

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**Magisterské prezenční studium  
2010 – 2012**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Michaela Malinová

Krizové a časné intervence u dětí ohrožených užíváním drog

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce: PhDr. Miroslav Barták Ph.D.**

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Master Full-Time Studies  
2010 - 2012

**DIPLOMA THESIS**

Michaela Malinová

Krizové a časné intervence u dětí ohrožených užíváním drog

**Prague 2012**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**  
PhDr. Miroslav Barták Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 Praze dne .....

*Jméno autorky* .....

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Miroslavu Bartákovi Ph.D., proděkanovi pro vědu a výzkum Fakulty sociálně ekonomické Univerzity J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, vedoucímu mé diplomové práce, za vedení, zájem, pomoc, připomínky a čas, který mi věnoval. Mé poděkování patří i mé rodině za pomoc a podporu.

## **Anotace**

Cílem práce je na základě diskuse relevantního výkladového rámce ověřit přínos pilotního rozšíření speciální metodiky protidrogové prevence, která u nás dosud nebyla používána. Metody časně a krátké intervence umožňují včasný záchyt a adekvátní intervenci u dětí, které jsou ohroženy vznikem drogové závislosti a jsou proto vhodné zejména pro praktické dětské lékaře, kteří se s touto problematikou setkávají ve své každodenní praxi. Přínos metodiky byl testován v rámci konkrétního projektu „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost“. Na základě provedeného šetření lze konstatovat, že jsou tyto metody pro řešení protidrogové problematiky efektivní a vhodně rozšiřují paletu intervenčních metod v oblasti protidrogové prevence.

## **Klíčové pojmy**

CRAFFT

Časná protidrogová intervence

Děti a dospívající

Drogová problematika

Drogový screening

Intervence

Krátká protidrogová intervence

Krize

Protidrogová intervence pro praktické lékaře

## **Annotation**

The main goal of the diploma paper is to verify pilot extension benefits of drug prevention spatial method, that has not been applied in Czech Republic yet, based on relevant interpretative framework. Methods of early and brief interventions allow early detection and appropriate intervention for children who are threaded with drug addiction and are therefore especially suitable for the general pediatricians who are confronted with this issue in their daily practice. Benefit of the methodology was tested within the context of a specific project "Drug prevention in general practice for children and adolescents." Based on the investigation can be concluded that these methods for dealing with drug problems effectively and appropriately expand the variety of intervention methods in the field of drug prevention.

## **Key words**

CRAFFT

Early drug intervention

Children and adolescents

Drug issue

Drug screening

Intervention

Short drug intervention

Crisis

Drug intervention for general pediatricians

## **OBSAH**

<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>4</b>
1. KRIZOVÉ A ČASNÉ INTERVENCE	4
1.1. Krize.....	4
1.2. Příčiny krize .....	6
1.3. Chování člověka v krizi .....	9
1.4. Typy krizí.....	10
1.5. Průběh krize .....	12
2. KRIZOVÁ INTERVENCE	16
2.1. Formy krizové intervence .....	17
3. KRIZOVÁ INTERVENCE U MLADISTVÝCH UŽÍVAJÍCÍCH NÁVYKOVÉ LÁTKY	19
3.1. Krátká intervence .....	19
3.2. Časná protidrogová intervence .....	19
3.3. Intervence – primární, selektivní a indikovaná prevence .....	25
4. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	26
5. EPIDEMIOLOGICKÁ DATA O UŽÍVÁNÍ DROG V ČESKÉ REPUBLICCE	32
5.1. Srovnání míry užívání drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010	36
5.2. Užívání nových syntetických drog .....	37
5.2.1. Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) .....	40
5.3. Krátká intervence k abúzu drog v České republice .....	44
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>48</b>
6. PROTIDROGOVÁ INTERVENCE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	48
7. ZÁKLADNÍ CÍLE, STRUKTURA A OBSAH VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU	49

