

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Dagmar Lukšíková

Drogy a drogová závislost u mládeže

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce:

Phdr. Strapcová Eleonora

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINET STUDIES

2010 – 2013

BACHELOR THESIS

Dagmar Lukšíková

Drugs and drug addiction

Prague 2013

The bachelor Thesis Work Supervisor:

Phdr.Strapcová Eleonora

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 použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autora/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce paní Phdr. Eleonoře Strapcové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

ANOTACE

Pro svou práci jsem si zvolila téma Drogy a drogová závislost. Toto téma mě zajímá především proto, že pracuji v dětském domově a jsem matka dvou dospívajících dětí. Užívání drog je problém, protože závislí žijí mezi námi a tento problém nezmizí tím, že se nebude řešit.

V teoretické části se zaměřuji na vymezení pojmů droga a její závislost, rozpoznání problému, závislosti na droze v dětském věku.

V dalších kapitolách teoretické části se zabývám prevencí problému způsobených návykovými látkami, rozdělení prevence, terapií a léčbou drogových závislostí. V poslední kapitole teoretické části se věnuji struktuře léčebně kontaktních center pro drogově závislé na území města Ostravy.

Praktickou část jsem zaměřila na kvantitativní průzkum studentů střední školy, na informovanost a zkušenost s drogou. Zvolila jsem metodu dotazníků.

Ve výzkumné části mě zajímaly především otázky informovanost drog, příčiny vzniku drogové závislosti, s jakou drogou mají studenti největší zkušenost.

V závěru dotazníku měli studenti prostor vyjádřit se k problematice drog.

Závěr práce obsahuje vyhodnocení 15 otázek a odpovědi.

Klíčové pojmy :

Abstinence, craving – „bažení“, detox, droga, návyk, „peer program“, prevence, recidiva, relaps, spouštěč, stretworker, závislost,

ANNOTATION

For my thesis I chose this topic - Drugs and drug addiction. I am interested in this topic especially because I work in an orphanage and I am a mother of two teenagers. Drug abuse is a problem, because drug addicts live among us and this problem will not disappear by not solving it.

The theoretical part focuses on defining the terms such as a drug and drug addiction, recognizing the problem, addiction to the drug in children's age. Other chapters of the theoretical part deal with the prevention of the problem caused by addictive substances, distribution of prevention, therapy and treatment of drug addiction.

The final chapter of the theoretical part is dedicated to the structure of medical contact centers for drug addicts in the city of Ostrava.

The practical part is focused on the quantitative survey of high school students on the awareness and experience with a drug. I chose the method of questionnaires.

In the research part I was primarily interested in issues of drug awareness, causes of drug addiction and with what kind of drug students have the greatest experience.

At the end of the questionnaire, students had the space to respond to the issue of drugs.

The conclusion is the evaluation of 15 questions and answers.

Key words:

Abstinence, craving, detox, drug addiction, "peer program" prevention, recurrence, relapse, trigger street worker, addiction,

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 DROGOVÁ ZÁVISLOST	11
1.1 Droga	11
1.2 Závislost	12
1.3 Rozpoznání problému a časná intervence	12
1.4 Klasifikace podle typu drogové závislosti	15
1.5 Nejrozšířenější drogy v České republice	17
1.6 Drogy v dětském věku	19
2 PREVENCE PROBLÉMŮ ZPŮSOBENÝCH NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI	21
2.1 Primární prevence	22
2.2 Sekundární prevence	24
2.3 Terciární prevence	25
3 TERAPIE A LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	26
3.1 Přístupy k drogové problematice ve vybraných zemích a USA	27
3.2 Terapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí	29
3.3 Terapeutická komunita	37
3.4 Mírnění škod	40
4 STRUKTURA LÉČEBNÝCH KONTAKTNÍCH CENTER PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ NA ÚZEMÍ MĚSTA OSTRAVY	41
4.1 Renarkon o.p.s.	42
4.2 Kontaktní centrum Ostrava	43
4.3 Resocializační centrum Čeladná-Podolánky	44
4.4 Centrum primární prevence	45
4.5 Detoxikační jednotka	45
4.6 Doléčovací centrum	46
4.7 Terénní program	47
PRAKTICKÁ ČÁST	
5 CÍLE PRŮZKUMU A METODIKA	48
5.1 Cíl výzkumného šetření	48
5.2 Metodika průzkumu	48
5.3 Výběr respondentů	48
5.4 Výsledky průzkumu	49
5.5 Závěr průzkumu	60
5.6 Závěr praktické části	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	63

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	65
SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Drogová závislost je onemocnění a její léčba je složitý a dlouhodobý proces. Chvíle, kdy se narkoman rozhodne abstinovat a podstoupit léčbu, se nedá naplánovat a nelze ho k tomu nutit. V jistém okamžiku však všichni dojdou k poznání, že již takto nemohou dál a ani už nechtějí. V takovém případě pak následuje hledání léčebného zařízení, o němž se domnívají, že nejlépe, nejúčinněji a v relativně příznivém horizontu, vyřeší problém s drogou.

Tato práce je zaměřena především na mladou generaci, protože stále více mladých lidí řeší své problémy tím, že se uchyluje k drogám. Rozhodně by se neměly opomíjet drogy legální, jako jsou alkohol a cigarety, které jsou v naší společnosti tolerované, ale přesto představují také velkou hrozbu pro naši společnost a mladou populaci. V dnešní době už mají zkušenosti s alkoholem i drogami děti na základních školách a stále se věková hranice snižuje. V loňském roce proběhl průzkum ve Světovém žebříčku neřestí. Porovnávala se průměrná spotřeba alkoholu, cigaret, nelegálních drog a útrata na výherních automatech. V celkovém součtu bylo hodnoceno 57 zemí. Česká republika se umístila na vrcholu, v celkovém počtu s **68,94%**. Takové prvenství je dost smutné. Výroční zpráva o stavech ve věcech drog ČR (2011, str. 28).

Práce je rozdělena do dvou částí - teoretické a praktické. Teoretická část má čtyři kapitoly, které se věnují pojmem droga a její závislost, druhy drog a jejich účinky, prevence problému způsobených návykovými látkami, terapií a léčbou drogových závislostí.

Poslední čtvrtá kapitola se zabývá strukturou léčebně kontaktních center pro drogově závislé na území města Ostravy. Tuto kapitolu jsem zde zařadila úmyslně, protože se domnívám, že je velmi důležité vědět, kam se obrátit pro pomoc, pokud máme podezření, že naše dítě bere drogy. Také jsem byla v situaci, kdy mě kontaktovali blízcí přátelé a potřebovali pomoc, radu kam se obrátit. Pro mě osobně je tato zkušenost zajímavá a blízká. Pracuji v dětském domově a jsem matka dospívajících dětí. To byl také důvod, proč jsem si vybrala toto téma pro svou bakalářskou práci. K drogám se nesmíme otáčet zády, je to problém, který se týká nás všech. Většina dospělých se o tuto problematiku nezajímá, pokud se s drogou nesetká osobně u svých blízkých.

V naší společnosti je informovanost značně podceňovaná. Mnoho mladých lidí sáhne po droze jen ze zvědavosti, protože nemá dostatek informací, jak nás droga ohrožuje, neznají její důsledky. Drogový problém se netýká jen samotného jedince, ale i lidí v jeho okolí, celé společnosti.

V praktické části uvádím výsledky průzkumu prováděného na střední škole, zaměřeného na zkušenosti žáků s návykovými látkami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

1.1 Droga

Závislost na drogách je jevem, který lidstvo vždy provázel, teprve nyní se však stává symbolickým problémem naší doby na všech možných úrovních.

Pro orientaci v problematice drog a drogových závislostí je důležité objasnit si pojem droga, kterou lze chápat jako každou látku přírodního nebo syntetického charakteru.

Presl (1995) uvádí:

- 1) Má tzv. psychotronický účinek – nějakým způsobem ovlivňuje prožívání okolní reality – prostě působí na psychiku.
- 2) Může vyvolat závislost, má tedy něco, co označujeme jako „potenciál závislosti“.

Odpověď na otázku, proč lidé bere drogy, není snadná. Vždy se jedná o souhru mnoha faktorů, které na jedince působí, ať už se jedná o dědičnost, vlivy prostředí nebo o přítomnost drogy jako fenoménu ve společnosti. Kdy už lze hovořit o závislosti? To je různé. Definovat, kdy přesně závislost vzniká, a po kolika dávkách, jednoznačně nelze a záleží to na mnoha okolnostech, např. na:

- osobnosti člověka, který drogu zneužívá, na jeho psychickém a tělesném stavu
- typu drogy, která je zneužívána
- věku (čím je člověk mladší, tím rychleji může závislost vzniknout)
- četnosti experimentu s drogou

1.2 Závislost

Existuje celá řada pojetí a definic drogové závislosti, můžeme však bezpochyby hovořit o onemocnění. Důkazem toho je zařazení závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách do Mezinárodní klasifikace nemocí.

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost následovně: Nešpor, Csémy, Pernicová (1996, s. 15, s. 16) uvádí:

„Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislost je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů“:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky,
- c) tělesný odvykací stav,
- d) průkaz tolerance k účinku látky,
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

1.3 Rozpoznání problému a časná intervence

Nejrůznější problémy, které návykové látky působí, mají stigmatizující charakter. Proto se lidé léčbě často brání, problémy popírají a nechtějí si přiznat, že jsou na drogách závislí.

Přitom by v mnoha případech stačilo, aby včas vyhledali pomoc odborníků. Cílem časné intervence je to, aby lidé byli pro problémy s návykovými látkami léčeni co nejdříve.

Tato léčba je snazší, levnější a úspěšnější a může probíhat u odborníků na léčbu závislosti, ale i v ordinaci všeobecného lékaře, na pracovištích, formou rodinné terapie, svépomocných organizací a manuálu, formou linek důvěry, různých poraden pro drogově závislé, apod. Nešpor, Csémy, (1996).

Cílem časné intervence, jinak též nazývané sekundární prevence, je zneužívání návykových látek a s tím spojené problémy zastavit nebo omezit na co nejnižší míru, a to u osob, které sice začaly návykové látky zneužívat, ale závislost v pravém slova smyslu ještě nevznikla.

Tímto se liší od primární prevence, jejímž cílem je problémům s návykovými látkami předcházet, i od terciární prevence, která je zaměřena na faktickou léčbu závislosti na návykových látkách.

Úspěch časné intervence je podmíněn rozpoznáním problému, a to v co možná nejkratší době od vzniku tohoto problému. Pro správné stanovení diagnózy je důležité rozpoznání typických příznaků užívání návykových látek, z nichž některé se liší podle typu zneužívané látky, mnohé však mají obecný charakter.

Podle Nešpora, Csémy, Pernicové (1998) **k nejzávažnějším známkám užívání návykových látek patří:**

- samostatné přiznání užívání drog,
- toxikologický nález v moči, známky intoxikace,
- nález drog nebo pomůcek k jejich užívání,
- jizvy po vpichu,
- ztotožňování se s drogovou kulturou, přátelé berou drogy,
- krádeže, pocity pronásledování, útoky z domova,
- třes.

Další známky:

- změna přátel,
- neomluvené hodiny ve škole a zhoršení prospěchu,
- náladovost, podrážděnost, deprese,
- ztráta kvalitních zájmů,
- únava nebo naopak nadměrná aktivita,
- častější zdravotní problémy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, nevolnost,
- nespolehlivost,
- ztráta kvalitních zájmů.

Postupy užívané při včasné intervenci:

- jasné a důrazné doporučení přestat brát drogy,
- svépomocné příručky,
- spolupráce s rodinou (např. formou rodinné terapie),
- posilování motivace k překonání problému,
- technika předvídání následků,
- sebemonitorování,
- svépomocné organizace,
- linky důvěry, centra krizové intervence,
- doporučení ke specializované léčbě,
- terapeutický kontakt (dohoda mezi drogově závislými, terapeutem, popř. rodiči).

1.4 Klasifikace podle drogové závislosti

Dlouhodobým zneužíváním některé drogy vzniká buď závislost somatická (tělesná) nebo psychická nebo obě. Dle Presla (1995), psychickou závislostí rozumíme zvláštní ladění psychiky, která nutí jedince k periodickému nebo soustavnému používání látky s cílem navodit si příjemný psychický stav nebo naopak zabránit vzniku nepříjemných pocitů rozladěnosti. Závislost somatická znamená adaptaci organismu na používanou látku, která se už stává nutnou součástí metabolismu a její vynechání vede ke vzniku abstinenčních příznaků.

Dělení závislostí podle typu zneužívané látky se často mění, protože jsou objevovány stále nové látky, které mohou po delším užívání vytvořit závislost. Višňovský, Bečková (1998) uvádí hlavní typy drogových závislostí:

1) **Drogová závislost kanabisového typu:**

kanabinoidy – akceptovatelné riziko, osobnostní droga

- konopí,
- marihuana,
- hašiš.

