

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Sociální práce s mladistvými osobami závislými na
psychoaktivních látkách**

Social work with adolescents addicted to psychoactive substances

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Vypracovala:

Bc. Kristýna Malíková, DiS.

Praha 2016

Poděkování

Děkuji paní prof. PhDr. Beátě Kraulcové, CSc. za odborné vedení a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Ráda bych také poděkovala všem zaměstnancům zařízení, které jsem navštívila, za jejich ochotu a pomoc ohledně informací týkajících se mé diplomové práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině ve Švýcarsku za pomoc při zprostředkování kontaktu se zařízeními v cizině.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci Sociální práce s mladistvými osobami závislými na psychoaktivních látkách vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. 5. 2016

Bc. Kristýna Malíková, DiS.

Anotace

Diplomová práce se ve své teoretické části zabývá pojmem droga a popisuje dělení jednotlivých skupin drog. Dále vymezuje pojem adolescence a definuje toto období. Poté se věnuje vzniku závislosti a jejímu dělení. V dalších kapitolách se zabývá popisem třemi mládeží nejčastěji užívanými psychoaktivními látkami. Jedná se o alkohol, tabák a marihuanu. Práce vymezuje každou z těchto drog a věnuje se také popisu intoxikace a rizik těchto látek. Autorka upozorňuje na drogovou problematiku a současnou drogovou situaci České republiky a Švýcarska. Teoretická část se dále zabývá informacemi ohledně požadované prevence, potřebné léčby, odborné pomoci. Také uvádí doporučení a možnosti sociální práce s adolescenty. V praktické části autorka popisuje zařízení pro drogově závislé v České republice a také ve Švýcarsku. Tato zařízení autorka osobně navštívila a popisuje tak jejich jednotlivé charakteristiky, cílové skupiny a postupy péče. Praktickou část zakončuje přímé dotazníkové šetření, které zkoumá postoj adolescentů k drogám, jejich povědomí o možnostech prevence, trávení volného času a jejich první zkušenost s drogou. V závěru práce jsou uvedeny výsledky komparativního šetření jednotlivých zařízení.

Klíčová slova

Abstinenční příznaky, abúzus, adolescent, alkohol, Česká republika, droga, intoxikace, léčba, marihuana, mladistvý, návyková látka, nikotin, odvykací syndrom, prevence, psychoaktivní látky, rodina, Švýcarsko, tabák, závislost.

Annotation

In theoretical part, the thesis deals with the concept of a drug and division of individual groups of drugs. Adolescence and analysis of this period is further presented, alongside with definition of addiction and its division. In subsequent chapters the three most commonly used psychoactive substances are described. These are alcohol, tobacco and marijuana. The thesis defines each of these substances and focuses on information about intoxication and risks associated with these substances. The author then draws attention to the drug problem and current drug situation in the Czech Republic and Switzerland. The theoretical part also deals with information about the desired prevention, treatment needed and professional assistance. The thesis then analyses recommendations and options for social work with adolescents. In the practical part, the author describes selected organizations for drug addicts in the Czech Republic and Switzerland. The author personally visited these organizations to gather information regarding their individual characteristics, target groups and management practices. The practical part ends with direct questionnaire survey, which examines the attitudes of adolescents to drugs, their awareness about prevention, analyses their leisure time and their first experience with drugs. In conclusion, the results of comparative survey of individual organizations are presented.

Key words

Abuse, addictive, adolescent, alcohol, Czech Republic, dependence, drug, family, intoxication, marijuana, medication, nicotine, prevention, psychoactive substances, Switzerland, tobacco, withdrawal symptoms, withdrawal syndrome, youth.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	9
ÚVOD	10
1 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY	12
1.1 Historie, přítomnost a budoucnost drog.....	12
1.2 Definování drogy.....	14
1.3 Rozdělení drog	15
1.4 Definice adolescence z hlediska rizika vzniku závislosti	17
1.5 Vznik návyku, závislosti, rozvoj problémů	18
1.5.1 Dělení závislosti	20
1.5.2 Druhy abúzu drog.....	21
1.6 Potencionálně ohrožení.....	22
2 ALKOHOL.....	25
2.1 Alkohol u mladistvých.....	26
2.1.1 Projevy intoxikace a její rizika	27
2.1.2 Alkohol jako jed	28
2.1.3 Léčba a doporučení.....	29
2.2 Závislá rodina	30
3 TABÁK.....	32
3.1 Nikotin	32
3.2 Tabák u mladistvých.....	33
3.2.1 Projevy intoxikace a její rizika	35
3.2.2 Tabák jako nemoc (jed)	36
3.2.3 Léčba a doporučení.....	37
3.3 Pasivní kouření.....	39
4 MARIHUANA.....	40
4.1 THC	40
4.2 Marihuana u mladistvých.....	41
4.2.1 Projevy intoxikace a její rizika	42
4.2.2 Marihuana jako jed	44
4.2.3 Léčba a doporučení.....	44
5 DROGOVÁ PROBLEMATIKA V ČR A ŠVÝCARSKU	45
5.1 Akční plán	45
5.2 Současná drogová situace	47
5.3 Prevence a její typy.....	50
5.3.1 Principy prevence	51
5.4 Léčba.....	53
5.4.1 Formy léčby.....	54
5.4.2 Internetová léčba.....	56

6 KOMPATIVNÍ MEZINÁRODNÍ STUDIE PŘÍSTUPŮ, METOD, FOREM A PROGRAMŮ PRO ADOLESCENTNÍ OSOBY ZÁVISLÉ NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH.....	57
6.1 Ambulance Apolinář.....	59
6.2 Dětské a dorostové detoxikační centrum	63
6.3 Centrum pro závislé na tabáku	67
6.4 Fondation Officelle de la Jeunesse	71
6.5 Maison de l'Ancre	73
6.6 Carrefour addictionS - CIPRET	76
7 PRŮZKUM – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	79
7.1 Závěry průzkumu.....	86
7.2 Diskuse a shrnutí průzkumu	92
ZÁVĚR.....	95
ABSTRAKT	97
SEZNAM POUŽITÝCH ZROJŮ	98
SEZNAM PŘÍLOH	105

Tomáš Garrigue Masaryk: „Budoucnost patří střizlivým, totiž těm, kdož se rozhodli pro vyšší, mravnější světový názor a způsob života.“

(AZcitaty, online, cit. 2016-04-05)

SEZNAM ZKRATEK

- ARO** – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
- AT ordinace** – Ordinace pro alkoholismus a toxikománii
- CIPRET** - Centre d'information pour la prévention du tabagisme
- CNS** – Centrální nervová soustava
- CO** – Oxid uhelnatý
- CV** – Curriculum Vitae
- ČR** – Česká republika
- DaDDC** – Dětské a dorostové detoxikační centrum
- E-cigareta** – Elektronická cigareta
- EPI** – Etablissements publics pour l'intégration
- ESPAD** – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
- FAS** – Fetální alkoholový syndrom
- FEGPA** – Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme
- FN Motol** – Fakultní nemocnice Motol
- FOJ** – Fondation officielle de la jeunesse
- FTCD** – Fagerström Test of Cigarette Dependence
- HBSC** – The Health Behavior in School-aged Children
- HIV** – Human Immunodeficiency Virus
- IT** – Informační technologie
- LSD** – Dietylamid kyseliny lysergové
- MKN-10** – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
- MŠMT** – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- NBSKB** – Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze
- NTN** – Náhradní terapie nikotinem
- OSPOD** – Orgán sociálně-právní ochrany dětí
- RNVP** – Rien ne va plus, c'est...
- SIDS** – Sudden infant death syndrome / Syndrom náhlého úmrtí kojenců
- SVP** – Středisko výchovné péče
- THC** - Tetrahydrocannabinol
- TK** – Terapeutická komunita
- TV** - Televize
- VFN** – Všeobecná fakultní nemocnice
- VZP** – Všeobecná zdravotní pojišťovna
- WHO** – World Health Organization / Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Důvodem výběru tématu diplomové práce s názvem Sociální práce s adolescenty závislími na psychoaktivních látkách je jeho aktuálnost. Dalším důvodem je, že čeští mladiství a adolescenti ovládají světové a evropské příčky v konzumaci cigaret a alkoholu, tedy legálních drog. Motivem této diplomové práce je společensko-etické hledisko tohoto problému.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat problém adolescentů s alkoholem, tabákem a marihuanou, jelikož je to aktuální problém, u kterého se stále podceňují rizika, a je společensky schvalované. Alkohol je pro adolescenty lákavý, jelikož boří přehradu, prolamuje ledy, rozpouští potíže a podporuje společenský styk. Život s alkoholem je podle nich skvělý, adolescent se může radovat, ulehčit si od starostí, obav a nudy. Pití alkoholu je spojeno se zábavou, družností a důvěrou. Rizika a následky jsou mnohdy opomíjena a přehlížena. Toto chování je společností tolerováno a mnohdy i podporováno ze strany rodičů a přátel. V ČR se již nebere alkohol a cigarety jako droga, je to volně přístupná položka, z důvodů snadné dostupnosti, měkkých zákonů, přestupků, které jsou nedostatečně postihovány. Viníkem může být také liberální výchova rodičů.

Diplomová práce je soustředěna do dvou hlavních částí, a to části teoretické a praktické. V teoretické části se autorka nejprve zabývá definicemi pojmu droga, závislost, adolescence, vymezuje zde drogovou závislost a nastiňuje obrázek typů konzumentů, příčiny a vývoj závislosti na základě osobnostních rysů.

V této práci jsou popsány jednotlivé psychoaktivní látky. V diplomové práci jsou uvedeny konkrétně tři hlavní psychoaktivní látky, dvě z nich jsou legální a brané společností jako standardní, tím více jsou pro mládež a adolescenty nebezpečné, jde o tabák a alkohol. Třetí drogou je dnes velice diskutovaná marihuana, která je nelegální, ovšem mládeží velice často zneužívaná a vyhledávaná.

V další kapitole je popsána drogová problematika v ČR a Švýcarsku, a to z pohledu právní legislativy, dále pak srovnání ve spotřebě alkoholu, zaměření je zde na škodlivou a nevhodnou reklamu a postoj veřejnosti k tomuto problému.

V dalších kapitolách je popisována sociální práce s klienty – vhodná prevence, diagnostika, léčba či pozdější rehabilitace. Cílem autorky práce je utvořit povědomí o aktuální situaci v ČR a ve Švýcarsku. Vymezit statistická data, upozornit na možnosti časně prevence a možnosti pozdější léčby.

Předložená diplomová práce si klade za cíl v praktické části zmapovat situaci v ČR a Švýcarsku. Dále chce objasnit, jak jsou drogy pro adolescenty dostupné, jaké jsou předpoklady k užívání těchto drog. Autorka chce zjistit metody a formy přístupů v ČR a Švýcarsku. Autorka bude realizovat popis a srovnání jak českých, tak švýcarských zařízení. Dalším prvkem praktické části je průzkum, který využívá dotazníkové šetření.

Autorka chce zodpovědět otázky, kdy mladiství a adolescenti mají první zkušenost s drogou, jaké důvody je k tomu vedou, zda znají zařízení pro vhodnou prevenci atd., díky metodě dotazníkového šetření. Tento dotazník bude následně zpracován a vyhodnocen. Dále bude provedeno pozorování a rozhovory s odborníky daných zařízení o tom, jak zařízení fungují.

Diplomová práce nemá za cíl tak složitý problém vyřešit, ovšem chce poukázat a nabídnout další pohledy a přístupy na téma závislostí adolescentů a nechce být lhostejná k tomuto tak závažnému sociálnímu problému – závislost adolescentních osob.

Práce může být přínosem pro rodiče těch dětí, které experimentují či užívají psychoaktivní látky, či adolescenty samotné. A snad i povzbuzením pro celou společnost postavit se k problému čelem a ne před ním zavírat oči. Snížit negativní dopady zneužívání psychoaktivních látek je cíl velmi vysoký, ovšem autorka bude ráda, pokud se tomu tak stane a nejen díky její práci.

1 PSYCHOAKTIVNÍ LÁTKY

„Psychoaktivními látkami jsou všechny látky, které mají vliv na psychickou činnost ve smyslu vyvolání závislosti. Ta může být psychická, projevující se přáním, nutkáním mít drogu buď k navození příjemného psychického stavu, nebo k zabránění vzniku nepříjemných pocitů při absenci (úzkost, pokles nálady, podrážděnost až agresivita, jindy apatie, tupost, ochablost), nebo fyzická, která se projevuje rozvojem nepříjemných tělesných příznaků, zpravidla vegetativních (bolesti, křeče, epileptiformní záchvaty), po vysazení látky. Psychická závislost přetrvává zpravidla o mnoho déle než závislost fyzická.“ (Babiaková, Akrmannová, 2006, s. 212)

1.1 Historie, přítomnost a budoucnost drog

Nožina (1997, s. 7) říká, drogový problém k nám nepřišel z neznáma, drogy provázejí člověka od nepaměti. Má své hluboké kořeny jak historické, tak sociální tak i geopolitické. Je to problém, s jakým se především v posledních letech a v současnosti potýkáme. Při bližším zkoumání často nacházíme velkou řadu souvislostí, které propojují současný problém s minulostí. Většinou po důkladnějším zkoumání zjišťujeme, že mnoho problémů, které dnes musíme řešit, už tady oněhdy bylo – historie se opakuje. Opakuje se stará historie, která je převlečena do novodobých problémů dnešního světa. Ovšem jsou tu i zvláštnosti a lokální individuality, kterými se vyznačujeme, ale potýkáme se i s jevy, které se již někdy odehrály nebo odehrávají v jiných zemích, na jiných kontinentech na jiných částech planety. Jsou to jevy, které jsou provázané po celém světě a spojují se s naší českou mikrokulturou. Právě snaha o pochopení úlohy drog v naší společnosti a definování českého drogového problému ve vztahu k okolnímu světu jsou důvodem této práce.

Informace a doložené výzkumy podle Riesela (1999, s. 42) dokazují, že stále mladší a mladší jedinci zneužívají drogy na základní škole, toto tvrzení je odstrašující a hrozivé. V dnešní době narůstá epidemické pití alkoholu přerůstající v alkoholismus mladistvých a adolescentů. Dále narůstá počet osob užívající návykové látky z důvodu velkého zneužívání domácích drog a také drog dovážených, jelikož pro drogové mafie jsme již dnes cílovou zemí.

Fišerová (online, cit. 2015-06-15, s. 288 – 298) sděluje, že zmíněný alkohol má své kořeny a využití od nepaměti a patří mezi nejstarší a nejvíce užívané drogy u nás. Již mezi prvními doklady o pěstování obilovin byly nalezeny stopy po výrobě kvašených nápojů. Alkohol je v České republice i Švýcarsku legální, avšak jeho zneužívání má velice závažné důsledky.

Pokud nemá společnost příznivou zkušenost s určitým typem drog, dochází k ústupu a potlačení, ovšem další generace tytéž drogy objevuje znovu od začátku, stále se opakující drogové epidemie probíhají v tzv. cyklech. Jako příklad můžeme uvést zneužívání marihuany a hašiše. Příznačné je to, pokud nezletilý intoxikuje marihuanu, která není tolik nápadná a rozeznatelná jako např. při požití alkoholu nebo opilství. Z tohoto důvodu není marihuana tolik kritizovaná, z čehož plyne názor mladistvých, že marihuana není škodlivá a tolik zničující jako účinky alkoholu. Tento

omyl pramení z neznalosti, nezkušenosti a nedostatečné informovanosti. Popřípadě právě od dezinformované společnosti. (Riesel, 1999, s. 42)

Později se autorka v této práci zabývá účinky a dopady konopí. Právě konopí je jednou z nejstarších kulturních rostlin lidstva. Pochází pravděpodobně z centrální Asie, dále se rozšířila do Afriky a Číny. Byla popisována jako droga proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím. Popsáno je také její užití v duchovní sféře. (Fišerová, online, cit. 2015-06-15, s. 288 – 298)

„Jedním z hlavních úskalí, které dnes značně ztěžuje účinné řešení drogového problému, je jeho mnohovrstevnatost. Je znakem naší doby, poznamenané prudkým vědeckotechnickým rozvojem, ekologickými problémy, populační explozí, hektickým stylem života, rozpadem rodinných a sociálních vazeb atd., že se drogy staly průvodním katalyzátorem celé řady negativních ekonomických, politických, sociálních a zdravotních jevů, které hluboce poznamenávají životy lidí.“ (Nožina, 1997, s. 7)

Mezi návykové látky patří, již zmíněný alkohol a marihuana, ale také nikotin. Závislých na alkoholu a nikotinu je nespočetně více než závislých na nelegálních drogách. Řešení problémů spojené s kouřením a alkoholem je mnohonásobně finančně nákladnější než u nelegálních drog. Společnosti je někdy podceňováno a zapomínáno, že závislost se nerozvíjí pouze u tvrdých drog, jako je heroin nebo kokain, ale i na látkách společensky rozšířených a relativně tolerovaných jako je nikotin a alkohol, a to s vícenásobným rizikem především u mladistvých. (Sananim, 2007, s. 17)

Dle tvrzení Riesela (1999, s. 32) jsme v této době výrazně ovlivněni počítačovou a audiovizuální technikou, svět je rychlejší, orientace je směřována na výkon a úspěch. Lidé musí být výkonnější a konkurenceschopnější. Lidé musí brát ohled na své zdraví a naučit se s ním zacházet, aby mohli déle pracovat (oddalování starobního důchodu), musí se naučit správné životosprávě. Jedním z hlavních prostředků jak úspěšně existovat v této době je zdraví, aktivita a vytrvalost, získávání informací a selektivní vyhodnocování informací. Globální, politické a ekonomické strategie nejsou zohledňovány pomocí humanitních myšlenek či novými filozofickými systémy. Tato doba je pragmatická a neopírá se o ideologie a výchovné modely, které jsou značně neurčité. Současný konzumní život usiluje o uspokojení spotřebních potřeb, avšak celkové pojetí života včetně vlastního zdraví je zanedbáváno.

Dále Riesel (1999, s. 13) doplňuje: *„Naše současná civilizace sice oplývá auty, televizory, zbraněmi, počítači a reklamou, ale postrádá mnohdy vztah k hodnotám duchovním např. k pokoře, naději, víře, k mravním zásadám a k tolik potřebné lásce k bližnímu, k vcítění se do potřeb jiných lidí, soucítění s nimi a k úctě k přírodě. Není-li život ve spotřební společnosti nebo u lidí, u kterých je spotřeba upřednostňována, vyvážená uspokojením duchovních potřeb, byť neuvědomovaných, mohou drogy působit jako náhražky.“*

Tato náhražka je neetická a nefunkční, jelikož drogami nikdy nenaplníme nevědomou potřebu jednoty s lidmi a přírodou, potřebu lidské odezvy a lásky. Ano, podnapilost či opilost uvolňuje

zábrany a emoce, ne však dlouhodobě. Psychický stav pod vlivem drogy je navozen uměle, nemůže dlouhodobě navodit žádoucí osvobození od strachu, nejistoty a úzkosti. (Riesel, 1999, s. 13)

Skálová a kol. (online, cit. 2015-07-01, s. 3) uvádějí, že změnou společenských podmínek, kdy se ČR otevírá světu, se drogová závislost u mladistvých stává jedním ze závažných sociálně patologických jevů, který nabývá na intenzitě. Naše území nabízí obchodníkům s drogami dobré podmínky, a to i pro obchodování se zbožím se školními dětmi, tímto se tak snižuje věk prvního užití drogy u dětí a mladistvých. Nejohroženější je proto právě tato skupina osob. Do České republiky se dostávají nové, invazivní drogy, na které nejsme ještě dobře připraveni.

1.2 Definování drogy

Göhlert a Kühn (2001, s. 18) uvádí, že zda je alkohol a ostatní legální narkotika drogou, to je závislé na konvencích a nastavení ve společnosti. Pojem droga pochází z francouzského slova „drogue“ ze 14. století, které označuje sušené živočišné nebo rostlinné suroviny. Zde však došlo ke změně významu. Dnes jsou tímto výrazem označovány psychoaktivní látky přirozené, polysyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti.

Riesel (1999, s. 15) konstatuje, že droga je ženského rodu. S jistou nadsázkou od ní očekáváme totéž co od matky, tedy lásku, péči, hýčkáni, odpuštění viny, únik z obtížné situace do odpuštějící náruče. Máme od ní nemalá očekávání, že nám dá něco zadarmo, zvýší nám sebevědomí, zbaví nás povinnosti být v životě zodpovědný. Vlastně nám droga umožňuje setrvat v dětské roli, v nezodpovědnosti a bezstarostnosti, v neschopnosti stát se dospělým. Přirovnání k droze jako matce můžeme chápat jako roli špatné matky, jelikož člověk neumí převzít zodpovědnost a neumí řešit problémy vlastního života ke svému prospěchu či prospěchu ostatních.

„V roce 1969 komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) označila za drogu jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznáno postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní nebo umělé.“ (Nožina, 1997, s. 9)

Nožina (1997, s. 15) dále doplňuje, že bohužel nejsme v pohádce, aby se člověk po požití drogy zbavil všech příkoří a těžkostí života a dodala mu to, co mu chybí. Člověk se na určitý čas může dostat do světa iluzí, zapomnění a dobré nálady, ovšem nelze očekávat návrat beze změn někdy i trvalých poškození ve světě reálném.

Podle definice Presla (1994, s. 9) lze drogu nejstručněji chápat jako: *„Každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky: - má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku; - může vyvolat závislost, má tedy něco co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy.“*

Nožina (1997, s. 9) upozorňuje, že látky, které mají dopad na naši psychiku a jsou schopny vyvolat závislost, jsou v dnešním světě všude kolem nás. Pokud se zaměříme pečlivěji, zjistíme, že drogy jsou každodenním lákadlem dnešní mládeže. Jde o drogy naší společnosti tolerované tedy tzv. legální drogy, které můžeme vidět a koupit v běžném obchodě. Tolerované jsou z důvodu kulturního a společenského prostředí, historického vývoje naší země, z našeho životního stylu a tradice. Mluvíme především o alkoholu a tabáku. Od pití piva, vína až po požívání destilátu, dále pak kouření cigaret, doutníků a nově i E-cigaret. Legální drogou jsou však i káva, čaj či nejrůznější léky, které ovlivňují psychiku.

Jak doplňuje Riesel (1999, s. 15), drogový svět bohužel není pohádkový. Člověk si nechce připustit, že každá droga poškozuje mozek a další orgány. Každý sebelepší stav opojení je vlastně krátký a návrat do reality a normálního života člověka bolí a obtěžuje ho, např. kocovinové stavy. Drogou se oslabuje vitalita, vůle, aktivita i schopnost zvládat život s optimismem. Drogy slibují hodně, každá něco jiného, každá má svoji pověst a reklamu u společnosti. Jedna má dávat dobrou náladu a má snáze navazovat kontakty s lidmi. Další má údajně schopnost zapomnění, jiná má přinést barevné iluze a sny atd.

Jak dále z tvrzení Riesela (1999, s. 17) vyplývá, na drogu nelze přenášet své potřeby, sny a přání. Droga není náš spojenec, kamarád pro případ nouze, je to chemicky působící látka, která nebere ohledy na potřeby a přání uživatele, ale chová se podle svých přírodních zákonů, podle své anonymity a bere si za to svou daň, a to vždy a ne v malém množství. Reakce mezi drogou a organismem způsobují, že psychický stav po intoxikaci drogou podléhá vysokým výkyvům a změnám a může být zcela nepředvídatelný a nevypočitatelný.

Nožina (1997, s. 10) zmiňuje, že v českém společenství došlo k chápání termínu droga k razantnímu posunu. Legální psychotropní látky, se pod termínem droga neschovávají, jedná se výlučně o látky, které splňují výše jmenované základní definice. Jedná se o látky, které jsou naší společností netolerované a nepřípustné. Jde o nelegální drogy, kdy je zakázána na našem území jejich distribuce a výroba. V českém jazyce se termín droga užívá i pro označení nějaké určité závislosti. Dnes spolu s vývojem civilizace se používá například termín droga pro fenomény neméně nebezpečné než psychotropní látky jako sledování televize, gambling, závislost na nakupování.

1.3 Rozdělení drog

Drogy můžeme rozdělit z několika hledisek a to:

- Podle postoje společnosti k droze
- Podle rizika závislosti
- Podle působení na psychiku

Podle postoje společnosti můžeme drogy rozdělit na legální a nelegální. Legální drogy jsou společností tolerovány a můžeme se s nimi běžně setkávat. Na legálních drogách může vzniknout

závislost stejná jako na nelegálních drogách. Řadíme sem alkohol, nikotin, kofein, léky apod. Mimo zákon stojí nelegální drogy, které jsou společností netolerované a jejich prodejem, předáním či přechováváním se dostáváme do střetu se zákonem. Jejich zástupci jsou konopné látky – marihuana, hašiš, dále pak pervitin, kokain atd. (Rozdělení drog, online, cit. 2015-07-03)

Nožina (1997, s. 10) uvádí, že od roku 1971 jsou drogy v odborné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky. Do tohoto roku byl užíván termín omamné látky. Různé drogy jsou spojeny s různou mírou efektu a rizik. **Podle míry rizika vzniku závislosti** se drogy dělí na tzv. „měkké“ a „tvrdé“ resp. „lehké“ a „těžké“. Toto dělení je ve společnosti běžné a užívané, ovšem je značně nepřesné.

Göhlert a Kühn (2001, s. 19) dále doplňují, že pokud se zaměříme na pojmy „měkké“ a „tvrdé“ drogy dojdeme k tomu, že toto rozlišování je poněkud zavádějící, jelikož každá droga může být tvrdá. Pokud jsme na droze závislí a další užívání nás psychicky, tělesně, sociální či duševně ničí. Takováto droga nám zkracuje délku našeho života. Hlavní příčinou rakoviny plic je bezpochyby nikotin, alkohol ničí naše játra a hašiš způsobuje poruchy mozku. Zkušenosti z práce s toxikomany ukazují, že každý člověk se závislostí si někde někdy najde tu svou drogu. A toto nalezení nesouvisí s tím, jaké má droga politické postavení ve společnosti či zda je neškodná resp. nebezpečná, ale závisí na jejím speciálním účinku.

Káva, tabákové výrobky a produkty konopí (marihuana, hašiš) jsou příkladem lehkých drog. Řadíme sem také v ČR drogu číslo jedna, a to alkohol. V tomto případě je hranice velice sporná. Patří na rozhraní „lehkosti“ a „tvrdosti“ z důvodů negativních účinků na tělesné a duševní zdraví jedince. Někteří lékaři doporučují pít alkohol v malých přiměřených dávkách jako prevenci před kardiovaskulárním onemocněním. Pokud je alkohol užíván pravidelně a ve velké míře, dochází k nadužívání (abúzus), organismus je velice zatížen a je rizikový, i když nemusí dojít ke vzniku závislosti. (Nožina, 1997, s. 10)

U drog s mírným rizikem je riziko pro společnost a uživatele relativně nízké, proto jsou tyto drogy společností akceptovány. Oproti tomu drogy s vysokým rizikem jsou neakceptovatelné společností a mají vysokou míru vzniku závislosti a riziko komplikací v poměru s tím, co uživatel od drogy „získá“. (Rozdělení drog, online, cit. 2015-07-03)

Rozdělení podle působení drogy na psychiku zdravého člověka:

Tlumivé látky – Typickými znaky jsou uvolnění, pasivita, ospalost nebo zpomalené reakce, někdy i spánek. Rychlý spád má poté těžká fyzická závislost. Pokud uživatel nedostane drogu, rozvíjí se abstinenční syndrom. Příklad: *heroin, morfin, alkohol, léky - anxiolytika, hypnotika*.

Povzbuzující látky – Jsou to stimulační látky povzbuzující CNS. Není zde potřeba spánku, jedinec nemá potřebu jíst, je zvýšená fyzická aktivita a výkon, dostavuje se až euforický stav neobyčejné fyzické i duševní síly. Vzniká zde výrazná psychická závislost. Příklad: *kokain, pervitin, kofein, nikotin*.

Halucinogenní látky – Tyto látky výrazně mění kvalitu vědomí, psychiku, intenzitu a hloubku prožívání. Jsou zde přítomny sluchové a zrakové halucinace, zvyšuje se intenzita vnímání prostoru a barev. Velkým nebezpečím je nepředvídatelnost jejich působení. Příklad: *LSD, lysohlávkky, konopné drogy*. (Rozdělení drog, online, cit. 2015-07-03)

Existují jiná další a podrobnější dělení drog, ale pro tuto práci je hlavní rozdělí na drogy legální a na drogy nelegální. Práce se také zabývá právě problémem uznáváním alkoholu a tabáku jako legálních a měkkých drog.

1.4 Definice adolescence z hlediska rizika vzniku závislosti

Vývoj jedince je velice složitý komplex změn v období dospívání, které vedou od nezralého závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Můžeme sem řadit složku biologickou, psychickou a sociální. Dále je můžeme dělit do dvou základních období: 1) pubertu, což je dosažení pohlavní zralosti a možnosti plodit, 2) adolescenci, která se vyznačuje, psychickým a sociálním dospíváním s cílem dosáhnout statutu dospělého. (Broža, 2003, s. 232)

Broža (2003, s. 232) definuje, že z věkového hlediska je velice obtížné ohraničit tyto etapy. U každého jedince existují značné rozdíly ve výchově a vývoji, tím pádem je dospívání velice individuální záležitostí. Rozdíl můžeme také vidět ve vývoji chlapců a dívek. Období puberty trvá od 11. – 12. let do přibližně 14. – 16. let věku života jedince. Pro dívky platí spíše nižší hodnoty. Po období dospívání nastupuje období adolescence, které vrcholí dospělostí kolem 20. – 22. roku, tato hranice se i za daných předpokladů bude nadále oddalovat.

Dle Říčana (2014, s. 191) mezi patnácti a dvaceti vrcholí mládí. V této době je dle autora člověk tělesně i duševně nejsvěžejší, nejkrásnější, nejdychtivější a nejbystřejší. Dospívání je období plné rozporů a těžkostí na druhé straně člověk bere život do svých rukou svobodně zodpovědně. Adolescent má překonat mnohé překážky, jako najít své místo ve světě, vyznat se v sám sobě a ověřit si kde jsou jeho možnosti, co dokáže a co vydrží. Jsou zde také důležitá rozhodnutí jako vstup na vysokou školu či dokončit přípravu ke společenskému uplatnění v práci. Ve vztahu k druhému pohlaví má objevit a prožít více než prvotní okouzlení, jedná se přinejmenším o vážné hledání, potřebu k někomu patřit. Toto jsou nelehké úkoly a z toho plyne, že adolescent bývá zahlcen zmatkem a nejasnostmi. Jejich hledání bývá trnité a bolestivé a bývá spojeno s kotrmelci, vylomeninami a vážnými osobními krizemi.

Pro dospívající děti je příznačné, že chtějí vyzkoušet vše nové a pro ně přitažlivé, chtějí zkoušet sami riskovat a objevovat, je to způsob, jak zjistit, kdo jsou, jací jsou, co je pro ně bezpečné a co ne. Z těchto důvodů experimentují i se svým vzhledem, chováním či mluvou a vším novým, bohužel tento svět nabízí i snadný přístup k drogám. (Broža, 2003, s. 233)

„Právě experimentování a riskování je důležitou součástí dospívání. Mnoho dospívajících zkouší nové věci a chování, aby zjistili – nebo ostatním dokázali – kdo vlastně jsou, co nechtějí a chtějí. A probíhá to obvykle v tomto pořadí – nejdřív si ujasňují, co nechtějí a odmítají – teprve pak

začnou přicházet na to, co chtějí. Anebo ještě jinak – zkusí si různé věci, aby si mohli uvědomit, kým nebudou a kým budou.“ (Hajný, 2001, s. 11)

Jak je již popsáno výše, období adolescence je spojeno s mnoha zmatky a nespokojenostmi. Ty jsou pro dané období přirozené a motivují jedince k dalšímu vývoji. Existují i možnosti, kterými se tyto těžkosti dají odstraňovat, oddalovat či zahánět, jedna z možností jsou právě návykové látky, které navozují jiné stavy vědomí. Užíváním návykových látek se adolescent přestává zbavovat důvodu vývoje od závislosti ke svobodě, tedy procesu změny dítěte v dospělého. Na dospívajícího přestávají doléhat nespokojenosti, a ztrácí pojem o skutečné podobě světa, ztrácí motivaci se s nimi vypořádat. (Broža, 2003, s. 233)

„Cílová skupina dětí a mladistvých není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Statistické údaje naopak ukazují, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15 - 19 let“. (Broža, 2003, s. 232)

Hajný (2001, s. 11) tvrdí, že z výzkumných studií vyplývá, že bývá častý přechod od užívání legálních drog (tabák, alkohol) k nelegálním drogám (marihuana) s tím, že marihuana má naprosté prvenství. Tímto se potvrzuje pořadí jednotlivých drog, do jaké míry jsou u nás kulturně a sociálně tolerovány. Výzkumné studie ukazují, že nezletilí začínají s experimentováním v brzkém věku, a to již okolo dvanáctého a třináctého roku.

„Experimentování s návykovými látkami je v tomto smyslu do jisté míry jen dalším novým způsobem a dítě jej může po určité době přirozeně opustit. Je dobré vědět, že takových případů je mnoho – tomu věřit můžeme a je v tom také naděje. Neznamená to však, že bychom měli přestat sledovat míru, kterou takové experimentování a jeho důsledky mají.“ (Hajný, 2003, s. 11)

1.5 Vznik návyku, závislosti, rozvoj problémů

Fišerová (online, cit. 2015-06-15, s. 288 – 298) tvrdí, že toxikomanie neboli závislost na návykových látkách je nejužívanější označení pro stav uváděný jako drogová závislost či abúzus. Za drogy jsou zde považovány návykové látky, které jsou člověku schopny navodit stav náruživosti, kdy dochází k velmi těžce zvladatelné potřebě opakovaného nutkavého užívání těchto látek – viz definice.

Hajný (2001, s. 14) tuto teorii rozvíjí a vidí drogovou závislost jako onemocnění, které je charakteristické nutkavou touhou po účincích drog, který nemocný užívá i za předpokladu, že se tím dostává do složitých problémů. Začátky závislosti začínají obvykle experimentováním, které postupem času přechází v pravidelné užívání drogy. Mnozí uživatelé trpí chronickou formou závislosti, kdy po obdobích abstinence opětovaně upadají do návyku. Zpočátku může dotyčný užívání kontrolovat, to ovšem obvykle nedělá proto, aby přestal, obzvláště jestli existují důvody pro další užívání.

„Látky, které mění vědomí, jsou od nepaměti pro nás přitažlivé a lidi láká je vyzkoušet. Některé látky jsou ve společnosti legální, jejich užívání je relativně obvyklé, a pokud nepřekročí určitou mez, je společensky přijatelné, např. alkohol, nikotin nebo kofein. To ovšem neznamená, že nemají svá rizika. Statistiky, jež mluví o nemocech z kouření nebo o dopravních nehodách pod vlivem

alkoholu, a počty lidí, kteří jsou na těchto drogách závislí, mluví za své. Některé látky legální nejsou, obecně nejsou společensky přijatelné a jsou považovány za výrazně rizikové. Nutno dodat, že míra rizikových drog, u nichž je možnost rozvoje závislosti nízká, až po drogy vysoce rizikové a návykové.“ (Sananim, 2007, s. 15)

Sdružení Sananim (2007, s. 15) dále uvádí, že v České republice je tolerance k alkoholu poměrně značná. Vyvrací se zde teorie, že marihuana je tzv. iniciační či vstupní drogou, která vede ke zkušenostem s tvrdšími a nebezpečnějšími drogami. S alkoholem získává člověk první zkušenost související s psychotropními substancemi. V nízkém věku se zde nezletilí a mladiství seznamují i s cigaretami. Podle posledních průzkumů je zřejmé, že čím více nezletilý užívá alkohol a cigarety, tím zvyšuje pravděpodobnost, že vyzkouší i nelegální drogy.

Adolescenti začínají experimentovat s různými druhy drog, někdy dotyčnému jedna zkušenost s drogou stačí a rozhodne se dál drogu nepokoušet. Chce jen zkusit, jak droga účinkuje, jaké po ní bude mít stavy. Někteří jedinci užívají drogu občas, sporadicky, například marihuanu, v souvislosti se sociálním statutem a změnou životního stylu však dospívající tento stav omrzí. Jsou ale i tací, kterým takovéto občasné užívání vydrží i několik let, a to bez vážnějších dopadů. Může se stát, a to především u drog s vysokým rizikem vzniku závislosti, že dotyčný nezůstane jen u několika zkušeností. Člověka provází neodolatelné chutě drogu si opětovně dát, je drogou fascinován. Může nastat i situace, kdy se jedná o občasného uživatele po delší dobu, uživatel se náhle dostane do obtížné situace, z které nevidí východisko, je ve velkém stresu a uchýlí se k pomoci, ovšem pomoci nesprávné – k droze. Začne ji užívat častěji, a to je již předstupeň závislosti. Místo o víkendech začne užívat drogy i přes týden. Adolescent přestane chodit do školy, okruh přátel se zúží pouze na osoby, které drogy berou a distribuují, shánění a konzumaci věnuje svůj veškerý čas, témata rozhovorů se točí kolem tématu drog – kde drogu koupit, za kolik, jak kdo má jaký stav, a jak si drogu užili. (Sananim, 2007, s. 17)

„Skutečnost, že se někdo stane na návykové látce závislý, se nedá spolehlivě určit předem a závisí na mnoha faktorech. O nějaké jednoduché příčině, proč někdo pije nebo bere drogy, se tedy nedá mluvit, příčiny souvisí s psychickými dispozicemi, fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, s jeho věkem, zkušenostmi, psychikou, s aktuálním zdravotním stavem atd. Někdy dochází k situacím, kdy je riziko, že bychom se mohli dostat s drogami do potíží vyšší, a to především tehdy, když se cítíme hodně nejistí ať už vinou rodinného zázemí, sociální situace, stresu a psychických potíží, nebo zdravotních problémů.“ (Sananim, 2007, s. 18)

Jak doplňuje Hajný (2001, s. 14), závislost na drogách je doprovázena i tzv. sociální závislostí, což je závislost na okruhu lidí, ve kterém se droga užívá, distribuuje. Je příznačná tím, že jedince izoluje od okolí, které by mohlo dotyčnému pomoci. Závislost není jen užívání drogy, je to také chování, které je v rozporu s běžným fungováním v rodině, škole nebo také zaměstnání.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí má při závislosti pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve považoval více. Za hlavní charakteristiku tohoto

onemocnění považuje silnou a přemáhající touhu užívat dále psychoaktivní látku. Touhu po droze si člověk nemusí přiznávat, ale plně si ji uvědomuje a snaží se často užívání zastavit či kontrolovat. Bez cizí pomoci však tato snaha bývá neúspěšná. Abychom mohli diagnostikovat závislost, je třeba, aby v posledních 12 měsících byly přítomny alespoň tři příznaky z následujícího seznamu:

- Je zde silná touha a nutkání užívat danou látku,
- potíže v kontrolování užití látky,
- droga je užívána jako látka k odstranění tělesných odvykacích příznaků,
- je zde potřeba vyšších dávek drogy - prokázaná tolerance,
- zanedbávání zájmů, koníčků, školy,
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou, cirhóza jater atd.). (Sananim, 2007, s. 19)

Nožina (1997, s. 9) k tomuto doplňuje, že úplná a naprostá abstinence od jakékoliv psychotropní látky je v naší společnosti spíše výjimkou, a to výjimkou mnohdy nepříznivě či s posměškem posuzovanou. Úplná abstinence znamená trvalé odmítání čaje, kávy, tabákových výrobků či alkoholu v jakékoliv podobě a při jakékoliv příležitosti. Pokud by adolescent odmítl například na party pivo, nesetkal by se s obdivem spolužáků, ale naopak s posměchem, urážkami, nepochopením a povzbuzováním v pití.

1.5.1 Dělení závislosti

Závislost dělíme na tělesnou a psychickou. Fyzická složka je často vnímána jako příčina všech problémů. K tomuto názoru se přiklání většinová společnost, uživatelé i jejich rodinní příslušníci. Psychická složka závislosti bývá bagatelizována a přitom je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje více než jen pevnou vůli. K jejímu zvládnutí a zvládnutí recidiv, je potřeba mnoha měsíců někdy i let, z tohoto důvodu jsou zřizována léčebná zařízení či terapeutické komunity. (Sananim, 2007, s. 19)

Göhlert a Kühn (2001, s. 21) zmiňují, že u psychotropních substancí vzniká nepotlačitelná touha zneužívat tuto substanci z důvodů jejich účinků. Drogy mají tu moc povzbudit, euforizovat, stimulovat, popřípadě ztlumit či mít halucinogenní účinek. Konzument nemá šanci droze odolat, a snaží se ji sehnat všemi možnými prostředky. Z tohoto důvodu dochází ke kriminalitě mládeže za účelem obstarání si peněžních prostředků na drogy.

Psychická závislost

„Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku. Přání zažít znovu a znovu opojení svádí k častějšímu užívání a nakonec vede k psychické závislosti. Při tom si může být toxikoman zcela vědom, že svým chováním hazarduje se životem, zdravím či alespoň svým sociálním postavením. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost – „craving“.“ (Göhlert a Kühn, 2001, s. 21)

Podle Nešpora a Provazníkové (1999, s. 35) právě psychická závislost a změna psychiky představuje největší léčebný problém. Na rozdíl od fyzické závislosti má psychická závislost dlouhodobý charakter.

Tělesná závislost

Pokud toxikomanovi chybí substance, dochází k abstinčním příznakům. Příznačný je fenomén tolerance, kdy si dotyčný musí do těla vpravovat více substance, aby dosáhl stejného účinku. Zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti. Pokud úplně chybí substance, tedy pokud je absolutní či relativní abstinence, dochází k trýznivým a mučivým abstinčním příznakům. Tělo abstinenta je nastaveno na substanci tak, že po určité době nemůže fungovat bez drogy. (Göhlert a Kühn, 2001, s. 22)

Podle Göhlerta a Kühna (2001, s. 11) návyk začíná tam, kde se člověk vzdá svých původních životních perspektiv a droga zaujímá v životě tohoto člověka nejvyšší místo a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne. Konzumenti zneužívají drogy, aby manipulovali své pocity. Společným znakem každého návyku je odměňování sama sebe. Toxikoman potlačuje své nepříjemné pocity a snaží se o vyvolání příjemných pocitů drogou. Nejvíce ohrožená v tomto směru je mládež, jelikož je pod obrovským tlakem společnosti a vrstevníků, že se musí bavit. Drogy mají obrovskou moc dodávat sebevědomí a novým směrem rozšiřovat svět. Nedobrý svět.

Skálová (online, cit. 2015-07-01, s. 9) konstatuje, že závislost je velice negativní společenský jev. K jeho omezování a odstraňování jsou vytvářena zákonná opatření, která mají chránit celou společnost i jednotlivce. Jak jsme již zmínili výše, drogová závislost je nemoc. Je nutné chránit jednotlivce z důvodu postupného rozvratu celé osobnosti, před narušením charakteru člověka, z čehož vzniká kriminální chování, rozvodovost či pracovní neschopnost. Problematika drogové závislosti je věcí interdisciplinárních týmů a sektorů. Prolíná se zde výchova, omezující opatření, léčebně preventivní péče a sociální péče. Uplatňují se zde všechna základní ustanovení pro prevenci a léčbu chorob v naší společnosti. Téma se prolíná všemi oblastmi - oblastí společenskou, zdravotnickou, filosofickou, právní, morální a dalšími.

1.5.2 Druhy abúzu drog

Dle Nožiny (1997, s. 15) můžeme dělit uživatele drog na:

Příležitostně experimentální zneužívání – Jedinec užívá drogu zřídka, příležitostně, jedná se o sporadické užívání, které nepřesáhne míru čtyřikrát až pětkrát za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek.

Rekreační zneužívání – Jedinec užívá drogu mírně často, k droze se dostane tak, že je mu nabídnuta, sám jí nevyhledává. Užívá je na večírcích nebo při jiných společenských a oddechových příležitostech.

Příležitostné zneužívání – Jedinec si již sám nakupuje drogy a vyhledává je, interakce s drogou je častější. Drogy užívá za určité situace, při určité příležitosti (pro povzbuzení, aby se vyrovnal s obtížemi, aby získal odvahu aj.)

Intenzivní zneužívání – Velice časté užívání. Jedinec má stále menší kontrolu nad drogou. Stále žije v iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání. Užívání je ve stále obvyklejších příležitostech, až nakonec dosáhne denního užívání.

Nuceně-závislé zneužívání – Jedinec není schopen být bez drogy. Jedná se o nezbytné a nucené užívání drog. Droga pokrývá všechny jeho potřeby. Je nucen ve stále rostoucí míře riskovat, aby si byl schopen zajistit drogu nebo peníze nutné k jejímu nákupu. Není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

1.6 Potencionálně ohrožení

Podle Illese (2002, s. 7) drogová závislost vzniká z mnoha příčin, nasvědčuje tomu také to, že se do dnes nepodařilo najít pouze jednu příčinu, která by vysvětlovala vznik, trvání či konec drogové závislosti. Nemůžeme vinit pouze drogu, ani jen osoby, které propadají závislosti, ani jen dobu či prostředí nebo jiné okolnosti, které k závislosti pomáhají. Musíme brát všechny tyto příčiny jako velmi složitý jev, který nelze zjednodušovat a bagatelizovat, musíme brát tyto příčiny ve vzájemné souvislosti. Faktory, které vedou ke vzniku, udržování nebo případně ukončení drogové závislosti, můžeme dle Illese (2002, s. 7) rozdělit do následujících skupin:

- Faktory farmakologické (droga)
- Faktory somatické a psychické (osobnost)
- Faktory environmentální (prostředí, rodina)
- Faktory precipitující (podnět)

Toto rozdělení je pouze orientační a pojmenovává základní motivační prvky. U každého jedince se může měnit pořadí podle žebříčku důležitosti a iniciačním faktorem závislosti, avšak jsou vždy přítomny všechny. Musíme proto brát všechny faktory jako celek a s tímto seskupením faktorů pracovat, ať jde o prevenci či už o následující terapii či léčbu.

Společnost Sananim (2007, s. 18) tyto teorie rozšiřuje: „*Skutečnost, že se někdo stane na návykové látce závislý, se nedá spolehlivě určit předem a závisí na mnoha faktorech. O nějaké jednoduché příčině, proč někdo pije nebo bere drogy, se tedy nedá mluvit. Příčiny souvisí s psychickými dispozicemi, fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, s jeho věkem, zkušenostmi, psychikou, s aktuální zdravotním stavem.*“

Naopak Riesel (1999, s. 19) říká, že problém není v droze, ale pouze v člověku. Tuto tezi zdůvodňuje tak, že člověk je neustále lákán jednoduchými zdroji uspokojení. Mezi odborníky panuje názor, že kdokoliv se může stát závislým na droze, jestliže ji zneužívá často. Dříve zde byl názor, že pokud je člověk na droze závislý, měla k tomu osoba již určité předpoklady. Byly to například osoby,

které neumějí zvládat velké životní problémy a tyto problémy řeší pomocí drog. Těmto lidem drogy zpočátku nejvíce pomáhají a ulehčují jim život, bohužel s opakováním a vícenásobným užitím se dotyčný učí žít s drogou, tím u něho začíná návyk posléze i závislost. K dnešnímu dni je známo, že drogy užívají normální a nehandicapovaní adolescenti a mladiství z jiných důvodů než psychogenních. Je také známo, že čím dříve mladí lidé zneužívají drogy, tím jsou více ohroženi. Zneužíváním drog dětmi a mladistvými se významně narušuje proces tělesného zrání, duševního i sociálního, což může vést k obtížnému zapojení do produktivního života.

Hajný (2001, s. 11) potvrzuje, že dospívající láká především to, že užívání drog je nezákonné, což představují nelegální drogy. Důvodem také může být to, že legální drogy jako tabák nebo alkohol jsou určeny pouze pro dospělé. Dalším důvodem je, že drogy jsou spojovány s tajemným, exotickým, nepoznaným či novým. Některé tyto účinky mohou uspokojit aktuální potřeby dítěte např. možnost zapomenout a uvolnit se, komunikovat nebo se prosadit apod. Dalším důvodem brání drog může být ten, že dítě či dospívající je ve skupině uživatelů drog k užívání tlačěn ostatními, ale i vlastní snahou přizpůsobit se, ztotožnit se.

Riesel (1999, s. 20) doplňuje, že již ve školním věku dochází k záškoláctví a selhávání ve škole z důvodu nedostatku vytrvalosti, nestálosti či neklidu. Ovšem tyto okolnosti nevedou ke zneužívání alkoholu a drog osudově, záleží na již zmíněných faktorech, jako je výchova, prostředí, na usměrňování či životním programu a stylu. Je zde nutná pozorná a citlivá a individualizovaná výchova rodičů a později také pedagogů. Mohou se zde nečekaně rozvinout umělecké vlohy či jiné dovednosti a zaměření. Můžou se také napravit či zmírnit vrozené dispozice a získané vady.