7.1. Diagnostika .....	51
7.1.1. Jak si vede pacient? .....	53
7.1.2. Jak si vede pacient s pomocí druhých a jaké je jeho celkové zázemí?54	
7.2. Praktická aplikace metody krátké intervence .....	61
7.2.1. Vyšetření pacienta .....	66
7.2.2. Osnova rozhovoru podle výsledků drogového screeningu.....	67
7.2.3. Krátká intervence u pacienta, u kterého Lékaři nezjistili problém s návykovými látkami.....	68
7.2.4. Krátká intervence u pacienta experimentujícího s drogami (f1x.0)	69
7.2.5. Krátká intervence u diagnózy f1x.1 – škodlivé užívání návykové látky .....	70
7.2.6. Krátká intervence u Diagnózy f1x.2 - závislost .....	72
7.2.7. Osnova rozhovoru s rodiči.....	73
7.3. Právní aspekty práce praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti protidrogové intervence .....	75
7.4. Typy protidrogových služeb .....	76
8. EVALUACE PŘÍNOSU PROJEKTU	80
8.1. Výběr kurzu .....	80
8.1.1. Otázky, na které by rádi účastníci kurzu dostali odpověď .....	80
8.1.1.1. <i>Systém péče</i> .....	81
8.1.1.2. <i>Komunikace s drogově závislými pacienty</i> .....	82
8.1.1.3. <i>Přístup praktického lékaře pro děti a dorost – prevence</i> .....	82
8.1.1.4. <i>Právní aspekty</i> .....	82
8.1.1.5. <i>Práce s rodinou</i> .....	82
8.1.2. Vlastní zkušenost se závislostí na drogách u dospívajících pacientů	82
8.1.3. Vlastní techniky a postupy při řešení problémů souvisejících se závislostí či užíváním drog u pacientů .....	83
8.1.4. Vyhodnocení nejslabšího místa v systému drogové intervence praktických lékařů pro děti a dorost u dospívajících pacientů .....	83
9. ZÁVĚR	88



10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
11. SEZNAM OBRÁZKŮ	97
12. SEZNAM PŘÍLOH	99
13. PŘÍLOHY	I

# ÚVOD

Pomoc dětem a dospívajícím, kteří experimentují nebo jsou závislí na drogách, je čím dál tím potřebnější. Od roku 1993 se v České republice objevuje u mladistvých rostoucí tendence k užívání drog. Profesionální pomoc nastupuje v okamžiku, kdy člověk není schopen svůj problém vyřešit za přispění svého okolí a pokud selhávají způsoby, jimiž své problémy obvykle řeší. Pomáhání je spojené s nejrůznějšími obory, ale nejdůležitějším článkem v preventivní síti vzhledem k dětem a dospívajícím ohroženým užíváním drog jsou zejména praktičtí lékaři pro děti a dorost. Ti jsou zpravidla prvními odborníky, kteří se s projevy počínající závislosti na návykových látkách setkávají a kteří jí mohou včas diagnostikovat a metodami tzv. krátké a časné intervence mohou účinně preventivně bránit jejímu dalšímu rozvoji.

Hlavním cílem práce je ověřit, zda jsou metody krátké a časné intervence, které dosud nebyly v této podobě v České republice používány a které si na základě tréninku osvojili praktičtí lékaři pro děti a dorost, relevantní, užitečné a přínosné pro řešení protidrogové prevence u dětí. Důležitou součástí práce je zároveň zjišťování, zda jsou poznatky, které tvoří teoretická východiska metody časné a krátké intervence, vhodné pro praxi a zda praxi nějakým způsobem obohacují a efektivně napomáhají při řešení protidrogové problematiky. Práce odpovídá také na základní otázku, zda je epidemiologická situace v oblasti abúzu drog u dětí v České republice natolik závažná, že vyžaduje aktivní přístup a hledání nových účinných preventivních a léčebných metod. Práce se šířeji zabývá i dosavadní praxí v oblasti krizové intervence a popisuje některé krizové stavy a dosavadní způsoby a metody jejich řešení tzv. krizovými intervencemi. Jedním z cílů práce bylo ověřit, zda jsou tyto tradičně u nás používané metody koherentní s metodou krátké a časné intervence.

K relevantnímu zjištění potřeby zavedení metod pro krizové a časné intervence u dětí ohrožených užíváním drog byly použity následující metody: Sekundární analýza dat vybraných z dostupných datových zdrojů shromážděných Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti a Centrem výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví a dat evropského multicentrického projektu European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Pro hlubší poznání problematiky bylo zapotřebí provést literární rešerši dostupných informačních zdrojů k danému tématu jak v naší, tak ve světové odborné literatuře, vztahující se k dané problematice.

