanická léčba, nebo léčba alternativní ukládaná místo trestu (Kalina, 2003).

Kontaktní centra

Kontaktní centra (KC) jsou nízkoprahová (snadná dostupnost) zařízení, která nabízejí služby snižující rizika související s užíváním návykových látek. Poskytují služby lidem, kteří chtějí abstinovat, ale i těm, kteří návykové látky stále užívají, nebo jejich rodinným příslušníkům či známým. Poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství a služby Harm Reduction uživatelům návykových látek. Své služby poskytuje zpravidla pro klienty starší 15 let.

Naplňuje i základní principy sociálních služeb:

- a) dobrovolná účast klientů
- b) zachování anonymity a diskrétnosti
- c) motivace k samostatnosti a aktivnímu přístupu k životu
- d) rovný přístup
- e) schopnost reagovat na potřeby klientů
- f) profesionalita personálu
- g) individuální přístup ke klientům

- h) bezplatnost poskytovaných služeb
- i) nízkoprahovost (<http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum>).

V kontaktních centrech lze počítat s tím, že klienti jsou schopni začít na změnách pracovat a proto je zde již větší prostor pro adiktologické poradenství. Uživatelům je nabízena poradenská pomoc při řešení akutních zdravotních nebo sociálních problémů. U psychologického poradenství má adiktolog prostor pro krátkou motivační intervenci nebo dlouhodobější práci s motivací, krizovou intervenci a strukturované psychologické poradenství, jehož cílem je samostatný proces změny závislostního chování, včetně doporučení dalších léčebných možností (Broža in Kalina, 2008).

Cílem práce Krizového centra je:

- navázat a vytvořit vztah důvěry s uživateli návykových látek,
- minimalizace rizikového chování,
- prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se zejména na změnu vzorců rizikového chování,
- pomoci klientům získat, udržet a pokud možno motivovat k dalšímu kroku v léčbě,
- podpora klienta při změně životního stylu,
- příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné péče,
- zajištění podmínek k „přežití“,
- sociální stabilizace klienta,
- podporovat klienty při překonávání krizových situací,
- zvýšit u klientů povědomí o zdravotních a sociálních rizicích aplikace návykových látek,
- zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti.

Používané metody a formy práce KC

- a) kontaktní práce – navázání kontaktu,
- b) výměnný program a další aktivity Harm Reduction – jejich cílem je snižování rizik spojených s užíváním a zamezení šíření infekce,

- c) vzdělávání a předávání informací – ústní i písemné předávání informací týkajících se užívání návykových látek,
- d) základní zdravotní servis – ošetření drobnějších poranění, poskytování testování,
- e) základní poradenství,
- f) strukturované poradenství a motivační trénink – zaměřuje se na konkrétního klienta a snaží se o posílení motivace vedoucí k abstinenci nebo alespoň změně rizikového chování,
- g) poradenství pro rodinné příslušníky a blízké,
- h) krizová intervence,
- i) sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, pomoc při vyřizování dokladů aj.,
- j) další poskytované služby – vitamínový a potravinový program, hygienický servis, praní prádla.

Kontaktní centra na menších městech poskytují širší nabídku služeb vyplývající z potřeb regionu nebo klientů. Kontaktní centrum tohoto typu mimo jiné poskytuje primární prevenci pro školy, poskytuje terénní programy podle drogové scény v regionu, poskytuje služby následné péče a doléčování, probační programy. Pro tato centra se začíná používat termín drogová agentura (Libra in Kalina, 2003).

Denní stacionář

Je další možnou podobou ambulantním zařízením s intenzivním denním strukturovaným programem. Do denního stacionáře dochází klient každý den, účastní se zde léčebného programu, který bývá zpravidla v pracovní dny (min. na 6 hodin) od ranních do odpoledních hodin. Klient zde tráví obvykle celý den, kdy se účastní skupinové terapie, individuálních pohovorů s terapeuty, využívá poradenství ohledně sociálních a právních otázek, které potřebuje momentálně řešit. Účastní se volnočasových i pracovních aktivit. Na rozdíl do pobytové (rezidenční) léčby odchází večer a na víkendy domů. Často také bývá součástí léčby rodinná nebo partnerská terapie a případně podpůrné rodičovské skupiny pro rodinné příslušníky klientů, kde se dozvídají informace o procesu léčby a mají možnost mluvit o situaci, ve které se nacházejí s ostatními, kteří mají stejné zkušenosti (Kalina, 2008).

Anonymní alkoholici (AA) a Anonymní narkomani (NA)

Tyto svépomocné skupiny mužů a žen spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj osobní problém s návykovou látkou a budou umět pomoci druhým s uzdravením z alkoholismu nebo toxikomanie. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít a pro členství v NA touha přestat brát drogy. Ve světě najdeme i další svépomocné skupiny lidí, které spojuje stejná krizová situace např. úmrtí někoho blízkého aj. Některé země dokonce nařizují soudním příkazem při spáchání nějakého přestupku pod vlivem návykové látky, že musí provinilec navštěvovat svépomocnou skupinu. Setkání AA a NA se řídí přesně stanovenými pravidly, která jsou sepsána do 12 kroků (Vobořil in Kalina, 2003).

Terapeutické komunity TK (rezidenční pobyt)

Terapeutické skupiny pro závislé na návykových látkách patrně vycházely více ze zkušeností Anonymních alkoholiků, než z britských komunit pro duševně nemocné. I tak mají s klasickými terapeutickými komunitami některé společné rysy jako je:

- aktivní podíl klientů na léčení,
- vytvoření dobré komunikace na všech úrovních,
- podíl na rozhodování,
- kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen bezprostřední zpětnou vazbu o tom, jak působí jeho chování na druhé.

Terapeutické skupiny pro závislé mají svá specifika, k nimž patří vnitřní diferenciacce (ti, kdo jsou v komunitě déle a osvědčili se, získávají výhody, ale zvyšují se i na ně kladené nároky). Najdeme zde jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést k vyloučení z komunity (Nešpor, 2011).

Některé typy terapeutických komunit pro závislé

- *terapeutické komunity v zařízeních poskytující středně dobou léčbu (od několika týdnů do zhruba 4 měsíců)*

- *modifikované terapeutické komunity pracující ve specifických podmínkách (např. vězení) nebo se specifickými pacienty (např. s těmi, kdo se kromě závislosti léčí pro jinou duševní nemoc)*
- *klasické terapeutické komunity pracující podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle a dělí se typicky na úvodní stádium (do 60 dní), stádium primární léčby (2 až 12 měsíců) a stádium návratu do společnosti („re-entry“, trvá od 13 do 24 měsíců včetně ambulantního doléčování)“ (Nešpor, 2011, s.96).*

Kromě strukturovaného programu a jasného režimu se hodně v TK využívá skupinové terapie, na níž navazují další činnosti, např. pracovní terapie (ergoterapie), sociální poradenství, volnočasové a sportovní zátěžové aktivity. Je zde kladen důraz nejen na léčbu klienta, ale i na řešení jeho problémů, se kterými se v průběhu léčby vyrovnává a řeší, je zde zdůrazněna odpovědnost a samostatnost klienta. Léčba je zpravidla dlouhodobější, rozfázovaná do několika dílčích etap, ve kterých se klient učí specifické dovednosti a má specifické úkoly. V poslední fázi již pracuje, má zaměstnání či brigádu v okolí komunity a v komunitě tráví mnohem méně času, je samostatnější a připravuje se na život venku. Léčba v TK je vhodná především pro ty, kteří užívali drogy dlouhodobě, mají mnoho dalších problémů a mají nevyhovující zázemí. S obyvateli komunity se řeší i jejich právní potíže, část z nich má za sebou kriminální minulost spojenou s užíváním návykové látky. Klient by měl být po léčbě, případně s podporou v doléčování, schopen normálně fungovat a vybudovat si znovu svůj život a svoje sociální zázemí (<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>).

Doléčovací a resocializační centra

Jsou určeny pro uživatele, kteří prošli určitým typem léčby a hlavním cílem je pomoci klientovi udržet změnu v jeho chování, která byla navozena léčbou. Pozornost je zde věnována zejména stabilizaci klientovy emotivity, prevenci relapsu případně krizové intervenci. Najdeme zde i aktivní práci s rodinnými příslušníky, protože po návratu do původní rodiny se často začne projevovat dysfunkčnost rodiny, která se podílela na vzniku závislosti. V doléčovacích a resocializačních centrech se také

zaměřují na důvěru rodinných příslušníků v chování klienta. Sociální poradenství se opět zaměřuje na stabilizaci sociální situace klienta (řešení dluhů, bydlení, zaměstnání a trestněprávních záležitostí)

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4156/Adiktologicke-poradenstvi-v-systemu-adiktologicky-sluzeb>).

Ústavní léčba

Jedná se o léčebné programy, kdy klient žije v chráněném prostředí zdravotnického zařízení. Vládne zde jasný režim a pravidla pobytu, kdy se využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si svoje postoje vůči návykovým látkám. Pomáhají mu zde řešit nejrůznější problémy týkající se předchozího života klienta a využívá i poradenství v oblasti sociálně právních záležitostí. Využívá se skupinové i individuální terapie, pracovní terapie, arteterapie atd. Klienti se účastní i různých sportovních a volnočasových aktivit. V rámci léčby se spolupracuje s rodinou nebo partnerem klienta. Léčba trvá zpravidla od dvou do šesti měsíců a probíhá pod lékařským dohledem. Délka pobytu je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere v úvahu celá řada faktorů např. délka drogové závislosti, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní stav, jeho vlastní přístup k léčbě nebo třeba sociální zázemí. Využívá režimová opatření, opatření, strukturovaný denní program a další terapeutické aktivity. Po absolvování léčby je důležité navázat na doléčovací program, aby byl klientovi usnadněn vstup do běžného života, případně je možné navázat léčbu v terapeutické komunitě (<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>).

U ústavní léčby lze ještě zmínit soudem nařízené ochranné protialkoholní nebo protitoxikomanické léčení, které bývá ukládáno drogově závislým vedle trestu (souběžně), anebo při upuštění od potrestání. Forma léčení může být ústavní nebo ambulantní případně kombinovaná. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud na návrh zdravotnického zařízení, kde se léčení vykonává (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2008).

Důležité je si uvědomit, že léčbou ať už jakéhokoliv typu a jakkoliv dlouho léčebný proces nekončí a „čistý“ uživatel si musí uvědomit, že jeho závislost se může při nedodržování nastavené změny kdykoliv vrátit.

3.1.3 Prevence terciární

„Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému a trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z následků užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí:

- *resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří již prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog,*
- *intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat.*

Terciární prevence využívá zejména sociální práci jako je hledání zaměstnání a bydlení, pomoc při jednání s institucemi a zdravotními pojišťovnami atd. Patří sem i základní péče o zdraví uživatelů drog, kdy nejsou chráněni jen samotní uživatelé, ale i společnost“ (Kalina, 2008, s. 22-23).

3.1.3.1 Harm Reduction (HR)

Termín HR v doslovném překladu znamená snižování škod/ poškození, kdy jsou tímto termínem označovány přístupy vedoucí ke snižování nebo minimalizaci poškození osob závislých na návykových látkách, které nemají motivaci s užíváním přestat. Zahrnuje i strategie od bezpečnějšího užívání až po strategie vedoucí k abstinenci. HR se snaží pracovat s klienty v místě jejich nejčastějšího pobytu a zaměřuje se i na okolnosti užívání a samotné užívání. Snaží se zamezit rizikům ohrožující život a zdraví spojené s infekcí a chorobami při intravenózní aplikaci drog nebo při nechráněném pohlavním styku. Jedná se zejména o hepatitidy, abscesy, předávkování a pohlavně přenosné choroby včetně HIV/AIDS. K nejznámějším činnostem HR patří výměna použitého injekčního materiálu za sterilní, distribuce kondomů a možnost orientačního testování na některé z chorob. Patří sem samozřejmě i poradenská činnost a snaha o

motivaci k léčbě, ale lze sem i přiřadit substituční léčbu. Harm Reduction se provádí buď přímo v terénu, nebo v kontaktních centrech (Kalina,2008).

„Přístup Harm Reduction:

- *snaží se zabránit následkům poškození spojených s užíváním návykových látek,*
- *zachází s uživateli jako s lidskými bytostmi a s důstojností,*
- *maximalizuje možnosti intervence,*
- *je jasně odlišený od války proti drogám,*
- *je založen na upřednostňování dosažitelných cílů,*
- *je neutrální k legalizaci či dekriminalizaci“ (Hunt in Kalina, 2008, s. 100-101).*

Z Pozičního dokumentu o drogách, věznicích a Harm Reduction, který vydal Úřad vlády v roce 2006, vyplývá, že jako důkaz o účinnosti opatření HR můžeme vnímat i fakt, že se stále častěji zavádí v evropských věznicích za podpory vlád, i když zavádění do vězeňských systémů je pomalé a náročné.

Stejně jako má Harm Reduction své zastánce, tak jsou slyšet i hlasy odpůrců (zejména v počátku HR), kteří tvrdí že:

- HR nefunguje – brání nástupu do léčby a zvyšuje se počet injekčního materiálu na ulici,
- HR udržuje uživatele v jejich závislosti – tento argument spočívá v tom, že HR nenechá uživatele padnout na dno, aby se mohli „odrazit“,
- podporuje užívání drog – výměnou jehel se poukazuje na „čistější“ aplikaci a tím může tato skutečnost vést k podpoře v užívání u neuživatelů,
- HR je „trojský kůň“ pro reformu drogové politiky – údajná snaha o legalizaci drog.

Tato tvrzení byla zkušenostmi a některými výzkumy vyvrácena (Hunt in Kalina, 2008).

3.1.3.2 Streetworker

Pokud bychom měli definovat streetwork, musíme hovořit o aktivním vyhledávání, doprovodné a mobilní sociální práci, která je určená nositelům sociálně-patologického chování a osobám žijícím rizikovým způsobem, u nichž se předpokládá, že pomoc potřebují, ale samy ji nevyhledají. Tyto osoby (klienti) jsou kontaktovány ve svém časoprostoru, tzn. že jde o práci v době (časech) a v místech, kde obvykle pobývají nebo se scházejí.

Funkce streetwork:

- a) **vyhledávací** – spočívá především v aktivní depistáži a navazování kontaktů se členy cílové skupiny, dále dochází k mapování lokality, charakteru a intenzity výskytu patologických jevů. Sociální pracovníci se vydávají do „domovského“ prostředí cílové skupiny, ve kterém se mu snaží členům skupiny porozumět, aby se mohli přizpůsobit dané lokalitě,
- b) **doprovodná** – poskytování pomoci, podpory a asistence při zvládání života. Jedná se doprovázení v krizových obdobích, přičemž je plně akceptováno právo klienta se libovolně rozhodnout,
- c) **mobility** – tato funkce vychází z potřeb a zájmů cílové skupiny. Mobilita spočívá v pružnosti reagovat na okamžitou situaci a ve stálé připravenosti přemístit se na místo aktivního dění (Bednářová, Pelech, 2003).