2) **Drogová závislost halucinogenního typu:**

halucinogeny

- rostliny – mezkalin, atd. (asi 200 druhů),
- LSD – lysergamid,
- houby – psilocybin.

3) **Drogová závislost na látkách s centrálně stimulačním účinkem:**

stimulancia – prožitkem je celková stimulace organismu,

po delším užívání změna psychiky, rozvoj paranoidního syndromu

- kokain,
- pervitin – metamfetamin,
- katha,

- betel.

4) **Drogová závislost na léčivech s centrálně tlumivým účinkem:** tlumivá farmaka – výrazně sedativní účinek, rozvoj závislosti až po několika měsících

- antidepresiva,
- sedativa,
- hypnotika, neuroleptika,
- káva.

5) **Drogová závislost solvenciového typu:**

těkavé látky – jedna z nejtvrdějších drog, vysoce nebezpečná, tendence ji podceňovat, nebezpečí neodhalení „správné dávky“

- organická rozpouštědla,
- barvy,
- lepidla,
- ředidla.

6) **Drogová závislost opiátového typu:**

opiáty – okamžitý náraz, utlumenost, tolerance roste, neakceptované riziko

- kodein,
- morfin,
- heroin.

7) **Závislost na alkoholu**

8) **Závislost na tabáku**

9) **Závislost na analgetikách**

1.5 Nejrozšířenější drogy v České republice

Drogy rozdělujeme podle toho, jak jsou u nás rozšířené u dětí i dospívajících. Přiřazujeme k nim také anabolika a hazardní hry.

Nešpor, Csémy, Pernicová (1996) dělí drogy na:

- 1) **Alkohol** – roztoky etylalkoholu, pivo, víno.

Účinek: nezřetelná výslovnost, bolesti hlavy, ospalost, poruchy paměti, dvojitě vidění, vrávoravá chůze.

Rizika: úrazy, pády, popáleniny, nemoci jater, trávicího systému, poruchy paměti, duševní nemoci, oslabení imunity, vysoký krevní tlak.

- 2) **Tabák** – cigarety, šňupací a žvýkácký tabák, cigára, doutníky.

Účinek: typický zápach, kašel, zažloutlé prsty od cigaret, srdeční choroby.

Rizika: zhoubné nádory, onemocnění dýchacích cest, srdeční onemocnění, kouření v těhotenství škodí plodu.

- 3) **Drogy z konopí** – ručně balené cigarety.

Účinek: únava, nezámek, zarudlé oči, hlad, horší postřeh, zhoršení paměti, deprese.

Rizika: úrazy v dopravních nehodách, povahové změny, citové otupění, záněty spojivek a hltanu, ztráta hodnot, horší postřeh, zvyšuje se riziko rakoviny, poškození jater.

- 4) **Pervitin** – světlý prášek, nebo roztok určený k injekčnímu podání.

Účinek: rozšířené zornice, zrychlený tep, neklid, podrážděnost, spavost, deprese, podezíravost, náchylnost k nemocem, pocit euforie.

Rizika: časté úrazy, agrese vůči ostatním, poškození srdce, jater, riziko smrtelných otrav, rychlý rozvoj psychické závislosti, nebezpečný sobě i ostatním.

- 5) **Tlumivé látky** – tablety na bolest nebo uklidnění.

Účinek: celkový útlum, zpomalená řeč, bolest hlavy, ospalost, poruchy myšlení, orientace, nechutenství, roztrženosť.

Rizika: duševní poruchy, nepříznivý účinek na paměť, při vysazení abstinenční stav, bolest těla, nespavost.

6) **Opiáty** – prášek (heroin), tablety, ampule.

Účinek: zúžení zornic, celkový útlum, neschopnost soustředění, apatie, tělesné a duševní chátrání, ztráta potence u mužů.

Rizika: nebezpečí předávkování, rychlý rozvoj závislosti, útlum dýchání, křeče.

7) **Organická rozpouštědla** – rozpouštědla, ředidla, lepidla.

Účinek: nepřítomnost duchem, obluzenost, pocit euforie, poruchy vnímání, vědomí, nepřítomný pohled, rozšířené zornice.

Rizika: poruchy paměti, ohrožení srdce, dýchání, silná psychická závislost, trvalé poškození mozku, smrtelná otrava.

8) **LSD a další látky vyvolávající halucinace** – malé čtverečky papíru napuštěné drogou.

Účinek: rozšířené zornice, rychlejší pulz, poruchy vnímání – halucinace, horší sebeovládání.

Rizika: nebezpečnost sobě i druhým, halucinace, pocity pronásledování, vyšší riziko násilí, sebevraždy, sebepoškozování.

9) **Kokain** – bílý prášek, nejčastější způsob je šňupání.

Účinek: pocení, rozšířené zornice, záchvaty vzteku, kolísání nálad, bledost.

Rizika: duševní poruchy, deprese a sebevražedné pokusy, rychlý rozvoj závislosti.

10) **Anabolika (steroidy)** – tablety, nebo ampule.

Účinek: pokud se aplikuje injekčně, jsou vidět vpichy.

Rizika: poškození jater, cév, srdce, deprese, sklony k násilí, riziko mozkové mrtvice.

11) **Hazardní hry** – není to přímo droga, ale může vyvolat stav blízky drogové závislosti. Patří sem výherní automaty, karty, kasina, sportovní sázky.

Projevy: dluhy, ztráta času, zaměstnání, krádeže, výčitky svědomí, obviňování druhých, půjčování peněz, odcizení od rodiny, přátel.

Rizika: trestná činnost, sebevražedné pokusy, beznaděj, bezohlednost vůči rodině, rozvrat rodinného života.

1.6 Drogy v dětském věku

Závislost na drogách u dětí a mladistvých se v mnoha aspektech liší od závislosti dospělých jedinců a představuje v dětství častý, závažný problém. Při vzniku, rozvoji i léčbě závislosti je třeba brát podstatně více jak u dospělých v úvahu rodinné terapie a pracovat s rodiči.

Závislost v dětství a dospívání se rozvíjí rychleji a vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních zkušeností jsou zde závažnější rizika. Pro dospívání je do značné míry typická tendence testovat hranice, přehánět, riskovat, vzdorovat okolí, nedůvěřovat dospělým, apod. To ovlivňuje charakter problémů s návykovými látkami v této věkové skupině. Často chybí motivace k léčbě a převládá negativistický postoj k lidem, kteří mu chtějí pomoci.

Větší rizika u dětí a dospívajících zpracoval Nešpor, Müllerová (1997):

- vůči drogám mají nižší odolnost,
- mnohem větší riziko předávkování,
- snadněji se u nich vytváří závislost na drogách,
- malá životní zkušenost v kombinaci s drogou, vede často k nesmyslnému, nebezpečnému jednání,
- problémy s drogami se u nich mohou spojovat dřív jak u dospělých s komplikacemi jako jsou krádeže.

Na vzniku drogové závislosti se podílí několik činitelů, jako jsou biologické, sociologické, psychologické. Příčiny užívání návykových látek u mladistvých podle Laceny (2010):

- 1) **Touha po euforizačním účinku** – návykové látky vyvolávají v člověku dobrý pocit.
- 2) **Zvědavost a nuda** – zvědavost je přirozená vlastnost, nuda je přivádí do pokušení zjistit věci, které nikdy nedělali.
- 3) **Vliv party** – vlivem drog jsou všichni na stejné úrovni, nejsou mezi nimi rozdíly.
- 4) **Útěk před vnitřními problémy** – mnoho rodičů je rozvedených, pracuje mimo domov, nevidí celé dny své dítě, nemá na ně čas, emociální, fyzické zneužívání.
- 5) **Útěk před osamělostí** – když se dítě trápí s jakýmkoli problémem, je droga únik před osamělostí.

Základní faktory vzniku závislosti jsou:

- genetické,
- osobnost konkrétního jedince,
- prostředí a tolerantní postoj společnosti,
- droga a její dostupnost,
- podnět neboli startér.

2 PREVENCE PROBLÉMŮ ZPŮSOBENÝCH NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

Cílem prevence je snížit škody způsobené návykovými látkami.

„Někdy se v souvislosti s návykovými látkami hovoří pouze o prevenci vzniku závislosti na nich. Takové pojetí prevence by bylo příliš úzké. Nejde totiž jen o to, předcházet vzniku závislosti, ale i předcházet celé řadě dalších škod, které nejsou na závislost vázány. Cílem prevence je tedy předcházet všem škodám způsobených návykovými látkami včetně vzniku závislosti.“ Nešpor, Czémy (1996, s. 6).

Základním cílem prevence je snížit škody způsobené užíváním drog. První písemné zmínky pocházejí z 13. století z Číny, kde bylo zavedeno opatření proti alkoholu. V dobách napoleonských válek je známý zákaz užívání hašiše. Do konce 19. století šlo jen o preventivní úsilí bez mezinárodní spolupráce. Československo se od roku 1922 zavázalo k povinné kontrole výroby, dovozu či vývozu čistého opia. Od té doby státy spolupracují v boji proti drogám a následkům jejich užívání. Pavlas (2001).

Dle Štablové (1997) prevence směřuje do čtyř základních oblastí:

- a) Omezení dostupnosti drog – má represivní ráz (celní opatření, legislativní a exekutivní opatření vedoucí k omezení výroby, dovozu, pašování tranzitu drog).
- b) Snižování nabídky – omezení nebo úplný zákaz reklamy týkající se nabídky návykových látek. V této oblasti prevence nejvíce selhává.
- c) Snižování poptávky po drogách – cílem je přesvědčit širokou veřejnost o nevhodnosti a nebezpečnosti užívání drog a dát návody ke správnému životnímu stylu (besedy, přednášky, programy, výcviky sociálních dovedností).
- d) Předcházení komplikacím – týká se jedinců, kteří se už dostali do kontaktu s drogou. Nejdůležitější je včas podchytit experimentující jedince, což může zabránit tomu, aby se stal uživatelem drog a později závislým na drogách. Všichni uživatelé drog by se měli dostat do péče specializovaných

zdravotnických zařízení. Ve skutečnosti se do těchto zařízení dostává jen velmi malá část uživatelů a obvykle již se zdravotními komplikacemi.

Po rozdělení výše uvedených aktivit se ve zdravotnictví užívá termínu primární, sekundární, a terciární prevence.

2.1 Primární prevence

Zahrnuje veškeré působení, kterým si klademe za cíl předcházet problému tak, aby vůbec nevznikl. Motorem zůstává rodina a prostředí jedince.

Základním cílem prevence je, aby populace nenásilnou cestou zabraňovala kontaktu s experimentací s návykovými látkami. Proto usiluje Pavlas (2001) o:

- a) snižování dostupnosti a posléze nabídky návykových látek,
- b) snižování poptávky.

Bojovat s drogou je nesnadný úkol, obchod s drogami je poháněn dvěma silami – poptávkou a nabídkou. Policejní složky a vlády se téměř sto let soustřeďují na omezování nabídky. Nebudou-li drogy, nebudou narkomani. Nicméně tato snaha primární prevence je plně v kompetenci legislativy vydávající zákony zamezující výrobu, dovoz a distribuci drog ministerstva vnitra ČR.

Společné cíle:

- snížit pouliční dostupnost drog a drogovou kriminalitu,
- v oblasti trestné činnosti zpomalit vývoj negativních trendů spojené s návykovými látkami,
- využití stávající legislativy k efektivnímu potírání všech forem drogové kriminality.

Základní primární prevencí je utváření postojů a výchova v rodině.

Hlavní zásady této prevence zahrnují:

- 1) Získat důvěru dítěte – s důvěrou roste šance, že se dítě dokáže svěřit se svými problémy.

- 2) Umět hovořit o návykových látkách – uvádět kladné i záporné vzory.
- 3) Posílit zdravé sebevědomí dítěte – pochvala, projevování rodičovských citů.
- 4) Zdravá pravidla v rodině – zákaz alkoholu u nezletilých, neústupnost při vydírání, důslednost při jakémkoli porušení zákazu, kontrola dítěte.
- 5) Předcházet nudě – podílet se na provozu domácnosti, kvalitní záliby mimo rodinu.
- 6) Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti – naučit dítě zdůvodňovat svůj nesouhlasný postoj.
- 7) Účinně spolupracovat s dalšími dospělými.
- 8) Hledat spojence pro dobrou výchovu a prevenci – prarodiče, škola, rodinní známí, sousedé.
- 9) Spolupracovat se školou – informovanost rodičů o problémech s drogami na škole.