Pro ověření praktického přínosu projektu „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost“ byla provedena evaluace programu standardními sociologickými metodami kvalitativního výzkumu. Vstupní dotazníkové šetření, v rámci kterého byly účastníkům kladeny otevřené otázky, proběhlo před zahájením vzdělávacího kurzu, v průběhu realizace projektu byl proveden skupinový rozhovor s účastníky (focus groups) a po skončení výcviku se pro hodnocení přínosu projektu využilo opět dotazníkového šetření.

Práce se zaměřuje na problematiku krizí, jejich příčin, klasifikace a charakteristických projevů u dospívajících a zvláštní pozornost je věnována způsobům prevence a terapie situací spojených s abúzem návykových látek u dětí a mladistvých. Úvodní část práce je věnována vymezení pojmu krize. Jsou uvedeny základní definice krizí a jejich klasifikace. Pozornost je zaměřena k tzv. „spouštěcím mechanismům“, obvyklým průběhům duševních krizí a detailněji je popisováno chování člověka v krizi.

Část práce podává také základní informace o různých druzích návykových látek, jejich účincích a klinických projevech a poskytuje aktuální informace o epidemiologických datech o užívání drog v České republice se zvláštním zřetelem na abúzus návykových látek u dětí a mladistvých. Závěr teoretické části je věnován stručné historii zavedení metody krátké intervence v České republice.

Praktická část práce je věnována projektu „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“, který byl jako vzdělávací projekt realizován v letech 2006 - 2008. V rámci tohoto projektu bylo proškoleny celkem 21 praktických lékařů pro děti a dorost. Dětské lékaři jsou totiž zpravidla prvními odborníky, kteří se s projevy počínající závislosti na návykových látkách setkávají a kteří jí mohou včas diagnostikovat a tzv. krátkou a časnou intervencí mohou účinně preventivně bránit jejímu dalšímu rozvoji.

Vzdělávací projekt poskytl konkrétní návody, jak postupovat v protidrogové prevenci a terapii jak z hlediska metodického, tak z hlediska právní sebeobrany, etiky postupů, mezilidských vztahů a efektivní komunikace. Hlavním výstupem projektu bylo vyškolení lektorů z řad lékařů, kteří budou doporučované postupy používat ve své praxi. Zároveň existuje předpoklad, že principy efektivních metod, které si absolvováním kurzu osvojili, budou tito lékaři dále šířit mezi svými kolegy.

Metody časné a krátké intervence představují vcelku jednoduchý a stručný nástroj, který dokáže včas rozpoznat problémy s alkoholem a drogami u dětí a dospívajících. V rámci nácviku těchto metod si lékaři musí osvojit i komunikační dovednosti tak, aby informace, které podávají o rizicích, které se týkají užívání drog, byly co nejúčinnější.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. KRIZOVÉ A ČASNÉ INTERVENCE

Krizová a časná intervence je specializovaná pomoc, poskytována osobám, které se ocitly v krizi. Intervence je tvořena různými formami pomoci, jejichž hlavním cílem je navrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu.

Pomoc ze strany psychologa je časově omezena na terapeutické kontakty, během nichž se zaměřuje na problém, který krizi vyvolal. Psycholog pomáhá pacientovi tím, že ho neustále konfrontuje s jeho krizí. Neustálá konfrontace vede k samotnému vyřešení krize. Po vyřešení však následuje eliminace možných příznaků krize a až posléze se psycholog zaměří na znovuoobjevení psychické rovnováhy, která tak zabraňuje dalšímu možnému vzniku a rozvoji krize. V rámci sociální pomoci je krizová a časná intervence chápána zejména jako pomoc osobám, které se ocitli v akutní krizové situaci. Služby jsou poskytovány osobám, které se přechodně ocitly nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech. Právní pomoc může být poskytována sociálním pracovníkem, ale zejména tato úloha spadá do kompetence právníkům.

Lékařská pomoc zahrnuje jak psychiatrickou intervenci, tak i krátkou hospitalizaci a v případě potřeby poskytuje i medikaci.