Nešpor, Pernicová a Csémy (1999, s. 10) zdůvodňují, proč děti a nezletilí zneužívají alkohol, že důvod není až tak složitý, cesta k návykovým látkám je velice snadná. Legální i některé nelegální drogy jsou velice snadno dostupné. Všude kolem je tlak médií a reklamy, kupříkladu reklamy fotbalových a hokejových „pivních fanoušků“. Dalšími důvody proč mladiství zneužívají drogy, jsou zvědavost, únik od nepříjemných pocitů, nepříznivá životní situace, či snaha napodobovat dospělé. Je zapotřebí posilovat silné a zdravé stránky osobnosti dítěte nebo dospívajícího, jinak problémy, které jsou důsledkem návykových látek, vedou do bludného kruhu a ke zneužívání či návykovosti. S některými nepříznivými vlivy se nedá mnohdy nic moc udělat, ovšem s jinými ano.

„Někdy dochází k situacím, kdy je riziko, že bychom se mohli dostat s drogami do potíží, vyšší, a to především tehdy, když se cítíme hodně nejistí – ať už vinou rodinného zázemí, sociální situace, stresu a psychických potíží, nebo zdravotních problémů. Když je člověk nejistý a provází ho smutek, úzkost nebo vztek, když nemá dobré podmínky pro svůj život a práci, když se mu nedaří ve vztazích, když má zdravotní problémy, když se cítí méněcenný nebo bezmocný – to všechno může znamenat, že je v ohrožení, co se týče závislosti.“ (Sananim, 2007, s. 18)

Klíčové bývá, kde se člověk s drogou setká. Například již od nízkého věku se doma setkává s kouřením či popíjením alkoholu, nebo například na diskotékách s marihuanou. Za nejdůležitější je považována rodina. Autor zde přirovnává rodinu k inkubátoru psychického zdraví. Rodina má dítě

vybavit správnou orientací v oblasti hodnot, v orientaci ve světě a také volbou chování v určitých situacích a neposledně také proti lákavým nabídkám a svodům okolního světa. Pokud je rodina ve špatném rozpoložení či dochází k rozpadu, na dítěti to zanechá stopy, i když se defekty nemusí projevit ihned. Zvláště závažným podnětem pro užití drogy je ztráta či odloučení od nejbližších osob, například úmrtí v rodině či zmiňovaný rozvod. Z těchto důvodů se v pozdější době mohou vyvinout problémy v partnerském životě, v rodině či v zaměstnání. (Riesel, 1999, s. 20 – 22)

„Zvláště významným spouštěcím faktorem může být tlak společenské skupiny na jedince, aby užíval drogy. Ten bývá vyvíjen v kolektivech a ve společnosti či partách mladistvých. Jakmile zneužívání drog zakoření v nějaké skupině, má pak tendenci se v ní šířit.“ (Riesel, 1999, s. 22)

Göhlert a Kühn (2001, s. 27) označují právě tuto konfrontaci drog v okruhu přátel za velice rizikovou. Patří sem aktuální vzorek konzumu v příslušné skupině, do které se nezletilý dostane. Například ve skupině, kde se požívá alkohol, nový příchozí člen zkusí nejdříve pivo nebo víno, dále například ve skupině kuřáků, se později zkusí marihuana a nezletilý ji zkusí také. Vliv vrstevníků podporující tyto návyky, dále pak nekritický postoj rodičů ke kouření či alkoholu, velice přispívá k vážnosti a zneužívání této situace. Doma v rodině se z konzumního života zřídka kdy dělá problém a skupina vrstevníků si toto břímě na sebe jistě nevezme.

Velice závažným faktorem u mladistvých je porucha sebehodnocení. Je zde velké riziko rozvoje toxikomanie, to je spojené s nízkým sebehodnocením, nedostatkem

sebedůvěry v sebe sama, ve své vlastní schopnosti, v nedostatku sebejistoty v komunikaci s ostatními. Volnočasové aktivity jsou pro ně nezábavné, většinou se jen potloukají po ulicích a vše vidí černě a nudně. Těmto osobám se nedostávají žádné koníčky či zájmy. Podobně je to i ve škole, škola je nudí a plány či vize o budoucnosti nemají. Krize zvyšují procento návykovosti, například náhlá selhání ve škole nebo rozchod s první láskou. Tyto krize mohou vést k posílení již existujících problémů, a tím také k vyšší spotřebě legálních či nelegálních drog. (Göhlert a Kühn, 2001, s. 26, 27)

Dle Nešpora a Csémy (1992, s. 14 – 20) jsou další a podrobné okolnosti zvyšující riziko zneužívání alkoholu a drog u dětí a toto riziko snižující. (Příloha A)

„Problémy osobnosti a vlivy prostředí do sebe zapadají jako kolečka v hodinách. Rozběhne se osudný koloběh, na jehož konci je závislost.“ (Göhlert a Kühn, 2001, s. 26, 27)

2 ALKOHOL

Heller a Pecinovská (2011, s. 171) říkají, že drogy nebo také návykové látky, vyvolávají celou řadu různých pocitů a prožitků, vyvolávají pocity opojení, povzbuzení nebo také otupení či úlevu. Drogy byly užívány již ve starých kulturách Egyptanů, Babyloňanů a Inků. Také se již od těchto dob jednalo o nadměrné užívání či závislost na těchto látkách.

Heller a Pecinovská (2011, s. 171) dále konstatují, že v různých částech naší zeměkoule můžeme najít typické a tradiční drogy pro danou kulturu. Členové těchto kultur při užívání dané drogy dodržovali určitá pravidla a také již měli určitý návyk a odolnost vůči své tradiční droze. Tyto návykové látky se používali především z důvodů rituálních, a to především náboženských. V ČR je pro nás takovou drogou pivo případně víno. V regionech, kde se pije pivo nebo víno, je obyvatelstvo na tyto nápoje přivyklé a požívají je přiměřeně - což se týká množství i odpovídající doby. V důsledku pití alkoholických nápojů vznikají problémy v některé životní sféře u určitých jedinců, procento těchto jedinců je stabilní. Procento, které je stabilní, je i u osob, které se stanou závislými, a je pro ně tedy nevyhnutelná abstinence od alkoholu jako nutná podmínka k dosažení produktivního života.

Jak doplňuje Heller a Pecinovská (2011, s. 10): „*Alkohol patří mezi látky s psychotropním účinkem, a to především účinkem širokospektrým – od tlášení bolesti, přes změny nálady, po uspávací účinky. Má také účinky na schopnost společenského uplatnění a řešení společenských situací a v neposlední řadě ovlivňuje i sexuální sféru.*“

Podle Marádové (2006, s. 10, 11) alkohol (etanol) vzniká biochemickými procesy při kvašení ze sacharidů, což znamená z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Pomocí destilace dosáhneme vyšší koncentrace alkoholických nápojů.

Sdružení Sananim (2007, s. 138) potvrzuje, že alkohol je z největší části směsí ochucené vody a lihu.

Heller a Pecinovská (2011, s. 12) považují za nutné upozornit na to, že dnešní svět je třeba adekvátně informovat. O drogách víme více než kdykoliv dříve, ovšem ukazuje se, že zdaleka ne tolik, abychom z nich měli maximální užitek a minimální škodu. Z toho vyplývá, že škody na zdraví populace jsou přímo úměrné množství spotřebované látky. Tento princip platí pro návykové látky celkově. Ovšem u alkoholu je toto ověřeno. Je důležité z hlediska jednotlivce i celé společnosti být připraven na rozvoj zdravotních problémů v důsledku rozšiřující se škály návykových látek. Tato připravenost sehrává často rozhodující roli.

Dále Heller a Pecinovská doplňují: „*Alkohol je u nás i ve světě nejrozšířenější drogou, která je ve svých účincích na organismus nejvíce prozkoumána, a přitom stále podceňována.*“ (2011, s. 11)

2.1 Alkohol u mladistvých

Heller a Pecinovská (2011, s. 172) zmiňují, že dříve se stávaly závislími osoby ve zralém věku, nebo také ti, kteří díky své profesi přicházeli do kontaktu s drogou. Závislost se také objevovala jako vedlejší rizikový produkt u zdravotníků, pracovníků v pohostinství a také umělců. Později od šedesátých let se tato priorita přesunula mezi adolescenty, případně i níže. Tato skupina je charakterizována svojí somatosexuální vyspělostí a emocionální nezralostí, především sociální. Tento trend můžeme vnímat po celé Evropě, pouze se liší časové hledisko nástupu v jednotlivých zemích.

Shapiro (2005, s. 62) uvádí, že pro dnešní mládež je příznačné pití tzv. alcopops, tedy nového prvku, který se objevil v pití alkoholu a získal obrovský úspěch. Jedná se o míchané ovocně-alkoholické nápoje, kde ovocná vůně zakrývá obsah alkoholu. Ve sporu jsou zde výrobci, kteří popírají, že by alcopops cílili na mládež, a znalci problematiky, kteří tvrdí, že se zde alcopops objevily jako přímá odpověď na růst užívání tanečních drog na úkor odbytu alkoholu. Zmínit můžeme například Bacardi Breezer, Smirnoff Ice, Pusckin Vibe, Mojito Cubana atd.

Heller a Pecinovská (2011, s. 117, 118) dále upozorňují na fakt, že s přibývajícím věkem stoupá informovanost dětí o škodlivosti alkoholu. Paradoxně zároveň roste i jejich tolerance k pití alkoholických nápojů a odmítání abstinence jako životního programu. Sociální tlak okolí pijící společnosti je účinnější než výchova v rodině a škole i než obava o své zdraví. Základní legislativní normu o konzumaci alkoholu od 18 let nedodrží naprostá většina dětí školního věku.

„Ve spojení s potřebou realizace psychické struktury nezralé dospělosti, především v období puberty, s drogou dokáže mladistvý již prosazovat své záměry dospělou silou. V tuto dobu klade život velmi rozmanité a všetečné otázky, na které mladý člověk obtížně hledá odpovědi v oblasti psychické i společenské a alkohol zde subjektivně velmi pomáhá a řeší. Tato zkušenost se opět zapisuje jako trvale platný fenomén a celý život platí, že alkohol má pozitivní účinek, kterého je možné využít.“ (Heller a Pecinovská, 2011, s. 187)

Marádová (2006, s. 10, 11) dále potvrzuje, že pro děti a dospívající je alkohol mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Již malé množství dokáže vyvolat otravu, vážně poškozuje dosud nezralé orgány a vyvíjející se organismus také nedokáže účinně alkohol odbourávat z těla pryč. Návyk se vytváří velice rychle. Toto je důvod proč děti před zneužíváním alkoholu chránit. V ČR se podle zákona č. 379/2005 Sb. zakazuje prodávat alkoholické nápoje mladistvým do 18 let.

Heller a Pecinovská (2011, s. 172) zmiňují, že v naší zemi si nemůžeme stěžovat na nedostatek tvořivosti a nízkou aktivitu naší mladé generace v drogové oblasti. Jelikož neustále přibývá mladistvých a dětí s cílem experimentovat, užívat drogy jako protest, nebo s cílem uniknout, později je tento cíl přeměněn na uspokojení jejich závislosti.

Účinky alkoholu se u různých lidí liší. Ke krátkodobým patří dle Marádové (2006, s. 10, 11) zhoršená výslovnost, oslabení pozornosti, snížená koordinace pohybů, zpomalené reakce na změnu prostředí, zvýšené riziko dopravních nehod, tendence se prosazovat, agresivní chování, zhoršení

paměti, poruchy vidění, zarudlé oči, problémy s chůzí a rovnováhou, zvracení, žaludeční potíže, spavost, při předávkování ztráta vědomí.

Následkem dlouhodobého pití alkoholu dále podle Marádové (2006, s. 10,11) dochází ke vzniku závislosti, k poškození jater, srdce, k poruchám nervového systému, vysokému krevnímu tlaku, k duševním poruchám, ke ztrátě přátel, rozpadu rodiny, ke zkrácení délky života.

Nešpor a Provozníková (1999, s. 9) uvádí, že závislost se u mladých lidí vytváří podstatně rychleji. Většina dětí a dospívajících má menší hmotnost. Trpí především játra dětí, jelikož odbourávají alkohol velmi pomalu.

Nešpor a Csémy (1992 s. 49) souhlasí a dále tvrdí, že u dětí a adolescentů je zvýšené riziko jaterních onemocnění, onemocnění nervového systému, vysokého krevního tlaku a především i duševních chorob.

Heller a Pecinová (2011, s. 187) uvádějí, že z hlediska konzumace alkoholu převládá u dětí především fyziologický faktor. Dalším faktorem jsou sociální vlivy. Je nutné si uvědomit, že naše společnost je velice proalkoholní. Člověk, který odmítá alkohol je považován za podivína. Vysokou mírou nebezpečí pro děti a mládež jsou rituály spojené s konzumací alkoholu, jako je například ťukání na zdraví. Tyto rituály se berou jako projev dospělosti. Pokud si dítě nevytvoří samo své rituály dospělosti a nedostane se k jiným projevům dospělosti, je možné, že rituály pití alkoholu se stanou velmi snadno dosažitelnými.

2.1.1 Projevy intoxikace a její rizika

Jak Nešpor a Csémy (1992, s. 49) uvádí, alkohol snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Alkohol je jednoduchá chemická látka. Její obsah v alkoholických nápojích se pohybuje od 2 - 3 % v pivu až do asi 40 % v destilátech. Nejen koncentrace v tom kterém alkoholu je důležitá, ale také jeho množství. Například v jednom 12% pivu je přibližně stejně alkoholu jako ve 2 deci vína.

Sdružení Sananim (2007, s. 139) konstatuje, že alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože díky uvolnění po užití je alkohol považován za životabudič. 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.

Shapiro (2005, s. 67) dále tvrdí, že alkohol se vstřebává do krevního oběhu a začíná působit během pěti až deseti minut, jeho účinek přetrvává v závislosti na požitém množství až několik hodin. Účinek alkoholického nápoje závisí na jeho koncentraci, na rychlosti pití, přítomnosti potravy v žaludku, tělesné hmotnosti a náladě pijáka. Protože dochází k rozvoji tolerance, bude účinek záležet také na tom, do jaké míry je dotyčný zvyklý pít.

Nešpor a Csémy (1992, s. 48) poukazují na dlouhodobé varovné známky pití. Jde o třes, i když nebyl požit alkohol, ospalost, hltavé pití, také samotářské pití, tzv. „okna“ (nepamatuje si, co dělal pod

vlivem alkoholu), ztráta přátel, pití při nevhodných příležitostech, alkohol používán k uklidnění, snížená schopnost pití ovládat a zastavit, častější úrazy.

Stadia opilosti podle Göhlerta a Kühna (2001, s. 80 – 82) dělíme takto:

Lehká opilost je od 0,5 až 1,5 promile a dochází k všeobecnému psychomotorickému uvolnění zábran, neadekvátní povznesení nálady, nutkání k aktivitě, mnohmluvnost, snížení kritičnosti a subjektivní pocit stupňování výkonnosti při jejím objektivním poklesu. Zvyšuje se sociální navazování kontaktů.

Opilost středního stupně nastává při koncentraci alkoholu v krvi mezi 1,5 až 2,5 promile. Euforie je silnější, schopnost kritiky zcela vymizelá, schopnost ovládnutí zmenšená. Dochází k poruchám vnímání prostředí v myšlenkách a pocitech, což může zpětně vést k chybnému chování. V myšlení se projevují rozpory a skoky. Chování je krátkodobé, zaměřuje se na povrchní věci.

Těžká opilost, je při koncentraci alkoholu v krvi nad 2,5 promile. Zde vstupují do popředí změny vědomí. Zároveň se projevují poruchy orientace a ztráta kontinuity myšlení. Proto nemůže postižená jednat přiměřeně a má sklony k výbuchům citů s agresivními, výbušnými epizodami.

„Co se týče návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno, nebo dokonce podporováno.“
(Sananim, 2007, s. 139)

Podle tvrzení Illese (2002, s. 10) nejen dlouhodobé a návykové užívání alkoholu může vést k tragickým následkům. I jednorázové užití většího množství alkoholu se může stát příčinou úrazu nebo smrti. Je známo, že alkohol zpomaluje reakce, zabraňuje rychlému vyhodnocení krizové situace, jeho požití je provázeno tzv. tunelovým efektem – jinak řečeno zmenšením zorného úhlu, což vše může – a často i má za následek mnoho nehod zejména v silničním provozu.

Podle tvrzení Hellera a Pecinovské (2011, s. 118) se teenager s alkoholem setkává nejčastěji na party a ta je provázena často i jinou delikvencí. Ve vyšších ročnících pijí především žáci problémoví, neukáznění, s horším prospěchem. Jsou to také děti, které jsou družné, dominantní a oblíbené v kolektivu.

2.1.2 Alkohol jako jed

Heller a Pecinovská (2011, s. 8,9) uvádějí, že mládež využívá návykové látky v současné době především z důvodu doplnění chybějící imaginace, fascinace. Drogy vedou k lepšímu pocitu zvýšení schopností, možnost existence nad své vlastní limity. Je zde také fascinace hudbou, barvami a obrazy, tato fascinace přesahuje až na úroveň halucinací. Tento stav může postupně naplňovat životní snažení mladých lidí, veškerý jejich volný čas, zájmy, aktivitu. U mladých lidí je nebezpečná zejména to, jakou rychlostí droga jejich život vyplní.

Márádová (2006, s. 10, 11) k tomuto uvádí: *„Nadměrné užívání alkoholu vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Přejít od škodlivého užívání*

k závislosti na alkoholu probíhá většinou nenápadně, postupně se zvyšuje tolerance vůči alkoholu, ztrácí kontrola užívání, člověk začíná zanedbávat povinnosti i zájmové činnosti.“

Organizace Sananim (2007, s. 141) popisuje, jak abstinční příznaky nastávají několik hodin po skončení pití, vrcholí 2 - 3 den a odeznívají asi do týdne. Začínají třesem, v těžších případech dochází k vážné poruše vědomí – delirium tremens s halucinacemi. Těžké stavy mohou být doprovázeny křečemi. Může docházet k epizodám výrazného neklidu a agresivity.

Göhlert a Kühn (2001, s. 80) tvrdí, že v alkoholu jsou spojeny čtyři vlastnosti, které se jinak nikde nesetkávají. Alkohol je potravina s vysokým energetickým obsahem, je to pochutina jako součást mnoha nápojů, jed, jehož toxický účinek se projevuje při akutním a chronickém předávkování, omamný prostředek s vysokým potenciálem zneužívání, prostředek na spaní, který uklidňuje a uvolňuje.

„Somatická poškození, zapříčiněná nadměrnou konzumací alkoholu se mohou týkat prakticky všech částí lidského organismu. Často se vyskytují chronické potíže a známky poškození zažívacího traktu. Zvyšuje se riziko vzniku jaterní cirhózy a karcinomu jater, rakoviny jícnu, žaludku a tenkého střeva, u pijáků piva se uvádí vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva.“ (Marádová, 2006, s. 10, 11)

Shapiro (2005, s. 63) konstatuje, že alkohol se v celosvětovém měřítku významně podílí na míře zločinnosti. Včetně zneužívání dětí, domácího násilí, znásilnění a vražd. Alkohol je zdaleka nejčastější příčinou výtržnictví, pouličních rvaček a řady dalších projevů protispolečenského chování.

Jak říká organizace Sananim (2007, s. 140), obzvláště nebezpečné jsou kombinace s jinými tlumivými látkami. V psychické sféře alkohol odstraňuje zábrany, což přispívá ke všeobecně rozšířené domněnce, že podporuje sexuální funkce. Opak je pravdou, potence je při užití většího množství alkoholu snížena. Odstranění zábran může vést k uvolněné atmosféře ve společnosti, kde se alkohol pije, protože je zbavena zátěže etikety. Nicméně stejně tak může uvolnění zábran vést ke vzrušeným emocionální projevům, agresivitě, která se může projevit až v surových a krutých násilných činech.

2.1.3 Léčba a doporučení

Heller a Pecinovská (2011, s. 7) tvrdí, že veřejnost často mylně nepovažuje závislost na alkoholu za chorobu. Závislou osobu neprávem posuzuje tak, že se do problémů dostal vlastním zaviněním. Převládá také názor, že postižený pokud chce, může svou situaci změnit sám. Chorobu – závislost na alkoholu si je schopno přiznat jen mizivé procento nemocných, to samé platí o pacientově okolí.

„Největším problémem je v současné době společenská tolerance následků alkoholové intoxikace. Významnou roli sehrává přetrvávající postoj k léčbě jako léčbě neúčinné, a tím zbytečné.“ (Heller a Pecinovská, 2011, s. 11)

Nešpor a Csémy (1996, s. 42) konstatují, že většinou lehká intoxikace alkoholem nevyžaduje léčbu. S intoxikací bohužel může dojít k úrazu hlavy s nitrolebním krvácením nebo jiné zdravotní komplikaci. Pokud je pacient v kómatu může dojít k aspiraci zvratků. Jestliže je hladina alkoholu

v krvi vysoká hrozí útlum dechového centra. Podle Nešpora a Csémy se za kritické považuje 4 - 5 promile alkoholu v krvi. Nejtěžší intoxikace alkoholem jsou léčeny na jednotce ARO, zde bývá rozhodujících prvních 24 hodin. Velmi nebezpečná je kombinace otravy alkoholem a dalších psychoaktivních látek.

Nešpor a Csémy (1996, s. 42) doplňují, že u léčby odvykacího syndromu je dobré mít na paměti, aby pacient měl dostatek tekutin, minerálů, dostatek draslíku, hořčíku, vitamínu B. Osoba se vyznačuje tachykardií, zvýšením krevního tlaku, nespavostí, pocením a neklidem. Osoba je také podrážděná, úzkostlivá a je ve stresu.

Podle Nešpora (1995, s. 14, 15) je abstinující člověk zdravější, je vystaven menšímu riziku dopravní nehody, rvaček, přepadení či otravy. Ušetří zdraví i peníze. Jeho život je předvídatelnější. Má lepší vztahy s rodiči nebo s partnerem, vyšší sebevědomí. Pociťuje, že je pánem sebe sama a nepotřebuje žádnou návykovou látku. Ostatní ho vnímají jako spolehlivějšího, podává stabilnější výkony, dostává se mu více pozitivních reakcí z okolí. Je v lepší fyzické i duševní kondici. Má lepší paměť, myslí přesněji, lépe se soustředí, nedá se tak snadno ovládat a manipulovat. Je lépe připraven zvládat krize, neuniká před nimi k alkoholu, ale i díky krizím a těžkostem rozvíjí svoji osobnost. Dokáže si život lépe uspořádat a dát mu hlubší smysl. Má dobrý pocit, že pomáhá prosazovat zdravý životní styl.

2.2 Závislá rodina

Heller a Pecinová (2011, s. 111 – 115) upozorňují, že závislost v rodině neznamená závislost jen dané osoby, ale postupně se hroutí celý rodinný systém s jeho členy. Postupně jednání pod vlivem alkoholu neumožňuje přirozenou komunikaci mezi členy domácnosti. Nabízí se zde otázky, jestli závislost rodičů na alkoholu podmiňuje poškození dítěte či vznik psychických poruch nebo také možnou závislost dítěte v budoucnosti. Je zde nutné sledovat, jaký mají děti vztah k alkoholickým nápojům, přímé působení alkoholu na dítě, rozvoj závislosti u nezletilých. S tímto souvisí destrukce společenských struktur a celých populací.

Heller a Pecinová (2011, s. 116) konstatují, že na vývoj dítěte působí faktor dědičnosti, dále pak ale i sociální faktory. Tam kde je alespoň jeden rodič závislý na alkoholu, tam jsou děti mnohem více ohroženy ve zvládnání důležitých životních situací. Tyto děti se stávají v dospělosti závislými v důsledku narušení obranné funkce rodiny.

Občané ČR se podle Illese (2002, s. 9) řadí mezi největší spotřebitele alkoholu na jednu osobu, a to nejen v Evropě, ale v celosvětovém měřítku. Alkohol je jednou z nejrozšířenějších drog. Vzhledem k jeho snadnému získání a velikému procentu uživatelů z řady dospělých, stává se často objektem zájmu mládeže, a to hned z několika důvodů: mladší se chtějí vyrovnat starším kamarádům, bojí se zesměšnění, často uvádějí, že pomocí alkoholu překonávají ostych k druhému pohlaví. Někdy tvrdí, že tak překonávají stres z adolescence, nebo únik před každodenními rodinnými či jinými

problémy. Někdy si bohužel ani rodiče neuvědomují, že čím je člověk začínající s alkoholem mladší, tím rychlejší je procento návyku.

Heller a Pecinová (2011, s. 117) považují za nutné říci, že pokud nejsou jasně vymezené rodičovské role a v rodině vzniká napětí, tak to děti velice špatně snášejí. Stávají se velice rychle dospělými a přebírají činnost za svého nemocného rodiče. Je zde narušeno pozitivní přijetí rodičovských vzorů, tím je ohrožen psychosexuální vývoj dětí a jejich zdravé formování rodičovských postojů. V takto narušené rodině se častěji stává, že děti trpí různými formami duševních poruch či odchylek v psychickém vývoji, špatně se adaptují do kolektivu apod. Také mohou být častěji nemocné, mají horší prospěch, mají méně koníčků a v neposlední řadě se poté hůře uplatňují v profesním i společenském životě.

Dále Heller a Pecinová (2011, s. 117) popisují, že první příležitosti k zneužívání alkoholu mají děti již v předškolním věku. Jsou zde zvyky a tradice, při kterých děti ochutnávají alkoholické nápoje. Vytvořené vzorce chování mají vliv na vypité množství alkoholu a toto množství má vliv na rozsah poškození. Čím více si rodiče s dětmi připíjejí, tím častěji děti pijí samy.

Jak dále popisuje sdružení Sananim (2007, s. 139), jelikož je alkohol obecně tolerován, může se díky tomuto zdát méně nebezpečný než některé jiné návykové látky. V ČR je užívání alkoholu omezeno některými zákony, v naší zemi je ovšem pro většinu populace alkohol legálně dostupný. Tento důvod je především díky tomu, že užívání alkoholu je spojeno s fenoménem, že je tu „odjakživa“. Dále v minulosti i současnosti je pití alkoholu považováno za společenskou událost, také byl hojně využíván při náboženských obřadech, měl své léčebné využití nebo sloužil jako nápoj pro pobavení. Alkohol má v naší společnosti pevně ukotvené místo a nelze ho jednoduše odstranit.

3 TABÁK

Podle tvrzení Sananimu (2007, s. 142) počátky kouření tabáku můžeme dokázat již okolo roku 500 př. n. l. v civilizaci Mayů v Mexiku dále pak ve védských památkách v Indii. V 16. století se tabák začal objevovat a rozmáhat v Evropě, kdy se kouření počínalo stávat společenským rituálem. Tabák se velice rychle rozšířil po celém světě. Jak tomu bývá, nový zlozvyk vyvolal i negativní odezvy v mnoha zemích, a to například v Rusku, Persii ale také Švýcarsku. V těchto zemích byly nastaveny velmi přísné sankce, někde i trest smrti.

Sananim (2007, s. 143) dále definuje, že později, tedy v devatenáctém století, bylo šňupání tabáku považováno za podřadné a zlozvyk nižších společenských vrstev. Oproti tomu se ve vyšších vrstvách začaly ujímat doutníky a později také cigarety. Neexistovala žádná oficiální výroba a tabák se balil do jakéhokoli papíru. Od druhé poloviny devatenáctého století začali výrobci ve velkém produkovat ručně vyráběné cigarety. Přelom 19. a 20. století přináší dominantní postavení na trhu průmyslově baleným cigaretám.

Riesel (1999, s. 23) tvrdí, že tabák byl pěstován z důvodu léčebného, okrasného a také především jako droga. Účinnou látkou tabáku je nikotin a další, neznámé množství látek organických a anorganických. Z určených a známých škodlivých látek je to kysličník uhličitý, amoniak, sirovodík, kyanovodík atd. O nikotinu můžeme vypovědět, že je přímo učebnicovou drogou. Je toxický, vysoce návykový a má psychotropní účinky. Lidé nemají z kouření strach, je to droga civilizací přijatá, tolerovaná a dokonce oblíbená, proto jsou zde miliony kuřáků.

3.1 Nikotin

Nikotin je ona účinná látka podle sdružení Sananim (2007, s. 143) a taktéž velmi silně toxická látka. Při kouření cigarety se uvolňuje nikotin do kouře a tímto se dostává do organismu spolu s kapičkami dehtu. Do těla se z 2 mg nikotinu, který je obsažen v jedné cigaretě, dostane pouze minimální množství, jelikož se většina spálí. Obsah nikotinu v cigaretě je považován za příčinu závislosti na tabáku, ovšem účinek na psychiku je popisován různě a není dosud zcela objasněn. Dalším problémem při kouření cigarety je oxid uhelnatý, který je následkem spalování cigarety. Bohužel jedním z jeho účinků je snížená schopnost přenášet kyslík. V případě kouření je zde 15% deficit kyslíku (pocit uvolnění, odstranění nervozity a napětí, povzbuzení).

„Nikotin se váže na nikotinové receptory a dráždí je. Váže se na ně v periferním, vegetativním nervovém systému. Zde vyvolává zvýšenou aktivitu trávicího traktu (vzestup produkce slin, trávicích šťáv a vzestup aktivity hladké svaloviny). Stoupá také produkce potu a může dojít ke stažení zornice.“ (Sananim, 2007, s. 144)

Z tohoto důvodu se naprostá většina kuřáků stává závislých na nikotinu. Nikotin působí podobně jako kokain, působí na dopaminový systém v mozku. Nikotinovou závislost můžeme klasifikovat podle Světové zdravotnické organizace v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10) jako:

„Závislost na tabáku v kategorii poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.“ (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-11-3, s. 97)

Riesel (1999, s. 24, 25) dodává, že tyto drogy se vážou na specifické receptory buněk mozku a po určitou dobu je blokují a vyřazují z jejich normální funkce. Tímto můžeme vysvětlit změnu pohotovosti mozkové kůry. Změna nálady je pravděpodobně uskutečněna vlivem nikotinu na podkoří. Nedochozí k poruchám chování, naopak dochází k pocitu uspokojení.

Nešpor a Dvořák (1998, s. 16) upozorňují, že nikotin působí v závislosti na dávce na lidskou psychiku. Nízké dávky mají za efekt mírně budivý stav, naopak vysoké procento dávky má účinek tlumivý. U tabáku se prakticky nesetkáváme s násilným či nebezpečným chováním. Typickým znakem můžeme uvést, že škody, které tato látka způsobí, se dostávají pomalu a po delší době. Dalším typickým znakem je, že nikotin je tzv. „průchozí droga“, kouření v časném věku vede k problémům s jinými látkami v pozdějším věku.

Nešpor a Csémy (1992, s. 58) apelují na to, že někdo může mít pocit, že zařazení tabáku mezi návykové látky je poněkud přehnané. Bohužel je naprosto oprávněné. Účinky tabáku jak jsme zmínili výše, se neprojeví ihned a dramaticky, avšak vzhledem k rozšířenosti kouření jsou velice citelné.

Burn (1983, s. 14) tvrdí, že nejznámější a nejrozšířenější formou požití nikotinu je díky tabákovému listí, existují však další cesty jak konzumovat nikotin, například žvýkání. Také je možné tabákové listy rozdrtit a jemný prášek šňupat. Pokud se šňupec dostane ke kořeni nosu, vstřebá se nikotin do žil a do mozku stejně rychle jako když kouříme nebo žvýkáme tabák.

Organizace Sananim (2007, s. 142) dodává, že pokusy o užití jinou aplikací, např. odvarem z cigaret mohou končit smrtí.

3.2 Tabák u mladistvých

Arterburn a Burns (2001, s. 61) konstatují, že tabák je většinou první krok ve vzpouře proti rodičům či jiným dospělým. Zřídka to však bývá krok jediný. Mládež kouří cigarety, vlastnoručně balený tabák, či šňupací a žvýkáací tabák.

Pokud jde o mladého člověka, tak podle Riesela (1999 s. 24, 25) se může stát, že se zlovyku kouření naučí doma v rodině. Pokud se ztotožňuje se svými rodiči a vidí, že jejich chování při kouření je zklidněné, jsou spokojení a povzbuzení. Toto je přímá výzva k napodobení a následování. Oproti tomu s vrstevníky si mladý člověk připadá s cigaretou mužnější, sebevědomější, paradoxně atraktivnější. Stejný model nápodoby jako v rodině se může uplatňovat také ve vrstevnické skupině či partě, zvláště je-li významnou součástí života mladistvého. Čím mladší je uživatel drogy, tím rychleji vzniká fyzická či farmakologická závislost.

Arterburn a Burns (2001, s. 50) dodávají, začne-li dítě kouřit, měli by tomuto problému rodiče věnovat zvýšenou pozornost. A pokud skutečně chtějí vychovat dítě, které se obejde bez drogy, měli by také omezit, alespoň před dětmi, svoje vlastní kouření.

Je zde mnoho faktorů, které podporují zahájení kouření chlapců a dívek. Je to především propagace tabákového průmyslu, dále pak snadný přístup k tabákovým produktům, nízké ceny, tlak a uznání vrstevníků, sourozenců či rodičů. Silným faktorem je i domněnka, že kouření zvyšuje oblíbenost v kolektivu. (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-11-4, s. 85)

Již delší dobu se zdá podle Arterburna a Burnse (2001, s. 23), že mladí lidé nemají a nedostávají objektivní informace o kouření a jeho významu. Tato situace je velice závažná, protože kouření a návyk na cigarety je velmi škodlivý po stránce zdravotní. Nebezpečí kouření je všeobecně v ČR podceňováno, a to pravděpodobně z toho důvodu, že nepůsobí okamžité poruchy chování a devastaci osobnosti, jak to vidíme u jiných drog. Zdravotní následky v pozdějším věku jsou poté zdrcující.

Nešpor a Pernicová (1999, s. 14) doplňují, že věková hranice ke koupi tabákových výrobků neomezuje svobodu mladých lidí, ale právě jejich svobodu omezuje závislost na tabáku. Tato závislost se vytvoří velice rychle, a až 70 % mladých lidí lituje, že začali kouřit.

„Většina pravidelných kuřáků je závislá na nikotinu, včetně většiny dospívajících kuřáků. Frekvence symptomů závislosti na tabáku se zvyšuje přímo úměrně stoupajícímu počtu denně vykouřených cigaret. Dokonce i u kuřáků kouřících 5 a méně cigaret denně vykazuje více než polovina alespoň jeden znak nikotinové závislosti. Stejný jev se objevuje i u mladých kuřáků: 80 % mladistvých, kteří vykouří 5 a méně cigaret denně, má alespoň jeden znak závislosti na tabáku.“ (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-1, s. 99)

Dále Riesel (1999 s. 26) dodává, že čím více cigaret se vykouří a především čím dříve se začne kouřit, tím je přímo úměrné riziko toho, že se objeví zdravotní následky.

Podle Illese (2002, s. 12) jsou zdravotní rizika nikotinu již dostatečně známa, i přesto, a to zejména v ČR užívá tuto podle všeho zdánlivě nevinnou drogu stále více mladých lidí. Nejvíce zarážející je, že je mezi nimi čím dál více děvčat.

Tabák má podle Vittoze (online, cit. 2016-03-11, s. 1, 2) katastrofální zdravotní dopady pro mladé kuřáky. Čím dříve mladý člověk začne, je těžší přestat, 6 z 10 kuřáků začne kouřit před 18 lety. Efekty jsou zničující, mladí, kteří kouří, riskují, že nikdy nedosáhnou plné plicní kapacity. Polovina dospělých, kteří kouří, často umře předčasně kvůli nemocím vyvolaných tabákem.

Jak říká Illes (2002, s. 12), mládež, která začne s kouřením, velice často přejde od kouření cigaret ke kouření marihuany a někdy i k dalším silnějším drogám. Tato skutečnost nemusí být pravidlem, ovšem riziko je zde nepochybně vyšší než u mládeže, která žije zdravým životním stylem a způsobem života.

Arterburn a Burns (2001, s. 60) doplňují, že cigareta je symbol vzpoury, je to touha po dospělosti. Doplnují také, že děti kouří, aby měli uznání od kamarádů. Dále se shoduje, že je zde větší pravděpodobnost, že děti začnou s marihuanou.

„Kouření přechází v návyk asi u 50 % osob, které začaly kouřit. Přechod návyku v závislost záleží, jak jsme již uvedli, na množství zneužívané drogy a na dalších okolnostech. Zdá se obecně, že

k prevenci užívání drog a alkoholu je především nutná prevence kouření, protože kouření uvádí mladé lidi do drogového světa, jsou to startovací drogy. Tvrzení, že dospívající mládež, která nikdy nezačala kouřit, zřídka užívá jiné drogy, se blíží pravdě. K cigaretě a pivu přiřazují i prostředí hospody či jejího ekvivalentu. Tam totiž začíná marnění volného času, formování svérázné pospolitosti lidí, kteří chodí do hospody a tráví tam volný čas pitím a klábosením. Odvyknout kouření je nesnadné, ale možné.“ (Arterburn a Burns, 2001, s. 25)

Podle Králíkové (2015, s. 13) by měla být intervence, která je účinná u dospělých, modifikována a aplikována na mládež. Farmakoterapie nemá zatím jasné výsledky. Ovšem je prokázáno, že závislost na tabáku u dětí a adolescentů patří k syndromu rizikového chování. Z tohoto důvodu je třeba zaměřit prevenci a léčbu závislosti na tabáku na celý komplex rizikového chování a jeho příčiny.

3.2.1 Projevy intoxikace a její rizika

Nešpor a Provazníková (1999, s. 31) uvádí, že typickým projevem je zápach z úst, u některých kuřáků můžeme pozorovat také zažloutlé prsty. U kuřáků začátečníků je velmi častá bledost, studený pot, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, pokleslá nálada (odpovídá lehčí otravě nikotinem).

Dále můžeme vycházet z projevů ovlivnění dle Světové zdravotnické organizace: „*Chování nebo poruchy vnímání (projev alespoň jednoho znaku): poruchy spánku, zhoršení výkonnosti, citová labilita, bizarní sny, pocit odcizení a nepřírozenosti ve vztahu k sobě nebo k okolí, k tomu nejméně jeden z následujících znaků: návaly potu, nevolnost nebo zvracení, zrychlení tepu, nepravidelnost tepu.*“ (Nešpor a Dvořák, 1998, s. 16)

Sdružení Sananim (2007, s. 143) konstatuje, že kuřáci vdechují kouř do plic, tento kouř obsahuje obrovské množství chemických sloučenin ve formě plynu a tuhých částic. Tyto tuhé částice obsahují nikotin, dehet a benzen. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, čpavek a formaldehyd. Doposud bylo rozpoznáno přibližně 60 látek známé jako karcinogeny, tudíž látky vyvolávající některý druh rakoviny.

Nešpor a Provazníková (1999, s. 31) zmiňují, že nejznámější rizika kouření, které již doktoři dobře znají, jsou bolesti žaludku, stárnoucí pokožka, pokles tělesné výkonnosti. Kouření způsobuje 30 % rakovin v celosvětovém měřítku a zvyšuje riziko zhoubných nádorů. U mužů středního věku je to častá příčina impotence. U těhotných žen je zde riziko poškození plodu. Dalšími onemocněními jsou rozedma plic, alergie, astma. Dále nemoci cév dolních končetin. Vysoce se zvyšuje riziko srdečních onemocnění. Můžeme tak označit nejzávažnější příčinu smrti, které se dá předcházet.

Organizace Sananim dodává, že tato rizika jsou spojena s chronickým užíváním. Uvádí zde poškození dýchacích cest, což vede k recidivě zánětů horních cest dýchacích a k zhoubným nádorům především plic. Dále v srdečně-cévním systému se objevují především postižení srdečních arterií, infarkt myokardu a neschopnost zajistit zásobení krví dolních končetin. (2007, s. 145)

„Tabák uvolňuje do krevního oběhu množství karcinogenních látek poškozujících v důsledku mozek a centrální nervovou soustavu. Zvyšuje krevní tlak a až o 40 % puls. Dlouhodobé kouření způsobuje rakovinu, nejčastěji plic, jazyka, jícnu, hrtanu, žaludku a jater.“ (Arterburn a Burns, 2001, s. 60)

Riesel (1999 s. 26) upozorňuje, že kuřák má dvakrát větší šanci dostat rakovinu močového měchýře. Je zde také až čtyřikrát častější výskyt vředové choroby žaludku a dvanácterníku než u nekuřáka. U kuřáků dýmek se vyskytuje především rakovina dutiny ústní, jazyka, hrtanu a jícnu. Dosud nebyl vysvětlen častější výskyt rakoviny slinivky břišní u kuřáků.

3.2.2 Tabák jako nemoc (jed)

Základní kategorie kuřáctví dělíme podle Králíkové (2015, s. 8) na tyto skupiny. **Pravidelný kuřák** (denní) je kuřák, který v době šetření kouří nejméně jednu cigaretu denně. Pokud v době šetření kouří, ale kouří méně než jednu cigaretu denně, řadíme ho mezi **příležitostného kuřáka**. **Bývalý kuřák** je takový kuřák, který během života vykouřil více než 100 cigaret, ale v době šetření již nekouří. Za **nekuřáka** se považuje člověk, který za svůj život nikdy nevykouřil 100 cigaret a více.

Akutní otrava nikotinem

Toto rozdělení můžeme chápat podle Riesela (1999 s. 23) tak, že akutní otravu mají především kuřáci začátečníci a s chronickou otravou se setkávají již navyklí kuřáci. K akutní otravě může dojít při požití smrtelné dávky 50 mg nikotinu. K této smrtelné otravě dochází spíše výjimečně, a to hlavně u dětí, u nekuřáků a těch, kteří překročili únosnou dávku.

Podle Sananimu (2007, s. 144) u nezkušených, netolerantních jedinců probíhá akutní intoxikace tabákem. Tyto účinky nastupují krátce po užití a nastupuje stav spojený s nepříjemnou bolestí hlavy, závratí, studeným potem, nevolností či zvracením. Mohou být zúžené zornice. Velmi vysoké dávky vedou ke změněnému stavu vědomí. Stav se zlepšuje až po několika dnech. Vyšší dávky vedou k ochrnutí CNS a může dojít až ke smrti z důvodu obrny dýchacího centra. V případě pravidelných kuřáků příznaky spojené s akutní otravou nejsou.

Jak dodává organizace Sananim (2007, s. 144), riziko otravy při akutní intoxikaci existuje, ale je velmi málo pravděpodobné z důvodu převládajícího způsobu užívání.

Chronická otrava nikotinem

K té dochází, jak uvádí Riesel (1999, s. 24) u již navyklých kuřáků. Na nikotin je již vybudována tolerance, tzn., že jeho účinnost klesá. Tolerance umožňuje zvyšovat množství vykouřených cigaret či doutníků a dodávat do těla větší dávku nikotinu. Touto cestou se osoba dostává do stavu chronické otravy, která působí žádanou změnu duševního stavu a nálady. Dále se na chronické otravě spolupodílí i ostatní škodlivé látky, které jsou obsaženy v cigaretovém kouři.

Situace, kdy je třeba přivolat lékaře

Jak říká Nešpor a Dvořák (1998, s. 16), otrava vzniklá nikotinem při kouření zpravidla lékařskou péčí nevyžaduje, ale může se tomu stát v případě, pokud by šlo o člověka s vážným srdečním onemocněním.

Odvykací stav po nikotinu

Arterburn a Burns (2001, s. 60) uvádí, že nikotin má pro člověka zpočátku stimulační účinek. Poté co se stane závislý, nevydrží delší čas bez cigarety, je nervózní. V této době se nikotin stává návykovou látkou, která upozaďuje nervozitu a tím potlačuje abstinenční příznaky závislosti.

„Nikotin, resp. tabák vyvolává velmi silnou – psychosociální – závislost, která souvisí se stylem užívání a zvyklostmi uživatelů. Při dlouhodobém užívání vzniká na nikotin i fyzická závislost. Odvykací stav je doprovázen nervozitou, rozladěním, podrážděností a neklidem. Tělesně dochází k množství příznaků, které jsou vyvolány narušením přenosu impulzů ve vegetativním nervovém systému.“ (Sananim, 2007, s. 144)

Nešpor a Dvořák (1998, s. 16) doplňují, že osoba, která trpí odvykacím stavem, se vykazuje alespoň dvěma z následujících znaků: úzkost, kašel, nespavost, obtíže se soustředěním, rozladěnost, zvýšení chuti k jídlu, vředy na sliznici úst, podrážděnost, neklid, pocit nemoci a slabosti, či silná touha po nikotinu. Další podrobnější stavy jsou zaznamenány v Minnesotské škále abstinenčních příznaků. (Příloha B)

3.2.3 Léčba a doporučení

Možností léčby je náhradní terapie nikotinem (NTN). Náhradní terapie nikotinem zahrnuje šest produktů, jedním z nich je také nosní sprej, ten ale není v ČR prodejný. Další produkty jsou nikotinové žvýkačky, pastilky, inhalátor, tablety či náplasti. Silní kuřáci mají větší šanci přestat kouřit, pokud užívají produkty náhradní terapie nikotinem, a to především žvýkačky o obsahu 4 mg nikotinu, žvýkačky o nižším obsahu 2 mg nikotinu nejsou u nich vhodné. Silně závislí kuřáci, kteří získají 7 a více bodů ve Fageströmově testu závislosti na nikotinu (Příloha C), nedosáhnou dostatečně vysoké hladiny nikotinu z 2 mg žvýkačky a jsou pro ně pravděpodobně přínosnější vyšší dávky. Nebo potřebují nejsilnější typ nikotinových náplastí. (Efficacy, online, cit. 2015-12-07, s. 26)

„Malý počet studií ukazuje, že behaviorální léčba a NTN jsou účinné u dospívajících kuřáků, ale nebyly opakovány v širším měřítku. Použity mohou být behaviorální intervence účinné u dospělých, ale obsah by měl odpovídat věku pacienta. NTN a bupropion mohou být užity pro léčbu dospívajících, kteří mají symptomy nikotinové závislosti a přejí si přestat kouřit.“ (Efficacy, online, cit. 2015-12-12, s. 44)

Je důležité pochopit a uvědomit si, že zanechání kouření přináší okamžité výsledky, okamžitý zdravotní užitek významně prodlužuje věk dožití, a to ať přestane kuřák s kouřením v jakémkoliv věku. Nekuřák snižuje riziko smrti krátce po ukončení kouření a toto riziko nadále postupně klesá dalších 10 až 15 let. (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-12)

„Uvědomit si výhody nekouření, rozpoznání nebezpečných situací a vyhýbání se jim (např. kuřáckému oddílu vlaku či zakouřené restauraci), prostě přestat, teskně nevzpomínat a rozpoznávat nebezpečné myšlenky, relaxace nebo jóga (zvláště pokud kouření souvisí se stresem), rozptýlení a přeladění (např. na sport), psychoterapie, znechutit si kouření „překouřením se“ zvládnutí recidivy, průběžně posilovat motivaci, více cvičit, zvýšit příjem tekutin, více zeleniny, ovoce, celozrnných výrobků, méně tučného a sladkého.“ (Nešpor a Provazníková, 1999, s. 31)

Doporučení

Komplexní prevence by měla zahrnovat léčbu závislosti na tabáku. Měla by být hlavní součástí daného programu. Dané koncepce, u kterých se ukázalo, že zvyšují pravděpodobnost, že mladiství přestanou s kouřením, by měly být zavedeny. To je například zvýšení cen tabákových výrobků, zákaz kouření v budovách nebo také dostupnost účinné léčby. Zdraví svých pacientů mohou nadále zlepšovat zdravotničtí pracovníci, kteří podporují a pomáhají kuřákům přestat kouřit. Dále je zapotřebí celosvětových standardních systémů. Tyto systémy umožní srovnávat data o prevalenci kouření u dětí a dospělých. Je také zapotřebí lokálních programů, opatření kontrol tabáku a koncepce a v neposlední řadě preventivní a léčebné programy. (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-03, s. 110)

Kuřáková odhodlanost přestat kouřit a hledat pomoc je závislá na společenských normách a úrovni kontroly tabáku v dané společnosti. Zajištění přístupu k účinné léčbě je součástí této účinné kontroly. Je zřejmé, že většina bývalých kuřáků přestala kouřit bez ověřené léčby, to ovšem neznamená, že není důležité účinnou léčbu nabízet a poskytovat. Je zřejmé, že dříve, když byla léčba obtížně dostupná či úplně nedostupná, bylo procento osob, které se pokoušely o neasistované pokusy odvykání mnohem vyšší než dnes. Nyní se ukazuje, že snadnější přístup k léčbě podstatně zvyšuje počet úspěšně odvykajících kuřáků. (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-04, s. 15)

Lze doporučit jak individuální tak skupinové poradenství, obojí zajišťuje podporu a dohled během odvykání kouření. Můžeme říci, že to co pravděpodobně pomáhá kuřákům, je podpora řešení problémů a učení zkušenostem. Tato podpora zahrnuje zjištění situací spouštějící kouření, kdy si běžně kuřáci zapalují po jídle, když telefonují, či ve stresu - mají svůj rituál. Účelem je vytvořit plán, jak odolat pokušení si zapálit. Jako příklad můžeme uvést snahu vyhnout se zakouřenému prostředí či kontaktu s jinými kuřáky během prvních týdnů odvykání. Oproti tomu nemůžeme s jistotou určit, zda pomáhá fyzická aktivita, postupné odvykání, sociální podpora mimo léčbu či počítačová léčba. Ovšem behaviorální podpora a farmakoterapie zvyšují úspěšnost. Bohužel behaviorální osobní intervence není u kuřáků populární. (Demographics and Health effects , online, cit. 2015-12-07, s. 22)

3.3 Pasivní kouření

Negativní vliv má kouř i na pasivní kuřáky, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem. Nekuřáci vystavení tabákovému kouři inhalují většinu stejných toxinů a karcinogenů jako kuřáci, kteří aktivně inhalují kouř z cigarety. Tabákový kouř je složen z vedlejšího kouře, což je kouř, který se uvolňuje na konci hořící cigarety a vydechovaného hlavního kouře. Jelikož kouř v prostředí vydechovaný kuřákem obsahuje přibližně 4000 chemických složek jako kouř, který inhaluje kuřák. Vedlejší kouř vzniká při nižší teplotě a za jiných podmínek než kouř hlavní, má proto více koncentrace toxinů obsažených v hlavním kouři. (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-02, s. 101)

Marádová (2006, s. 9) uvádí, že v zákonu č. 379/2005 Sb., z 19. 8. 2005 je popsáno, že kouření je na většině pracovišť a ve veřejných budovách zakázáno. Tento zákon je zde především z důvodu snížení úmrtnosti a onemocnění mezi nekuřáky.