Kromě rodiny je také důležitou institucí škola. Učitelé mohou pomoci snížit rizika vedoucí ke zneužívání drog především osobním přístupem k žákovi a individuální pomocí při řešení problému. Důležitá je i spolupráce s rodinou a institucemi zabývajícími se drogovou problematikou. Školy provádějí prevenci primární, také někdy sekundární. Je to místo, kde se setkává velké množství lidí, tím se vytvářejí sociální skupiny, kde se navzájem členové ovlivňují, mají různé role. Mladý jedinec chce patřit do nějaké sociální skupiny (mít kamarády). Jako nejúčinnější se jeví „peer“ program. Byl vytvořen v USA a aplikován v mnoha zemích Evropy, Asie i Austrálie. U nás začal být aplikován na vybraných školách od poloviny 90. let. Základním principem této metody je aktivní účast předem připravených studentů do sociálních vztahů s vrstevníky a následně jejich nenásilné ovlivňování. Musí být předem připraveni. Vybírají se z dětí, které jsou schopny tuto zátěž unést, s negativním postojem k drogám, neměly by mít výrazné problémy prospěchové a výchovné. Tyto děti prochází speciální přípravou, kde svou úlohu hraje především věk, sociální situace. Důležité je se ztotožnit s tímto preventivním programem, nabyté zkušenosti uplatnit v praxi.

MŠMTV podporuje aktivity v protidrogové prevenci např.:

- 1) **Škola bez drog** – obsahem jsou projekty, realizované v prevenci zneužívání návykových látek, sociálně patologické jevy ve školách, kriminalita.
- 2) **Prevence ve školství** – prostor pro provádění protidrogových projektů, pro ostatní školská zařízení.

V programu „Škola bez drog“ se realizují projekty:

- nácvik komunikace, sociální dovednosti, umět odmítnout drogu, aktivity pro zdravý životní styl,
- nabídka volno-časových aktivit, s cílem využít pozitivní trávení volného času dětí,
- přítomnost v diskusních programech, přednášky a besedy o drogách,
- besedy pedagogů a rodičů k dané problematice. Pavlas (2001).

2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence pomáhá tam, kde se už jedinec s drogou setkal, má již drogové zkušenosti, ale není ještě závislý na jejím užívání. Úkolem je předcházet negativním sociálním a zdravotním dopadům pro osoby, které drogu zneužívají. Jejím cílem je změnit systémy chování a dosáhnout návratu do stavu zdraví, které je chápáno jako výsledek vlastního úsilí. Sekundární prevence se nespolehá na to, že uživatelé drog přijdou do poradny sami, ale snaží se včas tento problém rozpoznat a poradit jim. Pavlas (2001).

Do okruhu prevence zařazujeme:

- poskytování čistých stříkaček, jehel,
- zřizování kontaktních center, středisek „DROP IN“,
- poskytování krátkodobého azylu s možností stravy a osobní hygieny,
- podpora pozitivního životního zájmu.

Důležitá je široká nabídka pomoci, kterou poskytují ambulantní poradny, linky důvěry, pedagogicko-psychologické poradny a další. Cílem časně intervence je zahájit léčbu co nejdříve. Velmi důležitou roli hraje práce tzv. „streetworkerů“, jsou to sociální pracovníci, kteří navštěvují místa, kde se scházejí lidé užívající drogu, navazují s nimi kontakt a poskytují jim pomoc nebo radu. V případě, že se nedaří problém s návykovou látkou zvládnout pomocí časně intervence, je na místě předání ke specializované léčbě.

2.3 Terciární prevence

Její úlohou je poskytovat péči o závislé. Provádí se poté, co nemoc způsobila poškození, jejím cílem je předejít dalším škodám, zabránit recidivě a minimalizovat sociální dopad postižené osoby. Nastupuje při selhání primární a sekundární prevence a je realizována zdravotnickými a sociálními institucemi. Snaží se zamezit vzniku somatických, psychických a sociálních komplikací. Jejím cílem je také zapojení vyléčených do aktivního způsobu života. Pavlas (2001).

Do okruhu této prevence zařazujeme:

- nedobrovolné léčení – týká se to neplnoletého dítěte, které se odmítá léčit, vyžaduje to rodič, nebo je to nařízeno soudem,
- dobrovolné léčení,
- terapeutické komunity, do kterých přicházejí osoby, které prošly léčením.

Terapeutické komunity podporují léčbu jedinců aktivní činností neboli prací. Jde zde také o vytvoření dobré komunikace mezi ostatními, která je zárukou pro rozhodování členů v kolektivu. Podmínkou komunity je úplný zákaz užívání návykových látek, za jeho porušení je člen z komunity vyloučen.

Úsilí zamezit návrat k závislosti podporují abstinenční kluby, které pracují v menších skupinách. Jejich cílem je podporovat vzájemnou důvěru a posilovat odpovědnost jednotlivce za sebe i ostatní (Pavučina, Klus).

Na skupinu toxikomanů, kteří léčbu odmítají, je zaměřena i práce streetworkerů, kteří vyhledávají jednotlivce či skupiny v terénu, nabízejí jim výměnu jehel a stříkaček, poskytují jim informace, apod.

3 TERAPIE A LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Neexistuje žádný spolehlivý a jednou pro vždy účinný recept na řešení současných a hlavně budoucích problémů léčby drogově závislých. Přes rozmanité přístupy v terapii závislosti není jasné, jak se liší účinností a co jsou účinné faktory. Dostupné výzkumné důkazy indikují, že jakákoli léčba je lepší než žádná léčba – ale je málo důkazů, že nějaká léčba je lepší než jiná. Drogově závislí mohou mít stejný prospěch z téže terapie. Úspěšnost terapie se odvíjí i od schopnosti a ochoty pacientů tuto terapii využít, motivaci však nemůžeme chápat jen jako předpoklad zahájení léčby, ale i jako výsledek terapeutického procesu.

Abychom moli vymežit vhodný terapeutický přístup, musíme znát etiologii závislosti, mít možnost důkladné diagnostiky a znát také účinné terapeutické prostředky.

Rotgers (1999) uvádí dva důvody, proč je diagnostika důležitá:

- 1) Hlavním důvodem je třeba zjistit, zda je pacient skutečně závislý na drogách, druhý cíl se dotýká samotné motivace. Takové posouzení může být důležité při plánování léčby.
- 2) Léčba drogových závislostí byla dříve (asi do poloviny 70. let) převážně informativní. Lidé, kteří měli problémy s alkoholem nebo neopiátovými drogami, byli hospitalizováni, prošli detoxikací, a potom byli poučeni o škodlivosti drog. Pokud chtěli abstinovat, mohli se angažovat v některé z mnoha svémocných skupin (Anonymní alkoholici, Anonymní narkomané – vnik v USA), založených na léčebném modulu 12 kroků. Pacienti s opiátovou závislostí byli zařazováni do dlouhodobějších programů vedených vyléčenými pacienty podle modulu terapeutické komunity, některým byl doporučen metadonový substituční program. Po mnoho let byla léčba organizovaná v rámci těchto tří modulů (12 kroků, terapeutická komunita metadonový program) a terapeutická péče většinou neodpovídala specifickým potřebám klientů.

Od konce 70. let jsou vyvíjeny přístupy nové, vycházející z myšlenky, že drogově závislí jsou heterogenní populací s mnoha rozdílnými charakteristikami. Z hlediska

efektivitu léčebného procesu se jeví jako nejúspěšnější metody rozvinuté na podkladě různých modelů učení, které směřují k obtížně ovlivnitelným aspektům drogové závislosti, jako např. motivace závislého změnit své chování.

Terapie osob závislých na návykových látkách se považuje za velmi náročnou, ať už z hlediska stanovení účinného léčebného postupu nebo stanovení délky léčby a výběru terapeutů.

3.1 Přístupy k drogové problematice ve vybraných zemích a USA

Formulace protidrogové politiky a realizace příslušných opatření odrážejí sociokulturní a politické poměry. Heller, Pecinová (1996, str. 116) uvádí dva protikladné přístupy:

- 1) přístup „zastašovací“ či „odšastašovací“,
- 2) přístup „normalizační“, nazývaný také přístupem „snižujícím škodlivé následky“

Přístup „zastašovací“

- Zdrojem „veškerého zla“ jsou drogy samy o sobě a proto je cílem úplná eliminace abúzu drog ve společnosti, čímž se automaticky vyřeší veškeré problémy.
- Drogy jsou hierarchicky seřazeny podle „nebezpečnosti“, která je determinovaná pouze fyziologicky a problémy s ní spojené vycházejí z drogy samé.
- Společnost je drogami ohrožena, drogy vedou k úpadku morálky, hodnot, ideálů, normy.
- Zastánci tohoto přístupu jsou tvrdými odpůrci drog a přívrženci zastašovacích kampaní, prohibice, trestu.

Přístup „normalizační“

- Drogy nejsou „zdrojem zla“ a pokusy o jejich eliminaci naopak povedou k nárůstu problémů.

- Drogy nemůžeme řadit podle „nebezpečnosti“, závislost je determinovaná i sociokulturními a psychologickými faktory.
- Reakce společnosti na zneužívání drog způsobuje problémy a ne samotný abúzus drog, trestní postih drogově závislých porušuje jejich osobní svobodu.
- Zastánci tohoto přístupu nevidí rozdíly mezi drogově závislými a ostatními, kteří drogy neužívají, čili „neznačkovat“ závislé, zaměřit se na otázku, jaké funkci slouží užívání drog u dotyčných osob (psychosociální model).

Rozdíly přístupů k závislostem existují nejen mezi jednotlivými zeměmi (např. vlády USA, Německa, Švédska – zastánci „zastřehovacího“ přístupu, a na druhé straně vlády Nizozemí, Švýcarska – zastánci „normalizačního“ přístupu, ale i často v rámci jednoho státu, jednoho politického systému. Je také rozdíl mezi oficiálními stanovisky vlád jednotlivých států a mezi přístupy lidí, kteří mají k závislým osobám blízko a přistupují k nim bez předsudků.

Ať už se přístupy k drogové problematice v jednotlivých zemích liší v mnoha věcech, jedno mají společné – tvrdé postihy za výrobu, tranzit a distribuci drog. Více či méně tolerantní přístup však uplatňují k užívání a držení drog. Od tvrdého trestného postihu za držení drog (USA, Německo, Itálie, Švédsko, apod.) k umírněnějším postojům odstupňovaným podle druhů a množství zneužívané drogy. Např. ve Velké Británii mezi oficiální přístup patřilo i bezplatné poskytování heroinu, morfia a kokainu na lékařský předpis závislým osobám.

V současné době je stávající model zachován, pouze dostal sociální zabarvení (začala být zřizována terapeutická centra, byla zpřísněna pravidla pro předepisování drog, zavedena nucená léčba, apod.).

V Nizozemsku, které pro mnohé představuje „drogový ráj“, jsou sice měkké drogy více či méně volně přístupné, tvrdé drogy jsou však přísně pronásledovány. Např. užívání marihuany přestalo být trestné v roce 1976. Zároveň začaly vznikat slavné marihuanové kavárny (tzv. „coffee shops“), v nichž lze drogu používat mnoha způsoby: od koláčku až po „obohacené“ pivo. Konzumace je však omezená. Původně bylo možné v marihuanové kavárně jednorázově použít 30 gramů drogy (marihuany, hašiše), dnes jen pět gramů, a to především z důvodu stále kvalitnější a silnější drogy, která už není

tak lehce „zvladatelná“. V Nizozemsku také vznikla síť obchodů „smart shops“, kde jsou ke koupi různé pochutiny s obsahem marihuany (např. čokoláda, lízátko, koláče), rostlinná ecstasy i semenná konopí. Nizozemská protidrogová strategie se opírá o přesvědčení, že trestnost produkce a distribuce drog, při beztrestnosti jejich zneužívání, je velmi významnou podmínkou účinné pomoci lidem závislým na drogách.

Tato rekriminace (ne však legalizace) měkkých drog nevedla, podle centra výzkumu drog v Amsterdamu, k výraznému nárůstu počtu narkomanů a vzhledem ke skutečnosti, že jejich věkový průměr roste, jedná se zřejmě o tytéž lidi.

Nizozemské zákony zakazují sice všechny drogy, ale podzákoné normy povolují, aby se místní orgány domluvily s policií, že něco nebude postihovat. Z nizozemských zkušeností na poli drogové problematiky čerpají mnohé země (např. Španělsko, Polsko, Švýcarsko, Maďarsko), jiné státy nizozemskou protidrogovou strategii tvrdě kritizují (např. Švédsko, Itálie, Německo, USA). Heller, Pecinovská (1996).

V České republice se situace po vydání tzv. protidrogového zákona poněkud změnila a teprve statistické údaje ukáží, jestli přispěl ke snížení počtu drogově závislých či nikoliv. Polemika, která byla před vydáním tohoto zákona vedena, byla částečně polemikou mezi normalizačním a zastrášovacím přístupem.

