

Univerzita Jana Amose Komenského Praha

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Kristýna Kostovská

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské prezenční studium  
2010 – 2013

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Kristýna Kostovská

Drogy a drogová závislost dětí a mládeže

**Praha 2013**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
PaedDr. Jan Toman

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Full-Time Studies  
2010 - 2013

**BACHELOR THESIS**

Kristýna Kostovská

Drugs and drug addiction of children and youth

**Prague 2013**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**  
PaedDr. Jan Toman

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V..... dne .....

*Jméno autorky* .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé práce panu PaedDr. Janu Tomanovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům K-centra v Trutnově za to, že mi poskytli praxi a že mi umožnili načerpat spoustu znalostí a zkušeností. V neposlední řadě děkuji lidem z mého okolí, kteří mají problémy s drogovou závislostí, za to, že mi poskytli poznatky, které jsem mohla využít ve své práci.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá tím, že v propadu do závislosti jsou děti ohrožovány ohrožujícími souvislostmi, které zásadně limitují kvalitu života a mohou být fatální. Cílem práce je seznámení s druhy drog a pojmem „drogová závislost“, dále je cílem analyzovat některé nabalující se patologie a nemoci (komorbidita) u dětí zneužívajících návykové látky, jako je onemocnění infekčními chorobami u osob závislých na návykových látkách, a nakonec se práce zabývá prevencí drogové kriminality. V této práci jsem využila metody výzkumu: dotazník, rozhovor a analýzu dostupné dokumentace.

## **Klíčové pojmy**

delikvence, droga, drogová scéna, drogová závislost, komorbidita, mládež, narkomanie, prevence, rodina, toxikoman

## **Annotation**

This thesis deals with the fact that the descent into addiction, children are threatened threatening contexts that fundamentally limit the quality of life and can be fatal. Aim of this work is to introduce the types of drugs and the concept of "drug dependence", and the aim is to analyze some increasing the pathology and diseases (comorbidity) in children abusing addictive substances such as infectious disease is a disease in people addicted to drugs and eventually work deals with the prevention drug-related crime. In this work I used research methods: questionnaire, interview and analysis of available documentation.

## **Key words**

delinquency, drug, drug scene, drug addiction, comorbidity, youth, drug abuse, prevention, family, drug addict

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	1
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1.DROGY A JEJICH DĚJINY</b> .....	3
<b>2 ROZDĚLENÍ DROG A JEJICH ÚČINKY</b> .....	7
2.1 Barbituráty a alkohol.....	7
2.2 Konopné drogy.....	8
2.3 Halucinogeny.....	9
2.4 Amfetaminy a jejich deriváty.....	10
2.5 Opiáty.....	11
2.6 Těkavé látky.....	11
<b>3. DEFINICE ZÁVISLOSTI</b> .....	13
3. 1 Typy závislostí.....	14
3. 2 Stadia závislosti.....	15
<b>4. PREVENCE ZÁVISLOSTI</b> .....	16
4.1 Předcházení problémům s návykovými látkami na školách.....	18
<b>5. MLÁDEŽ A DROGY</b> .....	19
5.1 Závislost na alkoholu u nezletilých.....	20
5.2 Nealkoholová toxikomanie u dospívajících.....	20
<b>6. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA</b> .....	21
6.1 Somatické obtíže a komorbidita.....	21
6.2 Postižení orgánů v souvislosti s užíváním drog.....	22
6.3 Krví přenosné infekční choroby u injekčních uživatelů drog.....	22
6.4 Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami.....	24
<b>7. TRESTNÁ ČINNOST SOUVISEJÍCÍ S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI</b> .....	25
7.1 Prevence drogové kriminality.....	25
<b>8. SYSTÉM PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ</b> .....	27
8.1 Terénní práce s uživateli drog.....	28
<b>9. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ</b> .....	30



## **PRAKTICKÁ ČÁST**

<b>10. VÝZKUMNÁ ČÁST - DOTAZNÍKY</b> .....	32
10.1 Metodika výzkumu.....	32
10.2 Výzkumný nástroj.....	32
10.3 Stanovení hypotéz výzkumu.....	33
10.4 Interpretace výsledků výzkumu.....	34
10.5 Shrnutí výsledků šetření.....	68
<b>11. ROZHOVOR</b> .....	70
<b>ZÁVĚR</b> .....	71
<b>SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	72
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	74
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	76

## ÚVOD

S drogovou problematikou se společnost setkává již po staletí. V minulosti lidé objevovali drogy rostlinného typu jako je například opium, kokain a marihuana, ty všechny byly známy již v době kamenné. Tehdy souviselo užívání drog hlavně s náboženskými obřady. Některé z těchto drog se nejprve užívaly k léčebným účelům. Například opium se používalo jako analgetikum a uklidňující prostředek, podávalo se dětem před spaním, „aby nekřičely“. V dnešní době je nabídka návykových látek mnohem různorodější. Velmi oblíbené jsou halucinogeny nebo stimulanty. V poslední době se situace na drogové scéně zhoršila především v situaci zneužívání nealkoholových drog u mládeže. S tím souvisí finanční a zdravotní problémy, a v neposlední řadě i kriminalita. Existuje spousta důvodů, proč mladí lidé začnou drogy užívat. Po tisíciletí se setkáváme s lidskou potřebou překračovat určité meze a s touhou po nových zážitcích. Člověk si chce svůj život ulehčit a udělat příjemnějším, resp. chce alespoň občas uniknout z reality do světa snů a fantazie. K tomu lidé využívali vlastností určitých rostlin právě tak, jako nyní užívají uměle získaných substancí, které se během tisíciletí naučili vyrábět. Právě proto by v dnešní době měl být kladen o to větší důraz na prevenci zneužívání drog. Naštěstí je v posledních letech věnována značná pozornost dětem a mladým lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami, a existují i různé organizace, kam se děti nebo i jejich rodiče mohou obrátit a požádat o pomoc.

Téma mé bakalářské práce je „Drogy a drogová závislost dětí a mládeže“. Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. Především proto, že bych se v budoucnu chtěla věnovat práci terénního pracovníka. Dalším důvodem je, že v mém okolí je spousta mladých lidí, kteří zneužívají návykové látky a mají problémy, jež jsou s tímto zneužíváním spojeny.

Cílem bakalářské práce je poskytnout informace o drogové problematice dětí a mládeže a analyzovat patologie a nemoci u dětí, které zneužívají návykové látky - jako jsou onemocnění infekčními chorobami. Dále se práce zabývá kriminalitou dětí a mládeže páchanou právě v důsledku užívání návykových látek. Tyto delikty se projevují

trestnými činy jako jsou krádeže nebo podvody. Dále to jsou trestné činy, které souvisejí s výrobou, distribucí a prodejem drog.

Potěšilo by mě, kdyby si všichni, kteří si přečtou mou bakalářskou práci, uvědomili, jak je užívání drog nebezpečné. Mám na mysli především děti a mladistvé, kteří uvažují o tom, že budou s drogami jen experimentovat.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. DROGY A JEJICH DĚJINY

Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že návykové látky jsou staré jako lidstvo samo a také, že velmi známé je především vyobrazení makovic již v době kamenné, v této době byly užívány též opium, a kokain. V příbězích Tisíce a jedné noci a zprávách Marka Pola je taktéž uvedena spousta popisů psychotropních zážitků. Požívání těchto návykových látek bývalo v minulosti určováno především společenskými a náboženskými názory.

*„Droga je chemická nebo přírodní látka, která mění tělesný nebo duševní stav člověka. Zde se zabýváme především drogami, které ovlivňují duševní stav – ty bývají nejčastěji zneužívány.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 47)

*„Drogu chápeme stejně, jak ji už tisíce let před námi označovali Hippokrates a Galénos: jako látku, jež na místo, aby byla tělem „přemožena“ (a strávena jako běžný pokrm), je schopná tělo „přemoci“ a vyvolat – i při dávce směšně malé v porovnání s jinými pokrmy – značné organické a duševní změny.“* (Escohotado, 2003, s.6).

Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že se mák pěstoval nejprve na jihu Španělska a Řecka, v severovýchodní Africe a Mezopotámii. A že první písemná zmínka o máku setém byla objevena na sumerských tabulkách z 3. tisíciletí př.n.l., kde pro něj používali znak, jenž znamenal „radost“. I egyptské hieroglyfy se zmiňovaly o šťávě z makovic – opiu - a doporučovaly ji jako analgetikum a uklidňující prostředek. Z máku se připravovala také mast. Konopí pochází původně ze střední Asie. Zhruba v 8. století př. n. l. ho dovezli Číňané do Indie. Později se tato rostlina rozšířila do všech kontinentů.

*„V lékařství se rostlina (konopí) používala k léčení očních zánětů, nespavosti, suchého kašle a úplavice.“* (Escohotado, 2003, s. 12)

Escohotado (2003) popisuje, že se první zmínka o konopí objevuje až v 9. stol. př.n.l. a to v Mezopotámii. Tehdy se používalo jako obřadní kadidlo. V Kalifornii přestalo být od roku 1976 držení marihuany považováno za trestný čin. Pěstování konopí se stalo v této zemi jednou ze základních zemědělských aktivit, ale nebylo to samozřejmě přiznáno. Dále uvádí, že nejrozšířenější a nejoblíbenější drogou Ameriky je rostlina rodu *Nicotina*, neboli tabák. Již první domorodci na které Kolumbus narazil, kouřili tabák.

*„V průběhu dějin lze vždy znovu pozorovat, že ve skupinách obyvatel, resp. národů v určitých dobách nadmíru stouplo používání narkotik.“ (Göhlert, Kühn 2001, s. 17)*

Göhlert, Kühn (2001) popisují, že se tabák do Evropy dostal přibližně v 16. století a, že dějiny jsou pestré také na příklady nadměrného užívání alkoholu. Ve střední Evropě v 16. století byl alkoholismus ve všech společenských vrstvách obrovským problémem, proto byly opakovaně vydávány císařské výnosy, které se snažily alkoholismus eliminovat. V USA se v polovině 19. století pilo nadměrně mnoho kořalky, především whisky, protože muži prý tak lépe snášeli podmínky tvrdého života. Reakcí na toto zneužívání byly nejprve spolky, které měly pití zmírnit, potom v dvacátých a třicátých letech 20. století došlo k prohibici, úplnému zákazu alkoholu. Koncem 19. století docházelo v Evropě k velmi častým výstřelkům s alkoholem, že bylo nutné vyučovat ve školách a učitelských seminářích o alkoholu, jeho účincích a nebezpečích. Dále popisují, že i v minulosti bylo užívání drog spojováno se společenským, psychicko-sociálním a tělesným poškozením.

*„Nechť každý sám posoudí, zda lék je úměrný nemoci, zda je horší, nebo je snad sám jejím původcem. Řecký duch pokřtil drogy termínem *phármakon*, jenž znamená zároveň lék i jed. Teprve na poznání, okolnostech a samotné osobě závisí, zda budou léčit nebo škodit. Existují odjakživa a všude na světě a soudě podle dneška bude jich zítra více než včera. Alternativou není svět s nimi, nebo bez nich. Alternativou je informovat o jejich správném použití, nebo povrchně demonizovat. Rozsévát vědění, nebo nevědomost.“ (Escotado, 2003, s.150)*

Dále také Escotado (2003) popisuje, že prvním velkým farmakem 19. století byl morfin, neboli morfium, je to jeden z alkaloidů opia, byl okamžitě považovaný za nejvýznamnější lék, jaký kdy člověk objevil. Ještě pětikrát účinnější než morfium se stal diacetyl morfinu, jenž se na trhu objevil pod názvem heroin. Díky tomuto farmaku a aspirinu – prodávali se ve dvojitém balení – se z továrny na barviva, která patřila F. Bayerovi, stal světový chemický gigant.

*„Mezi syntetickými verzemi opiátů vyniká takzvaná *china white*, rodové označení různých variant fentanylu. Tento syntetický opiát je dnes používán jako náhražka morfia ve čtyřech pětinach operací uskutečněných na západních klinikách. Síla této látky byla skoro neuvěřitelná, některé výtažky byly až dvatisíckrát silnější než heroin.“ (Escotado, 2003, s.132).*

„V roce 1961 užívalo u nás heroin asi 50 000 osob. Dnes je jejich počet odhadován na 560 000.“ (Escohotado, 2003, s. 120)

Göhlert, Kühn (2001) popisují, že novým objevem, který byl uvedený ve třicátých letech na trh, byly aminy (amfetamin, metamfetamin). Prodávaly se volně v lékárnách jako prostředky proti zánětu nosohltanu, nevolnosti, obezitě, depresi a předávkování hypnotiky. Ve skutečnosti se jednalo o stimulanty nervového systému desetkrát až dvacetkrát silnější, a přitom o mnoho levnější, než kokain. Nejen, že tyto stimulantia dokázaly podstatně zvětšit výkonnost, ale také se výrazně podílely na zlepšení průměrných výsledků při testech inteligence. Dále popisují, že kokain se získává z listů keře koky. Tato substance je známá již od dávných dob, asi od roku 3000 př. Kr. jako prostředek, který zvyšoval výkon, tišil hlad a žízeň, vyrobil ho poprvé lékárník F. Gaedcke v roce 1835. Kokain byl tehdy prvním lokálním anestetikem, které bylo v lékařství použito k umrtvení při operacích. V roce 1887 byl chemicky získán první amfetamin a poté v roce 1898 silnější metamfetamin. V roce 1914 si nechala firma Merck patentovat substanci MDMA (ecstasy) jako prostředek k omezení chuti k jídlu. Pro vedlejší účinky naštěstí nikdy nedošlo k jeho nasazení. Kromě toho se uskutečňovaly pokusy léčit touto látkou neurózy, parkinsonovu chorobu – a dokonce drogovou závislost a alkoholismus.

Escohotado (2003) uvádí, že mezi syntetickými stimulanty se objevují i umělé kokainy prodávané pod různými názvy (coco snow, crystal caine, synth coke), na východě byl oblíben *ice*, čistý metamfetamin, jenž se užívá v kapalném stavu, většinou kápnutím na špičku cigarety.

K novinkám 20. století podle Göhlerta, Kühna (2001) také patřil diethylamid kyseliny lysergové, říká se mu LSD 25. Tuto polysyntetickou drogu, která se získávala z houby označované jako ergot neboli námel, objevil v roce 1943 Albert Hofmann. Jednalo se o zázračnou látku, jejíž dávky se odměřovaly na miliontiny a ne na setiny či tisícinny gramů jako u všech dosud známých látek. V roce 1943 vyrobil Albert Hofmann ze Švýcarské firmy Sandoz synteticky diethylamid kyseliny lysergové, krátce LSD. V roce 1949 uvedla firma Sandoz LSD na trh pod názvem Delysid. V roce 1966 Sandoz výrobu zastavil, roku 1967 byla droga zakázána.

„V devadesátých letech se LSD opět rozšířilo v souvislosti se scénou techno.“ (Göhlert, Kühn 2001, s. 59)

*„Samotná hierarchie oblíbenosti drog se mění podle řady okolností . Například před dvaceti lety byla situace u nás zcela jiná – společenské změny v naší zemi, ale i v celém světě, se na tom nepochybně podílely. Rovněž změny v osobnosti mladých lidí, struktuře rodiny a životních jistotách a perspektivách hrají svou roli. Ze strany nabídky oblíbenosti drogy určují její účinky, dostupnost a její kultura a image.“ (Hajný, 2001, s. 17.)*

*„Až donedávna se o drogách mluvilo pouze v senzacechtivém tisku nebo v nesrozumitelných učebnicích toxikologie. Přitom právě znalost dějin drog vrhá zvláštní světlo na dějiny celého lidského rodu. Je to, jako když otevřeme dosud zavřené okno a na obzoru se nám objeví věci z dosud nevídané perspektivy.“*  
(Escobedo, 2003, s.5).

## 2. ROZDĚLENÍ DROG A JIJICH ÚČINKY

*„Již tisíce let dokazuje člověk ohromnou vynalézavost nacházet stále nové přírodní nebo uměle vyrobené substance, které uspokojí potřebu překročit meze a dosáhnout tak neznámých zážitků a stavů. Chemické složení, duševní a léčebný účinek různých typů drog jsou přitom pochopitelně různé. Aby člověk ovládl různorodost substancí, které se vyvinuly v průběhu doby, dělí se drogy podle návrhu Světové zdravotnické organizace (WHO) již popsaným způsobem zprvu na aktivní a sedativní. Aktivní drogy mají povzbuzující činek, tep a krevní tlak mohou stoupnout a požívač drog může ztratit část svých zábran. Sedativní drogy uživatele spíše uklidňují, srdeční frekvence a krevní tlak v mnoha případech klesají. K aktivním drogám, které se označují jako stimulancia, patří například konopné drogy nebo ecstasy, k uklidňujícím návykovým látkám označovaným jako sedativa se počítají opiáty a alkohol.“ (Göhlert, Kühn 2001, s. 50)*

Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že návykové látky rozlišujeme podle chemického složení. Všechny konopné drogy obsahují stejnou účinnou látku – totiž tetrahydrocannabinol, krátce zvaný THC, a všechny opiáty obsahují účinnou látku – morfin, který má uklidňující účinek.

### 2.1 Barbituráty a alkohol

Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že alkohol člověka většinou uvolňuje, zvedá mu náladu, potlačuje problémy, podporuje komunikaci, odstraňuje sexuální zábrany a navíc ještě spoustě lidem chutná.

Nešpor, Csémy (1992) popisují, že alkohol je vlastně chemická látka, která lehce proniká k různým orgánům, včetně mozku. Její obsah v alkoholových nápojích se pohybuje zhruba od 2-3% (pivo) a asi 40% v destilátech. Důležitá není jen koncentrace alkoholu v nápoji, ale i jeho množství. Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější než pro dospělé. Játra mladistvých nejsou schopna alkohol odbourávat v takové míře, jako u dospělých. Velmi malé množství alkoholu může vyvolat u dětí nebezpečné otravy. Návyk na alkohol se u dětí a mladých lidí vytváří velmi rychle, proto bývá zvykem, v civilizovaných společnostech, děti a mladistvé před alkoholem chránit. Dále popisují, že ve Spojených státech nebo v Japonsku je povoleno podávat



alkoholické nápoje až od 21 let, ve Švédsku od 20 let. U nás byla tato věková hranice stanovena na 18 let a ani to se mnohdy nedodrží.

*„Alkoholické nápoje u mladých lidí zvyšují nebezpečí jaterních onemocnění, vysokého krevního tlaku, onemocnění trávicího ústrojí, onemocnění nervového systému i duševních chorob.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 49)

## 2.2 Konopné drogy

Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že mezi konopnými produkty je u nás nejrozšířenější ilegální drogou hašiš. Většinou to bývají hnědé pryskyřicovité hrudky, které jsou zabalené do plastické fólie. Marihuana vypadá jako rozemleté části rostlin a má výraznou kořeněnou vůni. Hašiš se získává z pryskyřice rostlin konopí. Marihuana se skládá ze sušených částí rostliny, většinou rozdrobených listů, stonů a květů. V hašiši je koncentrace účinné látky THC – tetrahydrocannabinolu – asi pětikrát vyšší než v marihuaně, v hašišovém oleji je dvojnásobná. Hašiš se může používat v mnoha formách, většinou se kouří s tabákem ve vlastnoručně stočených doutnících – jointech – nebo v dýmkách. V poslední době je oblíbené pečení konopných koláčků, nebo sušenek a inhalování z vodních dýmek, které už byly velice oblíbené v 60. a 70. letech. Dále popisují, že konopí povzbuzuje chuť k jídlu a zpravidla zesiluje stav pocitů, který převažuje. Konopí působí větší uvolněnost a intenzivně prožívanou náladu. Intoxikovaný je duchem nepřítomný, má pocit, že čas plyne pomalu.