Jednou z prvních obětí pasivního kouření jsou podle organizace Sananim (2007, s. 144) děti kuřáků. Tyto děti trpí častěji zánětem průdušek a dalšími respiračními onemocněními.

Podle tvrzení Nešpora a Provazníkové (1999, s. 31), kdo žije ve společné domácnosti s neohleduplným kuřákem a sám nekouří, zatěžuje své tělo dávkou přibližně dvou cigaret denně.

Nešpor a Csémy (1992, s. 59) podotýká, že se toto týká především dětí, jelikož jejich odolnost je menší. Hrozí jim astma a záněty dýchacích cest.

„Děti, které jsou exponovány tabákovému kouři, mají zvýšené riziko syndromu náhlého úmrtí kojence (SIDS), respiračních infekcí, onemocnění středního ucha a je u nich větší pravděpodobnost rozvoje astmatu. Kouření rodičů způsobuje dýchací obtíže a pomalejší růst plic u jejich dětí.“ (Demographics and Health effects, online, cit. 2015-12-05, s. 186)

Závěrem lze říci podle Riesela (1999, s. 27), že bezohlednost kuřáků poškozuje jejich vlastní děti, ale i mnohé cizí osoby, které s nimi sdílejí zakouřené prostory. I když lze riziko snížit tím, že se kouř z cigarety či doutníku nevdechuje, vůbec nejlepším řešením je nezačínat kouřit. Kouření narůstá v třetím světě, moderní svět, kam bychom jednou chtěli patřit i my, je kouření nemoderní a kouřit se zde přestává. Moderní je nekouřit.

4 MARIHUANA

Göhlert a Kühn (2001, s. 51) uvádějí, že konopí pochází původně ze střední Asie. Číňané ho přibližně v 8. století přivezli do Indie. Později se díky vítěznému tažení a islamizaci v roce 800 n. l. nedalo zastavit, a to v celém Předním východě a v Africe. Posléze se tato rostlina rozšířila do všech kontinentů. Nožina (1997, s. 33) doplňuje, že marihuana může být pěstována i v Evropě. Jedná se o nejrozšířenější psychotropní drogu na světě. Svoji tradici má již také u nás, kdy je ilegálně pěstována po celé České republice.

Organizace Sananim (2007, s. 154) potvrzuje, že marihuana se na drogové scéně vyskytuje velice dlouho, u nás její užívání bylo časté již před rokem 1989. V 90. letech její užití výrazně vzrostlo. Zkušenost s marihuanou má odhadem desítky procent dospívajících a mladých dospělých.

Presl (1994, s. 31) říká, že kouření marihuany je spojeno především s rituálními obřady a s náboženstvím. Marihuana se zařazuje k lehkým drogám. V posledních letech se stala jakýmsi symbolem z důvodu její rozšířenosti. Marihuana je droga jako každá jiná a má jak negativa, tak pozitiva. Její účinky není lehké popsat z důvodů osobnosti jedince, aktuálního stavu a také psychického a fyzického rozpoložení.

„Marihuana dělá z nadaných průměrné, z průměrných hloupé, z bojovníků poražené.“
(Nešpor a Csémy, 1992, s. 51)

Nožina (1997, s. 35) definuje, že marihuana je velice často zneužívána společně s alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami z důvodů dosažení silnějšího efektu. Toto zneužívání v časném věku, bývá veřejností považováno jako krok k dalším „tvrdším“ drogám, ovšem popírá zde názor laické veřejnosti, která označuje marihuanu jako vstupní drogu do světa „tvrdých drog“, Nožina toto tvrzení bere velice zjednodušeně a považuje existující situaci za velice diskutabilní.

Dále tvrzení podporuje i Společnost Sananim (2007, s. 154) která uvádí, že otázka vstupní brány k užívání jiných drog je velice diskutovaná. Ovšem z dostupných studií se zdá, že tomu tak není a hlavní iniciační drogou je alkohol. Marihuana může být vstupní branou z pohledu sociálního, kdy distributor marihuany může nabídnout uživateli „něco silnějšího.“

4.1 THC

Nešpor a Csémy (1992, s. 50) konstatují, že marihuana a hašiš pochází z konopí. Účinné látky v hašiši jsou několikanásobně vyšší než u marihuany. Účinná látka z konopí je tetrahydrocannabinol, což je zkráceně THC. Tato látka je jedovatější než alkohol.

Nožina (1997, s. 34) uvádí, že THC je buď absorbováno v případě inhalace dýchacím traktem, pokud se jedná o trávící ústrojí, tak je polykáno. Vyšší efekt je v případě inhalace. Dodnes není mechanismus působení THC zcela znám.

Nešpor a Csémy (1992, s. 50) dodávají, že nejčastěji se marihuana kouří, avšak může se přidávat také do cukrovinek, nápojů nebo jídla. Droga má tendenci se ukládat v tukové tkáni, tudíž se

odbourává z těla velice pomalu. Po 4 až 8 dnech lze po vykouření jedné cigarety z marihuany prokázat 40 - 50 % THC. Po 30 dnech je to 10 - 20 %. Z tohoto je zřejmé, že při pravidelné konzumaci se látka hromadí v těle a přináší nepříznivé účinky na tělesné i duševní zdraví.

Göhlert a Kühn (2001, s. 52) doplňují, že marihuana se nejčastěji kouří s tabákem ve vlastnoručně stočených cigaretách. Těmto cigaretám se říká joint, nebo se také kouří v dýmkách či vlastnoručně vyrobených či zakoupených přístrojích, které se nazývají bong. Dále doplňují, že THC se prakticky ve vodě nerozpouští. Rozpouští se ale dobře v oleji, což znamená, že se dobře ukládá v tukových tkáních, tím je THC prokazatelné v moči ještě po měsíci až 90 dnech.

„Nejnovější teorie tvrdí, že THC ovlivňuje centrální nervový systém díky své vysoké slučivosti s lipidovými komponenty myelinu. Receptory, na něž se napojují aktivní základní látky kanabisu, jsou známy, doposud však nebyla identifikována látka produkovaná tělem, na kterou se vážou. Jisté je, že aktivní kanabisové složky jsou schopné obsadit receptory a vyřadit je z činnosti – a tak bránit činnosti přirozených neurotransmiterů.“ (Nožina, 1997, s. 35)

Presl (1994, s. 33) uvádí, že v ČR je pěstování konopí tradiční a z nepochopitelných důvodů se vždy tvrdilo, že konopí vypěstované u nás neobsahuje skoro žádné množství THC. Opak je pravdou.

Nožina (1997, s. 34) toto tvrzení potvrzuje a říká, že obsah účinného THC vypěstovaných v ČR je vysoký. Mýty o tom, že konopí vypěstované v ČR obsahuje nízké nebo minimální množství THC, jsou scestné a nepravdivé.

4.2 Marihuana u mladistvých

Göhlert a Kühn (2001, s. 52) upozorňují na to, že konopí je neprávem mezi mladými lidmi stále ještě posuzováno jako neškodná droga. Toto myšlení je podloženo také tím, že stále nejsou známy jednoznačné následky užívání konopí. Co však zřejmé je, je to, že konopí působí závislost a při chronickém užívání vede k tělesnému postižení.

Goodyer (2001, s. 64, 65) dodává, že není neobvyklé, že poprvé zkusí marihuanu děti již v devíti letech. Většina dětí a dospívajících kouření marihuany bere jako běžné a normální. Je také známé, že u této věkové skupiny je marihuana velice oblíbená, jelikož splňuje jejich potřeby. Jedná se o potřeby zapomenutí a zbavení se špatné nálady.

Göhlert a Kühn (2001, s. 54) říkají, že mladiství kuřáci marihuany jsou typičtí a nápadní tím, že jsou zcela bez motivace a ráno se nemohou dostat z postele. Také je zde viditelný úbytek kritičnosti, nápadná změna povahy osobnosti. Stále více je viditelné také sebezpozorování, soustředění na vlastní osobu a také odbourávání všech dřívějších sociálních kontaktů.

Goodyer (2001, s. 66) tvrdí, že rodičům dělá starosti především to, kdy fáze kouření marihuany nastává. Je to právě období, které je rozhodující pro vývoj dětí a jejich vzdělávání. Marihuana je především známá schopností snížené motivace. Pravidelné kouření má zásadní vliv na paměť a koncentraci a také se hůře zpracovávají informace a obtížněji se učí.

Nožina (1997, s. 35) upozorňuje, že psychotropní efekt je podmíněn mnoha okolnostmi, to se týká především prostředí a momentálního stavu uživatele. Pokud je droga užívána ve skupině adolescentů, většinou vyvolává pocity relaxace, rozjařenosti, pohody a také živější vnímání smyslových vjemů. Pokud adolescent není na látku zvyklý nebo je-li rozrušen, způsobuje marihuana nebezpečné změny v myšlení a způsobu vyjadřování a také přináší mnoho emocí a představ. Pokud je uživatel sám, může docházet k pocitům relaxace, otupělosti či netečnosti.

Presl (1994, s. 32) uvádí, že marihuana a její kouření je velice společenská událost, kouření o samotě či při čekání na tramvaj jako samotný jedinec, je velice neobvyklé.

U mladistvých jsou také někdy lákadlem k požití podle společnosti Sananim (2007, s. 155) afrodisiakální účinky, které jsou marihuane připisovány. Toto je ale mýtus, který byl vyvrácen, u chlapců sice dochází ke zvýšení chuti, bohužel schopnost erekce se nezvyšuje, ale naopak. U dívek dochází ke zvýšení apetitu, ale schopnost tento apetit uspokojit bývá snížena. Také kvalita sexuálního zážitku je naprosto jiná, než mladiství očekávají.

Goodyer (2001, s. 65) konstatuje, že si spousta dětí předepisuje na své deprese marihuanu. Díky schopnosti uvést člověka do stavu euforie, uvolnění, marihuana alespoň na chvíli dovolí nemyslet na pocity zlosti, oddálit problémy, zmírnit deprese a napětí, kterými trpí dnešní teenageři. Dalším důvodem oblíbenosti je také lehká dostupnost, nízká cena a fakt, že je zakázaná jí dává punc vzrušení a může být brána jako prostředek vzpoury.

Goodyer (2001, s. 65) dále říká, že chvíli tyto stavy nahrazení špatných stavů marihuanou mohou fungovat při zvládání depresí, ovšem je to známka volání po odborné pomoci.

4.2.1 Projevy intoxikace a její rizika

Borník (2001, s. 5, 6) uvádí, že účinek THC závisí na mnoha okolnostech, především na množství, na četnosti užívání, na způsobu užití a také na fyzických a psychických předpokladech uživatele. Účinky se projevují již v prvních minutách a přetrvávají 3 - 8 hodin. V případě inhalace je nástup rychlejší než po spolknutí. V případě spolknutí, sněžení se dostávají účinky pomaleji až po několika hodinách a uživatel hůře kontroluje účinky drogy. Hrozí zde riziko předávkování.

Nešpor a Csémy (1992, s. 51) zmiňují, že cigareta z marihuany obsahuje přibližně o polovinu více rakovinotvorných látek než tabák. Marihuana vyvolává psychickou a dokonce i fyzickou závislost. K velkým sociálním rizikům při užívání marihuany patří poruchy paměti, nezáměr, apatie a také podněcování sklону k násilnosti. Tato droga je nebezpečná pro osoby s vysokým krevním tlakem, nemocným srdcem nebo také pro psychicky labilní.

Presl (1994, s. 32) k tomuto uvádí, že marihuana sice obsahuje asi o 50 % více rakovinotvorných látek než tabák. Ovšem průměrný kuřák marihuany nevykouří to, co kuřák cigaret. Průměrný kuřák marihuany vykouří několik marihuanových cigaret týdně. Přitom kuřák, který vykouří 10 - 15 cigaret denně se vystavuje riziku rakoviny daleko více. Vše záleží na úhlu pohledu. Špatně zpracované informace z médií, které jsou předávány veřejnosti, mohou být velice nešťastné.

Na druhou stranu k tomuto také dodává Goodyer (2001, s. 65), že popularita marihuany roste díky tomu, že je to droga přírodní. Mladiství si myslí, že je přírodní, ale to cigarety také. Je možné, že kdyby lidé kouřili tolik cigaret z marihuany jako cigaret tabákových, měli by více problémů než po kouření tabákových cigaret.

Samozřejmě marihuana má bezesporu svá rizika, která nelze nevidět. Nešpor a Csémy (1992, s. 50) uvádí varovné známky užití marihuany. Za brzké známky užití marihuany se považují zarudlé oči, dále kašel, sucho v ústech, únava či nezáměr, zrychlený puls, bolesti na hrudi, kolísání nálad, podrážděnost, horší prospěch ve škole, snížená schopnost soustředit se, větší riziko úrazů a dopravních nehod, menší zájem o zevnějšek, hlad, pach po potu nebo po spálené trávě, chladné končetiny.

Z dlouhodobějšího užívání jsou známy především tyto příznaky podle Nešpora a Csémy (1992, s. 50), a to zhoršení paměti, především krátkodobá paměť, zhoršená obratnost, schopnost orientace v čase a prostoru je narušena, neochota přijmout zodpovědnost, zpomalený životní rytmus, ztráta kvalitních zájmů, záněty spojivky a hltanu, ztráta hodnot, celkové citové otupění, u žen nepravidelný menstruační cyklus u mužů neplodnost a nebezpečí poškození plodu u těhotných žen.

Dále podle tvrzení Göhlerta a Kühna (2001, s. 53) téměř všichni kuřáci marihuany trpí chronickou bronchitidou, je zde přibližně desetkrát větší riziko rakoviny ve srovnání s kouřením nikotinu.

Göhlert a Kühn (2001, s. 52) zmiňují, že marihuana povzbuzuje chuť k jídlu. Dále je typická veselá nálada a nekontrolovatelný smích a chichotání bez podkladu či spouštěče. Je zde možné prožívat několik neslučitelných pocitů naráz. Nebezpečím zde je, že při zvýšeném odhodlání riskovat se projevuje snížená kritičnost.

Presl (1994, s. 32) uvádí, že při opakující se intoxikaci se dosáhne očekávaného stavu rychleji a také bez nežádoucích vedlejších příznaků. Také je uvedena zvýšená nevolnost, pocity na zvracení až zvracení při kombinaci marihuany a alkoholu. Ovšem tato reakce je velice individuální.

Nejznámějším rizikem podle Göhlerta a Kühna (2001, s. 52) je výskyt psychických poruch, které se zvyšují při chronickém užívání. Myšlení ztrácí souvislost podobně jako u psychóz. Snižuje se zde pozornost a myšlení se stává zlomkovité, útržkovité. Dále se zde vyskytují poruchy vnímání, iluze a halucinace.

Illes (2002, s. 16) doplňuje také vytváření tzv. „flash back“, což je zpětný záblesk, různé depresivní stavy se mohou promítnout i po delší době abstinence.

Sananim (2007, s. 156) tvrdí, že marihuanu není vhodné kouřit ve chvílích, kdy člověk není v dobré psychické pohodě nebo mu nevyhovuje dané prostředí. Marihuana může prohloubit negativní pocity.

4.2.2 Marihuana jako jed

Organizace Sananim (2007, s. 156) uvádí, že u marihuany nemůžeme hovořit o fyzické závislosti a abstinčních příznacích v pravém slova smyslu. Psychická závislost zde bývá spojena s životním stylem dlouhodobých kuřáků a také se způsobem trávení času. Abstinence může vyvolat rozladěnost a změnu životního stylu, k čemuž je potřeba nemalé úsilí.

Göhlert a Kühn (2001, s. 53) tvrdí, že při otravách dochází k panickým úzkostným stavům, které doprovází paranoia či zmatenost, děje se tak především v neznámém prostředí a při velmi vysokých dávkách. V těchto situacích se mohou objevit i myšlenky na sebevraždu.

„Další projevy otravy jsou silné bolesti hlavy, nevolnost a zvracení. Bušení srdce, bizarní pohyby těla, epileptické záchvaty, křeče a náhlé pády. Nejhorším následkem předávkování je potlačení dechového centra šokem.“ (Göhlert a Kühn, 2001, s. 53)

Göhlert a Kühn (2001, s. 53) upozorňují na to, že nejhorším důsledkem dlouhodobého užívání je pravděpodobně rozklad velkého mozku a trvalé oslabení imunitního systému. Díky tomu se uživatel konopí může postupem času stát dementním.

„Obecně rozšířený názor, že užívání konopných drog je bezpečné, není zcela pravdivý. Vážnější komplikace ve smyslu například toxické psychózy jsou spíše vzácné. Jejich průběh bývá mírný, ale protahovaný, časté jsou dlouhodobé obtíže a ztráta kontaktu s realitou. Komplikace působí nemocným značné utrpení.“ (Organizace Sananim, 2007, s. 156)

Nešpor, Pernicová a Csémy (1999, s. 16) tvrdí, že marihuana bývá nebezpečnější duševně labilnějším osobám a může u nich vyvolat psychické poruchy. Tvrzení, že marihuana patří k průchozím drogám společně s cigaretami a tabákem potvrzují. Ale zdaleka to neznamená, že každý, kdo zkusí nebo kouří marihuanu, přejde k tvrdším drogám. Ovšem podle výzkumu Ladislava Csémy dospívající začínají kouřit kolem 12. roku, s alkoholem začínají rovněž tak a k marihuaně se dostávají později, a to kolem patnáctého roku, k tvrdším drogám obvykle pak v 16 letech.

4.2.3 Léčba a doporučení

„Prostá intoxikace nevyžaduje zpravidla specifickou léčbu. Výjimkou mohou být stavy po požití vysokých dávek. Účinky po perorálním požití se dostávají pomalu a nespokojený konzument se tak může relativně snadno předávkovat. Možnou komplikací bývají toxické psychózy. Léčba je symptomatická, včetně suportivní psychoterapie, klidné prostředí a může podle potřeby zahrnovat i anxiolytika. Drogy z konopí zvyšují tepovou frekvenci a mohou dekompenzovat srdeční onemocnění.“ (Nešpor, Csémy, 1996, s. 44)

Podle Nešpora a Csémy (1996, s. 44), nejsou tělesné a duševní potíže při vysazení marihuany úplně zanedbatelné. Je zde nechutenství, podrážděnost, neklid, třes nebo deprese. Dále se můžeme setkat s úzkostnými stavy. Léčba pomocí medikamentů není většinou nutností.

„Nejsou prostě drogy bez rizik a není jistě lepší cesta, jak se rizikům vyhnout – než drogy nebrat.“ (Presl, 1994, s. 32)

5 DROGOVÁ PROBLEMATIKA V ČR A ŠVÝCARSKU

Drogová politika je pro každou vládu, tudíž i pro vládu České republiky, nejobtížnějším tématem k uchopení a pro její tvorbu neexistují jasně dané rámce nebo účinné principy. Ovšem na základě dat lze určit vhodné principy pro uskutečňování vhodné a účinné protidrogové politiky. Vyvážená politika se odehrává mezi represí (redukcí nabídky drog) a léčebně preventivními přístupy (redukce poptávky po drogách), je zde nutné hledat společné kompromisy a řešení dané situace. Finanční prostředky se rovnoměrně rozdělují mezi tyto dvě odvětví. Drogová politika není politikou postavenou na ideologii nebo momentální politické poptávce, ale je politikou racionální, která vidí východiska v budoucnosti a ne teď a tady. (Akční plán realizace, online, cit. 2016-02-05, s. 3)

5.1 Akční plán

Akční plán realizace (online, cit. 2016-02-05, s. 5) je nástrojem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018, po tuto dobu budou zpracovány tři akční plány. Tato strategie 2010 – 2018 se v období devíti let zaměří na dosažení 4 hlavních cílů: snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi, snížit míru problémového a intenzivního užívání drog, snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost, snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi.

Pro tuto práci jsou hlavní tyto dva body:

Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi

Česká republika se podle Akčního plánu realizace (online, cit. 2016-02-05, s. 6) objevuje v evropských či světových žebříčcích a srovnávacích studiích na prvních místech. Jde především o konzumaci alkoholu, konopných a jiných drog. Můžeme však uvést, že ČR je v oblasti užívání drog stabilní a mezi mládeží dokonce klesající.

V roce 2011 podle studie ESPAD došlo poprvé k poklesu v případě konopných látek, jelikož se v čase snižuje dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek. Ovšem stále se ČR řadí v Evropě k zemím s nejvyšší mírou konzumace alkoholu, dále také nadměrného pití alkoholu a zkušeností s nelegálními drogami, a to především užívání konopných látek studenty. Je zde také vysoká dostupnost návykových látek. Subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu je v ČR mezi mladými lidmi na vysoké úrovni. Snižuje se přijatelnost kouření tabáku, přičemž přijatelnost konzumace alkoholu zůstává na vysoké úrovni, naopak se zvyšuje přijatelnost užívání konopných drog. (Akční plán realizace, online, cit. 2016-02-05, s. 6)

V září roku 2012 propukla série otrav z metanolu. Akční plán realizace (online, cit. 2016-02-05, s. 6) říká, že tato situace upozornila na dlouhodobé podceňování problémů spojených s existencí černého trhu s alkoholem a jeho užívání dospělo až k dočasné prohibici destilátů. Tato zkušenost

ukázala, že již nelze zavírat oči před škodlivostí alkoholu, že alkohol je společensky nebezpečnou drogou a je nutné, aby podléhal systémové kontrole stejně jako nelegální návykové látky.

Snížení dostupnosti drog zejména pro mladé lidi

Jak autorka zmínila výše, na vysoké úrovni zůstává podle Akčního plánu realizace (online, cit. 2016-02-05, s. 7, 8) subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, snižuje se dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek a poprvé v roce 2011 byl zaznamenán pokles v dostupnosti konopných látek. Bohužel v oblasti legálních drog se pořád ukazuje vysoká míra tolerance a nízká vymahatelnost v oblasti dostupnosti a užívání těchto látek mladistvými.

„Na snižování rizik užívání nelegálních návykových látek se v ČR podílí hustá síť nízkoprahových programů, která se v posledních letech významně nezměnila. Jedná se o služby prvního kontaktu s problémovými uživateli drog, proto je jejich úloha v systému služeb pro uživatele návykových látek klíčová a otázka udržitelnosti jejich dostupnosti a kvality by měla být prioritní. Specifickou výzvou pak je otázka rozšíření jejich působnosti i pro cílovou skupinu problémových uživatelů alkoholu, pro něž daný typ služeb v ČR prakticky zcela chybí.“ (Akční plán realizace, online, cit. 2016-02-05, s. 24)

K dosažení snížení dostupnosti drog pro mladé lidi v případě tabáku vedou podle Mravčíka a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 22) opatření, jako je zvýšení ceny tabákových výrobků, omezení reklamy a také fyzické dostupnosti tabáku, zavedení zdravotních varování a snížení marketingových prvků na obalech cigaret. Dále je to ochrana před tabákovým kouřem zejména ve vnitřních prostorách veřejných míst, včasná diagnostika, krátké intervence zaměřené na užívání tabáku, dostupnost a kvalita léčby závislosti na tabáku a podpora dalších služeb pro odvykání kouření.

Podle CIPRET-Vaud (online, cit. 2016-03-22, s. 4) je ve francouzsky mluvícím Švýcarsku masivní přítomnost reklamy, propagace a sponzorství tabákových výrobků. Velmi sofistikované marketingové techniky se používají a velmi překračují konvenční definici reklamy a tradičních reklamních technik. Výsledky ukazují, že mladí lidé jsou hlavním cílem reklamy na tabákové výrobky. To může být vidět na místech, kde jsou reklamy umístěny (blízko sladkostí a ve výšce dětských očí, inzerce hudebních festivalů, v barech navštěvovaných mladými lidmi atd.) Dále se jedná o předávání informací prostřednictvím cíleně manipulovaného slova, které má teenagera zaujmout např. o přestupcích, porušování zákonů, svobodě, úspěchu, hudbě. Jsou to také navrhované propagační činnosti (hry, soutěže, dárky atd.)

Tato forma marketingu je podle Vittoze (online, cit. 2016-03-11, s. 1, 2) cílená hlavně na mladistvé a adolescenty. Organizace pro prevenci zdraví a rada Švýcarska pro mladé lidi, chce tomuto zabránit díky úplnému zákazu tabákového marketingu. Dnešní náctiletí jsou potenciálními zákazníky zítřka. Analýza ukazuje, že trafiky jsou nejlepší pro prodej tabáku. Více než polovina trafik ve Švýcarsku propagovala reklamy na tabák. Dalších 39 % trafik mělo reklamu vedle cukrovinek a 35 % trafik mělo reklamu ve výši očí dětí, což znamená metr dvacet nebo níže. To ukazuje, že reklama na tabák chce přímočaře zamířit na dětské zákazníky.

Soudnost se vyvíjí podle Králíkové (zpravodajství, cit. 2016-03-11) kolem 15. roku, první cigaretu si v ČR zapálí lidé kolem 12. roku. Reklama se přesouvá na krabičky cigaret, aby zaujala mladé osoby, jako například krabičky ve tvaru rtěnky - zaměřeno na dívky atd. Podle směrnice EU, budou v roce 2016 v ČR zavedené odstrašující obrázky na krabičkách cigaret. Tyto obrázky zaberou dvě třetiny plochy, dalším krokem jsou jednotné krabičky, kde je značka vyznačena jen malým písmem, jak je tomu např. v Austrálii.

Pro mladé je těžké, jak uvádí Vittoz (online, cit. 2016-03-11, s. 1, 2), aby zůstali bez odezvy na reklamy, a aby přijali vědomé chování proti konzumaci tabáku. Jelikož jsou pořád zákeřně sváděni produkty, které jsou poukazovány jako dobré, bez rizik a špatných vlastností jako jsou cigarety. Forma a mluvený projev reklamy, tím přímo cílí na mladé lidi. Koncept toho, že kouření je cool, relax, super život apod. Reklama na tabák je hlavně v časopisech pro mladé.

„Bylo prokázáno, že reklama na alkohol a tabák ohrožuje zejména děti a dospívající a může vyvolat těžko ovladatelnou touhu po návykové látce u člověka, který je na alkoholu nebo tabáku závislý. Někteří pracovníci v médiích zaujímají také ve vztahu k návykovým látkám extrémní postoje nebo mají v této oblasti vlastní nevyřešené problémy. To se pak může projevat i ve způsobu jak tuto problematiku veřejně prezentují.“ (Nešpor a Dvořák, 1998, s. 54)

5.2 Současná drogová situace

Pokud jde o tabák, Kibora (online, cit. 2016-03-15) poukazuje na to, že mladí lidé, kteří pravidelně kouří, se mohou stát závislími na nikotinu již po třech týdnech. Lidé, kteří začali kouřit brzy, obvykle kouří déle, vystavují se chorobám, které by mohly být život ohrožující. Pokud jde o konopí, čím dříve začnou mladí lidé kouřit pravidelně ve velkých množstvích, tím těžší je přestat. Při pravidelném používání může mít konopí zejména negativní vliv na učení.

Dále Kibora (cit. 2016-03-15) doplňuje, že opatření na ochranu mládeže nejsou dostatečná, zejména pokud jsou mladí lidé ovlivněni dospělými. Za úkol pro celou společnost musí být považována prevence závislosti a užívání co nejméně psychoaktivních látek pro teenagery dneška a zítřka. Zdá se, že dnešní dospívající vyrůstají v prostředí, kde denní spotřeba tabáku nebo alkoholu vypadá jako "normální". Stojí za to investovat do preventivních opatření na podporu vzniku nových sociálních standardů, například omezením přístupu a snižováním atraktivity psychoaktivních látek.

Poslední aktuální zprávy výsledky studie ESPAD z roku 2011 podle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 11) ukázaly, že dlouhodobě zůstává na stejné úrovni zkušenost adolescentů s kouřením cigaret, také počet denních kuřáků zůstává na stejné úrovni. Za pozitivní se považuje mírný posun věku první zkušenosti s kouřením i věku pravidelného denního kouření. Kde se situace téměř nezměnila od poloviny devadesátých let, zůstává užívání alkoholických nápojů. Zde je potřeba vzít v úvahu, že pití alkoholu mezi dospívajícími zůstává závažným problémem. Co se týče nelegálních drog, nejvíce zkušeností mělo v roce 2011 s užitím konopných látek. V ČR mělo odhadem

alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou asi 234 tisíc osob ve věku 15 - 19 let, opakovanou zkušenost asi 100 tisíc osob.

Studie dále uvádí podle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 11), že zkušenost s nelegálními drogami mají adolescenti nejčastěji ve věku 15 let. Tudíž došlo k mírnému posunu první uvedené zkušenosti s užitím drogy do vyššího věku. Nejčastěji se adolescenti dostávají k droze přes své starší kamarády nebo díky skupině přátel. Nejvíce osob užívá drogy poprvé ze zvědavosti, chtějí se dostat do nálady nebo také zapomenout na starosti a také strach, že by stáli mimo partu.

Zarážející je podle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 12) že, alkohol a cigarety zůstávají dlouhodobě subjektivně vnímány jako velice dostupné látky i přesto, že se jedná o látky, které by měly být osobám mladším 18 let nepřístupné.

„Ve srovnání s evropským průměrem se ukázalo, že studenti v České republice oproti svým vrstevníkům z ostatních evropských zemí ve vyšší míře kouřili cigarety a konzumovali alkohol, a to i co se týče časté konzumace nadměrných dávek alkoholu. Nejvýznamnější rozdíl byl v případě užití konopných látek v životě, které v roce 2011 uvedlo 42 % českých studentů oproti 17 % studentů z celé Evropy.“ Chominová a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 13)

Kouřit alespoň jednou v životě zkusilo 75,2 % dotázaných studentů. (Chominová a kol., online, cit. 2016-02-05, s. 31) Z průzkumu vyplynulo podle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-10, s. 33), že první zkušenost mají děti nejčastěji již v 11 letech nebo i dříve. Kouření s denní frekvencí je nejčastěji ve věku 14 a 15 let. Častěji se stávali denními kuřáky chlapci, také častěji začali kouřit v nižším věku než dívky. Ohledně alkoholu, v životě alespoň jednou ochutnalo alkohol 97,9 % šestnáctiletých.

Průzkum HBSC podle Suchtmonitoring Sweiz (online, cit. 2016-03-18) uskutečněný v roce 2014, provedený mezi dospívajícími od 11 do 15 let ukazuje, že podíl kuřáků je ještě v 11 letech relativně nízký (0,6 % u chlapců, 0,1 % u dívek), ale ve věku do 15 let již dosáhl 11,9 % u chlapců do 15 let a 9,0 % u dívek v tomto věku. Téměř čtvrtina lidí ve věku 15 let kouří tabák ve Švýcarsku (17,3 % denně a 7,6 % příležitostně). Kuřáci vykouří v průměru 13,5 cigaret denně.

V ČR je nejoblíbenější nápoj u adolescentů pivo. Dále byly dle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-05, s. 34, 35) uvedeny destiláty. Toto zřejmě vyplývá z toho, že destiláty bývají často konzumovány s pivem. Narůstá také obliba pití tzv. alkopops, které se zaměřují na mladé konzumenty alkoholu.

Mezi nejčastěji uváděné modely spotřeby podle Suchtmonitoring Sweiz (online 2016-03-19) jsou sociální důvody (bavit se s ostatními, párty, atd.), také ve Švýcarsku uvedli pivo za nejoblíbenější nápoj mezi mladými lidmi do 15 let.

„Výsledky z poslední vlny studie ESPAD potvrdily, že nadměrná konzumace alkoholu a vysoký výskyt rizikových forem konzumace alkoholu jsou přetrvávajícím dlouhodobým závažným problémem, který by v kontextu jiných návykových rizik rozhodně neměl být opomíjen. Po určité stabilizaci trendů

v oblasti rizikové konzumace alkoholu v roce 2007 došlo v roce 2011 k opětovnému nárůstu.“ (Chominová a kol., online, cit. 2016-02-10, s. 39)

Výsledky aktuálního průzkumu Suchtmonitoring Sweiz (online, cit. 2016-03-19) ukazují, že u mladých lidí ve Švýcarsku je pokles konzumace alkoholu u mladších věkových skupin (11 - 15 let), což je trend, který bude muset být potvrzen v následujících průzkumech. Teenageři pijí a kouří méně často než před čtyřmi lety. Z hlediska prevence závislostí, tento pozitivní vývoj je příležitostí, povzbudit je v tomto směru a snížit počet konzumentů, kteří se vyvíjejí nebo upevňují problematické sociální vzorce.

V roce 2011 v ČR podle Chominové a kol. (online, cit. 2016-02-10, s. 47) kouřilo přibližně 140 tisíc adolescentů ve věku 15 - 19 let, z tohoto počtu bylo 44 tisíc silných kuřáků. Nadměrné dávky alkoholu pravidelně konzumovalo přibližně 115 tisíc dospívajících, z toho častou opilost uvedlo 23 tisíc. Ohledně nelegálních drog odhadem 234 tisíc adolescentů mělo zkušenost s nelegální drogou a její opakovanou zkušenost uvedlo 101 tisíc osob. Konopné látky užilo 229 tisíc dospívajících a opakovaně tak učinilo 97 tisíc osob.

Při porovnání Česka a Švýcarska v roce 2007, jelikož se v roce 2011 již Švýcarsko studie ESPAD neúčastnilo, vyplynulo v oblasti kouření 41 % kouřících adolescentů v ČR a 29 % ve Švýcarsku. Nebyly zde zřetelné rozdíly mezi ČR a Švýcarskem mezi adolescenty v průměrné spotřebě alkoholu. Nejvyšší výskyt zkušeností s užíváním konopných látek je v ČR 45 % a také ve Švýcarsku 33 %. (Csémy a kol., online, cit. 2016-02-10, s. 80 – 82)

Suchtmonitoring Sweiz (online, cit. 2016-03-20) zmiňuje, že konopí je zdaleka nejvíce zneužívaná látka mezi nedovolenými látkami ve Švýcarsku. Na základě výsledků šetření (2014), můžeme předpokládat, že téměř třetina švýcarské populace ve věku 15 a více let již vyzkoušela konopí (celoživotní prevalence: 31,5 %). Drtivá většina současných uživatelů konopí je ve věkové skupině do 35 let. Nejvyšší počty se nacházejí mezi 15 - 19 lety 9,4 % a mezi 20 - 24 lety s 8,8 % uživatelů.

Podle Mravčíka a kol. (online, cit. 2016-02-10, s. 4) je užívání nelegálních drog vyšší mezi mladými dospělými a muži ve věku 15 - 34 let. Nárůst byl zaznamenán především mezi adolescenty ve věku 15 - 19 let. Dále vyšší míru užití vykazují i určité skupiny jako mladí dospělí v prostředí noční zábavy nebo určité subkultury, kde se obliba legálních i nelegálních drog výrazně liší.

Suchtmonitoring Sweiz (online, cit. 2016-03-19) varuje, že při poklesu spotřeby ve Švýcarsku bychom neměli zapomínat, že osoby v tomto věku by neměly konzumovat alkohol, tabák nebo konopí. Jejich těla stále rostou, jsou náchylnější k poškození způsobené užíváním psychoaktivních látek. Nadbytkem alkoholu může například dojít k otravě alkoholem, školním problémům nebo násilí.

5.3 Prevence a její typy

Riesel (1999, s. 45) konstatuje, že v dnešní době již víme, že drogy nepřinášejí žádný užitek a neexistuje žádná bezpečná droga. Jediná účinná ochrana je taková, že se drog sami programově vzdáme. Je důležité, aby se všichni lidé spojili a snažili se o snížení poptávky po drogách a jejich dostupnosti. Drogy škodí jak jednotlivci, tak i společnosti a dosud nebyla vyvinuta a nejspíše ani nikdy nebude vyvinuta protilátka, která by nás ochránila od škodlivého účinku drogy. Z tohoto důvodu je včasná prevence daleko více efektivní, nežli pozdější léčba.

Typy prevence:

Primární prevencí podle Marádové (2006, s. 22) rozumíme veškeré aktivity, které mají předcházet problémům a dále pak následkům spojených s užíváním návykových látek a ostatními sociálně patologickými jevy. Jde především o minimalizaci dopadů a jejich rozšíření.

Heller a Pecinová (2011, s. 199) doplňují, že prvotním cílem primární prevence je především to, aby byla klientovi dostupná jak psychologicky, tak také po stránce finanční, tak z pohledu místního. Je důležité, aby tato prevence byla zacílená především na děti a mládež. Je považováno za nutné vytvořit nízkoprahovou a bezbariérovou komunikaci v případě prevence, poradenství či resocializačních opatření.

„Důraz je kladen zejména na specifickou primární prevenci tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj. Právě u této populační skupiny je třeba pomoci specifických preventivních programů předcházet nebo omezovat výskyt společensky nežádoucí chování. Jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických.“ (Marádová, 2006, s. 22)

Specifická primární prevence užívání návykových látek se zaměřuje především na koordinaci této prevence a dále na realizaci programů screeningu a včasnou intervenci problémů s užíváním alkoholu, konopných drog a dalších nelegálních drog. (Akční plán realizace, online, cit. 2016-02-03, s. 17)

Dále Marádová (2006, s. 22) popisuje **nespecifickou primární prevenci**, jako aktivity, které jsou neoddělitelnou součástí primární prevence. Jejím cílem je především rozvoj osobnosti, rozvoj nadání, sportovních a pohybových aktivit. Tyto programy, jako jsou např. volnočasové aktivity, jsou žádoucí, i když neexistují sociálně patologické jevy, tudíž by se měly rozvíjet a podporovat.

Heller a Pecinová (2011, s. 205) tvrdí, že ve vyspělých zemích se v současné době stávají alkohol, drogy a tabák znakem nemodernosti a neprosperity. Pokud chce být někdo úspěšný a moderní, žije aktivním a zdravým životním stylem. Prevence může být účinná a problémům s návykovými látkami se dá předcházet. Je však nutné, aby se mohli jedinci i skupiny ztotožnit

s nabídnutou filozofií preventivních programů i s těmi, kdo tyto programy nabízejí. Příkladem jsou preventivní programy na principu vrstevníků.

Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže dle Marádové (2006, s. 22) probíhá v oblastech násilí a šikanování, záškoláctví, kriminality, delikvence, vandalismu, ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže, xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu, užívání návykových látek včetně opomíjeného alkoholu a kouření, netolismu a patologického hráčství, komerčního sexuálního zneužívání dětí, syndromu týraných a zneužívaných dětí.

Marádová (2006, s. 23) uvádí **sekundární prevenci**, kde jde především o včasnou intervenci, poradenství a léčení u osob, kde je vhodné předcházet vzniku, či u kterých přetrvává problémové užívání.

„Terciární prevenci se rozumí předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci rizik u neabstijnících uživatelů.“ (Marádová, 2006, s. 23)

McGrath (2007, s. 14, 15) dále rozlišuje prevenci ve třech stupních:

Všeobecná prevence má za cíl se zaměřit na celou populaci, např. celé obyvatelstvo, jednotlivé země, či konkrétní školu, městskou čtvrť apod. Tato prevence má přinést užitek každému jednotlivému členovi dané populace. Klade si za cíl působit na mladé lidi tak, aby předcházeli užívání nelegálních návykových látek. Jako příklad můžeme uvést školní protidrogový program, který je součástí učebních osnov.

Selektivní prevence je prevence výběrová, která se zaměřuje na určité skupiny v populaci, především na ty, u kterých hrozí vyšší riziko rozvoje užívání drog. Toto riziko je určeno biologickými, psychologickými, sociálními a environmentálními faktory. Jako příklad můžeme uvést mimo školní program pro děti, které mají problémy s chováním.

Prevence, která se zaměřuje na jedince, u kterého se předpokládá rozvoj užívání drog, se nazývá **indikovaná prevence**. Vyhodnocování míry rizika se uskutečňuje díky programům indikované prevence. Příkladem je intervence určená ke snížení konzumace konopných drog u neproblémových uživatelů.

Dále Akční plán realizace (online, cit. 2016-02-03, s. 9) doplňuje **environmentální prevenci** jako čtvrtý pilíř prevence. Hovoří zde o správném nastavení postojů veřejnosti, faktorů prostředí, nastavení práce. Tato souhra může přispět k preventivním opatřením a ke změně postojů veřejnosti. Uplatňují se zde regulační a legislativní opatření a taktéž cílené informační kampaně.

5.3.1 Principy prevence

Dále k účinným primárním opatřením a omezením patří podle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 48, 49) zákaz výroby některých drog, zvláštní předpisy při užívání některých látek, dále pak cenová regulace, která patří u dětí i dospělých k nejučinnějším intervencím. Toto platí jak pro tabák, alkohol

ale také pro jiné návykové látky. Omezení platí také pro užívání návykové látky ohrožující jednotlivce i okolí. Jde např. o řízení automobilu, při fotbalových zápasech či výkonu povolání. V zahraničí se setkáváme s omezováním doby prodeje alkoholu jako tomu je ve Švýcarsku, po 21. hodině zde neprodávají alkohol v obchodech nebo večerkách. Dále vydávání licencí na prodej alkoholu, zákaz prodeje alkoholu opilým nebo zákaz opilosti na veřejnosti.

Podle Mravčíka a kol. (online, cit. 2016-02-04, 2015, s. 7) jsou preventivní a informační kampaně zaměřeny na prevenci a redukci kouření, prevenci řízení vozidel pod vlivem návykových látek a prevenci pití alkoholu mladistvými. Stoupá také počet kampaní zaměřených na nelegální drogy.

Nešpor a Dvořák (1998, s. 48) konstatují, že ke snižování dostupnosti návykových látek patří věkové omezení, což pro Českou republiku znamená omezení, od kdy lze alkohol v ČR kupovat, tedy od 18 let. Věkové omezení užívání alkoholu a tabáku je pro primární prevenci zásadně důležité. Čím mladší organismus, tím rychleji se tvoří závislost. Kromě toho lze říci, že alkohol a tabák jsou průchozími drogami.

Borešová (2009, online, cit. 2016-02-03, s. 18) uvádí, že ve Švýcarsku je tato situace odlišná, od 16 let je povoleno kupovat pivo, víno a mošt a některé další společenské nápoje. Lihoviny mohou kupovat osoby nad 18 let věku. Tato hranice 16 - 18 let se liší kanton od kantonu, platí to pro lihoviny a nápoje se základem z destilátů. Švýcarsko zakazuje nezletilým osobám kupovat alkohol, ovšem neexistuje žádné věkové omezení na konzumaci alkoholu.

Snižování poptávky po návykových látkách lze zjednodušeně popsat dle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 49), že cílem snižování poptávky po drogách je to, aby mladiství neměli o alkohol a drogy zájem, nebo aby tento zájem byl co nejmenší.

Borešová (2009, online, cit. 2016-02-03, s. 2) doplňuje, že na alkoholismus a jiné látkové závislosti jsou v dnešní době vynaloženy v evropských zemích daleko nižší finanční prostředky než na ostatní zdravotnické problémy. Tento problém tkví v krátkodobém ekonomickém efektu. Alkohol je pro velmi nízkou výrobní cenu a vysokou daň zdrojem státních příjmů. Tímto se návykové látky prosazují do životního stylu a trávení času mladistvých.

Nešpor a Dvořák (1998, s. 52) konstatují, že účinnost prevence vzrůstá, pokud je dospívající ovlivňován a je na něj působeno vzájemným souladem z více stran. Toto komplexní působení nazývají příhodným názvem „prevence založená ve společnosti“. Tento systém prevence zahrnuje rodinu, učitele, lékaře, ambulantní a lůžková oddělení, pedagogicko-psychologické poradny, místní správu, připravené vrstevníky, sdělovací prostředky aj. Je zde důležitá komunikace a celková propojenost a sladěnost těchto systémů. Toto je náročná, dlouhodobá práce, která vyžaduje jak organizační schopnosti tak nadšení daných složek.

„Aktivity protidrogové politiky v oblasti prevence by se měly zaměřit na implementaci ověřených a evaluovaných programů protidrogové prevence do škol. Důraz by měl být kladen na zavedení metod screeningu a včasné intervence do praxe v různých systémech a prostředích (školy,

lékaři, sociální služby) a na zavedení specifických intervencí pro cílovou skupinu intenzivních uživatelů konopí. V české společnosti převládá vysoká tolerance ke kouření tabáku, konzumaci alkoholu a zvyšuje se přijatelnost užívání konopných látek.“ (Akční plán realizace, online, cit. 2016-02-03, s. 9)

Zastrašování a pouze prosté informace nemají podle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 52) dlouhodobý pozitivní účinek, naproti tomu na snižování poptávky po psychoaktivních látkách má pozitivní vliv také léčba, a to především pokud je poskytnuta včas.

5.4 Léčba

Podle Göhlerta a Kühna (2001, s. 104) v České republice je již dobře zavedený systém nabídek pomoci. Tato síť zahrnuje poradny, psychoterapeuty či stacionární zařízení a dlouhodobé drogové terapie. Pojem terapie zahrnuje léčení drogově závislých klientů, které může trvat v podobě rehabilitací přes jeden až dva roky.

Heller a Pecinovská (2011, s. 121) říkají, že pokud dítě, nezletilý či adolescent ztrácí schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpět a ze zneužívání se rozvine chorobná závislost, přichází na řadu léčba. Léčba nevede k odstranění poruchy, která způsobuje změnu v kontrole či odstranění vnitřní spřízněnosti organismu s drogou. Nejedná se o vyléčení chorobného stavu, tedy návratu do stavu před vznikem choroby, ale dosahuje pouze uzdravení, tedy způsobuje vymizení chorobných příznaků.

Práce poradce, jak zmiňují Göhlert a Kühn (2001, s. 105) je přizpůsobena potřebám klientům. Poradce pomáhá klientovi s každodenními problémy a pomáhá jim zprostředkovávat místo pro terapii. Jsou nápomocni také při problémech s policií, soudy, (u mladistvých četný jev) či styku s úřady.

Heller a Pecinovská (2011, s. 121) upozorňují na to, že u závislých osob chybí velmi důležitý předpoklad pro začátek i úspěšné ukončení léčby a tím je náhled choroby, náhled nutnosti léčby a s tímto spojený i náhled na vhodnou léčbu.

Někdy ovšem podle Göhlerta a Kühna (2001, s. 105, 106) adolescent zjistí sám, že se bez cizí pomoci neobejde a závislost nezvládne. Proto některé poradny mají otevřeno celých 24 hodin denně. Poradna mu poté poskytne vhodnou léčbu.

Nešpor a Csémy (1996, s. 160) uvádějí, že u dětí může časná intervence probíhat například v pedagogicko-psychologických poradnách, či psychiatrické nebo tělesné vyšetření u dětského lékaře. Další příležitostí mohou být linky důvěry nebo centra krizové intervence. Je ovšem také důležité věnovat se otázkám životního stylu a volbě přátel.

Hajný (2001, s. 105) považuje za nutné, aby terapie byla zvolena včas. Jelikož adolescenti mají sníženou motivaci v situaci závislosti. Někdy o léčbě nelze uvažovat, ovšem zachytit rozhodnutí klienta jít se léčit je prioritou. Léčba by měla být efektivní a zaměřovat se na celou síť problémů, nejen na samotné užívání drogy, jako jsou problémy zdravotní, psychologické, sociální, studijní apod. Pro kladný výsledek je také rozhodující doba trvání léčby.

Léčbě by mělo podle Nešpora a Csémy (1996, s. 160) předcházet důkladné vyšetření a vytvořit léčebný plán pro každého individuálního klienta. Tento plán je vhodný konzultovat s rodiči. Rodinná terapie s rodiči má velký význam. Rodiče by si měli uvědomit, že láska a pochopení jsou důležité, ale také cílevědomost a dostatečný důraz a především aktivní spolupráce při léčení. Je zde vhodné trávit více času s adolescenty, především v začátcích abstinence.