Jedná se tedy o terénní sociální práci s rizikovou skupinou obyvatel (uživatelé návykových látek, prostitutky, bezdomovci...). Sociální pracovníci vycházejí do ulic, aby poskytli informace, služby, případně přímou pomoc nebo potřebným zprostředkovali spojení s institucemi působícími v daném regionu. Streetworker zlepšuje dostupnost služeb, kdy je klient osloven, ale čistě na něm záleží, zda nabízených služeb využije (Matoušek, Kroftová, 2003).

Streetwork je definován nejen způsobem práce, ale také cílovou skupinou. Jeho práce tvoří komplex nízkoprahově orientovaných služeb, včetně anonymity. Práci streetworkera můžeme rozdělit na tři formy:

- **Přímá práce** – konkrétní činnost vykonávaná s cílovou skupinou v terénu nebo v nízkoprahovém zařízení, která zahrnuje celou škálu činností např. provázení krizovým obdobím (krizová intervence), snižování zdravotních a sociálních rizik (poskytování informací - letáky a materiálu – kondomy, injekční stříkačky a jehly, dezinfekční roztok apod.) u lidí, kteří nechtějí změnit svůj způsob života.
- **Nepřímá práce** – zahrnuje veškeré činnosti spojené s plánováním a zajišťováním terénní práce, prezentací jeho práce, nezbytnou administrativu, jednání s relevantními institucemi v zájmu klienta.
- **Přesahující práce (smíšená)** – zahrnuje obě předchozí práce, kdy jejím prostřednictvím jsou řešeny konkrétní problémy vyplývající z práce s cílovými skupinami. Zahrnuje např. metodické vedení, vzdělávání a supervizi (Bednářová, Pelech, 2003).

3.1.3.3 Substituční léčba

Je zavedenou formou péče o uživatele drog závislých na opiátech. V rámci této prevence je klientům podávána náhražka za nelegální drogu. Substituce může být poskytována v rámci specializovaného programu nebo prostřednictvím odborných lékařů. V současné době jsou využívány látky metadon (užívá se v podobě roztoku) a subutex, subuprone (tablety určené k rozpuštění pod jazyk). Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele. Napomáhá se tím předcházení kriminálního chování, které by bylo spojeno s užíváním a sháněním ilegální drogy (Matoušek, Koláčková, 2005).

Substitucí se rozumí náhrada ilegálně a draze získávané, nitrožilně užívané a krátkodobě účinné drogy za jinou látku s podobným účinkem. Látka je podávána pravidelně, legálně a většinou zcela zdarma, v čisté formě a perorálně. Jedná se o udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle na pozdější dobu, kdy toho bude klient schopen. Pro některé klienty může být cílem samotná udržovací substituční terapie, která výrazně zkvalitnila život klienta. Doba substituce je individuální a může být různě dlouhá. Je to od několika týdnů nebo měsíců až po několik let. Léčba substitucí by měla být provázena např. psychoterapií a sociálním poradenstvím.

Při zařazení do substitučního programu se přihlíží k tomu:

- zda je klient dlouhodobě a těžce závislý na vysokých dávkách látek opiátového typu,
- je opakovaně neúspěšný v léčbě vedoucí k abstinenci,
- klient není schopen jiné léčby než substituce,
- má pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze,
- zda je závislá klientka těhotná a jestli není možná jiná detoxifikace.

Nejčastějšími cíli substituční léčby jsou:

- skončit s injekčním užíváním a omezit jejich užívání,
- omezit rizika spojená s užíváním a získávání návykových látek,
- snížit kriminalitu spojenou s návykovou látkou,
- zlepšit své vztahy s okolím a získat (udržet si) práci (Kalina, 2008).

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíl práce

Práce si klade za cíl popsat jednotlivé druhy prevence návykových látek. V dotazníkovém šetření jsem se zaměřil na závislé klienty Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kteří v současné době procházejí léčbou závislosti. Klienti snažící se o úspěšnou cestou k abstinenci mohou být zdrojem značného množství informací z oblasti závislostního chování. V dotazníkovém šetření jsem se zaměřil na otázky týkající se rodiny, školy, osobnostní rysy a některé momenty, které mohly ovlivnit vznik závislosti.

4.2 Popis terénu šetření

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr se nachází v areálu barokního zámku nedaleko Českého Krumlova v chráněné krajinné oblasti Blanský les, kde sídlí od roku 1966.

Areál je tvořen celou řadou budov, které jsou stále rekonstruovány a upravovány. V zámecké zahradě vznikla také naučná stezka, která je otevřena celoročně pro veřejnost. Léčebna se specializuje na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Do roku 1994 zde pobývali pouze závislí na alkoholu, ale jejich počet se postupně snižoval a začal být nahrazován klienty závislými na ostatních návykových látkách. Předpokládaným trendem je stabilizace poměru mezi závislými na alkoholu a ostatních látkách 1:1.

Kapacita léčebny je v současnosti 103 lůžek (žádosti o přijetí překračují kapacitu) a ročně absolvuje léčebný program až 750 klientů. PL je rozdělena na čtyři oddělení, a to příjmové detoxifikační oddělení a tři psychoterapeuticko-režimová oddělení.

Léčebna poskytuje:

- střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách,
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství,
- detoxifikaci (léčba) a detoxikaci (odstranění jedovatých látek),
- rodinnou a partnerskou terapii,
- krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu,
- krátkodobé motivační, tzv. opakovací pobyty v rámci následné péče.

Léčebna se také realizuje na poli vzdělávání odborníků i studentů. Je klinickým pracovištěm Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a pracovištěm zabezpečující praxe studentů oboru adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN Univerzity Karlovy v Praze (<http://cervenydvur.cz/>).

4.3 Popis vzorku šetření

Jak bylo výše uvedeno, své šetření jsem provedl v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, která se dlouhodobě úspěšně podílí na léčbě závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Se souhlasem vedení léčebny jsem zaslal do léčebny dotazníky, které byly klientům rozdány po skončení ranní komunity, kdy si při odchodu mohli dotazník vzít. Čtyřicet dotazníků jsem zvolil jako dostačující. Jeden dotazník jsem zaslal jako ukázkou i terapeutické sestře, která jej také předala klientovi. Při vyzvednutí

zpět jsem byl mile překvapen, že se mi vrátilo všech 41 vyplněných dotazníků. Vyplňování bylo dobrovolné a každý z respondentů měl právo odmítnout. Dotazník během první poloviny března 2013 vyplnilo 41 respondentů, z toho 20 mužů ve věku od 22 do 60 let a 21 žen ve věku od 19 do 57 let.

4.4 Metody šetření

Jako nejvhodnější metodu pro své šetření jsem zvolil dotazník, jehož podstatou je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů. Jeho velkou výhodou je, že ve stejném čase a stejnou formou je osloveno velké množství respondentů.

Někteří autoři rozlišují z formálního hlediska dotazník a inventáře. Dotazníkem bývá označována sada otázek, na něž respondent odpovídá jednoduchými odpověďmi nebo případně vybírá z předestřené odpovědi pro něj nejvhodnější alternativu. Naopak inventářem bývají označovány tázací věty (výpovědi) s nimiž respondent souhlasí nebo nesouhlasí.

Jako negativní stránku lze u dotazníku spatřovat především subjektivní výpovědi respondentů. Někdy se může stát, že tazatel je nucen k vybrání si odpovědi, kterou by si za jiných okolností nezvolil. Další nevýhodou může být, že respondent odhadne záměr tazatele a přizpůsobí mu své odpovědi. Tuto skutečnost lze omezit např. tím, že jsou otázky formulovány neutrálně (nelze odvodit záměr), možné odpovědi by neměly na první pohled jednoznačně „odpuzovat (záporné) nebo lákat (kladné)" a otázky by měly být jasné a srozumitelné všem.

Typy otázek používané v dotaznících se různí. Lze je rozdělit podle míry volnosti (uzavřené, polootevřené, otevřené), podle toho, zda se jedná o otázku samostatnou nebo patří do souboru tzv. škálovacích otázek, případně se může jednat o otázky přímé (ptáme se na konkrétní názor, postoj, informaci...) nebo nepřímé (popis situace) (Pelikán, 2007).

Ukázku sestaveného dotazníku v plném znění najdeme v přílohové části – příloha č.1.

4.5 Výzkumná otázka, předpoklady

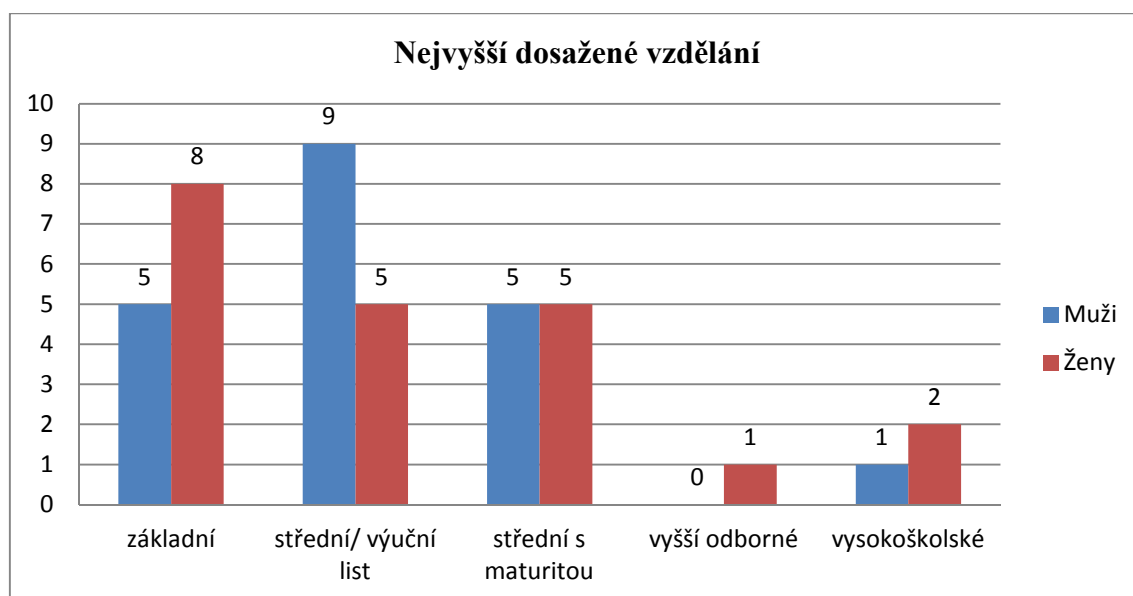
Výzkumná otázka: Bude typ návykové látky vyvolávající závislost u klientů PL rozdílný podle věku a pohlaví uživatele?

Předpoklad č.1: Druh návykové látky se bude výrazně lišit podle pohlaví uživatelů, kdy u žen budou převládat spíše léky a alkohol nad ostatními látkami.

Předpoklad č.2: Předpokládám, že u starších uživatelů bude častěji převládat závislost na alkoholu nad jinými látkami.

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

Nejvyšší dosažené vzdělání (ot.č.1) – graf.1

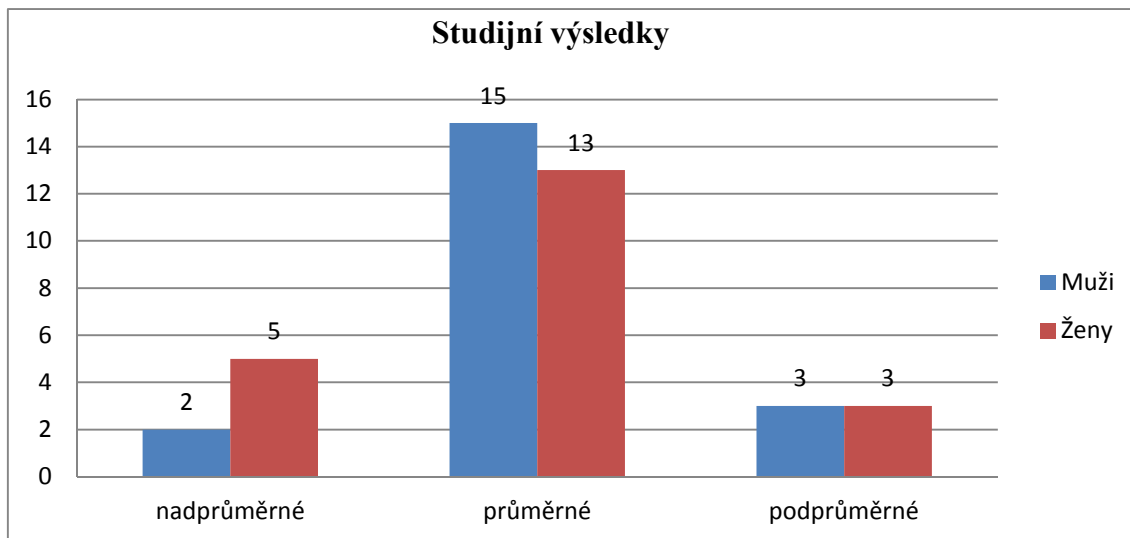


graf č. 1

Jak lze vidět z uvedeného grafu základní vzdělání, jako nejvyšší dosažené, uvedlo 5 mužů a 8 žen, vyučeno v nějakém oboru je 9 mužů a střední školu ukončenou maturitou má 5, u žen je stejný počet vyučen i s maturitním vysvědčením. Z respondentů dokončila vyšší odbornou školu pouze jedna žena a dvě ženy mají vysokoškolský titul,

který získal i jeden muž. Lze říci, že není jednoznačně určující vliv vzdělání na rozvoj závislosti.

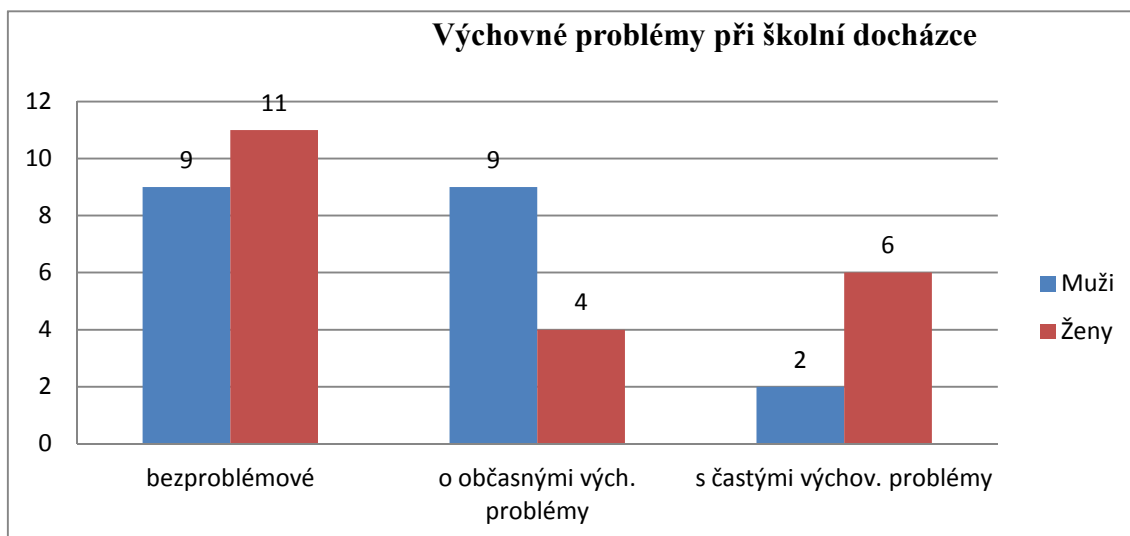
Studijní výsledky (ot.č.2)- graf č.2



graf č.2

Naprostá většina respondentů vnímá své studijní výsledky jako průměrné (15 mužů a 13 žen). Podprůměrných výsledků dosahovali tři muži a tři ženy. Své studijní výsledky jako nadprůměrné hodnotili 2 muži a tři ženy. Při vyhodnocování bylo zajímavé, že muž, který dosáhl vysokoškolského vzdělání, označil své studijní výsledky jako podprůměrné. U ostatních respondentů vnímání jejich studijních výsledků odpovídalo dosaženému vzdělání.