Hajný (2001) popisuje, že od marihuany se obvykle očekává, že přinese okamžiky euforie – smích až často neadekvátní příčině, zvýšenou citlivost na určité podněty (výraznější vnímání zvuků, hudby, barev nebo chutí). Myšlení může být zrychlené, ale i zpomalené, koordinace pohybů bývá často změněná. Místo pocitů euforie se ale mohou u někoho, či někdy dostavit pocity zmatku, úzkosti a deprese. Doba účinku je různá. Hlavní účinky odeznívají do dvou hodin, ale mohou přetrvávat celý den. Při užití marihuany v jídle je nástup intoxikace pomalejší, ale účinky trvají mnohem déle. Marihuana je drogou, kolem které se ve společnosti vede nejvíce diskusí. Obvyklé argumenty pro legalizaci se týkají toho, že při užívání marihuany nevzniká závislost a také, že jejím pravidelným užíváním vzniká méně zdravotních rizik, než při dlouhodobém užívání alkoholu či tabáku.

Nešpor, Csémy (1992) naopak popisují, že jointy (cigarety s marihuanou) obsahují o polovinu více rakovinotvorných látek, než tabák. K velkým rizikům užívání marihuany a hašiše patří sklon k násilnosti, poruchy paměti, nezáměr a apatie. Drogy z konopí vyvolávají psychickou a dokonce i fyzickou závislost. Nejvíce nebezpečná je marihuana a hašiš pro lidi s nemocným srdcem, vysokým krevním tlakem a pro psychicky labilní jedince.

*„Americké materiály shrnují účinek marihuany následovně: Marihuana dělá z nadaných průměrné, z průměrných hloupé, z bojovníků poražené.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 51)

### 2.3 Halucinogeny

Göhlert, Kühn (2001) popisují, že účinky halucinogenů jsou většinou zrakové a sluchové bludné vjemy, mohou také nastat časové a místní poruchy orientace. Patří sem: LSD, Fencyklidin, Lysohlávka a další houby. LSD působí asi šest až dvanáct hodin, po užití může dojít k náhlé a silné psychické změně, smysl pro čas bývá porušený, často zpomalený. Další halucinogenní drogou je fencyklidin, zkráceně PCP. Na drogové scéně je známá také pod jménem „Andel’s Dust“ – andělský prach. Dalším halucinogenem je Lysohlávka, tato droga vyvolává poruchy vnímání, nejprve dochází asi 15 minut po požití ke zmámenosti a poklesu krevního tlaku. Po 30 minutách dochází k pocitu tepla a zvýšené chuti na sex. Mohou se vykytovat závratě, nevolnost a žaludeční křeče.

*„Tyto drogy mají ze všech uváděných drog největší podíl účinků vedoucích k prožitkům, které odvádějí pozornost od reálného světa. Patří k nim na prvním místě LSD (především v podobě tzv. tripů, dále některé kaktusy a houby. Účinky se projeví až po určité době – půlhodině či hodině, trvají však dlouho – šest i více hodin. Tripy se konzumují nejčastěji v podobě malých potištěných papírků, krystalků nebo tablet. Houby se jedí nebo se pije odvar. Vzhledem k vysoké účinnosti obsahují dávky jen velmi malé množství látek.“* (Hajný, 2001, s. 21.)

Nešpor, Csémy (1992) popisují, že i drogy jiných skupin vyvolávají halucinace (např. některé látky s budivým účinkem jako je pervitin nebo i organická rozpouštědla). Halucinogeny, ale i marihuana mohou vyvolávat tzv. flashback, kdy se dostavuje pocit

jako po požití drogy, i když požitá nebyla. V některých případech flashback nastává i dva roky po poslední dávce.

## 2.4 Amfetaminy a jejich deriváty

Amfetaminy jsou většinou ve formě bělavého nažloutlého prášku nebo tabletky, mohou se šňupat nebo polykat, působí v průměru osm až dvanáct hodin. Mezi amfetaminy patří: Ecstasy (MDMA, MDEA, MDBD), Speed (Pervitin), Kokain. Amfetaminy aktivují tělo, zlepšují sebehodnocení, potlačují únavu a zrychlují myšlení. Dále potlačují pocit hladu a stupňují aktivitu srdečního a oběhového systému. Zornice jsou často maximálně rozšířené. (Nešpor, Csémy, 1992)

*„Kokain patří k nejnebezpečnějším drogám vůbec. Zneužíván bývá šňupáním, injekčně a nověji kouřením. Anglické slovo „crack“ označuje vysoce koncentrovaný kokain smíchaný s jedlou sodou a vodou. Většinou se kouří a závislost vzniká velmi rychle. Při vysazení se neobjevují tělesné potíže, ale silná touha po droze a nepříjemné duševní stavy.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 57)

Göhlert, Kühn (2001) popisují, že čistý kokain vytváří hořké, bezbarvé krystaly a většinou se šňupe. Účinkem je stejně jako u pervitinu stimulace, povznesená nálada, zvětšený pocit sebehodnocení, malá chuť k jídlu a potřeba spánku, dlouho trávající kreativita a stupňování sexuálního prožitku.

Hajný (2001) uvádí, že pervitin je chemický přípravek, jehož hlavní účinky spočívají v povzbuzujícím efektu. Tyto účinky lze najít i u dalších drog, jako jsou kokain, crack, efedrin. Pervitin u nás pochází z velké části z domácí výroby. Účinek této návykové látky se dostavuje téměř okamžitě a mizí po několika hodinách. Drogu lze šňupat, kouřit nebo užívat nitrožilně. Dále Hajný uvádí, že o závislosti na pervitinu se často diskutuje. Na rozdíl od marihuany lze s větší jistotou tvrdit, že pravidelné užívání vyvolává závislost, při abstinenci se totiž projevují především psychické abstinční příznaky. Mezi zdravotní rizika užívání pervitinu patří především ta, která souvisí s nitrožilním užíváním, což může být přenos infekčních nemocí jako je žloutenka (hlavně typ C) a HIV.

Efedrin je obsažen v některých lécích proti kašli. Naši toxikomani si již mnoho let vyrábějí z těchto léků Pervitin, který je zneužíván především nitrožilně. Pod vlivem této drogy může být člověk nebezpečný sobě i druhým. (Nešpor, Csémy, 1992)

## 2.5 Opiáty

Mezi opiáty patří heroin je to polysyntetický opiát, který se vyrábí z morfinu, morfin je látkou z opia a opium se získává ze šťávy máku setého (papaver somniferum). Heroin se buď šnupe, kouří nebo se aplikuje nitrožilně. V nízkých dávkách zbavuje heroin pocitů nechuti, hladu a únavy, také odbourává vzrušení a strach, ve vyšších dávkách pak může docházet k ospalosti až spánku. Po aplikaci heroinu dochází k redukci bolesti, agrese a strachu před reálným světem. Heroin je bílý či hnědý prášek, může se objevovat ve formě tablet, kapslí nebo ampulí. (Nešpor, Csémy, 1992)

*„K nejčastěji zneužívaným látkám této skupiny patří opium, morfin, dosin a kodein.“*  
(Nešpor, Csémy, 1992, s. 56)

Hajný (2001) popisuje, že heroin vyvolává rovněž euforii, která ale není spojena s aktivitou a povzbuzením. Má spíše tlumivý charakter a uživatel je více ve svém vlastním světě, než uživatel pervitinu, který je naopak výrazně komunikativní. Toxikomani vypráví své zážitky s těmito drogami jako s ničím nesrovnatelnou slast, radost a pohodu, která rozhodně stojí za všechny negativní důsledky užívání.

Methadon je také návyková látka, která patří do této skupiny. Podává se jako součást substituční léčby u pokročilých závislostí opiátového typu, ale nehodí se pro ty, kteří drogy pouze zkoušejí, nehodí se ani pro lidi, kteří kombinují drogy různých skupin. (Nešpor, Csémy, 1992)

*„Na opiáty roste tolerance. To znamená, že k dosažení stejného účinku se musí zvyšovat dávka drogy.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 56)

## 2.6 Těkavé látky

Do skupiny těkavých látek patří ředidla, lepidla a další chemické látky, které mají těkavý charakter. Tyto látky u nás sice nejsou hlavní zneužívanou drogou jako v osmdesátých letech, ale stále představují velké riziko. Hlavním účinkem je euforie, změněné vnímání, hraničící s halucinacemi. Tyto látky jsou většinou běžně dostupné v obchodech (toulén, vulkan, benzin...). Toxikomani je vdechují z napuštěné látky, igelitového pytlíku nebo přímo z lahve. Mezi uživatele těkavých látek patří tradičně mladší děti (již od osmi let) a lidé z míst, kde nejsou jiné drogy k dispozici. Tito uživatelé mají mezi ostatními uživateli nejnižší postavení. (Hajný, 2001)

*„Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou u nás marihuana, pervitin a heroin. Poměrně velká je i skupina dětí a mladistvých, kteří užívají těkavé látky – ta je však málo prozkoumaná.“ (Hajný, 2001, s. 17)*

### 3. DEFINICE ZÁVISLOSTI

Vznik závislosti na návykových látkách, ovlivňuje fakt, že se s tématem závislosti setkáváme již od prvních chvil života, například jsme závislí na některých faktorech jako je vzduch, voda a sluneční energie. Zhruba ve 20. století se závislost začala posuzovat jako nemoc, postupně se dostávala do americké i evropské klasifikace nemocí. (Kalina a kol., 2008)

Závislost je stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolá v organismu fyzické nebo psychické obtíže. Návyk na léky, drogy nebo alkohol je podle definice WHO (Světové zdravotnické organizace) stav opakované nebo chronické intoxikace psychotropními látkami, který je vyvolán opakovaným užíváním drogy a je škodlivý pro jedince a společnost. Podle ICD 10 (mezinárodní klasifikace chorob) se pokládá za závislost, když byly během posledního roku splněny tyto podmínky:

- silné přání požívat psychotropní látky,
- snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané látky,
- užívání návykové látky ke zmírnění abstinčních syndromů,
- rozvoj tolerance,
- omezený úsudek o chování při zacházení s návykovou látkou,
- pokračující zanedbávání ostatních zájmů,
- pokračující užívání návykové látky i přes škodlivé psychické, tělesné a sociální následky

Společným znakem každého návyku je podstata odměňování sama sebe. Toxikomani užívají drogy, aby manipulovali se svými pocity. V podstatě jde o to, potlačovat nepříjemné nebo vyvolávat příjemné pocity. Nejvíce jsou návykem ohroženi mladiství, protože jsou jakoby pod tlakem, že se musí bavit. Drogy odstraňují obavy a zlobu a mají schopnost dodávat sebevědomí. Závislost se může vztahovat na jednu látku nebo na více látek najednou. Návyk vede většinou k narušení osobnosti a často i ke snížení inteligence. (Göhlert, Kühn 2001)

Hajný (2001) popisuje, že drogová závislost je nemoc, která je charakteristická touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje velké množství problémů. K závislosti se člověk obvykle dostává přes experimentování a

následné pravidelné užívání drogy. Spousta lidí trpí chronickou závislostí, kdy po období abstinence opět spadají do návyku. Definitivní stadium pravidelného užívání je každodenní užívání. Častými důvody pro užívání drog mohou být osobní problémy, nuda, stres, tlak vrstevníků, nemoc a podobně. Mnoho lidí se domnívá, že závislost je jen zvyk užívat drogy. V úvahu se musí brát celá šíře problémů, které se podílely na tom, že dotyčný začal drogy užívat a také vzít v úvahu změny, které v době užívání v jeho osobnosti, těle a okolí nastaly. Léčba by tedy měla oslovit závislého komplexně a vyvolat změny, které by se měly týkat jeho fyzického a psychického stavu i jeho vztahů k blízkým lidem. Každý závislý si mění život svým chováním a skoro vždy přináší problémy i svým blízkým. Většinou začíná mít postupně problémy v zaměstnání, škole, rodině či partnerských vztazích.

*„Narkoman se nedokáže ovládat bez vnější pomoci. Mohou-li být závislí trestáni pro svou závislost, může být i mentálně postižený trestán pro svou duševní chorobu.“* (Escotado, 2003, s. 103).

### 3.1 Typy závislostí

*„Závislost na droze. Tělesná závislost nastává, když někdo cítí tělesnou nepohodu a obtíže při vysazení drogy nebo výrazném snížení dávky. Duševní závislost se projevuje silnou touhou po droze, a to i tehdy, když je to v jasném rozporu se zájmy člověka. Některé drogy vyvolávají pouze duševní závislost a duševní závislost bývá často obtížnější překonat nežli závislost tělesnou.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 47)

*„Zneužívání (abúzus) drog znamená, že droga již působí tělesné, duševní, pracovní, rodinné anebo jiné problémy.“* (Nešpor, Csémy, 1992, s. 47)

Göhlert, Kühn (2001) popisují, že při diskuzích o závislosti se většinou mluví o psychické a fyzické formě. Psychická závislost je definována jako touha užívat psychotropní látku pro její povzbuzující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu jakýmkoli prostředky a konzumovat ji, je tak silná, že uživatel nemá šanci jí odolat. Nutkání k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická touha po droze – craving. Tělesnou závislostí se myslí stav, kdy dochází k abstinčním příznakům, v případě kdy chybí návyková látka v těle nebo se sníží její dávka. Uživatel po určité době může fungovat jen s drogou. Projevuje se i takzvaná tolerance, v rámci

zvyšování tolerance na látku si musí toxikoman dodávat stále více návykové látky, aby dosáhl stejného účinku. Tělesnou závislost lze překonat lékařskou péčí v poměrně krátké době (během dvou až čtyř týdnů), zatímco psychická závislost přetrvává po celý život. Takový člověk však rozhodně nemusí ihned rezignovat, protože terapií může své naučené zkušenosti změnit a žít tak „čistý“. Světová zdravotnická organizace –WHO stanovila kromě definice závislosti také rozdělení typů závislosti. Typy závislostí se dělí na aktivující, ty nazýváme také stimulancia. Dále rozeznáváme uklidňující typy, nazýváme je sedativa.

*„Pro psychický typ závislosti jsou učebnicovými vzory amfetaminy, tetrahydrokanabiol nebo nikotin, pro fyzickou závislost opioidy nebo benzodiazepiny.“*  
(Kalina a kol., 2008, s.55)

### **3.2 Stadia závislostí**

Jakým způsobem se vlastně vyvíjí závislost? Pro ilegální drogy lze vymezit čtyři stadia. Göhlert, Kühn (2001) uvádějí, že první stadium se nazývá počátek nebo také euforické počáteční stadium, které se vyznačuje lehkým přístupem k droze, zbavením úzkosti, uvolněním, omámením, vzrůstajícím pocitem sebehodnocení a zvýšeným sebevědomím. Druhé stadium se nazývá též kritické stadium navykání, které se vyznačuje zmírněním účinku se stupňováním dávek drogy, konflikty v zaměstnání a ve škole, zúžením zájmů, finančními problémy a poruchami sebehodnocení. Třetí stadium se nazývá stadium návyku, respektive závislosti a vyznačuje se ztrátou kontroly nad drogou a dávkou, poklesem pracovní schopnosti ve škole a v povolání, kriminalitou a vyřazením ze společnosti, změnou osobnosti a abstinenčními příznaky, tělesným poškozením. Čtvrtým a posledním stadiem je chronické stadium rozkladu, jedná se o neschopnost finančně se zaopatřit, zchudnutí, bezdomovectví, opuštěnost, zanedbanost, těžká tělesná onemocnění a duševní rozklad.



## 4. PREVENCE ZÁVISLOSTI

*„Denní zkušenost nás učí moudře rozlišovat mezi zážitky s narkotiky na jedné straně a chorobným excesem závislostí, toxikomanií, na straně druhé. Kdo nestačí na svůj zážitek s narkotiky a popřípadě na kontrolované užívání určitých drog, nestačil již předtím sám na sebe a svůj život.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s.94)*

Toto tvrzení znamená, že toxikomanie je příznakem chybného vývoje osobnosti. Závislí lidé překonávají úzkost útekem k droze, následkem toho je psychická a v některých případech i fyzická závislost. Ten, kdo chce předejít drogové závislosti u svého dítěte nebo kdo by chtěl pomoci toxikomanovi, aby se osvobodil od své závislosti, musí vždy začínat u těchto duševních příčin drogové závislosti. Počátkem boje proti drogám je výchova, rodina je vlastně takový systém vztahů. Mottem pro prevenci toxikomanie může být: „Požadavky místo rozmazlování“. Výchova v této souvislosti znamená, že svému dítěti pomohu, aby bylo na mě nezávislé. Důležité je také začít včas s poučením o drogách, protože kritický postoj k drogám se vyvíjí v delším procesu, jedna diskuze na toto téma tedy nestačí. Rozlišování drog na ilegální a legální je čistě politické, nikoli lékařské nebo sociální. Důležité je, aby rodiče dětem ukázali, že je milují takové, jaké jsou, protože mladiství vždy hledají uznání a náklonnost. Velmi důležitý je také jednotný styl výchovy, například pasivní výchovný styl, který se vyhýbá konfliktům může také podporovat návyk, dítě se tak nenaučí přijímat omezení a brát ohled na ostatní. Další chybou ve výchově je změna od volného režimu k extrémně důslednému, podobně může působit i výchova jednoho přísného a jednoho rozmazlujícího rodiče, právě proto je důležitý jednotný styl výchovy. Při jednotném výchovném stylu dítě ví, na čem je a zná důsledky, které mají určité způsoby chování. (Göhlert, Kühn, 2001)

Nešpor, Csémy (1992) popisují, že časté důvody, proč mladý člověk může sáhnout po droze jsou nuda a zvědavost. Více ohroženo je dítě, které není vázáno k rodině. Důležité je posílit vazbu dítěte na rodinu, zavést pravidla v rodině, rodič by měl být pro dítě vzorem.