Ať už jednotlivé státy mají v oblasti legislativy více či méně tvrdé trestné postihy za výrobu, distribuci, tranzit a zneužívání drog, je však jisté, že jejich společným cílem je minimalizovat škodlivé následky abúzu drog.

3.2 Terapeutické přístupy v léčbě drogově závislých

Léčebný postup musí zajistit tyto úkoly. Heller, Pecinovská (1996):

- odstranění drogy z organismu (detoxikace),
- obnovení somatických funkcí organismu,
- obnovení psychických funkcí,
- přijetí nového životního stylu,
- resocializace.

Takový léčebný program vyžaduje tříletou systematickou práci a sestavení systému, podle potřeb a stavu rozvoje choroby pacienta. U rozvinuté závislosti máme nejlepší výsledky v kombinaci s ústavní základní léčbou, poté následuje ambulantní doléčovací systém, do něhož jsou přiřazeny týdenní ústavní doléčovací kúry.

Detoxikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou zařízení, které umožňují krátkodobou medicínskou a psychologickou pomoc při vysazení drog. V zahraničí i u nás se stále častěji používá termín detox, který zahrnuje obě varianty klinického průběhu odvykacího stavu, a to detoxikaci (proces očišťování organismu od toxických látek) a detoxifikaci (léčba odvykacího stavu, resp. syndromu odnětí z drogy).

Nešpor, Czémy (1996) charakterizují **prvky detoxifikace:**

- toxikologické, somatické i psychiatrické vyšetření,
- zajištění bezpečnosti pacienta,
- psychoterapie a léčba prostředí,
- farmakoterapie,
- prostředí, kde nejsou volně dostupné návykové látky,
- rodinná terapie,
- vnitřní diferenciací detoxikačních jednotek,
- akupunktura.

Během pobytu v detoxu probíhá diagnostický proces, který je zakončen celkovým zhodnocením situace a doporučením dalšího postupu, popř. zprostředkováním následné léčby, např. v terapeutických komunitách a resocializačních programech, provozovaných buď státními zařízeními, nebo různými nadacemi a občanskými sdruženími.

Psychoterapie v léčbě závislosti

Psychoterapie je hlavním prostředkem léčby závislosti a tvoří osu komplexní terapie. V psychoterapii existují velmi odlišné směry a formy. K psychoterapii se řadí

i rodinná terapie, relaxační techniky a také terapeutická komunita. Podle Rottgerse (1999) existuje v léčbě drogových závislostí pět vůdčích teoretických a praktických přístupů.

- Vyjádření empatie – klientovi dáváme najevo, že mu rozumíme jak mu je.
- Vytvoření rozporu – cílem klienta je dosáhnout sebekontroly a získat důvody ke změně.
- Vyhybání se sporu – spory jsou kontraproduktivní a zvyšují úroveň klientova odporu terapeutovy frustrace.
- Práce s odporem – nejdůležitější motivací je snížit klientův odpor vůči léčbě.
- Podpora sebedůvěry – sebedůvěra je základní prvkem procesu změny.

„Psychoterapie a farmakoterapie funguje na bázi různých mechanismů a řeší různé problémy, ale ani jedna není sama o sobě účinná. Jak převážná většina důkazů v oblasti léčby užívání návykových látek naznačuje, tyto dvě formy mají tendenci lépe fungovat spolu než odděleně, integrovaná léčba, kterou je nutno pečlivě zvolit pro jednotlivé pacienty na základě potřeb, nám může poskytnout naději pro pomoc pacientům, jejichž životy jsou devastovány užíváním návykových látek“ (Rotgers a kol., 1999, str. 249).

12 stupňový přístup

Přístup založený na programu 12 kroků Anonymních alkoholiků (AA) a Anonymních narkomanů (NA) dominuje především v USA. Cílem je naprostá absence od drog a alkoholu (na rozdíl od kontrolovaného užívání).

Jedním z hlavních aspektů programu 12 kroků, který jej jasně odlišuje od jiných modelů intervence, je otevřená podpora spirituality, vyplývající z hlubokého přesvědčení, že lidé, kteří věří, mají jasnou představu o smyslu života. Základním předpokladem úspěchu této terapie je přijetí zásad 12 kroků, účast na setkáních, naslouchání příběhů druhých, identifikace s nimi, což dříve nebo či později motivuje závislého, aby program 12 kroků vyzkoušel.

Program 12 kroků se používá k léčbě asi sta nemocí (Anonymní hazardní hráči, Anonymní přejídači, apod.) a činnost jednotlivých organizací tohoto typu se může

překrývat nebo prolínat. Masově se tyto organizace rozšířily v USA a ve státech západní Evropy, v české republice má členskou základnu čítající statisíce lidí. V psychiatrické léčebně při lůžkovém oddělení v Praze Bohnicích byla založena organizace Anonymních hráčů.

Dvanáct kroků. Nešpor, Müllerová (1997, str. 70,71)

1. *„Přiznali jsme bezmocnost vůči drogám – naše životy začaly být neovladatelné.*
2. *Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
3. *Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho sami chápeme.*
4. *Provedli jsme důkladnou a nebojácnou inventuru sami sebe.*
5. *Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
6. *Byli jsme zcela svolní s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
7. *Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
8. *Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*
9. *Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.*
10. *Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.*
11. *Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.*
12. *Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním narkomanům a uplatňovat tyto principy ve všech záležitostech.“*

Psychodynamický přístup

Psychodynamická terapie v léčbě závislých představuje široké spektrum terapií orientovaných na náhled a respektujících psychiatrické principy a ne na klasickou psychoanalýzu jako takovou. Psychoanalytická terapie však není ústřední terapií při léčbě závislosti. Psychoanalytické koncepce totiž považují drogovou závislost pouze za syndrom skryté, psychologické poruchy, ačkoliv na základě současných znalostí je jasné, že za vznik a přetrvávání závislostí jsou odpovědné i další faktory – behaviorální, kognitivní, biologické a ty, které jsou dané prostředím. Také terapeut při práci s drogově závislými musí být aktivní, direktivní a rozhodný, dynamická terapie však vyžaduje pravý opak. Jako účinnější se jeví a také se podstatně více využívá integrace psychodynamické terapie do jiných, při léčbě drogově závislých, účinnějších terapií.

Rodinná terapie

Rodina hraje hlavní roli v etiologii, udržování i při léčbě nejrůznějších psychických i psychiatrických poruch, proto má rodinná terapie své nezastupitelné místo i v léčbě drogově závislých. Užívání návykových látek je považováno jako choroba, která ovlivňuje všechny členy rodiny.

V současné rodinné terapii dominují čtyři různé směry. Rotgers a kol. (1999):

- Model nemoci rodiny – determinuje závislost jako nemoc, učí členy rodiny měnit své chování, klade důraz na komunikaci a rovnováhu v rodině.
- Model rodinného systému – zkoumá, jakou roli hraje užívání drog v rodině a pokouší se změnit role, pravidla, hranice v rodinném systému.
- Behaviorální přístup – hledá spouštěcí mechanismy užívání návykových látek a snaží se je změnit.
- Psychodynamický přístup – potlačování přání a pocitů ostatních členů rodiny, vzájemná podpora.

Zapojení rodiny do léčby je spojováno s lepším snášením léčby, navíc zapojením rodinných příslušníků do terapie můžeme eliminovat negativní vliv drogově závislého na fungování zbytku rodiny.

Existují dva základní typy intervencí zaměřených na rodinu: párová terapie (nejčastěji využívána u dospělých) a rodinná terapie (u adolescentů). Doporučuje se především v případech, kdy konflikty nebo problémy komunikace v rodině přímo přispívají ke zneužívání návykových látek.

Rodinná terapie je přístup nesnadný, v některých případech ani není možné ji zahájit nebo vytrvat v ní (např. členové rodiny ji odmítají, nejsou k dispozici, nepodporují abstinenci, apod.)

Behaviorální přístup

Behaviorální teorie patří mezi neproduktivnější přístupy a z větší části tvoří základ rodinné terapie i motivačních metod. Při zkoumání příčin drogové závislosti minimalizují vliv genetických faktorů a velký důraz kladou na interakci prostředí, biologických komponent určujících temperament a konstituci, a procesů učení. Kladou podstatně větší důraz na přizpůsobení léčebných metod a cílů potřebám pacientů než jiné teorie a netrvají na abstinenci jako na jediném skutečném cíli léčby (varianta přitažlivá i pro pacienty, kteří se vyhýbají tradičním způsobům léčby). Jednoznačně vyžadují spolupráci klienta, věnují mu pozornost a nezaujímají k němu konfrontační postoj, proto jsou tyto teorie akceptovány.

Behaviorálně orientované metody jsou zaměřeny především na zvýšení sebevědomí klienta, jeho schopnosti řešit a překonávat problémy bez pomoci drog a na zprostředkování dovedností nezbytných pro řešení nových problémů, které mohou v budoucnu nastat.

Základní úkoly behaviorálně pojaté léčby jsou:

- Funkční analýza – především určení faktorů, které vyvolávají a udržují závislé chování (tzv. spouštěče užívání), shromáždění veškerých informací o povaze pacientovy drogové závislosti a jejich dopadu na jiné osoby. Na základě získaných informací stanovit individuální plán terapie.
- Návik dovedností – založen na faktu, že pokud se člověk naučil některé podmíněné podněty spojovat s užíváním drog, může se to také odnaučit (jedná se např. o návik sebekontroly, zvládání stresu, návik sociálních dovedností).

- Prevence relapsu (recidivy) – v posledních letech se prevencí relapsu věnuje zvýšená pozornost. Termín relaps znamená návrat symptomů, choroby po období zlepšení. Pacienti, u kterých došlo k relapsu, prožívají rozpaky, stud, deprese, že selhali. „*Subjektivní asociace terapeutů vyvolané slovem relaps zahrnovaly popisy jako „selhání léčby“, „selhání vina“, a „kolaps“* Rotgers a kol.(1999, s. 181).

To, jak drogově závislý jedinec rizikovou situaci zvládne, závisí jednak na její náročnosti a jednak na schopnosti jedince uplatnit efektivní strategii na její zvládnutí. V klinické literatuře je popsáno několik modelů prevence relapsu, nejvýznamnější je však kognitivně behaviorální model podle Marlatta a Gordona, z něhož vycházejí v určité modifikované podobě další modely (např. Anisův kognitivně behaviorální model, Dayleho psychoedukační model pro alkoholiky, Mc Gradyho model pro léčbu závislých dvojic, apod.).

Všechny tyto programy se zaměřují na potřebu vytvořit si nové zručnosti, potřebné ke zvládnutí vysoce rizikových situací, ke změně životního stylu, zvýšení aktivit podporujících zdraví a ke snížení touhy po droze – tzv. cravingu, který je podle Mezinárodní klasifikace nemocí jedním z diagnostických znaků závislosti na návykových látkách.

Závislost je typická chronickými epizodami relapsů a je nutné se jimi zabývat již v prvních fázích léčby. Relaps je návrat k užívání po dobu abstinence, doprovázený příznakem závislosti jako („syndrom porušení abstinence“ – „uklouznutí“).
<http://www.drogy-info.cz>.

Posilování motivace

Cílem motivačních technik je zvýšit motivaci ke změně, která je podmíněna tím, že si klient problém připustí, vyhledá léčbu, spolupracuje v rámci léčby, popř. se všemi třemi faktory najednou. Bez motivace nemůže být žádná léčba efektivní. Motivace však není vrozeným, statickým rysem osobnosti, ale spíše odrazem stavu připravenosti ke změně a je ovlivňována množstvím různých vnitřních a vnějších faktorů. Velmi významnou roli při rozhodování klienta, zda volit odpor nebo změnu, hraje terapeut. Pro praktické provádění motivačního tréninku je důležitý fakt, že změna je dlouhodobým

procesem, ne pouze jednotlivou událostí. Klient prochází obdobím, kdy na sobě nechce nic změnit, později zvažuje všechny klady a zápory co by mu změna přinesla, až k období, kdy na sobě aktivně pracuje (podstupuje léčbu, navštěvuje terapeuta, atd.) Posledním stádiem – udržovací, je období, kdy už klient úspěšně dosáhl změny, musí však své jednání kontrolovat, aby předešel relapsu. Motivační trénink v praxi představuje souhrn principů (vyjádření empatie, vyhýbání se sporů, práce s rozporem, podpora sebedůvěry), strategii (popis „všedního dne“ života klienta, poskytování informací klientovi, pobírání obou stránek užívání drogy).