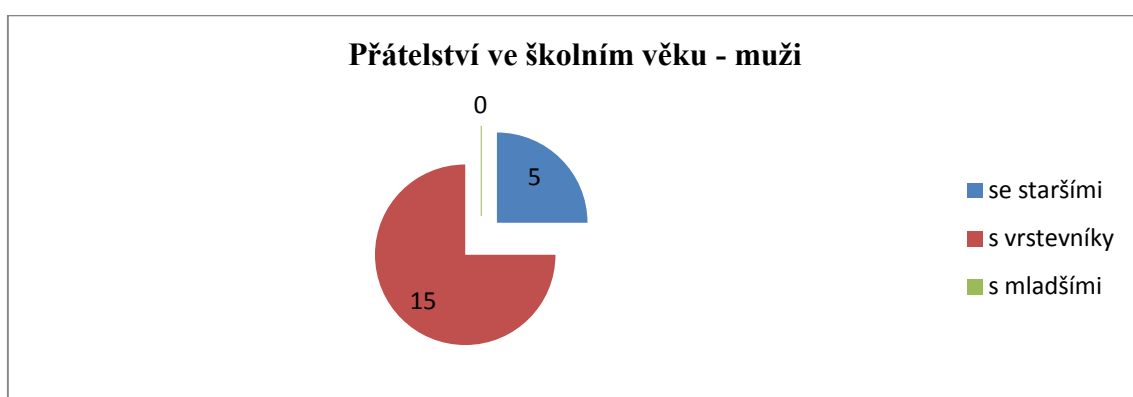
Výchovné problémy při školní docházce (ot.č.3) – graf č. 3



graf č.3

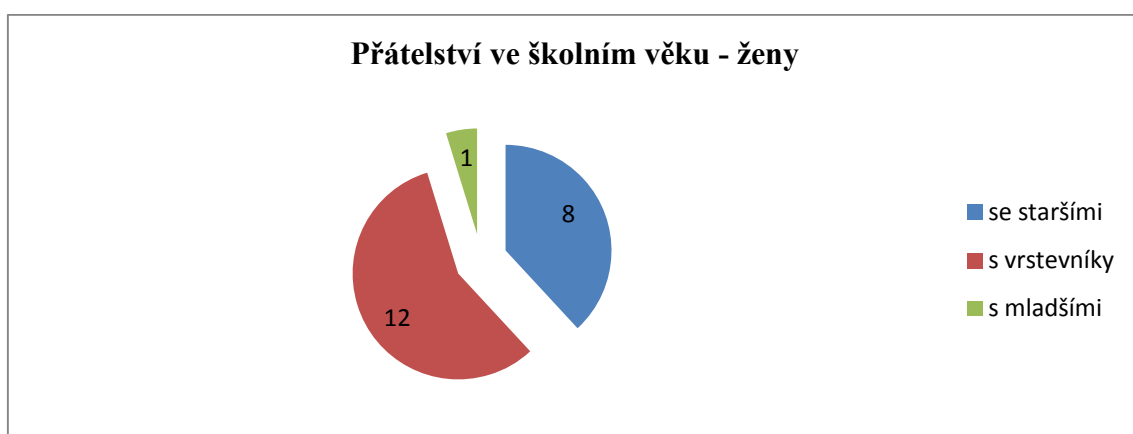
Stejný počet mužů se označil za jedince při studiu jako bezproblémového nebo s občasnými výchovnými problémy. U žen už je poměr mezi bezproblémový a s občasnými výchovnými problémy výraznější 11:4. Pouze dva mužští respondenti měli časté výchovné problémy. Zajímavé je, že naproti tomu se šest žen označilo za člověka s častými výchovnými problémy, kdy obecně vnímáme dívky jako klidnější a bezproblémové.

Přátelství ve školním věku (ot.č.4) – graf č. 4, č.5 a č.6



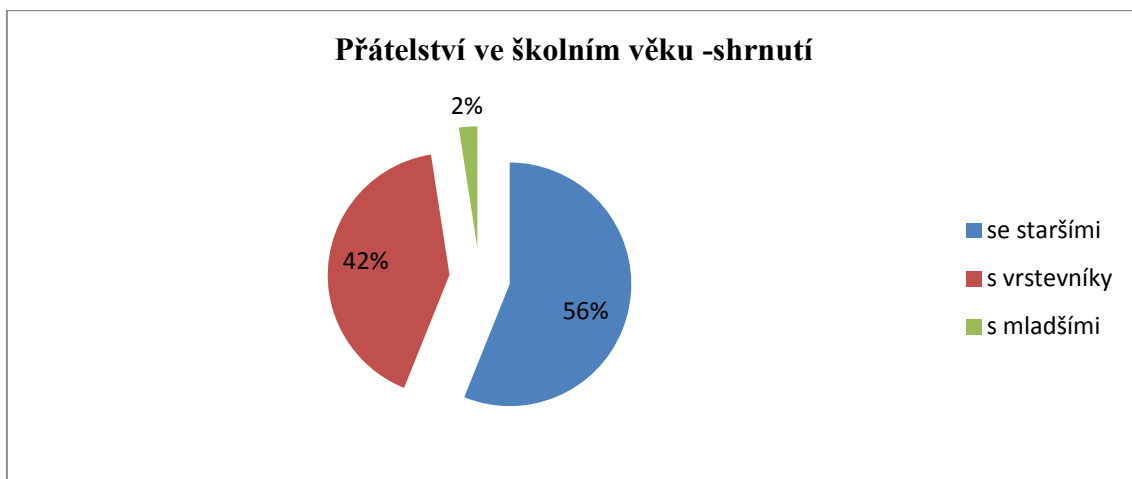
graf č.4

Tři čtvrtiny dotázaných mužů uvedly, že se přátelily ve školním věku se svými vrstevníky a jedna čtvrtina se staršími. Ani jeden z respondentů neuvedl, že by se přátelil s mladšími



graf č.5

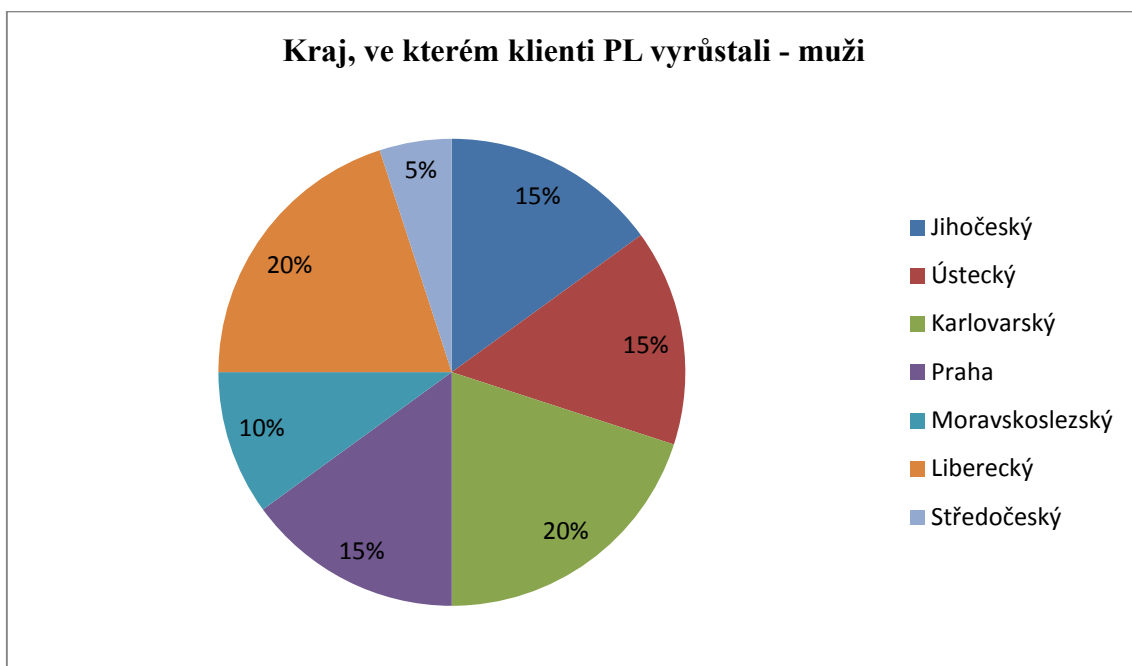
Podobné výsledky byly i u žen, kdy se nejvíce přátelily se svými vrstevníky. Se staršími se přátelilo 8 žen a pouze jedna uvedla, že měla kamarády mezi mladšími.



graf č.6

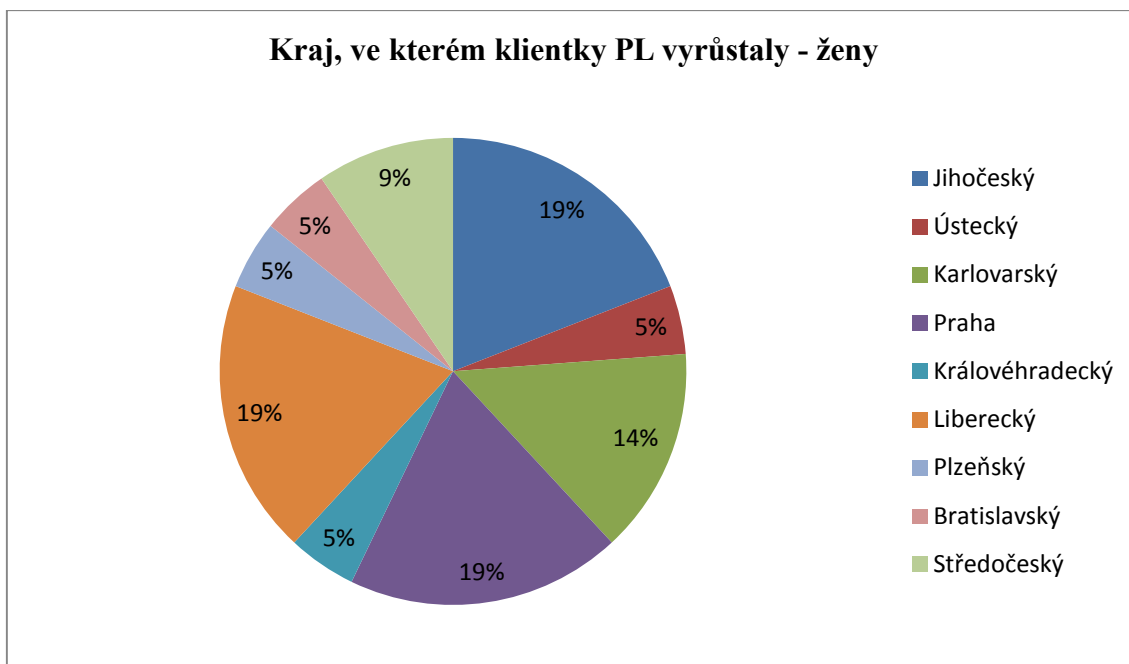
Ze shrnutí mužů i žen vyplývá, že více jak polovina (56%) se přátelila se staršími, více jak čtyřicet procent mělo nejvíce kamarádů mezi vrstevníky a pouze 2% klientů psychiatrické léčebny mělo přátele mezi mladšími.

Kraj, ve kterém klienti vyrůstali (ot.č.5) - graf. č.7, graf č.8 a graf č. 9



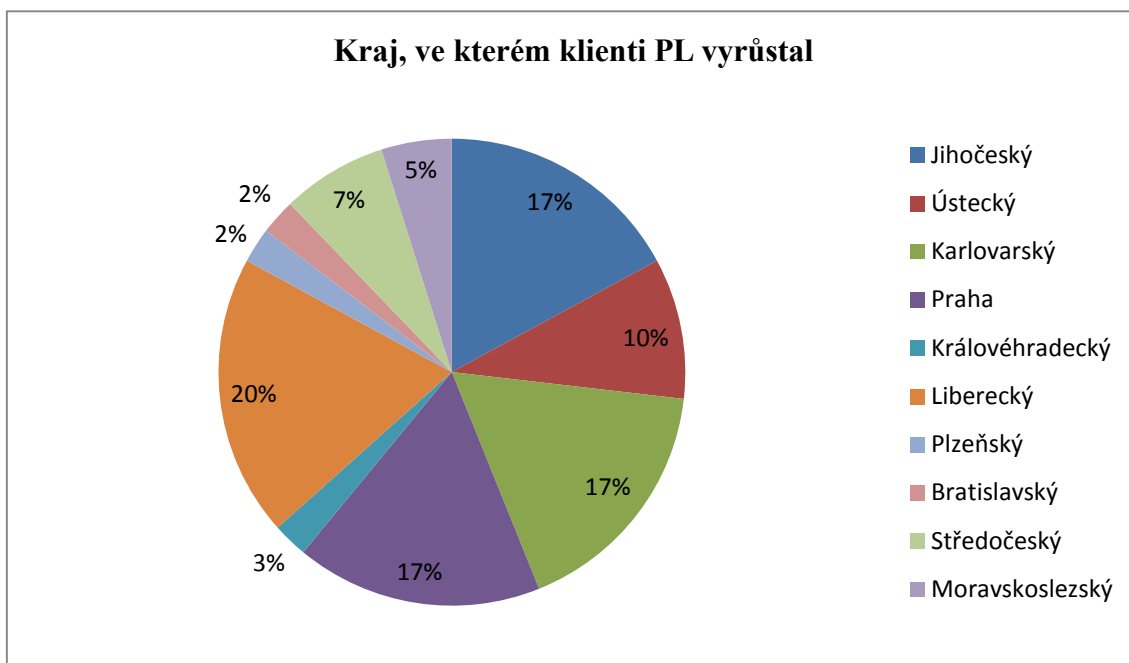
graf č.7

Protože se jedná o PL s celorepublikovou působností, je zde zastoupena většina krajů. Největší podíl měly v době šetření Liberecký a Karlovarský kraj. Z dalších krajů mají vyšší podíl zastoupení Jihočeský, Ústecký a Praha.



graf č. 8

Podobné rozložení krajů jako u mužů je i u žen. Žádný z krajů nikterak výrazněji nevybočuje. Nejvíce zastoupen je kraj Jihočeský, Liberecký a Praha. Jedna z respondentek pochází z Bratislavského kraje.