*„Koordinace primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže, vč. primární prevence užívání návykových látek spadá v ČR do působnosti Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Hlavními dokumenty v této oblasti jsou Strategie prevence*

*rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2009-2012 a Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže. Významnými nástroji k řízení kvality v prevenci jsou Standardy primární prevence a proces certifikace primárně preventivních programů. Ten byl v polovině roku 2010 obnoven po předchozím pozastavení z důvodu transformace systému.“ (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011, s. 35)*

Programy prevence jsou zaměřeny především na práci s ohroženými skupinami, jednotlivci anebo rodinami. Tématem je prevence užívání návykových látek mezi dětmi a adolescenty z etnických minorit v České republice. Nástrojem ministerstva zdravotnictví v oblasti prevence je Národní program zdraví, v rámci tohoto programu jsou každý rok podporovány projekty orientované na prevenci závislostí, hlavně v oblasti alkoholu a tabáku. Základní strategií prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních je tzv. Minimální preventivní program. Tento program vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci s vedením školy. Programy prevence jsou zaměřovány na ohrožené skupiny populace, u nichž je vyšší riziko užívání návykových látek. V oblasti prevence určené dětem a mládeži, které jsou ohroženy rizikovým chováním a sociálním vyloučením působí nízko-prahová zařízení pro děti a mládež, které poskytují ambulantní služby dětem s rizikovým životním stylem. Hlavním prostředkem pro navázání s cílovou skupinou kontaktu je nabídka volno-časových aktivit. Cílem je zlepšit kvalitu života této skupiny předcházením a snížením sociálních a zdravotních rizik, které souvisejí s jejich způsobem života. Indikovaná prevence pracuje individuálně s ohroženým jedincem, jeho rodinou a nejbližším okolím. U těchto jedinců jsou přítomny první znaky užívání návykových látek, zatím však nejsou naplněna kritéria pro problémové užívání a závislost. Tato prevence je realizována institucemi které jsou zřizovány státem, kraji nebo obcemi. (např: pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, střediska výchovné péče). (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011)

#### **4.1 Předcházení problémům s návykovými látkami na školách**

Nejdůležitější v této oblasti jsou tzv. Peer programy. Tyto programy jsou vlastně prevencí na základě účasti předem připravených vrstevníků. Programy jsou většinou interaktivní a pracuje se v malých skupinách. K negativním peer programům patří vyměňování si zkušeností s návykovými látkami, vyprávění o tom, jak se někdo intoxikoval drogou. Význam anglického slova „peer“ je širší než vrstevník. Nejlepším řešením je, když si škola připraví peer aktivisty sama, další možností je, založit organizaci, jejíž členové budou působit na své vrstevníky, tito vrstevníci mohou zvát své spolužáky do klubu nebo organizují různé programy. Jak se peer program zorganizuje? Nejprve by mělo proběhnout rozhodnutí ze strany vedení školy, poté informace o programu pro učitelský sbor, dále by se měl uskutečnit nábor dobrovolníků z řad žáků, dalším bodem je výcvik budoucích peer aktivistů, dále by se měl zrealizovat program i v o rok nižším ročníku, posledním bodem je rozšíření přípravy peer aktivistů a programu. Peer program se neužívá jen na základních školách, ale osvědčil se také na středních školách. Je důležité usilovat o školní prostředí pro žáky nebo studenty bez návykových látek včetně alkoholu a tabáku. (Jedlička, 1997)

## 5. MLÁDEŽ A DROGY

Hajný (2001) uvádí, že jedním z mnoha důvodů, které se podílejí na tom, že dítě začne drogy užívat je vliv názorů stejně starých dětí nebo dospívajících, snaha se jim vyrovnat, překonat je nebo upoutat jejich pozornost. V době dospívání je vliv vrstevníků na dítě obrovský, pokud kamarádi dítěte žijí rizikovým životním stylem, tak pro něj představují zvýšené riziko. Tlak skupiny vrstevníků je často velký a není snadné mu odolat, nejvíce rizikové jsou skupiny mladých, kteří považují užívání drog za normální – a ti, kteří je neužívají jsou odsouzeni k posměchu.

V posledních letech se u uživatelů drog projevuje vzestup konzumace amfetaminů, kokainu a LSD. V současné době lze vyzorovat určitou drogovou scénu mladistvých, která má málo společného s hrdiny z románu a filmu *My děti ze stanice ZOO*. Mladí lidé konzumují nejčastěji amfetaminy (speed), halucinogeny (LSD, lysohlávky) a ecstasy, méně často kokain, pozdější přechod na heroin se vyskytuje jen velmi zřídka. Lze také pozorovat, že ti, kteří užívají drogy pocházejí často z dobře zabezpečených rodin, dlouho o ně bylo dobře postaráno a vyrůstali s generací rodičů, která se řadí ke střední a vyšší vrstvě. V této drogové generaci jde pouze o to bavit se. Největší ohrožení toxikomanie bylo pozorováno u mladých lidí ve věkové skupině mezi 12 a 18 lety. Oproti alkoholu mají ilegální drogy rychlejší účinek a vyšší návykovost. To znamená, že již ve věku 15 až 17 let může existovat drogová závislost. (Göhlert, Kühn, 2001)

Děti jsou vůči drogám citlivější než dospělí a k otravě stačí malé množství, proto čím dříve poznáme, že dítě užívá návykové látky, tím lépe. Z toho důvodu je dobré znát společné známky zneužívání drog:

- ubývání alkoholu a prášků v domácnosti, ztráty peněz a cennějších předmětů,
- změna přátel a kamarádů, tendence těchto kamarádů se rodičům vyhýbat, zvláště rizikové mohou být starší děti a dospívající, kteří již mají s drogou nějaké zkušenosti,
- blízcí přátelé, kteří užívají drogy,
- zhoršení vzhledu a péče o zevnějšek,
- náhlé zhoršení školního prospěchu, ztráta zájmu o učení,
- podrážděnost, přecitlivělost, tendence vyhýbat se rodičům a v konfliktech odcházet z domova,

ztráta zájmu o hodnoty, myšlenky a lidi, které dítě dříve považovalo za důležité, tajnůstkářství, tajemné telefonní hovory, volající, kteří zavěšují, když zdvihnete telefon, lhaní, rozporná tvrzení, rozpačitost, problémy s úřady a se zákonem, drobné krádeže, výtržnictví, rvačky (Nešpor, Csémy, 1992)

### **5.1 Závislost na alkoholu u nezletilých**

Při rozboru alkoholové závislosti je třeba hodnotit osobnost pacienta a všechny vlivy, které přispěly k jejímu utváření. Příčin vzniku alkoholové závislosti je mnoho, u každého jednotlivce jsou individuální. Lze najít spoustu příčin, které vedou k opakovanému užívání alkoholu, a tím umožňují vznik návyku. Závislost na alkoholu se vyvíjí tím dříve, čím je ten, kdo pije mladší, čím se jeho osobnost odchyluje od normy, čím je méně kontroly a vlivů, které omezují pití. (Mečír, 1989)

### **5.2 Nealkoholová toxikomanie u dospívajících**

O závislostech na nealkoholových psychotropních látkách platí to samé, co o závislosti na alkoholu. (Mečír, 1989)

## 6. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA

Pojem psychiatrická komorbidita není v odborné literatuře vymezen jednotně. Často bývá tento pojem zaměňován za pojem duální diagnóza. Psychiatrická komorbidita je výskyt dvou nebo více příznaků nebo psychických poruch u jedince. Termín duální diagnóza se užívá k identifikaci vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje souvislost daných nemocí nebo poruch. Rozlišujeme dvě skupiny komorbidních uživatelů drog. První skupinu tvoří psychiatricky nemocní. Druhou variantou je situace kdy např. užívání metamfetaminu ve velké míře může vést k poškozením, které je většinou doprovázeno určitými nedostatky. Každý případ je z hlediska komorbidity nutně posuzovat individuálně. (Kalina a kol., 2008)

*„Nelze jednoznačně říci, zda psychická nemoc může zvyšovat pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách nebo zda naopak závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů.“ (Kalina a kol., 2008, s.76)*

### 6.1 Somatické obtíže a komorbidita

Somatická komorbidní onemocnění jsou onemocnění, která vznikají v souvislosti s užíváním drog. Tyto onemocnění mohou být vážnější než závislost na návykových látkách. V mnoha případech se jedná o neléčitelné poruchy. Obtížná je i jejich léčba, protože uživatelé drog většinou nespolupracují a nedodržují režim léčby. U některých abstinujících uživatelů může onemocnění obnovit užívání drog. Nejrizikovější aplikací je injekční aplikace, kdy se různé příměsi a mikroorganismy mohou dostat do krve. Při šňupání (sniffignu) bývá často poškozena nosní sliznice, v některých případech dochází až ke ztrátě čichu. Inhalace vede k poškození plic a při aplikaci drogy polknutím dochází v mnoha případech k podráždění trávicí soustavy. Uživatele drog lze rozdělit do několika skupin a tím tak rozlišit míru vzniku komorbidity a somatických komplikací. 1. skupina je experimentátoři a neinjekční uživatelé drog – zde je riziko velmi nízké, 2. skupinou jsou injekční uživatelé drog bez závažných zdravotních obtíží – ve srovnání s první skupinou je zde vyšší riziko nákazy infekčními chorobami a poslední 3. skupinou jsou dlouhodobí uživatelé injekčních drog se závažnějšími obtížemi – u těchto uživatelů obvykle dochází k nevratnému poškození organismu, poruchám imunity,

poškození cévního systému a vnitřních orgánů, častá bývá chronická hepatitida, méně častá infekce virem HIV. (Kalina a kol., 2008)

## **6.2 Postižení orgánů v souvislosti s užíváním drog**

Kalina a kol. (2008) popisují, že injekční aplikace drog vede k poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků může vést k bolestivému ztvrdnutí žíly. A aplikace na dolních končetinách může vést k zánětu hlubokých žil. Někdy může v místě aplikace vzniknout zánět. Většinou jde o kožní infekce a infekce měkkých tkání. Při povrchových zánětech bývá přítomen otok a zarudnutí. Absces je charakteristické hnisavé roztavení tkáně. Absces se může provalit navenek, hnis poté vytéká a může se zahojit jizvou. Léčba je nezbytná při vážnějších hnisavých infekcích. Léčí se antibiotiky nebo chirurgicky (vypuštění abscesu, drenáž). Mohou se také objevit poruchy jako arytmie nebo dokonce u uživatelů psychostimulancií se může vyskytnout infarkt myokardu. Velmi často také dochází k akutnímu nebo chronickému poškození plic. Uživatelé opiátů mají větší sklon k zápalům plic. Závažní infekční onemocnění mohou poskytnou i oči. Mohou se vyskytnout plísňové infekce nebo šedý a zelený zákal. Při dlouhodobém injekčním užívání drog může docházet k poškození ledvin. Obtížné bývá diagnostikovat poškození centrální nervové soustavy, protože příznaky mohou být překryty vlivem návykové látky.

## **6.3 Krví přenosné infekční choroby u injekčních uživatelů drog**

V roce 2010 přetrvával nízký výskyt HIV infekce mezi uživateli drog – promořenost byla pod 1%. Nově bylo identifikováno 7 HIV pozitivních osob u kterých došlo k nákaze vlivem injekčního užívání drog. K 31. prosinci 2010 bylo v ČR evidováno 1522 HIV pozitivních osob. V roce 2010 také přetrvával výskyt syfilis u injekčních uživatelů drog. Dlouhodobě však docházelo k poklesu podílu injekční aplikace mezi uživateli pervitinu a opiátů. V roce 2010 bylo provedeno celkem 918 855 laboratorních vyšetření na HIV u občanů České republiky, z toho bylo 80 s pozitivním výsledkem. (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011)

Přenos infekce hepatitidy C (HCV) probíhá většinou krevní cestou. U injekčních uživatelů je to tedy přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami

k aplikaci (vata, filtry, voda, lžičky, atd.). Přenos vaginálním pohlavním stykem je jen v malé míře. Riziko přenosu může vzrůstat při poranění a při poškození sliznic. Análním stykem je riziko přenosu větší. Účinná vakcína proti hepatitidě typu C dosud nebyla vyvinuta. V České republice je v posledních několika letech výskyt této infekce stabilizovaný. V roce 2006 bylo hlášeno 1022 případů, z toho 70% u injekčních uživatelů. Onemocnění má bezpříznakový průběh. Pouhých 20% lidí v akutním stadiu má typické obtíže. I u přechodu do chronického stadia, které bývá 6 měsíců od nakažení nejsou patrné žádné obtíže. Pozdní následky jako jsou jaterní cirhóza, selhání jater či rakovina jater se rozvíjejí u infikovaných v rozmezí 15-40 let. Inkubační doba je průměrně 50 dní. Léčba je možná a většinou i vysoce účinná již v akutním stadiu. K dosažení co největšího léčebného efektu je potřeba psychosociální stabilizace pacienta a stabilizace jeho závislosti (např. substituční léčba). Pacienti s chronickými formami hepatitidy B a C mohou pracovat v zaměstnání bez omezení. Nemocní by měli používat vlastní hygienické pomůcky. Dietní opatření také nejsou potřeba, kromě konzumace alkoholu. Pacienti by měli docházet na pravidelné kontroly do odborné ambulance, většinou po šesti měsících. (Kalina a kol., 2008)

Millerová (2011) uvádí, že injekční uživatelé drog jsou nejrizikovější skupinou, co se týče přenosu viru HIV. Ale existuje šest dalších způsobů přenosu HIV. Jsou to anální styk, vaginální styk, orálně-genitální styk, prenatální přenos, injekční užívání drog a krevní transfúze. Vývoj infekce HIV k AIDS může trvat od jednoho do patnácti roků. Virus HIV proniká do buněk (které zabrzdí jakoukoli nemoc) a následně tyto buňky ničí, takže je imunitnímu systému znemožněno reagovat na organismus, který tělo napadá. Člověk, který je infikovaný virem HIV nebo ten, kdo má AIDS je náchylnější k infekcím, které jinak nepředstavují ohrožení života. HIV se rozděluje do čtyř stádií. První stadium je uvedeno jako akutní infekce, druhé stadium je bezpříznakové, ve třetí stadiu mají jedinci příznaky související s HIV a ve čtvrtém stadiu je diagnostikováno AIDS.

#### **6.4 Psychotická porucha podmíněná psychotropními látkami**

Tyto stavy se projevují především halucinacemi, narušeným vnímáním, bludy (pocity pronásledování), strnulostí nebo abnormálními emocemi. Tyto poruchy nejsou důsledkem akutní intoxikace nebo součástí odvykacího stavu. Tyto stavy začínají



během užívání nebo 2 týdny po něm, trvají déle než 48 hodin a přetrvávají kratší dobu nežli půl roku. (Nešpor, Dvořák, 1998)

Psychóza je onemocnění, které mění vnímání okolního světa. Onemocní-li člověk psychózou, dochází k takzvaným poruchám vnímání. Takto postižený člověk nemůže své okolí podle našeho chápání zobrazovat reálně. To může vést k tomu, že takovýto člověk přikládá všedním událostem zvláštní a osobitý význam. Někdy takto postižený člověk nepoznává části svého těla nebo dokonce existuje možnost, že nepoznává sám sebe nebo jiné osoby, také může dojít k tomu, že postižený vidí, slyší věci, které vůbec neexistují. Toto změněné vnímání okolí vede k problematickému chování. Myšlení bývá většinou zmatené a nesouvislé. Takový člověk se nemůže soustředit, je přesvědčen o skutečnostech pro které neexistují důkazy, není přístupný racionálním argumentům. Dále se u psychóz mohou vyskytovat poruchy výrazu, to jsou nepřirozené změny v tělesných pohybech. Postižení jsou schopni zůstat v nepřirozených pózách hodiny nebo se pohybují jako roboti. Tím vyjadřují pocit, že jsou řízení nějakou vyšší mocí. Psychóza vzniká ve většině případů po dlouhodobějším užívání drog. Nejčastěji je psychóza zaznamenávána u uživatelů konopí, amfetaminů, ecstasy a LSD. U konopí bývá výskyt psychóz u psychicky stabilních lidí dost nepatrný. Naopak při dlouhodobém užívání amfetaminů může docházet k paranoidně-halucinačním stavům. Většinou dochází ke zkreslenému posuzování skutečnosti, neklidu, klamání smyslů a pocitu odcizení. Člověk, který trpí psychózou velmi často slyší hlasy jako schizofrenik. Někteří se dokonce domnívají, že mimozemšťané jim posílají zprávy nebo rozkazy. Někdy se postižený domnívá, že ho někdo pronásleduje nebo že mu někdo usiluje o život. I po úplném vysazení drogy mohou tyto příznaky přetrvávat až měsíc. Při dlouhodobějším užívání ecstasy se psychóza projevuje panikou a úzkostnými stavy. LSD je drogou, která může vyvolat šílenství a stavy transu, které vedou až k sebevraždě. (Göhlert, Kühn, 2001)

V psychiatrických lůžkových zařízeních byly u uživatelů drog uváděny jako vedlejší diagnózy psychiatrické diagnózy. U hospitalizací pro alkohol se psychiatrická diagnóza vyskytovala u 30% případů, u opiátů to bylo necelých 30% a u stimulancií téměř 50%. Další častější vedlejší diagnózy se týkaly nemocí trávicí a oběhové soustavy. (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011)

## **7. TRESTNÁ ČINNOST SOUVISEJÍCÍ S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI**

Z různých policejních zdrojů a informací od státních zastupitelství vyplývá, že v České republice bylo v roce 2010 stíháno pro drogové trestné činy 2.4 až 2.5 tisíc osob. Obžalováno bylo 2.2 tisíc a odsouzeno bylo 1.7 tisíc osob. Ženy tvoří 15% pachatelů drogové trestné činnosti. Nejvyšší podíl trestných činů je spojen s výrobou, pašováním a prodejem drog. Nejvíce se na drogové kriminalitě podílí trestné činy spojené s pervitinem a konopnými látkami. Mezi kraje s nejvyšším výskytem drogové kriminality patří Praha, Středočeský, Karlovarský a Ústecký kraj. V roce 2010 bylo zaznamenáno 1021 přestupků, které se týkaly drog, nejčastěji šlo o držení drogy. (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011)

Nešpor, Dvořák (1998) uvádějí, že osoby pod vlivem alkoholu a návykových látek se trestné činnosti dopouštějí častěji, většinou jde o dopravní nehody, pracovní i jiné úrazy, které jsou způsobeny pod vlivem drog. Návykové látky jsou drahé a snižují produktivitu práce, tedy i schopnost si peníze vydělat poctivě. Proto si většina osob závislých na návykových látkách opatřuje prostředky na drogu nelegálně. Nebo také využívají pachatele trestných činů nelegálního obchodu s návykovými látkami ke snadnému obohacení.