Mimo výše uvedených psychoterapeutických postupů se používá celá řada dalších technik, které jsou při léčbě drogově závislých více či méně účinné. Volba správného psychoterapeutického postupu předpokládá důsledné posouzení obtíží klienta a jeho přesnou diagnostiku. Rotgers a kol. (1999).

Nejvíce využívané psychoterapeutické techniky dle Matouška (1999) :

- **Psychodrama** a nácvik zvládnání obtížných situací (především jako součást skupinové terapie) – přispívá k hlubšímu sebepoznání a lze ho chápat jako sociální trénink, protože klient má možnost osvojit si hraní všech požadovaných rolí.
- **Arterapie** – poskytuje prostor pro projevení emocí, vnitřní rozvoj a sebepoznání. Je významná nejen pro terapeutické účely, ale také pro diagnostiku.
- **Galstterapie** (tvarová terapie) – provádí se ve skupinách, klade poměrně vysoké nároky na klienta, pomáhá zlepšit a prohlubovat sebeuvědomování, nutí klienta intenzivně prožívat to, co se v něm děje, jeho vnitřní konflikty a následně o tom hovořit.
- **Trénink asertivity** (asertivita – „zdravé prosazování“ – součást kognitivně behaviorálně postupů, někdy však užívaný samostatně jako kurz).
- **Relaxační a meditační techniky** – relaxace, ať už navozovaná relaxačními technikami, jako např. autogenní trénink nebo technikami jógy, tvoří fyziologický protipól stresu, který se dosti významně podílí, pokud je nadměrný nebo příliš dlouho trvající, na zneužívání návykových látek. Tyto techniky

sníží deprese, úzkosti, učí uvolňovat napětí v těle, přeladovat zaměření psychiky a pozitivně ovlivňují životní styl.

- **Techniky využívající sugesci** – účinné jsou informace o škodlivosti drog spojené s doporučením abstinovat, umocněné zvýšením sugestivního náboje (např. přítomnost rodinného příslušníka). Sugestivní náboj lze zvýšit navozením relaxace (autosugesce) hypnózy.
- **Akupunktura** – nová alternativní terapie drogové závislosti u motivovaných jedinců, vhodná pro všechny typy závislostí, významně snižuje vnitřní tenzi a tím i potřebu drog, celkově zklidňuje a harmonizuje.

3.3 Terapeutická komunita

Terapeutické komunity mají hluboké historické kořeny, v moderní době se jejich vznik klade do Velké Británie koncem druhé světové války, kdy anglický psychiatr Maxwell Jones navrhl reformu tradičního systému hospitalizační léčby závislosti, která byla vynucena stále větším počtem pacientů (vojáků) a jejich neschopností vyrovnat se s válečným stresem. Tradiční hierarchické uspořádání psychiatrických zařízení bylo nahrazeno otevřenou komunitou, všeobecnou informovaností, společným rozhodováním a řešením problémů, pokud možno za účasti všech pacientů a personálu.

Základní principy terapeutické komunity shrnul Nešpor, Czémy (1996):

- Aktivní podíl pacientů na léčení.
- Vytvoření oboustranné komunikace na všech úrovních i mezi úrovněmi, bez ohledu na formální hierarchii rolí.
- Zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování, snižování sociální distance mezi personálem a pacienty, větší flexibilita rolí. Pokud je to možné, rozhoduje se na základě souhlasu, případně se přijímá rozhodnutí většiny.
- Zájmy skupiny stojí nad zájmy jednotlivce a nutí k přizpůsobení, zřetel k individuálním potřebám jednotlivce se však nesmí ztratit.

- Hlavním prostředkem změny je sociální učení, k němu je příležitost ve všech situacích, do nichž se pacient během pobytu dostává, i konflikty a krize jsou vítány jako příležitost k učení se živou zkušeností.

Terapeutické komunity pro závislé na drogách vznikaly v šedesátých letech v USA a navazovaly na tradici hnutí Anonymních alkoholiků (AA), Anonymních narkomanů (NA), a Synanonu. Hnutí AA vzniklo v USA v roce 1935 a velmi rychle se rozšířilo po celé zemi. S rozvojem abúzu drog a léků se od hnutí AA oddělila skupina drogově závislých a v roce 1958 vznikla samostatná skupina Synanon Foundation, jejíž název byl odvozen od skupinových pohovorů (synanons), které tvořily základ práce s těmito jedinci. V sedmdesátých letech se tyto skupiny rozšířily i po celé Evropě a leckde stále působí. Podobná zařízení fungují pod různými názvy (Day Top, Monar, Sananim) po celém světě a přes řadu společných rysů mají jednotlivé komunity svůj specifický charakter daný tradicí, osobností jejich zakladatelů nebo složením členů. Odlišují se větší či menší otevřeností komunity, mírou odměn a trestů, režimem dne, dobou léčby, vztahem k náboženství.

Nešpor, Czémy (1996) udává přehled základních rysů terapeutické komunity pro závislé, typického denního programu a fází léčby. K obecným rysům patří vzájemná pomoc při léčbě a abstinující, kteří slouží jako pozitivní modely a racionální autority. Program terapeutické komunity pro závislé je obvykle vysoce strukturován od časného rána až do večerních hodin. Zahrnuje komunitní programy, skupinovou psychoterapii, pracovní terapii, edukativní prvky léčby a rekreační aktivity. Míra privilegií závislí na délce abstinence a kvalitě spolupráce v programu, přestupky jsou disciplinárně postihovány, závažné až vyloučením.

Proces léčby lze rozdělit do následujících stadií:

- 0–60 dnů. Během tohoto stadia by se měl nově příchozí adaptovat v léčebném procesu, seznamuje se s pravidly.
- 2–24 měsíců. Stadium primární léčby v terapeutické komunitě. Dochází k rozvoji osobnosti, k socializaci, k sebeuvědomování a sebepoznávání. Zpravidla se dělí ještě na subetapy.

- 13–24 měsíců. Toto „re-entry“ (návrat do společnosti), stádium se dělí na časně (13–18 měsíců) a pozdní (19–24 měsíců). V tomto stadiu již závislý spoléhá více na sebe, důraz je kladen na praktické znalosti, vzdělávání, klient si zpravidla nachází zaměstnání mimo terapeutickou komunitu.

V pozdním „re-entry“ stadiu žije již klient mimo terapeutickou komunitu a v doléčování pokračuje v některé svépomocné organizaci nebo formou rodinné terapie či jiné psychoterapie.

Tento model je časově náročný a nemusí být pro mnoho klientů přijatelný, proto existují i terapeutické komunity se středně dlouhým, asi 3–4 měsíce trvajícím pobytem, které ovšem pro klienty s pokročilou, léta trvající drogovou závislostí, většinou nestačí.

Typické prvky programu terapeutické komunity:

- setkání komunity a týmu – informace o programu dne, řešení aktuálních problémů, přijímání zásadních rozhodnutí,
- schůzka týmů – pravidelná, každodenní,
- skupinová terapie – pomoc a opora při zvládání problému,
- role – důležitá pro udržování kontaktu s realitou, zvyšování sebevědomí,
- další postupy – rodinná a individuální terapie, relaxační techniky, jóga, sportovní aktivity, arteterapie, získávání sociálních a pracovních dovedností, rozvoj zájmů, sportovní aktivity, apod.

V naší republice začaly terapeutické komunity ve větší míře vznikat teprve v porevoluční době. Dříve existovalo pouze několik málo komunit (terapeutická komunita v Lobči, zaměřená na léčbu neurózy, terapeutická komunita pro léčbu závislosti – Skálův Apolinář), dnes jich je po celé republice podstatně více a všechny ve větší míře přebírají modely terapeutické péče v zahraničí (např. Karlov, Renarkon Čeladná, Němčice – pracující podle vzoru terapeutických komunit typu Sananin, vzniklých v USA, apod.).

3.4 Mírnění škod – postupy typu „Harm Reduktion“

Jejich základní myšlenkou je toto: „*Některým pacientům není dočasně nebo i dlouhodobě možné nabízet léčení zaměřené na abstinenci. Proto je správné alespoň mírnit škody, které s sebou přinášejí pokračující užívání drog nebo alkoholu. Výhodou může být i to, že se někdy podaří navázat dobrý vztah a člověk je později ochoten přijmout nějakou formu intenzivnější léčby*“. Nešpor, Müllerová (1997, str. 87).

Mírnění škod zahrnuje následující postupy:

- Výměna jehel, stříkaček, bezplatné poskytování dezinfekce, prezervativů nebo velmi přístupně psaných instrukcí, a to především k zabraňování šíření HIV a hepatitidy.
- Poskytování jídla, vitamínů, přístřeší.
- Možnost péče o osobní hygienu.
- Zprostředkování lékařské péče.
- Sociální pomoc a poradenství.
- Substituční léčba (především methadonem). Je to udržovací léčba, kdy se poskytuje jako relativně bezpečnější náhradní droga methadon, pouze však lidem na opiátech, kteří nejsou schopni nebo ochotni podstoupit léčbu orientovanou k abstinenci.
- Terénní práce – pracovníci (streetworkeri), poskytují závislým uživatelům drog informace a služby, minimalizují rizika spojená s užíváním drog.

Existují tři hlavní typy terénní práce:

- Nezávislá práce v terénu – na ulicích, barech, klubech.
- Terénní práce v domácnostech – formou pravidelných návštěv.
- Komunální terénní práce – ve věznicích, ubytovnách, školách, erotických klubech apod.

Tento typ služby se u nás postupně rozšiřuje, především prostřednictvím kontaktních drogových center.

4 STRUKTURA LÉČEBNĚ KONTAKTNÍCH CENTER PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ NA ÚZEMÍ MĚSTA OSTRAVY

Záležitosti týkající se protidrogové politiky města Ostravy, spadají pod Komisi protidrogovou a ochrany veřejného pořádku, která je hlavním poradním orgánem Rady města Ostravy. Protidrogová politika prochází schvalovacím procesem v tomto pořadí: komise, rada města a zastupitelstvo města Ostravy. Město Ostrava v r. 1997 založilo o.p.s. Renarkon, která je největším poskytovatelem drogových služeb v regionu. Za specifickou lze označit službu terénní práci v sociálně vyloučených lokalitách města Ostravy. Výroční zpráva o stavech a věcech drog v ČR (2011, str. 153).

V roce 2011 bylo v ČR odhadnuto přibližně 40 200 problémových uživatelů drog. Ze 14 krajů se Moravskoslezský kraj umístil na sedmém místě. S největším počtem problémových uživatelů drog je naše hlavní město Praha, na druhém místě Ústecký kraj, poté Jihomoravský. Výroční zpráva (2011, str. 46)

Při stanovení koncepce protidrogové politiky města Ostravy se přihlíželo k tomu, že Ostrava je průmyslové město, většinou se sídlištní zástavbou, s dosti vysokým počtem Rómů, přistěhovalých dělníků a s vysokou mírou nezaměstnanosti. V otázce Rómů a drog v Ostravě bylo vysloveno mnoho dohadů, mýtů a nereálných závěrů. Ve vyloučených lokalitách města Ostravy existují pouliční dětské gangy, mezi kterými se vyskytuje užívání návykových látek, vandalizmus a majetková trestná činnost. Věková hranice prvního kontaktu romských dětí je velmi nízká. V praxi se bohužel naráží na neochotu Rómů tento problém s návykovými látkami řešit. Výroční zpráva (2011, str. 110).

Protidrogová problematika je řešena ve třech rovinách. Primární prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže je realizovaná na základních školách a středních školách v rámci minimálního preventivního programu formou besed s odborníky, peer programů v rámci výuky i v mimoškolních volnočasových aktivitách. Primární prevenci na každé škole zajišťuje protidrogový preventista, který je metodicky veden pedagogicko-psychologickou poradnou a protidrogovým koordinátorem města Ostravy.

Problémem je malá informovanost rodičů i pedagogických pracovníků o účincích a hlavně projevech užívání návykových látek, objektivně je však nutno konstatovat, že je někdy způsobena i nezájmem o problematiku a přesvědčením, že „nám se to stát nemůže“, „na naší škole drogy nejsou“, než nedostatkem informací a aktivit ze strany odborníků na drogovou problematiku.

Sekundární a terciární péče o drogově závislé je v Ostravě zajišťována sítí zařízení léčebných kontaktních center a psychiatrických ambulancí poskytujících ambulantní léčbu:

- 1) Centrum primární prevence,
- 2) Kontaktní centrum Ostrava,
- 3) Resocializační zařízení – terapeutická komunita
v Čeladné-Podolánkách,
- 4) Drogová poradna,
- 5) Terénní program Ostrava,
- 6) Doléčovací centrum,
- 7) Detoxikační jednotka při Fakultní nemocnici v Ostravě-Porubě,
- 8) Ambulantní péče – psychiatrické ambulance, stacionáře.