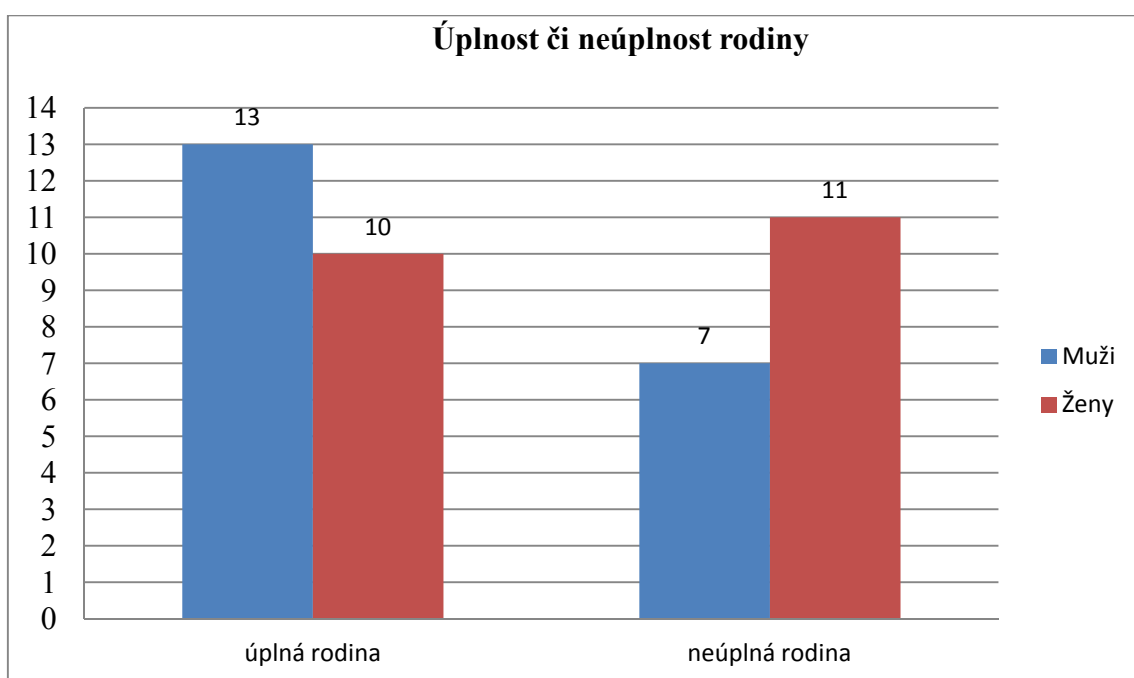
graf č.9

Při pohledu na zastoupení krajů, ze kterých klienti PL pocházejí, má mírnou převahu Liberecký kraj a stejně zastoupeny jsou kraje Jihočeský, Karlovarský a Praha. Je

zajímavé, že v šetření se vůbec neobjevily kraje z Moravy (Vysočina, Jihomoravský, Olomoucký).

Zjištěné rozložení krajů, ze kterých klienti pochází, můžeme porovnat s přílohou č. 2, kde najdeme rozložení za roky 2008 a 2009. Informace pocházejí z internetových stránek léčebny.

Úplnost či neúplnost rodiny klienta (ot.č.6) – graf č. 10

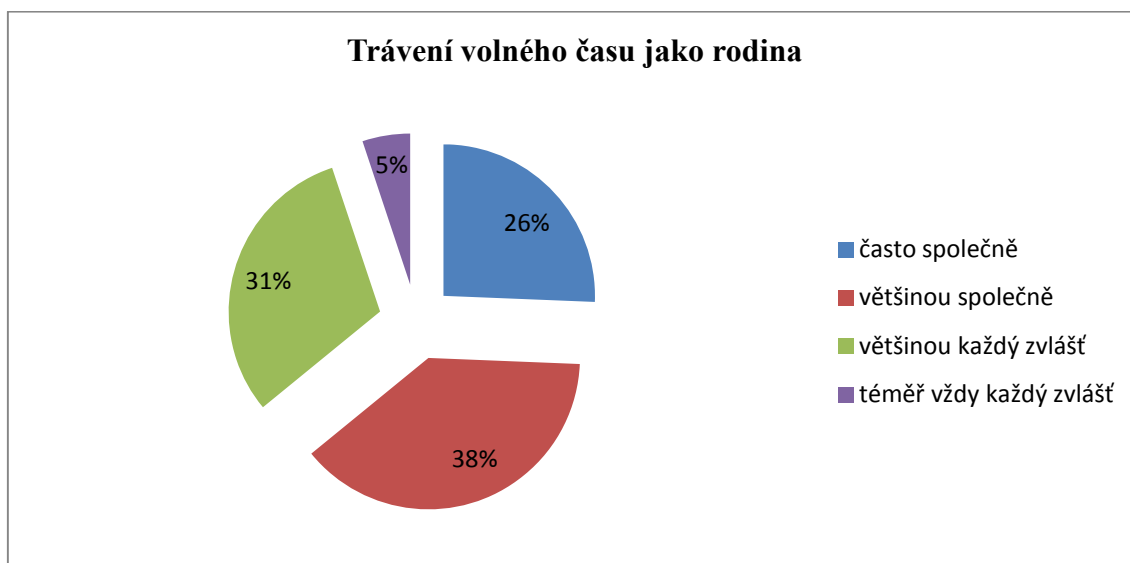


graf č.10

Výraznější rozdíl v úplnosti či neúplnosti rodiny byl mezi muži, kdy 13 mužů z 20 pocházelo z úplné rodiny a pouze 7 z rodiny neúplné. Odpovědi žen byly rovnoměrně rozloženy mezi úplnou a neúplnou rodiny, kdy o pouze o jednu ženu více uvedlo, že pocházejí z rodiny neúplné.

Výsledky této dotazníkové položky byly pro mě mírným překvapením, protože bych očekával, že více klientů léčebny bude pocházet z neúplných rodin.

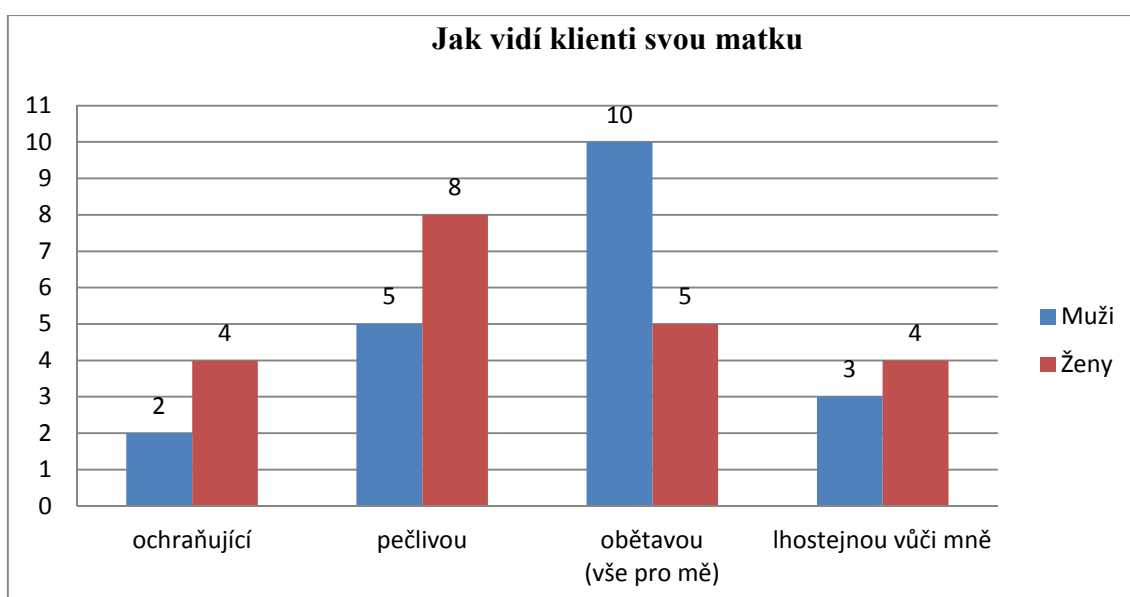
Trávení volného času jako rodina (ot.č.7) – graf č.11



graf č.11

Tento graf jsem udělal společný pro obě pohlaví, protože u mužů i žen byly stejné odpovědi. 64% respondentů uvedlo, že jako rodina trávili volný čas často nebo většinou společně. Toto vyšší číslo bychom mohli přisuzovat i tomu, že téměř stejný počet uvedl, že pochází z úplné rodiny. Volný čas často nebo téměř vždy samostatně trávilo 36% dotázaných.

Jak vnímá respondent svou matku ve vztahu k sobě (ot.č.8) – graf č.12

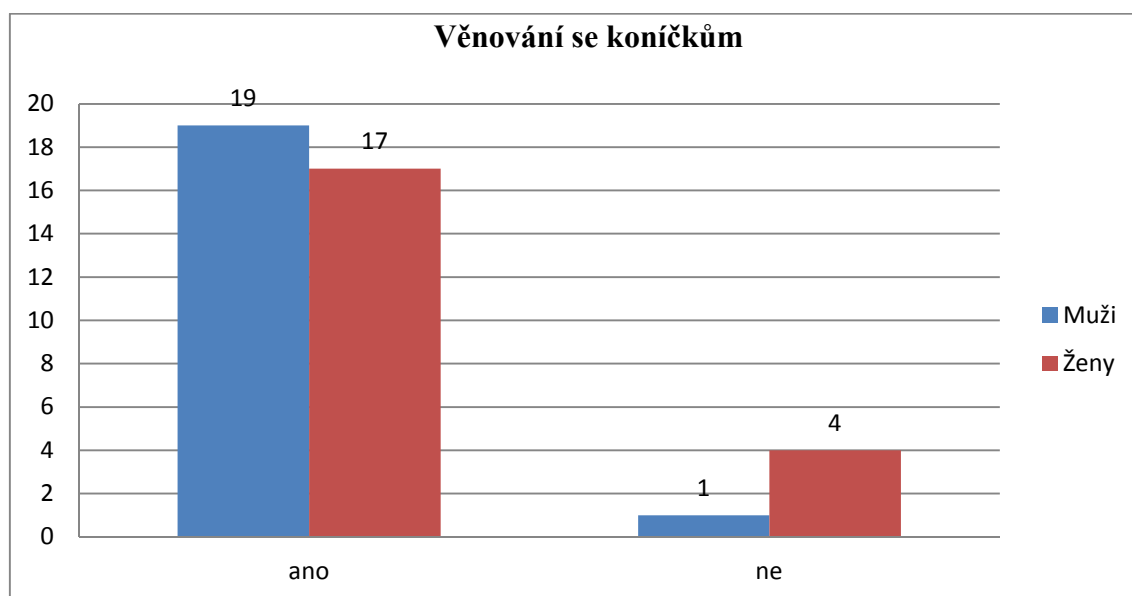


graf č.12

Naprostá většina označila svou matku jako příliš se starající o své dítě. Mezi muži se nejčastěji objevovala odpověď, že matka byla ochraňující a pečlivá. U žen to bylo opačně, kdy nejvíce žen označilo svou matku jako pečlivou a pak následovala odpověď obětavá a ochraňující. Pouze 3 muži a čtyři ženy označili (vnímali) svou matku jako lhostejnou vůči jejích osobě.

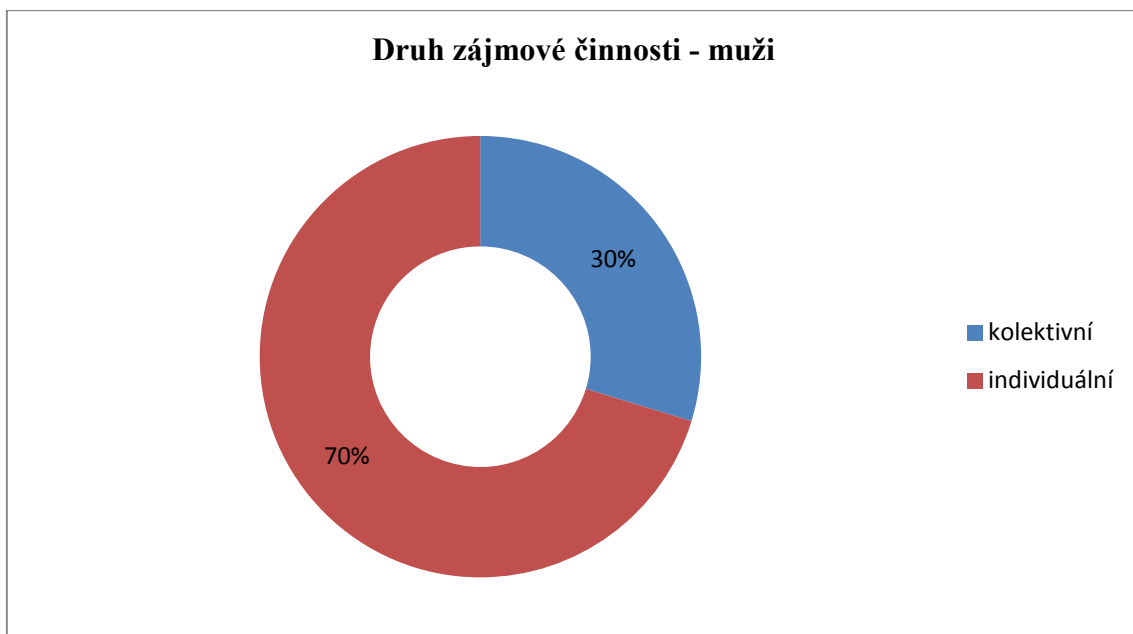
Lze tedy říci, že příliš pečující matka o svého potomka může být jedním z faktorů, které vedou k pozdějšímu rozvoji závislostního chování.

Trávení volného času – koníčky (ot.č.9) – graf č.13, č.14 a č.15



Graf č.13

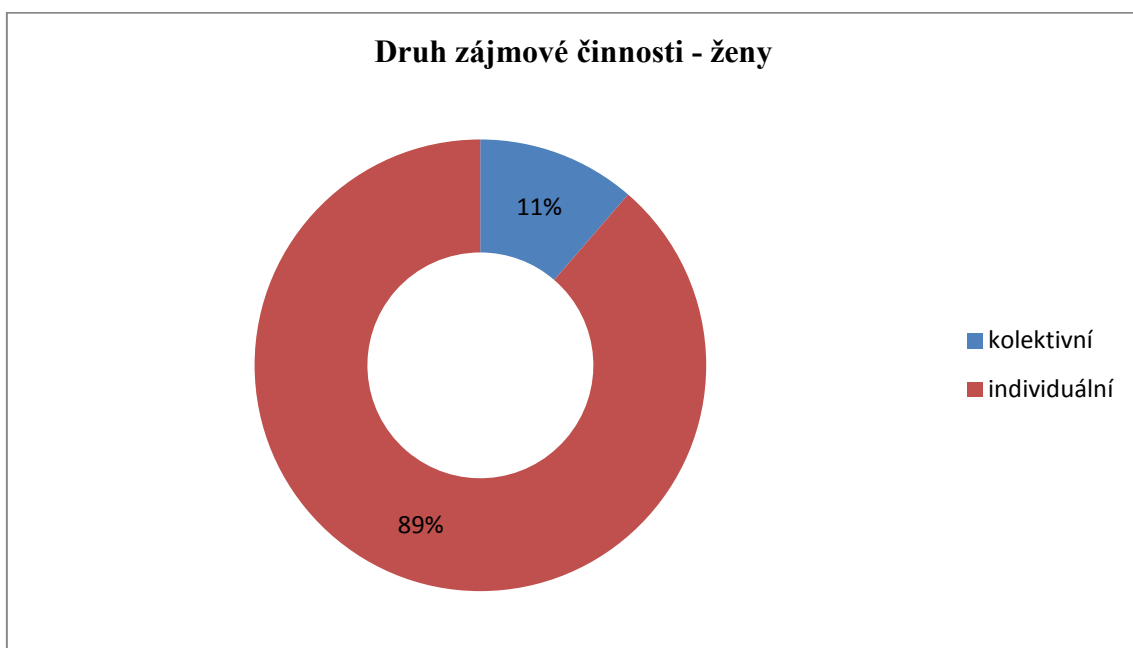
Téměř všichni respondenti uvedli, že měli nebo mají nějakého koníčka. Výjimku tvořil jeden muž a čtyři ženy, kteří uvedli, že neměli žádného koníčka nebo nejevili o žádné činnosti zájem.



graf č.14

Při vyhodnocování této položky týkající se zájmů mne překvapil výrazný rozdíl mezi preferovanými koníčky, kdy 70% respondentů mělo nebo má individuální aktivity a pouze 30% kolektivní. U této otázky jsem očekával poměr vyrovnanější.