### **7.1 Prevence drogové kriminality**

Prevence kriminality v České republice spadá pod Ministerstvo vnitra, které zpracovalo Strategii prevence kriminality na léta 2008-2011. Tato problematika se dotýká i Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, které odpovídá za rizikové chování u dětí a mládeže. Národní protidrogová centrála uskutečnila v roce 2010 aktivity, které se týkaly prevence drogové kriminality, například také od roku 2009 probíhá projekt „Nepodporuji výrobu drog“, který se zaměřuje na zabránění prodeje většího množství léků s obsahem pseudoefedrinu. Na tomto projektu spolupracuje Česká lékárnická komora. Ochrannými opatřeními jsou i ochranné léčení. Tyto léčení jsou ukládána ve formě ústavní nebo ambulantní a je vykonáváno ve zdravotnických

zařízeních nebo ve věznicích. V roce 2010 bylo toto ochranné léčení tzv. protitoxikomanické uloženo celkem 116 osobám a protialkoholní 162 osobám. (Mravčík, Pešek, Horáková, Nečas, Chomynová, Šťastná, Grolmusová, Kiššová, Fidesová, Nechanská, Vopravil, Preslová, Doležalová, Koňák, 2011)

Prvním preventivním krokem ke snížení kriminality pod vlivem drog je snižování dostupnosti návykových látek, toto snižování je efektivní nejen u legálních drog. Dalším krokem je prevence zaměřená na rizikové prostředí a rizikové jedince. Do této skupiny patří preventivní programy pro osoby, které se pod vlivem drog dopouštějí opakovaně násilného jednání, dále je třeba se zaměřit na snižování poptávky po návykových látkách. Cílem této strategie je, aby daná populace neměla o drogy zájem nebo, aby tento zájem byl co nejmenší. Dalším preventivním prostředkem mohou být kampaně ve sdělovacích prostředcích, tyto kampaně jsou však nejméně účinné, obvykle vedou pouze k tomu, že si veřejnost problém uvědomí. (Nešpor, Dvořák, 1998)

*„Jsou dva základní postupy jak bojovat proti drogám: za prvé snížit jejich čistotu, a za druhé zvýšit jejich cenu.“ (Escohotado, 2003, s.125)*

## 8. SYSTÉM PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

Kalina a kol. (2008) popisují, že do systému, který pečuje o toxikomany patří terénní programy, nízko-prahová kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčba, ambulantní léčba, denní stacionáře, střednědobá ústavní léčba, terapeutické komunity, doléčovací programy a ostatní zařízení a služby.

Dále v České republice existují drogové poradny, psychoterapeuti, kteří pracují ambulantně, zařízení s možností stacionární odvykací léčby a dlouhodobé drogové terapie. Tato terapie je něco jako rehabilitace a trvá v rozmezí 1-2 roky. Dále existují poradny pro drogově závislé a Kontaktní centra, kam přicházejí jak drogově závislí, tak i ti kteří se potřebují vypořádat se závislostí partnera, rodičů nebo dítěte. Nejdůležitějšími organizacemi v oblasti drogových závislostí jsou: DROP IN - nadace pro prevenci a léčbu drogových závislostí a AIDS, dále je to SANANIM . sdružení pro resocializaci osob ohrožených zdravím škodlivými návyky, dále Kontaktní centrum SANANIM, Centrum krizové intervence a Linky důvěry. Drogové poradny pomáhají svým klientům i při problémech s policií nebo soudy nebo když jde o styk s úřady, což je u osob závislých na návykových látkách obvyklé. Tyto poradny vedou klienty jako anonymní a nemohou poskytovat informace třetí osobě. Ambulantní terapie probíhá dvakrát až třikrát týdně po hodině léčení, později se konají sezení ve větších odstupech, poté může pacient docházet i na skupinové terapie. Stacionární odvykání je léčba, která navazuje na psychiatrické kliniky, poskytuje tělesné odvykání podpořené lékařsky. Odvykací léčba trvá většinou tři týdny. V mnoha případech se bohužel stává, že po navrácení do společnosti, svého sociálního okolí, dojde k tzv. recidivě - konzumu drog znovu. Stacionární terapie je vlastně dlouhodobý pobyt v nemocnici, výhodou této terapie je nepřetržitá odborná péče v lékařském zařízení. V terapeutických komunitách se závislí učí změnám, které jsou nutné pro život bez drog. Zde se o pacienty nikdo nestará, spíše oni organizují nákupy, vaří, uklízí, diskutují o využití volného času. Při těchto úkonech dosahují pocitu sounáležitosti a společenství. (Göhlert, Kühn, 2001)

*„Při léčbě se terapeut snaží vyzvědět od pacienta zcela osobně účel drogy – v jakých situacích po ní sahá, co se pak změní v jeho pocitech, jeho náladě a jak se mu vede, jestliže v těchto chvílích eventuálně žádnou drogu nemá.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s.114)*

Nešpor, Csémy (1992) popisují, že dále také fungují střediska, která jsou zaměřena na léčbu dětí a mladistvých, kteří mají problémy s alkoholem a drogami. Patří sem Středisko pro mládež. K dalším specializovaným zařízením pro mladé lidi závislé na drogách patří terapeutická komunita Sananim. Další možností je ústavní léčba. Výhodou je nepřetržitá odborná péče a radikální změna prostředí. Tato léčba může být jak krátkodobá, tak střednědobá i dlouhodobá.

Hajný (2001) popisuje, že dále fungují terénní programy neboli streetwork. Tyto programy jsou určeny pro klienty, kteří se pohybují v rizikových oblastech a obvykle drogy pravidelně užívají. Streetwork pracovníci nabízí výměnu špinavých stříkaček za čisté, kondomy a další potřebné materiály (vaty, vodu, filtry, atd.).

Nešpor (2000) uvádí, že organizace, která se zabývá alkoholovou závislostí se nazývá Anonymní alkoholici. Tito Anonymní alkoholici dodržují při terapii 12 kroků, které se uplatňují při léčbě některých jiných problémů a chorob. Například závislí na nealkoholových drogách nebo patologičtí hráči se mohou účastnit setkání Anonymních alkoholiků.

## **8.1 Terénní práce s uživateli drog**

*Cílem terénní práce je vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace a to mimo rámec některé instituce. Terénní pracovníci nečekají na to, až jednotlivec začne sám hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sami vyhledávají tyto osoby, aby jim přímo v komunitě poskytli služby a informace. Terénní práce ve vztahu k HIV pozitivní populaci byla definována takto: „Aktivita v rámci společenství, zaměřená na vytvoření předpokladů ke zlepšení zdravotního stavu a snížení rizika přenosu viru HIV u jednotlivců a skupin, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi“ (Rhodes, 1999, s. 11)*

Terénní pracovníci přispívají k tzv. „harm reduction“, což v překladu znamená „mírnění škod“. Jde tedy o redukování negativních dopadů v důsledku užívání drog. Tento termín zahrnuje strategie bezpečného užívání až ke strategiím, které vedou k abstinenci. (Kalina a kol., 2008)

Hlavními důvody pro terénní práci je to, že někteří uživatelé drog nejsou v kontaktu s K-centry atd. Je nutné, aby se dosavadní služby staly dosažitelné a je potřeba oslovit ty uživatele, kteří nemají zkušenost s institucionalizovanými službami a ty, u kterých

nelze předpokládat, že by tyto služby sami vyhledali. Nejefektivnější je práce, když je jasně vymezeno jakou skupinu obyvatelstva chceme oslovit a z jakých důvodů. Hlavním smyslem terénní práce je navázat nové kontakty s uživateli drog, kteří tyto služby nejvíce potřebují. Zásadním důvodem pro kontakt se „skrytou“ populací je snaha přimět uživatele drog, aby se začali chovat zdravěji, zodpovědněji. Mezi běžné typy služeb poskytovaných v terénu patří distribuce kondomů, distribuce injekčního materiálu, distribuce dezinfekčního roztoku, distribuce letáčků zaměřených na zdravotnickou výchovu, svépomocná literatura, literatura informující o odborné pomoci, mobilní terénní jednotky a testování na HIV. (Rhodes, 1999)

## 9. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ

S pomocí v léčbě drogové závislosti pomáhají instituce a odborníci pracující v této oblasti. Takovými institucemi jsou K Centrum, Psychiatrická léčebna – oddělení pro léčbu závislostí, Terapeutická komunita, Středisko pro mládež, Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace, Doléčovací centra, Centra následné péče.

Žádný typ terapie není vhodný pro všechny klienty. Základem je také, že terapie musí být zvolena včas. Léčba musí řešit problémy člověka v celé jejich šíři. Terapeutický program by měl také poskytnout nebo zprostředkovat vyšetření týkající se HIV, žloutenky a dalších infekčních nemocí. Velmi důležitá je také rodinná terapie. Je to standardní psychoterapeutická metoda, která souvisí s myšlenkou, že většina psychických a psychosomatických problémů souvisí se vztahy uvnitř rodiny. Při této terapii jde o setkání důležitých členů rodiny s rodinným terapeutem. Terapie probíhá prostřednictvím společného rozhovoru nebo plněním úkolů pro jednotlivé členy rodiny. V oblasti léčby závislosti se rodinná terapie využívá v rámci hospitalizace, pobytové nebo komunitní léčby. Snahou je získat rodiče ke spolupráci, seznámit je se systémem léčby a pracovat s rodinou na tom, jak zlepšit podmínky soužití po propuštění dítěte z léčby. (Hajný, 2001)

Typické rysy pro terapeutickou komunitu jsou aktivní podíl pacientů na léčení, kolektivnost, využívání sociálního učení. Existují různé druhy terapeutických komunit. Terapeutické komunity v zařízeních poskytují střednědobou léčbu (od několika týdnů do čtyř měsíců). Dále existují modifikované terapeutické komunity, které pracují ve specializovaných podmínkách (např. ve vězení) nebo se specifickými pacienty (např. s těmi, kteří se léčí kromě závislosti i s jinou duševní nemocí). Klasické terapeutické komunity se dělí na úvodní stádium (do 60 dní), stádium primární léčby (2-12 měsíců) a stádium návratu do společnosti (trvá 13-24 měsíců včetně ambulantního doléčování). U mladších lidí závislých na návykových látkách souvisí délka léčby s jejím příznivým výsledkem. Důležitá v léčbě je také pestrost a zajímavost programu, zvláštní pozornost by se měla také věnovat nově příchozím členům. V terapeutických komunitách se uplatňují relaxační techniky, arteterapie, muzikoterapie, sportovní aktivity, apod. V medikamentózní léčbě se používají léky, které oslabují nebo ruší účinek návykových látek. Ve většině případů se používají při léčbě otrav. Sem patří například Naloxon při

otravě opioidy. Některé protijedy působí i dlouhodoběji a hodí se i k dlouhodobější léčbě závislosti. (Nešpor, 2000)

Dalším typem léčby závislosti je substituční léčba, která se užívá u klientů, kteří jsou dlouhodobě závislí na opiátech. Zařazení klienta do substitučního programu lze, pokud klient splňuje následující podmínky. Klient je neinjekční uživatel, který je závislý na opiátech déle než šest měsíců, klient je závislý na opiátech a užívá je injekčně. Substituční léčba nezvyšuje poškození související s drogami a pomůže dosáhnout stanovených cílů. Při úvaze o typu substituční léčby je nutné zaměřit se na somatický stav, sociální status klienta, stupeň psychického poškození a klientovu motivaci. Během substituce probíhá průběžné hodnocení klienta. Toto hodnocení zahrnuje pravidelné i nepravidelné testy moči, kde se ověřuje přítomnost metadonu a také hodnocení přítomnosti jiných nezákonných drog. Substituční léčba snižuje kriminalitu, séropozitivitu HIV/AIDS a hepatitid, omezuje užívání heroinu a ostatních nelegálních drog a zlepšuje celkový fyzický i psychický stav klientů a jejich sociální integraci. (Kalina a kol., 2008)



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 10. VÝZKUMNÁ ČÁST – DOTAZNÍKY

Výzkum v mé bakalářské práci byl proveden na základě výsledku dotazníkového šetření. Cílem výzkumu bylo zmapovat, jak velké procento dětí a mladistvých užívá tvrdé drogy pravidelně, kolik procent těchto uživatelů užívá drogy injekčně, a pokud tak činí, zda používají čisté injekční stříkačky a jehly. Dále bylo zjišťováno, zda se uživatelé návykových látek nakazili nějakou infekční chorobou v důsledku užívání drog, a pokud ano, tak jakou. Dalším důležitým bodem výzkumu bylo zjistit, zda mladiství uživatelé drog páchali nějakou trestnou činností, aby získali finanční prostředky k opatření drogy.

### 10.1 Metodika výzkumu

V této bakalářské práci byla použita metoda dotazníku (příloha č.1 a příloha č.2). Výzkum probíhal od 1.1. 2013 do 28.2. 2013. Oba dotazníky byly určeny lidem, kteří jsou dlouhodobě závislí na návykových látkách. Věk respondentů byl určen na 15 - 29 let. První dotazník má 25 otázek a vyplnilo ho celkem 193 respondentů. V dotazníku byl zjišťován věk a pohlaví respondentů, další otázky byly cíleny na to, kde respondenti získali nejvíce informací o drogách, dále zda užívají některé drogy pravidelně a jaké pocity jim droga přináší. Následující otázky se týkají vztahu uživatele k droze a zjišťují míru závislosti. V poslední části dotazníku byla zjišťována míra výskytu infekčních onemocnění a míra výskytu kriminality v důsledku užívání návykových látek. Druhý dotazník má 9 otázek a vyplnilo ho 161 respondentů. V tomto dotazníku byl zjišťován pohled společnosti na osoby, které jsou závislé na návykových látkách.

### 10.2. Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byly dotazníky. Dotazník č.1 byl vypracován mnou a v dotazníku č.2 byly využity otázky z jiných studií, které se týkaly tohoto tématu. Bylo tak učiněno, aby bylo možno výsledky mého výzkumu porovnat s výzkumem předchozím, který byl publikován v knize J. Presla – Drogová závislost. Tato kniha byla vydána v roce 2004. Dotazník je metoda pro hromadné shromažďování dat pomocí

písemně zadávaných otázek. Je to jedna z nejužívanějších metod v pedagogice, psychologii, sociologii aj.

### **10.3 Stanovení hypotéz výzkumu**

K výzkumu jsem stanovila následující hypotézy:

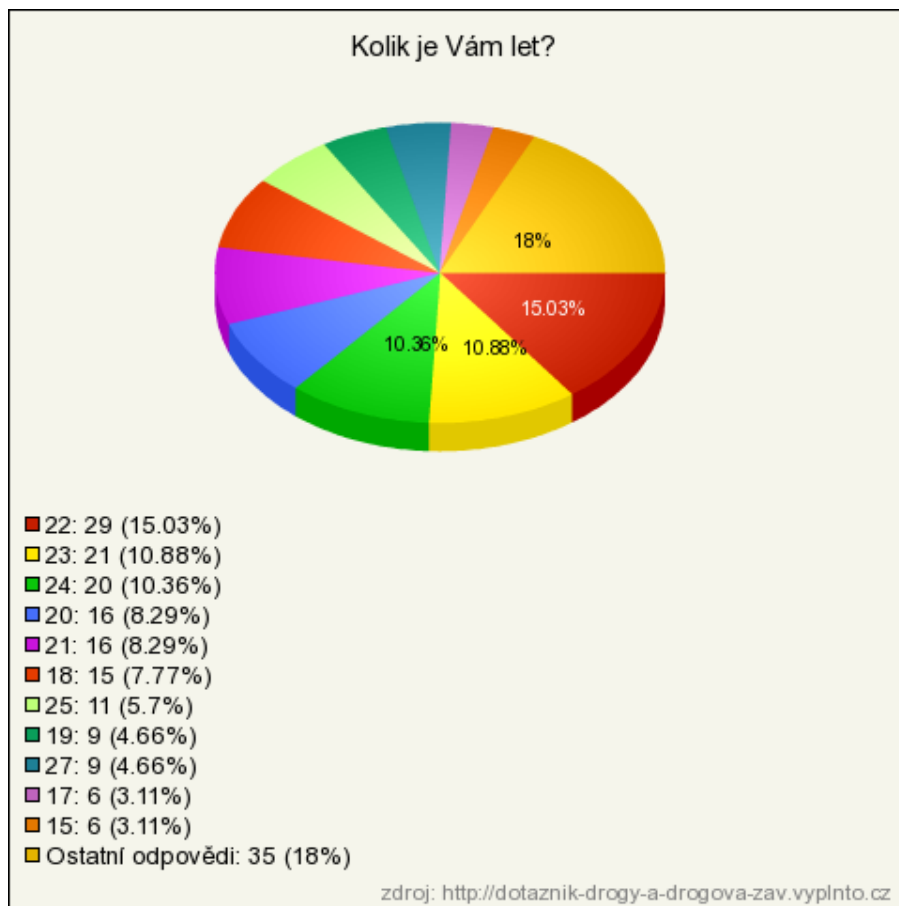
- 1) Ti respondenti, kteří užívají návykové látky pravidelně, docházejí do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...
- 2) Každý, kdo zneužívá návykové látky, by se měl povinně léčit.
- 3) Drogově závislí by měli být izolováni od ostatních lidí.
- 4) Aby se předešlo přenosu infekce, měli by lidé, kteří jsou závislí, dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly.
- 5) Ti, kteří zneužívají návykové látky, by měli jít do vězení.

## 10.4 Interpretace výsledků

### 10.4.1 Vyhodnocení dotazníku č. 1

#### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Graf 1 Věk respondentů



V otázce č.1 měli respondenti odpovídat, jaký je jejich věk. Z grafu je patrné, že nejčastěji odpovídali, že jejich věk je v rozmezí 22 - 29 let.

U této otázky musel respondent napsat číselnou odpověď.

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše pohlaví?

Graf 2 Pohlaví respondentů



Ve druhé otázce odpovídali respondenti, jaké je jejich pohlaví. Z grafu je patrné, že odpovídalo více žen, bylo jich 148 (76,68%) a mužů vyplnilo dotazník 45 (23,32%).

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 3: Od koho jste získal/a nejvíce informací o drogách?

Graf 3 Získávání informací o drogách

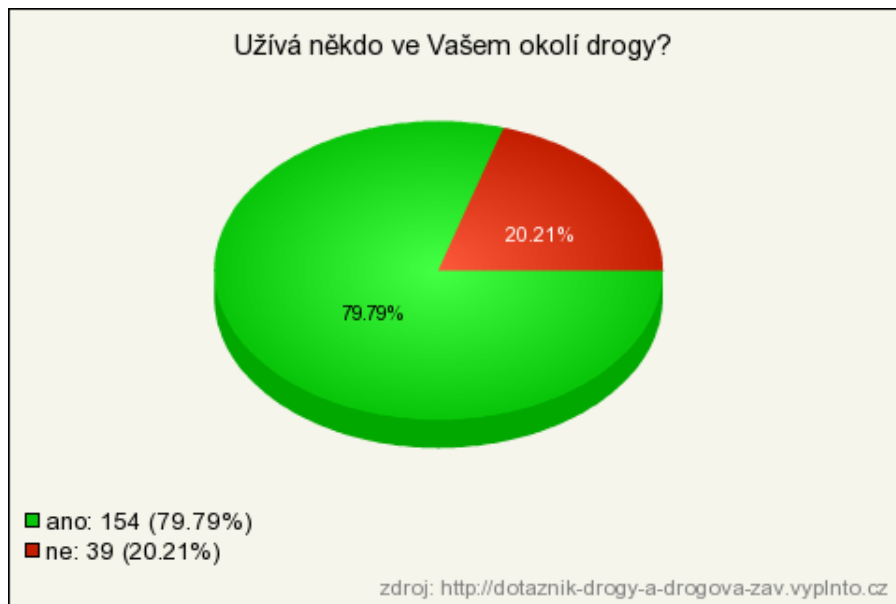


Ve třetí otázce odpovídali respondenti, od koho získali nejvíce informací o drogách. Z celkového výše uvedeného počtu respondentů odpovědělo 40.93%, že nejvíce informací o drogách získali od kamarádů. 31.09% respondentů odpovědělo, že informace získali od učitelů. Přes internet se informace dozvěděl 8.81% respondentů a od rodičů získalo informace 3.63% respondentů. Dále respondenti uváděli, že informace získali vlastní zkušeností, což bylo 1.04%, a stejné procento respondentů získalo informace z médií. Mezi ostatními odpověďmi respondentů bylo, že čerpali informace z knih nebo od odborníků z protidrogových organizací.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí nebo napsat odpověď vlastními slovy.