4.1 Renarkon, o.p.s.

Společnost Renarkon byla založena městem Ostrava v roce 1997, především k řešení problémů ostravské drogové scény. Její hlavní činností je prevence, léčba a resocializace osob s drogovou závislostí. V současnosti provozuje Centrum primární prevence, drogovou poradnu v Moravské-Ostravě, kontaktní centrum ve Vítkovicích a terapeutickou komunitu pro narkomany v Čeladné-Podolánkách. Jako vedlejší činnost může provozovat i „výdělečné aktivity“. Hlavním cílem této činnosti není zisk, ale hlavně zajistit zaměstnanost pro již abstinující narkomany a v širším slova smyslu zaměstnat i rizikové skupiny (lidi dlouhodobě nezaměstnané, mladé nekvalifikované lidi apod.)

V říjnu 1999 bylo zřízeno Kontaktní centrum, které poskytuje služby především v sekundární a terciární prevenci drogových a jiných závislostí a uzavírá ucelený organizační systém Renarkon.

4.2 Kontaktní centrum Ostrava

Vzniklo v říjnu 1999 jako další zařízení Renarkonu o.p.s. a je umístěno v Ostravě-Vítkovicích. Kontaktní centrum je specializované, nízkoprahové zařízení, poskytující služby především v terciární a částečně i sekundární prevenci zneužívání nealkoholických drog s možností anonymního kontaktu. Služby jsou určeny uživatelům nealkoholických drog starším 15 let a jejich rodinným příslušníkům.

Cíle programu:

- motivace klienta k absenci,
- zlepšení zdravotního a psychického stavu,
- navázání kontaktu a vytvoření vzájemné důvěry,
- snižování dopadů nealkoholických drog.

Základní principy:

- anonymita,
- nízkoprahovost,
- dobrovolnost,
- respektování volby a svobodné vůle,
- dodržování práv klienta,
- individuální přístup.

Kontaktní centrum poskytuje:

- výměnný jehlový program,
- základní zdravotní ošetření,
- individuální poradenské kontakty a informace o možnostech léčby

- nadstandardní poradenské služby pro evidované klienty (zahrnuje standardní služby, vitamíny, polévky, čaj a možnost vyprání prádla),
- zprostředkování léčby,
- asistence při řešení sociálně – právních problémů.

Nedílnou významnou součástí práce Kontaktního centra je terénní práce streetworkerů. Terénní pracovníci navazují kontakt s potenciálními klienty, realizují krizovou intervenci, preventivní informační činnost, výměnný jehlový program a sběr a analýzu dat o drogové scéně v Ostravě a okolí. Všechny služby jsou poskytovány anonymně a zadarmo.

4.3 Resocializační zařízení Čeladná-Podolánky

Toto resocializační zařízení pro drogově závislé v Čeladné-Podolánkách je součástí uceleného systému, který pokrývá řešení problematiky drogových závislostí a má přímou návaznost na další zařízení o.p.s. Renarkon.

Resocializační zařízení (RZ) Čeladná je zařízení s kapacitou 15 osob, sloužící k dlouhodobé resocializaci formou terapeutické komunity. Klientelu tvoří uživatelé drog, včetně osob drogově závislých, od 18 let. Provoz byl zahájen v říjnu 1997, v loňském roce prošel areál terapeutické komunity celkovou rekonstrukcí, kapacita klientů zůstala stejná. Hlavním cílem je pomoci uživatelům překonat drogovou závislost a najít cestu k trvalé abstinenci a postupného zařazení do běžného života. Délka programu bývá 6–12 měsíců, klient se finančně spoluúčastní na léčbě.

Resocializační proces je založený na skupinové terapii s důrazem na pracovní terapii. Základním prostředkem vytýčených cílů je samotný život v komunitě, který se maximálně snaží přiblížit reálnému životu, který má svá pravidla, řád, režim. Dalšími prostředky jsou:

- intenzivní skupinová terapie, relaxace, arterapie, muzikoterapie,
- práce s rodinnými příslušníky v rámci rodinné terapie,
- režim a trénink odpovědnosti,

- motivační trénink, prevence relapsu,
- sportovní aktivity, zátěžové programy,
- pracovní terapie,
- sociální pomoc.

4.4 Centrum primární prevence

Toto specializované středněprahové zařízení poskytuje služby v primární a sekundární prevenci drogových závislostí. Bylo zřízeno v říjnu 1999 v budově Kontaktního centra v Moravské-Ostravě. Klienty jsou především lidé, kteří měli v minulosti vztah k návykovým látkám a lidé s motivací k dlouhodobé abstinenci, popř. jejich rodinní příslušníci. Konkrétní činnost v oblasti primární prevence je zaměřena především na poradenství, přednáškovou činnost pro žáky a studenty, školení peer aktivistů, vzdělávací program pro pedagogy ZŽ a SŠ v oblasti prevence rizikového chování. Jedním z důležitých programů primární prevence jsou besedy s rodiči. S vybranými jedinci se pracuje 1krát týdně, individuálně nebo formou skupinové terapie. Důležitou součástí terapie je práce s rodinnými příslušníky. Centrum také velmi úzce spolupracuje s RZ Čeladná a slouží jako vstupní článek pro terapeutickou komunitu.

4.5 Detoxikační jednotka

Detoxifikační jednotka zahájila provoz v dubnu 1999, jako součást psychiatrického oddělení Fakultní nemocnice s poliklinikou v Ostravě-Porubě. Kapacita činí 10 lůžek a jejím posláním je poskytování akutní psychiatrické péče. Pro pacienty s drogovou závislostí se jedná o pobyt 10–15 dnů uzavřený (bez vycházek a návštěv). K pobytu jsou přijímáni muži, ženy a mladiství od 15 let, ve výjimečných případech i mladší.

U neplnoletých se vyžaduje souhlas rodičů, nezbytnou podmínkou pro přijetí je motivace k detoxikaci. Léčba končí psychologickým zhodnocením, doporučí pacientovi další léčbu (doléčovací program, terapeutickou komunitu). Tato léčba je hrazena zdravotní pojišťovnou. Renarkon.o.p.s. Vzdělávací program pro pedagogy (2005).

4.6 Doléčovací program

Doléčovací centrum (dům na půl cesty), byl loni v srpnu rekonstruován. Nevyužité půdní prostory se rozšířily o 5 nových lůžek, (kapacita zařízení je 12 lůžek) tím se zvýšila kvalita poskytovaných služeb pro klienty v Moravskoslezském kraji. Doléčovací centrum je otevřeno od pondělí do čtvrtku od 8.00 do 20.00 hodin, v pátek od 8.00 do 16.00 hodin. Posláním doléčovacího centra je následná péče lidem, kteří absolvovali léčbu na nealkoholových drogách. Prostřednictvím služeb se snaží klientům překlenout období z přechodu léčby do běžného života. Své služby nabízí také rodinným příslušníkům. Pobytovou péči si klient hradí v plné výši.

Cíle doléčovacího centra:

- úspěšné dokončení léčby,
- snížení rizika recidivy drogové závislosti,
- zapojení klienta do pracovního procesu,
- motivace ke změně životního stylu,
- pomoc rodičům a blízkým v souvislosti s užíváním drog blízké osoby.

Programy doléčovacího centra:

- ambulantní program pro klienty od 15 let,
- pobytový doléčovací program pro klienty nad 18 let,
- podpůrný program (klienti, kteří úspěšně absolvovali doléčovací program),
- program pro rodinu a blízké,
- program formou besed ve věznici Ostrava-Heřmanice,
- klub absolvent (klienti, kteří abstinují, a prošli nějakým typem léčby drogových závislostí).

4.7 Terénní program

Terénní práce probíhá zejména na sídlištích s hustou panelovou zástavbou, kde je velká dostupnost nealkoholových drog. Jedná se o lokality Ostrava-Jih, Moravská Ostrava, Ostrava-Poruba.

Cíle programu:

- mapování drogové scény,
- vytvoření vzájemné důvěry mezi klientem a pracovníkem,
- navázání klienta do sociálních služeb.

Poskytované služby:

- výměnný program,
- zdravotní materiál pro základní ošetření,
- poskytování informací o službách,
- zdravotní poradenství.

Všechny služby jsou poskytovány anonymně a zadarmo. Terénní práce probíhá v odpoledních hodinách, až do pozdních nočních hodin, kromě soboty a neděle.
<http://www.renarkon.cz>

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRŮZKUMU A METODIKA

5.1 Cíl průzkumného šetření

Cílem průzkumného šetření bylo ověřit základní zkušenosti studentů na střední škole s legálními i nelegálními drogami a jejich informovanost v této oblasti.

Stanovení hypotéz:

Hypotéza H I: Většina studentů se domnívá, že má dostatek informací o drogách.

Hypotéza H II: Zvědavost a nuda je hlavní příčinou vzniku drogové závislosti.

Hypotéza H III: Studenti mají nejčastěji zkušenost s marihuanou.

5.2 Použité metody

Pro průzkum dané problematiky byl použit anonymní dotazník obsahující patnáct otázek. Tento dotazník je uveden v příloze. Část otázek byla zaměřena na zjištění informovanosti a znalosti studentů o drogách, další otázky se týkaly zkušeností studentů s cigaretami, alkoholem a nelegálními drogami, a také na samotný názor studentů na problematiku drog. Odpovědi bylo možné vybírat ze dvou až devíti nabízených možností.

Poslední otázka byla otevřená a dávala studentům možnost vyjádřit se k dané problematice.

5.3 Výběr respondentů

Průzkum byl prováděn na střední škole ve Frýdku-Místku mezi studenty ve věku 16–23 let. Šetření proběhlo v týdnu od 21. do 24. ledna 2013 ve vyučovacích hodinách

pod dohledem výchovné poradkyně. Respondenti byli seznámeni s významem průzkumu a postupem vyplňování dotazníků.

Šetření se zúčastnilo 71 studentů v maturitních i učňovských třídách. Z demografického hlediska je to 30 dívek (42,3 %) a 41 chlapců (57,7 %).

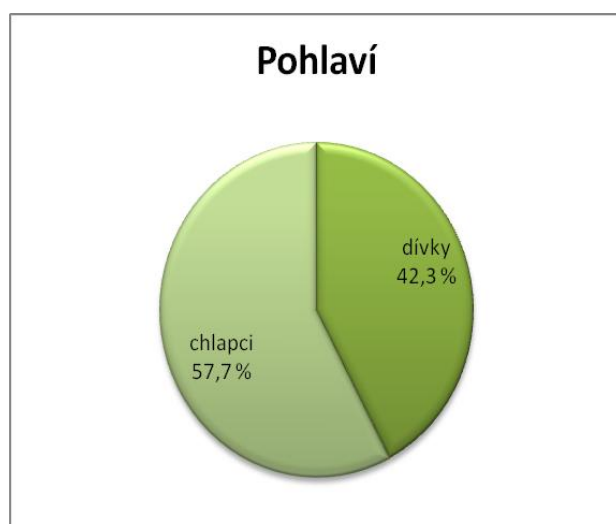
5.4 Výsledky průzkumu

V následujících tabulkách jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření vyjádřené v procentech a komentář k výsledkům jednotlivých otázek.

Tabulka 1 **Pohlaví**

	Maturanti	Uční	Celkem	Vyjádření v %
Dívky	20	10	30	42,3
Chlapci	23	18	41	57,7
Celkem	43	28	71	100

Zdroj: vlastní



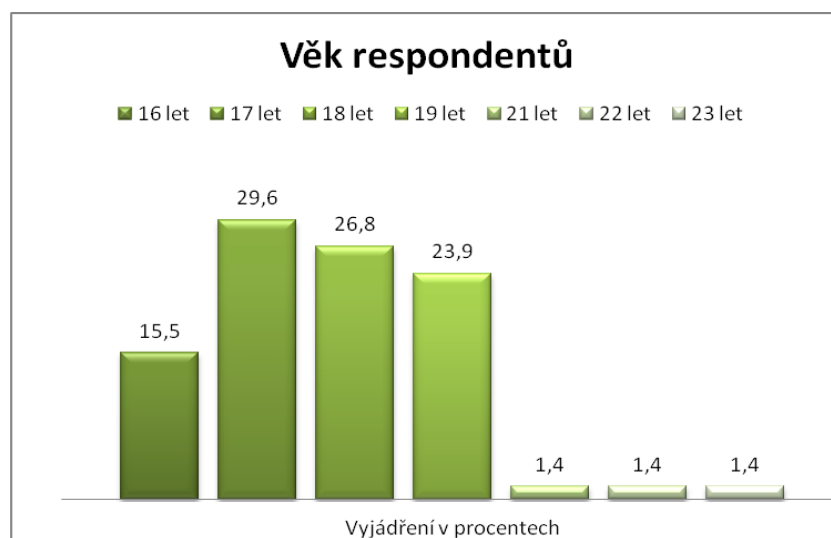
Graf 1

Tabulka 1, graf 1: počet zúčastněných respondentů podle pohlaví. Do průzkumu se zapojilo 41 chlapců a 30 dívek. Z maturitních oborů 43 studentů (60,6 %), z učňovských oborů 28 studentů (39,4 %).