Jak tvrdí Hajný (2001, s. 105) terapie nemusí být zcela dobrovolná. Tlak ze strany rodiny, školy, či partnera může zpočátku nerozhodnému adolescentovi pomoci. Ovšem svobodné rozhodnutí léčit se a vyléčit se přichází až později v procesu terapie.

Nešpor a Dvořák (1998, s. 57) doplňují, že dobrovolná léčba je nejčastější forma. Upozorňují ale, že existuje i nedobrovolná psychiatrická léčba u osob, které jsou v důsledku duševní nemoci nebezpečné sobě či svému okolí.

„Terapeut má rozhodnout, zda u daného jedince lze vůbec reálně počítat s dobrovolnou abstinencí od drogy. Rozhoduje se na základě přesné diagnózy, na základě dobré znalosti závislosti, jejího rozvoje, charakteru a stupně. Na základě znalosti zneužívaných drog, znalosti osobnosti postiženého, jeho meziosobních vztahů a sociálního postavení.“ Skálová a kol. (online, cit. 2016-02-04, s. 20)

Během léčby, jak podotýká Hajný (2001, s. 106), je nutné pravidelně kontrolovat přítomnost drog v těle. V prvotních fázích, kdy musí být tělo zcela očištěno od návykových látek, se důvěra ke klientovi navozuje při testování špatně, adolescent by měl pochopit, že kontroly nejsou z důvodu nedůvěry, ale z důvodu profesionality a nutnosti kontroly. Terapeutický program by měl také poskytnout nebo zprostředkovat vyšetření týkající se HIV, žloutenky a dalších infekčních nemocí.

Úkolem léčby, jak zmiňují Nešpor a Csémy (1996, s. 160) je u závislých dospívajících dohnat opoždění v sociálních dovednostech, studijních návycích a emočním vývoji. Jde především o zdravé prosazování, nácvik komunikačních dovedností, asertivní trénink, zvládání negativních emocí atd. Je dobré zaměřit se na kvalitní trávení volného času, které zvyšuje naději na úspěšnost léčby.

„Sebevědomí adolescentních pacientů bývá často otřeseno mimo jiné i v důsledku selhávání v různých oblastech života. I když terapeut spolu s rodinou vyvíjí určitý tlak ke změně, zároveň by se měl vyhnout zbytečným střetům a umět ocenit byť i jen počátek nebo náznak změny k lepšímu. Slova jako alkoholik, toxikoman apod. je lépe zejména před dospívajícími pacienty zásadně nepoužívat.“ (Nešpor a Csémy, 1996, s. 161)

5.4.1 Formy léčby

Psychoterapie u dospívajících, jak zmiňuje Nešpor a Csémy (1996, s. 161) bývá podstatnou složkou léčby. Nevyzrálость dospívajících vyžaduje připravenost na skupinovou práci a je vhodné ji doplňovat podle potřeby individuálními kontakty s terapeutem.

Terapii Hajný (2001, s. 105) dělí na dvě základní metody, a to na individuální poradenství nebo psychoterapie a skupinová terapie. Při léčbě je také nutná spolupráce dalších odborníků.

Formy léčby dělíme dle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 56) na ambulantní léčbu a ústavní léčbu. **Ambulantní léčbu** může provádět dětský nebo dorostový lékař, psychiatr, kontaktní centra nebo odborné poradny.

„Úspěšnost ambulantní léčby nelze očekávat a indikovat, jestliže: - není dobře a přesně známa diagnóza v celém rozsahu - jde o závislost na droze, u níž jsou abstinční příznaky natolik výrazné, že by mohly trvale ohrozit zdraví a život postiženého, - jde o jedince, jehož osobnost není rozvinuta natolik, aby umožňovala motivovanou a spontánní spolupráci při odvykání - meziosobní vztahy a sociální situace postiženého nejsou takové, aby mu abstinenci neztěžovaly anebo neznemožňovaly.“ Skálová a kol. (online, cit. 2016-02-04, s. 20)

Podle Skálové a kol. (online, cit. 2016-02-04, s. 21) se ambulantní léčba provádí u pacienta, u kterého je započata motivace k léčbě a jejímu dokončení, dále pak u pacienta, který dobře spolupracuje a je orientovaný ve stavu své choroby. Dále je přínosné, pokud si pacient uvědomuje nebezpečí abúzu, které mu případně hrozí, a má snahu se do budoucna těmto stavům vyhnout. Můžeme očekávat úspěch, pokud se v okolí adolescenta, který užívá drogy, nachází osoby ochotné ho v léčbě podporovat. Je zde důležité zjistit hodnoty adolescenta a jaké postavení v těchto hodnotách zaujímají pro něj drogy. Pokud zjistíme vazby k jiným hodnotám, je dobré je využít na začátku léčby.

Ústavní léčba podle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 56) zahrnuje:

Detoxifikace a krátkodobá léčba, která zajišťuje zbavení se drogy ven z těla, překonání odvykacích potíží, posouzení daného stavu a navrhnutí dalších postupů. Tato fáze trvá 3 dny až 3 týdny.

„Detoxifikace je pouze prvním krokem k léčbě a sama může změnit jen velmi málo. Detoxifikace je krátkodobá hospitalizace, během níž se řeší možné tělesné či vážné psychické problémy způsobené abstinčním syndromem. Po zvládnutí těchto akutních obtíží musí následovat delší léčba-obvykle pobytová (hospitalizace).“ Hajný (2001, s. 105)

Střednědobá léčba umožní adolescentovi podle Nešpora a Dvořáka (1998, s. 56) stabilizaci stavu. Jsou zde vytvářeny předpoklady pro následnou ambulantní péči. Tato fáze trvá přibližně 3 týdny až 6 měsíců.

Dlouhodobá léčba se odehrává, jak říká Nešpor a Dvořák (1998, s. 56) často v terapeutické komunitě po jeden rok i déle. Je vhodná tam, kde byly předchozí formy ústavní léčby nedostatečné, nebo u pokročilejších forem závislostí nebo u osob v tíživé životní situaci s neexistující či nevyhovující sítí sociálních vztahů.

Dále Hajný (2001, s. 106) upozorňuje, že závislost není krátkodobým procesem, může zahrnovat jednorázové či opakované selhání a někdy bohužel vyžaduje opakované zařazení do terapie.

Jak doplňuje Marádová (2006, s. 8) léčba je nekončící etapou a bojem po celý život. Úspěšná léčba se odvíjí od tak důležité motivace, osobního nasazení a také respektováním omylu, kterým droga na samém začátku bezpochybně byla.

Cílem léčby je dle Skálové a kol. (online, cit. 2016-02-04, s. 20) úplná a trvalá abstinence závislého v současnosti. Dalším cílem je prevence abúzu do budoucna. Pokud jsou splněny tyto dva hlavní cíle, můžeme léčbu označit za úspěšnou. Považuje se za nutné získat náhled na minulou psychopatologii a obnovit narušené meziosobní vztahy, a to zejména v rodině. Adolescent, u kterého byla zjištěna závislost, by měl být dispenzarizován, a to z důvodu, aby nepodlehл svodům prostředí, v němž se vyskytují farmakologicky účinné látky. Adolescent musí být zbaven možnosti opatřit si drogy, na kterých je závislý, ale také na kterých by mohl být.

„V léčbě dospívajících se používají podobné postupy jako u dospělých např. rodinná terapie, motivační trénink, kognitivně-behaviorální postupy, terapeutické kontrakty, vytváření bezpečnější sítě sociálních vztahů, k realitě orientovaná terapie, relaxační a jógové techniky. Dospívající mívají v oblibě arteterapii. Měli by se naučit se emočně přeladovat dostatečně intenzivní tělesnou aktivitou.“ (Nešpor a Csémy, 1996, s. 161)

5.4.2 Internetová léčba

Podle tvrzení Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (2012, s. 16, 17) můžeme vzhledem k výhodám zaznamenat vznik internetové intervence po celém světě. Její úspěch můžeme přiřadit její koncepci, délce trvání, způsobů komunikace, formě realizace apod. Většina těchto intervencí je založena na kognitivně-behaviorální terapii a psychoedukaci a u většiny z nich již také byla prokázána jejich účinnost.

U této intervence (Tamtéž, s. 17) je cílem nabízet služby určitým populacím, které jinak nedosáhnou na tradiční poradenské služby a léčebná zařízení. Přesto je léčba přes internet jako taková stále v počátcích.

„Internetové intervence zaměřené na alkohol a kouření začaly vznikat ani ne před deseti lety. Atraktivním prvkem této intervence zacílených na uživatele nelegálních drog může být právě jejich snadná dostupnost, neboť většina uživatelů drog má přístup k internetu. Vyšší míra je mezi mladými dospělými, což je populace, která se současně vyznačuje vyšší mírou využívání internetu.“ (Tamtéž, s. 18, 19)

Zůstává nepodchyceno (Tamtéž, s. 20) velké množství problémových uživatelů konopí, kteří se ostýchají kontaktovat tradiční léčebná střediska. Zde je nutno podotknout, že Evropa nemá dostatek služeb pro mladé, sociálně integrované problémové uživatele konopí.

„Je zde tedy značný potenciál pro internetové programy v oblasti snižování rizik a prevence, které by se zaměřovaly na populace mladých lidí.“ (Tamtéž, s. 20)

6 KOMPARATIVNÍ MEZINÁRODNÍ STUDIE PŘÍSTUPŮ, METOD, FOREM A PROGRAMŮ PRO ADOLESCENTNÍ OSOBY ZÁVISLÉ NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH

Tato kapitola se zabývá odbornými zařízeními pomáhajícími mladistvým, adolescentům nebo dospívajícím osobám, které mají problémy s psychoaktivními látkami. V předchozích kapitolách byl předložen text, který upozorňuje na drogovou problematiku a situaci ohledně drog u mladistvých v ČR a Švýcarsku. Dále byly uvedeny kapitoly o jednotlivých drogách, prevenci a léčbě.

Tyto kapitoly dotváří praktická část, která se v první řadě věnuje odborným zařízením v České republice, a to konkrétně významu dětské ambulance Apolinář a jejími zkušenostmi s pilotním provozem. Dále je podrobně popsáno pracoviště a smysl práce Dětského a dorostového detoxikačního centra. Třetím zařízením, které je uvedeno v této práci, je Centrum pro závislé na tabáku, kam mohou mladiství přijít s problémy s odvykáním kouření.

Ve Švýcarsku bylo vybráno zařízení Fondation Officielle de Jeunesse - Toucan, které pomáhá adolescentům k autonomii, socializaci a odpovědnosti při problémech s psychoaktivními látkami. Jako druhý zástupce bylo vybráno zařízení Maison de l'Ancre, které se snaží pomoci osobám závislým na alkoholu. Posledním zařízením je Carrefour Addiction - CIPRET, které se zabývá prevencí kouření. Důležitým prvkem průzkumu je dotazník, který dokresluje celou diplomovou práci.

Vymezení problémů a úkolů průzkumu

Úkol 1 – Popsat jednotlivá zařízení a odpovědět na otázku, jaká je jejich úroveň a udělat komparaci zařízení v ČR a Švýcarsku

Úkol 2 – Ověřit, zda jsou alkohol, tabák a marihuana více zneužívané drogy adolescenty v ČR než ve Švýcarsku

Úkol 3 – Potvrdit, že adolescenti mají pozitivní vztah k návykovým látkám (tabák, alkohol, marihuana)

Úkol 4 – Ověřit, že ve Švýcarsku ani v ČR není pro adolescenty těžké si tabák, alkohol či marihuanu opatřit

Úkol 5 – Porovnat, zda první zkušenost s drogou mají čeští adolescenti dříve než adolescenti ve Švýcarsku

Úkol 6 – Zjistit, zda mladiství a adolescenti v dnešní době zneužívají alkohol, tabák a marihuanu z toho důvodu, že nemají perspektivní využití volného času

Úkol 7 – Ověřit, zda ve Švýcarsku mají větší důraz na prevenci než v ČR

Cíle průzkumu

Cílem tohoto průzkumu je zjistit možnosti českých a švýcarských zařízení pro cílovou skupinu osob. Tedy pro mladistvé a adolescenty, kteří experimentují či mají problém s návykovými látkami, nebo ty, kteří jsou již závislí na psychoaktivních látkách. Dále je cílem porovnat tyto služby a ověřit, jak na tom daná země je ohledně nabídky služeb a konkrétních možností pro tuto cílovou skupinu.

Cílem dotazníkového šetření je zjistit aktuální informace o současné situaci pomocí vybrané průzkumné metody. Dotazník zjišťuje současnou situaci mladistvých ve vztahu k psychoaktivním látkám, zkušenost s drogami, první užití drogy, možnosti získání drogy, znalost prevence atd.

Metody průzkumu

Podklady pro praktickou část práce autorka získala prostřednictvím osobních **rozhovorů** se zaměstnanci a odborníky daného pracoviště, a to konkrétně s paní Mgr. Lenkou Šťastnou, Ph.D. za dětskou ambulanci Apolinář, s panem primářem Dětského a dorostového detoxikačního centra MUDr. Marianem Korandou a se sociálním pracovníkem panem Martinem Triebeneklem. Za Centrum pro závislé na tabáku s paní MUDr. Evou Králíkovou CSc. V zařízení ve Švýcarsku byla možnost setkat se s pedagogickým vedoucím v zařízení Le Toucan s panem Sébastienem Roux, v Maison de l'Ancre s paní Eve-Marie Bosshard a v zařízení Carrefour Addiction s tabakologem s paní Corinne Wahl.

Dále bylo využito osobního navštívení všech uvedených zařízení a provedeno **pozorování** pracoviště. Také byly nastudovány interní materiály daného pracoviště a provedena **analýza dokumentů a textů**. S laskavým svolením zařízení byly zmíněné dokumenty použity v této diplomové práci. V neposlední řadě zde byly zařazeny informace z internetových stránek konkrétních zařízení.

V průzkumu je použita metoda **dotazníkového šetření**. Dotazník byl vytvořen jak v papírové podobě, tak v online verzi přes Google dokumenty. Byl vytvořen jak v české, tak ve francouzské verzi.

Metodika

Průzkum probíhal od srpna 2015 do ledna 2016. Nejprve byl proveden předvýzkum dotazníkového šetření na 20 adolescentech v ČR. Tento předvýzkum sloužil k ověření správného postupu, metod a nástrojů sběru dat na zkoumaném vzorku respondentů. Dotazník byl testován na svou logičnost, formulaci otázek a svou náročnost. V srpnu a září 2015 bylo provedeno šetření ve švýcarských zařízeních v Ženevě a byly rozdány a rozeslány dotazníky účelově vybranému vzorku respondentů. V říjnu a listopadu 2015 byly rozdány a poslány dotazníky v Praze. Adolescenti byli osloveni buď osobně (face to face) nebo jim byl zaslán dotazník ve formě internetového odkazu. Autorka v průběhu listopadu a prosince navštívila zařízení v Praze. Výsledky a zpracování jak informací o zařízení, tak odpovědi na dotazník byly zpracovány od ledna do dubna v roce 2016. Dotazník se skládá ze 32 otázek a obsahuje jak uzavřené, tak otevřené otázky. V pokynech pro vyplnění dotazníku je uvedeno sdělení, že dotazník je zcela anonymní.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Zařízení byla vybrána podle kritérií, zda přijímají mladistvé a adolescenty a zda pracují se závislostí na psychoaktivních látkách jako je alkohol, tabák či marihuana. Záměrným výběrem byli vybráni do dotazníkového šetření dospívající a adolescenti ve věku od 13 do 22 let jak v Ženevě, tak v Praze. Byly kontaktovány osoby, podle daných kritérií. Podmínky výběru byly stanoveny tak, aby respondenti tvořili reprezentativní vzorek osob mladistvých a adolescentních dětí. Celkový počet respondentů po odstranění chybných dotazníků je 118 osob.

6.1 Ambulance Apolinář

Ambulance Apolinář, jak zmiňuje Namyslovová (online, cit. 2016-11-03, s. 2), je v provozu od července roku 2014. Je to jediná ambulance dětské a dorostové adiktologie v ČR, která má statut zdravotnického zařízení.

Podle Miovskeho (online, cit. 2016-02-27, s. 2, 3) se u adiktologické poradny nabízí nutné řešení problému, kdy není jasné vymezení věkem v adiktologických službách a také řešení koncepčního nastavení sítě adiktologických služeb. Je zde také nutné využití získané role adiktologa a možnost komplexního nastavení péče. Dalším úskalím je nárůst problémů bez adekvátní odezvy v systému péče, jejím obsahu, zabezpečení či dostupnosti, a to již od nejmenších dětí z rodin uživatelů až po děti z ústavní výchovy. Dále je zde otázka nedostupnosti mezioborové péče o tyto děti – pedopsychiatr, adiktolog, dětský psycholog a sociální a právní oblast.

Analýza potřeb v oblasti dětské péče probíhala, jak uvádí Miovský (online, cit. 2016-02-27, s. 4, 5), za pomoci zafinancování hl. města Prahy díky malé úzce zaměřené studii pro zjištění potřebnosti dětské péče v této oblasti. Tato studie probíhala v roce 2012 - 2013. Cílem pilotního projektu je zmapovat potřebnost zdravotní péče pro děti do 15 let a děti v dorosteneckém věku 15 - 18 let v oboru adiktologie na území Prahy a Středočeského kraje. Dále pak posoudit reálnou potřebu takto specifické péče v Praze a vydefinování jejího charakteru, což znamená předložení koncepční rozvahy, která vychází z výsledků studie.

Úkolem bylo posoudit potřebnost specializované adiktologické péče o děti a dorost. Z výsledků kvalitativní studie vyšlo najevo, že zde chybí komplexní péče o děti s danou problematikou a je zde absence rezidenčního i ambulantního typu zařízení pro děti do 15 let. (Tamtéž, s. 6)

Dalším velkým problémem je dosavadní nemožnost zachytit rizikové skupiny dětí včas, je zde nutná včasná diagnostika a intervence. Je zde také návrh se zaměřením pozornosti na ambulantní léčbu dětí s prvními problémy s alkoholem. Tímto se začne působit na zlehčování výskytu opilosti u dětí, návštěv barů a celkové společenské toleranci k alkoholu v ČR. (Tamtéž, s. 6)

Hlavní požadavek dává Miovský (online, cit. 2016-02-27, s. 6) na kvalitní péči, která závisí na zkušeném a profesionálním týmu, který by pokryl reálně všechny klíčové odbornosti.

Složení týmu ambulance Apolinář je adiktolog, sociální pracovník, klinický psycholog a psycholog ve zdravotnických službách, dětský psychiatr a zdravotní sestra. (Namyslovová, online, cit. 2016-11-03, s. 12)

Odborníci podle Miovskeho (online, cit. 2016-02-27, s. 7) deklarují velký zájem o spolupráci se specializovaným ambulancním pracovištěm, pokud by bylo k dispozici. Navrhují formu denního stacionáře nebo specializované ambulancní zařízení, podmínkou je zachování školní docházky a udržení kontaktu, edukace a spolupráce s rodinou.

Doporučení ohledně potřebnosti zvýšení lůžkové kapacity v oblasti zdravotní adiktologické péče se v Praze nejeví jako akutní. Zde by se muselo jednat o vysoce specializovaný typ krátkodobého pobytu řešícího krátkodobé krize v kombinaci se zdravotními a sociálními problémy. Muselo by se také jednat o programy navazující komunitní péče. (Tamtéž s. 8)

Stěžejním zjištěním je potvrzení akutní potřebnosti zabezpečit specializovanou adiktologickou ambulancní a intenzivní ambulancní péči pro děti a dorost. Jedná se o dnešní koncept adiktologické ambulance, kde je posílena lékařská část s navazujícími stacionárními programy, tedy denní a odpolední stacionář. (Tamtéž, s. 8)

Pilotní projekt byl podpořený VZP v roce 2014 - 2015. Cílem projektu je ověřit model péče, management řízení tohoto typu péče, potřebnost, průběh a výsledky. Ve VFN vznikl na klinice adiktologie za tímto účelem nový ambulancní provoz umístěný v budově Na Bojišti 1. Provoz má doplnit stávající detoxifikační oddělení v nemocnici Pod Petřínem a vytvořit s ním kohezní celek. V případě úspěšného fungování je šance etablovat do koncepce systému péče specifický typ adiktologické ambulance, který by mohl v budoucnu být dostupný v každém krajském městě. (Tamtéž, s. 9)

Prvotním pilířem je víceprahová ambulance, která minimalizuje rizika a škody až po zdravotní a sociální výkony charakteristické pro ambulancní péči. Druhý pilíř se týká denního a odpoledního stacionáře, ovšem z důvodu pozvolného provozu ambulance a nutnosti potřebného počtu pacientů pro skupinové programy je tento pilíř prozatím odložen. Třetí pilíř je tvořen v podobě práce s rodinami a zajištění zázemí pro terapii. (Tamtéž, s. 10)

Cílová skupina

Namyslovová (online, cit. 2015-11-03, s. 10) definuje jako cílovou skupinu děti a mladistvé do 19 let, kteří se potýkají s problémy s návykovými látkami, nebo nelátkovou závislostí (gambling). Dále je zahrnuto do programu poradenství pro rodiče. Zařízení vyžaduje souhlas zákonného zástupce a do péče se při vstupu nelze přihlásit jako anonymní člen.

Dále doplňuje Miovský (online, cit. 2016-02-27, s. 11) těhotné uživatelky, ranou adiktologickou péči pro děti uživatelů, která zahrnuje screening a podpůrnou práci s rodiči a podchycení rodiny. Dále se jedná o postnatální specifickou péči u dětí uživatelů s diagnostikovaným postižením (FAS, kognitivní deficity, sensation seeking, poruchy vztahové vazby atd.). Děti pravidelně užívající návykové látky (tabák až cokoli). Děti s diagnostikovanými důsledky užívání

návykových látek (kromě škodlivého užívání). Děti s nezvládnutými problémy s hraním a tzv. nelátkovými závislostmi. Děti s těžkými komorbiditami (poruchy autistického spektra, poruchy příjmu potravy atd.).

Užívání návykových látek je podle Namyslovové (online, cit. 2015-11-03, s. 9) ve většině případů způsobeno problémy v rodině. Nejčastěji přichází mladiství s problémy s THC, počítačem, alkoholem či pervitinem a ne vždy mluví pravdu o množství užívané látky.

Základní postup péče

Vstupní diagnostický filtr (4 - 8 setkání po dobu 1 - 3 měsíců dle potřeby a možností) zahrnuje: psychiatrické vyšetření, psychologické vyšetření, adiktologické vyšetření, podpůrnou a motivační práci, sociální doprovodnou práci. V případě zahájení péče (Příloha D) jsou využity všechny základní typy individuální práce, práce s rodinou jako je edukace, podpůrná terapie atd. (Miovský, online, cit. 2016-02-27, s. 12)

Namyslovová (online, cit. 2015-11-03, s. 15) uvádí, že klient dále dochází sám na terapie k adiktologovi, který na základě anamnézy tvoří spolu s klientem plán péče a s klientem pracuje na motivaci k léčbě. Adiktolog zjišťuje, jak závažný je daný problém.

Jak uvádí Miovský (online, cit. 2016-02-27, s. 14) základní informační a edukační úroveň nabízí poradenskou či konzultační pomoc, screening a podporu depistážní práce a prevence. Dále se jedná o nízkoprahový servis pro ty, kteří nejsou dostatečně motivováni, nebo pro ty osoby, které nevyužívají základní nabídky programů ambulance jako je anonymní testování, diagnostika, krátká intervence atd. Ambulance dále nabízí komplexní diagnostiku v oblasti psychiatrické, klinicko-psychologické a adiktologické a v neposlední řadě také case management.

Klient dochází dle Namyslovové (online, cit. 2015-11-03, s. 16) v průměru na 9 sezení, po kterých následuje zhodnocení týmem a rodinná konzultace, kde proběhne domluva na dalším postupu. Pokud setrvá v péči, klient nadále dochází jednou týdně na terapie a pracuje na specifických tématech, jako je prevence relapsu, ale také na terapeutických tématech. Další možností je růstová skupina, tedy zařazení do specifické skupiny např. sebepoškozování a v neposlední řadě mu může být zprostředkována jiná služba.

Individuální a skupinové práce zahrnují základní ambulantní intervence s důrazem na psychoterapeutické, farmakoterapeutické a socioterapeutické postupy. Součástí jsou také doplňkové aktivity jako arteterapie či nácvikové a rozvojové programy, které rozvíjí sociální dovednosti a kreativitu. (Miovský, online, cit. 2016-02-27, s. 15)

Součástí této péče je řešení sociálních problémů, také pedagogických či výchovných problémů prostřednictvím navazujících programů a služeb. Péče také zahrnuje paralelní rodinnou terapii a podpůrnou socioterapeutickou a psychoterapeutickou aktivitu pro rodinné příslušníky pacienta např. v zařízení o. s. Anima. (Tamtéž, s. 15)

Je zde možné zařadit se do odpoledního stacionárního programu pro otevřené a polootevřené skupiny pro pacienty se zaměřením na různé typy problémů. Socioterapie zahrnuje širokou škálu

aktivit doplňujících hlavní terapeutický program a vytvářejí mu potřebný rámec a zázemí. Tréninkové a nácvikové skupiny tvoří důležitou součást celého rámce. Posilují dovednosti seberegulace (self-management) jako je zvládání stresu, agrese a emočních výkyvů atd. a na druhé straně sociální dovednosti jako je komunikace, vyjednávání a nácviky rolí. (Tamtéž, s. 16)

Namyslovová (online, cit. 2015-11-03, s. 11) uvádí, že v případě nespolupráce nebo nemožnosti ambulantní léčby Ambulance doporučí rodičům jiná zařízení, a to nejčastěji: Dětské a dorostové detoxikační centrum, dvouměsíční léčebný pobyt (Cesta Řevnice, SVP Hodkovičky), nástup do TK, stacionář pro adolescenty VFN v Praze či spolupráci s kurátorem pro děti a mládež, OSPOD.

Základní statistiky pilotního programu

Podle Miovskeho (online, cit. 2016-02-27, s. 19) přibližně 90 % rodin vstoupí do diagnostické fáze (Příloha E), která trvá přibližně 2 - 4 měsíce. Každá situace je velice individuální a posuzuje se všemi dostupnými prostředky v oborech adiktologie, sociální práce, psychiatrie a klinické psychologie.

Přibližně 1/3 osob se dostane do dlouhodobé léčby, tyto osoby dokončí diagnostickou fázi a mají dostatek motivace a vhodné podmínky pro zahájení dlouhodobé terapeutické práce.

Přibližně stejný počet, tedy 1/3 rodin, předčasně z péče odejde. K přerušení dochází povětšinou mezi 1. - 5. diagnosticko-terapeutickým setkáním. Tyto rodiny nemají nejčastěji dostatečnou motivaci a podmínky k zahájení dlouhodobé práce. Může se stát, že adolescent je vhodný pro jiný typ péče jako například pedagogicko-psychologická poradna, diagnostické ústavy, psychiatrická zařízení apod.

Podle statistik měl nejmladší pacient 12 roků a nejstarší 19 let. Dominantní problém tvoří alkohol ve 20 %, v 55 % jsou to nelegální drogy, a to především konopí a pervitin a ve 25 % patologické hráčství nebo problémy s novými technologiemi. Závažné formy kombinované závislosti se objevují v 10 % případů. (Tamtéž, s. 18)

Problémem projektu je těžké podfinancování celého provozu bez nastavení pevných časových pravidel a parametrů. Je zde nulová zkušenost s adiktologickou ambulancí a jejími výkony v ČR. Roli zde také hraje věk a zkušenosti velké části týmu a jeho nepřiměřená očekávání. Negativem je také pomalé vytváření vazeb a usazení provozu do systému. (Tamtéž, s. 19)

Klady a výsledky pilotní fáze jsou především mimořádné nasazení všech zúčastněných. Potvrdilo se, že by ambulance neměly vznikat autonomně a bez zkušeného týmu. Stávající model se ověřil, ovšem je nutná pevná struktura a nastavení ekonomiky. Především v diagnostické fázi jsou extrémní požadavky na komunikaci, flexibilitu, zajištění zázemí. Je zde vysoká exkluzivita a afinita k existujícím provozům v Praze. Velice zajímavá klinická a klinicko-výzkumná perspektiva. (Tamtéž, s. 20)

6.2 Dětské a dorostové detoxikační centrum

V září roku 2003 vzniklo zařízení reflektující naléhavou společenskou potřebu a vyplňující prázdný prostor v oblasti péče o děti a mladistvé závislé na drogách - Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC) - v Nemocnici Milosrdných sester Karla Boromejského (NMSKB) v Praze.

Zpočátku fungovalo ve zkušebním provozu, od března roku 2004 pak v řádném provozu. V návaznosti na zřízení detoxikačního oddělení pro děti do 18 let v NMSKB bylo i vytvoření pracoviště přesahující rámec zdravotnického zařízení – sociální poradny. DaDDC tvoří ambulantní a lůžková část se 14 lůžky v 5 pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti pro terapeutické aktivity (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna). Ve sklepě budovy je též keramická dílna s vypalovací pecí. K terapeutickým účelům je využívána i rozlehlá terasa.

Přestože je oddělení vybaveno nerozbitnými okenními tabulemi (navíc chráněnými zvenčí replikami historických mříží), bylo snahou vytvořit na pokojích esteticky působící prostředí (barevnost, možnost individuálních úprav apod.). DaDDC je uzavřené psychiatrické oddělení vybavené kamerami (bez záznamu) v některých společných prostorách (chodby, edukační místnost, pokoj intenzivní péče). Monitoring slouží ke zlepšení přehledu o chování a zdravotním stavu pacientů na oddělení a jako prevence nežádoucích jevů.

Cíle zařízení

Cílem tohoto zařízení je zajistit komplexní program péče. V rámci probíhající detoxikace jsou do denního programu při pobytu na oddělení zařazovány strukturované aktivity (edukační terapie, psychoterapie, ergoterapie, motivační trénink, další vhodné formy terapie, volnočasové aktivity, resocializační pomoc apod.). Na detoxifikaci bezprostředně navazuje psychiatrická, intenzivní psychoterapeutická a sociální péče zčásti přesahující péči zdravotní.

V koncepci DaDDC je zahrnuto systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následné péče po ukončení terapie v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického typu poskytujících dlouhodobou odvykací péči. Snahou je nalezení vhodné následné léčby (od ambulantní a lůžkové až po ústavní či komunitní) podle zdravotní indikace a sociální anamnézy ve státních i nestátních zařízeních v celé ČR.

Cíle DaDDC jsou především poskytování komplexní péče dětem a mládeži (do ukončení 18 let) zneužívající drogy, zajištění adekvátní terapie specificky pro tyto pacienty, kteří s drogou “pouze” experimentují ze zvědavosti, nebo užívají již pravidelně a dle indikačních kritérií vykazují známky závislosti, dále navázání kontaktu s rodinou, školou, sociálním kurátorem, poradenství rodičům, školám, kurátorům, pediatrům, při narušení vztahů hledání možností pomoci pro zlepšení spolupráce s rodinou, při selhání rodiny pomoci při budování sociálního zázemí.

Nejvyšším cílem DaDDC je dosažení vyšší kvality života u osob užívajících omamné a psychotropní látky, pro což je abstinence (minimálně abstinence od nelegálně získávaných drog) podmínkou nutnou, ale nikoliv postačující, je nutná také úprava sebepojetí a mezilidských vztahů,

návrat do práce či studia, základní soulad s kulturními, právními a morálními standardy dané společnosti – zdravý životní styl.

Cílová skupina

Cílovou populací jsou nejen děti a mládež do ukončeného 18. roku života, jež splňují dle kritérií MKN 10 podmínky pro označení závislosti na psychotropních látkách, ale i problémový uživatel či experimentátor s alkoholovými i nealkoholovými drogami.

DaDDC spolupracuje s ambulantními i lůžkovými, zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními, která se zabývají drogovou klientelou (psychologové, psychiatrické a AT ordinace; jiné detoxifikační jednotky a protidrogová, resp. psychiatrická oddělení v nemocnicích a v psychiatrických léčebnách; Infekční centrum pro drogově závislé FN Motol; zařízení v diki MŠMT; diagnostické a výchovné ústavy, terapeutické komunity apod.).

Pacienti přicházejí a vyšetření se podrobují dobrovolně. Vzhledem k věku před dosažením dospělosti se pochopitelně častěji jedná o pacienta nemotivovaného pro abstinenci, ani zde však jeho nesouhlas s léčbou či vyšetřením není možno přehlasovat přáním rodiče či zákonného zástupce. Mohou přijít bez objednání (akutní příjmy, příjmy pro Policii ČR) a bez doporučení odborného lékaře či protidrogového pracoviště, i když doporučení je vítáno. Detenční hospitalizace podléhají zákonným předpisům.

Psychoterapie a sociální poradenství

Všem pacientům, kteří jsou v péči DaDDC, je standardně nabízena psychoterapeutická péče. Při příjmu je pacient zařazen do jednoho z režimových stavů (A, B nebo C), přičemž režim B či C znamená postup do volnějšího terapeuticko-léčebného stavu. Režim A je vyhrazen pro příjem intoxikovaného pacienta či pacienta s odvykacími příznaky, kterého jeho závažné zdravotní potíže vylučují z účasti na terapeutickém programu centra. Snahou je co nejrychlejší přeřazení pacienta do terapeutického programu, tedy do režimů B či C. (Příloha F)

Pro pacienty v detoxifikačním programu je zajištěn kontakt s psychologem, psychoterapeutem, sociálním pracovníkem nebo jiným specialistou, podle stavu pacienta. Podmínkou účasti pacienta na psychoterapeutické péči je bazální stabilizace pacienta.

Obecnými cíli psychoterapie je pomoci pacientovi přijmout sebe sama, zvýšit sebedůvěru, posílit motivaci k léčbě, získat či posílit náhled na problémové chování, porozumět sociálním vztahům, vytvářet nové sociální vazby, zvládat rizikové a krizové situace, naučit se poskytovat a přijímat pozitivní a negativní zpětné vazby, vnímat sebe jako aktivního člena dané situace, převzít odpovědnost za svůj život, změnit hodnotovou orientaci a zprostředkovat zkušenost se změnou.

Cílem terapeutického programu je dopomoci k abstinenci (obecný cíl). Postupné kroky: zprostředkování zážitku jaké to je být čistý, získání náhledu na svou problémovou situaci, přetavení motivace (z „jsem tu kvůli matce“ na: „mohu zde získat něco sám pro sebe“), zprostředkování

zkušenosti s fungováním terapie a režimového oddělení (výhoda pro budoucí léčbu), upevnění motivace k léčbě, nástup do následné léčby. (Příloha G)

V rámci komplexní péče o pacienta se standardně poskytují konzultace rodinným příslušníkům. To by mělo vést k lepšímu pochopení problematiky závislosti a v konečném důsledku zlepšit efektivitu léčby. Rodinné poradenství se zaměřuje na rodinu jako celek a systém. Provádí se spíše jednorázově. Jejím cílem je např. dosažení a kontrola rodinné dohody významné pro léčebná či sociální opatření u toho člena rodiny, který je po detoxifikační léčbě a s DaDDC je v ambulantním kontaktu. Při potřebě dlouhodobé nebo intenzivní rodinné terapie doporučuje DaDDC do jiných zařízení (např. Prev-centrum, Drop-in, Triangl apod.).

V DaDDC je poskytováno odborné sociální poradenství v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. Zahrnuje diagnostiku sociální situace klienta. Součástí sociálního poradenství poskytovaného v rámci tohoto oddělení je průběžná spolupráce s rodinou klienta (poradenství rodičům) a dalšími institucemi (kurátoři pro děti a mládež, probační a mediační služba, soudy, policie), zařízení náhradní rodinné péče (diagnostické, výchovné ústavy, dětské domovy), střediska výchovné péče, léčebná zařízení (psychiatrické léčebny a terapeutické komunity), ambulantní péče, (ambulantní péče pedopsychiatra či klinického psychologa).

Pracovní tým DaDDC je sestaven v souladu s doporučeními Standardy odborné způsobilosti a také v relaci s požadavky zdravotních pojišťoven. Důraz je kladen na nutnost zajištění programu pro pacienty dětského a mladistvého věku v průběhu celého dne, včetně víkendů. (Příloha H)

Obecné cíle sociální práce

Minimalizace sociálního poškození v souvislosti s užíváním psychotropních látek. Dále stabilizace sociálních podmínek pacienta ve smyslu podpory a rozvoje motivace pro jeho další účast v léčebném programu, který povede ke zkvalitnění života pacienta zejména v oblasti bydlení, zaměstnání, právní a rodinné situace a také v souvislosti s úplným vysazením nebo minimalizací užíváním nelegálních psychotropních látek. V neposlední řadě podpora vlastních aktivit pacienta k řešení jeho sociální situace.

Konkrétní cíle sociální práce

Pomoc při zprostředkování následné léčby, pomoc při zahájení či pokračování studia (resp. zaměstnání), informace o možnostech registrace na úřadu práce, pomoc při vyřízení potřebných dokladů (občanský průkaz, rodný list atd.), pomoc při kontaktu se sociálními kurátory a probačními úředníky či soudy, motivace k řešení dluhů, poradenství o systému dávek státní sociální podpory a hmotné nouze, pomoc při řešení ubytování, předávání kontaktu na jiné instituce, informace o jiných léčebných programech v souvislosti s užíváním psychotropních látek, zprostředkování kontaktu s rodinou, případně jiné cíle v souvislosti se sociálním životem pacienta.

Cíle jsou naplňovány prostřednictvím komplexních diagnostických, léčebných a rehabilitačních postupů, metod a technik, zohledňujících aktuální stav a potřeby pacienta. Uplatňují se psychiatrické, psychologické a pediatrické diagnostiky, farmakoterapie, pravidelné vyšetření moči

na přítomnost psychotropních látek, individuální a skupinové psychoterapie, individuální poradenství, rodinné poradenství, relaxační techniky, edukativní programy, tématické skupiny, vedení deníků, sociální práce, prevence relapsu. U každého pacienta, který přichází se zájmem o služby DaDDC, je vedena řádná zdravotní dokumentace. (Příloha I)

První kontakt s pacientem, vstupní pohovor

První kontakt s pacientem (resp. jeho rodiči, zákonnými zástupci, sociálními kurátory apod.) je obvykle telefonický (objednání se). Fyzicky pacient přichází v dohodnutou dobu na vstupní vyšetření, které se skládá z následujících položek:

- Odebrání podrobné anamnézy – psychiatrické vyšetření
- Motivační pohovor
- Toxikologické vyšetření moče
- Zmapování rizikového chování v souvislosti s užíváním drog a sexuálním chováním

V případě hospitalizace následuje:

- Pediatrické vyšetření
- Vyšetření na další onemocnění (např. TBC, syfilis)

První kontakt slouží k základnímu zhodnocení stavu a diferenciální diagnostice pacienta spojenou se zvážením, zda mu v DaDDC můžou nabídnout vhodnou péči. Dále jsou mu předány informace při prvním kontaktu. (Příloha J)

Začátek léčby, průběh péče

S každým pacientem je při přijetí zpracován rámcový plán individuální péče. Ten definuje hlavní oblasti, na kterých je třeba pracovat. Na zpracování plánu se podílí vždy lékaři pacienta, případně další pracovník. Lékaři zpracovávají společně s pacientem vždy části, které se týkají péče o zdraví a farmakoterapie. Ve spolupráci se sociální poradnou vytváří předpoklady pro řešení sociálně právní problematiky pacienta.

Po zhodnocení celkového stavu a míry motivovanosti je pacientovi navržen vhodný program a forma léčby. Návrh vhodného programu a formy léčby je projednán s pacientem. Zde platí zásada informovaného souhlasu a léčebného kontraktu.

Při přijetí klienta do DaDDC (po léčbě nebo bez předchozí léčby) je pacient a jeho zdravotní a sociální anamnéza zaznamenána do databáze. Pacient je vyšetřen psychiatrem v psychiatrické ambulanci a pediatrem, po dohodě je stanoven termín příjmu. Po přijetí do detoxikačního centra je dle aktuálního stavu pacient uložen na lůžko tzv. detoxikační intenzivní péče (dvojlůžkový pokoj s možností intenzivní péče a trvalé observace, včetně monitorace základních životních funkcí), resp. na lůžko 2 - 3 lůžkového standardního pokoje.

Je zahájena detoxikační terapie, eventuelně i farmakologicky podmíněná. V průběhu přibližně 7 - 14 denní léčby je dětský pacient v celodenním kontaktu s terapeuty a psychoterapeuty a pod

dohledem pediatrů a psychiatrů. Pro pacienty s neukončenou základní školní docházkou je zajištěna školní výuka, kterou vede speciální pedagog.

Sociální pracovník v koordinaci s rodiči (či zákonnými zástupci, kurátory) pomáhá zajistit v indikovaných případech následnou (ambulantní či ústavní) péči, poté jsou v koordinaci s rodinou (zákonnými zástupci) kontaktována vhodná zařízení následné péče, sociální kurátor, výchovný či diagnostický ústav, terapeutická komunita, škola.

Velmi důležitá je týmová spolupráce – při tvorbě databáze, při hledání vhodné následné léčby společně s psychiatry, psychoterapeuty a pediatry, dále ve spolupráci se zařízeními následné péče i naopak s ambulantními (i nízkoprahovými) a dalšími zařízeními. Předáním komplexní zprávy se zdravotní i vyčerpávající sociální anamnézou je zajištěna kontinuita terapie i sociální péče, a to jak ve státních tak v nestátních zařízeních a organizacích. To napomáhá zajistit kontinuitu péče o pacienta v oblasti zdravotní i sociální.

Současně je zahájena úvodní resocializace pacienta. Dle zvolené následné péče jsou indikovány vhodné intervaly pro komunikaci s klientem, rodinou, pracovištěm následné péče, za účelem vedení evidence úspěšnosti projektu (statistická šetření) i pro „pocit jistoty“ pacienta v případě selhání a recidivy. Je zahájen pravidelný kontakt s rodiči či zákonnými zástupci, poradenská činnost, případně sledování pacienta a statistické vyhodnocení úspěšnosti léčby, nebo také zajištění další léčby.

Ukončení léčby, ukončení poskytování služeb

Ukončení léčby nastává v těchto případech:

- Řádné dokončení léčby a pomoc při zprostředkování následné péče
- Předání do jiného typu léčby s ohledem na potřeby pacienta, např. ústavní léčba, rezidenční léčba v TK, léčba v denním stacionáři, psychiatrická léčba apod.
- Ukončení z rozhodnutí pacienta či zákonného zástupce – negativní revers
- Ukončení pro porušení pravidel zařízení a režimu

6.3 Centrum pro závislé na tabáku

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (online, cit. 2016-03-13) se snaží o zvýšení počtu specializovaných Center pro závislé na tabáku, která začala vznikat v ČR od roku 2005, nejprve v rámci projektu těchto center, nyní především na základě aktivit a zájmu kliniky či nemocnice. Ideálně by takové centrum mělo být součástí každé nemocnice.

Společnost pro léčbu závislosti na tabáku (online, cit. 2016-03-14) se snaží medializovat fakt, že kouření je u nás příčinou téměř pětiny úmrtí, že naprostá většina kuřáků by raději nekouřila, kdyby mohli znovu volit (7 - 8 z 10), že existuje účinná léčba, na kterou se lze informovat u svého lékaře. Rovněž podporuje další aktivity kontroly tabáku, především takové, které znamenají snížení počtu dětí, které začínají kouřit, tedy prevenci - nekuřácké veřejné prostory, zvýšení daní z cigaret

a vyčleněnou daň na prevenci a léčbu závislosti na tabáku, obrázková zdravotní varování na velkých plochách krabiček a mnohá další opatření.

Králíková (online, cit. 2016-03-15, s. 1) upozorňuje, že Centrum pro závislé na tabáku chce pomoci překonat obtížné období, které trvá jen několik týdnů či měsíců, navíc lze potíže zmírnit léky. Žádné léky, ani žádný lékař však nezabrání pacientovi kouřit, proto je nutné pevné rozhodnutí.

Podle zprávy projektu Access (2010, s. 4) mládež začíná obecně kouřit ve věku kolem 13 let. Mezi mladistvými kuřáky se rychle rozvíjí závislost na tabáku. Největší prevalence je kolem 18 let. Zásadní ovšem je, že polovina adolescentních kuřáků ztrácí svobodnou vůli nad tabákem v době, kdy kouří 7 cigaret měsíčně. A polovina, která kouří jednu, až dvě cigarety měsíčně splňuje kritéria pro MKN-10, tedy závislost na tabáku. Pro začátek pravidelného kouření se odhaduje interval u mladistvých kuřáků na jeden a půl roku a je vystaven všem známým zdravotním rizikům souvisejícím s užíváním tabáku. Již po třech měsících se u mladého kuřáka rozvíjí přání a pokusy o zanechání kouření. Kuřák ztrácí své schopnosti a důvěru v možnosti zanechání kouření postupně během dvou let od začátku kouření. Přibližně po dvou a půl roční závislosti si adolescent začíná uvědomovat závažnost věci, začíná si uvědomovat svou závislost a také rizika a těžkosti se zanecháním kouření.

První kontakt

Podle Králíkové (online, cit. 2016-03-15, s. 1) se v Centru předpokládá **úvodní návštěva (screeningová)**, kdy je pacient zhruba během 1 – 1,5 h vyšetřen a je mu stanovena míra závislosti na cigaretách (nikotinu). Základní vyšetření zahrnuje měření krevního tlaku, pulzu, antropometrické údaje (výška, hmotnost, výpočet body mass indexu, objem pasu, případně % tělesného tuku nebo základní plicní funkce). Jsou zde položeny otázky ohledně prodělaných nemocí a jaké léky jsou pravidelně užívány. Klient vyplní psychodiagnostické testy, Fageströmův test (Příloha C) a změří se mu CO ve vydechovaném vzduchu včetně stanovení % karboxylhemoglobinu (= % červených krvinek zablokovaných oxidem uhelnatým pro přenos kyslíku) tak lze odhadnout intenzitu kouření.

Pokud si klient opravdu přeje přestat kouřit a souhlasí s plánem léčby, může se objednat na **vstupní návštěvu**, která potrvá zhruba 2 hodiny. (Příloha K) Budou se opakovat některá vyšetření. Především se ale může pacient setkat s ostatními kuřáky, kteří se rozhodli přestat kouřit. Je zde vysvětlen princip závislosti, ne proto, že by nebyl dobře znám, ale kvůli uvědomění si některých souvislostí. (Tamtéž, s. 1)

Motivace, povzbuzení

Klienti jsou zde motivováni k tomu, aby si dopředu připravili náhradní řešení (místo cigarety žvýkačka, projít se, zelenina, sklenice vody), jak prožít své typicky kuřácké situace bez cigarety (cigareta ke kávě, čekání na autobus, cigareta po jídle, spojená se zábavou a alkoholem), dále jak změnit denní návyky či prožívání běžného dne. Je zde zjištěna motivace klienta k léčbě (zdraví, uvědomění si závislosti na cigaretě atd.). Dále se doporučuje cvičit a odměňovat se např. drobným

nákupem, co se však nedoporučuje je odměňováním se zmrzlinou či přemírou sladkostí. Klienti se zde mohou poučit z vlastních předchozích neúspěchů. V jaké situaci jste si zapálili? Co teď v podobné situaci uděláte, abyste odolali cigaretě? (Tamtéž, s. 1)

Pokud klient již delší dobu nekouřil, pravděpodobně má zkušenost, že jediná cigareta (Bude mi chutnat? Co se mnou udělá?), klienta i po letech během několika dnů vrátila ke kouření – taková zkušenost je cenná. Může pomoci k vědomí, že se rozhodli navždy a úplně se vzdát cigaret, vymazat je ze svého života. (Tamtéž, s. 1)

Pracovníci se snaží pomoci mít z takového rozhodnutí radost a nevzpomínat na cigarety nostalgicky, jako na něco krásného, o co byli klienti „chudáci“ ochuzeni, nelitovat se. Naopak, skutečnost, že se klienti konečně cigaret zbavili, je třeba vnímat pozitivně, jako úlevu. Je potřeba zdůraznit, že je to přece to, co si léta přáli. Dále v zařízení uvedou příklady nekuřáckých řešení situací, typicky spojovaných s cigaretou (káva, jídlo, alkohol), ale vlastní návod je přímo na pacientech. Důležitým mezníkem je stanovení **dne D**. Tedy dne, kdy se klient rozhodne začít s ukončením kouření. Změna životního stylu, změna naučeného chování je tedy zcela na klientovi. (Tamtéž, s. 1)

Komplikace, abstinční příznaky

Během léčby se mohou dostavovat abstinční příznaky. Abstinční příznaky jsou především: *nutkání kouřit, špatná nálada/deprese, podrážděnost/zlost, poruchy spánku, nesoustředěnost, neschopnost odpočívat, úzkost, zvýšená chuť k jídlu*. Abstinční příznaky jsou tehdy, pokud se objeví nebo zhorší poté, co klient přestane kouřit – ne pokud je provázejí celý život. Pokud by si to klient přál, na tuto návštěvu (stejně jako i na další) je možné si přivést přítele, který bude klienta v nekuřáctví podporovat. (Tamtéž, s. 1)

Průběh léčby

Podle Králíkové (online, cit. 2016-03-15, s. 2) jsou kontrolní návštěvy již kratší, trvají zhruba kolem 30 minut. První kontrolní návštěva (tedy celkově třetí) by měla být asi týden po dni D. Dále pak podle dohody. Poté je návštěva po 6 měsících od dne D a naposledy *po roce od poslední cigarety*: teprve tehdy totiž může klient a lékař říci, že se léčba zdařila. Při kontrolních návštěvách jsou zopakovány některá základní vyšetření (tlak krve, pulz, CO ve vydechaném vzduchu, hmotnost, eventuálně další) a vždy se lékaři ptají na abstinční příznaky. (Příloha B)

Závislost na tabáku je nemoc, které není snadné se zbavit. Snížené sebevědomí a pocit méněcennosti spojený s tím, že se nedaří přestat kouřit, je typický pro většinu kuřáků. Všichni kdo si přejí přestat kouřit, jsou na adrese tohoto centra správně, i když se jim nemusí podařit uspět napoprvé. Toto centrum je tu od toho, aby klienta podpořilo v dalších pokusech v nekuřáctví a pomohli najít na neúspěchu to pozitivní, to poučení, jak příště podobné situaci odolat a překonat ji bez cigarety. (Tamtéž, s. 2)

Pokud si klient přeje zcela soukromou konzultaci, Centrum mu může vyhovět, ale společné sdílení problémů spojených s kouřením je v naprosté většině vítáno a prospěšné pro všechny strany.