Nejčastějšími individuálními aktivitami bylo rybaření, jízda na kole, sběratelství, modelářství, chovatelství, četba nebo malování. Z kolektivních aktivit se nejčastěji objevoval fotbal a hokej.

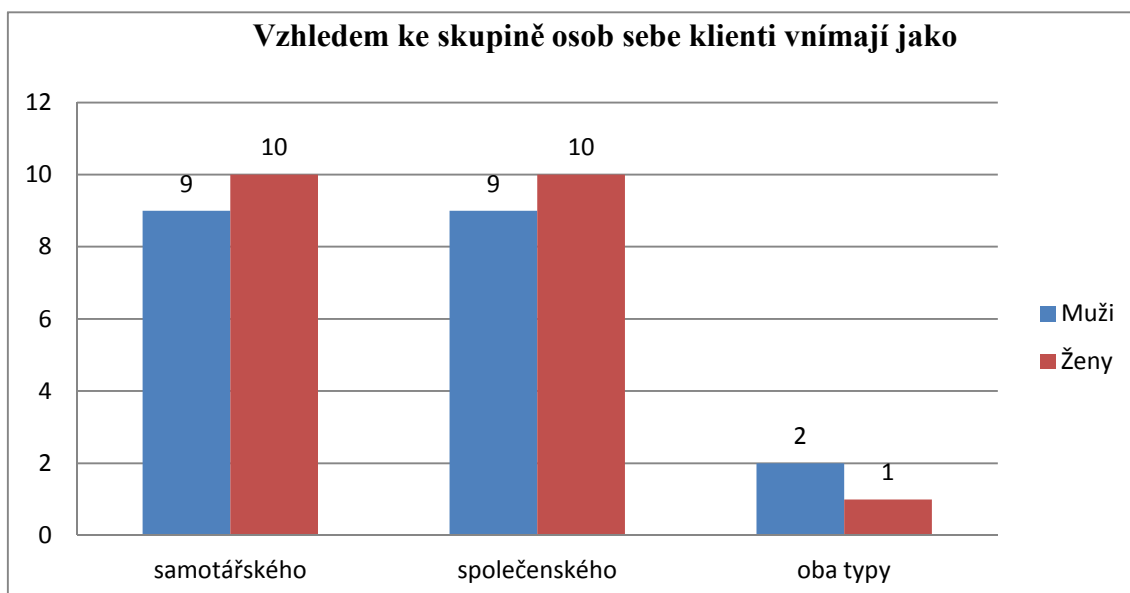


graf č.15

U žen je nepoměr mezi individuálními a kolektivními aktivitami ještě výraznější. Pouze 11% žen preferuje kolektivní aktivity, oproti 89%, které mají spíše individuálně zaměřené zájmy.

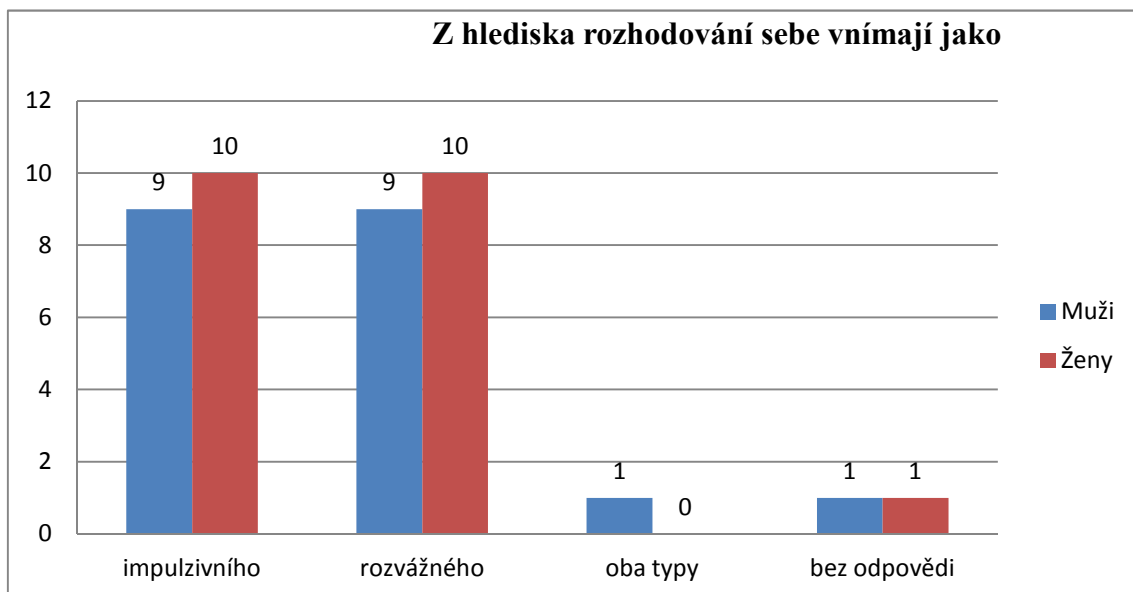
Ženy uvedly jako nejčastější individuální aktivity četbu, kreslení, hru na nástroj, háčkování, pletení nebo jízdu na kole. Z kolektivních to nejčastěji byl tanec, zpěv (sbor) nebo skauting.

Vnímání sebe samého (ot.č. 10, 11, 12 a 13) – graf č. 16, č.17, č.18 a č.19



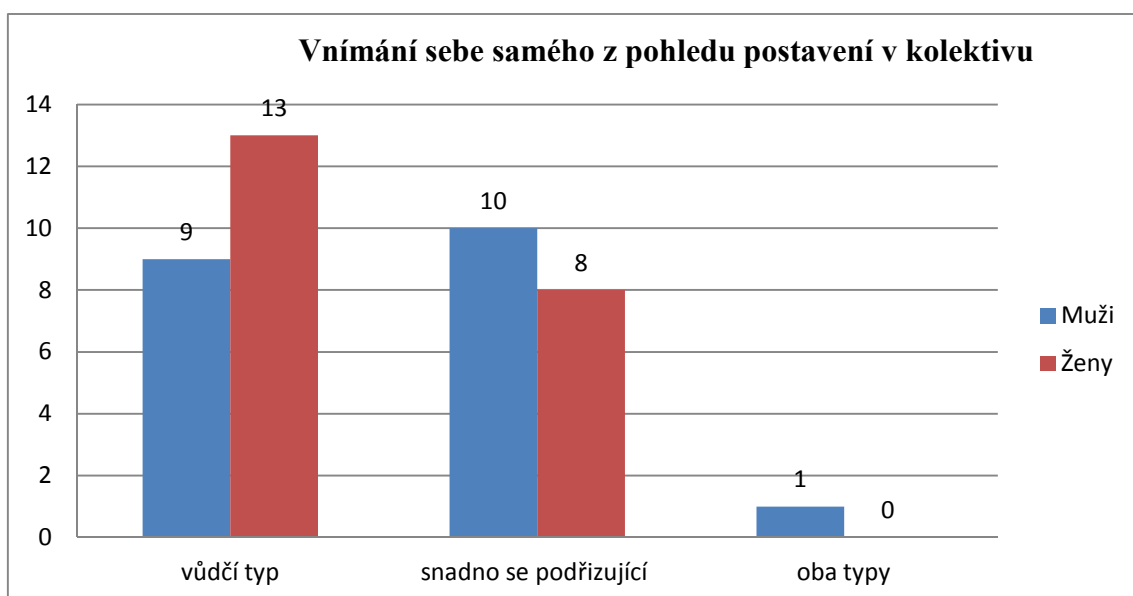
graf č. 16

Muži i ženy sebe vidí ve vztahu k ostatním lidem totožně. 9 mužů uvedlo, že jsou samotářští a stejný počet uvedl, že jsou spíše společenští. U žen to bylo také vyrovnané z pohledu preference trávení volného času. Tři respondenti (2 muži a jedna žena) uvedli, že záleží na okolnostech, a proto označili oba typy.



graf č.17

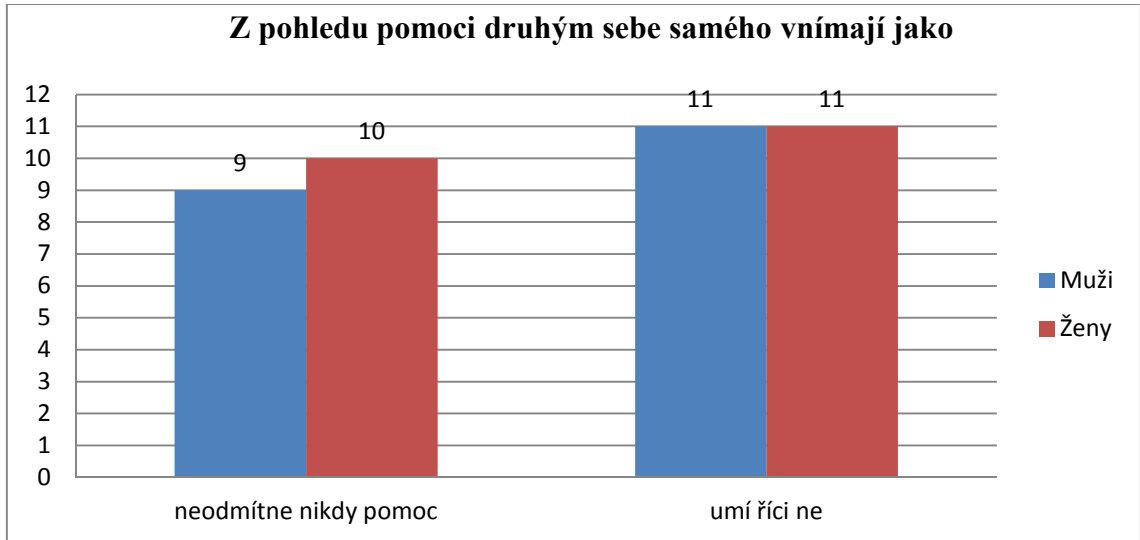
Výsledky jsou totožné jako u předchozí otázky, kdy stejný počet mužů i stejný počet žen se označil jako impulzivní nebo naopak rozvážní. Jeden z mužů se označil za oba typy a od jednoho muže i ženy zůstala tato položka v dotazníku nevyplněna.



graf č. 18

Ve dvanácté otázce měli respondenti označit, zda se vidí spíše jako vůdčí typ ve vztahu k ostatním nebo jsou spíše lidé, kteří se snadněji podřizují. Muži mají poměr svých odpovědí téměř vyrovnaný 9 : 10, kdy mírně převýšil typ, který se snadno

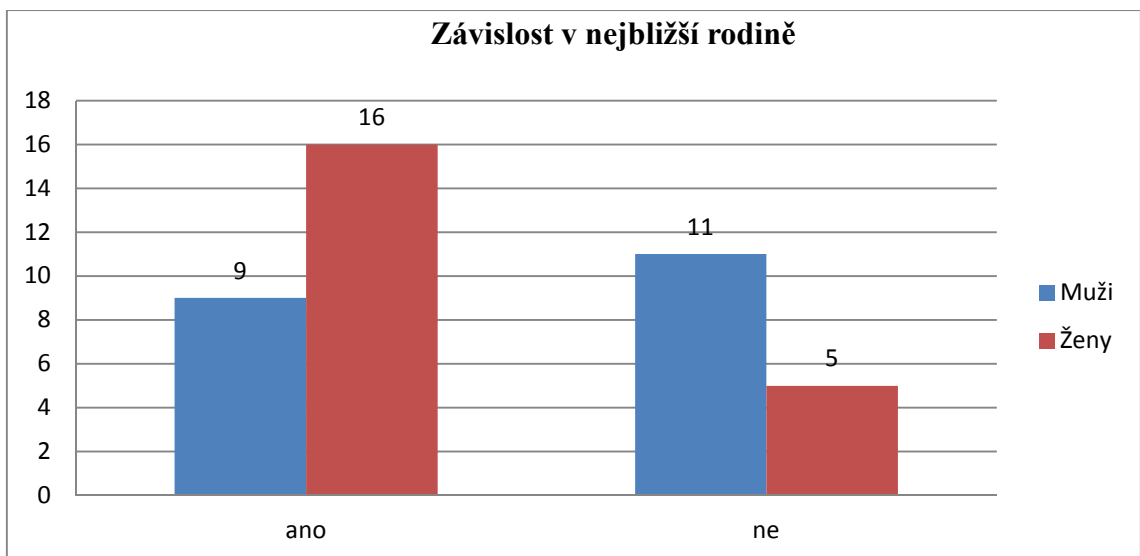
podřizuje ostatním. Jeden muž odpověděl, že má v sobě vyrovnané oba póly osobnosti a používá je podle nastalé situace. U žen byly rozdíly výraznější. 13 žen se vidí spíše jako vůdčí typ, naopak 8 žen se vidí jako snadno se podřizující.



graf č.19

Devět mužů se označilo za osoby, které nikdy neodmítnou pomoc. 11 mužů dokáže na prosbu někoho jiného říci ne. U žen jsou výsledky vyrovnané, kdy 10 žen nikdy neodmítne pomoci, jsou-li o to požádány a 11 žen z 21 umí v případě potřeby preference svých zájmů pomoc odmítnout.