#### Otázka č. 4: Užívá někdo ve Vašem okolí drogy?

Graf 4 Užívání drog lidmi v okolí respondenta

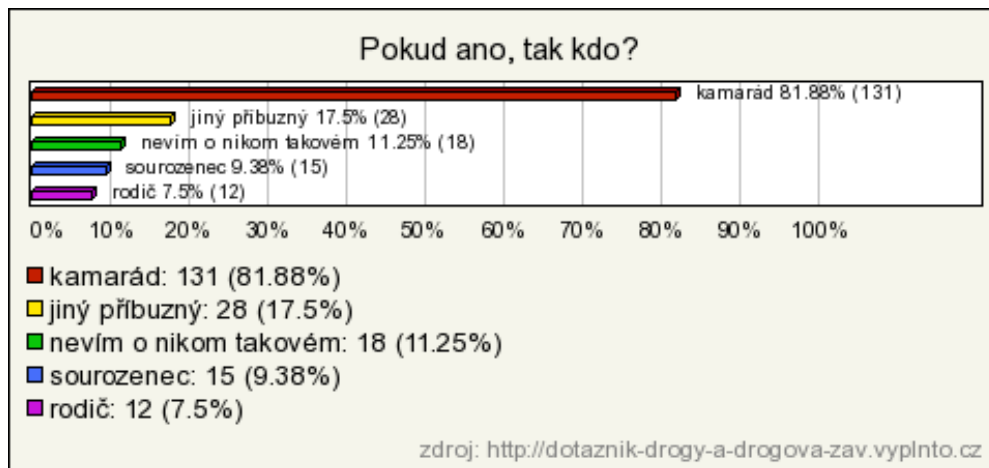


Ve čtvrté otázce odpovídali respondenti, zda někdo v jejich okolí užívá drogy. Z grafu je patrné, že asi tři čtvrtiny respondentů odpověděli, že někdo v jejich okolí drogy užívá.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

## Otázka č. 5: Pokud ano, tak kdo?

Graf 5 Jací lidé v okolí respondenta užívají drogy

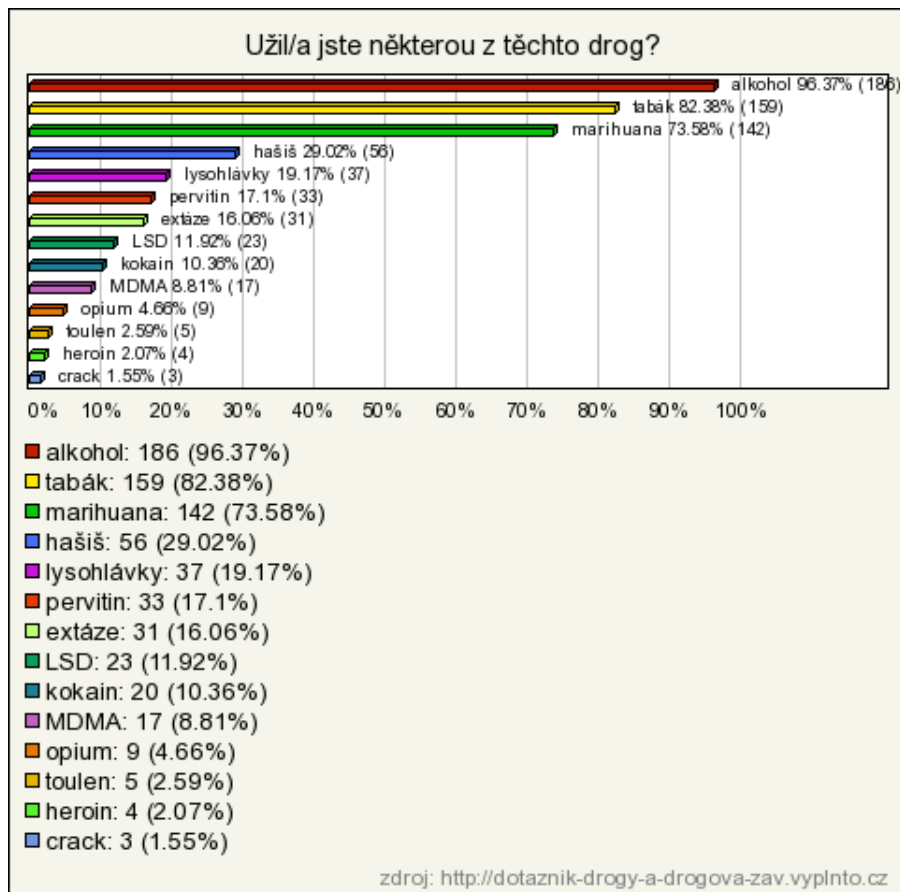


V páté otázce odpovídali respondenti, zda někdo z jejich okolí užívá drogy. Z grafu lze vyčíst, že cca u tří čtvrtin dotazovaných užívá drogy jejich kamarád. Další nejčastěji uváděnou odpovědí, uvedlo jí 28 dotazovaných (17.5%), bylo, že drogy užívá jiný příbuzný. 18 dotazovaných (11.25%) uvedlo, že neví o nikom, kdo by drogy užíval. Další možnou odpovědí bylo, že drogy užívá sourozenec. Takto odpovědělo 15 dotazovaných (9.38%). 12 dotazovaných (7.5%) dokonce odpovědělo, že drogy užívá některý z rodičů.

U této otázky mohl respondent označit více z nabízených odpovědí.

## Otázka č. 6: Užil/a jste některou z těchto drog?

Graf 6 Drogy, které respondenti užíli



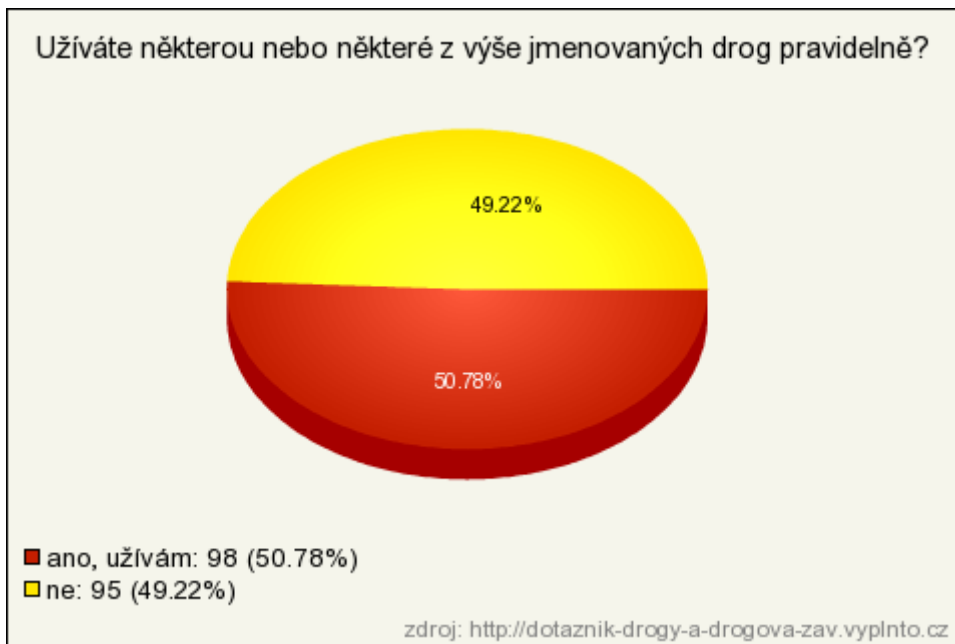
V šesté otázce odpovídali respondenti, zda někdy užíli některou z výše jmenovaných drog. Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce respondentů - 186 ze 193, což je 96.37%, užílo alkohol. Další nejužívanější drogou je tabák, který užílo 159 respondentů (82.38%). Za tabákem následuje marihuana, kterou požilo 142 respondentů (73.58%). Marihuanu následuje hašiš, který užílo 56 respondentů. Další v pořadí jsou lysohlávky, dále pak pervitin, extáze, LSD, kokain, MDMA, opium, toulén, heroin a crack.

U této otázky mohl respondent označit více z nabízených odpovědí.



### Otázka č. 7: Užíváte některou nebo některé z výše jmenovaných drog pravidelně?

Graf 7 Pravidelné užívání drog

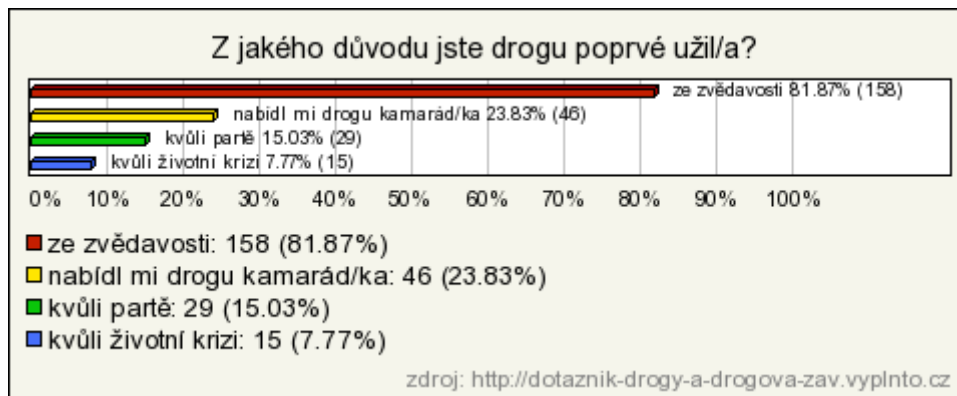


V sedmé otázce respondenti odpovídali, zda užívají některou z drog pravidelně. Z grafu je patrné, že téměř jedna polovina respondentů odpověděla, že užívají drogy pravidelně.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

## Otázka č. 8: Z jakého důvodu jste drogu poprvé užil/a?

Graf 8 Důvody pro užití drogy

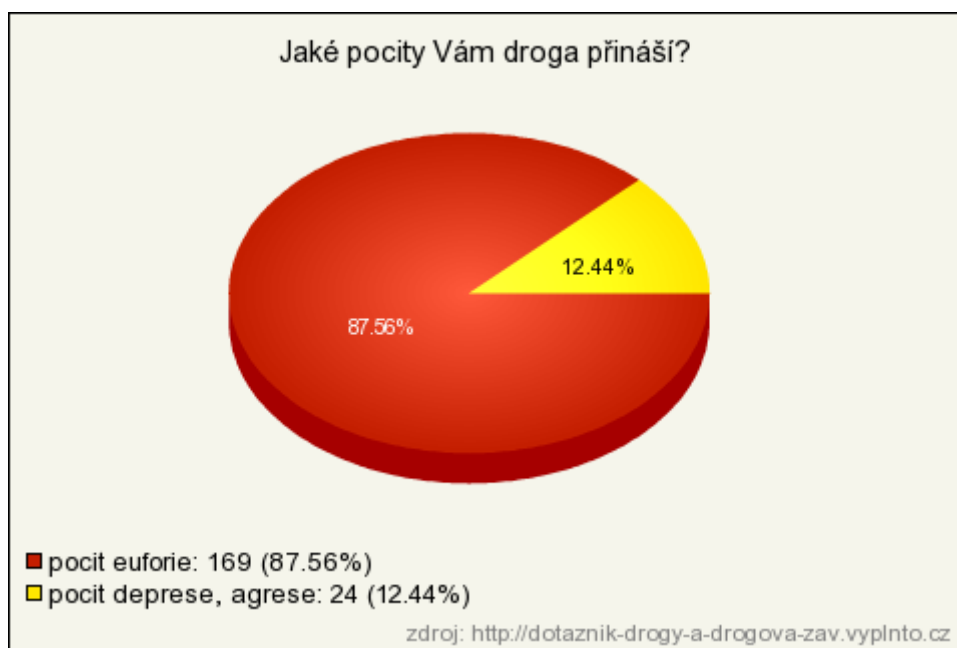


V osmé otázce dotazovaní odpovídali, z jakého důvodu drogu poprvé užili. Z grafu je patrné, že asi jedna čtvrtina dotazovaných užila drogu ze zvědavosti, bylo to 158 dotazovaných (81.87%). Dalším důvodem pro užití drogy bylo u 46 dotazovaných (23.83%), že jim drogu nabídl kamarád/ka. Dalších 29 dotazovaných (15.03%) uvedlo, že drogu poprvé užili kvůli partě. Následujících 15 dotazovaných (7.77%) užilo drogu poprvé z důvodu životní krize.

U této otázky musel respondent zvolit jednu nebo více z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 9: Jaké pocity Vám droga přináší?

Graf 9 Pocity, které droga přináší

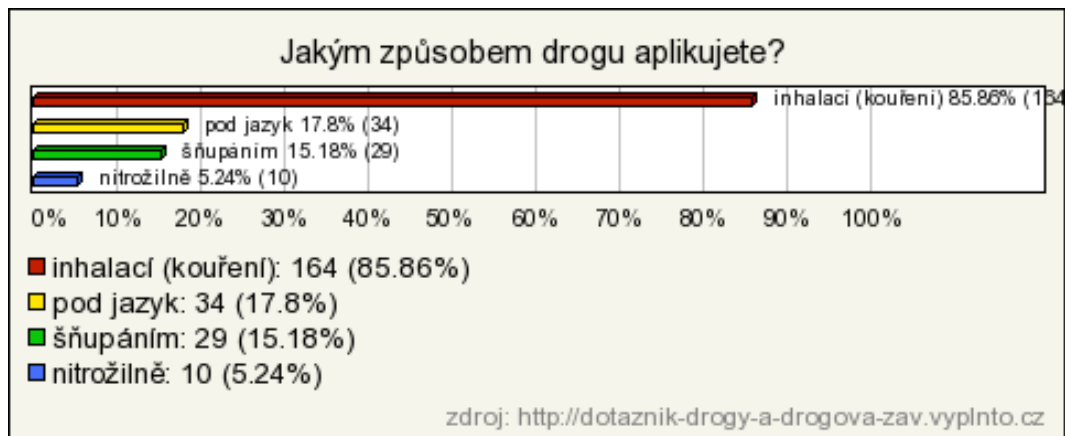


V deváté otázce měli dotazovaní odpovídat, jaké pocity jim droga přináší. Z grafu lze vyčíst, že 87.56% dotazovaným přináší drogy pocity euforie a pouhých 12.44% respondentů zažívá po požití drogy pocity deprese a agrese.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 10: Jakým způsobem drogu aplikujete?

Graf 10 Způsoby aplikace drogy



V desáté otázce měli respondenti odpovídat, jakým způsobem si drogu aplikují. Z grafu je opět možné vyčíst, že asi tři čtvrtiny respondentů drogu inhalují. Pod jazyk užívá drogu 17.8% respondentů. Šňupáním drogu užívá 15.18% a nitrožilně 5.24% respondentů.

U této otázky musel respondent zvolit jednu nebo více z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 11: Zkombinoval/a jste někdy více drog najednou?

Graf 11 Kombinace několika drog najednou



V jedenácté otázce měli respondenti odpovídat, zda někdy zkombinovali více drog najednou. Z grafu je patrné, že zhruba jedna polovina respondentů odpověděla, že již někdy více drog najednou zkombinovala.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

## Otázka č. 12: Cítil/a jste někdy silnou touhu užít drogu?

Graf 12 Touha po užití drogy



Ve dvanácté otázce měli dotazovaní odpovídat, zda někdy pocítili silnou touhu užít drogu. Z grafu je patrné, že 115 dotazovaných (59.59%) odpovědělo, že necítili touhu drogu užít. Dalších 45 dotazovaných (23.32%) uvádí, že cítili touhu drogu užít a 33 dotazovaných (17.1%) uvádí, že touhu užít drogu cítili jen někdy.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 13: Dokážete se ve vztahu k droze ovládat?

Graf 13 Ovládání se vůči droze



Ve třinácté otázce odpovídali respondenti, zda se dokáží ve vztahu k droze ovládat. Z grafu lze vyčíst, že 156 respondentů (80.83%) se ve vztahu k droze ovládat dokáže. Dalších 31 respondentů (16.06%) se ve vztahu k droze dokáže ovládat jen někdy a 6 respondentů (3.11%) se ve vztahu k droze ovládat nedokáže.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

#### Otázka č. 14: Měl/a jste někdy odvykací potíže po vysazení drogy?

Graf 14 Odvykací potíže



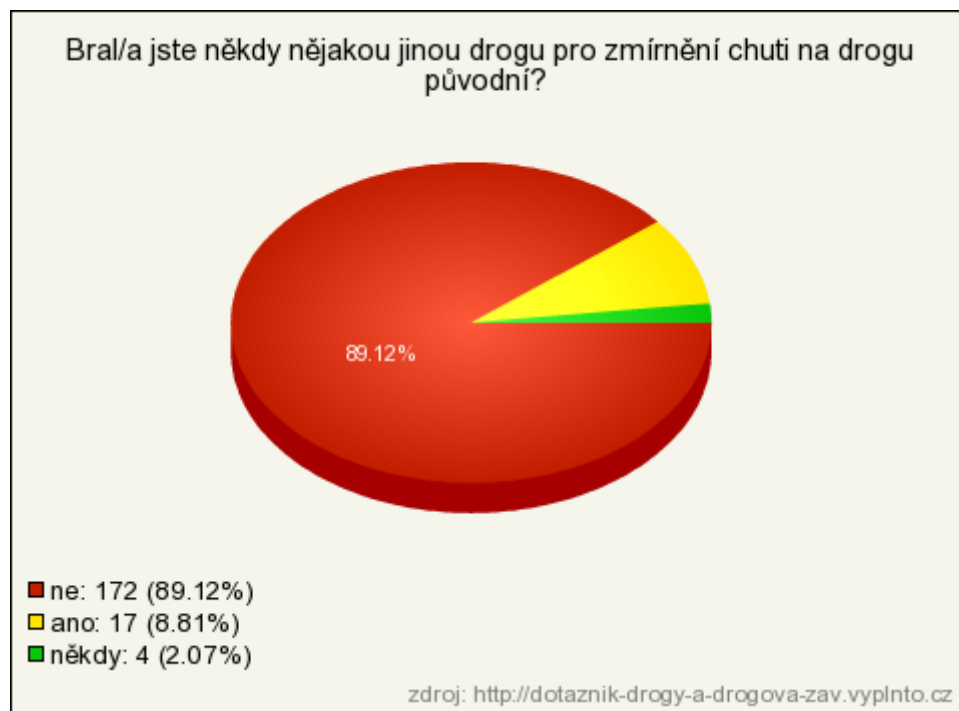
Ve čtrnácté otázce odpovídali dotazovaní, zda měli někdy odvykací potíže po vysazení drogy. Z grafu je patrné, že 158 dotazovaných (81.87%) nikdy odvykací potíže po vysazení drogy nemělo, 21 dotazovaných (10.88%) mělo po vysazení drogy odvykací potíže a 14 dotazovaných (7.25%) mělo odvykací potíže po vysazení drogy jen někdy.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.