Centrum také nabízí řadu informačních letáku a brožur, které jsou velice pěkně zpracované např. Moje cesta k nekuřáctví, Nekuřáctví – základní podmínka zdravých plic, Sekněte s cigaretami, než cigarety seknou s Vámi atd. (Tamtéž, s. 2)

Léčba v Centru je bezplatná, to co klient musí do léčby investovat je pevné rozhodnutí a čas. Kouřit se klienti také nenaučili ze dne na den, trvalo to měsíce nebo léta. Proto by klienti měli být trpěliví i při opačném postupu a věřit, že investovat do odvykání se vyplatí. Svoboda znamená nekouřit! (Tamtéž, s. 2)

Shrnutí a doporučení

V ČR je k dnešnímu dni 42 center pro pomoc závislosti na tabáku. K roku 2012 (37 center) byla provedena Králíkovou (online, cit. 2016-03-17, s. 246) souhrnná zpráva, z které vyplynulo, že většina center je na oddělení pneumologie. Ordinační doba je průměrně 7 hod./týden. Průměrný počet nových pacientů je 45/centrum. Pacienty sleduje 12 měsíců 24 center, 5 center jen 6 měsíců, ostatní déle. Průměrný počet návštěv během roku je 5. Vstupní návštěva trvá v průměru 61 minut, kontrolní návštěvy 22 minut. Centra pro závislé na tabáku, kam se mohou obracet adolescentní kuřáci jsou zmíněny v Příloze L.

Jako velký problém se jeví podle Access (2010, s. 10) skutečnost, že mladí lidé sice chtějí přestat kouřit, ale nevnímají za podstatné účastnit se intervencí, jelikož věří, že nejsou závislí a jsou schopni přestat kouřit kdykoliv se jim zachce. U mladistvých převládá všeobecně negativní postoj k léčbě závislosti na tabáku.

Z tohoto důvodu je podle Access (2010, s. 10) nutné propagovat odvykání kouření jako žádaný, účinný a atraktivní nástroj léčby závislosti na tabáku mladistvých. Jelikož mladiství a adolescenti očekávají od léčby mentorování, nudu, nezajímavost a neúčinnost. Vyzdvihnout by se v tomto případě měla kvalita života jedince, užitečnost, zábavnost a zajímavost programů než informace související se zdravím. Tyto programy by se měly stát součástí životního stylu mladistvého jedince.

V okolí adolescentů, jak zdůrazňuje Access (2010, s. 11), často nejsou dostupné a cílené informace o dostupných intervencích. Sami adolescentní kuřáci nejsou obeznámeni o dostupnosti léčby závislosti, dále nejsou obeznámeni o léčbě závislosti na tabáku. Nejinak je na tom sociální prostředí mladistvého rodiče, školy, učitelé, sportovní kluby atd. Informace o dostupných intervencích by měly být sdělovány pravidelně, a to co nejširší populaci. Tyto informace mají být předávány tradičními i novými médii a prostřednictvím dostupných komunikačních kanálů.

Princip této metody je podle Access (2010, s. 11) aktivně oslovovat mladistvé uživatele tabáku a ne pouze reakce na jejich vlastní žádost o léčbu. Není dobré mluvit pouze ve směru poskytovatel-kuřák, ale také aktivně naslouchat v opačném směru. Cílem je vybudovat důvěryhodný vztah. Důležitá je důvěrnost, jelikož mladí lidé často kouří bez vědomí svých rodičů.

6.4 Fondation Officielle de la Jeunesse

Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-20) FOJ - asociace pro mladé pod záštitou města Ženeva zahrnuje jednotlivá zařízení pro děti, adolescenty, mladé dospělé, či rodiče s dětmi, kteří mohou být ubytováni v těchto zařízeních krátkodobě, střednědobě či dlouhodobě. Úkolem je navrhnout preventivní opatření a zajistit přijetí, podporu a pomoc dětem, dospívajícím a mladým lidem v nouzi. Měla by nabídnout pomoc a podporu rodičům ve vzdělávacích centrech a v příbuzných zařízeních. Za tímto účelem FOJ nabízí rodičovskou podporu, prevenci vzdělávání a intenzivnější podpůrná opatření. Spolupráce se všemi partnery je předpokladem pro naplnění jejich poslání.

Piccolo

Zařízení je podle Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-22) určené pro děti od narození do deseti let. Prioritní jsou děti do pěti let. Počet míst je 20 a průměrně zde děti stráví 219 dní. Děti jsou zde umísťovány především úřadem l'Office de l'Enfance et de la Jeunesse (v ČR OSPOD). Jsou zde děti především odložené nebo odebrané. Tyto děti nejsou dostatečně chráněny ve svém rodinném prostředí. Děti jsou zde umísťovány po dobu jednoho měsíce s možností prodloužení až na jeden rok. Během této doby se tým zaměstnanců a odborníků snaží, aby děti plně plnily své fyziologické a psychologické potřeby. Cílem je návrat dítěte do rodiny, pokud toto není možné (násilní rodiče, psychoaktivní látky v rodině atd.) snaží se o plnou integraci do dětského domova nebo jiné instituce. Pro potřebnou ochranu je zajištěn multidisciplinární tým odborníků, specializovaných pedagogů, vychovatelů, pečovatелů v rané péči pro ochranu zdraví a zdravého vývoje.

Dále Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-23) uvádí, že aktivní spolupráce s rodiči a pedagogy umožňuje zvýšení pohodlí a bezpečnosti dětí. Návštěvy jsou povoleny a jejich četnost závisí na důvodu umístění dítěte a také dostupnosti pro rodiče. Rodiče mohou volat jednou denně od 17 do 18 hod., dále je povoleno přinést některé osobní hračky a věci.

Toucan

Cílovou skupinou jsou teenageři, chlapci a dívky mezi 13 až 18 roky. Podle Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-24) je zde osm míst. Doba trvání umístění závisí na měnící se situaci. Děti zde jsou půl roku až dva roky. Průměrná doba je 239 dní. Za rok 2015 zde bylo 29 dětí. Je zde 78% naplnění zařízení za rok. Toucan pojme zakázky veřejného typu, občanské či trestní zakázky bez rozdílu nebo charakteru upřednostnění. Toucan je semi-internátní škola, mladí lidé usilují o vzdělání ukončené maturitou nebo odbornou činnost mimo instituci.

Posláním zařízení je přivítat teenagery z důvodů vzdělávacích, ochranných nebo z důvodů, kdy musí dočasně opustit své původní prostředí. Tito dospívající zažívají obtíže, které mohou mít z rodiny, sociálního prostředí, školy atd.

Hlavní cíl je podpora adolescentů pro lepší život a podporovat je v jejich svobodné vůli na základě autonomie, socializace a odpovědnosti. Metody jsou aktivní naslouchání a tolerantní

a shovívavý postoj. Adolescentům je zde umožněno vidět pokroky, které dělají, ale také kroky, které brání pokroku. Nikoho zde nesoudí.

Pracují zde s adolescentem a jeho rodinou. Rodina je buď příliš benevolentní a dovolí dětem vše nebo je příliš přísná a nedovolí nic. Nejčastěji se zde setkávají s adolescenty s problémy s alkoholem, marihuanou, zřídka se jedná o kokain, extázi či LSD. Cílem tohoto zařízení není trestat, pokud přijdou adolescenti opilí, doporučí mu jiné zařízení a s klientem si povídají o problému.

V půl sedmé večer musí adolescent přijít, aby se najedl, pravidla jsou zde dost volná, pokud má nějakou aktivitu, tak na klienta počkají. Součástí výchovy je, že pokud klient nepřijde, nebude jíst. Pokud nepřijde na večeři, musí si sám udělat studenou večeři. Oběd je zajištěn, jelikož chodí do školy. V půl jedenácté jde klient do svého pokoje a již nesmí rušit ostatní klienty.

Není zde organizovaný program, kromě vycházek. Snaží se jim zde ulehčit vztah s jejich okolím, rodinou, programy si tvoří sami. Toto je z důvodu, pokud jsou tu děti z chudších rodin, aby je tento prvek bohatých programů nezasáhl po návratu domů.

V zařízení je místnost pro edukátory, odpočinková místnost, jídelna, hřiště s pingpongovým stolem, dětské hřiště, knihovna, jídelna. Spolupracují se školou, rodinou, úřady, policií, psychologem atd. Po propuštění chodí edukátoři do rodiny a kontrolují, jak se vyvíjí situace v rodině.

Úkoly Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-25):

- Zajištění fyzické a psychické bezpečnosti pro teenagery a podpory pro rodiče
- Udržovat a rozvíjet vztahy s přirozenou sítí adolescenta
- Podpora rozvoje a posílení jeho samostatnosti a nezávislosti
- Vývoj a neustálé přizpůsobování vzdělávacího konceptu s uživatelem a jeho rodinou
- Účast na zasedáních a intervence podle potřeby ostatních zařízení
- Řídící a vzdělávací podpora v pobytové nebo ambulantní struktuře

Les Ateliers de la FOJ

Dílny Fondation Officielle de la Jeunesse (online, cit. 2016-03-26) jsou určeny pro mladistvé od 15 do 18 let, kteří ukončili povinnou školní docházku. Počet míst je 12 a za rok 2015 využilo tuto službu 24 osob. Průměrně strávená doba je zde jeden rok. Tento sociálně-profesionální projekt je pro mladé lidi žijící v sociálních problémech.

Hlavním cílem je pomoci mladým lidem objevit jejich potenciál pro přístup k odbornému vzdělávání. Mají zde prostředky k získání sociálních a profesních dovedností tím, že pracují v různých disciplínách: motorová mechanika, údržba parků, zahrad a budov, silnic, obrábění dřeva, práce se zvířaty, atd. Po ukončení programu zde dostávají osvědčení a odchází také s odbornými znalostmi a postoji. Jednotlivé skupiny jsou organizovány tak, aby řešení problémů spojených s jejich kariérou bylo uspokojeno. Je zde garance pedagogického dohledu a profesionálního přístupu k práci, odborné poradenství a samozřejmostí je práce s rodinou.

6.5 Maison de l'Ancre

Maison de l'Ancre (Dům ukotvení) je rezidenční zařízení určené pro osoby k opětovnému začlenění do společnosti. Zařízení funguje na sociálně-profesionální úrovni pro osoby závislé na alkoholu. Dům ukotvení funguje díky podpoře státu a kantonu Ženeva, dále také díky organizaci EPI – Veřejné zřízení pro integraci. Dům ukotvení má kvalifikované pracovníky, kteří nabízejí individuální podporu a pomoc při odstraňování závislosti na alkoholu a jsou ochotni pomoci při zlepšení celkové kvality života. Organizace apeluje na cíl zajistit podporu týmu, členové se střídají každých 24 hodin a předávají si nejdůležitější informace mezi sebou. Člen týmu se nazývá referent, který garantuje a ručí za průběh pobytu, zdravotní stav, finanční zaopatření atd.

Fáze a průběh péče

Zařízení nabízí dvě možné fáze pobytu. První fází je odvykání od alkoholu po dobu 6 týdnů prostřednictvím skupin. Druhá fáze obsahuje sociálně-profesní začlenění, které se uskutečňuje úplnou abstinencí nebo kontrolovanou spotřebou alkoholu. Záleží na jednotlivé zakázce.

Život v zařízení se dělí na tři možné skupiny. Klienti mohou žít v **Le Foyer**, což je dům s oddělenými pokoji a místnostmi pro společenský život. Zde se dbá na to, aby zneužívání alkoholu bylo méně a méně časté. Tato první fáze trvá 6 týdnů. Je zde úzká spolupráce s organizací Phénix. Další skupinou je **La Résidence**, čemuž se rozumí oddělené byty s větší autonomií k životu. Tato fáze obvykle trvá 3 - 4 měsíce. Nakonec se mohou zařadit do skupiny **Appartements**, kde mohou bydlet ti, kteří chtějí využívat program kontrolované spotřeby alkoholu. Tyto Appartements jsou odděleny od ostatních pokojů z důvodu toho, aby se nesetkávali osoby, které zcela abstingují a kteří kontrolovaně pijí alkohol. Tato možnost není zpochybnění zákazu konzumace alkoholu uvnitř zařízení. Služba není pro těžké případy, nedoporučuje se mladistvým a adolescentům a je zahájena vždy po konzultaci s lékařem.

Kapacita zařízení je 26 míst. Dvanáct míst je v Le Foyer, dvanáct míst v La Résidence a 2 místa v Appartements. Je zde 10 edukátorů a 2 psychologové, zařízení má další smlouvy s externími psychology např. v organizaci Phénix. Věkový průměr je zde 20 - 30 let, dříve zde byli spíše starší osoby. V dnešní době se věkový průměr snížil, nyní je v zařízení nejvíce mladých lidí mezi 20 - 25 lety.

V zařízení je velká spolupráce s dobrovolníky. Zařízení je přístupno k praxím a stážím. Dále spolupracuje s lékaři, nutričními specialisty, s organizacemi pro prevenci, s organizacemi pro drogové závislosti, nemocnicemi, policií a úřadem sociální práce.

První kontakt s klientem

Pro přijetí do zařízení je nutné podstoupit vstupní pohovor se členem kvalifikovaného týmu. V pohovoru klient uvádí, co se stalo v jeho životě, kde je jeho problém s alkoholem, a čeho by chtěl dosáhnout v zařízení. Zaměstnanci se dále rozmyšlí, jestli mají kontaktovat doktora, zda je případ v jejich kompetenci. Osoba, která chce vstoupit do Domu ukotvení, musí mít svého lékaře, pokud

lékaře nemá, bude mu vyhledán. Dále musí mít ověřené lékařské předpisy a lékařské zprávy. Z lékařského hlediska je sledován po celou dobu pobytu. Financování pobytu musí být vyjasněno před vstupem do zařízení. Je třeba, aby klient měl úrazové pojištění a pojištění odpovědnosti. Klient při přijetí podepisuje pravidla zařízení. (Příloha M)

Jedinci, kteří do zařízení přijdou, nemají většinou žádné zájmy a koníčky, jsou izolovaní a osamělí. Z tohoto důvodu zařízení nabízí celou řadu aktivit k lepšímu životu a k podpoře úplné abstinence. Aktivity jsou od 8.00 až od 8.30, aby zde jedinci měli určitý řád a režim. Je nutné klienty motivovat, léčba je dobrovolná, musí chtít a být motivováni.

Skupinové aktivity

Závislostní skupina - podporuje osobní rozvoj, cílem je naučit klienty žít bez alkoholu, naučit klienty, že alkohol není potřebný k životu

Informace o alkoholu - cílem je poskytnout vhled do mechanismů závislosti a účincích alkoholu na organismus

Prevence relapsu - tento program si klade za cíl určit nebezpečné situace ve spojení s alkoholem, zdroje a strategie pro jejich řešení, scénáře, situace

Arteterapie - pracuje s životními příběhy přes uměleckou tvorbu

Relaxace - klade si za cíl získat fyzickou pohodu díky dechovým cvičením, držení těla, zklidnění emocí apod.

Fyzická aktivita - přispívá k celkové pohodě prostřednictvím fyzické rehabilitace

Interakce - nabízí prostor mluvit o různých socializačních tématech

Zahradní aktivity - probíhají na venkovní zahradce, podporuje vztah k přírodě

Foto atelier - dílna nabízí prostor pro práci s životními příběhy z pohledu fotografie

Fakultativní aktivity

Shiatsu – léčba, která odkazuje na znalosti čínské medicíny, využívá se tlak na celé lidské tělo

IT - podporuje schopnost práce s počítačem, učí se psát motivační dopisy a CV

Psychologické rozhovory - psycholog v zařízení nabízí individuální rozhovory, klient může docházet i po ukončení programu

Sociální reintegrace

Během fází mají klienti možnost využívat těchto služeb:

Rozhovory s příbuznými

Cílem je sdružovat klienty s dalšími osobami v rehabilitačním procesu. Kontakt s příbuznými může zprostředkovávat edukátor, referent či psycholog. Pracovníci zde hodně pracují s tím, jaký mají kontakt s rodinou a přáteli, chtějí obnovit dobré vztahy, klient rodině pohovoří o cílech, kterých chce v určité době dosáhnout.

Volný čas

Každá osoba pracuje s pomocí svého referenta na různých možnostech využití svého volného času. Referenti zde jsou klientům k dispozici s cílem pomoci nalézt klientovi jeho individuální potěšení a možnost uskutečňovat sociální vazby. Zařízení pořádá pravidelné volnočasové výlety ve skupině.

Jak již bylo zmíněno výše, na konci prvních 6 týdnů v zařízení si klient může vybrat buď úplnou abstinenci nebo možnost kontrolovaného pití alkoholu. Bez ohledu na volbu, se klient musí účastnit činností a povinných aktivit. Povinná podmínka, která zde je, že při všech činnostech klient musí mít 0.00‰. Klientovo tvrzení se může z důvodu pochybností ověřit měřením alkoholu v dechu (alkoholtestrem). Jakýkoli alkohol nalezen při příchodu či činnostech, se zpracuje individuálním způsobem.

Zkušební doba

Interní stáž - Zařízení nejdříve nabízí klientům interní rekvalifikační kurzy. Je zde nutné ukotvení vlastního osobního cíle. Stáže probíhají po dobu 14 dní, poté je referent zhodnotí.

Postup pro získání zaměstnání (outplacement) - Cílem je doprovázet a podporovat klienty v oblasti vývoje a jejich sociální reintegrace.

Externí stáž - Proces společenského znovu začlenění osoby pak vede člověka k nedaleké realitě pracovního světa. Toto je možné díky síti dílen a reintegračním centrům smluvních partnerů EPI a Hospice général a dalších partnerských společností.

Rezidence

Pokud se osoba na externí stáži osvědčí a splňuje podmínky autonomie, přejde na možnost integrovat se do svého bydliště v La Résidence, která umožňuje přechod od chráněného prostředí v Le Foyer a návrat do samostatného života bez alkoholu.

Podmínky pro vstup do La Résidence jsou najít si činnost mimo zařízení a mít znalost institucionálních sítí, dále mít zvládnutou schopnost řídit si pracovní dobu a volný čas (time management) a podepsat dohodou o ubytování. Klientovi je nadále přístupná podpora referenta.

Podpora po ukončení pobytu

Pokud klient splní kurzy v zařízení má právo na další podporu, a to na probační služby nebo ti, kteří chtějí bydlet již doma a chtějí nadále využívat služeb zařízení na základě individuální smlouvy.

6.6 Carrefour addictionS – CIPRET

Carrefour addictionS (online, cit. 2016-03-23) je společnost, která zahrnuje jednotlivé asociace s konkrétním zaměřením a to FEGPA (prevence alkoholu a konopí), CIPRET (centrum informací pro prevenci tabáku) a RNVP (prevence hazardu a virtuálních her). Carrefour addictionS chce vynalézt novou formu společné akce v prevenci závislostí. Tato společnost je identifikována jako centrum zdrojů pro prevenci, a také vytváří konkrétní činnosti proti alkoholu, tabáku, konopí a hazardním hrám, což jsou jednotlivá odvětví specifická pro každou asociaci. Prevenci je proto třeba chápat prostřednictvím komplexního přístupu k otázkám na vznikající problémy v oblasti veřejného zdraví. Misí CIPRET-Ženeva je prevence kouření. V této souvislosti se pravidelně zapojuje do preventivních kampaní v Ženevě.

Cíle a aktivity zařízení

Jak uvádí CIPRET-Vaud (online, cit. 2016-03-19) Informační centrum pro prevenci tabáku bylo založeno jako organizace pro zlepšení zdravotního stavu. CIPRET je centrem pro prevenci kouření. Cílem je především předávání informací o tabáku a tabakismu, o konzumaci tabáku a jeho rizicích, o pasivním kouření. Posláním asociace je rozvíjet projekty a odborné znalosti k poskytování informací o prevenci kouření pro místní obyvatele, úřady, firmy a zdravotníky, také pro sociální pracovníky, školství a celou společnost. Pracuje ve spojení s partnery v oblasti na kantonální, regionální i národní úrovni. CIPRET založil kantonální program pro prevenci tabáku, tento program je financovaný rovnoměrně fondem pro prevenci tabáku a servisem veřejného zdraví.

Fond pro prevenci tabáku pracuje v síti se všemi zúčastněnými prevence kouření, a to podle CIPRET-Vaud (online, cit. 2016-03-20, s. 3 - 6) jak na kantonální úrovni, tak na vnitrostátní úrovni. Nabízí především služby jako pomoc k přestání kouření, nabízí zdarma odpovědi na všechny otázky, které se týkají zanechání kouření, podněcuje a vybízí k výhodám přestání kouření, dále uvádí metody, léky atd. Je poskytnuto telefonické poradenství, pro ty, kteří chtějí přestat kouřit, dále nabízí informační materiál, poskytuje informace o tabáku, expozice, letáky, brožury, videa atd. Nabízí vzdělávání, pořádá školení o prevenci kouření, intervence, dotazy na téma kouření ve všech typech vzdělávání v oblasti zdravotní a sociální, představuje také intervence na míru, dále podporu a monitorování, sledování, otázky týkají se tabáku a kouření, včetně provádění právních rámců v sociálních zařízeních. Další aktivity jsou zmíněny v Příloze N. Tento program má za úkol koordinovat a řídit projekty a provádět opatření ke snížení spotřeby tabáku a poskytne CIPRET rámec pro většinu svých činností až do roku 2017.

Průběh a metody péče

CIPRET je sdružení, které je sponzorováno plně kantonem Ženeva. Posláním CIPRET je prevence kouření pro obyvatele Ženevy. Věková skupina se skládá podle toho, jaké mají klienti cíle a zakázky, klientela chce především přestat s kouřením, jsou tu spíše starší klienti. Mezi 12 a 14 hodinou se v úterý uskutečňuje intervence, skupina se zaměřuje na pomoc pro přestání s tabákem.

Tato skupina je pro všechny a dozví se na ní základní informace. Skupina je určena pro rodinu a širokou veřejnost. Ve skupině je 5 - 15 osob, poslední čtyři týdny bylo 3 - 7 osob. Intervence se odehrává ve dvou konferenčních místnostech. Jsou použity speciální dokumenty a brožury. Pracovníci zařízení jsou lékaři, tabakologové, sociální pracovníci, dále osoby zaměřené na veřejné zdraví a politiku.

Zařízení si klade za cíl pomáhat ve špatné situaci, žádný den není stejný. Odborníci chodí s klienty ven a snaží se jim dělat různorodý program. Jedná se o prevenci primární, sekundární, terciární. Spolupracují pouze s těmi klienty, kteří je sami vyhledají. Spolupracují také s lékaři a rodinou. Při intervenci se využívá kognitivně-behaviorální metoda a také skupinová terapie. Délka léčby je velice individuální. V CIPRET jsou užívanou metodou pouze skupinové práce, pokud chtějí klienti pouze individuální rozhovor pro jednotlivce, tak je odeslán do jiného zařízení.

Zabývají se zde strukturální prevencí, tedy veřejným zdravím a individuální prevencí, dále pracují se světovou organizací zdraví WHO, a vyvolávají diskuze pro celou populaci např. zákon o pasivním kouření, E-cigarety, mediální kampaně, reklama atd.

Carrefour addictionS (online, cit. 2016-03-18) chce díky CIPRET v Ženevě zasáhnout ve veřejné populaci s cílem, aby se zabránilo kouření mezi obyvatelstvem. Jedná se především o prevenci kouření mezi obyvatelstvem především prostřednictvím novin a televize a také pomocí mediálních kampaní.

Úkoly CIPRET (Carrefour addictionS, online, cit. 2016-03-21)

- Koordinuje opatření pro prevenci užívání tabáku v kantonu Ženeva
- Informovat a vzdělávat v oblasti problematiky kouření
- Udržovat vztahy s dalšími odbornými zařízeními na kantonální úrovni, národní a mezinárodní
- Zajištění prevence obyvatel Ženevy
- Informovat a školit zdravotníky a sociální pracovníky
- Provádění činností a akce zaměřené na prevenci kouření, povzbuzování v ukončení kouření
- Podílet se na vývoji programů prevence
- Podporovat podniky a veřejné či soukromé instituce v jejich politice nekouření na pracovišti
- Vedení mediální kampaně
- Jednání s orgány
- Spolupracovat s kantony švýcarských a mezinárodních organizací, které sledují cíle prevence

Výsledky práce

Všudypřítomná reklama na cigarety ve Švýcarsku podle CIPRET-Vaud (online, cit. 2016-03-22, s. 3) poukazuje na skutečnost, že mladí lidé jsou cílovou skupinou. Organizace byla velmi zaneprázdněná po celý rok, v reakci na více než 300 dotazů v různých oblastech jako elektronické cigarety (7 % žádostí) nebo právní rámce (20 % žádostí). Modernizované internetové stránky a newsletter rozšířili komunikaci mezi organizací a osobami, které mají zájem o tabakismus. Expertiza

v oblasti kouření pokračovala i ve sledování literatury a také ve sdílení znalostí intervencí s jinými zařízeními. Bylo vyvinuto několik projektů, jako je například spotřeba alkoholu a tabáku současně, anebo výroba nových materiálů kompatibilních s novým studijním plánem. Vše bylo v součinnosti s regionálními a vnitrostátními partnery k prevenci kouření.

Prevence ve školách je vedena podle CIPRET-Vaud (online, cit. 2016-03-22, s. 7,8) tak, že nejdříve mluví ve školách o tabáku jako o surovině, poté o jeho výrobě a přeměně suroviny v hotový výrobek. Toto se bude uplatňovat ve všech školách. Budou zde o tom mluvit ze společenského hlediska. Dále upozorňují na to, že je velký problém koexistence tabáku s ostatními zdravotními problémy, to samozřejmě vyvozuje důsledky. Tento problém je bagatelizován profesionály i zdravotníky. Tento projekt je speciálně vyvinut, aby těmto osobám dokázal, že je to opravdový problém.

Podle Carrefour addictionS (online, cit. 2016-03-19) se alkohol a tabák velice často vyskytují společně, dalším problémem je cukrovka a tabák, kdy kouření zvyšuje riziko cukrovky. Kouřící osoby s cukrovkou mají mnohem větší riziko komplikací. Velkým problémem je kouření a zuby, které se kouřením ničí. CIPRET se připojil k WHO a jejím partnerům, aby každý rok oslavili Světový den bez tabáku. Cílem je upozornit veřejnost na zdravotní rizika v souvislosti s kouřením.

Ženeva-CIPRET chce podle Carrefour addictionS (online, cit. 2016-03-24) jako nový pozitivní cíl kampaně informovat a motivovat kuřáky, rodiče a další osoby ve vztahu k dětem, aby nekouřili v jejich přítomnosti, a to zejména v uzavřených místnostech.

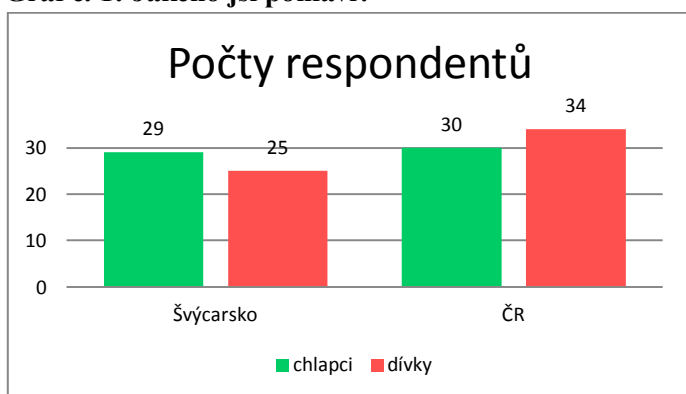
Chceme-li být účinně chráněni před nebezpečím pasivního kouření, musíme dýchat vzduch bez kouře. Tabákový kouř je hlavní znečišťující látkou. Kouř po chvíli zmizí, ale 50 karcinogenních látek je přítomno nadále. Tak ať, když už je kouřeno, tak ať je kouřeno venku, mimo uzavřené prostory (auto, byt, apod.), zvláště pokud jsou přítomny děti.

CIPRET díky Carrefour addictionS (online, cit. 2016-03-25) nabízí jednoduchý a účinný test, který měří vystavení se pasivnímu kouření. CIPRET dává test k dispozici veřejnosti před expozicí pasivního kouře. Otestování zajišťuje odznak, který pasivní kouř zachytí na filtru ze skelných vláken impregnovaných činidlem. Množství nikotinu zachyceného odznakem odpovídá počtu vykouřených cigaret pasivně. Osoba, která zkouší jak moc je vystavena pasivnímu kouření, může nosit tento odznak několik hodin až několik dní.

7 PRŮZKUM - DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

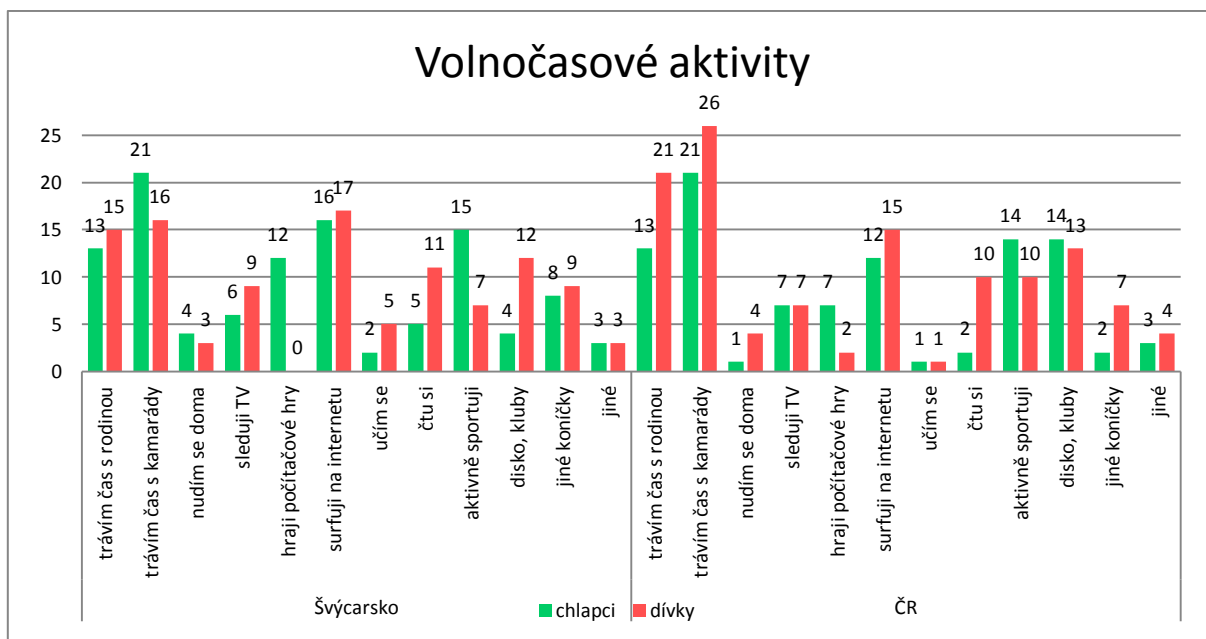
Výsledky průzkumu byly vytvořeny autorkou práce podle odpovědí zodpovězených v dotazníku. Výsledky byly prezentovány pomocí grafů. Označení grafů doslovně kopíruje názvy otázek v dotazníku. Formulace odpovědí přímo v grafech byly v nutném případě kráceny, či přeformulovány. Z prostorových důvodů byly upraveny tak, aby jejich smysl zůstal zachován. V následujících grafech jsou uvedeny vybrané výsledky průzkumu doplněné komentářem. Z prostorových důvodů jsou uvedeny některé výsledky v přílohách této práce.

Graf č. 1: Jakého jsi pohlaví?



Z tohoto grafu plyne, že dotazník vyplnilo 118 adolescentů z toho 29 chlapců a 25 dívek ze Švýcarska a 30 chlapců a 34 dívek z České republiky.

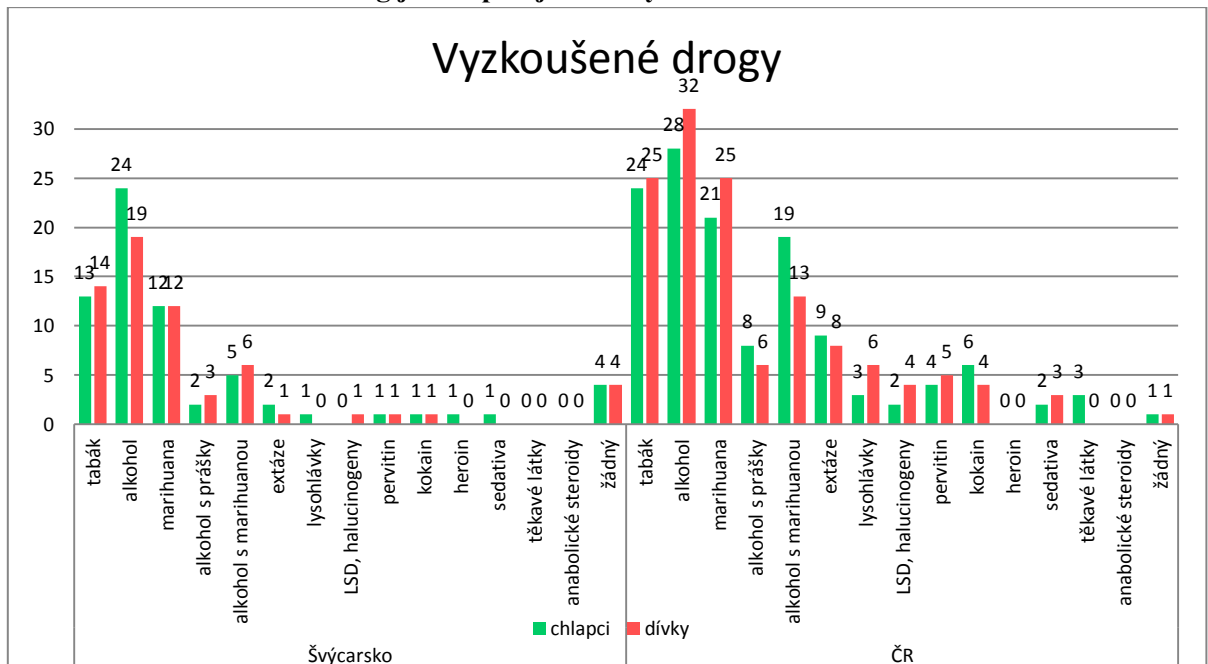
Graf č. 2: Jak nejčastěji trávíš volný čas?



Z grafu můžeme vyčíst, že adolescenti jak v Česku, tak ve Švýcarsku tráví svůj volný čas s kamarády, s rodinou, surfují na internetu, aktivně sportují a chodí na disko a do klubů. V menším zastoupení jsou uvedeny aktivity, jako je čtení, které převládá u dívek, dále sledování TV a jiné koníčky jako je malba, zpěv atd. Ve Švýcarsku se více osob (7) věnuje učení ve volném čase.

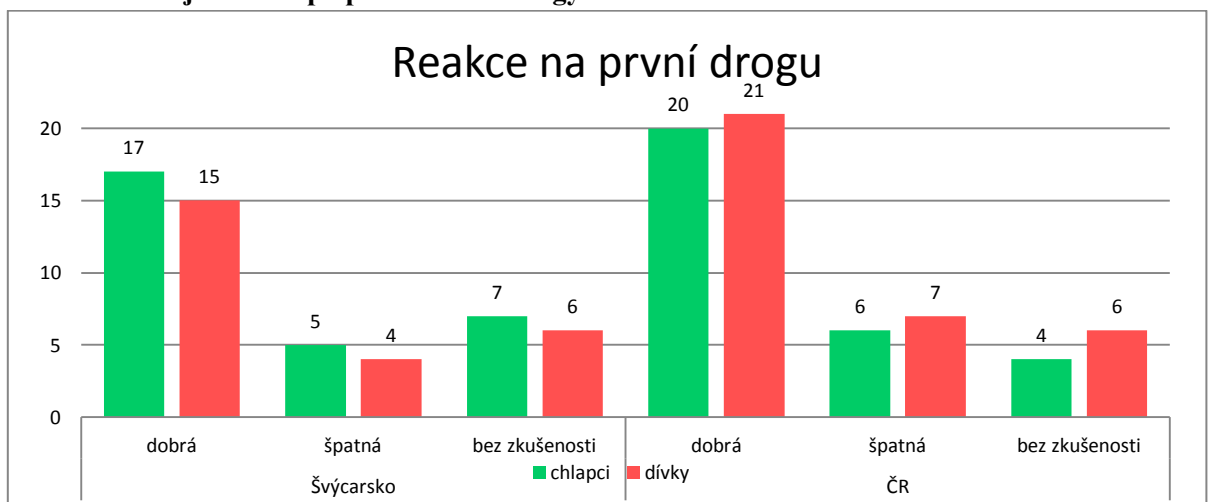
V položce jiné uváděli respondenti především dobrovolnictví, studium jazyků nebo také návštěvu kostela.

Graf č. 3: Kterou z těchto drog jsi alespoň jednou vyzkoušel/a?



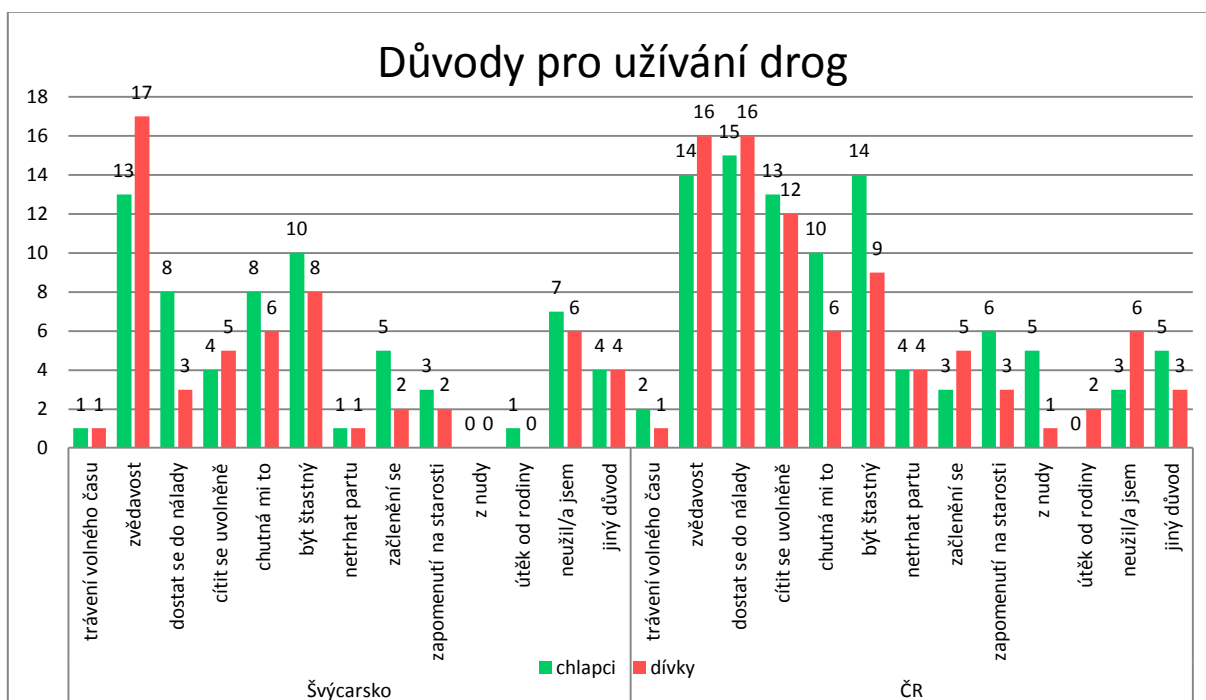
Zde si můžeme všimnout, že nejvíce užitou drogou alespoň jednou v životě byl alkohol, a to jak ve Švýcarsku (43), tak v ČR (60). Na druhém místě je tabák, který užilo ve Švýcarsku 27 osob a v ČR 49 osob. Na třetím místě je zastoupena marihuana, kterou ve Švýcarsku užilo 24 osob v ČR 46 respondentů. V ČR je vysoký počet adolescentů s odpovědí alkohol v kombinaci s marihuanou (32) oproti Švýcarsku (11) a také odpověď alkohol s prášky je v ČR (14) častější oproti Švýcarsku (5). Větší zkušenosti mají adolescenti v ČR s extází (17), lysohlávkami (9), LSD (6), ale také pervitinem (9), kokainem (10), těkavými látkami (3) nebo sedativy (5). Ve Švýcarsku má jedna osoba zkušenost s heroinem. Získané informace doplňuje graf v Příloze P (Graf I) komu by se adolescenti svěřili s problémy s drogou.

Graf č. 4: Jak jsi se cítil po prvním užití drogy?



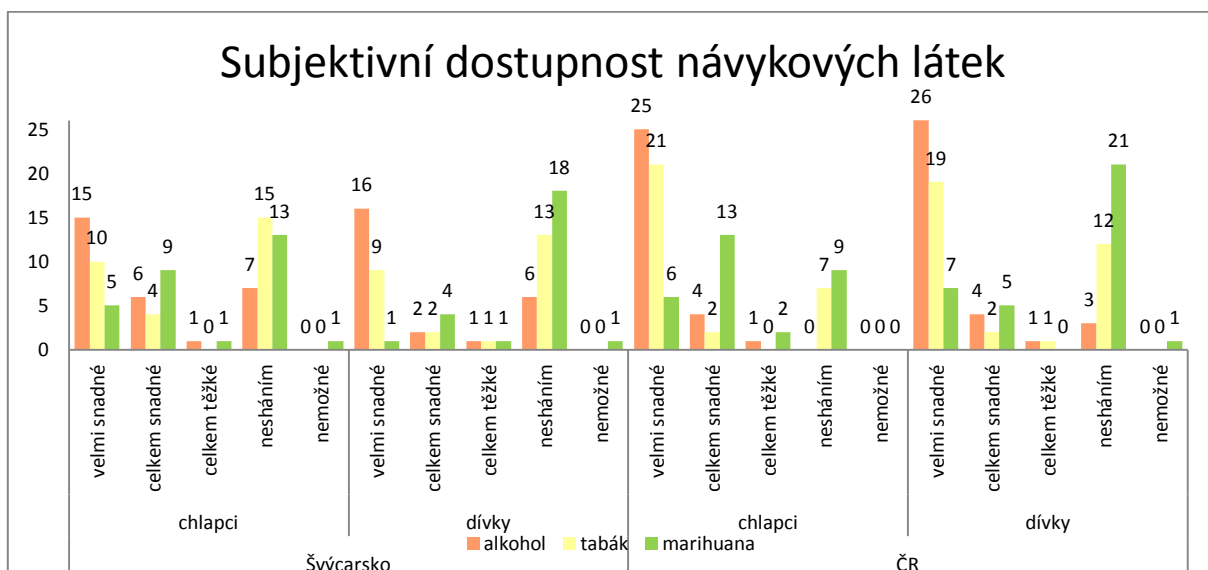
Graf vypovídá o tom, že ve Švýcarsku má 32 respondentů dobrou zkušenost po prvním užití drogy. Špatnou zkušenost uvedlo 9 osob. Bez zkušenosti s drogou je 13 osob. V České republice má dobrou zkušenost 41 osob a špatnou zkušenost 13 osob. Bez zkušenosti s drogou je 10 osob. Tyto informace jsou doplněny grafem, který vystihuje, co pro adolescenta droga znamená. (Příloha P, Graf II)

Graf č. 5: Z jakého důvodu jsi nejčastěji užil/a drogu?



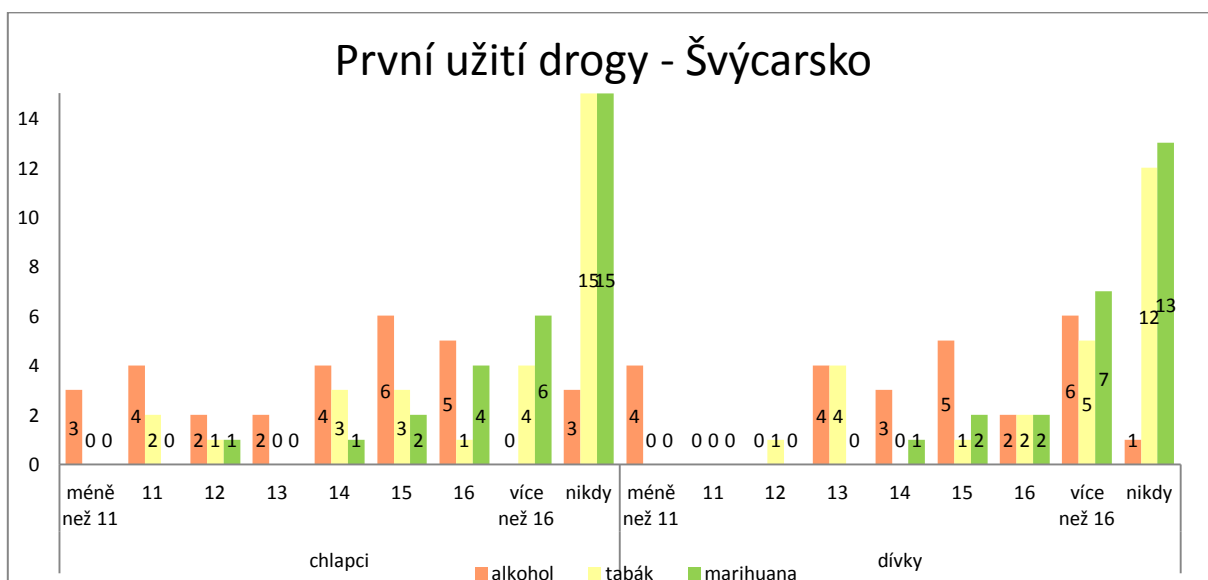
Nejčastějším důvodem užívání drogy je ve Švýcarsku zvědavost (30) a na druhém místě uvedli adolescenti, že chtějí být šťastní (18). V ČR byl nejčastěji uvedeným důvodem dostat se do nálady (31) oproti Švýcarsku (11) a také zvědavost (30). Čeští adolescenti užívají drogy, jelikož se chtějí cítit uvolněně (25). Drogy dále berou, protože jim to chutná, tak odpovědělo 16 osob z ČR a 14 osob ze Švýcarska. Větší počet adolescentů z ČR (9) než ve Švýcarsku (5) chce zapomenout na starosti. Šest osob z ČR bere drogy z nudy, a to především chlapci. Začlenit se do kolektivu chtějí především dívky z ČR (8). Ve Švýcarsku (7) jde o začlenění především u chlapců. Drogy k trávení volného času využívají pouze dvě osoby ze Švýcarska a tři osoby z ČR. Zapomenout drogou na starosti, chtějí spíše chlapci. Netrhat partu díky drogám odpověděli spíše adolescenti v ČR (8) než ve Švýcarsku (2). Z jiných důvodů byly zmíněny především odpovědi zkusit něco nového a útěk od odpovědnosti. Tyto informace doplňuje graf o oblíbenosti daného druhu alkoholu. (Příloha P, Graf III)

Graf č. 6: Je pro tebe snadné získat alkohol, tabák nebo marihuanu?