Závislostní chování v nejbližší rodině (ot.č.14) – graf č.20



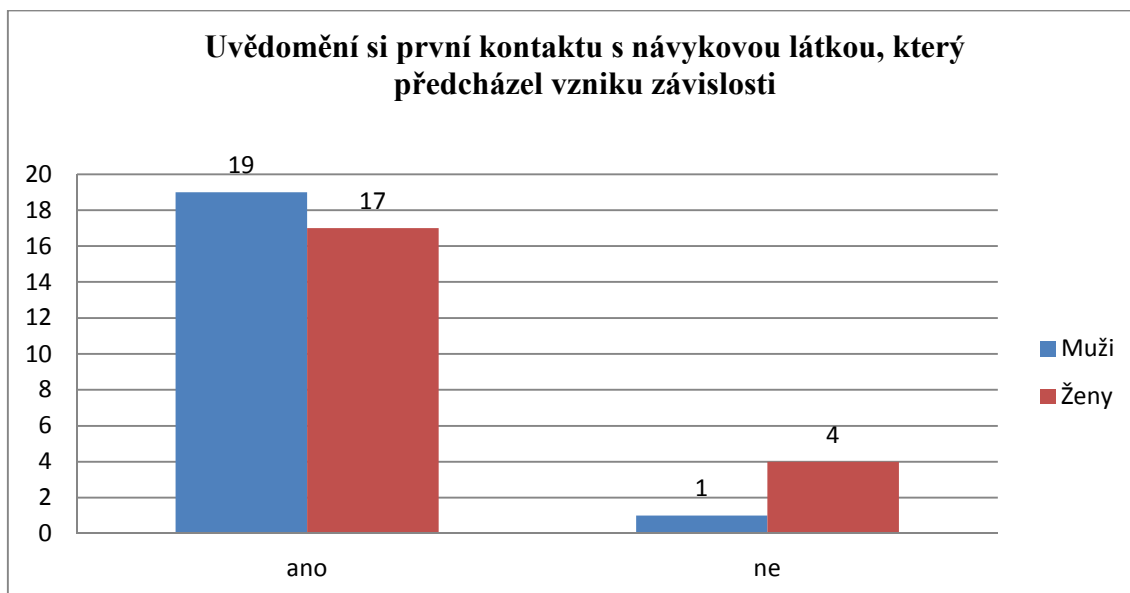
graf č.20

Závislost v nejbližší rodině se objevila u 25 respondentů z 41, a to u 9 mužů a 16 žen. U šestnácti klientů léčebny, kteří odpovídali v dotazníkovém šetření, se závislost v rodině nevyskytovala.

V případě závislosti někoho v rodině byli nejčastěji u mužů závislí mužští členové rodiny (otec, otčím, děda, bratr) a jeden z dotázaných uvedl, že má závislé oba rodiče a jeden uvedl oba sourozence (závislí na pervitinu). Z návykových látek u členů rodiny jednoznačně převládá alkohol, pouze jedenkrát to byla blíže nespecifikovaná drogová závislost otce.

U závislých členů rodiny převládá u žen otec (7) a v ostatních případech to jsou ženy fungující v dané rodině (matka, sestra, teta). I v případě žen převládá u jejich členů rodiny závislost na alkoholu a ve čtyřech případech se zde objevila závislost na heroinu. Také se třikrát vyskytla závislost na lécích, která byla vždy v kombinaci s jinou závislostí.

Vzpomínka na první kontakt s návykovou látkou (ot.č.15) – graf č.21



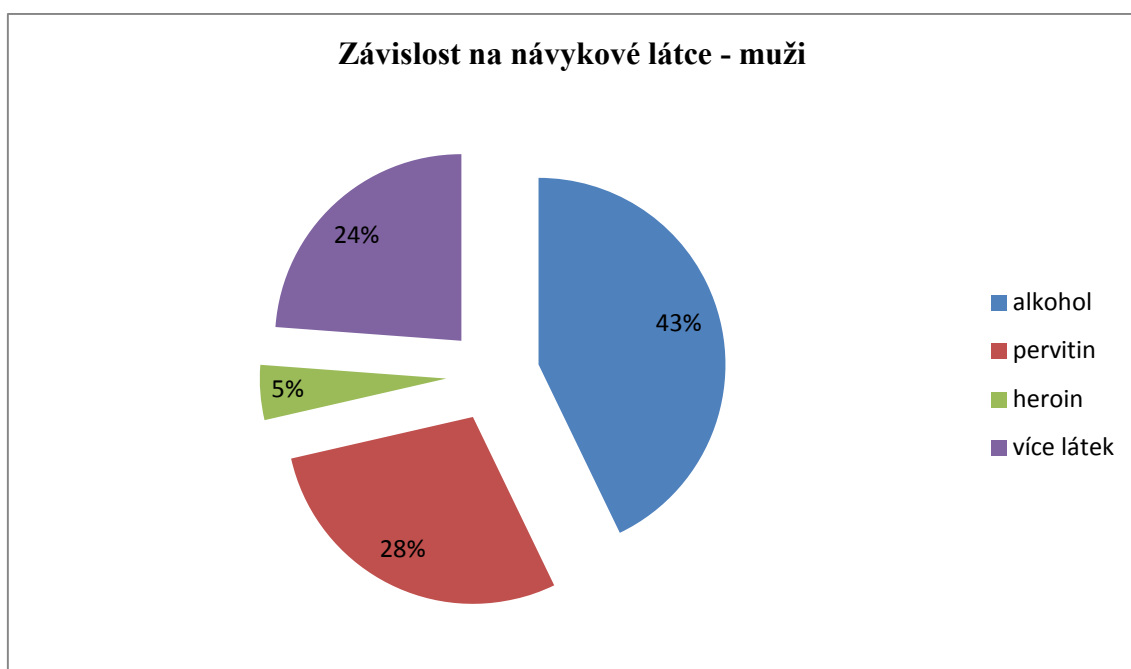
graf.21

Naprostá většina respondentů (36) si vzpomíná na svůj první kontakt s návykovou látkou, která se později u nich vyvinula v závislost. Pouze 1 muž a 4 ženy si nevybavují první kontakt s návykovou látkou.

Jelikož se nedá nikterak vyhodnotit další část otázky, kdy jsem se respondentů ptal na to, o jaký kontakt (kdy, kde) se jednalo, přináším zde jen malý výčet těchto situací. Muži uvedli např. zvědavost, ošklivé počasí, rozchod s partnerkou (tato odpověď se objevila 3x), touha po úspěchu, návštěva přátel atd.

Ženy uváděly např. návštěvu klubu, na diskotéce, dárek od známého (pervitin), deprese, zavděčení se příteli, nuda nebo snahu zkusit něco nového.

Druh látky, na které vznikla závislost (ot.č.16) – graf č.22, č.23 a č.24



graf č.22

Nejčastěji zneužívanou návykovou látkou u mužů je alkohol (43% jako jediná látka). Pervitin jako hlavní závislostní látka se objevil ve 28%, v 5% se jednalo o heroin a více látek, které vedly k rozvoji závislosti se objevilo ve 24%. Při kombinaci návykových byl vždy první drogou pervitin případně alkohol. Ve dvou případech byla hlavní látka doplněna léky (codein) a v jednom případě se připojil toluen.



graf č.23

I u žen má mírnou převahu závislost na alkoholu (33%), závislost na pervitinu uvedlo 48% žen, 5% uvedlo závislost na kokainu a heroinu a 9% žen uvedlo, že jsou závislé na lécích. Ženy více než muži mají kombinaci návykových látek, ale vždy uvedly, která látka byla hlavní. Také se tam v několika případech přidalo užívání konopných drog a ve dvou případech se k užívání přidal toluen.

Předpoklad, že u žen bude spíše častější závislost na lécích, se nepotvrdil. Závislost na lécích uvedlo pouze 9% žen (2 respondentky z 21). Druhá část předpokladu, že u žen bude častější alkoholová závislost nad ostatními návykovými látkami, se také nepotvrdila. U žen výrazněji převažovala závislost na pervitinu 48%.

Druh závislosti podle věku uživatelů – tab. č. 1 a č. 2

Typ závislosti podle věku uživatelů - muži	
Věk uživatelů	Návyková látka
20 let	Alkohol
22 let	Pervitin
22 let	Pervitin, heroin, léky
23 let	Pervitin

26 let	Pervitin
27 let	Pervitin, alkohol
27 let	Pervitin
27 let	Heroin
28 let	Pervitin
31 let	Alkohol
31 let	Pervitin
34 let	Heroin
37 let	Pervitin, heroin
38 let	Pervitin, léky, alkohol
45 let	Pervitin, heroin
46 let	Alkohol
48 let	Alkohol
50 let	Alkohol
56 let	Alkohol
60 let	Alkohol

Tab.č.1

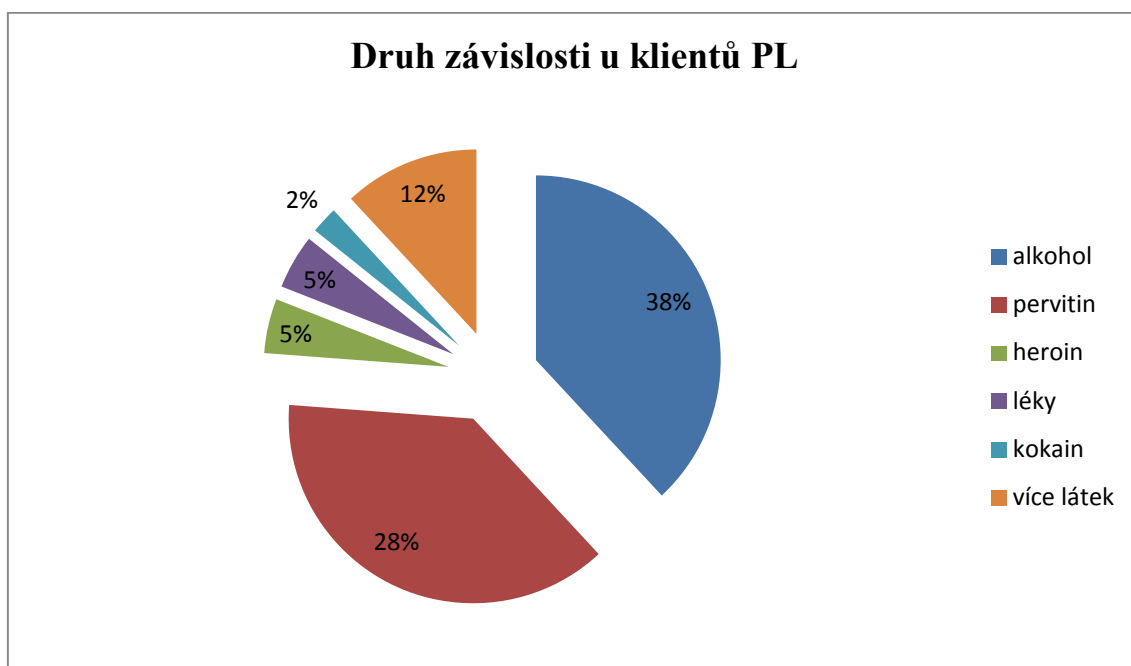
Jak z výše uvedeného přehledu vyplývá u nejstarších mužů, kteří prochází léčbou, se jedná o alkoholovou závislost. Zajímavé je, že nejmladší klient léčebny uvedl stejně jako nejstarší respondenti závislost na alkoholu.

Typ závislosti podle věku uživatelů - ženy	
Věk uživatelů	Návyková látka
19 let	Pervitin
19 let	Pervitin
21 let	Pervitin, alkohol
26 let	Pervitin
26 let	Alkohol
27 let	Pervitin, THC
28 let	Pervitin, alkohol, léky

29 let	Pervitin
31 let	Pervitin, heroin, Subutex, Subuprone
33 let	Pervitin, THC
33 let	Alkohol
34 let	Alkohol
34 let	Kokain, alkohol, léky
35 let	Léky
36 let	Pervitin, heroin, alkohol
38 let	Alkohol
38 let	Alkohol
39 let	Kokain
50 let	Alkohol
53 let	Léky
57 let	Léky, alkohol

Tab.č.2

I u žen lze vysledovat (i když to není výrazné), že se zvyšujícím věkem se častěji objevuje závislost na alkoholu a lécích. Mladší uživatelky jsou především závislé na pervitinu.



graf č.24

Při vyhodnocení návykových látek u všech klientů, kteří se zúčastnili šetření, o deset procent převládá závislost na alkoholu, 28% klientů je závislých na pervitinu a 12% je závislých na více látkách. 2-5% uvedlo závislost na jiných látkách.

Pro ucelený pohled na druhy závislostí klientů PL Červený Dvůr můžeme využít přílohu číslo 3, kde je uvedeno rozložení návykových látek za roky 2008 a 2009.

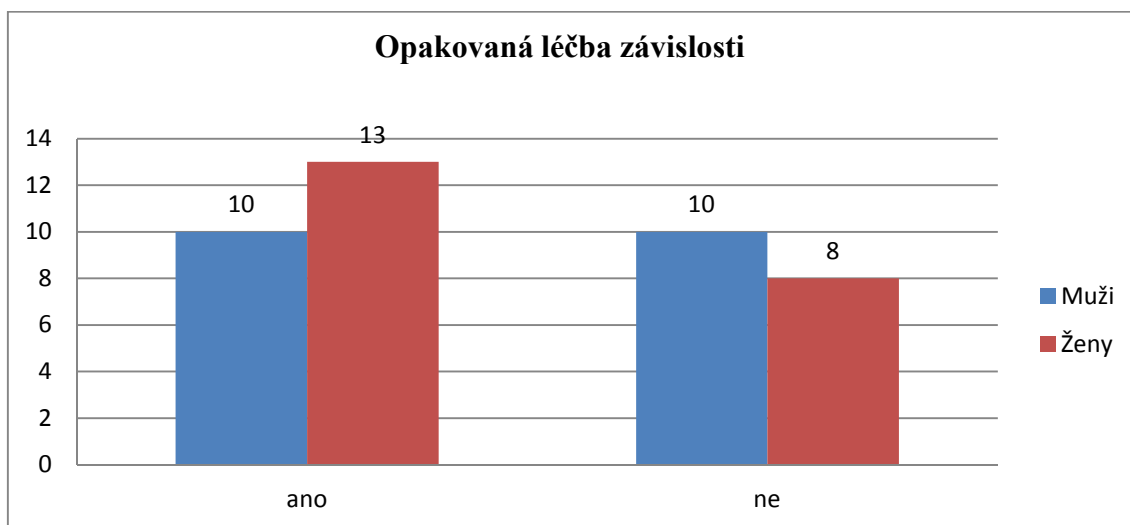
Důvod k léčbě závislost (ot.č.17) – tab.č.3

Důvod k léčbě			
	Muži	Ženy	Celkem
Pud sebezáchovy	2	----	2
Rodina	3	6	9
Zhoršující se psychický a fyzický stav	3	4	7
Děti	1	6	7
Soudní nařízení	1	----	1
Přítelkyně /přítel	1	2	3
Pokus o sebevraždu	1	2	3
Vlastní rozhodnutí	2	1	3
Lékař	1	----	1
Zaměstnavatel/ ztráta zaměstnání	1	3	4
Ztráta všeho/sociální důsledky	2	3	5
Že za mé úspěchy může droga	1	----	1
Celkové vyčerpání	----	1	1
Obava z dědičného zatížení	----	1	1
Sourozenci	----	1	1
Vězení	----	1	1

tab.č.3

Odpovědi na tuto otázku nelze výrazněji kvantifikovat. Důvody pro léčbu se u mužů i žen různily a často se objevilo více důvodů najednou. Výrazněji vybočují pouze rodinné důvody, kdy se jednalo o vztah k dětem nebo partnera, případně celou rodinu. Zajímavá byla odpověď jednoho respondenta, který uvedl, že už nemohl unést, že za jeho pracovními úspěchy je návyková látka.