**Otázka č. 15: Bral/a jste někdy nějakou jinou drogu pro zmírnění chuti na drogu původní?**

Graf 15 Užívání jiné drogy pro zmírnění chuti na drogu původní

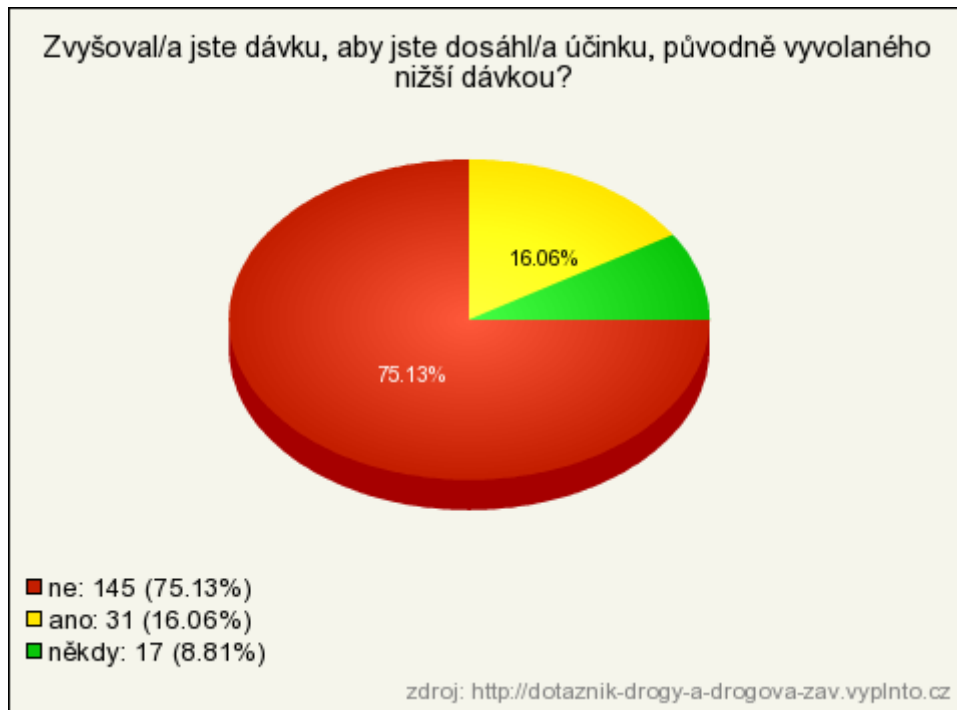


V patnácté otázce měli respondenti odpovídat, zda někdy brali nějakou jinou drogu pro zmírnění chuti na drogu původní. Z grafu lze vyčíst, že 172 respondentů (89.12%) nikdy neužilo jinou drogu pro zmírnění chuti na drogu původní, 17 respondentů (8.81%) již užilo jinou drogu pro zmírnění chuti na drogu původní a 4 respondenti (2.07%) tak činili pouze někdy.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 16: Zvyšoval/a jste dávku, abyste dosáhl/a účinku původně vyvolaného nižší dávkou?**

Graf 16 Zvyšování dávky drogy

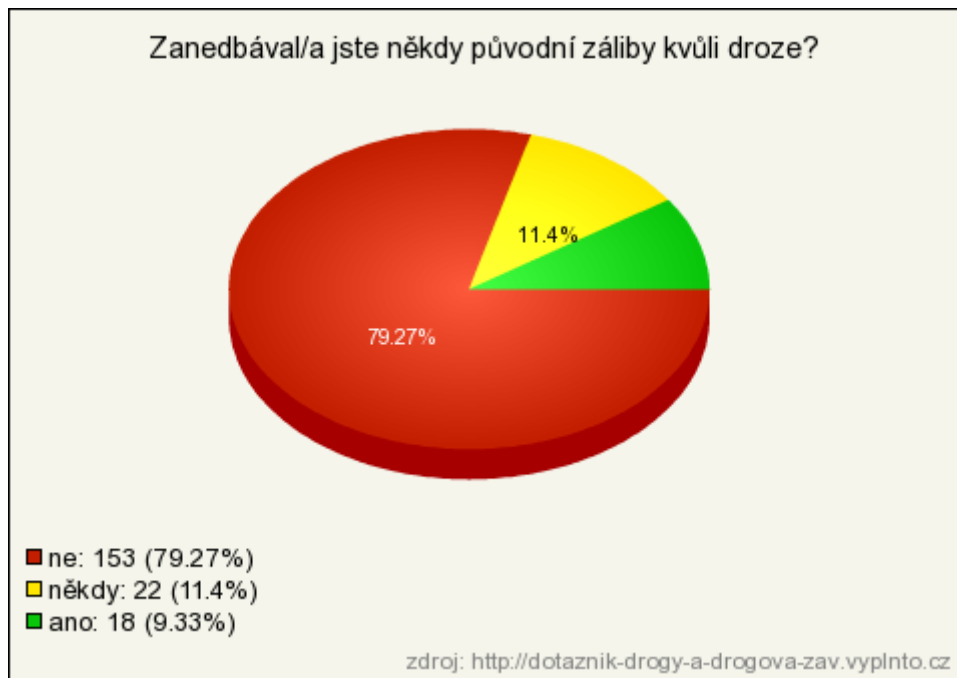


V šestnácté otázce dotazovaní odpovídali, zda zvyšovali dávku drogy, aby dosáhli účinku původně vyvolaného nižší dávkou. Z grafu je patrné, že 145 dotazovaných (75.13%) nezvyšovalo dávku drogy, aby dosáhli účinku původně vyvolaného nižší dávkou, 31 dotazovaných (16.06%) uvedlo, že zvyšovali dávku drogy, aby dosáhli účinku původně vyvolaného nižší dávkou a 17 dotazovaných (8.81%) uvedlo, že takto činili jen někdy.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

### Otázka č. 17: Zanedbával/a jste někdy původní záliby kvůli droze?

Graf 17 Zanedbávání zálib

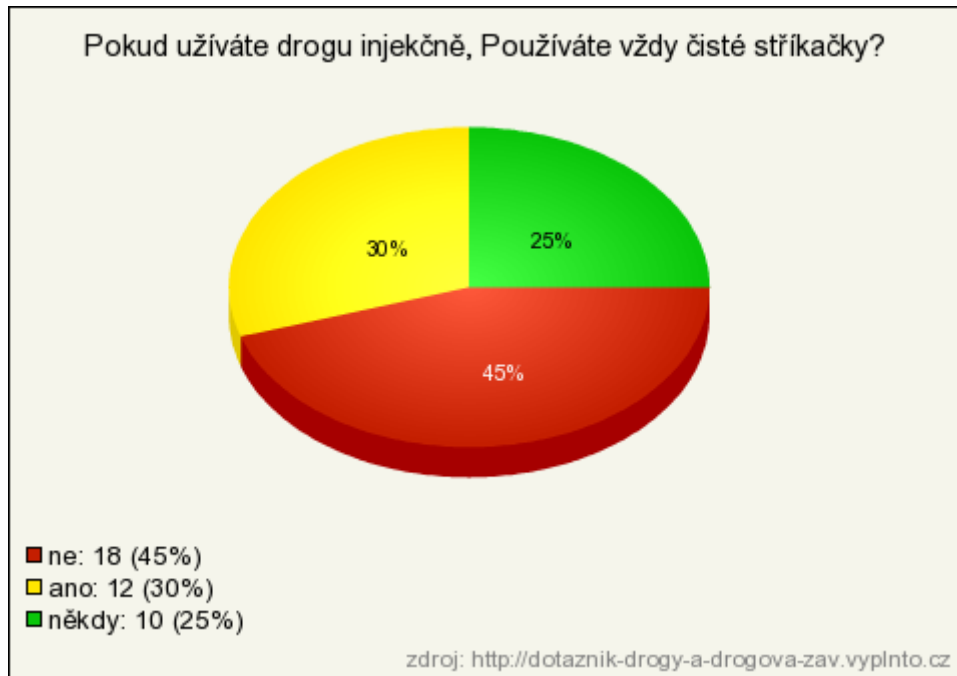


V sedmnácté otázce odpovídali respondenti, zda někdy zanedbávali původní záliby kvůli droze. Z grafu lze vyčíst, že 153 respondentů (79.27%) nikdy kvůli droze záliby nezanedbávalo, 22 respondentů (11.4%) uvedlo, že zanedbávalo záliby kvůli droze jen někdy a 18 respondentů (9.33%) uvedlo, že záliby kvůli droze již zanedbávali.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 18: Pokud užíváte drogu injekčně, používáte vždy čisté stříkačky?**

Graf 18 Injekční stříkačky

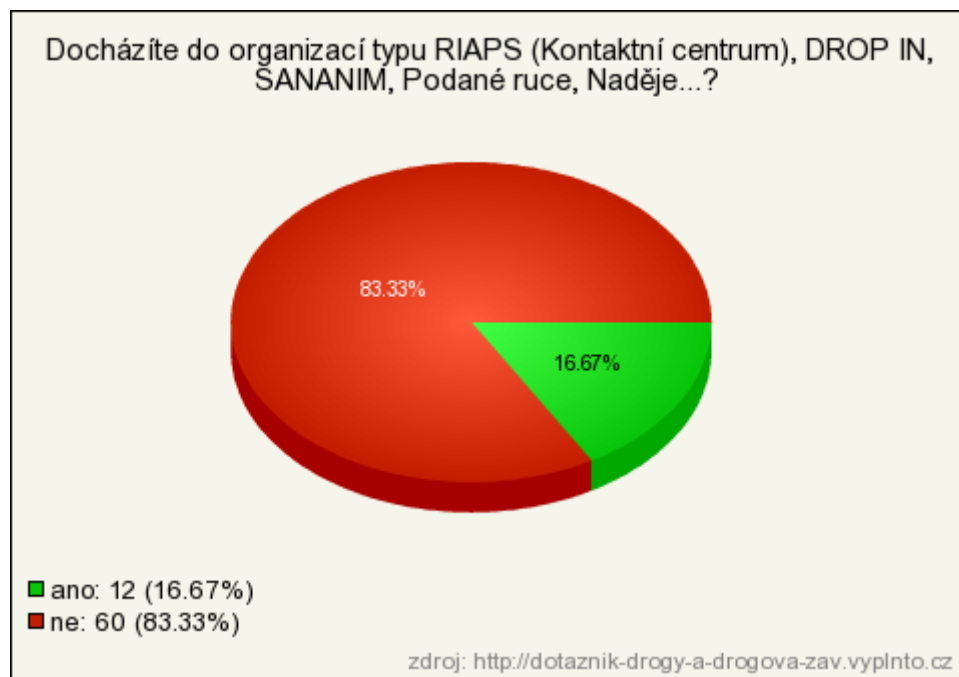


V osmnácté otázce dotazovaní odpovídali, zda pokud užívají drogu injekčně, používají vždy čisté stříkačky. Tato otázka byla nepovinná, protože se vztahuje pouze k injekčním uživatelům návykových látek. Z grafu je patrné, že 18 dotazovaných (45%) nepoužívá vždy čisté stříkačky, 12 dotazovaných (30%) používá čisté stříkačky vždy a 10 dotazovaných (25%) používá čisté stříkačky jen někdy.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 19: Docházíte do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...?**

Graf 19 Organizace, které se zbývají drogovou problematikou



V devatenácté otázce respondenti odpovídali, zda dochází do organizací, které se zabývají pomocí drogově závislým. Tato otázka byla nepovinná, vzhledem k tomu, že tyto organizace navštěvují většinou jen injekční uživatelé návykových látek. Z obrázku je patrné, že pouhých 12 respondentů (16.67%) do těchto organizací dochází, dalších 60 respondentů (83.33%) tyto organizace nenavštěvuje.

Zde se druhá stanovená hypotéza nepotvrdila. Výzkum ukázal, že ti respondenti, kteří užívají návykové látky pravidelně, nedocházejí do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 20: Pokud do těchto organizací docházíte, tak za jakým účelem?**

Ve dvacáté otázce měli dotazovaní odpovídat, za jakým účelem docházejí do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...? Tato otázka byla nepovinná, vzhledem k tomu, že se vztahuje k otázce předchozí. Na otázku odpovídali dotazovaní velmi podobě. Především si tam chodí vyměnit stříkačky, osprchovat se, zahřát se a popovídat si s pracovníky nebo kamarády.

U této otázky měli dotazovaní odpověď vypsát.

**Otázka č. 21: Docházíte se pravidelně testovat na infekční choroby (Hepatitida typu B a C, HIV, Syfilis...)?**

Graf 20 Testování na infekční choroby

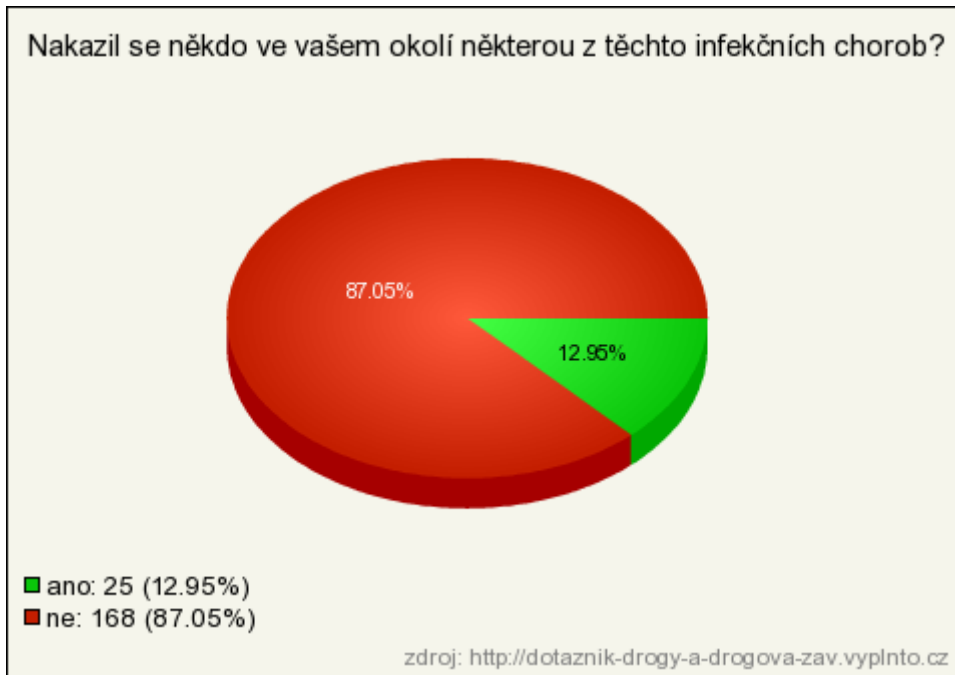


V jedenadvacáté otázce měli respondenti odpovídat, zda se docházejí pravidelně testovat na infekční choroby. Z grafu lze vyčíst, že 35 respondentů (18.13%) dochází pravidelně na testy týkající se infekčních onemocnění a 158 respondentů (81.87%) na tyto testy nedochází.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 22: Nakazil se někdo ve Vašem okolí některou z těchto infekčních chorob?**

Graf 21 Nákaza infekčními chorobami



V dvaadvacáté otázce respondenti odpovídali, zda se někdo v jejich okolí nakazil infekční chorobou v důsledku užívání drog. Z grafu je patrné, že 25 respondentů (12.95%) odpovědělo, že se někdo v jejich okolí infekční chorobou nakazil, 168 respondentů (87.05%) uvedlo, že se nikdo v jejich okolí infekční chorobou nenakazil.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.



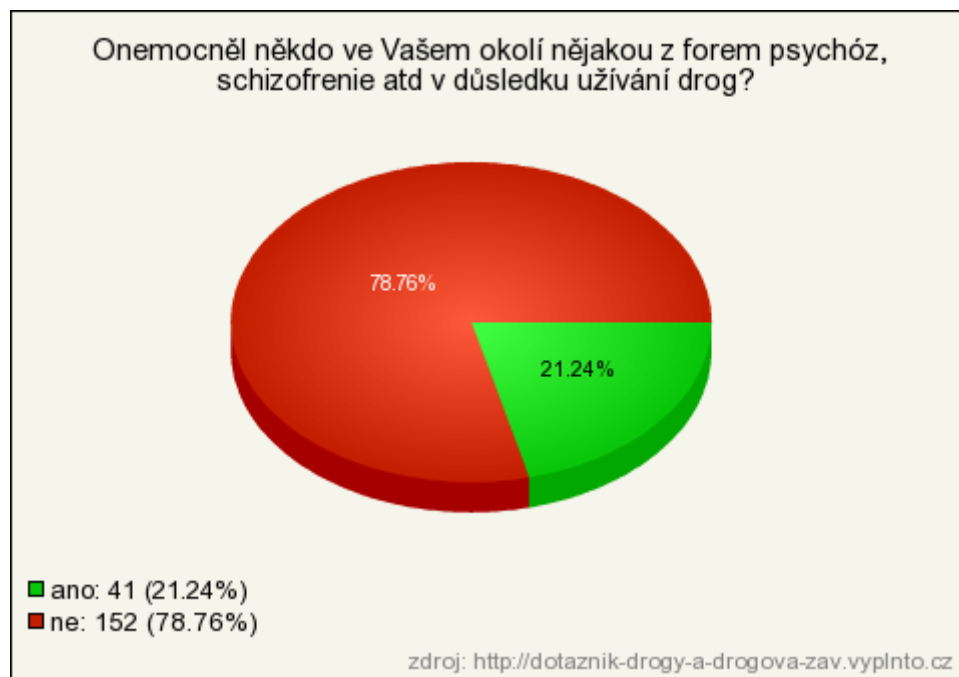
**Otázka č. 23: Pokud ano, tak jakou infekční chorobou?**

Ve třiadvacáté otázce měli dotazovaní odpovídat, jakou infekční chorobou se někdo z jejich známých nebo přátel nakazil. Tato otázka byla nepovinná, vzhledem k tomu, že se vztahuje k otázce předchozí. Na otázku odpovídali dotazovaní velmi podobně. Většinou se lidé nakazili hepatitidou B a C, syfilitidou a ve výjimečných případech i virem HIV.

U této otázky měli dotazovaní odpověď vypsát.