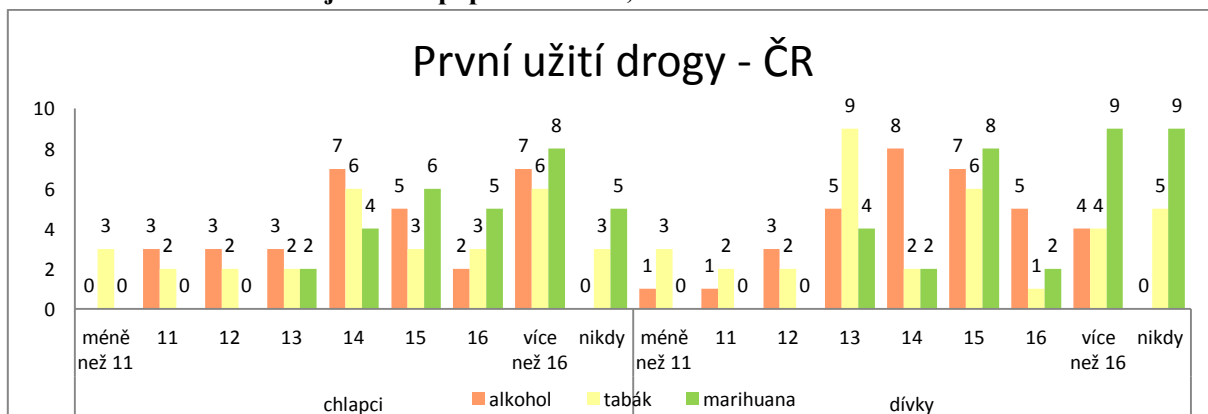
Tento graf ukazuje, že pro většinu dívek i chlapců jak v ČR (51), tak ve Švýcarsku (31), je velmi snadné získat alkohol. Některé osoby alkohol neshání, ve Švýcarsku je to 13 osob v ČR pouze 3 osoby. Pouze pro dva adolescenty z ČR a dva ze Švýcarska je těžké sehnat alkohol. Ve Švýcarsku je pro adolescenty velmi snadné získat tabák (19), pro některé celkem snadné (6) a pouze pro jednoho velmi obtížné. Většina tabák neshání (28). V ČR je pro adolescenty také velice snadné získat tabák (40), pro některé celkem snadné (4) a celkem těžké pouze pro jednoho. Dalších 19 adolescentů tabák neshání. Nemožné získat tabák není pro nikoho z ČR ani ze Švýcarska. Pro některé je i velmi snadné získat marihuanu ve Švýcarsku (6), celkem těžké je to pro dvě osoby a pro dvě je to zcela nemožné. Také v ČR je pro adolescenty velmi snadné (13) nebo celkem snadné (18) získat marihuanu, a to především pro chlapce. Celkem těžké je to pro dvě osoby a nemožné pouze pro jednu osobu. Velký počet ovšem marihuanu neshání (30). Tento graf doplňují grafy v Příloze P, kde si adolescenti obstarávají alkohol (Graf IV), kde shánějí tabák (Graf V), a kde shánějí marihuanu (Graf VI).

Graf č. 7: V kolika letech jsi měl/a poprvé alkohol, tabák nebo marihuanu?



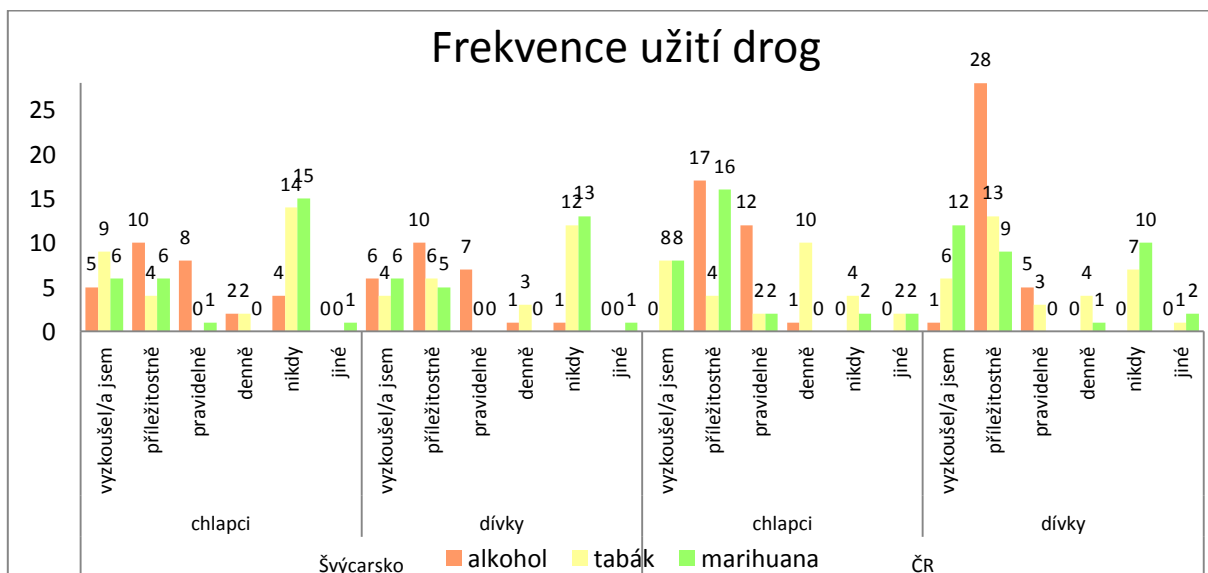
Ve Švýcarsku měli první zkušenost s alkoholem v méně než 11 letech (7) více děvčata než chlapci. Dívky začínají alkohol užívat až na výjimky později. Nejvíce osob začíná pít alkohol kolem 15 (11) a 16 roku (7), nebo později (6). Nikdy neměla alkohol pouze jedna osoba. Tabák začínají kouřit chlapci (2) ve Švýcarsku již od 11 let, dívky ve 12 letech (1). Nejčastěji respondenti tabák užili až po 16 roce (9). Nikdy tabák nemělo 27 osob. Marihuanu zkusí chlapci již od 12 let (1), dívky od 14 let (1). Marihuanu kouří především až po 16 roce jak dívky, tak chlapci. Ve svém životě nezkusilo marihuanu 28 osob. Tento graf je doplněn v Příloze P, kdo adolescentům nabídl drogy poprvé ve Švýcarsku (Graf VII) a kdo nabídl drogy poprvé adolescentům v ČR (Graf VIII).

Graf č. 8: V kolika letech jsi měl/a poprvé alkohol, tabák nebo marihuanu?



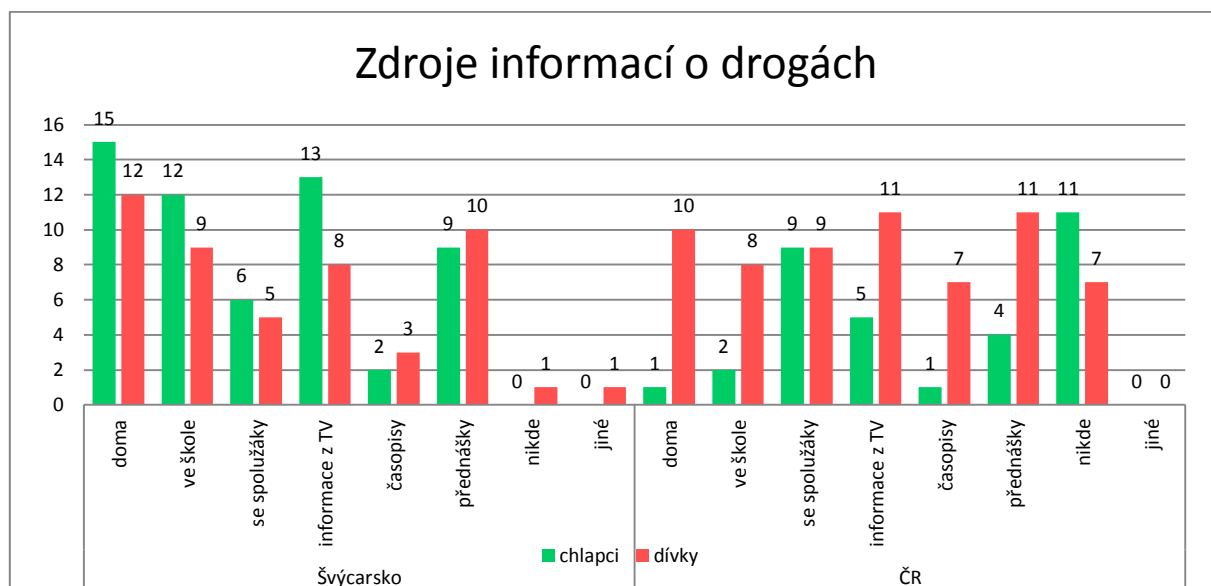
V ČR alkohol pijí dívky v méně než 11 letech (1) a chlapci od 11 let (3). Nejčastěji pijí alkohol ve 14 letech (15), v 15 letech (12) a po 16 roce (11). Oproti Švýcarsku zde mají čeští adolescenti zkušenost s tabákem v nižším věku, a to již v méně než jedenácti letech, jak dívky (3), tak chlapci (3). Nejvíce chlapců kouřilo ve 14 letech (6) a po 16 roce (6). Dívky kouří dříve, a to již v 13 letech (9) a 15 letech (6). Marihuanu zkoušejí chlapci i dívky již od 13 let (6). Převažuje ovšem počet osob, které zkusily marihuanu až po 16 roce (17) a také osob, které nikdy nekouřily marihuanu (14), především dívky.

Graf č. 9: Jak často si dáš alkohol, tabák, marihuanu?



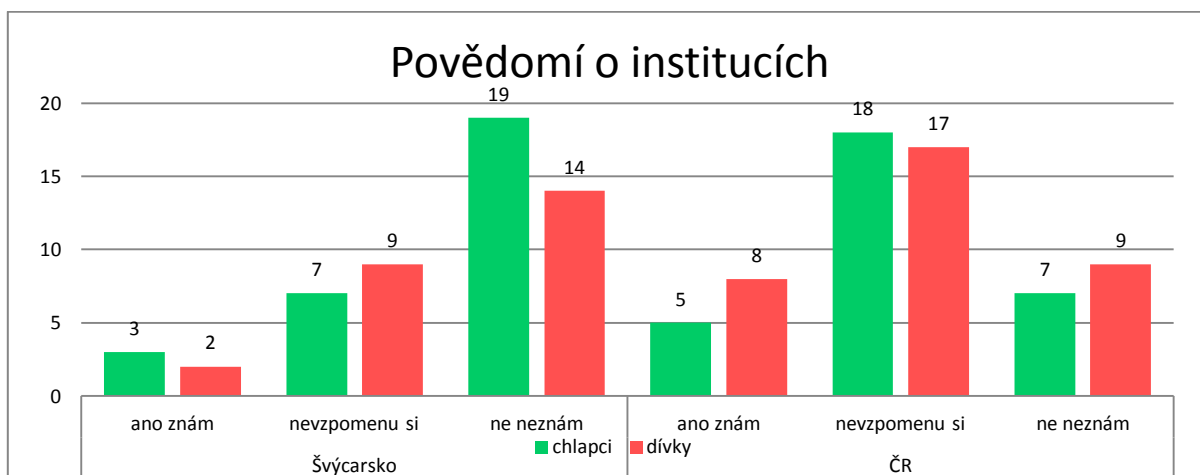
Graf vypovídá o tom, že nejvíce dotázaných osob pije alkohol příležitostně. Nejvíce dívky z ČR (28) poté chlapci z ČR (17). Stejným počtem pijí příležitostně dívky i chlapci ve Švýcarsku, a to počtem deset. Ovšem vysokým počtem označili jak chlapci, tak dívky ze Švýcarska odpověď pravidelně (15). Denně pijí 3 osoby a nikdy nepije 5 osob. V ČR pijí pravidelně (15) především chlapci. Denně jedna osoba. Tabák ve Švýcarsku nekouří většina adolescentů (26). Větší množství osob tabák pouze vyzkoušelo (13). Dále je zde 10 příležitostních kuřáků a 5 denních kuřáků. V ČR je počet těch, kteří nekouří nižší (11). Je zde velká míra denních kuřáků chlapců (10). U příležitostních kuřáků (17) se jedná především o dívky. Ve Švýcarsku je většina osob, která nikdy nevyzkoušela marihuanu (28), vyzkoušelo ji 12 osob a příležitostně ji užívá 11 osob. V ČR vyzkoušelo marihuanu 20 osob. Příležitostných uživatelů marihuany je vysoký počet chlapců (16) i dívek (9). Tento graf dále rozvíjí Příloha P, kde adolescenti odpovídají na otázku, jak často kouřili během 30 dní (Graf IX), jak často pili alkohol během 30 dní (Graf X) a jak často užívali marihuanu v posledních 30 dnech (Graf XI).

Graf č. 10: Kde mluvíte nejčastěji o rizicích drog?



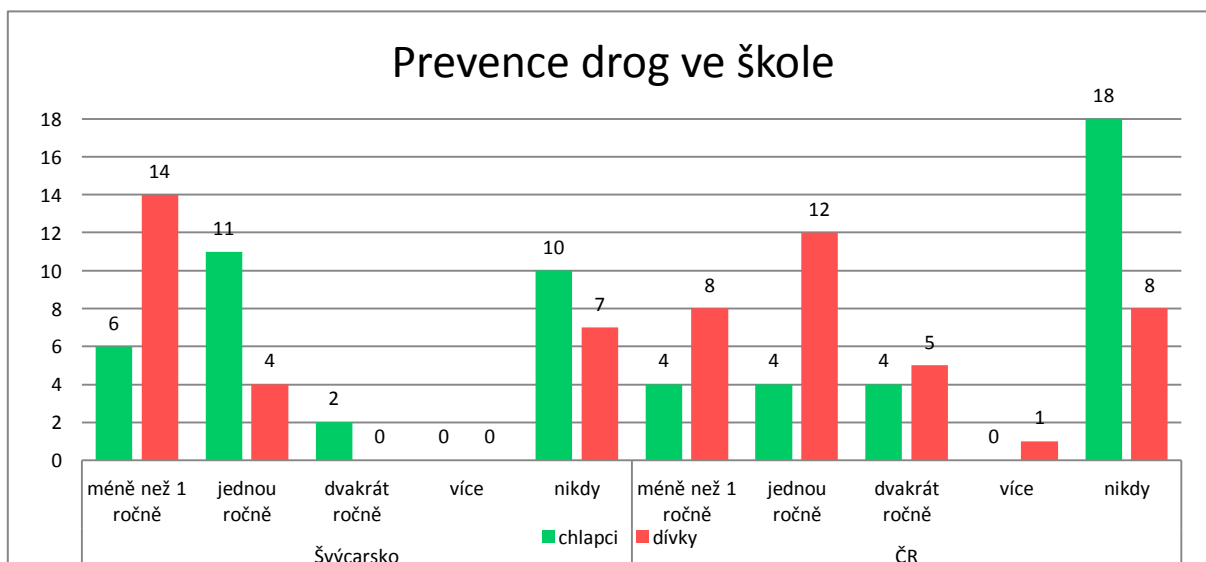
Graf nám říká, že, nejvíce informací o drogách získávají respondenti ve Švýcarsku především z domova (27). Dále pak z TV a internetu (21), ve škole (21) či z odborných přednášek (19) nebo od spolužáků (11). V ČR získává informace od spolužáků 18 osob. Z internetu a TV se dozvídá informace 16 osob, a to spíše dívky. Informace z domova (11), ze školy (10), z přednášek (15), z časopisů (8) se dozvídají především dívky. Dále 18 osob, především chlapců uvedlo, že se informace o rizicích drog nikde nedozvídají.

Graf č. 11: Znáš zařízení určené pro pomoc závislým osobám na drogách?



Graf znázorňuje, že pouze 5 respondentů ve Švýcarsku ví o zařízení určeném pro pomoc závislým na drogách. V České republice zná takové zařízení 13 osob. Osoby, které znají, ale nevzpomenou si na název zařízení je ve Švýcarsku 16 a v ČR 35. Velký počet respondentů nezná takovéto zařízení ve Švýcarsku (33). Zde je na tom ČR lépe (16). Ti, kteří znali zařízení tohoto typu, uváděli především Drop In, Sananim, K-centrum, Psychiatrickou nemocnici Bohnice nebo také klub Drug-out. Ve Švýcarsku byla uvedena zařízení Quai9 a Centre Phénix Envol. Zda považují adolescenti prevenci za důležitou je uvedeno v Příloze P (Graf XII).

Graf č. 12: Jak často se u vás ve škole uskutečňuje program na téma drogy?



Z tohoto grafu je možné vyčíst, že prevenci ve škole nikdy nemělo 17 osob ve Švýcarsku a 26 osob v ČR, toto uvedli především chlapci. Méně než jednou ročně ji mělo 20 osob ve Švýcarsku a 12 respondentů v ČR, v obou případech toto uvedly především dívky. Jednou ročně ji mělo 15 osob ve Švýcarsku, především chlapci a 16 osob v ČR, především dívky. Pouze dvě osoby ve Švýcarsku měly prevenci ve škole dvakrát ročně a v ČR ji mělo dvakrát ročně 9 osob. Pouze jedna dívka měla prevenci ve škole více než dvakrát ročně. Doplnění tohoto grafu, zda adolescenty tento program zajímá, je v Příloze P (Graf XIII).

7.1 Závěry průzkumu

Úkol 1 – Popsat jednotlivá zařízení a odpovědět na otázku jaká je jejich úroveň a udělat komparaci zařízení v ČR a Švýcarsku

Dětské a dorostové detoxikační centrum

Do r. 2003 v České republice neexistovalo zdravotnické zařízení, které by se cíleně zabývalo a pomáhalo věkové kategorii pacientů mladších 18 či dokonce 15 let. Bohužel věková hranice přijímaných osob se stále snižuje. Toto zařízení je jediné svého druhu v Praze a v ČR. Jeho potřebnost je především z důvodu zvyšujícího se počtu mladistvých závislých na návykových látkách. Funguje zde multidisciplinární tým, který se stará o návrat adolescenta do běžného života.

V zařízení je zajištěna jak ambulantní, tak lůžková část. Při DaDDC je zřízena poradna, kam mohou klienti po odchodu ze zařízení docházet. V zařízení je kladen důraz na spolupráci s rodinou. Léčba u nezletilého v pubertě je horší než v případě dospělého. Činnost DaDDC je odborně i organizačně náročná, avšak pouze obdobná péče představuje naději na úspěšnou léčbu a resocializaci pacienta. Tímto DaDDC může aktivně přispět ke snižování prevalence problémových uživatelů drog v české populaci.

Ambulance Apolinář

Apolinář je nejstarší zařízení pro léčbu závislostí v České republice, které bylo a stále je modelem pro většinu později založených institucí v ČR. Apolinář je stále vnímán jako vzorové a špičkové pracoviště.

Nová adiktologická ambulance zabývající se léčbou a výzkumem závislostí nabízí komplexní péči o děti, mladistvé a adolescenty, kteří mají problémy s alkoholem, drogami či gamblingem. Vůbec první specializovaná ambulance v ČR, kde mohou nezletilí závislí nalézt odpovídající péči.

Ambulance Apolinář vznikla v roce 2014, z důvodu absence ambulantního typu této služby pro děti od 15 let a adolescenty ve věku 15 - 18 let. Je zde zkušený a profesionální tým, který se snaží minimalizovat rizika a škody prostřednictvím zdravotnické a sociální péče. Je zde velké zaměření na práci s rodinou. Na to jak krátký čas zařízení funguje, jsou již patrné výsledky za tuto dobu. Takovéto zařízení v síti sociálních služeb chybělo a je s jistotou obrovským přínosem.

Centrum pro závislé na tabáku

Centrum se zapojuje do preventivních programů a opatření. Snaží se informovat o tom, že kouření je příčinou mnohých úmrtí, dále se snaží snížit počet dětí začínajících kouřit. Snaží se pomoci překonat při léčbě náročné období, snaží se motivovat adolescenty k intervenci. Toto zařízení není přímo určené pouze pro adolescenty, ale i pro dospělé. Centrum pro závislé na tabáku je pod vedením zkušeného vedení a má profesionální tým. Je zde poskytována ta nejlepší prevence, informace a léčba.

Fondation Officielle de la Jeunesse

Toto zařízení bylo zřízeno, aby podporovalo děti, mladistvé a adolescenty v nouzi, nejčastěji s drogovou problematikou. Jsou zde přijímáni klienti ve věku 13 - 18 let. Je zde velká spolupráce s rodinou a velice dobře koordinovaný profesionální tým. Toto zařízení se snaží o prevenci a podporu. Jedná se především o znovu začlenění do společnosti a znovu objevení u adolescentů zapomenutých návyků. Toto zařízení je specializované přímo na adolescenty, nebo také na matky s dětmi. Zařízení má velký rozsah svého působení a zahrnuje velké množství center. Zařízení se nachází na okraji města, kde je potřebný klid a nádherná krajina.

Maison de l'Ancre

Pobytové zařízení, které není určené pouze pro mladistvé, jehož cílem je opětovné začlenění do společnosti. Zařízení se zaměřuje na spolupráci s rodinou a dalšími organizacemi. Nabízí celou řadu zajímavých programů a využití běžného dne. Je zde velice milý a profesionální tým. Jsou zde zvyklí reagovat rychle na nově vzniklé situace, které práce s osobami závislými na alkoholu zahrnuje. Zařízení se nachází v centru Ženevy, je tak dobře dostupné pro všechny, kdo mají o službu zájem a je zde možnost využít malebné prostředí pro využití denních programů.

Carrefour addictions - CIPRET

Toto zařízení je obdobné jako zařízení v ČR pro léčbu tabáku. CIPRET se stará o prevenci závislosti na tabáku. Je zde komplexní přístup k otázkám na vznikající problémy v oblasti veřejného zdraví. Motivace k nekouření se uskutečňuje během dohodnuté intervence. Zařízení je určeno jak pro dospělé klienty, tak pro adolescenty.

Srovnání

Jak si můžeme všimnout, problém s psychoaktivními látkami u mladistvých se vyskytují bezpochyby jak v ČR, tak ve Švýcarsku. V ČR jsou postupně zřizována přímo určená zařízení pro mladistvé a adolescenty viz Ambulance Apolinář nebo Dětské a dorostové detoxikační centrum. Ve Švýcarsku nejsou zařízení přímo pro cílovou skupinu adolescentů s problémy s psychoaktivními látkami, jsou zde většinou zahrnuti s dospělou klientelou. Samozřejmě toto můžeme u nás chápat jako pokrokové, musíme se podívat ale i z druhého pohledu, který se nabízí. Tento pohled ukazuje, že v ČR je potřebnost speciálních zařízení přímo pro mládež a adolescentní osoby, které užívají drogy, potřebnější více než ve Švýcarsku. Rychlost jakou se rozvíjí potřebnost těchto zařízení je děsivá.

Všechna zařízení, která jsem navštívila, byla bez výjimky profesionálně zabezpečena. I když některá zařízení jsou v počátcích svého působení, o to více se zde zaměstnanci snaží vytvořit ty nejlepší podmínky pro prevenci, léčbu, intervenci či pobyt adolescentů. Ve veškerých zařízeních byla velmi vyžadována spolupráce s rodinou, která je tak důležitá u této cílové skupiny. V zařízeních se klientům plně věnují a já jsem neshledala žádné nedostatky.

Samozřejmě se nedokáže namotivovat každé dítě, nemusí se to také povést na poprvé nebo na podruhé, ale musíme si uvědomit, že každé zachráněné dítě od světa drog je obrovský úspěch.

Úkol 2 – Ověřit, zda jsou alkohol, tabák a marihuana více zneužívané drogy adolescenty v ČR než ve Švýcarsku

Z průzkumu vyplynulo, že alkohol je nejvíce užívanou drogou jak v ČR, tak ve Švýcarsku. V ČR užívají adolescenti tabák více než ve Švýcarsku. Také marihuana a její kombinace s léky nebo alkoholem je více užívaná v ČR. Větší zkušenost mají adolescenti z ČR s tvrdými drogami jako je extáze, lysohlávky, LSD a halucinogeny, pervitin, kokain, sedativa nebo těkavé látky.

Alkohol pijí adolescenti příležitostně nejvíce v ČR, ovšem v pravidelném pití je počet jak v ČR, tak ve Švýcarsku stejný. V ČR jsou to především chlapi. Denních pijáků je více ve Švýcarsku než v ČR. Jak dívky ze Švýcarska, tak z ČR pily alkohol během posledních 30 dní v menších frekvencích než chlapi. Chlapi pijí alkohol ve vyšších frekvencích. Ve Švýcarsku je větší počet osob, které během 30 dnů nepily vůbec.

Ohledně tabáku je ve Švýcarsku velký počet osob, který nekouří vůbec nebo pouze tabák vyzkoušel. Oproti tomu v ČR, je adolescentů, kteří nekouří nebo zkoušeli kouřit méně. V ČR je více příležitostných kuřáků, a to především dívek, také je zde více denních kuřáků především chlapců. Ve Švýcarsku během 30 dní nekouřila většina dotázaných adolescentů nebo kouřila méně než jednou týdně, jde především o dívky. Jsou zde i osoby, které kouřily ve vyšších frekvencích, ale jejich počet je malý. Jedná se především o dívky. V ČR nekouřil během těchto 30 dní také velký počet respondentů. Zde však již byl počet kuřáků týdně i denně vyšší. Dívky kouří spíše v nižších frekvencích, naopak počet chlapců narůstá ve vyšších frekvencích.

Ohledně marihuany je ve Švýcarsku větší počet adolescentů, kteří nikdy nevyzkoušeli marihuanu. V ČR je větší počet osob, které vyzkoušely marihuanu. Příležitostně ji kouří jak dívky, tak chlapi. V ČR je větší počet příležitostných kuřáků marihuany, a to především chlapců. Někteří ji kouří pravidelně nebo dokonce denně. Marihuanu nekouřil během 30 dní velký počet adolescentů jak ve Švýcarsku, tak v ČR. Ve Švýcarsku kouřil marihuanu malý počet osob v malých frekvencích. Naopak v ČR kouřil v nižších frekvencích větší počet osob. Některé osoby také ve vyšších frekvencích.

Tento úkol se z části potvrdil, a to tím, že adolescenti z ČR mají blíže k tabáku a marihuaně a z části vyvrátil, jelikož v pití alkoholu jsou na tom obě země na stejné úrovni.

Úkol 3 – Potvrdit, že adolescenti mají pozitivní vztah k návykovým látkám (tabák, alkohol, marihuana)

U adolescentů převládá dobrý pocit z první zkušenosti s drogou, a to jak ve Švýcarsku, tak v ČR. Jak chlapi, tak dívky jsou vyrovnáni v počtu odpovědí.

Ve Švýcarsku i ČR je pro adolescenty droga především zábava a prostředek pro zlepšení nálady, v ČR především pro dívky ve Švýcarsku naopak pro chlapce. V ČR jde dále především u dívek o zbavení se starostí a nepříjemných pocitů, také zbavení se strachu, sebekritiky a zábran a začlenění do kolektivu. U chlapců ve Švýcarsku jde především o snížení úzkosti a nejistoty, zbavení

se starostí a nepříjemných pocitů, začlenění do kolektivu a také zlepšení úsudku a paměti. U dívek jde především o zbavení se strachu, sebekritiky a zábran.

Ve Švýcarsku u chlapců převládá oblíbenost piva, také vína, alcopops a destilátů. U dívek převládá víno a alcopops. Chlapci v ČR mají nejoblíbenější nápoj jednoznačně pivo. Dalšími oblíbenými nápoji jsou víno a destiláty. Menší oblíbenost je u alcopops a cideru. Pro dívky v ČR je právě cider nejoblíbenější pití dále pak víno a pivo.

Zde můžeme potvrdit dobrý vztah adolescentů k drogám, jelikož převládá dobrý pocit z užití drogy a pro adolescenty je to především zábava a prostředek pro zlepšení nálady, co v nich droga vyvolává. Také můžeme potvrdit, že alkohol, a to především pivo je velmi oblíbený nápoj adolescentů.

Úkol 4 – Ověřit, že ve Švýcarsku ani v ČR není pro adolescenty těžké si tabák, alkohol či marihuanu opatřit

Pro adolescenty jak ve Švýcarsku, tak v ČR je velice snadné získat alkohol, a to jak pro chlapce tak dívky. Pro nikoho není nemožné sehnat alkohol. Někteří adolescenti alkohol neshání. Pro minimální počet je sehnat alkohol celkem obtížné. Také pro nikoho není nemožné sehnat tabák. Pro většinu adolescentů je velmi snadné sehnat tabák. Ve Švýcarsku více osob tabák neshání. Celkem těžké sehnat tabák je pouze pro dvě osoby. Pro větší počet osob je velmi snadné nebo celkem snadné získat marihuanu jak v ČR, tak ve Švýcarsku. Ovšem většina osob marihuanu neshání. Nemožné sehnat marihuanu je pouze pro tři osoby.

Zde jsou výsledky podobné jak v ČR, tak ve Švýcarsku. V ČR shání alkohol především v hospodě, v obchodě nebo na párty. V menší míře jsou zastoupeny možnosti přes kamarády, v partě a doma. Ve Švýcarsku shání alkohol nejčastěji také v hospodě, v obchodě a na párty. Dále si shání alkohol v partě a přes kamarády. Vyčnívá větší počet dívek ve Švýcarsku, které si shání alkohol doma.

Ve Švýcarsku převládá nákup tabáku v obchodě, poté na párty, v hospodě nebo přes kamarády. V menší míře především dívky shánějí tabák doma, na ulici a v partě. Také v ČR převládá nákup v obchodě, v hospodě a na párty. Menší počet shání tabák přes kamarády, v partě, doma nebo na ulici. Tabák si ve velké míře v žádné ze zemí adolescenti neobstarávají.

Nejčastěji shání marihuanu přes kamaráda, a to v obou zemích. V ČR si někteří obstarávají marihuanu také u dealera doma, v hospodě, na ulici nebo si jí vypěstovali. Dále jde v menším počtu o možnost shánění doma, ve škole, na párty, v těchto případech jde o dívky. Ve Švýcarsku pak ve škole, na párty a na ulici. Ve většině případů adolescenti ani v ČR ani ve Švýcarsku neshání marihuanu nikde.

Ve Švýcarsku nejčastěji alkohol nabídla adolescentům skupina přátel. V případě chlapců jim ho často nabídl rodič. Dívky si ho vzaly nejčastěji samy. V ČR alkohol adolescenti poprvé dostali od skupiny přátel, a to jak dívky, tak chlapci. Poté od staršího kamaráda, další ho dostali od mladšího nebo stejně starého kamaráda. V menší míře byl alkohol dívkám nabídnut od sourozence, rodiče nebo si ho vzaly samy.

Nejčastěji tabák nabídl adolescentům ve Švýcarsku skupina přátel nebo mladší či stejně starý kamarád, u dívek také starší kamarád. Velkému počtu adolescentů nenabídl tabák nikdo. V ČR tabák dostali nejčastěji od mladších nebo stejně starých kamarádů, dále od starších kamarádů nebo od skupiny přátel. V menší míře také od sourozenců, rodičů nebo si ho vzali sami.

Marihuanu nejčastěji dostali adolescenti ve Švýcarsku od skupiny přátel nebo od mladšího či stejně starého kamaráda, a to především chlapci. Dívky od staršího sourozence. Velkému počtu jak u dívek, tak u chlapců marihuanu nikdo nenabídl. V ČR nabídl marihuanu adolescentům nejčastěji skupina přátel nebo mladší a starší kamarádi. Dívkám nabídl marihuanu také rodič, přítel anebo sourozenec. U dívek je také vysoký počet těch, kterým nebyla nabídnuta marihuana nikdy.

Zde můžeme zcela potvrdit, že pro adolescenty v obou zemích není těžké si alkohol, tabák či marihuanu opatřit.

Úkol 5 – Porovnat, zda první zkušenost s drogou mají čeští adolescenti dříve než adolescenti ve Švýcarsku

Ve Švýcarsku měli první zkušenost s alkoholem v méně než 11 letech více děvčata než chlapci. Dívky začínají alkohol užívat až na výjimky později. Nejvíce osob začíná pít alkohol kolem 15 a 16 roku, nebo později. V ČR alkohol pijí dívky v méně než 11 letech a chlapci od 11 let. Nejčastěji pijí alkohol ve 14 letech, v 15 letech a po 16 roce.

Tabák začínají kouřit ve Švýcarsku chlapci již od 11 let, dívky ve 12 letech, ovšem nejčastěji respondenti tabák užili až po 16 roce. Oproti Švýcarsku zde mají čeští adolescenti zkušenost s tabákem v nižším věku v méně než jedenácti letech, a to jak dívky, tak chlapci. Nejvíce chlapců v ČR kouřilo ve 14 letech a po 16 roce, u dívek je tomu dříve, a to v 13 letech a 15 letech. Ovšem jsou tu i osoby, které užily tabák před 11 lety.

Marihuanu zkouší chlapci ve Švýcarsku již od 12 let, dívky od 14 let. Marihuanu kouří především až po 16 roce jak dívky, tak chlapci. Marihuanu zkoušejí v ČR chlapci i dívky již od 13 let, převažuje ovšem počet osob, který zkoušel marihuanu až po 16 roce a také osoby, které nikdy nekouřily marihuanu, a to především dívky.

Zde se ukázalo, že v pití alkoholu začínají adolescenti v obou zemích ve stejném věku. V obou zemích začali dívky s alkoholem dříve než chlapci. Tabák se užívá dříve v ČR než ve Švýcarsku. Ovšem marihuanu zkouší dříve chlapci ve Švýcarsku a naopak dívky v ČR.

Úkol 6 – Zjistit, zda mladiství a adolescenti v dnešní době zneužívají alkohol, tabák a marihuanu z toho důvodu, že nemají perspektivní využití volného času

Adolescenti jak v ČR, tak ve Švýcarsku tráví svůj volný čas s kamarády, s rodinou, surfují na internetu, aktivně sportují a chodí na disko a do klubů. V menším zastoupení jsou uvedeny aktivity, jako je čtení, které převládá u dívek, dále sledování TV a jiné koníčky jako je malba, zpěv atd. Ve Švýcarsku se více osob věnuje učení ve volném čase.

Nejčastějším důvodem užívání drogy je ve Švýcarsku zvědavost a na druhém místě uvedli adolescenti, že chtějí být šťastní. V ČR byl nejčastěji uvedeným důvodem dostat se do nálady oproti Švýcarsku a také zvědavost. V ČR i ve Švýcarsku adolescenti dále užívají drogy, jelikož se chtějí cítit uvolněně, chutná jim to. Větší počet adolescentů z ČR než ve Švýcarsku chce zapomenout na starosti a také některé osoby z ČR berou drogy z nudy, a to především chlapci. O začlenění se jedná v ČR především u dívek, ve Švýcarsku se jedná o začlenění především u chlapců. Drogy k trávení volného času využívá pouze malý počet osob ze Švýcarska a taktéž z ČR. Zapomenout drogou na starosti, chtějí spíše chlapci. Také netrhat partu díky drogám uvedli spíše adolescenti v ČR než ve Švýcarsku. Zde se nepotvrdilo, že by adolescenti měli málo perspektivního volného času.

Úkol 7 – Ověřit, zda ve Švýcarsku mají větší důraz na prevenci než v ČR

O rizicích drog nejvíce informací získávají respondenti ve Švýcarsku především z domova, z TV a internetu, ve škole nebo na odborných přednáškách a také od spolužáků. V ČR získávají informace nejčastěji od spolužáků. Informace z TV a internetu, domova, ze školy, přednášek, časopisů se dozvídají především dívky. Dále větší počet osob, především chlapců uvedlo, že se informace o rizicích drog nikde nedozvídají.

Pouze malý počet adolescentů ve Švýcarsku ví o zařízení určeném pro pomoc závislým na drogách. V České republice zná takové zařízení více osob. Velký počet respondentů nezná takovéto zařízení ve Švýcarsku, v tomto případě je na tom ČR lépe.

Prevenci ve škole nikdy neměl větší počet osob ve Švýcarsku a ještě více osob v ČR, toto uvedli v obou případech především chlapci. Méně než jednou ročně ji mělo více osob ve Švýcarsku, než v ČR, v obou případech toto uvedly především dívky. Pouze minimální počet osob ve Švýcarsku měl prevenci ve škole dvakrát ročně. V ČR měl vícečetnou prevenci větší počet osob.

Pro většinu osob jak v ČR, tak ve Švýcarsku je důležité nebo spíše důležité, aby zde byly protidrogové programy. Spíše nedůležité či určitě nedůležité je to ve Švýcarsku i v ČR pro minimální počet osob. Některé osoby jsou k tomuto tématu lhostejné.

Ve Švýcarsku je zajímavý preventivní program s jistotou pouze pro minimum adolescentů. V ČR je tento program určitě zajímavý pro vyšší počet osob. Ve Švýcarsku převažuje názor, že program je spíše nezajímavý nebo nezaujal vůbec. ČR na tom není o moc lépe a také je zde velký počet, především chlapců, které program nezaujal.

Nejvíce se osoby s problémem drog svěřují svým kamarádům, a to spíše chlapci ze Švýcarska a dívky z ČR. Na druhém místě je rodina, ovšem v ČR se svěřují spíše dívky a ve Švýcarsku spíše chlapci. V obou zemích by se dále svěřili sourozenci. V menšině jsou zvoleny odpovědi učitelé a spolužáci. Ovšem určitý počet také ukazuje, že by se adolescenti nesvěřili nikomu.

Zde se ukázalo, že jak v ČR, tak ve Švýcarsku nemají adolescenti informace o rizicích drog a velký počet osob nemá ve škole prevenci. Ovšem jak v ČR, tak ve Švýcarsku považují preventivní programy za důležité, bohužel je tento program zajímavý jen pro malý počet z nich.

7.2 Diskuse a shrnutí průzkumu

Alkohol je nejvíce užívanou drogou u adolescentů v ČR i ve Švýcarsku. Můžeme potvrdit narůstání alkoholismu u dětí již na základní škole. Ačkoli je prodej alkoholu podmíněn hranicí 18 let, tato hranice se zcela nedodrží a můžeme předpokládat velice závažné důsledky. Alkohol je u některých na denním pořádku. Chlapci pijí alkohol častěji než dívky. Ve Švýcarsku u chlapců převládá oblíbenost piva, což je také výsledek Suchtmonitoring Sweiz. Dále mají v oblíbenosti víno, alcopops, a destiláty. U dívek převládá víno a alcopops. Podle Shapira se alcopops těší velkému úspěchu. Chlapci v ČR mají nejoblíbenější nápoj jednoznačně pivo, což potvrzuje také Chominová. Dalším oblíbeným nápojem je víno a destiláty. Pro dívky v ČR je cider nejoblíbenější pití dále pak víno a pivo. Zde je potřeba si také uvědomit podle Vittoze, že čím dříve se s alkoholem začne, tím těžší je přestat. Průzkum potvrdil, že alkohol je vstupní drogou, jelikož osoby, které měly tvrdé drogy, vždy měly zkušenost s alkoholem. Lze potvrdit domněnku sdružení Sananim, že cesta k nealkoholovým drogám vede přes zkušenost s alkoholem a tabákem.

Drogy jako je tabák, marihuana, marihuana v kombinaci s alkoholem nebo léky, tak tvrdé drogy jsou více zneužívané mládeží a adolescenty v ČR. Můžeme tak potvrdit zneužívání jak domácích, tak dovážených drog. Ohledně tabáku, dívky kouří v nižších frekvencích a jsou příležitostnými kuřáky. Chlapci kouří ve vyšších frekvencích a někteří i denně, což potvrzuje také tvrzení Chominové. V ČR adolescenti zneužívají více marihuanu jak v nižších, tak častějších frekvencích než ve Švýcarsku. Marihuana je velmi nebezpečná droga. Je pro děti zajímavá, ocitají se po ní mimo realitu a chtějí vyzkoušet něco dalšího.

Ve Švýcarsku mají první zkušenost s alkoholem v méně než 11 letech. Dívky začínají alkohol užívat až na výjimky později. Nejvíce osob začíná pít alkohol kolem 15 a 16 roku nebo později. V ČR alkohol pijí dívky v méně než 11 letech a chlapci od 11 let. Začátek pití v tomto věku potvrzuje také Chominová. Nejčastěji pijí alkohol ve 14 letech, v 15 letech a po 16 roce.

Tabák začínají kouřit ve Švýcarsku chlapci již od 11 let, dívky ve 12 letech ovšem nejčastěji respondenti tabák užili až po 16 roce. Oproti Švýcarsku zde mají čeští adolescenti zkušenost s tabákem v nižším věku v méně než jedenácti letech, a to jak dívky, tak chlapci. Nejvíce chlapců v ČR kouřilo ve 14 letech a po 16 roce, u dívek je tomu dříve, a to ve 13 letech a 15 letech. Ovšem jsou tu i osoby, které měly tabák před 11 lety. Podle Illese se potvrzuje, že kouří čím dál více děvčat.

Marihuanu zkouší chlapci ve Švýcarsku již od 12 let, dívky od 14 let. Marihuanu kouří především až po 16 roce jak dívky, tak chlapci. Marihuanu zkoušejí chlapci i dívky v ČR již od 13 let, převažuje ovšem počet osob, který vyzkoušel marihuanu až po 16 roce a také osob, které nikdy nekouřily marihuanu, a to především dívky.

Z průzkumu plyne, že s alkoholem ve Švýcarsku i v ČR začínají adolescenti stejně, a to již před jedenáctým rokem a v 11 letech. Ovšem ve Švýcarsku začalo v tomto brzkém věku pít více osob. S tabákem začínají adolescenti dříve v ČR, a to již před 11 rokem. S marihuanou začínají adolescenti v podobném věku jak v ČR, tak ve Švýcarsku, a to v období 13 - 14 let.

Z těchto závěrů můžeme usoudit, že alkohol je u adolescentů na stejné úrovni v obou zemích, ostatní drogy jsou více zneužívány adolescenty v ČR. Tímto se potvrzují závěry studie ESPAD, podle kterých není rozdíl v průměrné spotřebě alkoholu v ČR a Švýcarsku.

U chlapců i dívek převládá dobrý pocit z užití první drogy, a to jak ve Švýcarsku, tak v ČR. Ve Švýcarsku i v ČR je pro adolescenty droga především zábava a prostředek pro zlepšení nálady. V ČR i ve Švýcarsku jde dále především o zbavení se starostí a nepříjemných pocitů, také zbavení se strachu, sebekritiky a zábran, začlenění do kolektivu a o snížení úzkosti a nejistoty. Podle Riesela nemůžeme odstranit strach, úzkost a nejistotu drogou. Jedná se pouze o krátkodobé a uměle vyvolané řešení. Omyl může také pramenit z neznalosti, nezkušenosti a nedostatečné informovanosti. Popřípadě právě od dezinformované společnosti. Toto může dále podporovat domněnka podle Demographics and Health effects, kdy kouření zvyšuje oblíbenost v kolektivu.

Pro adolescenty jak ve Švýcarsku, tak v ČR je velice snadné získat alkohol, a to jak pro chlapce tak dívky. Pro nikoho není nemožné sehnat alkohol nebo tabák. Pro větší počet osob je velmi snadné nebo celkem snadné získat marihuanu jak v ČR, tak ve Švýcarsku. Nemožné sehnat marihuanu je pouze pro tři osoby.

Zde jsou výsledky podobné jak v ČR, tak ve Švýcarsku. V ČR i ve Švýcarsku shání alkohol a tabák především v hospodě, v obchodě nebo na párty. Ve většině případů adolescenti ani v ČR ani ve Švýcarsku neshání marihuanu nikde. Nejčastěji shání marihuanu přes kamaráda, a to v obou zemích. Ve Švýcarsku i ČR adolescentům nejčastěji alkohol, tabák a marihuanu nabídla skupina přátel. Z tohoto průzkumu plyne, že opravdu není těžké pro adolescenty z ČR ani Švýcarska získat tabák, alkohol ani nelegální marihuanu.

Adolescenti jak v Česku, tak ve Švýcarsku tráví svůj volný čas s kamarády, s rodinou, surfují na internetu, aktivně sportují a chodí na disko a do klubů. V menším zastoupení jsou uvedeny aktivity, jako je čtení, které převládá u dívek, dále sledování TV a jiné koníčky jako je malba, zpěv atd.

Nejčastějším důvodem užívání drogy je ve Švýcarsku zvědavost a na druhém místě uvedli adolescenti, že chtějí být šťastní. V ČR byl nejčastěji uvedeným důvodem dostat se do nálady a také zvědavost. Tímto můžeme usoudit, že drogy neberou adolescenti z důvodu nevhodného trávení volného času, jsou především zvědaví. Zvědavost k adolescenci bezpochyby patří.

O rizicích drog nejvíce informací získávají respondenti ve Švýcarsku především z domova. V ČR získávají informace nejčastěji od spolužáků. Dále větší počet osob v ČR, především chlapců, uvedl, že se informace o rizicích drog nikde nedozvídají. Pouze malý počet adolescentů ve Švýcarsku ví o zařízení určeném pro pomoc závislým na drogách. V České republice zná takové zařízení více osob. Velký počet osob nezná takovéto zařízení ve Švýcarsku, v tomto případě je na tom ČR lépe.

Prevenční ve škole nikdy nemělo větší počet adolescentů ve Švýcarsku a ještě více osob v ČR. Prevenční ve škole dvakrát ročně nebo vícečetnou prevencí mělo více osob v ČR než ve Švýcarsku.

Pro většinu osob jak v ČR, tak ve Švýcarsku je důležité nebo spíše důležité, aby zde byly protidrogové programy. Některé osoby jsou k tomuto tématu lhostejné. Ve Švýcarsku je zajímavý

preventivní program s jistotou pouze pro minimum adolescentů. V ČR je zajímavý pro vyšší počet osob. Ve Švýcarsku převažuje názor, že program je spíše nezajímavý nebo nezaujal vůbec. ČR na tom není o moc lépe a také je zde velký počet, především chlapců, které program nezaujal.

Nejvíce se osoby s problémem drog svěřují svým kamarádům a rodině. Pouze v menšině jsou zvoleny odpovědi učitelé a spolužáci. Ovšem určitý počet také ukazuje, že by se adolescenti nesevěřili nikomu.

Prevence je úkolem společnosti. Je nutné o rizicích drog mluvit ve škole, v rodině atd. a tvořit smysluplné a zajímavé programy prevence, které adolescenty osloví. Nedostatečně zvládnutá primární prevence ve škole ukazuje přibývajícím počtem dětí a adolescentů, které můžeme považovat za problémové uživatele drog či již na drogách závislé.

ZÁVĚR

Tato práce podává komplexní pohled na drogovou problematiku mládeže a adolescentů v ČR a ve Švýcarsku, a to u nejvíce zneužívaných látek jako je alkohol, tabák a marihuana. Konkrétní tři zástupci byli vybráni z toho důvodu, že jsou společností tolerovány, a jeví se jako méně škodlivé. Přitom závislých na alkoholu a nikotinu je nespočetně více než závislých na nelegálních drogách. Řešení problémů spojených s kouřením a alkoholem je mnohonásobně finančně nákladnější než u nelegálních drog. Navíc je pití alkoholu a kouření velmi podporováno dospělou populací.

Hlavním cílem této práce bylo popsat drogovou situaci v ČR a ve Švýcarsku. Dále také profesionalitu a zabezpečení jednotlivých zařízení v daných zemích, jelikož drogová závislost u mladistvých se stává jedním ze závažných sociálně patologických jevů, který nabývá na intenzitě.

V teoretické části práce se můžeme dočíst o tom, že adolescenti užívají drogy především zpočátku k navození příjemného stavu a vyzkoušení něčeho nového. V dnešní době stále mladší jedinci kouří cigarety, pijí alkohol a kouří marihuanu, což je velice závažný problém, který by se neměl přehlížet. Děti a adolescenti berou drogu jako náhražku, adolescenti čekají, že jim droga nabídne lepší život. Nikdy se touto náhražkou nenaplní jejich vlastní já, souznění s ostatními, dosažení vlastních cílů, úspěchy apod. Stav, který je navozen drogou, je stav umělý a krátkodobý.

Pro dospívající děti je příznačné, že chtějí vyzkoušet vše nové a pro ně přitažlivé, chtějí zkoušet sami riskovat a objevovat, je to způsob, jak zjistit, kdo jsou, jací jsou, co je pro ně bezpečné a co ne. Pro adolescenty je droga impulsem a lákadlem pro lepší život. Jsou zde také dezinformace od společnosti, např. že marihuana není tolik škodlivá. Drogy lákají děti a mládež každý den. Drogy slibují hodně, každá něco jiného, každá má svojí pověst a reklamu ve společnosti. Každá si také bere za to svou daň, a to vždy a ne v malém množství.

Pro adolescenty je těžké, aby zůstali bez odezvy na reklamy, a aby přijali vědomé chování proti konzumaci tabáku a alkoholu. Protože jsou pořád zákeřně sváděni produkty, které jsou označovány jako dobré, bez rizik a špatných vlastností jako jsou cigarety nebo alkohol. Reklama tímto přímo cílí na mladé lidi.

Je zde mnoho případů dětí a adolescentů, kteří s drogami pouze experimentují a na jejich životech to nezanechá vážnější stopy. Děti drogy samy a přirozeně opustí, když zjistí, že po fázi zvědavosti jim nic nedávají. Mnozí uživatelé však trpí chronickou formou závislosti, kdy po obdobích abstinence opětovaně upadají do návyku. Návyk začíná tam, kde se člověk vzdá svých původních životních perspektiv. Droga je u těchto jedinců na prvním místě a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne. U mladých lidí je nebezpečné zejména to, jakou rychlostí droga jejich život vyplní.