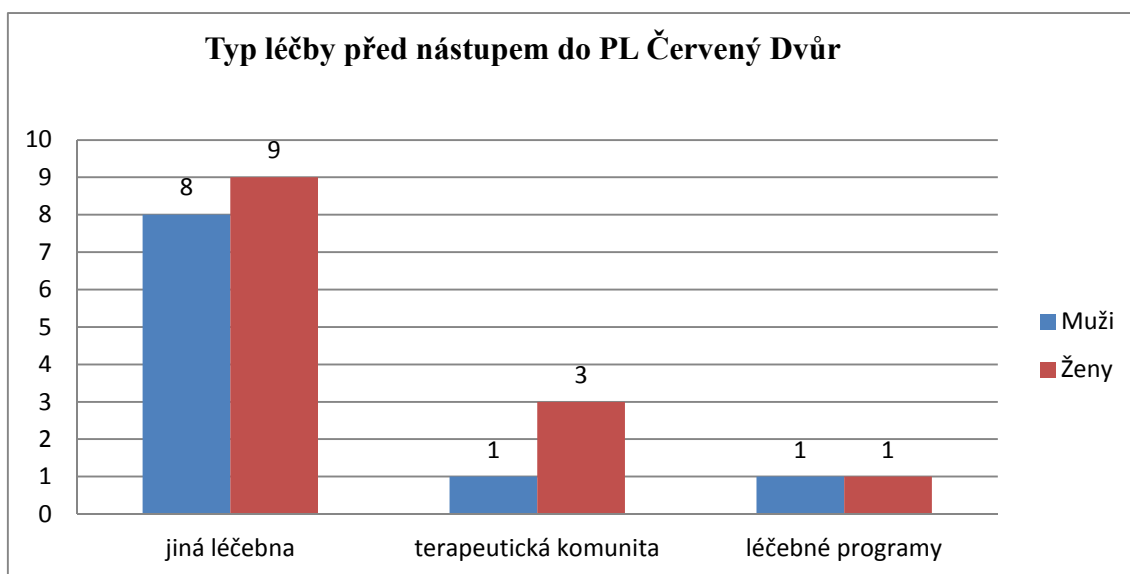
Předchozí léčba závislosti (ot.č.18) – graf č.25, č.26 a tab.č.2



graf č.25

Z dvaceti dotazovaných mužů byla polovina v léčbě poprvé a polovina už nějaký druh léčby před nástupem do PL Červený Dvůr absolvovala. Více žen bylo na léčení opakovaně (13) a 8 žen bylo v jakémkoliv léčebném programu poprvé. Celkem tedy bylo 23 osob z 41 v opakované léčbě a pro 18 dotázaných to byla první léčba jejich závislosti.

Na další doplňující otázky k otázce č. 18 odpovídali pouze respondenti, kteří byli v léčbě opakovaně.



graf č.26

Klienti nejčastěji předchozí léčby absolvovali v léčebně. U mužů to byla léčebna v Bohnicích a Horních Beřkovicích. U žen se jednalo Horní Beřkovice, Kroměříž, Lnáře, Šternberk, Bohnice, Plzeň a jednou Červený Dvůr. Terapeutickou komunitou prošly 4 ženy a jeden muž. Jednalo se o TK Němčice a v případě jedné ženy o TK Karlov (matky s dětmi). Mezi léčebnými programy se u jednoho muže objevil program K-Centra Most a u mladé ženy program Cesta Řevnice při Diagnostickém ústavu Dobřichovice (oddělení s výchovně léčebným režimem pro mládež ohroženou drogovou závislostí).

Jedna z žen sem mimo jiné uvedla i substituční léčbu subutexem v době těhotenství.

Hlavní důvod selhání předchozí léčby – tab.č.4

Důvody selhání předchozí léčby			
	Muži	Ženy	Celkem
Podcenění rizik	1	2	3
Útěk před realitou	1	----	1
Přestup z jedné léčebny do druhé	1	----	1
Pocit uspokojení	1	----	1
Nedržení se plánu	2	----	2
Nuda	2	----	2
Začal jsem brát steroidy	1	----	1
Moc jsem si věřil, že vše zvládnou	1	2	3
Moc volného času	3	----	3
Porušení letité abstinence	1	1	2
Nedostatečná motivace	----	1	1
Nechození na psychoterapii	----	2	2
Nedobrovolná léčba	----	1	1
Nechtěla jsem se s drogou rozloučit	----	1	1
Předčasný odchod z léčby	----	2	2
Nedokázala jsem se odpoutat od partnera	----	1	1
Nevyhovující terapeut	----	1	1

tab.č.4

V odpovědích na otázku, v čem nejčastěji oni sami spatřují důvod selhání předchozí léčby, se nejčastěji objevovaly nuda, moc volného času, ndržení se plánu, podcenění rizik anebo přílišná důvěra sami v sebe. Zajímavá byla také odpověď, že předchozí léčba selhala z důvodu nařízení soudem, kdy respondentka nepovažovala léčbu za důležitou.

K této otázce ještě do dotazníku napsali dva muži, že jeden je v léčbě potřetí a druhý počtvrté a jedna žena napsala, že se pokouší o úspěšnou léčbu již popáté.

V závěru dotazníku byl ještě prostor pro jakékoliv sdělení, které by chtěli respondenti napsat. Uvádím zde v několika bodech jednotlivá sdělení, která jsem v některých případech zestručnil.

Ženy:

- První moment (důvod k užití návykové látky)- nezapadala jsem mezi vrstevníky, nuda, málo sebedůvěry.
- Důvod k léčbě - možná trestná činnost.
- Moje závislost vznikla na kokainu, poté jsem přešla na pervitin a do 1/2 roku i heroin. Byla jsem 16 let nepřetržitě závislá na heroinu i pervitinu.
- Závislost trvá od mých 13 let, pocházím z neúplné rodiny.
- Dětství jsem prožila osamocená, bez rodiny. Jinak mohu říci, že dokážu být samotář ve společnosti, nebo dokonce impulzivně rozvážná.
- Na drogách jsem mohla vše odkládat, dnes je pro mě stresující udělat rozhodnutí a nést i následky.
- Mohu říci, že podle svých předchozích zkušeností si cením své léčby v PL Červený Dvůr.

Muži:

- Prostě jsem to začal brát ze zvědavosti a ulítl jsem na tom. Nějaký čas jsem to zvládal, ale pak přišli jiní lidé, co všechno jsem měl v práci atd. Prostě jsem o to přišel díky pervitinu, a proto jsem tu a budu se hodně snažit abstinovat. Bude to hodně těžké, ale jednou jsem se dal na léčení, tak se budu snažit jen kvůli sobě a hlavně zdraví a taky moje rodina, ale hlavně kvůli mně.
- Až teď si teprve uvědomuji, že ubližuji sám sobě a svým blízkým. Mám vytyčené cíle a plány, které si chci splnit, zároveň jsou mojí motivací. Věřím si více, než v předchozích léčbách.

- Drogy mi daly opravdu hodně. Dosáhl jsem svých pracovních cílů, a to mnohem rychleji než ostatní. Má touha po úspěchu byla nejsilnější, co mě v životě potkalo. Ale stálo to za to? Je to půl na půl. Ten úspěch patří drogám, tudíž jakoby si člověk lhal
- Pro mě třetí léčba a vím, že už poslední.
- Hrozně mě to mrzí, chci to změnit a neskončit na ulici! Výčitky svědomí.

6 SHRNU TÍ ZÍSKANÝCH DAT

Pro dotazníkové šetření ke své diplomové práci jsem si záměrně vybral, Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr, která již několik desítek let úspěšně působí v oblasti léčby závislostí.

Výzkumnou otázku jsem zaměřil na to, že se bude výrazně různit druh užívaných návykových látek podle pohlaví a věku uživatelů.

Jak vyplynulo z výše uvedených výsledků šetření (graf č. 23, tab. č.1 a tab. č.2), první předpoklad, že u žen bude více převládat jako závislostní látka alkohol a léky, se nepotvrdil. Z 21 žen, které se zúčastnily dotazníkového šetření, se téměř polovina (48%) léčí ze závislosti na pervitinu. Jako druhá nejvíce zneužívaná látka se objevil alkohol, na kterém je závislých sedm žen (33%). Závislost na lécích uvedly pouze dvě ženy. Lze tedy usuzovat, že léky jsou pouze jakýmsi mezi stupněm pro rozvoj jiných závislostí.

Druhý předpoklad, že starší uživatelé budou spíše závislí na alkoholu než na nealkoholových drogách, se potvrdil, i když výsledky nejsou výrazné (jednoznačné). V tabulkách č. 1 a č. 2 na straně 59 až 61 můžeme z uvedeného přehledu poznat, že skutečně u starších uživatelů je hlavní návykovou látkou alkohol. U mužů od věku 46 let do 60 let se jiná látka ani kombinace návykových látek neobjevila. Samozřejmě se při vyhodnocování objevila alkoholová závislost i u mladších respondentů, ale nevyskytovala se často a většinou byla doplněna jinou návykovou látkou. Zajímavé je, že závislý na alkoholu byl nejmladší muž, který se zúčastnil šetření.

U žen se alkohol jako hlavní látka, na které vznikla závislost, objevuje v dotazníkovém šetření od 33 let do 57 let. Alkohol je často doprovázen jinou látkou. Dvě

nejstarší ženy, které se zúčastnily šetření, uvedly, že jejich hlavní závislost je na lécích a v jednom případě je to závislost v kombinaci s alkoholem.

Jak se ukázalo ve výše uvedených grafech a tabulkách, ani jedny z výsledků šetření nejsou zcela jednoznačné a závěry lze interpretovat pouze na uvedený vzorek respondentů a není možné je nikterak paušalizovat.

Častější alkoholovou závislost u starších uživatelů návykových látek si vysvětlují tím, že v době jejich dospívání nebyly v naší republice ostatní látky příliš rozšířené, respektive snadněji dostupné.

Samotné vyhodnocování dotazníkových položek bylo pro mě mnohdy velmi zajímavé. Například mne překvapilo, že naprostá většina klientů vnímá své matky jako příliš pečující o jejich osobu. Stejně zajímavé bylo, že polovina klientů se často vidí jako vůdčí typ osobnosti, který dokáže ovládat skupinu, přestože bychom spíše očekávali naopak jejich submisivitu.

7 ZÁVĚR

Cílem předkládané diplomové práce byl popis základních druhů prevence návykových látek, kdy byl větší důraz kladen na prevenci sekundární a terciární. V úvodní části jsme byli seznámeni kromě popisu závislostního chování i s jednotlivými druhy návykových látek a prevencí v celé své šíři. Práce se nezabývala například teoretickými důvody vzniku závislosti. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na klienty Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, jelikož klienti mohou zdrojem potřebných informací.

Přestože se v současné době stále hovoří o závislosti na návykových látkách a možných faktorech, které ji ovlivňují, stejně jsem se velmi často setkával s otázkou, proč se vůbec takovýmto druhem práce zabývám. Ve společnosti stále převládá názor, že si za to závislí mohou sami a tak by si také sami měli pomoci. Tento názor není vůbec ojedinělý a neustále mě překvapoval. Samozřejmě, že najdeme jedince, kteří si svou závislost vytvořili jen a jen vlastní vinou, kdy se z nudy nebo z nějakého „frajerství“ snažili vyrovnat ostatním nebo chtěli uspět v kolektivu vrstevníků. Bohužel takto zjednodušeně danou problematiku nelze chápat. Je celá řada faktorů, které dané jedince k závislosti dovedly, a mnohdy se jedná o skutečně závažné okolnosti např. zneužívání.

S největším nepochopením se setkává program Harm Reduction, který je pro většinu lidí naprosto nepochopitelný. Terénní práce mezi uživateli návykových látek je často chápána jako jejich podporování v tom, aby dále návykovou látku užívali a že je nevede k tomu, aby se snažili se svou závislostí bojovat a abstinovat. Osvěta se musí snažit většinové společnosti vysvětlit, že vždy tady budou jedinci, kteří budou v očích majority nepřizpůsobiví a že je jen na nás, abychom je dokázali částečně chránit před sebou samými, ale že daným programem pomáháme i všem ostatním. Zabráníme tím například šíření infekčních a pohlavních chorob, výměnou použitých jehel za sterilní odstraníme z ulic poházené použité injekční stříkačky, nebo že se tímto programem zamezíme kriminalitě, která je s užíváním a hlavně s obstaráváním návykových látek spojena.

Většině kontaktních center a terénních programů chybí například aplikační místnosti, kde by si mohli klienti užívající návykové látky čistě aplikovat svou drogu. Další možnou činností, která by byla jistým přínosem v terciární prevenci, by bylo zavedení výdejních automatů, které by mohly vydávat sterilní náčiní potřebné k aplikaci v době,

kdy nejsou terénní pracovníci přítomni. Za velký přínos prevence považují postupné rozšiřování substituční léčby, zejména pro těhotné uživatelky, kdy jejich případná razantní detoxifikace a abstinence by mohly být méně prospěšné pro nenarozený plod, než náhrada nelegální a hlavně nečisté látky za látku legální a čistou, která může vést k pozvolnému snižování množství, až se třeba klientka dopracuje k naprostému vysazení substituce a abstinenci. Přestože je na léčbu závislých osob ročně vynaloženo značné množství finančních prostředků, vyplatí se více než pouhá represe.

Závislosti všeho druhu se nám bohužel nepodaří nejspíše nikdy úplně ze společnosti odstranit, protože se s nimi setkáváme od nepaměti, pouze v určitých etapách mírně mění svou povahu a mění se typ závislosti. Se závislými se budeme muset naučit pracovat, aby vzájemný „vztah“ byl co nejvíce přijatelný pro všechny strany, kterých se týká.

RESUMÉ

V první polovině práce jsme byli seznámeni s teoretickým nástínem prevence návykových látek a závislostního chování, včetně práce Streetwork a programu Harm Reduction, které řadíme k terciární prevenci. Je zde i stručný popis nejčastěji užívaných návykových látek, na nichž vzniká závislost. V další části práce jsme byli seznámeni s výsledky dotazníkového šetření mezi klienty psychiatrické léčebny, kteří se zde léčí ze své závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách. Výsledky šetření jsou mnohdy subjektivně ovlivněny prožíváním, vnímáním a zkušenostmi respondentů s návykovými látkami. Překvapující bylo zjištění, jak závislí klienti procházející léčbou vnímají vztah jejich matky k nim. Šetření přineslo i některé zajímavé výsledky z oblasti povahových a osobnostních rysů klientů léčebny.

RESUMÉ

In the first half of my work you were got known with a teoretical part of narcotic's prevention and an addictive behavior including the work of Streetwork and a programe of Harm Reduction. These programes are parts of tertiary prevention. You can also find a short decsription of the mostly used narcotics. In the second half of my work you were got known with the results of questionnaire. I asked the clients of the mental treatment, who cure their alcoholic addiction and drug's addiction. The results, are in many cases, influenced by experience and by perception of the respondents. Very surprising to me was to object how the addict's clients percieve the relationship between themselves and their mothers. The examination brings some interesting results in the field of traits and personal charecters of mental treatment's clients.

SEZNAM LITERATURY

BEDNÁŘOVÁ, Zdena., PELECH, Lubomír. *Slabikář sociální práce na ulici*. 1. vydání. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80-7239-148-8.