Tabulka 2 **Věk respondentů**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
16 let	3	8	11	15,5
17 let	16	5	21	29,6
18 let	8	11	19	26,8
19 let	13	4	17	23,9
21 let	0	1	1	1,4
22 let	0	1	1	1,4
23 let	0	1	1	1,4

Zdroj: vlastní



Graf 2

Tabulka 2, graf 2: Průzkumu se účastnili studenti ve věku od 16 let, nejstarší studentka měla 23 let. Největší počet respondentů byl ve věku 17 let (29,6 %).

Tabulka 3 **Patří cigarety a alkohol mezi drogy?**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	28	19	47	66,2
Ne	10	8	18	25,3
Neví	2	4	6	8,5

Zdroj: vlastní

Tabulka 3: Z tabulky lze vyčíst, že většina (66,2 %) studentů ví, že alkohol a cigarety jsou také drogy, které představují vysoké nebezpečí a nejsou méně škodlivé než drogy nelegální. Přesto se našli i takoví (25,3 % studentů), kteří si to nemyslí.

Tabulka 4 **Kouřil respondent někdy cigarety?**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Nikdy	5	7	12	16,9
Pouze zkusil	19	6	25	35,2
Je příležitostný kuřák	7	7	14	19,7
Pravidelně kouří	10	10	20	28,2

Zdroj: vlastní

Tabulka 4: Z výsledků vyplývá, že jen část studentů (16,9 %) nikdy nezkusila cigarety. Aspoň jednou v životě kouřilo 35,2% studentů. Denní kouření uvedlo 28,2 % studentů. Z tabulky je vidět, že mezi pravidelnými kuřáky jsou jak chlapci, tak dívky.

Tabulka 5 **Ochutnal respondent někdy alkohol?**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ne	0	1	1	1,4
Ano - jednou	1	1	2	2,8
Ano - vícekrát	40	28	68	95,8

Zdroj: vlastní

Tabulka 5: Alkohol v životě ochutnalo téměř 95,8% dotazovaných, (56,3 % chlapců a 39,4 % dívek).

**Nabídl respondentovi někdo jinou drogu než alkohol
a cigarety?**

Tabulka 6

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	24	24	48	67,6
Ne	17	6	23	32,4

Zdroj: vlastní

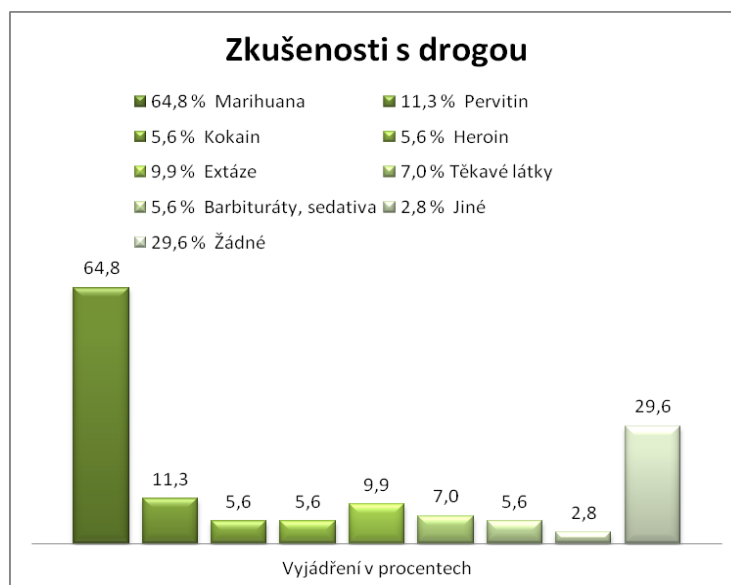
Tabulka 6: Studenti uváděli, že v 67,6 % jim už někdo nabídl jinou drogu než alkohol a cigarety. Z tabulky je vidět, že jsou na tom stejně chlapci i dívky (33,8 %). Mezi nejčastěji nabízenou jinou drogu respondenti uváděli trávu, marihuanu, cannabis, což je vlastně jedna a tatáž droga.

Tabulka 7

Které drogy respondent již vyzkoušel

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Marihuana	28	18	46	64,8
Pervitin	4	4	8	11,3
Kokain	2	2	4	5,6
Heroin	2	2	4	5,6
Extáze	4	3	7	9,9
Těkavé látky	3	2	5	7,0
Barbituráty, sedativa	1	3	4	5,6
Jiné	2	0	2	2,8
Žádné	13	8	21	29,6

Zdroj: vlastní



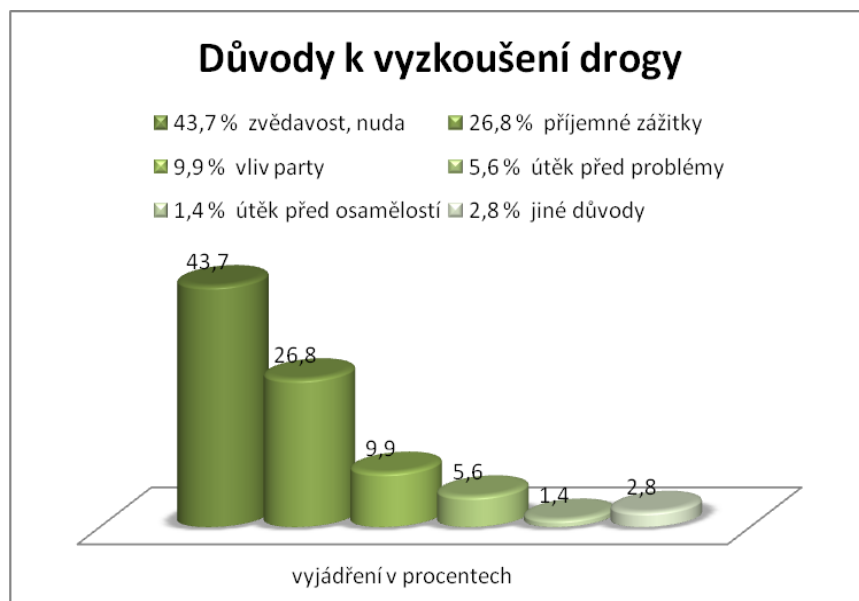
Graf 3

Tabulka 7, graf 3: Z výsledku vidíme, že studenti mají nejčastější zkušenosti s marihuanou (64,8 %), z toho 39,4 % chlapců a 25,4 % dívek. Vůbec žádné zkušenosti s nelegální drogou uvedlo 29,6 % studentů, z toho 18,3 % chlapců a 11,3 % dívek. Dalšími v pořadí nejčastěji užitými nelegálními drogami mezi respondenty byl pervitin (11,3 %) a extáze (9,9 %). Zde byla **potvrzena** hypotéza č. 3.

Tabulka 8 **Důvody k vyzkoušení drogy**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Zvědavost, nuda	16	15	31	43,7
Příjemné zážitky	11	8	19	26,8
Vliv party	5	2	7	9,9
Útěk před vnitřními problémy	2	2	4	5,6
Útěk před osamělostí	0	1	1	1,4
Jiné důvody	0	2	2	2,8

Zdroj: vlastní



Graf 4

Tabulka 8, graf 4: Na tuto otázku odpovídali především studenti, kteří již mají s drogou zkušenosti. 43,7 % studentů (z toho 22,5 % chlapců a 21,1 % dívek) uvedlo, že zvědavost a nuda byly hlavními důvody k vyzkoušení drogy. Na druhém místě respondenti uváděli příjemné zážitky (26,8 %). Jiné důvody uvedly dvě dívky, obě byly donuceny bývalým partnerem. Hypotéza č. 2 byla také **potvrzena**.

Tabulka 9 **Možnost opatření drog ve městě, kde respondent bydlí**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	34	27	61	85,9
Ne	2	1	3	4,2
Neví	5	2	7	9,9

Zdroj: vlastní

Tabulka 9: Na otázku, zda je možné opatřit drogy ve městě, odpovědělo 85,9 % studentů kladně. Tato informace je dost zarážející, je vidět, že studenti mají s nelegálními drogami zkušenosti.

Tabulka 10 **Obtížnost opatřit si marihuanu**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Velmi snadno	28	24	52	73,2
Obtížně	1	0	1	1,4
Neví	12	6	18	25,4

Zdroj: vlastní

Tabulka 10: Také z této tabulky je poznat, že respondenti mají přehled o dostupnosti marihuany, 73,2 % studentů se shodlo, že ji lze opatřit velmi snadno. 25,4 % studentů odpovědělo, že neví, zda se dá marihuana snadno opatřit. To pravděpodobně znamená, že s tím nemají zkušenosti.

Tabulka 11 **Zdroj informací o drogách**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Výuka ve škole	26	20	46	64,8
Rodiče	9	6	15	21,1
Sourozenci	4	0	4	5,6
Spolužáci	19	16	35	49,3
Televize	23	15	38	53,5
Přednášky odborníků	13	11	24	33,8
Četba	9	13	22	31,0

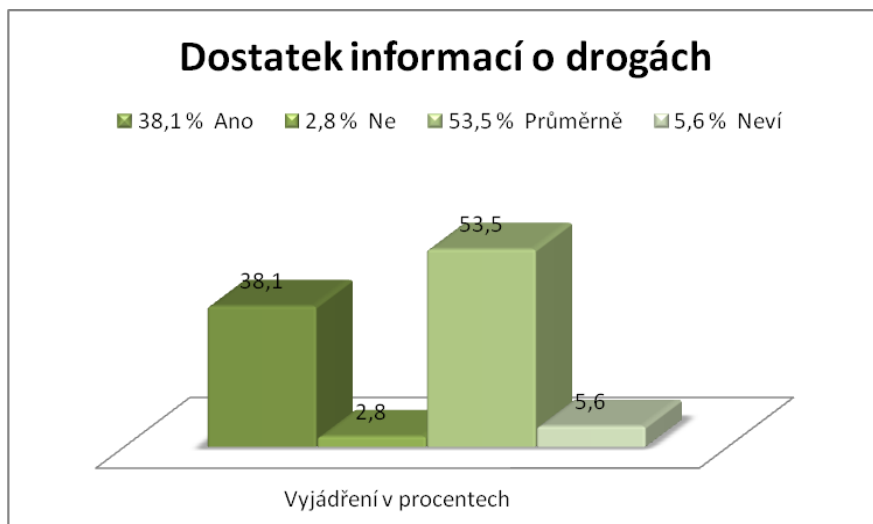
Zdroj: vlastní

Tabulka 11: Na otázku, kde získávají informace o drogách, mohli studenti odpovědět současně na více z nabízených možností. Z tabulky vidíme, že většina získává informace ve škole (64,8%), což je pozitivní, dále pak z televize (53,5 %) a od svých spolužáků (49,3 %). Pouze 21,1 % studentů uvedlo, že získává informace od svých rodičů.

Tabulka 12 **Dostatek informací o drogách**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	18	9	27	38,1
Ne	1	1	2	2,8
Průměrně	19	19	38	53,5
Neví	3	1	4	5,6

Zdroj: vlastní



Graf 5

Tabulka 12, graf 5: Z tabulky lze vyčíst, že většina respondentů (91,6 %) se domnívá, že má dostatek nebo průměrné množství informací o drogách, čímž je **potvrzena** hypotéza č. 1.

Tabulka 13 **Ví dotazovaný, kdo mu může pomoci?**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	27	19	46	64,8
Neví	14	11	25	35,2

Zdroj: vlastní

Tabulka 13: Na otázku, zda ví, kdo jim pomůže, kdyby měli problémy s drogami, odpovědělo kladně 64,8 % studentů. Nejčastěji uváděli rodiče, učitele, kamarády, drogového preventistu, léčebny. 35,2 % dotazovaných odpovědělo, že neví, na koho se mají obrátit.

**O kterých drogách se respondent domnívá, že jsou
legální**

Tabulka 14

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Marihuana	16	4	20	28,2
Alkohol	41	28	69	97,2
Tabák	38	26	64	90,1
Extáze	3	1	4	5,6
Pervitin	3	1	4	5,6
Heroin	3	1	4	5,6

Zdroj: vlastní

Tabulka 14: Při odpovědi na otázku, jaké drogy jsou legální, téměř všichni dotázaní označili správně alkohol (97,2 %) a cigarety (90,1 %). 28,2 % studentů se domnívá, že marihuana je legální.