Jak vyplynulo z průzkumu této práce, čím více nezletilý užívá alkohol a cigarety, tím zvyšuje pravděpodobnost, že vyzkouší i nelegální drogy. Tímto se potvrzuje pořadí jednotlivých drog, tedy to, do jaké míry jsou u nás kulturně a sociálně tolerovány. Alkohol je nejvíce užívanou drogou u adolescentů v ČR i ve Švýcarsku. Můžeme potvrdit narůstání alkoholismu u dětí již na základní

škole. Ačkoli je prodej alkoholu podmíněn hranicí 18 let, tato hranice se zcela nedodrží a můžeme předpokládat velice závažné důsledky. Alkohol je u některých na denním pořádku, chlapci pijí alkohol častěji než dívky. Průzkum potvrdil, že alkohol je vstupní drogou, jelikož osoby, které měly zkušenost s tvrdými drogami, vždy měly zkušenost s alkoholem.

S alkoholem začínají adolescenti podle průzkumu již před dosažením 11 let. Taktéž s tabákem začínají před 11 rokem a s kouřením marihuany v období 13 – 14 let. U chlapců i dívek převládá dobrý pocit z užití první drogy. Ve Švýcarsku i v ČR je pro adolescenty droga především zábava a prostředek pro zlepšení nálady a nejčastěji jim byla droga nabídnuta ve skupině přátel. Drogy užívají nejčastěji ze zvědavosti, chtějí se dostat do nálady a být šťastní. Z průzkumu vyplynulo, že opravdu není těžké pro adolescenty z ČR ani Švýcarska získat tabák, alkohol ani nelegální marihuanu.

Stát by zde měl hrát klíčovou roli, aby adolescenti neměli možnost drogy brát či si je sami kupovat. Je důležité, aby se všichni lidé spojili, a snažili se o snížení poptávky po drogách a jejich dostupnosti. Stát by tedy měl vytvářet systém bezpečnostních a represivních opatření, které by vedly ke snižování nabídky drog na trhu.

Zde však musíme myslet také na preventivní opatření na základních a středních školách, ale také prevenci v rámci rodiny. Vhodná je spolupráce rodiny a školy, a vytváření vhodných podmínek pro volnočasové aktivity. Bohužel v oblasti legálních drog se pořád ukazuje vysoká míra tolerance a nízká bezpečnostní opatření v oblasti dostupnosti a užívání těchto látek mladistvými. Je důležité, aby tato prevence byla zacílená především na děti a mládež. Je nutné vytvořit nízkoprahovou a bezbariérovou komunikaci v případě prevence, poradenství či resocializačních opatření.

Na základě poznatků získaných při psaní této práce jsem dospěla k závěru, že řešení problematiky drog je velice složité. Dlouhodobá historie užívání drog zabraňuje jejich odstranění ze společnosti ze dne na den. Je to především naděje a víra, která žene sociální pracovníky s touto klientelou vpřed v zařízeních jak už pro prevenci nebo léčbu drogově závislých adolescentů. Tato jejich práce je obdivuhodná a zcela určitě má smysl. Již dnes mají zařízení vynikající úspěchy a zásluhy na ozdravování společnosti, která by mohla nabídnout dětem a adolescentům to pravé dětství a dospívání – tedy bez drog.

Abstrakt

Tato práce má upozornit na závažný problém drogové problematiky u adolescentů, kteří zneužívají legální návykové látky nebo marihuanu. Tento problém, nabírající na intenzitě je často diskutovaný, avšak společností velmi opomíjený. V práci se můžeme dočíst o účincích daných drog, zjistit definice a charakteristiky jednotlivých drog, popřípadě jejich působení na adolescenty. Je zde vyzdvihnuta potřeba prevence a léčby adolescentních klientů, a také mnohdy rozhodující práce s rodinou. Autorka diplomové práce se v praktické části zaměřila především na zařízení, která jsou tak potřebná v této oblasti. Tedy na zařízení, která se orientují na prevenci a poradenství, zařízení pro začlenění do společnosti, zařízení zaměřená na léčbu - pobytové a ambulantní služby, atd. Jsou zde uvedeny jejich charakteristiky a metody práce s klienty. Dále byl v této práci autorkou vytvořen průzkum, který potvrzuje mnohé detailnější kvantitativní výzkumy. Potvrzuje se, že drogy jsou v tomto století obrovským problémem a zátěží pro společnost, a to především pro dané adolescenty. Východisko tohoto problému je velice složité a dlouhodobé, ovšem každý může přispět tak, že v první řadě nebude k tomuto problému lhostejný.

Summary

The aim of this thesis is to draw attention to the serious problem of drug addiction among adolescents who are abusing addictive substances or marijuana. This increasingly important issue is discussed a lot, but very often neglected by the society. This thesis provides definitions and characteristics of individual drugs and their effects on adolescents. The need for prevention and treatment of adolescent clients is emphasized, alongside with the family support, which is often crucial. In the practical part, the author of the thesis focuses on organizations that are critically important in this field. These organizations focus on prevention, counseling services, social inclusion and treatment facilities (inpatient and outpatient services), etc. Their characteristics and methods of client treatment are described. Furthermore, in this work the author presents a survey that confirms the findings of some detailed quantitative research papers. The main findings are that drug abuse is a major problem of this century and also a burden on society, especially on the adolescents themselves. The solution is very complicated and time consuming, but everyone can contribute by not being indifferent to this problem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ACCESS. *Zpráva projektu Access: Access Strategies for Teen Smoking Cessation*. Praha: Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, 2010.
- ARTERBURN, S., BURNS, J. *Drogy klepou na dveře*. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 8-86077-03-9.
- BABIAKOVÁ, M., AKRMANNOVÁ, J. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In: MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- BURN, H. *Drogy, léčiva a lidé*. Londýn: George Allen and Unwin Ltd., 1983.
- BROŽA, J. Děti a mladiství. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog: příklady dobré praxe a využití v členských státech EU*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-065-0.
- GÖHLERT, Ch., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Euromedia Group, k. s., 2001. ISBN 80-7202-950-9.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0135-9.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.
- ILLES, T. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-85866-50-1.
- KOL. AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- KRÁLÍKOVÁ, E. et al. *Vnitřní lékařství: doporučení pro léčbu závislosti na tabáku*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2015. ISN 0042-773X.
- MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Praha: AGAMA, 2006. ISBN 80-86991-70-9.
- MCGRATH et al. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací, nejnovější výzkumné poznatky*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. ISBN 1-84629-147-X.
- NEŠPOR, K., DVOŘÁK, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. Praha: ARMEX, 1998. ISBN 80-902283-9-9.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha: Sportpropag, a. s., 1992.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 1996. ISBN 80-85-121-52-2.

NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-299-8.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. Vydání 3. Praha: FORTUNA, 1999. ISBN 80-7071-123-X.

NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.

PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.

RIESEL, P. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Praha: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Vydání 3. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.

SHAPIRO, H. *Obrazový průvodce: drogy*. Praha: Svojtka & Co. s.r.o, 2005. ISBN 80-7352-295-0.

Online zdroje:

Akční plán realizace: národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. [online]. Úřad vlády České republiky: sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013 [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1591/286/akcni_plan_2013_2015.pdf

Akční plán realizace: národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. [online]. Úřad vlády České republiky: sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013 [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1591/286/akcni_plan_2013_2015.pdf

AZCITATY.CZ: *Tomáš Garrigue Masaryk.* [online]. © 2009-2015. [cit. 2016-04-05]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/tomas-garrigue-masaryk/21157/>

BOREŠOVÁ, J. *Současné postoje adolescentů ke konzumaci alkoholu.* [online]. Brno, 2009. [cit. 2016-02-03]. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta, obor Psychologie, Vedoucí diplomové práce: Zdeněk Stránský. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/109452/ff_m/

CARREFOUR ADDICTIONS, *Actualités: fumée passive.* [online]. [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://cipret.carrefouraddictions.ch/actualites-cipret/actualites/commandez-gratuitement-le-kit-monic-170.html>

CARREFOUR ADDICTIONS, *Campagnes.* [online]. [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://cipret.carrefouraddictions.ch/article/9-cipret/73-campagnes.html>

CARREFOUR ADDICTIONS, *Interventions publiques.* [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://cipret.carrefouraddictions.ch/prevention/interventions-publiques.html>

CARREFOUR ADDICTIONS, *Journée mondiale sans tabac.* [online]. [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://cipret.carrefouraddictions.ch/journee-mondiale-sans-tabac.html>

CARREFOUR ADDICTIONS, *Qui somme nous? Missions et activites.* [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: <http://carrefouraddictions.ch/qui-sommes-nous-cipret.html>

CARREFOUR ADDICTIONS, *Qui somme nous?* [online]. [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://cipret.carrefouraddictions.ch/qui-sommes-nous.html>

CIPRET-VAUD, *Centre d'information pour la prévention du tabagisme.* [online]. 2014 [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://www.cipretvaud.ch/>

CIPRET-VAUD, *Prevention tabagisme.* [online]. © 2015 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: http://www.cipretvaud.ch/wp/wp-content/uploads/2015/03/2015_Plaquette_pres_CIPRET_web.pdf

- CIPRET-VAUD, *Rapport des activités du Cipret-Vaud 2014: centre d'information pour la prévention du tabagisme*. [online]. 2015 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: http://www.cipretvaud.ch/wp/wp-content/uploads/2015/06/RA_2014_CIPRET_DEF.pdf
- CSÉMY, L., CHOMINOVÁ P., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009 [cit. 2016-02-10]. ISBN 978-80-87041-94-9. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1664/360/espac_2007_web01.pdf
- Demographics and Health effects: tobacco dependence*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-11-03]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_97.php
- Demographics and Health effects: prevalence of tobacco use*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-11-04]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_85.php
- Demographics and Health effects: tobacco dependence*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-01]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_99.php
- Demographics and Health effects: recommendations*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_110.php
- Demographics and Health effects: efficacy*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-04]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_15.php
- Demographics and Health effects: efficacy*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_22.php
- Demographics and Health effects: benefits of quitting*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_106.php
- Demographics and Health effects: secondhand tobacco smoke* [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_101.php
- Demographics and Health effects: secondhand tobacco smoke* [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-05]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_186.php
- Efficacy: nicotine replacement therapy*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_26.php
- Efficacy: treating special populations*. [online]. Society for the study of addiction. 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://www.treatobacco.net/en/page_44.php
- FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. [online]. Ústav farmakologie 3. LF UK, 2000 [cit. 2015-06-15]. Dostupné z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Adolescents*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/prestations/adolescents>

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Guide pour les parents*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/sites/default/files/Plaqueette%20Piccolo%20Parents.pdf>

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Les Ateliers de la FOJ*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/content/les-ateliers-de-la-foj>

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Piccolo*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/content/piccolo>

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Présentation & lois*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/content/pr%C3%A9sentation-lois>

FONDATION OFFICIELLE DE LA JEUNESSE. *Toucan*. [online] ©2015 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <https://www.foj.ch/content/le-toucan>

CHOMINOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014 [cit. 2016-02-05]. ISBN 978-80-7440-101-5. Dostupné z: [http://www.drogy-](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf)
[info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf)

CHOMINOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014 [cit. 2016-02-10]. ISBN 978-80-7440-101-5. Dostupné z: [http://www.drogy-](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf)
[info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf](http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1662/358/Evropsk%C3%A1_%C5%A1koln%C3%AD_studie_ESPAD_web.pdf)

KIBORA, C. *Recul de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes: une chance pour la prévention*. [online]. 2015 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.addictionsuisse.ch/actualites/communiques-de-presse/article/recul-de-la-consommation-de-substances-psychoactives-chez-les-jeunes-une-chance-pour-la-prevention/>

KRÁLÍKOVÁ, E. *Boj proti kouření*. In: *Hyde Park: 90'ČT 24*. [zpravodajství] TV, ČT 24, 11. 3. 2016, 20:00. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/11412378947-90-ct24/216411058130311-boj-proti-koureni>

KRÁLÍKOVÁ E., et al. *Centra pro závislé na tabáku: informace pro pacienty*. [online]. © 2006 - 2016 [cit. 2016-03-15]. ISSN 1802-1875. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/centra-lecby>

KRÁLÍKOVÁ E., et al. *Centra pro závislé na tabáku v České republice v roce 2012: přehled, ekonomika*. [online]. Praha: Časopis lékařů českých, 2014 [cit. 2016-03-17].

Dostupné z: http://www.slzt.cz/dokumenty/kralikova_souhrn.pdf

MIOVSKÝ et al., *Cíl a smysl dětské ambulance KAD a její zkušenost s pilotním provozem*. [online]. Praha: Klinika Adiktologie, 1. Lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice, 2015 [cit. 2016-02-27].

MIOVSKÝ et al., *Cíl a smysl dětské ambulance KAD a její zkušenost s pilotním provozem*. [online]. Praha: Klinika Adiktologie, 1. Lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice, 2015 [cit. 2016-02-28].

MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. [online]. Úřad vlády České republiky: národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2016-02-04]. ISBN 978-80-7440-134-3. Dostupné z:

http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/696/VZ_drogy_2014_fin02_v160108.pdf

MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. [online]. Úřad vlády České republiky: národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2016-02-05]. ISBN 978-80-7440-134-3. Dostupné z:

http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/696/VZ_drogy_2014_fin02_v160108.pdf

MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. [online]. Úřad vlády České republiky: národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2016-02-10]. ISBN 978-80-7440-134-3. Dostupné z:

http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/696/VZ_drogy_2014_fin02_v160108.pdf

NAMYSLOVOVÁ M. *Dětská a dorostová adiktologie*. [online]. Praha: Klinika adiktologie, 1. Lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice, 2015 [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Detska_a_dorostova_adiktologie.pdf

Rozdělení drog. [online]. 2015 [cit. 2015-07-03]. Dostupné z: <http://www.substitutnicleba.cz/rozdeleni-drog>

SUCHTMONITORING SCHWEIZ. *Alcool: Vue d'ensemble: Situation actuelle*. [online]. © 2013 - 2016. [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/2.html>

SUCHTMONITORING SCHWEIZ. *Cannabis: Vue d'ensemble: Situation actuelle*. [online]. © 2013 - 2016. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/4.html>

SUCHTMONITORING SCHWEIZ. Tabac: *Vue d'ensemble: Situation actuelle*. [online]. © 2013 - 2016. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/1.html>

SKÁLOVÁ, K., et al. *Drogová závislost mladistvých: studie se závěry empirického šetření*. [online]. Institut dětí a mládeže: Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, 1993 [cit. 2015-07-01]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1135612886.pdf>

SKÁLOVÁ, K., et al. *Drogová závislost mladistvých: studie se závěry empirického šetření*. [online]. Institut dětí a mládeže: Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, 1993 [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1135612886.pdf>

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *Minnesotská škála nikotinových abstinčních příznaků*. [online]. © 2006 - 2016 [cit. 2016-02-18]. ISSN 1802-1875. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/minnesotska-skala-abstinencnich-priznaku>

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *O společnosti*. [online]. © 2006 - 2016 [cit. 2016-03-13]. ISSN 1802-1875. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/o-spolecnosti>

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *O společnosti*. [online]. © 2006 - 2016 [cit. 2016-03-14]. ISSN 1802-1875. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/o-spolecnosti>

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. *Struktura intervence*. [online]. © 2006 - 2016 [cit. 2016-02-15]. ISSN 1802-1875. <http://www.slzt.cz/struktura-intervence>

VITTOZ, G. *Communiqué de presse: La publicité du tabac vise les jeunes*. [online]. 2015 [cit. 2016-03-11]. Dostupné z:

http://www.cipretvaud.ch/wp/wp-content/uploads/2015/03/Communique_de_presse_marketing-du-tabac_240315.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A: OKOLNOSTI ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO ZNEUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A DROG U DĚTÍ A OKOLNOSTI TOTO RIZIKO SNIŽUJÍCÍ	I
PŘÍLOHA B: MINNESOTSKÁ ŠKÁLA NIKOTINOVÝCH ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ.....	II
PŘÍLOHA C: FAGESTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA CIGARETÁCH.....	III
PŘÍLOHA D: FÁZE PRŮBĚHU PÉČE	IV
PŘÍLOHA E: STATISTIKA FÁZÍ A UKONČENÍ LÉČBY	IV
PŘÍLOHA F: STRUKTURA TERAPEUTICKÉHO PROGRAMU	V
PŘÍLOHA G: PROSTŘEDKY A FORMY TERAPIE	V
PŘÍLOHA H: SLOŽENÍ A STRUKTURA TÝMU.....	VI
PŘÍLOHA I: DOKUMENTACE.....	VII
PŘÍLOHA J: INFORMACE PŘI PRVNÍM KONTAKTU	VIII
PŘÍLOHA K: STRUKTURA INTERVENČÍ.....	IX
PŘÍLOHA L: CENTRA PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU	X
PŘÍLOHA M: VŠEOBECNÁ PRAVIDLA ZAŘÍZENÍ.....	XI
PŘÍLOHA N: AKTIVITY ZAŘÍZENÍ.....	XII
PŘÍLOHA O: DOTAZNÍK	XIII
PŘÍLOHA P: GRAFY	XIV

PŘÍLOHA A: OKOLNOSTI ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO ZNEUŽÍVÁNÍ ALKOHOLU A DROG U DĚTÍ A OKOLNOSTI TOTO RIZIKO SNIŽUJÍCÍ

Tabulka 1: Okolnosti týkající se dítěte

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Duševní poruchy a poruchy chování	Vysoká míra duševního zdraví Dobré tělesné zdraví
Setkání s alkoholem, tabákem nebo drogou v mladém věku	Pozdní nebo žádné setkání s drogou
Poškození mozku při porodu, úrazy hlavy	Dobrá schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí
Dlouhé bolestivé onemocnění	Vnitřní přijetí hodnot, které jsou v rozporu s alkoholem a drogami
Nedostatek dobrých způsobů, jak zvládat stresové situace	Dobré způsoby, jak zvládat obtížné situace a řešit problémy
Nedostatek dovedností v mezilidských vztazích	Dostatek dovedností týkajících se mezilidských vztahů, schopnost vytvářet citové vazby
Nízké sebevědomí	Dobré sebevědomí
Po alkoholu a drogách výrazně převažují příjemné pocity	Alkohol a drogy jsou špatně snášeny
Nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí	Veselost, vytrvalost, pilnost, přizpůsobivost
Agresivita, špatné sebeovládání	Odolnost vůči neúspěchu Schopnost plánovat a řešit problémy
Nízká inteligence	Dobrá inteligence
	Účinné způsoby, jak mírnit nepříjemné duševní stavy (úzkost, smutek), jako jsou relaxace, jóga, tělesné cvičení
	Schopnost navodit si příjemné stavy nějakým zdravým způsobem

Tabulka 2: Okolnosti týkající se školy

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Nepříznivá nebo neprosazovaná pravidla týkající se alkoholu a drog	Jasná a důsledně prosazovaná pravidla
Dostupnost tabáku, alkoholu a drog ve škole a okolí	Alkohol, tabák a drogy nedostupné ve škole a okolí
Střídání škol	Učitelé vnímání jako dávající a pečující
Selhávání ve škole	Chránit sebevědomí selhávajících, hledat pro ně pozitivní možnosti
Nezájem o školu	Škola vede k prosociálnímu chování, pomoci druhým
Žák označen jako problémový (černá ovce)	Škola poskytuje příležitost k rozhodování a vedení druhých
Záškoláctví, přerušení školy	Učitelé pomáhají vývoji žáků a při výuce s nimi spolupracují
	Spolupráce školy s rodiči
	Návaznost na kvalitní možnosti mimoškolního zapojení

Tabulka 3: Okolnosti týkající se rodiny

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Nejasná pravidla týkající se chování dítěte	Jasná pravidla týkající se chování dítěte
Nedostatek času na dítě zvláště v časném dětství, malá péče	Přiměřená péče, dostatek času na dítě, zejména v časném dětství
Nedostatečný dohled	Přiměřený dohled
Nesoustavná a přehnaná přísnost	Pevné citové vazby dítěte
Nedostatečné citové vazby dítěte	Pozitivní hodnoty (vzdělání)
Manželský konflikt	Rodiče na výchově spolupracují
Schvalování alkoholu a drog u dětí	Styl výchovy vřelý a málo kritizující (ani autoritativní, ani zcela volný)
Zneužívání alkoholu, tabáku nebo jiných drog rodiči nebo příbuznými	Rodiče alkohol, tabák a jiné drogy nezneužívají
Malé očekávání od dítěte a podceňování ho	Přiměřená a jasná očekávání od dítěte, respekt vůči němu
Špatné duševní a společenské fungování rodičů	Dobré způsoby, jak v rodině zvládat stres
Rodiče osamělí, vůči společnosti lhostejní nebo nepřátelští	Zajištěna ochrana, bezpečí a přiměřené uspokojování potřeb dítěte
Duševní choroba rodičů	Rodiče duševně zdraví
Choroba, nezaměstnanost rodičů	Dobré přizpůsobení rodičů ve společnosti, snaha pomáhat druhým
Sexuální zneužití dítěte v rodině	Výchova pomáhá vytvářet kvalitní vztahy s dospělými mimo rodinu
Rodina ve zmatku, špatně funguje, nezaměstnanost rodičů	Sdílená odpovědnost v rodině
Výchova pouze jedním rodičem bez pomoci dalších příbuzných	Rodiče vytvářejí prostor pro kvalitní zájmy a záliby
Dítě žije bez rodiny a domova	Dobré, fungující mezigenerační vztahy a spolupráce
Časté stěhování rodiny	

Tabulka 4: Okolnosti týkající se životního prostředí

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Přelidněnost, velká města, nedostatek prostoru a soukromí	Menší města, přiměřený osobní prostor a soukromí
Hluk (zejména nepředvídatelný)	Klidné prostředí
Znečištěné ovzduší, prostředí, smysl pro krásu otupuje	Čisté prostředí napomáhající rozvoji smyslu pro krásu
Nestabilita životního prostředí (stavební práce)	Stabilita životního prostředí
Dobré klimatické nebo zeměpisné podmínky k výrobě drog nebo k jejich převážení do dalších zemí	Nevhodné klimatické nebo zeměpisné podmínky pro výrobu drog nebo jejich převážení do dalších zemí

Tabulka 5: Vrstevníci, se kterými se dítě stýká

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Kamarádi mají problémy s autoritami, rebelují	Respektují dobré dospělé autority
Protispolečenské chování kamarádů	Kamarádi s vazbou na nějakou dětskou organizaci s dobrým programem
Odcizení, cyničtí vrstevníci	Mají zájmy a záliby neslučitelné nebo nesouvisející s alkoholem a drogami
Ke zneužívání alkoholu a drog se staví pozitivně	Alkohol a drogy odmítají
Začínají brzy alkohol a drogy zneužívat	Alkohol a drogy nezneužívají
Jsou více ovlivňováni svými kamarády než rodiči	Kamarádi schopni přijímat dobré hodnoty dospělých
Mají sklon vaše dítě zesměšňovat a snižovat jeho sebevědomí	Respekt k jednotlivým členům dětského kolektivu a jejich přínosu pro ostatní
Kamarádi mají další přátele, kteří zneužívají alkohol, tabák nebo drogy	Mají přátele, kteří žijí zdravým způsobem života
	Vrstevníci aktivně od alkoholu, tabáku a drog odrazují (ať sami nebo v důsledku cílené prevence)

Tabulka 6: Okolnosti týkající se společnosti

Zvyšující riziko alkoholu a drog	Snižující riziko
Chudoba, nedostatek příležitostí	Přijatelné ekonomické a sociální poměry
Náhlé sociální a politické změny, nestabilita	Společnost stabilizovaná, předvídatelné sociální prostředí
Nedostatek příležitostí k uplatnění	Dostatek příležitostí k uplatnění ve škole a v práci
Společnost nenabízí dobré možnosti, jak trávit volný čas	Nabídka dobrých možností, jak trávit volný čas
Alkohol, tabák a drogy dostupné a aktivně nabízené (reklama)	Omezená dostupnost alkoholu, tabáku a drog, zákaz reklamy
Nedostatečná zdravotní péče, sociální péče, vzdělávání	Kvalitní zdravotní a sociální péče, dobré školy, psychoterapie, poradenství
Společenské normy a zákony se ke zneužívání drog staví kladně	Společenské normy a zákony jsou ke zneužívání alkoholu, tabáku a drog nepříznivé
Cynický postoj ke zdraví ve společnosti	Společnost respektuje zdraví jako životní hodnotu a podporuje ho
Neinformování nebo lhostejní političtí vůdci	Informování a angažování političtí vůdci
Nespolupracující sdělovací prostředky orientované na senzaci a reklamu	Spolupracující sdělovací prostředky nabízející pozitivní příklady a poskytující prostor pro skutečnou prevenci
Velký pohyb obyvatel vedoucí k nestabilitě vztahů	Společnost vnímána jako nepřátelská a podporující, což pomáhá vytvářet společenské vazby
Nedostatečné sociální zajištění, chudoba	Zájem soukromého sektoru na prevenci
Špatné bytové podmínky	Nevládní (např. rodičovské) organizace aktivní v prevenci
Rasová nebo jiná diskriminace, jazyková bariéra	
V okolí vysoká kriminalita nebo drogové gangy	

Zdroj: Nešpor a Csémy, Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat, 1992, s. 14 – 20

PŘÍLOHA B: MINNESOTSKÁ ŠKÁLA NIKOTINOVÝCH ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ

V nadpisu části pro pacienty se neuvádí výraz abstinenci příznaky cíleně, aby respondenti nebyli ovlivněni. Následuje vlastní text pro pacienty.

Prosíme, ohodnot'te, co jste pocit'ovali během posledních 24 hodin

0=vůbec ne; 1=nepatrně; 2=středně; 3=celkem dost; 4=velmi

1. Zlost, podrážděnost, nespokojenost	0 1 2 3 4
2. Úzkost, nervozita	0 1 2 3 4
3. Špatná nálada, smutek	0 1 2 3 4
4. Touha kouřit	0 1 2 3 4
5. Obtížné soustředění	0 1 2 3 4
6. Zvýšená chuť k jídlu, hlad, zvyšování hmotnosti	0 1 2 3 4
7. Nespavost, obtížné usínání, buzení v noci	0 1 2 3 4
8. Neschopnost odpočívat	0 1 2 3 4
9. Netrpělivost	0 1 2 3 4
10. Zácpa	0 1 2 3 4
11. Závratě	0 1 2 3 4
12. Kašel	0 1 2 3 4
13. Neobvyklé sny, noční můry	0 1 2 3 4
14. Nevolnost	0 1 2 3 4
15. Bolení v krku	0 1 2 3 4

Zdroj: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, Minnesotská škála nikotinových abstinenci příznaků, online, cit. 2016-02-18

PŘÍLOHA C: FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA CIGARETÁCH

Fagerströmův test závislosti na cigaretách

1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?

- a) do 5 min (3 body)
- b) do půl hodiny (2 body)
- c) do 1 hodiny (1 bod)
- d) za více než 1 hodinu (0 bodů)

2. Je pro vás obtížné nekouřit tam, kde je kouření zakázáno, např. v kostele, knihovně nebo kině?

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal/a?

- a) první po probuzení (1 bod)
- b) kteroukoliv jinou (0 bodů)

4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?

- a) do 10 cigaret (0 bodů)
- b) 11 - 20 cigaret (1 bod)
- c) 21 - 30 cigaret (2 body)
- d) více než 30 cigaret (3 body)

5. Kouříte častěji v prvních hodinách po probuzení než ve zbytku dne?

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

6. Kouříte i během nemoci, když musíte ležet většinu dne v posteli?

- a) ano (1 bod)
- b) ne (0 bodů)

Hodnocení závislosti na cigaretách: bodové rozmezí je 0 - 10 bodů, již jeden bod určitou závislost znamená.

Zdroj: Králíková a kol., Vnitřní lékařství: doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, 2015, s. 9

PŘÍLOHA D: FÁZE PRŮBĚHU PÉČE

	Kontakt s ambulancí a objednání		
	↓		
I. Úvodní/ diagnostická fáze	Zařazení do úvodní (diagnostické) fáze	Ne →	Odeslání do jiného typu péče
	Ano ↓		
	Dokončení a vyhodnocení úvodní (diagnostické) fáze	Ne →	Vypadnutí z péče (drop-out) nebo odeslání do jiného typu péče
	Ano ↓		
II. Léčebná a rehabilitační fáze	Zahájení léčebné a rehabilitační péče a stanovení individuálního plánu	Ne →	Odeslání do jiného typu péče
	Ano ↓		
	Průběh poskytování léčebné a rehabilitační péče dle stanoveného individuálního plánu	Ne →	Vypadnutí z péče (drop-out) nebo odeslání do jiného typu péče
	Ano ↓		
	Úspěšné dokončení léčebné a rehabilitační péče dle stanoveného individuálního plánu	Ne →	Vypadnutí z péče (drop-out) nebo odeslání do jiného typu péče

Zdroj: Miovský a kol., Cíl a smysl dětské ambulance KAD a její zkušenost s pilotním provozem, online, cit. 2016-02-27, s. 13

PŘÍLOHA E: STATISTIKA FÁZÍ A UKONČENÍ LÉČBY

Fáze péče v ADDA	Počet dětí/rodičů	Pacienti VZP	Pacienti celkem
Dg. Fáze:	46 dětí (61 rodičů)	18 dětí	117 pacientů
Terapeut.fáze:	25 dětí (38 rodičů)	20 dětí	63 pacientů
Ukončení:	38 dětí (54 rodičů)	14 dětí	92 pacientů
Celkem:	119 dětí (153 rodičů)	52 dětí	272 pacientů

Zdroj: Miovský a kol., Cíl a smysl dětské ambulance KAD a její zkušenost s pilotním provozem, online, cit. 2016-02-28, s. 18

PŘÍLOHA F: STRUKTURA TERAPEUTICKÉHO PROGRAMU

Struktura terapeutického programu v DaDDC

(0. fáze = vlastní detoxikace /režim A/)

1. Fáze: orientace v problému /režim B/

- psychologická diagnostika
- sestavení terapeutického plánu
- důraz na individuální terapii

2. Fáze: motivace, edukace /režim C/

- práce na získání náhledu na problémovou situaci
- motivace k abstinenci a práci na sobě, motivace k následné léčbě
- hledání a podpora silných stránek osobnosti a pozitivních zájmů
- důraz na skupinovou terapii a ergoterapii

3. Fáze: příprava na následnou léčbu (pobytovou, ambulantní) /režim C/

- upevnění motivace
- výběr a pomoc při zprostředkování následné léčby (ve spolupráci s lékaři, psychologem a sociálním pracovníkem)
- důraz na individuální intervenci

Zdroj: Operační manuál DaDDC

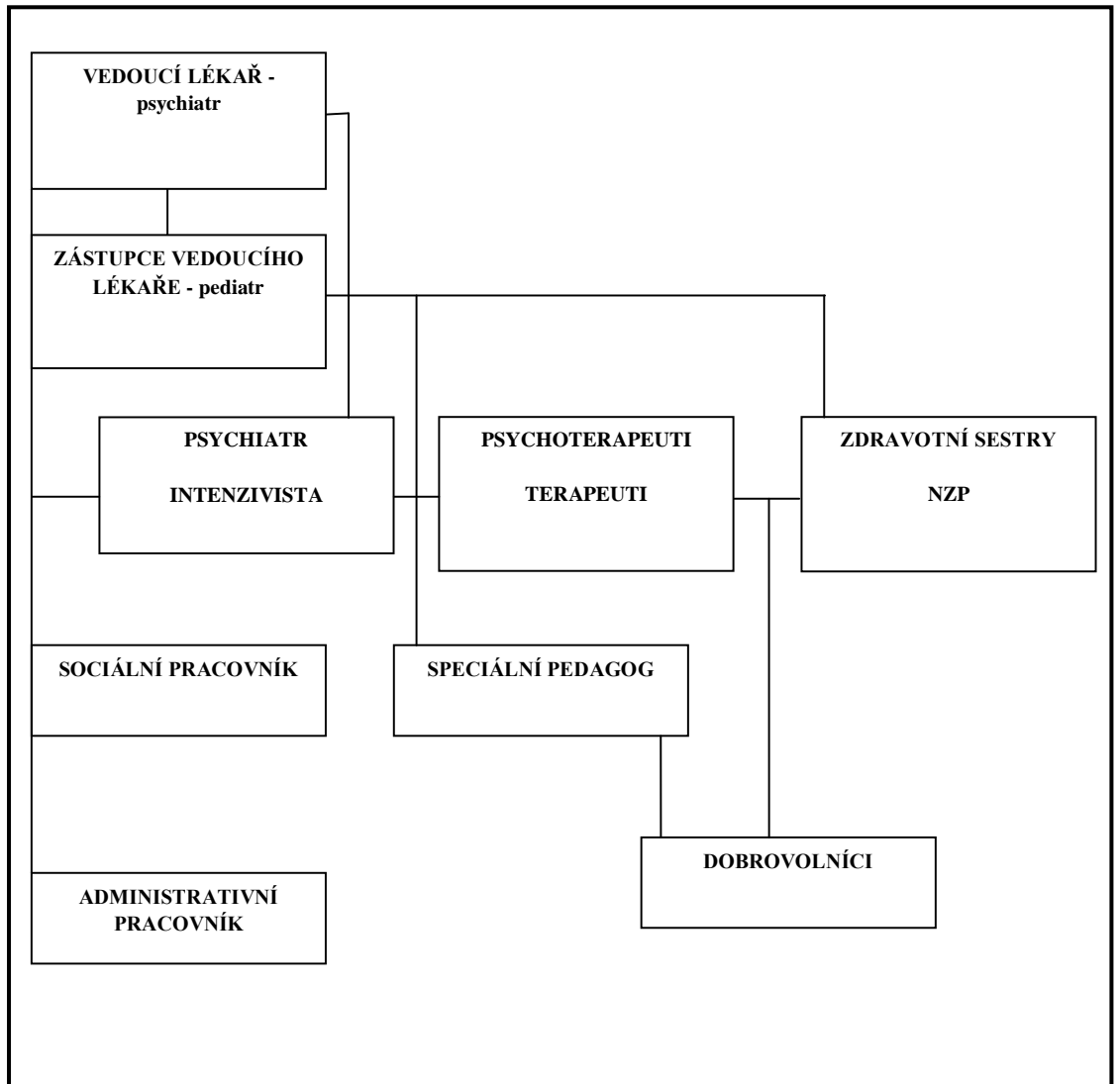
PŘÍLOHA G: PROSTŘEDKY A FORMY TERAPIE

Prostředky a formy terapie

- Individuální terapie
 - probíhá 2 – 3x týdně
 - důraz je kladen na podporu v náročné situaci, práci s motivací a náhledem a podpora při řešení důležitých životních problémů
 - vytváří se prostor pro práci na osobních tématech pacienta, která vyplynula na terapeutických skupinách a jsou nutná probírat individuálně
- Skupinová terapie
 - životopisné skupiny, tématické skupiny, dramaterapie
 - terapie s využitím výtvarných technik
 - edukační kognitivně behaviorální trénink, trénink paměti a pozornosti
- Ergoterapie
 - na bázi klasických řemesel /keramika, košíkářství, drátenictví/, ruční práce
 - nabídka možných zájmových aktivit, podpora kreativity
- Individuální strukturované aktivity
 - psaní životopisů, samostudium, referáty
- Rodinná terapie a poradenství
 - poradenství pro rodiče, mediace v konfliktních situacích, řešení následné léčby
- Volnočasové aktivity
 - sportovní aktivity, muzikoterapie, vaření, deskové hry

Zdroj: Operační manuál DaDDC

PŘÍLOHA H: SLOŽENÍ A STRUKTURA TÝMU



Zdroj: Operační manuál DaDDC

PŘÍLOHA I: DOKUMENTACE

OSOBNÍ DOKUMENTACE

1. **Dokumentace k přijetí** – doporučení nebo propouštěcí zpráva z jiného zařízení (není podmínkou)
2. **Vstupní vyšetření**
 - anamnéza dle anamnestického dotazníku - rodinná anamnéza, osobní anamnéza, toxikologická anamnéza, sociální anamnéza, vzdělání, současná situace pacienta, kriminální kariéra
 - pediatrické vyšetření
 - zhodnocení stavu pacienta
 - individuální plán péče
3. **Kontrakt s pacientem**
4. **Osobní listy (dekursy)** - každý list musí být nadepsán jménem a rodným číslem pacienta, každá strana číslována. Zapisuje se:
 - ranní a večerní vizita (obligátně vizita min. 1x denně), užívaná léčiva a každá změna medikace, zdravotního stavu apod.
 - kontrolní pediatrická vyšetření (min. 1x týdně)
 - režim, ve kterém se pacient pohybuje
 - konziliární vyšetření
 - výsledky mimořádných toxikologických a jiných lékařem vyžádaných vyšetření
 - zhodnocení a průběh každého dne z pohledu zdravotní sestry a směny
 - průběh a závěry terapeutické a sociální práce, rozhovorů s rodinnými příslušníky atd.
 - jiné důležité okolnosti včetně vycházek mimo prostor DaDDC, eventuálně porušení režimu, mimořádná událost apod.
 - revize plánu péče
5. **Výsledky vyšetření** (jaterní testy, panel hepatitid, antiHIV, další vyšetření)
6. **Ošetrovatelská dokumentace** – záznamy sester, ošetrovatelský plán léčby
7. **Další materiály** - propouštěcí zprávy z jiných zařízení, plány, případná korespondence o pacientovi včetně kopií všech zpráv, které byly o pacientovi vytvořeny v DaDDC
8. **Závěrečné dokumenty při ukončení péče či předání pacienta do jiného zařízení:**
 - závěrečné zhodnocení - **souhrn**
 - **závěrečná zpráva** (pediatrická, terapeutická a psychiatrická)
 - případně **předběžná zpráva**, kterou je pacient neprodleně vybaven a kde je zaznamenána pouze doba a forma péče v DaDDC

Osobní dokumentace pacienta musí být zabezpečena proti ztrátě, zničení, znehodnocení, zneužití apod. Je proto uložena v uzamčených místnostech v uzamčených schránkách a archivech. Pacient, resp. jeho zákonní zástupci, se mohou se způsobem vedení a ochrany osobní dokumentace seznámit, jsou informováni i při přijímací proceduře. S výše uvedenými údaji je seznamuje lékař, který má pacienta v péči, pokud o to pacient či zákonný zástupce požádá.

Zdroj: Operační manuál DaDDC

PŘÍLOHA J: INFORMACE PŘI PRVNÍM KONTAKTU

INFORMACE, SE KTERÝMI JE PACIENT SEZNÁMEN PŘI PŘIJETÍ

Při přijetí pacienta informujeme o skutečnostech, které mohou být pro něj významné, nebo které mohou mít vliv na průběh léčebné péče. Patří sem zvláště:

- Seznámení pacienta s jeho právy a řádem oddělení. Pacient je informován o možnosti se seznámit se způsobem vedení a ochrany osobní dokumentace.
- Pacient je informován o možnostech podání stížností na poskytovanou péči a jejich dokumentování a vyřizování.
- Pacient je při přijetí informován o službách, které zařízení nabízí a o možnostech a omezeních, která se nabízených služeb týkají.
- V souvislosti se stanovením léčebného plánu je pacient plně informován o formě, obsahu, pravděpodobné délce léčby a pravidlech poskytované odborné péče, včetně jejich očekávaných přínosů a případných rizik, svých povinností a chování, jímž může přispět k dosažení cílů. V případě farmakoterapie je pacient adekvátně věku podrobně informován o podávaném léku, o tom, že předepsané dávkování má svůj smysl a že je důležité, aby jej dodržoval.
- Součástí přijímací procedury je i zmapování rizikového chování v souvislosti s užíváním drog a sexuálním chováním. Pacient je o možných rizicích vyplývajících z jeho chování poučen a je mu doporučen vhodný způsob jejich nápravy alespoň ve smyslu minimalizace rizik (Harm Reduction).

Vzhledem k tomu, že výše zmíněné informace považuje DaDDC za důležité, snaží se je podat rodičům i pacientovi srozumitelnou formou. Pacienta (a obvykle i rodiče) seznamuje s mnoha informacemi najednou a je více než pravděpodobné, že část informací zapomenou. Proto bývá často nutné informace sdělené při prvním kontaktu pacientovi stručně zopakovat a připomenout.

Zdroj: Operační manuál DaDDC

PŘÍLOHA K: STRUKTURA INTERVENCE

Struktura intervence – Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

Intervence je v centru hlavní náplní druhé návštěvy (po screeningové), trvá zhruba 2 hodiny. Probíhá individuálně nebo v malé skupině do 4 - 5 osob. Pacient má stanovenou míru závislosti – Fageströmův test závislosti na cigaretách (FTCD), CO ve výdechu + počet cigaret v posledních 12 hodinách, Minnesotská škála abstinčních příznaků. Doba intervence je vždy individuální podle reakcí a potřeb pacientů, intervence trvá většinou 1,5 – 2,5 hodiny. V této průměrné verzi: 120 minut.

- Představení se, výzva k interaktivitě (1 minuta)
- Očekávání/průběh léčby (3 minuty)
- Kuřácká anamnéza – sumarizace, počet vykouřených cigaret za život = naučené chování, počet potažení za život (5 minut)
- Zkušenosti pacientů s minulými pokusy, důvody relapsu (3 minuty)
- Princip závislosti: naučené chování, změna v mozku (5 minut)
- Identifikace s nekuřáctvím, radost z nekouření (3 minuty)
- Zmínka o konkrétních zdravotních souvislostech kouření podle pacientova stavu k podpoře motivace včetně zlepšení psychického zdraví (5 minut)
- Brožura Moje cesta k nekuřáctví (3 minuty)
- Pacientovo rozhodnutí/připravenost/jak si věří, podpora motivace (zaškrtná si v brožuře, aby se k tomu mohl vrátit) (5 minut)
- Význam a princip měření CO, konkrétní hodnoty pacienta, příjem nikotinu z cigaret (3 minuty)
- Behaviorální substituce (káva, alkohol, kuřácké prostředí, jídlo, stress, pohoda/odpočinek, čekání, v autě, v restauraci) – náhradní řešení PŘEDEM a TĚŠIT SE na něj, příklady (20 minut)
- Odměňování se za drobné úspěchy (3 minuty)
- Prevence zvyšování hmotnosti včetně souvislosti kouření a stresu (10 minut)
- Relaxační techniky (hluboké dýchání, případně jóga, Jacobson) (3 minuty)
- Možné bariéry, prevence relapsu (5 minut)
- Sociální podpora – žije/pracuje s kuřákem? Jak odmítat cigaretu? (3 minuty)
- Abstinční příznaky (5 minut)
- Princip fyzické závislosti, konkrétní výsledek FTCD pacienta, video s vyplavením dopaminu (7 minut)
- Možnosti farmakoterapie, vysvětlení působení, možné nežádoucí účinky (10 minut)
- Možnosti finančního příspěvku na léky (1 minuta)
- Stanovení farmakoterapie, délka užívání (7 minut)
- Den D, jakékoli kouření je kouření (2 minuty)
- Otázky (8 minut)

Objednání k příští návštěvě (většinou do dvou týdnů po intervenci)

Zdroj: Společnost pro léčbu závislosti na tabáku, Struktura intervence, online, cit. 2016-02-15

PŘÍLOHA L: CENTRA PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU

Kam se mohou obracet adolescentní kuřáci:

Brno

FN Brno Bohunice, Interní kardiologická
klinika
Jihlavská 20, 625 00 Brno
Tel.: 532 233 173
MUDr. Iva Tomášková

Liberec

Krajská nemocnice Liberec, Plicní oddělení
Jablonecká 14, 460 01 Liberec
Tel.: 485 312 871
Prim. MUDr. Jiří Vytiska, MUDr. Milada
Šípková

Litoměřice

Městská nemocnice v Litoměřicích, Interna,
přízemí
Žitenická 18, 412 01 Litoměřice
Tel.: 416 723 211
MUDr. Karel Kubát

Ostrava

Vítkovická nemocnice, a.s., Plicní oddělení
Zalužanského 1192/15, 700 03 Ostrava
Tel.: 595 633 402
MUDr. Olga Procházková

Pardubice

Pardubická krajská nemocnice a.s., Plicní
oddělení
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
Tel.: 466 014 03
MUDr. Vladimír Molnár, Bc. Jana Nebalová

Praha

Poliklinika VFN, Referenční centrum pro
závislé na tabáku pro ČR – III. interní klinika
1. LF UK a VFN
Karlovo náměstí 32, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 966 608
MUDr. Eva Králíková, CSc., MUDr. Lenka
Štěpánková, MUDr. Alexandra Kmet'ová,
MUDr. Kamila Zvolská

Fakultní nemocnice Motol, Pneumologická
klinika 2. LF UK
V Úvalu 84, 150 00 Praha 5
Tel.: 224 436 664
MUDr. Soňa Csémyová

Příbram

Oblastní nemocnice Příbram, a.s., Plicní
oddělení
U Nemocnice 84, 26126 Příbram
Tel.: 318 641 653
MUDr. Jan Brodníček, MUDr. Martina
Stejskalová

Jeseník

Priessnitzovy léčebné lázně a.s., Léčebna
Priessnitz
Priessnitzova 299, 790 03 Jeseník
Tel.: 584 491 106, 584 491 250
MUDr. Jan Kubánek

Zdroj: Access, Zpráva projektu Access, 2010, s. 33 – 34

PŘÍLOHA M: VŠEOBECNÁ PRAVIDLA ZAŘÍZENÍ

- Cílem prvního týdne v zařízení je začlenění klienta do kolektivu ostatních, dále pak zapojit klienta do činnosti daného programu pro podporu odvykání závislosti na alkoholu. Během tohoto období pro přizpůsobení, je nadále možné diskutovat se svým referentem, lékařem či psychologem.
- Je přísně zakázáno kouřit uvnitř všech prostor v zařízení včetně pokojů. Popelníky jsou k dispozici před budovou a na terase budovy. Přítomnost zbraní včetně nožů je v zařízení přísně zakázána. Rezident souhlasí s tím, aby se zdržel konzumace jakéhokoli psychotropní látky, včetně konopí, a nepředepsaných léků během pobytu.
- Konzumace alkoholu je zakázána uvnitř zařízení. Kontrolovaná spotřeba alkoholu je umožněna pouze v případě smlouvy a pod dohledem lékaře a průběžných konzultací.
- Během pobytu si chodí každý den klient pro léky, ve všední dny v 8.00, o víkendu a svátcích v 8.30.
- Kdykoli při vstupu do zařízení mohou pracovníci vykonávat testy na alkohol a drogy, testovat mohou pomocí alkoholtestru - tedy dechové zkoušky nebo z moči.
- Při kontrolovaném pití alkoholu by neměla hranice po příchodu do zařízení překročit 0,8 promile.
- V případě opakovaného nedodržení jednotlivých smluvních sazeb jako je časté překračování, frekvence konzumací apod. Je třeba přehodnotit cíle klienta prostřednictvím spolupráce zdravotní a sociální sítě.
- Vstup do zařízení znamená pro klienty monitorování léčby a úzkou spolupráci s lékařem, který mu předepisuje recepty, schůzky s ním a rozhovory jsou naplánovány dopředu.
- Je nezbytné najít rytmus a dodržovat čas aktivit, které jsou naplánované pro celou skupinu. Týdenní rozvrh je vyvěšen v zařízení. V prvních šesti týdnech musí každou noc trávit v zařízení. Poté po individuální dohodě, může jednou až dvakrát týdně trávit noc jinde.
- Všechna jídla v prvních třech týdnech musí být v zařízení, poté tři jídla za týden mohou být provedena mimo zařízení.
- Externí události musí vždy probíhat mimo plánované činnosti skupin, např.: v úterý ráno a ve středu ráno. Je důležité, aby zprávu podali v neděli večer na zasedání.
- Zákaz vycházení je nastaven na 23 hodinu, toto ustanovení může být zmírněno vedením zařízení kvůli programu např. kino, koncert, které jsou předem naplánované. Každou změnu musí konzultovat s referentem.
- Příbuzní mohou klienty navštěvovat v prostorách restaurace, ale pouze když není povinný program.

Zdroj: Doprovodný koncept zařízení

PŘÍLOHA N: AKTIVITY ZAŘÍZENÍ

Aktivity CIPRET

- Informovat a zvýšit povědomí o závislosti
- Nabízí informace a dokumenty k dispozici veřejnosti
- Povědomí o problematice závislostí / podpora je k dispozici na sportovních či slavnostních příležitostech, rozvoj partnerství s kluby a organizátory
- Přispívá k rozvoji politiky veřejného zdraví
- Formuluje politiku prevence závislostí
- Zabývá se advokací a politikou o aktuálních položkách
- Identifikuje společné a vznikající problémy a zpětnou vazbu prostřednictvím projektů
- Informuje o podpoře zdraví a důsledcích spotřeby tabáku
- Mobilizuje zúčastněné strany a média o Dni bez tabáku a dalších tematických akcích
- Dává povědomí o nebezpečí kouření podle environmentálních aspektů
- Vyvíjí nové produkty, navazuje kontakty s mladými lidmi v boji proti kouření
- Snižuje výskyt kouření: snížení počtu kuřáků
- Zvyšuje schopnosti v oblasti kontroly tabáku pro zdravotníky, sociální a vzdělávací pracovníky (počáteční a další vzdělávání)
- Podporuje komunity a instituce ve styku s mladými lidmi k rozvoji vzdělávacích nekuřáckých modelů
- Poskytuje podporu pro dospělé referenty při zakládání a posilování standardů poskytování nástrojů pro snížení výskytu užívání tabáku mezi mládeží nebo se snaží oddálit věk prvního užití
- Podporuje zranitelné skupiny obyvatelstva
- Pokračuje v poskytování odborných znalostí pro firmy souvisejících s tabákem
- Informace a podpora pro odvykání kouření jako součást úterních intervencí CIPRET

Zdroj: Carrefour AddictionS, Qui sommes nous? Missions et activites., online, cit. 2016-03-21

PŘÍLOHA O: DOTAZNÍK

Dobrý den,

prosím Vás o vyplnění dotazníku k tématu diplomové práce s názvem Sociální práce s adolescenty závislými na psychoaktivních látkách. Na základě tohoto dotazníkového šetření chce autorka porovnat situaci v České republice a Švýcarsku. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď. Dotazník Vám zabere přibližně 10 minut. Výsledky tohoto šetření použije autorka pouze ve své diplomové práci. **Dotazník je zcela anonymní**, proto Vás prosím o co největší upřímnost při jeho vyplňování.