KALINA, Kamil, kolektiv. *Drogy a drogové závislosti*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KREJČÍŘOVÁ, Olga., GOLDOVÁ, Věra. *Drogy a šikana – stále nebezpečí*. 1. vydání. Vsetín: Město Vsetín, 2007. ISBN 978-80-254-0524-6.

LINHART, Jiří. a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.

MATOUŠEK, Oldřich., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich., KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.

NEŠPOR, Karel., CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel., CSÉMY, Ladislav., PERNICOVÁ, Hana. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. 1. vydání. Praha: Sportpropag, a.s., pro MŠMT, 1996.

NEŠPOR, Karel., PERNICOVÁ, Hana., CSÉMY, Ladislav. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.

PEŠEK, Roman., VONDRÁŠKOVÁ, Andrea., VESELÝ, Ondřej. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati*. 2. vydání. Písek: Arkáda, 2008. ISBN 978-80-239-9405-6.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80 -85800-25-X.

PRŮCHA, Jan., WALTEROVÁ, Eliška., MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178772-8.

SANANIM, kolektiv autorů. *Drogy – otázky a odpovědi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

SKÁLA, Jaroslav a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1987.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Etopedie – Vybrané okruhy etopedické problematiky*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368123-4.

Zákony, vyhlášky:

Zákony V/2013, sborník úplných znění zákonů. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Český Těšín: Poradce, 2013. ISSN 1802-8306.

Zákony V/2013, sborník úplných znění zákonů. *Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*. Český Těšín: Poradce, 2013. ISSN 1802-8306.

Zákony V/2013, sborník úplných znění zákonů. *Příloha č. 1 a č. 3 vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Český Těšín: Poradce, 2013. ISSN 1802-8306.

Elektronické dokumenty:

PL Červený Dvůr. *Podrobné informace o léčebně*. [online, cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://cervenydvur.cz/>.

Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>. [online, citace 2013-03-25].

Drogová prevence v České republice. [online, citace 2013-03-25]. Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm#tercialni.

VONDRÁČKOVÁ, Petra. *Adiktologické poradenství v systému adiktologických služeb*. In: *Adiktologie*, Praha [online] 28.3.2013 [cit. 2013-04-15]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/4156/Adiktologicke-poradenstvi-v-systemu-adiktologicky-ch-sluzeb>.

Centrum protidrogové prevence a terapie. *Kontaktní centrum*. 2011. [online, cit. 2013-03-30]. Dostupné z: <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/k-centrum>.

SANANIM. *Léčebné programy*. In: *Sananim*, Praha [online] 2009 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>.

ORLÍKOVÁ, Bára. *Substituční léčba*. In: Sananim, Praha [online] 2009 [cit. 2013-04-01]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>.

Primární – specifická a nespecifická prevence. [online, cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/nespecificka-a-specificka/>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník použitý při šetření

Příloha č. 2 – Klientela PL Červený Dvůr podle kraje, ze kterého klienti pochází

Příloha č. 3 – Nejčastější léčené diagnózy PL Červený Dvůr

DOTAZNÍK

Dobrý den. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro zpracování diplomové práce na téma Sekundární a terciární prevence návykových látek. Vaše odpovědi jsou anonymní. Děkuji za Váš čas a ochotu.
Bc. Roman Kurz, DiS. (speciální pedagogika UK)

Některé položky dotazníku se pouze zaškrťávají do připravených kroužků, u některých na připravené linky prosím dopište odpověď (doplnění je většinou u otázek, kde je vaše odpověď ano). U otázek, kde jsou dvě a více možností se prosím pokuste rozhodnout pouze pro jednu odpověď, která Vás více vystihuje.

Pohlaví: muž
žena

Věk: _____

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: základní střední/výuční list
střední s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

2. Vaše studijní výsledky byly spíše: nadprůměrné průměrné
podprůměrné

3. Při docházce do školy jste patřil/a mezi žáky: bezproblémové
s občasnými výchovnými problémy s častými výchovnými problémy

4. Ve školním věku jste se přátelil/a spíše: se staršími s mladšími
s vrstevníky

5. Kraj, kde jste vyrůstal/a? _____

6. Pocházíte z rodiny: úplné neúplné

7. Jako rodina jste trávili čas: často společně většinou společně
většinou každý zvlášť téměř vždy každý zvlášť

8. Svou matku byste označil/a jako: ochraňující pečlivou
obětavou (vše pro Vás) lhostejnou vůči Vám

9. Věnoval/a jste se nějakým koníčkům? ano ne

Jakým? _____

10. Označil/a byste se za člověka: samotářského společenského

11. Označil/a byste se za člověka: impulzivního rozvážného

12. Vzhledem ke kolektivu byste se označil/a spíše za typ:

vůdčí snadno se podřizující

13. Označil/a byste se za člověka, který: neodmítne nikdy pomoc umí říci ne

14. Vyskytlo se nadměrné užívání návykových látek u někoho v blízké rodině?

ano (U koho? _____ Jaká látka? _____) ne

15. Vybavujete si moment prvnímu kontaktu s návykovou látkou, která u Vás vedla později k závislosti? ano ne

Jaký to byl moment?

16. Vaše závislost vznikla na látce? pervitin kokain
heroin LSD léky toluen
alkohol jiná návyková látka _____

17. Co Vás vedlo k tomu, že jste se rozhodl/a pro léčbu?

18. Před současným nástupem do PL Červený Dvůr jste absolvoval/a nějakou předchozí léčbu?

ano ne

Pokud jste odpověděl/a ano, pokračujte prosím dále.

jiná léčebna terapeutická komunita programy

O jaké programy nebo komunitu se jednalo?

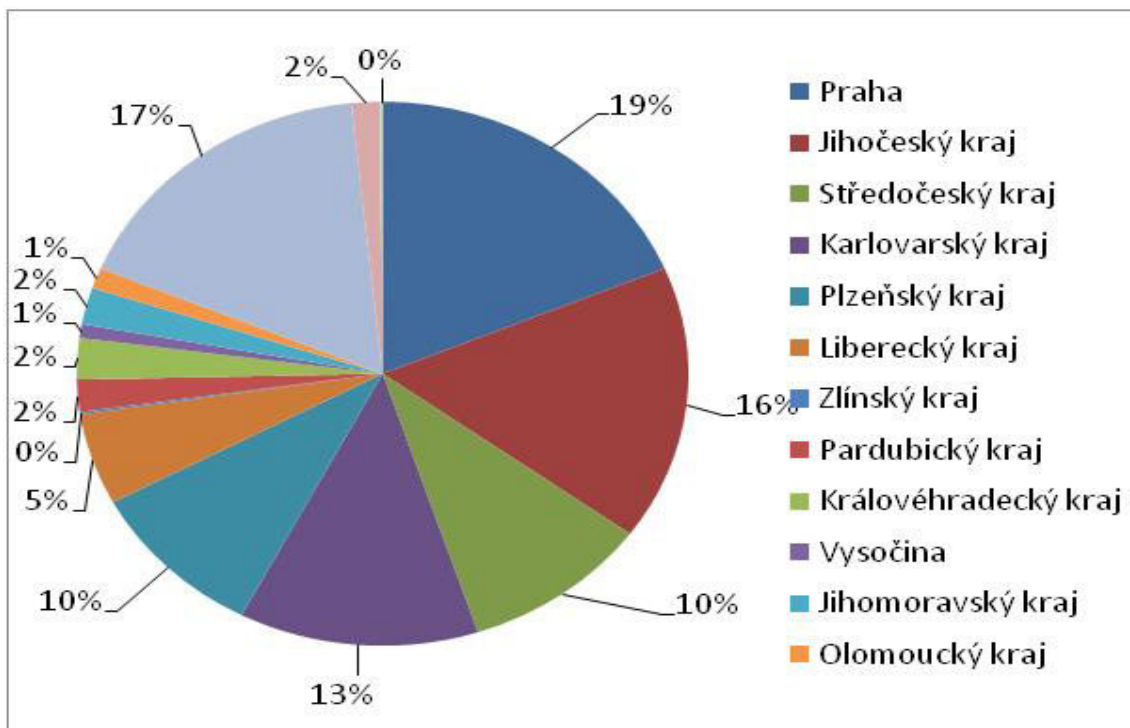
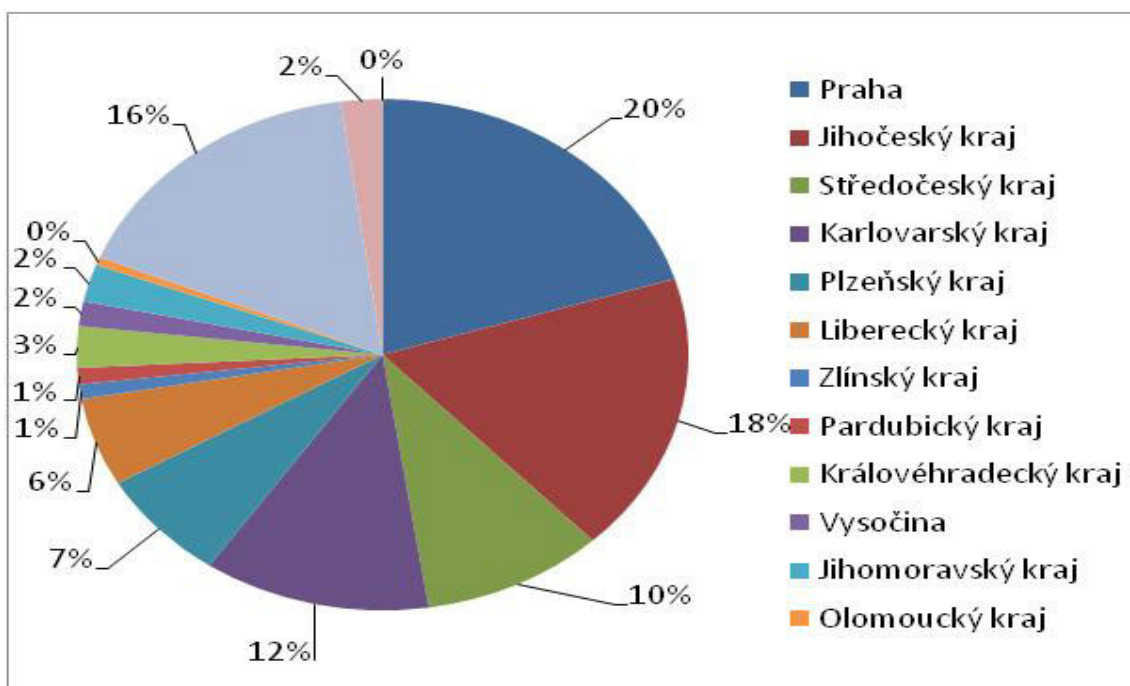
Co považujete za hlavní důvod selhání předchozí léčby?

Můžete využít tento prostor, pokud chcete něco doplnit k uvedeným položkám nebo je něco, co byste ještě rád/a připsal/a a v dotazníku se to neobjevilo.

Ještě jednou děkuji za vyplnění a přeji hezký den. R. Kurz

Klientela léčebny

Průměrné zastoupení pacientů z jednotlivých krajů v posledních letech ukazují následující grafy:

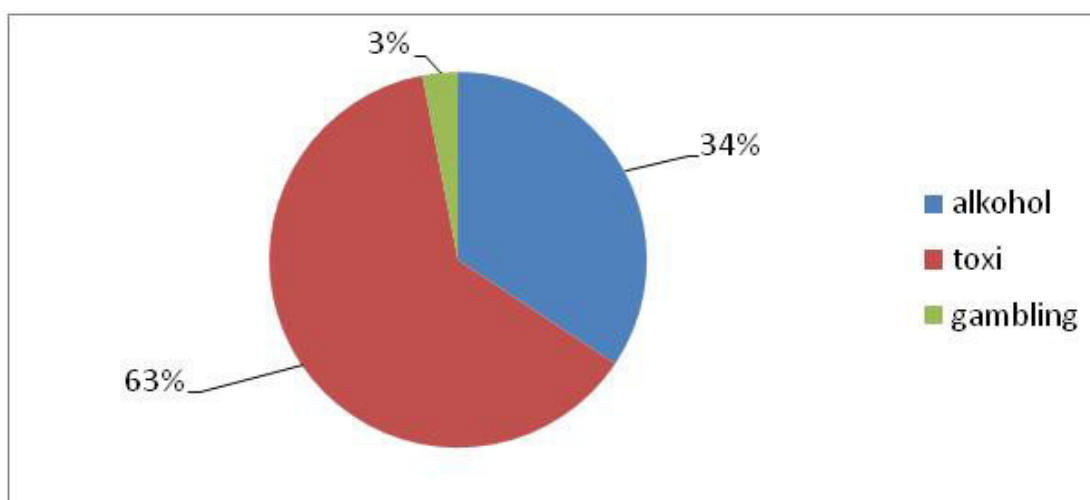
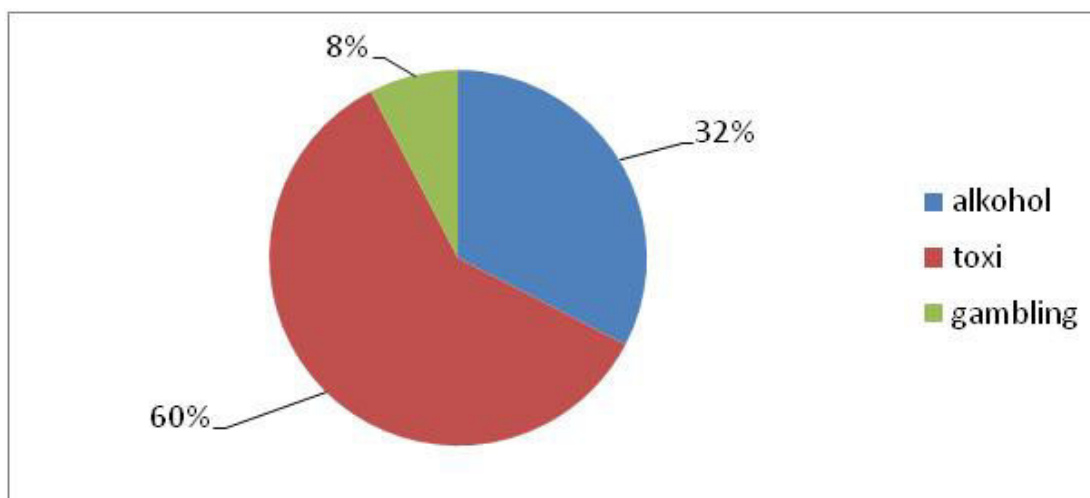
2009**2008**

Zdroj: Internetové stránky PL Červený Dvůr (http://cervenydvur.cz/?page_id=3)

Nejčastější léčené primární diagnózy PL Červený Dvůr jsou:

- Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2
- Syndrom závislosti na heroinu (případně kodeinu či Subutexu) F 11.2
- Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2
- Syndrom patologického hráčství F 63.0
- Syndrom polymorfní závislosti F 19.2

Skladbu léčených pacientů v roce 2009 a 2008 ukazují následující grafy:

2009**2008**

Zdroj: Internetové stránky PL Červený Dvůr (http://cervenydvur.cz/?page_id=3)