**Otázka č. 24: Onemocněl někdo ve Vašem okolí nějakou z forem psychóz, schizofrenie atd. v důsledku užívání drog?**

Graf 22 Psychózy



Ve čtyřiadvacáté otázce měli dotazovaní odpovídat, zda někdo z jejich okolí onemocněl některou z forem psychóz v důsledku užívání drog. Z grafu je patrné, že 41 dotazovaných (21.24%) uvedlo, že někdo z jejich okolí onemocněl některou z forem psychóz v důsledku užívání drog, 152 dotazovaných (78.76%) uvedlo, že nikdo z jejich okolí ne onemocněl žádnou psychickou nemocí.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

**Otázka č. 25: Prováděl/a jste někdy nějakou trestnou činnost kvůli získání finančních prostředků, abyste si mohl/a opatřit drogu?**

Graf 23 Trestná činnost související s drogami



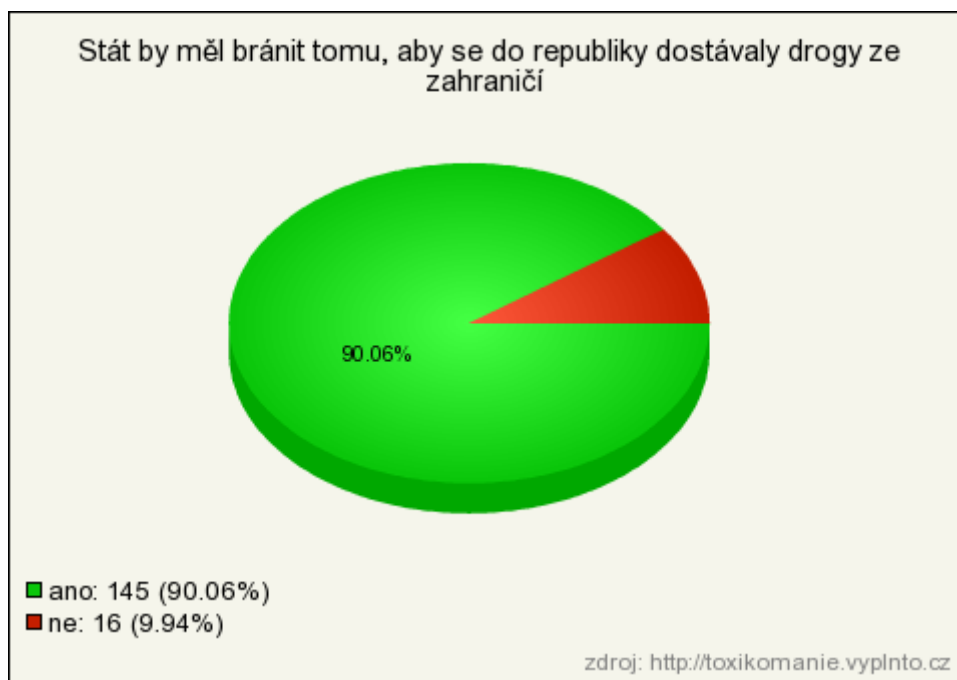
V pětadvacáté otázce odpovídali respondenti, zda někdy prováděli trestnou činnost za účelem získání finančních prostředků, aby si mohli drogu opatřit. Z grafu je patrné, že 10 respondentů (5.18%) trestnou činnost páchalo, 183 respondentů (94.82%) ne.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

## 10.4.2 Vyhodnocení dotazníku č. 2

### Otázka č. 1: Stát by měl bránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí

Graf 24 Drogy ze zahraničí



V první otázce měli respondenti odpovídat, zda by měl stát bránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí. Z grafu je patrné, že 145 respondentů (90.06%) si myslí, že by se mělo zabránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí, 16 respondentů (9.94%) se domnívá, že by stát neměl bránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím Preslově výzkumu z roku 2004 vyšly tyto výsledky:

97% dotazovaných se domnívalo, že by stát měl bránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí, zbylá 2% respondentů si myslela opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem o mnoho neliší.

## Otázka č. 2: Každý narkoman by se měl povinně léčit

Graf 25 Léčba narkomanů



Ve druhé otázce měli respondenti odpovídat, zda si myslí, že by se každý narkoman měl povinně léčit. Z grafu lze vyčíst, že 67 respondentů (41.61%) se domnívá, že by se měl každý narkoman povinně léčit, 94 respondentů (58.39%) uvedlo, že by se podle nich narkomani povinně léčit neměli.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím výzkumu prováděném Preslem v roce 2004 vyšly tyto výsledky: 84% dotazovaných se domnívalo, že by se každý narkoman měl povinně léčit, zbylých 7% respondentů si myslelo opak. Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem značně rozcházejí.

### Otázka č. 3: Odvykací léčbu by si měl každý závislý platit

Graf 26 Odvykací léčba



Ve třetí otázce měli dotazovaní odpovědět, zda se domnívají, že každý závislý by si měl léčbu platit sám. Z grafu je patrné, že téměř jedna polovina dotazovaných si myslí, že by si odvykací léčbu měl každý závislý platit sám, druhá polovina respondentů si toto nemyslí.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím výzkumu, který provedl Presl roku 2004, vyšly tyto výsledky:

84% dotazovaných se domnívalo, že by si odvykací léčbu měl každý závislý platit, zbylých 11% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem podstatně liší.

#### Otázka č. 4: Občané by měli mít povinnost oznámit lékaři, že někdo z jejich známých je narkoman

Graf 27 Oznámení lékaři o tom, kdo je narkoman



Ve čtvrté otázce respondenti odpovídali, zda si myslí, že občané by měli mít povinnost oznámit lékaři, že někdo z jejich okolí je drogově závislý. Z grafu lze vypočítat, že 45 respondentů (27.95%) se domnívá, že by občané měli mít povinnost oznámit lékaři, že někdo z jejich okolí zneužívá návykové látky, 116 respondentů (72.05%) si myslí opak.

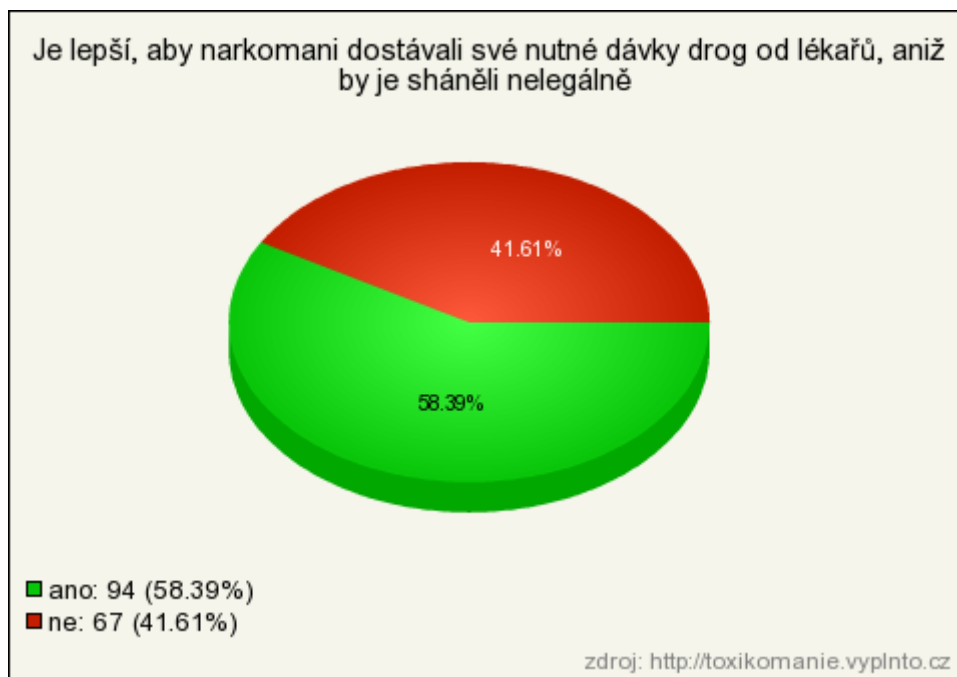
U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím výzkumu, který byl proveden v roce 2004, vyšly tyto výsledky: 61% dotazovaných se domnívalo, že by občané měli mít povinnost oznámit lékaři, že někdo z jejich známých je závislý na drogách, zbylých 29% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem značně rozcházejí.

**Otázka č. 5: Je lepší, aby narkomani dostávali své nutné dávky drog od lékařů, aniž by je sháněli nelegálně**

Graf 28 Dávky drog od lékařů



V páté otázce měli respondenti odpovídat, zda si myslí, že je lepší, aby lidé, kteří zneužívají návykové látky, dostávali dávky drog od lékařů. Z grafu je patrné, že asi jedna polovina dotazovaných se domnívá, že by bylo lepší, aby drogově závislí dostávali dávky drog přímo od lékařů, druhá polovina respondentů si myslí opak.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím Preslově výzkumu z roku 2004 vyšly tyto výsledky:

45% dotazovaných se domnívalo, že je lepší, aby drogově závislí dostávali své nutné dávky drog od lékařů, než aby je sháněli nelegálně, zbylých 34% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem značně rozcházejí.



## Otázka č. 6: Narkomani by měli být izolováni od ostatních lidí

Graf 29 Izolace narkomanů od ostatních



V otázce číslo šest byli respondenti dotazováni, zda se domnívají, že by drogově závislí měli být izolováni od ostatních lidí. Z grafu je patrné, že 49 respondentů (30.43%) se domnívá, že by izolováni od ostatních lidí být měli, 112 respondentů (69.57%) si myslí opak.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

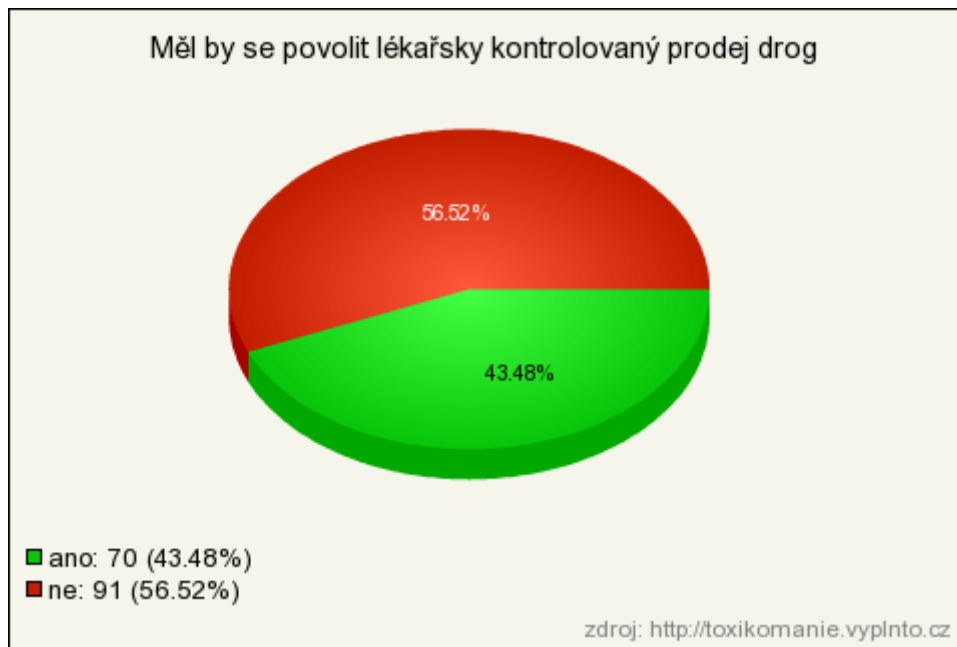
V předchozím výzkumu, jež provedl Presl roku 2004, vyšly tyto výsledky:

41% dotazovaných se domnívalo, že narkomani by měli být izolováni od ostatních lidí, zbylých 47% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem poněkud odlišují, ale ne příliš.

## Otázka č. 7: Měl by se povolit lékařsky kontrolovaný prodej drog

Graf 30 Lékařsky kontrolovaný prodej drog



V sedmé otázce byli respondenti dotazováni, zda se domnívají, že by se měl povolit lékařsky kontrolovaný prodej drog. Z grafu lze vyčíst, že jedna polovina respondentů se domnívá, že by měl být povolen lékařský kontrolovaný prodej drog, druhá polovina si toto nemyslí.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

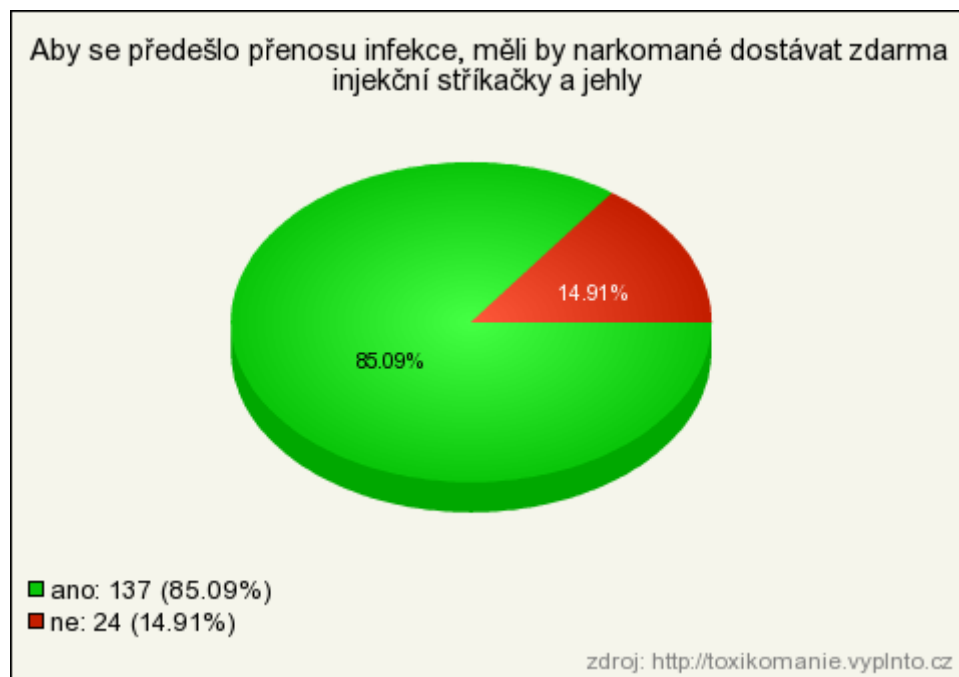
V předchozím výzkumu provedeném Preslem z roku 2004 vyšly tyto výsledky:

36% dotazovaných se domnívalo, že by se měl povolit lékařsky kontrolovaný prodej drog, zbylých 53% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem opět trochu liší, ale ne o mnoho.

**Otázka č. 8: Aby se předešlo přenosu infekce, měli by narkomané dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly**

Graf 31 Injekční stříkačky pro narkomany zdarma



V otázce číslo osm byli respondenti dotazováni, zda se domnívají, že by měli drogově závislí dostávat zdarma injekční stříkačky, aby se předešlo přenosu infekce. Z grafu lze vypočítat, že 137 respondentů (85.09%) se domnívá, že by závislí měli dostávat zdarma čisté stříkačky a jehly, 24 respondentů (14.91%) si myslí opak.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím výzkumu, který byl popsán Preslem v roce 2004, vyšly tyto výsledky: 32% dotazovaných se domnívalo, že by závislí měli dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly, aby se předešlo přenosu infekce, zbylých 53% respondentů si myslelo opak. Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem velmi rozcházejí. Zde je opravdu vidět největší rozdíl ve smýšlení veřejnosti nyní a před 9 lety.

## Otázka č. 9: Narkomani by měli jít do vězení

Graf 32 Narkomani a vězení



V deváté otázce byli respondenti dotazováni, zda se domnívají, že by závislí měli jít do vězení. Z grafu je patrné, že 26 respondentů (16.15%) se domnívá, že by osoby zneužívající návykové látky měli jít do vězení, 135 respondentů (83.85%) si myslí opak.

U této otázky musel respondent zvolit jednu z nabízených odpovědí.

V předchozím Preslově výzkumu z roku 2004 vyšly tyto výsledky:

17% dotazovaných se domnívalo, že by drogově závislí měli jít do vězení, zbylých 69% respondentů si myslelo opak.

Tyto výsledky se s mým nynějším výzkumem o mnoho neliší.

## 10.5 Shrnutí výsledků šetření

**Hypotéza č. 1: „Ti respondenti, kteří užívají návykové látky pravidelně, docházejí do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...“**

Tato hypotéza byla potvrzena.

Většina uživatelů drog má zkušenosti s těmito organizacemi. Spousta závislých do těchto organizací dochází především za účelem výměny injekčního materiálu, provedení testů na infekční choroby a někteří se do těchto nízko-prahových a neziskových organizací docházejí radit o léčbě závislosti nebo alespoň o možnosti zmírnění dopadů užívání drog, tzv. „harm reduction“.

**Hypotéza č. 2: „Každý, kdo zneužívá návykové látky, by se měl povinně léčit.“**

V mém výzkumu se tato hypotéza nepotvrdila.

Oproti tomu v Preslově výzkumu, uvedeném v r. 2004, potvrzena byla. Domnívám se, že k tomu, že nyní hypotéza potvrzena nebyla, přispěl fakt, že je společnost v dnešní době značně informovanější o problematice drog než před devíti lety.

**Hypotéza č. 3: „Drogově závislí by měli být izolováni od ostatních lidí.“**

Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Dle mého názoru má jedna polovina společnosti dostatek informací o závislých osobách a tudíž si nemyslí, že by závislí měli být v izolaci. Myslím si, že ti respondenti, kteří uvedli, že se domnívají, že by závislí měli být izolováni, se bojí především přenosu infekčních chorob. V dnešní době je naštěstí toto riziko značně eliminováno především díky výměnnému programu.

V Preslově výzkumu byly výsledky podobné.

**Hypotéza č. 4: „Aby se předešlo přenosu infekce, měli by lidé, kteří jsou závislí, dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly.“**

Tato hypotéza byla potvrzena.

Jak jsem již popsala výše, domnívám se, že pro společnost je největší pomyslnou hrozbou nákaza infekčními chorobami. Proto je nyní společnost ochotna podpořit výměnný program.

Výsledky Preslova výzkumu se s mými nynějšími velmi rozcházejí.

**Hypotéza č. 5: „Ti, kteří zneužívají návykové látky, by měli jít do vězení.“**

Tato hypotéza potvrzena nebyla.

Myslím si, že společnost naštěstí chápe, že i drogově závislí lidé mají svá práva a nepatří do vězení jen proto, že trpí závislostí na drogách.

V Preslově výzkumu byly výsledky podobné.

## 2. ROZHOVOR

Rozhovor byl prováděn s příbuzným mého kamaráda, který se nakazil hepatitidou C.

- 1) Ahoj Petře, kolik je ti let?  
- ahoj, je mi 17 let
- 2) Užíváš v současné době nějaké drogy?  
- užívám delší dobu piko a občas na akcích si rád zahulím a když je v létě sezóna máku, dám si i opko
- 3) Jak je to dlouho, co ses nakazil žloutenkou typu C?  
- už je to dva roky
- 4) Kde ses nechával testovat na infekční choroby?  
- testy si vždycky nechávám dělat tady v „káčku“ v Trutnově
- 5) Docházíš na tyto testy pravidelně?  
- teď už jo, dřív jsem na to docela kašlal, myslel jsem si, že mě se tohle netýká, i třeba při tom, když jsem si střílel špinavou buchnou po někom jiným, jsem si tohle riziko nepřipouštěl a podívej, jak jsem na to doplatil
- 6) Vybavuješ si ten okamžik, kdy ses nakazil? Popřípadě - víš od koho?  
- bohužel si tu chvíli přesně vybavuju, nejradši bych to vrátil zpátky, ale jak se říká, za blbost se platí, nakazil jsem se od kámoše, ten v tu dobu ještě nevěděl, že má céčko
- 7) Změnilo ti onemocnění hepatitidou pohled na svět?  
- určitě, jak jsem už říkal, teď chodím na testy pravidelně a začal jsem víc šňupat než si střílet do žil, taky pořád upozorňuju kámoše, aby si dávali bacha, aby nedopadli jako já a já sám už bych si nikdy v životě nedal špinavou buchnou, když už chci užívat injekčně, tak si vždy dojdu pro čistý nádobíčko

### Seznam argotu v rozhovoru

buchna = injekční stříkačka

káčko = kontaktní centrum

nádobíčko = pomůcky k injekční aplikaci drog

opko = opium

piko = pervitin

## ZÁVĚR

V teoretické části této bakalářské práce jsem se snažila popsat historii drog a nastínit jednotlivé druhy drog a jejich účinky. Dále jsem se zabývala definicí závislosti, a poté jsem se věnovala prevenci závislosti. V neposlední řadě jsem se také zaměřila na alkoholovou a nealkoholovou závislost u mládeže. Snažila poukázat i na psychiatrickou komorbiditu, somatické obtíže a postižení orgánů v souvislosti s užíváním drog. Dále jsem se zaměřila na krví přenosné infekční choroby u injekčních uživatelů drog, také na psychotickou poruchu, která je podmíněna psychotropními látkami. Dalšími body, kterými jsem se zabývala v této práci, byla trestná činnost související s návykovými látkami a prevence drogové kriminality. Následně jsem se snažila poukázat na systém péče o drogově závislé a na terénní práci s uživateli drog. V závěru teoretické části mé bakalářské práce jsem se věnovala léčbě závislosti.