**Myslí si dotazovaný, že může být za zneužívání drog
potrestán?**

Tabulka 15

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano	32	22	54	76,1
Ne	1	1	2	2,8
Neví	8	7	15	21,1

Zdroj: vlastní

Tabulka 15: 76,1 % studentů ví, že mohou být za zneužívání drog potrestáni. Respondenti uváděli různé možnosti trestů: vězení, podmínka, veřejně prospěšné práce, pokuta, léčení či dětský domov. Jen 21,1 % dotazovaných uvedlo, že neví, že mohou být za zneužívání drog potrestáni.

Tabulka 16 **Povědomí o protidrogové prevenci**

	Chlapci	Dívky	Celkem	Vyjádření v %
Ano, už o tom slyšel	31	24	55	77,5
Neví, co to znamená	6	6	12	16,9
Nikdy o tom neslyšel, nezajímá se	2	2	4	5,6

Zdroj: vlastní

Tabulka 16: Na otázku, zda dotazovaný ví, co znamená protidrogová prevence, odpovědělo 77,5 % respondentů kladně, 16,9 % neví, co protidrogová prevence znamená.

Poslední otázka byla otevřená a dávala studentům prostor pro jejich názory týkající se drog nebo jiného problému, který je trápí.

Na tuto otázku odpověděla jen polovina dotazovaných. Jedna část poukazovala na to, že marihuana není droga, že je to jen lehká droga, která neublíží a je podle nich lepší než samotný alkohol. Podle respondentů by marihuana měla být legální. Přiznávají, že je jen málo těch, kteří tuto drogu nezkusili, tvrdí, že na tom není nic špatného, horší je v tom pokračovat. „Marihuana není droga!“ (vyjádření studenta).

Druhá polovina dotazovaných odsuzovala drogy a cigarety, přála by si pro ně tvrdé tresty. Uváděli, že v našem městě je mnoho mladých lidí, kteří berou drogy, kouří marihuanu a chtějí, aby se to změnilo. Tvrdí, že ten, kdo nemá pevnou vůli a nemůže s tím přestat, by neměl vůbec začínat. „Je to těžká otázka“ (vyjádření studenta).

5.5 Závěr průzkumu

Hypotéza H I: Většina studentů se domnívá, že má dostatek informací o drogách.

Z výsledků vyplynulo, že většina studentů (91,6 %) se domnívá, že má dostatek nebo průměrné množství informací o drogách, čímž se **potvrzuje** hypotéza č.1.

Hypotéza H II: Zvědavost a nuda je hlavní příčinou vzniku drogové závislosti.

Tato hypotéza se také **potvrdila**. Zvědavost a nudu uvedlo jako příčinu vzniku drogové závislosti 43,6 % všech studentů, z toho chlapců 22,5 % a dívek 21,1 %.

Hypotéza H III: Studenti mají nejčastěji zkušenost s marihuanou.

Marihuana je mezi studenty oblíbená droga. 64,8 % dotazovaných uvedlo, že má s touto drogou zkušenost. Zde se opět **potvrdila** hypotéza č.3.

5.6 Závěr praktické části

Z výsledků průzkumu vyplývá, že informovanost studentů je dobrá. Studenti mají dostatek informací, vědí, co znamená protidrogová prevence, ví, na koho se mají obrátit, když potřebují pomoc. Zarážející však je, že nemají dostatek informací od svých rodičů či rodiny. I z výsledků mého průzkumu vyplynulo, že rodiče s dětmi o drogách mluví málo.

Velká část mladých lidí se dostává k drogám jen proto, že se nudí a neví, co s volným časem. Je důležité, aby se s dětmi mluvilo co nejdříve, na střední škole je už pozdě. Mnoho mladých lidí má nejčastěji zkušenosti s marihuanou, je to také proto, že marihuanu nepovažují za drogu. I když si uvědomují, že alkohol a cigarety patří mezi drogy, mnoho žáků přiznalo časté užití alkoholu.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem chtěla čtenáře seznámit s drogovou problematikou dnešní doby u mladé generace a podat ucelený přehled o struktuře léčebně kontaktních center na území města Ostravy.

Každá kapitola má svůj význam, proto jsem se snažila nastínit to nejpodstatnější – jednotlivé typy drog, účinky a hlavně rizika spojená s užíváním nelegálních drog. Důraz jsem také dala na příčiny a následky drogové závislosti v dětském věku. Nemělo by se také zapomínat na drogy legální. Alkohol představuje v naší společnosti mnohem větší problém, než samotná nelegální droga. Tak jak vyplynulo z průzkumu mezi dětmi, droga je sice nelegální, ale snadno dostupná, v dnešní době si drogu může student koupit i ve škole.

Jednu z kapitol jsem věnovala drogové prevenci, která má zabránit prvnímu užití drog. Prevence proti drogám se v poslední době hodně zlepšila, studenti získávají informace ve škole, vědí, co znamená protidrogová prevence.

Třetí kapitola je zaměřena na terapii a léčbu drogových závislostí. Na pomoc drogově závislým vznikají různá střediska, která se snaží tyto lidi podporovat v boji proti závislosti. V ČR máme dva druhy léčby: léčba na specializovaných odděleních (lůžkové zařízení, psychiatrická léčebna) a léčba v terapeutických komunitách. Jejich společným cílem je stabilizace klientova stavu a znovuzачlenění klienta do naší společnosti.

V poslední kapitole teoretické části se věnuji struktuře kontaktních center na území města Ostravy a možnostem léčby pro drogově závislé. Narkoman, jeho rodič, partner i celá řada dalších zainteresovaných, by měli mít možnost získat formou přiměřených informací transparentní přehled o různých možnostech léčby.

V praktické části jsem zvolila průzkum formou dotazníků mezi studenty na střední škole. Stanovila jsem si tři hypotézy, které se potvrdily.

Naše populace se staví k drogám negativně, avšak prakticky o drogách nic neví. Já sama jsem měla stejný názor na drogy, nic jsem o nich nevěděla, odsuzovala jsem lidi,

kteří je berou. Drogy se totiž, ať chceme či ne, týkají nás všech, celé naší společnosti. Násilím je své závislosti nezbavíme, ale naopak jim ukážeme cestu, jak se jejich problémy týkající drog dají řešit.

Pracuji v dětském domově jako vychovatelka. Součástí naší práce je také informovat děti o následcích drog. Přestože mají za sebou mnoho besed, mnoho filmů s drogovou tematikou, přístup mají i ve školách, jejich znalosti o drogách jsou velmi slabé. Lze tedy říct, že o drogách toho ví málo. Proto je naší povinností neustále je vhodnými metodami v této problematice vzdělávat. Informovanost by měla být jak ve škole, tak především v rodině. Rodiče s dětmi o drogách příliš nemluví, tak jak vyplynulo z průzkumu mezi studenty. Pouze 21,1% studentů získalo informace od rodičů na téma drogy.

Vymýcení problému zneužívání drog je těžký úkol, spojením sil na všech úrovních lidské společnosti v něm můžeme uspět.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BEČKOVÁ, I., VIŠŇOVSKÝ, P. *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E.I.A. 1998. ISBN 80-85490-76-5.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada 1996. ISBN 80-7169-277-8.
- LACENA, I. *Příručka pro výchovných poradcov*. Univerzita Jana Amose Komenského Praha: 2010. ISBN 978-80-7452-006-8.
- MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Návykové látky*. Praha: Sportpropag, 1996.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Prevence problémů působených návykovými látkami (na školách)*. Praha: Sportpropag, 1996.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportprobag, 1999.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. Praha: Sportprobag, 1998.
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportprobag, 1997.
- PAVLAS, I. *Člověk a drogové závislosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-7042-197-5.
- PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
- ŠTÁBLOVÁ, R. a kol. *Drogy, kriminalita, prevence*. Praha: Policejní Akademie, 1997. ISBN 80-85981-64-5
- ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- ŠTÁBLOVÁ, R., BREJCHA, B., a kol. *Návykové látky a současnost*. Praha: Policejní akademie, 2006. ISBN 80-7251-2242-2.

Seznam použitých internetových zdrojů

<http://www.renarkon.cz>

<http://www.drogovaporadna.cz>

<http://www.drogy-info.cz>

Seznam ostatních zdrojů

KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-004-4.

Vzdělávací program pro pedagogy ZŠ a SŠ v oblasti prevence sociálně patologických jevů. Renarkon o.p.s., 2005.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Úřad vlády ČR Praha: 2012. ISBN 978-80-7440-067-4.

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví.....	50
Graf 2: Věk respondentů.....	51
Graf 3: Zkušenosti s drogou.....	54
Graf 4: Důvody k vyzkoušení drogy.....	55
Graf 5: Dostatek informací o drogách	58

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví.....	50
Tabulka 2: Věk respondentů	51
Tabulka 3: Patří cigarety a alkohol mezi drogy?	52
Tabulka 4: Kouřil respondent někdy cigarety?	52
Tabulka 5: Ochutnal respondent někdy alkohol?	53
Tabulka 6: Nabídl respondentovi někdo jinou drogu než alkohol a cigarety? ...	53
Tabulka 7: Které drogy respondent již vyzkoušel	54
Tabulka 8: Důvody k vyzkoušení drogy.....	55
Tabulka 9: Možnost opatření drog ve městě, kde respondent bydlí	56
Tabulka 10: Obtížnost opatřit si marihuanu	56
Tabulka 11: Zdroj informací o drogách	57
Tabulka 12: Dostatek informací o drogách.....	57
Tabulka 13: Ví dotazovaný, kdo mu může pomoci?	58
Tabulka 14: O kterých drogách se respondent domnívá, že jsou legální	59
Tabulka 15: Myslí si dotazovaný, že může být za zneužívání drog potrestán? ..	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
----------------------------	---

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Dagmar Lukšíková a jsem studentkou 3. ročníku Speciální pedagogiky na Akademii J. A. Komenského. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: Drogy a drogová závislost u mládeže a byla bych moc ráda, kdybyste mi mohli pomoci vyplněním krátkého dotazníku.

Muž – Žena

Věk:

1. Myslíš si, že jsou cigarety a alkohol drogy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

2. Kouřil/a jsi někdy cigarety?

- a) Nikdy
- b) Pouze jsem to zkusil/a
- c) Jsem příležitostný kuřák
- d) Pravidelně kouřím

3. Ochutnal/a jsi někdy alkohol?

- a) Ne
- b) Ano (jednou)
- c) Ano (vícekrát)

4. Nabídl ti, už někdo jinou drogu než alkohol a cigarety?

- a) Ano (uved' jakou).....
- b) Ne

5. Kterou z uvedených drog jsi už vyzkoušel?

- a) Marihuanu
- b) Pervitin
- c) Kokain
- d) Heroin
- e) Extáze a jiné tzv. "diskotékové drogy"
- f) Těkavé látky
- g) Barbituráty, sedativa a jiné tisíce prášky (bez doporučení lékaře)
- h) Jiná látka výše neuvedena (vypiš její název).....
- i) žádnou

6. Pokud už jsi zkusil/a nějakou drogu mimo alkohol a cigarety, jaké důvody tě k tomu vedly?

- a) Zvědavost, nuda
- b) Příjemné zážitky
- c) Vliv party
- d) Útěk před vnitřními problémy
- e) Útěk před osamělostí
- f) Jiné důvody (jaké).....

7. Myslíš si, že je možné ve vašem městě opatřit drogy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Jak obtížně se dá sehnat marihuana?

- a) Velmi snadno
- b) Obtížně
- c) Nevím

9. Kde získáváš informace o drogách?

- a) Z výuky ve škole
- b) Od rodičů
- c) Od sourozenců
- d) Od spolužáků ze školy
- e) Z televize
- f) Z přednášky odborníka
- g) Z četby

10. Myslíš si, že máš dostatek informací o drogách?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Průměrně
- d) Nevím

11. Kdybys měl problémy s drogami, víš, kdo ti může pomoci?

- a) Ano (napiš kdo).....
- b) Nevím

12. Jaké drogy jsou legální?

- a) marihuana
- b) alkohol
- c) tabák
- d) extáze
- e) pervitin
- f) heroin

13. Můžeš být za zneužívání drog potrestán?

- a) Ano (uved' jak).....
- b) Ne
- c) Nevím

14. Víš, co znamená protidrogová prevence?

- a) Ano, už jsem o tom slyšel/a
- b) Nevím, co to znamená
- c) Nikdy jsem o to neslyšel/a, nezajímá mě to

15. Prostor pro vlastní komentář, týkající se drog, tohoto dotazníku nebo jiného problému, který Tě trápí: (vyplnění není závazné).

.....

.....

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Dagmar Lukšíková

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lukšíková Dagmar

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: Drogy a drogová závislost mládeže

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 15

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 3

Vedoucí práce: Phdr. Strapcová Eleonora