Drogami jsou v dotazníku míněny cigarety, alkohol a marihuana. (kromě otázky č. 2)

Děkuji za Váš čas a odpovědi.

1) Jak nejčastěji trávíš volný čas? (možno označit více odpovědí)

- a) Trávím čas s rodinou
- b) Trávím čas s kamarády
- c) Nudím se doma
- d) Sledováním televize
- e) Hraním počítačových her
- f) Surfuji po internetu
- g) Jsem v práci, na brigádě
- h) Čtu si (jiné knihy než učebnice)
- i) Aktivně sportuji
- j) Jiné koníčky (malba, zpěv, malování)
- k) Chodím večer za zábavou (disco, kluby, večírky)
- l) Jiné

2) Kterou z těchto drog jsi alespoň jednou vyzkoušel/a? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Tabák
- b) Alkohol
- c) Marihuana
- d) Alkohol současně s prášky (např. na bolest, antibiotika)
- e) Alkohol současně s marihuanou
- f) Extáze
- g) Lysohlávky
- h) LSD, halucinogeny
- i) Pervitin (amfetaminy)
- j) Kokain
- k) Heroin (opiáty)
- l) Sedativa
- m) Těkavé látky
- n) Anabolické steroidy
- o) Žádnou

3) Z jakého důvodu jsi nejčastěji užil/a drogu? (možno označit více odpovědí)

- a) Trávím tak volný čas
- b) Zvědavost
- c) Dostat se do nálady
- d) Cítit se uvolněně
- e) Chutná mi to
- f) Být veselý/á, šťastný/á
- g) Netrhat partu
- h) Začlenit se do kolektivu
- i) Zapomenout na starosti
- j) Z nudy
- k) Útěk od rodiny
- l) Nikdy jsem drogu neužil/a
- m) Jiný důvod

4) Jak jsi se cítil/a po prvním užití drogy?

- a) Cítil/a jsem se dobře
- b) Cítil/a jsem se špatně
- c) Nikdy jsem drogu neužil/a

5) Co pro tebe znamená alkohol, tabák či marihuana? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Zábavu, zlepšení nálady
- b) Snižuje úzkost a nejistotu
- c) Zlepšuje úsudek a paměť
- d) Zbavení se starostí a nepříjemných pocitů
- e) Snižuje strach, sebekritiku a zábrany
- f) Začlenění do kolektivu
- g) Jiné

6) V kolika letech jsi měl/a poprvé alkohol?

- a) Méně než v 11 letech
- b) V 11 letech
- c) Ve 12 letech
- d) Ve 13 letech
- e) Ve 14 letech
- f) V 15 letech
- g) V 16 letech
- h) Později než v 16 letech
- i) Nikdy

7) Kdo ti alkohol poprvé nabídl?

- a) Starší sourozenec
- b) Starší kamarád/ka
- c) Mladší či stejně starý kamarád/ka
- d) Cizí člověk
- e) Ve skupině přátel
- f) Přítel/kyně
- g) Jeden z rodičů
- h) Vzal/a jsem si ho sám/sama
- i) Nepamatuji se

- j) Nikdo
- k) Jiné

8) Jak často si dáš alkohol?

- a) Vyzkoušel/a jsem ho
- b) Příležitostně
- c) Pravidelně
- d) Denně
- e) Nikdy jsem ho neměl/a
- f) Jiné

9) Jak často jsi měl/a alkohol v posledních 30 dnech?

- a) 1 - 2 krát
- b) 3 - 5 krát
- c) 6 - 9 krát
- d) 10 - 19 krát
- e) 20 - 39 krát
- f) 40 krát a více
- g) Nikdy

10) Jaký alkohol nejvíce preferuješ? (možno označit více odpovědí)

- a) Víno
- b) Pivo
- c) Cider (ovocné pivo)
- d) Destiláty (tvrdý alkohol)
- e) Alcopops (míchané nápoje)
- f) Žádný
- g) Jiné

11) Je pro tebe snadné získat alkohol?

- a) Velmi snadné
- b) Celkem snadné
- c) Celkem obtížné
- d) Velmi obtížné
- e) Nemožné
- f) Nesháním ho

12) Kde si obstaráváš alkohol? (možno označit více odpovědí)

- a) Doma
- b) Ve škole
- c) V hospodě/baru/klubu
- d) Na diskotékách/koncertech/party
- e) Od kamaráda
- f) V obchodě
- g) Na ulici
- h) V partě
- i) Nikde
- j) Jinde

13) V kolika letech jsi měl/a poprvé cigaretu?

- a) Méně než v 11 letech
- b) V 11 letech
- c) Ve 12 letech
- d) Ve 13 letech
- e) Ve 14 letech
- f) V 15 letech
- g) V 16 letech
- h) Později než v 16 letech
- i) Nikdy

14) Kdo ti tabák poprvé nabídl?

- a) Starší sourozenec
- b) Starší kamarád/ka
- c) Mladší či stejně starý kamarád/ka
- d) Od cizího člověka
- e) Ve skupině přátel
- f) Od přítele/kyně
- g) Od jednoho z rodičů
- h) Vzal/a jsem si ho sama
- i) Nepamatuji se
- j) Nikdo
- k) Jiné

15) Jak často si dáš cigaretu?

- a) Nikdy jsem nekouřil/a
- b) Vyzkoušel/a jsem to
- c) Příležitostně
- d) Pravidelně
- e) Denně
- f) Jiné

16) Jak často jsi kouřil/a v posledních 30 dnech?

- a) Méně než jednu cigaretu za týden
- b) 1 - 5 cigaret za týden
- c) 1 - 5 denně
- d) 6 - 10 cigaret denně
- e) 10 - 20 cigaret denně
- f) Více než dvacet cigaret denně
- g) Nikdy

17) Je pro tebe snadné získat tabák?

- a) Velmi snadné
- b) Celkem snadné
- c) Celkem obtížné
- d) Velmi obtížné
- e) Nemožné
- f) Nesháním ho

18) Kde si obstaráváš tabák? (možno označit více odpovědí)

- a) Doma
- b) Ve škole
- c) V hospodě/baru/klubu
- d) Na diskotékách/koncertech/party
- e) Přes kamarády
- f) V obchodě
- g) Na ulici
- h) V partě
- i) Nevím kde ho sehnat
- j) Nikde
- k) Jinde

19) V kolika letech jsi měl/a poprvé marihuanu?

- a) Méně než v 11 letech
- b) V 11 letech
- c) Ve 12 letech
- d) Ve 13 letech
- e) Ve 14 letech
- f) V 15 letech
- g) V 16 letech
- h) Později než v 16 letech
- i) Nikdy

20) Kdo ti marihuanu poprvé nabídl?

- a) Starší sourozenec
- b) Starší kamarád/ka
- c) Mladší či stejně starý kamarád/ka
- d) Cizí člověk
- e) Ve skupině přátel
- f) Přítel/kyně
- g) Jeden z rodičů
- h) Vzal/a jsem si ji sama
- i) Nepamatuji se
- j) Nikdo
- k) Jiné

21) Jak často si dáš marihuanu?

- a) Nikdy jsem neměl/a
- b) Vyzkoušel/a jsem
- c) Příležitostně
- d) Pravidelně
- e) Denně
- f) Jiné

22) Jak často jsi měl/a marihuanu za posledních 30 dní?

- a) 1 - 2 krát
- b) 3 - 5 krát
- c) 6 - 9 krát
- d) 10 - 19 krát
- e) 20 - 39 krát
- f) 40 krát a více
- g) Nikdy

23) Je pro tebe snadné získat marihuanu?

- a) Velmi snadné
- b) Celkem snadné
- c) Celkem obtížné
- d) Velmi obtížné
- e) Nemožné
- f) Nesháním ji

24) Kde si obstaráváš marihuanu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Doma
- b) Ve škole
- c) V hospodě/baru/klubu
- d) Na diskotékách/koncertech/party
- e) Přes kamarády, v partě přátel
- f) U dealera doma
- g) Na ulici, v parku
- h) Vypěstoval/a jsem si ji
- i) Nikde
- j) Jinde

25) Komu by ses svěřil/a s problémem s drogami? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Rodině
- b) Učitelům
- c) Spolužákům
- d) Kamarádům
- e) Sourozenci
- f) Nikomu
- g) Jiné

26) Kde mluvíte nejčastěji o rizicích drog? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Doma s rodinou
- b) Ve škole s učiteli
- c) Se spolužáky, kamarády
- d) Dozvídám se informace z TV, internetu
- e) Čtením časopisů, odborných článků, knih
- f) Ve škole na odborných přednáškách, seminářích
- g) Nikde
- h) Jiné

27) Znáš zařízení určené pro pomoc závislým osobám na drogách?

- a) Ano znám (vypiš název)
- b) Ano znám, ale nevzpomenou si na název
- c) Ne neznám

28) Jak často se u vás ve škole uskutečňuje program na téma drogy? (preventivní programy, přednášky, odborníci vystupující k tématu drogové problematiky...)

- a) Méně než jednou ročně
- b) Jednou ročně
- c) Dvakrát ročně
- d) Více než dvakrát ročně
- e) Nikdy

29) Je tento program veden tak, že o něj máš zájem? Zaujal tě?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

30) Považuješ za důležité vykonávat prevenci a boj proti drogám?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Je mi to je jedno

31) Kolik ti je let?

32) Jakého jsi pohlaví?

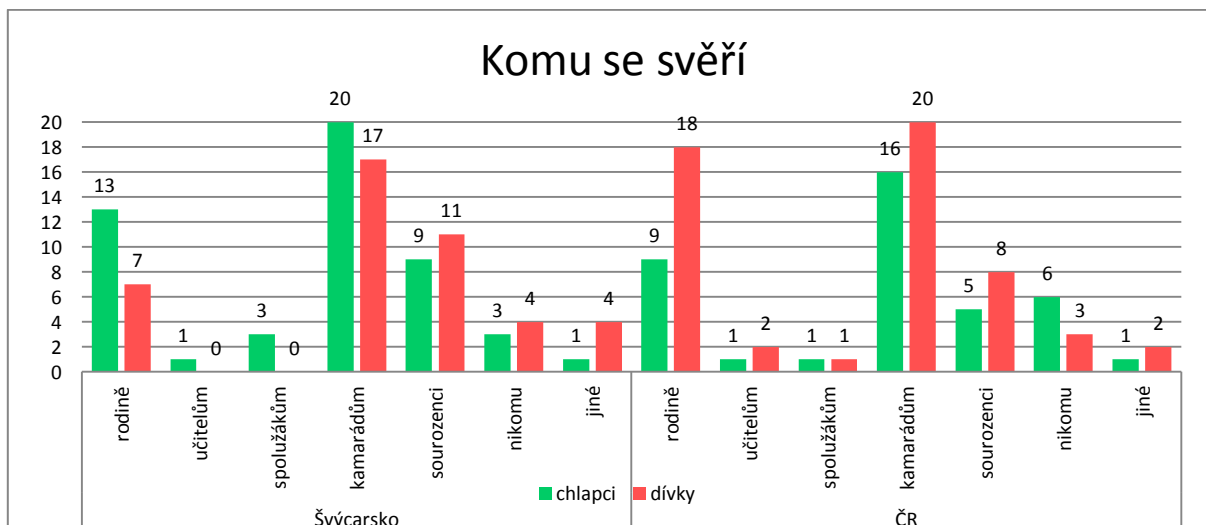
- a) Muž
- b) Žena

Zkontrolujte si prosím, zda jste vyplnili všechny otázky. Děkuji ji Vám za účast na tomto šetření a za vyplnění tohoto dotazníku. Bc. Kristýna Malíková, DiS.

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

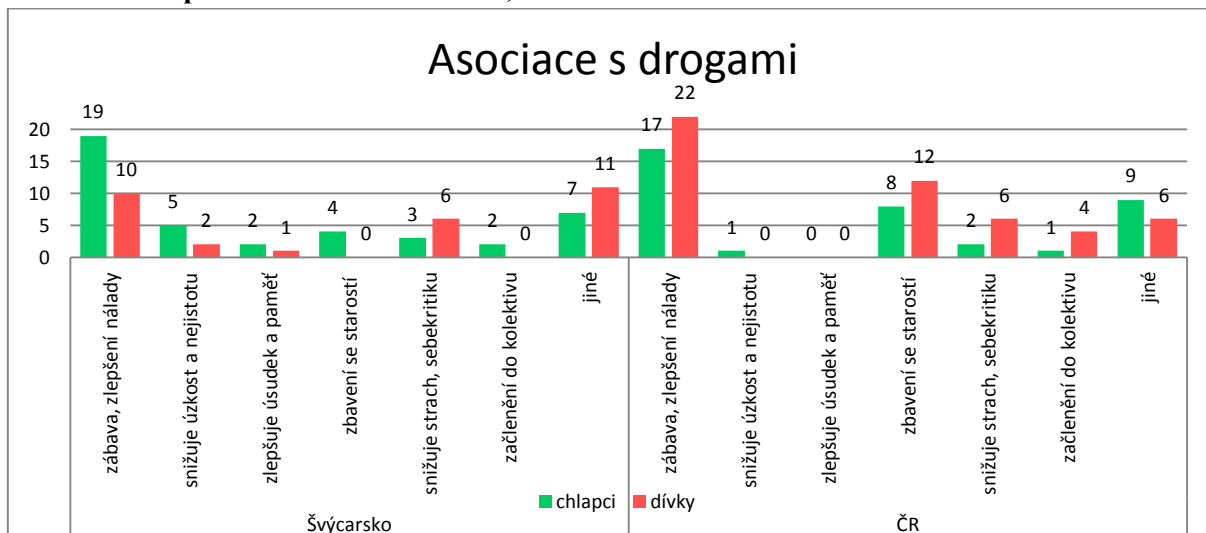
PŘÍLOHA P: GRAFY

Graf č. I: Komu by ses svěřil/a s problémem s drogami?



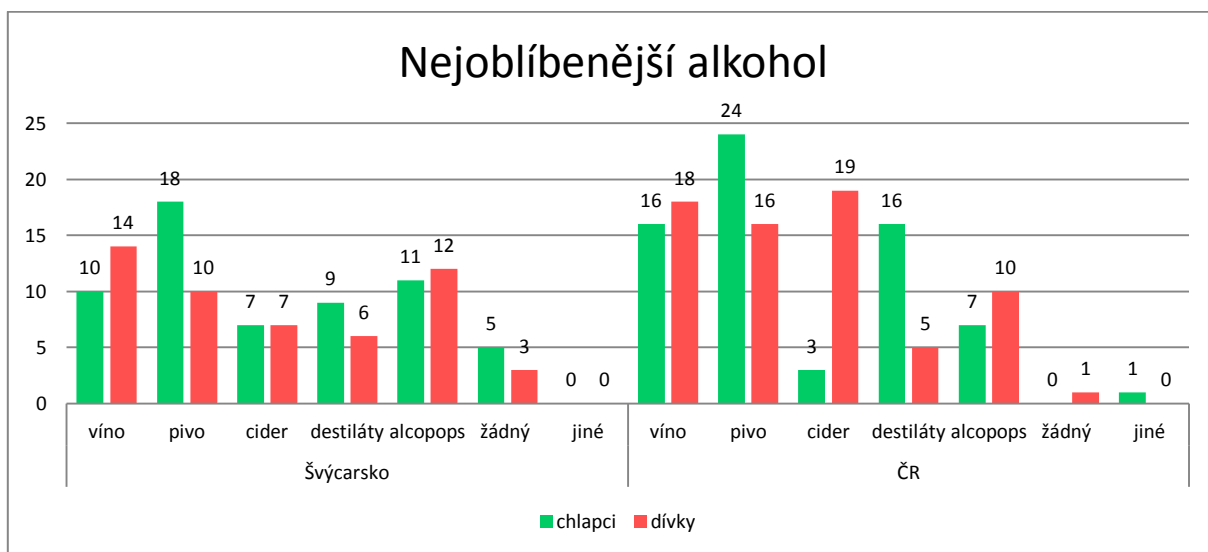
Dle grafu se adolescenti nejvíce svěřují svým kamarádům, ve Švýcarsku (37) jsou to spíše chlapci a v ČR (36) spíše dívky. Na druhém místě je rodina, ovšem opět v ČR (27) se svěřují spíše dívky a ve Švýcarsku (20) spíše chlapci. Dalším, komu by se svěřili, by byli sourozenci, a to ve Švýcarsku 20 osob a v ČR 13. V menšině jsou zvoleny odpovědi učitelé a spolužáci. Ovšem určitý počet také ukazuje, že by se adolescenti nesvěřili nikomu, ve Švýcarsku 7 a v ČR 9 osob.

Graf č. II: Co pro tebe znamená alkohol, tabák či marihuana?



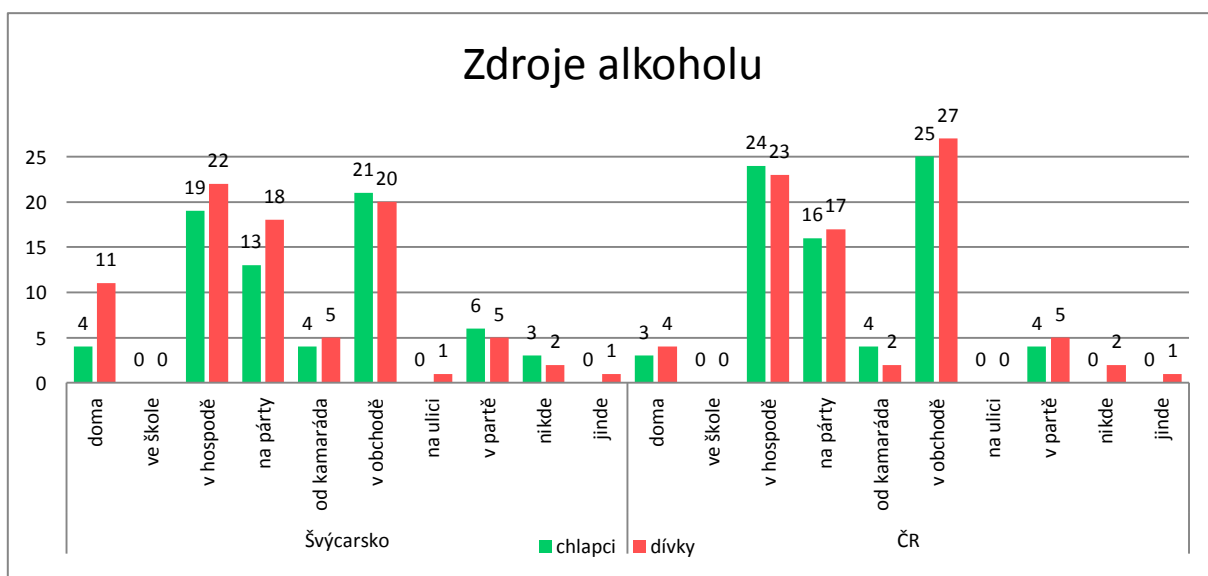
Tento graf uvádí, že ve Švýcarsku je pro chlapce (19) užití drogy především zábava a zlepšení nálady taktéž pro dívky (10). Pro sedm osob znamenají drogy snížení úzkosti a nejistoty, pro čtyři chlapce to znamená zbavení se starostí, pro devět osob snížení strachu a sebekritiku, pouze pro dva chlapce znamenají tyto drogy začlenění se do kolektivu, dokonce pro tři osoby znamenají drogy zlepšení úsudku a paměti a 18 osob uvedlo jiné důvody. V ČR drogy znamenají zábavu a zlepšení nálady pro 17 chlapců a 22 dívek. Zbavení se starostí a nepříjemných pocitů cestou drog je pro 20 osob, snížení strachu pro 8 osob, začlenění se do kolektivu vidí takto 5 a jiné důvody uvedlo 15 osob.

Graf č. III: Jaký alkohol nejvíce preferuješ?



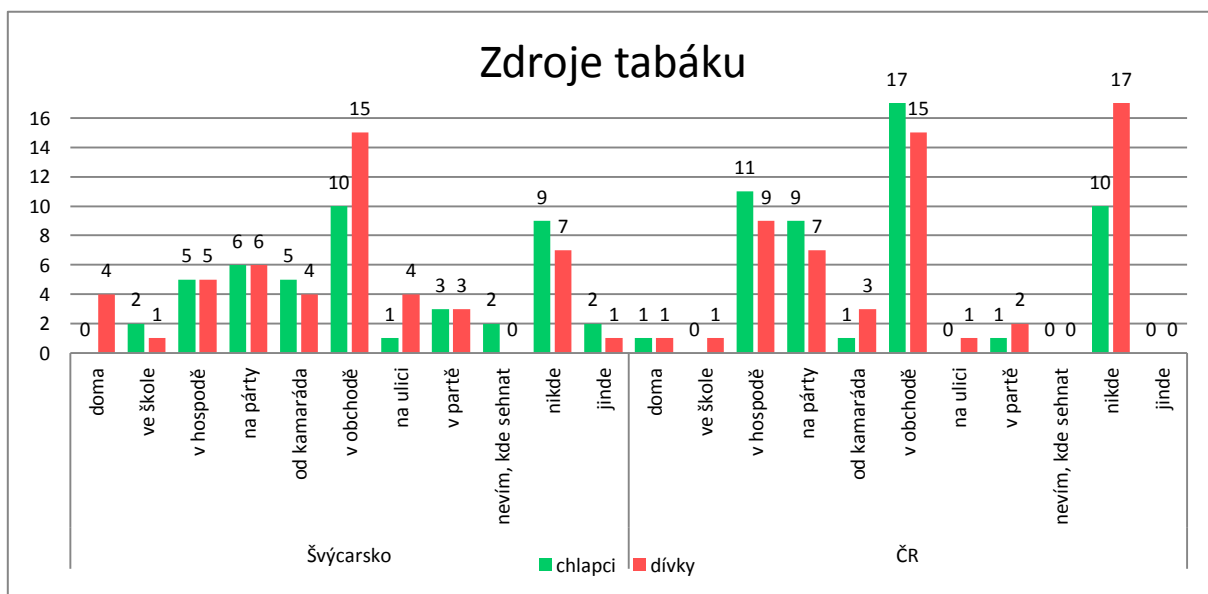
Ve Švýcarsku u chlapců převládá oblíbenost piva (18), oblíbenost vína (10), alcopops (11), cideru (7) a destilátů (9). U dívek převládá víno (14) a alcopops (12). Na podobné úrovni je pivo (10), cider (7) a destiláty (6). Chlapci v ČR mají nejoblíbenější nápoj jednoznačně pivo (24). Dalším oblíbeným nápojem je víno (16) a destiláty (16). Menší oblíbenost je u alcopops (7) a cideru (3). Pro dívky je právě cider nejoblíbenější pití (19) dále pak víno (18) a pivo (16). Alcopops uvedlo deset dívek a pět preferuje destiláty.

Graf č. IV: Kde si obstaráváš alkohol?



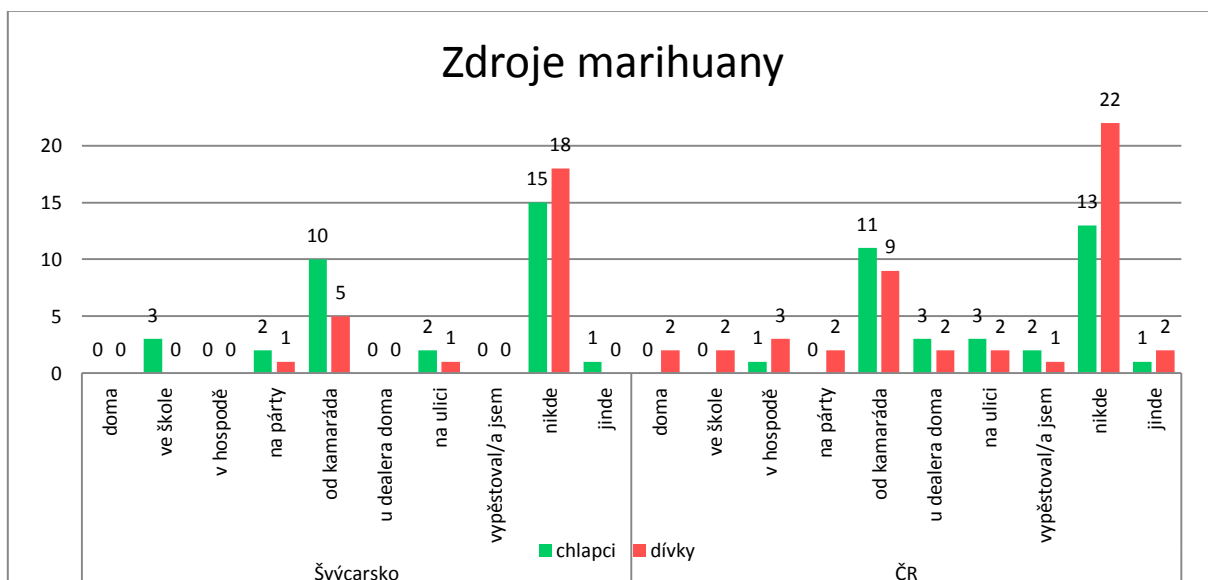
Zde jsou výsledky podobné jak v ČR, tak ve Švýcarsku. V ČR shání alkohol především v hospodě (47), v obchodě (52) nebo párty (33), v menším měřítku jsou zastoupeny možnosti přes kamarády (6), v partě (9) a doma (7). Ve Švýcarsku shání alkohol v hospodě i v obchodě 41 osob. Na párty shání alkohol 31 osob. Dále si shání alkohol v partě (11) a přes kamarády (9). Vyčnívají dívky (11) ve Švýcarsku, které si ve vyšším počtu shání alkohol doma.

Graf č. V: Kde si obstaráváš tabák?



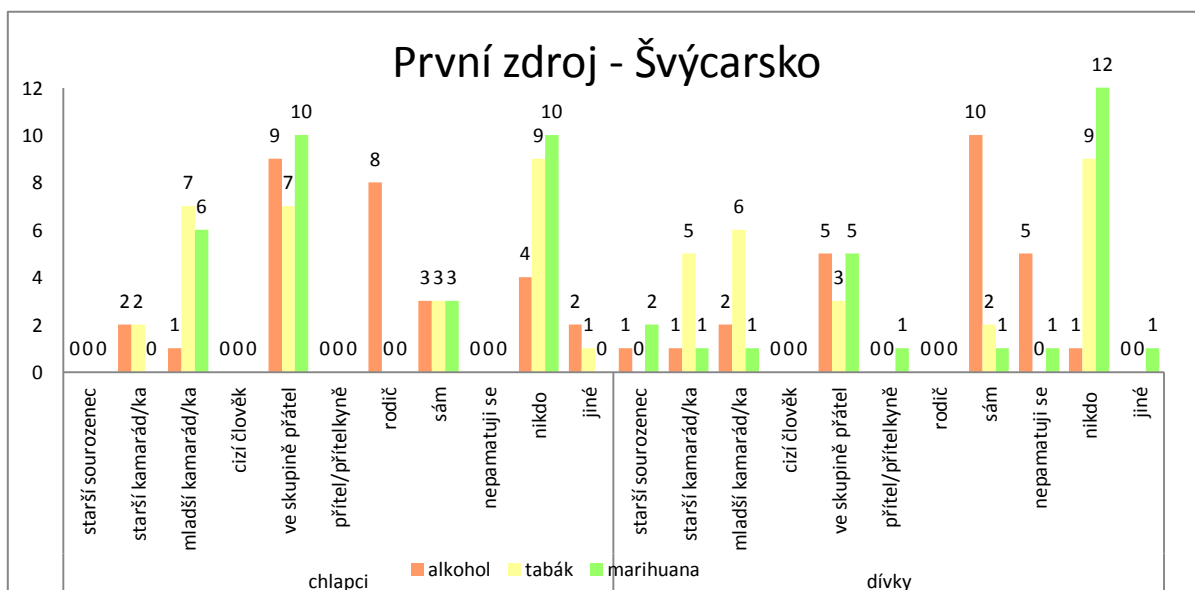
Zde můžeme vidět, počty zdrojů tabáku. Ve Švýcarsku převládá nákup v obchodě (25), poté na párty (12), v hospodě (10) či přes kamarády (9). Menší počet shání tabák také v partě (6), doma (4) pouze dívky, nebo na ulici (5) také především dívky. Také v ČR převládá nákup v obchodě (32), poté v hospodě (20), na párty (16). Menší počet shání tabák také přes kamarády (4), v partě (3), doma (2) nebo na ulici (1) a jedna dívka ve škole. Velký počet jak v ČR (27), tak ve Švýcarsku (16) tabák vůbec neshání.

Graf č. VI: Kde si obstaráváš marihuanu?



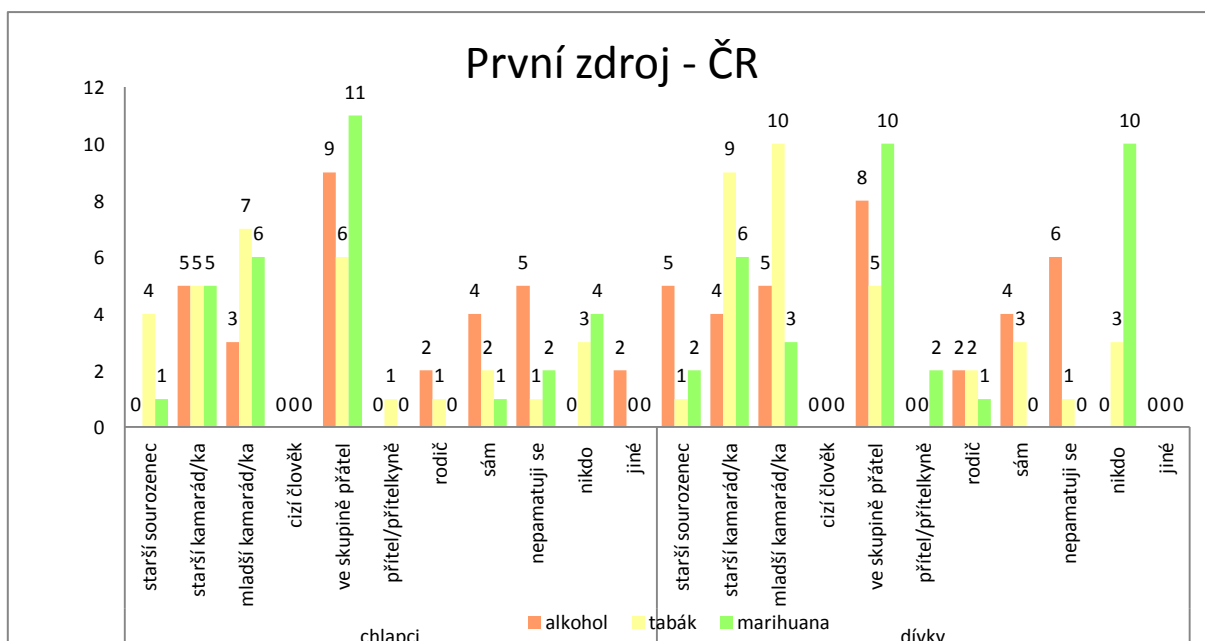
Graf vypovídá, že ve většině případů respondenti v ČR (35) i Švýcarsku (33) neshání marihuanu nikde. Nejčastěji shání marihuanu jak v ČR (20) tak ve Švýcarsku (15) přes kamaráda. V ČR si někteří obstarávají marihuanu u dealera doma (5), na ulici (5) nebo si jí vypěstovali (3). Dále pak doma (2), ve škole (2) na párty (2), v těchto případech jde o dívky, v hospodě (4). Ve Švýcarsku pak ve škole (3), na párty (3) a na ulici (3).

Graf č. VII: Kdo ti alkohol, tabák, marihuanu poprvé nabídl?



Z grafu můžeme vidět, že nejčastěji alkohol nabídl chlapcům skupina přátel (14) nebo jim ho v případě chlapců nabídl rodič (8), nebo si ho vzali nejčastěji sami (13) a to především dívky nebo také ve skupině přátel (14). Pět dívek si tuto skutečnost nepamatuje a pěti osobám nikdo alkohol nenabídl. Nejčastěji tabák nabídl adolescentům skupina přátel (10) či mladší nebo stejně starý kamarád (13). Devíti chlapcům ho nenabídl nikdo stejně jako devíti děvčatům. Marihuanu nejčastěji dostali od skupiny přátel (15) nebo od mladšího či stejně starého kamaráda (7), především chlapci. Dvě dívky od staršího sourozence. Velkému počtu jak u dívek tak, u chlapců marihuanu nikdo nenabídl (22).

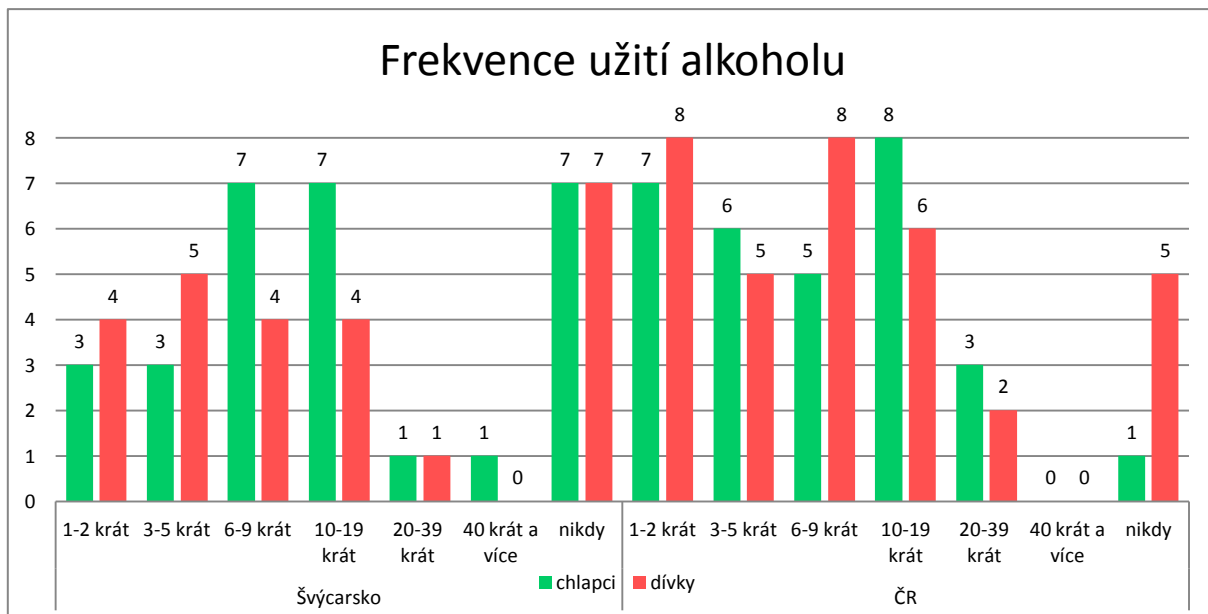
Graf č. VIII: Kdo ti alkohol, tabák, marihuanu poprvé nabídl?



V ČR alkohol adolescenti poprvé dostali od skupiny přátel (17), a to jak dívky, tak chlapci. Poté od staršího kamaráda (9), 11 adolescentů si nepamatuje na tuto událost, další ho dostali od

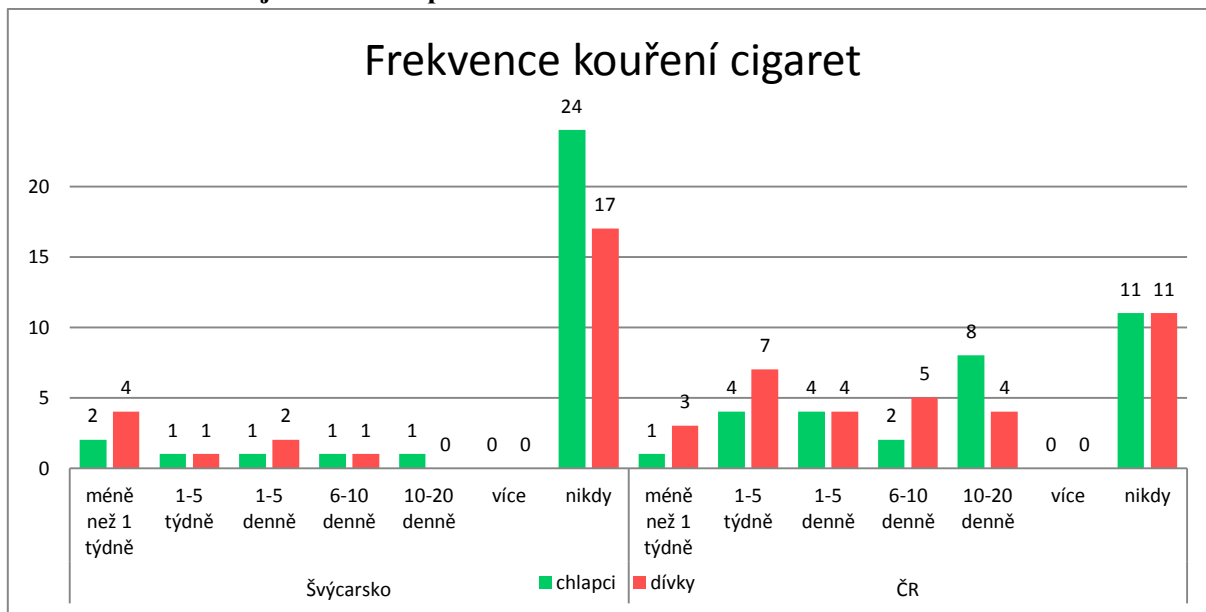
mladšího nebo stejně starého kamaráda (8). Osm osob si vzalo alkohol samo. Starší sourozenec alkohol nabídl pěti dívkám. Rodiče nabídli alkohol čtyřem osobám. Respondenti uvedli, že poprvé dostali tabák od skupiny přátel (11), starších kamarádů (14), mladších kamarádů (17) nebo od sourozenců (5). U marihuany jde u dívek i chlapců především o skupinu přátel (21) či mladší kamarády (9), starší kamarády (11). Jedné dívce nabídl marihuanu rodič. Přítel nabídl marihuanu dvěma dívkám. U dívek (10) je také vysoký počet těch, kterým nebyla nabídnuta marihuana.

Graf č. IX: Jak často jsi měl/a alkohol v posledních 30 dnech?



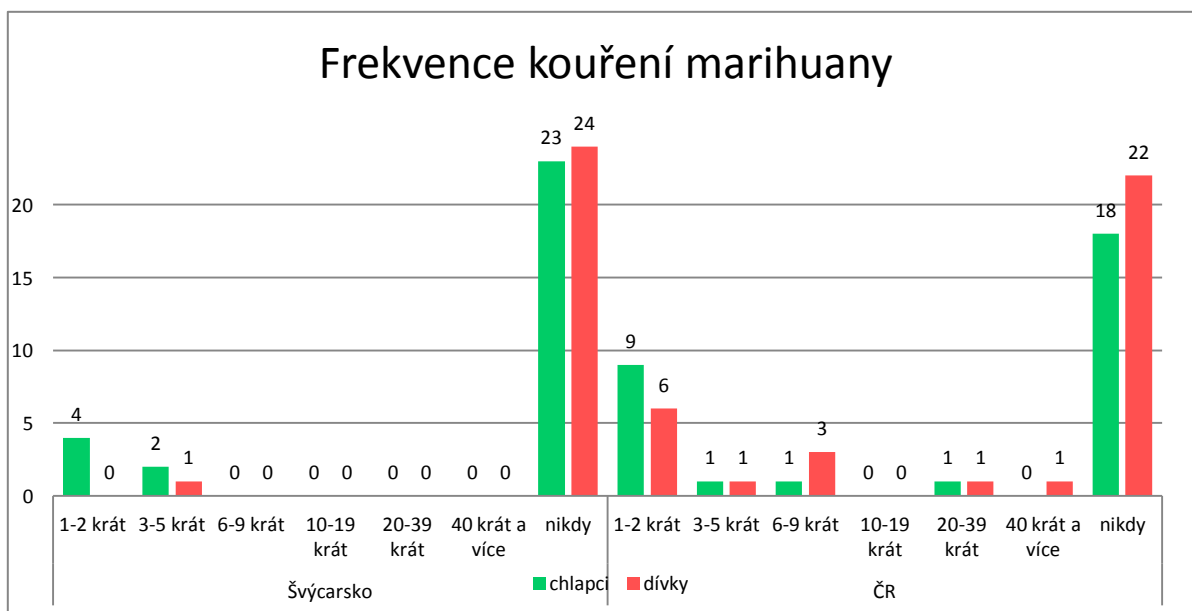
Graf zobrazuje, že ve Švýcarsku nikdy během 30 dní nepilo alkohol 14 osob, 6 - 9 krát pilo alkohol 7 chlapců a 4 dívky, stejný počet je i u počtu 10 - 19 krát. Dívky mají vyšší počty v pití alkoholu 1 - 2 krát (4) a 3 - 5 krát (5) v období 30 dnů. Také dívky v ČR pijí alkohol více ve frekvenci 1 - 2 krát (8) a 6 - 9 krát (8) za 30 dní než chlapci. Ve vyšších frekvencích pijí alkohol více chlapci. Nikdy během těchto dní nepilo 6 osob.

Graf č. X: Jak často jsi kouřil/a v posledních 30 dnech?



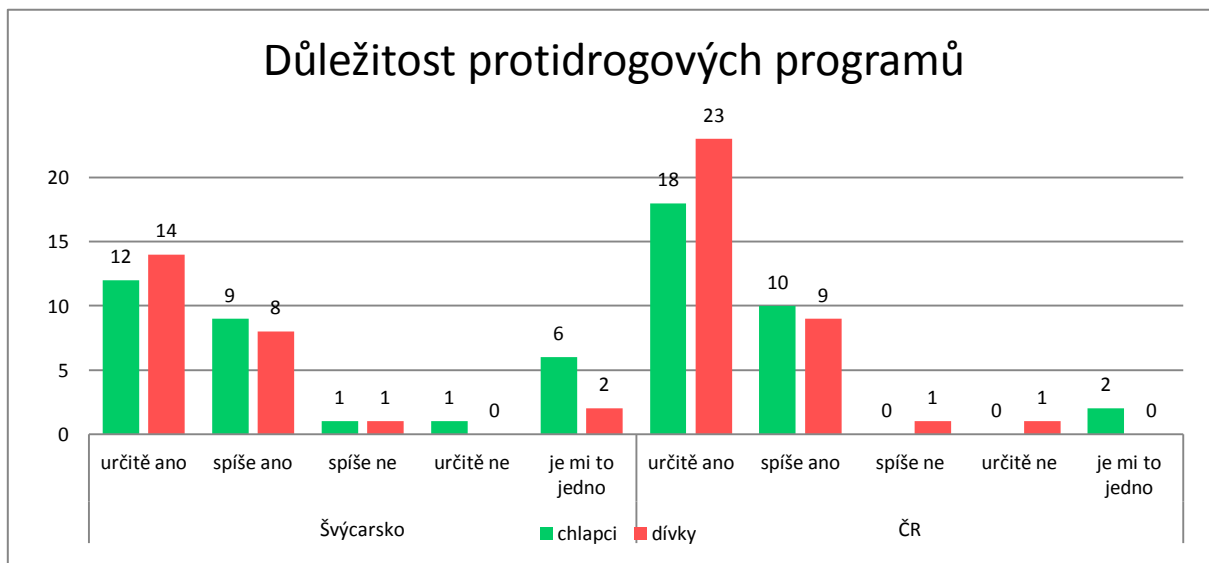
Tento graf vypovídá o tom, že naprostá většina ve Švýcarsku během 30 dní nekouřila (41). Dalších šest osob kouřilo méně než jednou týdně během 30 dní. V ČR během tohoto období nekouřilo 22 osob. Dívky kouří více v menších frekvencích než chlapci, a to méně než jednou týdně (3) a 1 - 5 krát týdně (7) a také 6 - 10 denně (5). Ve frekvenci 10 - 20 denně kouří více chlapců (8).

Graf č. XI: Jak často jsi měl/a marihuanu za posledních 30 dnů?



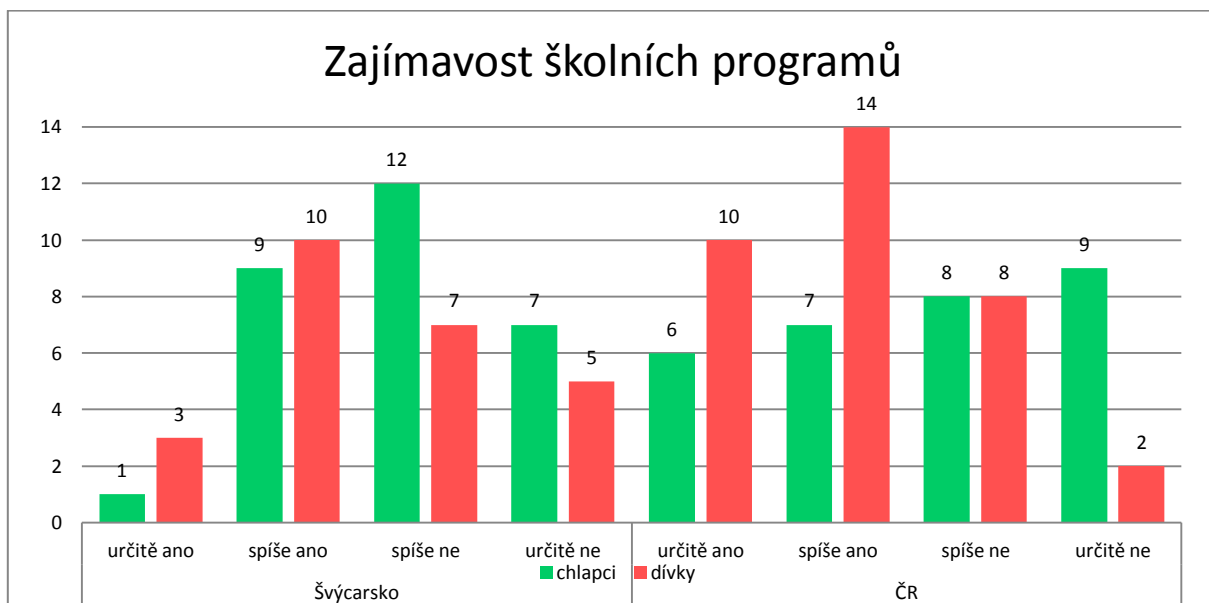
Graf znázorňuje, že v ČR (40) i Švýcarsku (47) naprostá většina respondentů nekouřila v období 30 dnů marihuanu. Ve Švýcarsku kouřili marihuanu 1 - 2 krát čtyři chlapci. V ČR v této frekvenci kouřilo marihuanu devět chlapců a šest dívek. Ve vyšších frekvencích kouřilo marihuanu šest dívek a tři chlapci v ČR a ve Švýcarsku dva chlapci a jedna dívka.

Graf č. XII: Považuješ za důležité vykonávat prevenci a boj proti drogám?



Graf nám říká, že pro 26 osob ve Švýcarsku a 41 osob v ČR je důležité, aby zde byly protidrogové programy. Spíše důležité je to pro 17 osob ve Švýcarsku a 19 osob v ČR. Spíše nedůležité či určitě nedůležité je to ve Švýcarsku pro 3 osoby v ČR pro 2 osoby. Tato záležitost je jedno 8 osobám ve Švýcarsku a 2 osobám v ČR.

Graf č. XIII: Je tento program veden tak, že o něj máš zájem? Zaujal tě?



Graf informuje o tom, že ve Švýcarsku je zajímavý program s jistotou pouze pro 4 osoby, pro 19 spíše zajímavý, pro 19 spíše nezajímavý a určitě nezaujal 12 osob. V ČR je určitě zajímavý pro vyšší počet osob, a to pro 16 osob. Spíše zajímavý je pro 21 respondentů, a to hlavně pro dívky, spíše nezajímavý je pro 16 osob a určitě nezaujal 11 osob, především chlapců.

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Kristýna Malíková, DiS.

Obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Sociální práce s mladistvými osobami závislými na psychoaktivních látkách

Rok odevzdání práce: 2016

Počet stran textu bez příloh: 88

Počet stran příloh: 28

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet internetových zdrojů: 55

Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.