Praktická část této práce probíhala prostřednictvím dotazníkového šetření, také jsem do výzkumné části zařadila metodu rozhovoru a kazuistiky. Rozhovor jsem prováděla s člověkem, který se nakazil hepatitidou typu C. Kazuistiky jsem do své práce zařadila dvě, jedna se týká člověka, který trpí toxickou psychózou, a druhá se týká HIV pozitivního. Dotazníky jsem použila také dva. V prvním z dotazníků jsem se zaměřila především na to, zda ti uživatelé návykových látek, kteří užívají drogu pravidelně, docházejí do organizací, které se zabývají pomocí závislým osobám. Druhý dotazník byl součástí již předešlého výzkumu, který uvedl Jiří Presl v roce 2004 ve své knize „Drogová závislost“. Odpovědi respondentů jsem porovnávala. Nejvíce jsem se zaměřila na to, zda se budou odpovědi respondentů lišit především v následujících hypotézách: „Každý narkoman by se měl povinně léčit“, „Narkomani by měli být izolováni od ostatních lidí“, „Aby se předešlo přenosu infekce, měli by narkomané dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly“, „Narkomané by měli jít do vězení“. Ve dvou z pěti udaných hypotéz byly moje domněnky naplněny. Z tohoto provedeného výzkumu je patrné, že společnost během devíti let změnila názor na toxikomany. Domnívám se, že se o to zasloužila především větší informovanost lidí o této problematice, a nejspíš i celkově větší liberálnost české společnosti.



## SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ESCOHOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. Vydání první. Praha 8: VOLVOX GLOBATOR, 2003. Labyrint. ISBN 80-7207-512-8.

FALÁŘ, Josef, Emil BOLEK, Libor SOUMAR a Michal VRTÍLEK. *Dynamika drogové scény a sociálního klimatu dětí a mládeže 1997-2000: Výsledky žáků základních a zvláštní škol studentů civilních a vojenských středních škol*. 1. vydání. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r.s., 2003. ISBN 80-86568-16-4.

GÖHLERT, Fr. Christoph a KÜHN. *Od návyku k závislosti*. první vydání. Praha: Euromedia Group, k.s., Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Vydání 1. Praha 7: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0165-9.

HRČKA, Michal. *Sociální deviace*. Vydání první. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2001. Základy sociologie. ISBN 80-85850-68-0.

KALINA, Kamil, a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Vydání 1. Praha 7: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

MEČÍŘ, Jan. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Vydání první. Praha 1: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1990. ISBN 08-005-90.

MILLEROVÁ, Geri. *Adiktologické poradenství*. Praha 5: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3

MRAVČÍK, V., R. PEŠEK, M. HORÁKOVÁ, V. NEČAS, P. CHOMYNOVÁ, L. ŠTASTNÁ, L. GROLMUSOVÁ, L. KIŠŠOVÁ, H. FIDESOVÁ, B. NECHANSKÁ, J. VOPRAVIL, I. PRESLOVÁ, P. DOLEŽALOVÁ a T. KOŇÁK. *Výroční zpráva o*

*stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti.* Praha: Sportpropag a.s., 1993.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby.* Vyd. 1. Praha 8: Portál s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-432-X.

NEŠPOR Karel., DVOŘÁK Václav. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami.* Praha: Armex, 1998. ISBN 80-902283-9-9.

NEŠPOR, Karel. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech.* Vyd. 1. Praha 8: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.

PEDAGOGICKÁ FAKULTA UK, Kolektiv autorů. *Mládež - drogy - společnost.* Praha: STUDIA PEDAGOGICA Č. 21, 1997. ISBN 0862-4461

PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?.* Praha 4: MAXDORF, 1994. MEDICA - Praktické rady lékaře. ISBN 80-85800-18-7.

RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog zásady a praxe.* Vydání první. Boskovice, Brno: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-71-5.

URBÁNEK, Petr. *Infekce virem hepatitidy C.* První vydání. Praha 5: Galén, 2004. ISBN 80-7262-262-5

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Věk respondentů
- Graf č. 2 Pohlaví respondentů
- Graf č. 3 Získávání informací o drogách
- Graf č. 4 Užívání drog lidmi v okolí respondenta
- Graf č. 5 Jací lidé v okolí respondenta užívají drogy
- Graf č. 6 Drogy, které respondenti užili
- Graf č. 7 Pravidelné užívání drog
- Graf č. 8 Důvody pro užití drogy
- Graf č. 9 Pocity, které droga přináší
- Graf č. 10 Způsoby aplikace drogy
- Graf č. 11 Kombinace několika drog najednou
- Graf č. 12 Touha po užití drogy
- Graf č. 13 Ovládání se vůči droze
- Graf č. 14 Odvykací potíže
- Graf č. 15 Užívání jiné drogy pro zmírnění chuti na drogu původní
- Graf č. 16 Zvyšování dávky drogy
- Graf č. 17 Zanedbávání zálib
- Graf č. 18 Injekční stříkačky
- Graf č. 19 Organizace, které se zabývají drogovou problematikou
- Graf č. 20 Testování na infekční choroby
- Graf č. 21 Nákaza infekčními chorobami
- Graf č. 22 Psychózy
- Graf č. 23 Trestná činnost související s drogami
- Graf č. 24 Drogy ze zahraničí
- Graf č. 25 Léčba narkomanů
- Graf č. 26 Odvykací léčba
- Graf č. 27 Oznámení lékaři o tom, kdo je narkoman
- Graf č. 28 Dávky drog od lékařů
- Graf č. 29 Izolace narkomanů od ostatních
- Graf č. 30 Lékařsky kontrolovaný prodej drog

Graf č. 31 Injekční stříkačky pro narkomany zdarma

Graf č. 32 Narkomani a vězení

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník k bakalářské práci č. 1.....	I - V
Příloha B: Dotazník k bakalářské práci č. 2.....	VI
Příloha C: Kazuistika č. 1.....	VII - VIII
Příloha D: Kazuistika č. 2.....	IX

# PŘÍLOHY

## Příloha A: Dotazník k bakalářské práci č. 1

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Kostovská a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského, bakalářského oboru Speciální pedagogika - vychovatelství. Žádám Vás o pár minut Vašeho času pro vyplnění tohoto anonymního dotazníku, jehož výsledky budou využity pro výzkum v mé bakalářské práci. Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

žena

muž

3. Od koho jste získal/a nejvíce informací o drogách?

od rodičů

od kamarádů

od učitelů

od někoho jiného .....

4. Užívá někdo ve vašem okolí drogy?

ano

ne

5. Pokud ano, tak kdo?

kamarád

sourozenec

rodič

jiný příbuzný

nevím o nikom takovém

6. Užil/a jste některou z těchto drog?

- alkohol
- tabák
- marihuana
- hašiš
- pervitin
- kokain
- crack
- extáze
- LSD
- lysohlávky
- toulén
- heroin
- opium
- MDMA

7. Užíváte některou nebo některé z výše jmenovaných drog pravidelně?

- ano, užívám
- ne

8. Z jakého důvodu jste drogu užil/a?

- ze zvědavosti
- kvůli partě
- nabídl mi drogu kamarád/ka
- kvůli životní krizi

9. Jaké pocity vám droga přináší?

- pocit euforie
- pocity deprese, agrese

10. Jakým způsobem drogu aplikujete?

- inhalací (kouření)
- šňupáním
- pod jazyk
- nitrožilně

11. Zkombinoval/a jste někdy více drog najednou?

- ano
- ne

12. Cítil/a jste někdy silnou touhu užít drogu?

- ano
- ne
- někdy

13. Dokážete se ve vztahu k droze ovládat?

- ano
- ne
- někdy

14. Měl/a jste někdy odvykací potíže po vysazení drogy?

- ano
- ne
- někdy

15. Bral/a jste někdy nějakou jinou drogu pro zmírnění chuti na drogu původní?

- ano
- ne
- někdy



16. Zvyšoval/a jste dávku, abyste dosáhl/a účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?

- ano
- ne
- někdy

17. Zanedbával/a jste někdy původní záliby kvůli droze?

- ano
- ne
- někdy

18. Pokud užíváte drogy injekčně, používáte vždy čisté stříkačky?

- ano
- ne
- někdy

19. Docházíte do organizací typu RIAPS (Kontaktní centrum), DROP IN, SANANIM, Podané ruce, Naděje...?

- ano
- ne

20. Pokud do těchto organizací docházíte, tak za jakým účelem?

.....

21. Docházíte se pravidelně testovat na infekční choroby (Hepatitida typu B a C, HIV, Syfilis...)?

- ano
- ne

22. Nakazil se někdo ve Vašem okolí některou z těchto infekčních chorob?

- ano
- ne

23. Pokud ano, tak jakou infekční chorobou?

.....

24. Onemocněl někdo ve Vašem okolí nějakou z forem psychóz, schizofrenie atd.  
v důsledku užívání drog?

ano

ne

25. Prováděl/a jste někdy nějakou trestnou činnost, kvůli získání finančních  
prostředků, abyste si mohl/a opatřit drogu?

ano

ne

## **Příloha B: Dotazník k bakalářské práci č. 2**

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Kostovská a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského, bakalářského oboru Speciální pedagogika - vychovatelství. Žádám Vás o pár minut Vašeho času pro vyplnění tohoto anonymního dotazníku, jehož výsledky budou využity pro výzkum v mé bakalářské práci. Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Stát by měl bránit tomu, aby se do republiky dostávaly drogy ze zahraničí  
 ano  
 ne
  
2. Každý narkoman by se měl povinně léčit  
 ano  
 ne
  
3. Odvykací léčbu by si měl každý závislý platit  
 ano  
 ne
  
4. Občané by měli mít povinnost oznámit lékaři, že někdo z jejich známých je narkoman  
 ano  
 ne
  
5. Je lepší, aby narkomani dostávali své nutné dávky drog od lékařů, aniž by je sháněli nelegálně  
 ano  
 ne

6. Narkomani by měli být izolováni od ostatních lidí

ano

ne

7. Měl by se povolit lékařsky kontrolovaný prodej drog

ano

ne

8. Aby se předešlo přenosu infekce, měli by narkomané dostávat zdarma injekční stříkačky a jehly

ano

ne

9. Narkomani by měli jít do vězení

ano

ne

## **Příloha C: Kazuistika č. 1**

Richard (22 let)

Toxická psychóza zjištěna v 18 letech.

Osobní anamnéza:

V 6 letech prodělal operaci nosní přepážky v důsledku úrazu na kole. Jinak žádné jiné zdravotní komplikace u něho nenastaly. Richard je od 16 let závislý na pervitinu. Jinými onemocněními kromě toxické psychózy, ať už psychosomatickými nebo psychickými, netrpí.

Rodinná anamnéza:

V rodině se žádné psychické onemocnění nevyskytuje, pouze matka trpí trombózou. Otec je však závislý na pervitinu. Otec se Richarda zřekl ještě než se Richard narodil a matka na děti neměla tolik času, protože byla stále v práci, aby rodinu nějak zvládla uživit. Dle matky Richard tuto situaci psychicky neunesl a uchýlil se k drogám. Od 12 let kouřil marihuanu v podstatě denně, pak k tomu přidal užívání LSD a nakonec pervitin.

Nynější stav:

Nyní Richard užívá pervitin již čtvrtým rokem s občasnými přestávkami. Jeho stav se zhoršuje, několikrát pomýšlel i na sebevraždu. Ale o léčení nechce ani slyšet, prý už jen z toho důvodu, že se byl v léčebně podívat za svými přáteli, ti prý jen seděli, nemluvili, byli utlumení a slintali. Navíc se po odchodu z léčebny k droze opět vrátili. A to prý on absolvovat nechce. Užívat léky na psychózu nebo alespoň na deprese také odmítá. Tvrdí, že tyto léky jsou mnohem návykovější než to, co kdy z drog zkusil. Tento jeho postoj mi přijde opravdu hodně absurdní. Je příkladem toho, že v důsledku užívání drog se člověku mění myšlení a postoj k drogám. Richard alespoň dochází na terapie do místního RIAPSU. Jedná se o terapii, která mu má pomoci překonat bažení (neboli touhu po návykové látce). Pomáhá mu to prý alespoň dávky snižovat. V jeho případě je to pozitivní zpráva, protože takto několik let závislý člověk mnohdy nepozná, jakou dávku drogy ještě jeho tělo snese. Jednou, ještě před tím než docházel na terapie, se totiž stalo, že dávku přehnal a byl přes hodinu v bezvědomí.

Průběh toxické psychózy:

To, že můj kamarád trpí toxickou psychózou, jsem dlouhou dobu netušila, vlastně jsem ani nevěděla, že užívá nějaké drogy. Jednoho dne za mnou přišel sám, že by se mi s něčím chtěl svěřit. Když mi vyprávěl, že je závislý na pervitinu, nemohla jsem tomu uvěřit. V životě by mě to nenapadlo. Snažil se to zakrývat opravdu hodně dobře a možná taky i kvůli tomu, že jsem o drogách tou dobou ještě toho příliš nevěděla, tak jsem to nepoznala. Když jsem si na internetu vyhledala, co je to vlastně paranoia, začaly mi některé věci zpětně docházet. Například to, jak mi někdy tvrdil, že všichni lidé ho znají a mluví o něm, pomlouvají ho, nebo že jednou viděl ve svém bytě duchy – byly to stíny, které spolu mluvily, nebo že ho řídí někdo shora a dává mu pokyny, co má dělat. Taky chorobně žárlil, což vedlo k hádkám s jeho přítelkyní a k dalšímu zhoršení jeho psychického stavu. Říkal mi, že po dvouletém občasném užívání pervitinu se u něj začaly tyto stavy objevovat a zhoršovaly se. Neúnosné to už bylo, když seděl ve svém pokoji a měl halucinace, že si pro něj přijela policie, halucinace byla tak velká, že ji vyličil své matce. Ta se psychicky zhroutila, ale snažila se situaci nějakým způsobem řešit. Richardovi domluvila a zašla s ním na psychiatrii, tam mu diagnostikovali právě toxickou psychózu a doporučili hospitalizaci v psychiatrické léčebně pro drogově závislé. V této léčebně ale tou dobou nebylo místo a musel čekat 6 měsíců na možnou terapeutickou léčbu. Lékaři také samozřejmě doporučili okamžité vysazení pervitinu. Zpočátku abstinenci zvládal, ale po měsíci abstinence se u něj objevily deprese a úzkostné stavy. Snažil se je překonat, ale marně, možná kdyby v léčebně bylo místo ihned, tak by to dopadlo lépe. Domnívám se, že člověk musí být silně motivován, aby dokázal svou závislost překonat. On tou dobou sice hodně chtěl, ale jak mi sám řekl, „bylo to silnější než on.“ Psychická závislost je mnohem horší než závislost fyzická, zůstává po celý život, jedná se totiž o zážitky a vzpomínky s drogou spojené. Richard mi to vysvětloval tak, že po požití pervitinu se může vrátit myšlenkami zpět do pro něj lepší minulosti. Jeho závislost je již tak velká, že musel ukončit práci v pekárně, protože v každém pytlí s moukou si představoval pervitin. Docházelo u něj k nepřekonatelné chuti si drogu aplikovat. Také měl problémy s kolegy v práci, protože si v důsledku paranoii myslel, že ho pomlouvají.

Psychóza se samozřejmě nemusí projevovat u všech, kteří užívají stimulanty. Je však prokázáno, že až u 80% uživatelů tomu tak je. Když už se ale psychóza u někoho projeví, tak si ji uživatel většinou neuvědomuje, a to je zásadní problém.

## **Příloha D: Kazuistika č. 2**

Patrik (17 let)

Toxická psychóza zjištěna v 16 letech, nakažení virem HIV zjištěno v 17 letech.

Osobní anamnéza:

Do 16 let u Patrika žádné zdravotní komplikace nenastaly, právě v 16 letech mu byla zjištěna toxická psychóza v důsledku užívání pervitinu a nedávno u něho bylo bohužel zjištěno i nakažení virem HIV v důsledku neuvážené aplikace drogy. Od 15 let je závislý na pervitinu a opiu.

Rodinná anamnéza:

V rodině se žádné onemocnění nevyskytuje. Nikdo z rodičů ani jiných rodinných příslušníků nikdy závislý na drogách nebyl.

Nynější stav:

Nyní Patrik užívá pervitin již druhým rokem. O léčení stejně jako Richard nechce slyšet, ani vysvětlit důvod, proč nechce léčbu zkusit. Může to být v důsledku jeho špatného psychického stavu, jelikož se léčí s HIV, nechce užívat ani žádná antidepresiva. Prý z toho důvodu, aby prášků nejedl moc. Léčba HIV je zkomplikována i tím, že Patrik nadále užívá pervitin. Patrik není můj kamarád, proto bylo složitější navázat s ním kontakt, nebyl moc sdílný, což je v jeho situaci pochopitelné. Se svým stavem je prý smířený. O své psychóze se rozpovídal trochu více.

Průběh toxické psychózy:

Patrik si nepřipouští, že se s jeho psychikou něco děje, i když se mu to snaží vysvětlit i jeho nejlepší kamarádi. Neustále má pocit, že se proti němu všichni spikli. Dalším projevem nemoci u Patrika jsou nejen halucinace, ale i to, že se cítí být pronásledován. Je také velmi vztahovačný. Stejně jako Richard odmítá jakoukoli medikaci. Nyní má takovou formu stíhomanu, že ani nevychází z bytu. Myslí si, že ho pronásledují mimozemšťané, nebo že dokáže ovlivňovat myšlenky svých přátel, nebo to, jakou písničku budou zrovna hrát v rádiu. Jeho kamarádi o něj mají strach, tak ho alespoň chodí pravidelně navštěvovat.



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Kristýna Kostovská

**Obor:** 7506R002 - Speciální pedagogika - vychovatelství (Bc. SPPGV)

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Drogy a drogová závislost dětí a mládeže

**Rok:** 2013

**Počet stran textu bez příloh:** 71

**Celkový počet stran příloh:** 11

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 17

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 4

**Vedoucí práce:** PaedDr. Jan Toman