### 1.1. Krize

Slovo krize pochází z řeckého krisis a používalo se pro označení soudního procesu, ve kterém vyvrcholený spor vedl k rozsudku. Obecně se tak dá říct, že krize předznamenává vyvrcholení nějakého děje směřujícího k neodkladné změně či obratu a to jak k lepším, tak k horším důsledkům pro budoucnost. Pro dobré rozhodnutí v průběhu krize je podstatná schopnost rozlišit podstatné od nepodstatného (Matoušek, O., 2003, s.119).

Krize je pojem, který se v našem okolí objevuje čím dál tím častěji, můžeme o nich denně číst v novinách, vidět je v televizi a slyšet v rádiu. Během našeho života jsme slyšeli o různých druzích krizí a v poslední době se nám dostávají nejčastěji do podvědomí krize ekonomické, politické, rodinné a společenské. Je tak evidentní, že krize je chápána spíše v negativním kontextu a v tomto pojetí přináší materiální ztráty, duševní utrpení a nejistotu. Krize může nastat i ve zdravotním stavu člověka, rozumíme tím náhlý zvrát probíhající nemoci, vedoucí k selhávání základních životních funkcí, životně důležitých orgánů a hrozící úmrtí. Krize je buď zvládnuta a člověk přežije, nezvládneme-li ji, je jediným vyústěním smrti. Krize v tom to pojetí je tedy jakýmsi bodem zlomu, kdy se situace může vyvinout zcela neočekávaným směrem.

Pojem krize byl nejčastěji používán v medicíně a to jako období, při kterém dochází ke změně v pacientově zdraví a to nejen ve směru uzdravení, ale i úmrtí. V posledních desetiletích se tento pojem objevoval ve spojitosti s jevy psychologickými, sociálními a ekologickými. V psychiatrii se tento pojem začal čím dál tím častěji objevovat v okamžiku, kdy začaly být zakládány linky důvěry a komunitní centra duševního zdraví, v nich měla být poskytována lidem rychlá a kvalifikovaná pomoc.

Počátky krizové teorie se pojí se jménem Erik Lindemann, který ve 40. letech 20. století věnoval pozornost reakcím lidí na katastrofu způsobenou požárem. Na jeho práci posléze reagoval Gerald Caplan, který navázal na klinický pohled a obohatil ho o kontext komunity. Caplan tím chtěl poukázat na současné trendy ve společnosti a zdůraznit komplexní psychosociální aspekty mající vliv na pojetí krize. Ve své teorii zdůrazňuje dva základní principy, princip homeostázy a princip sociálního učení. Homeostáza (stálost vnitřního prostředí) a Caplanova teorie vychází z předpokladu, že na základě vnitřních podnětů dochází k reakci, díky kterým je následně umožněn návrat do rovnovážného stavu. Princip sociálního učení vypovídá o způsobech, jakými se jedinec vypořádává s výkyvy rovnováhy. Krátkodobé výkyvy rovnováhy má řešit automaticky, závažnější výkyvy řeší pomocí pokusu a omylu, při dalším zvýšeném napětí se jedinec snaží o inovativní řešení. Jestliže se nějaká strategie ukázala jako úspěšná, je zařazena do chování jedince. Pokud nějaká strategie úspěšná nebyla, i přesto ji jedinec využije a učí se tak z negativní zkušenosti.

Krise označuje ohrožující situaci a má subjektivní povahu. Charakteristickým rysem krize je dynamický náboj, který v sobě nese potenciál ke změně, bez které by nebylo možno dosáhnout jakéhokoliv životního posunu a zrání. Existuje několik druhů krizí (Matoušek, O., 2003, s.120):

- Situační
- Z očekávaných životních změn
- Pramenící z náhlého traumatizujícího stresu
- Zrání (vývoj)
- Pramenící z psychopatologie
- Provázející neodkladné krizové stavy

Krise se vždy týká člověka jako celku. Prostřednictvím krize můžeme vysledovat starší, nezvládnutelné konflikty a traumata nebo nějaké povrchní řešení starších krizí. Někteří lidé jsou ke krizím náchylnější svou přecitlivělostí, naivitou, rigiditou, egoismem i egocentrismem. V praxi se opakovaně prokázalo, že pro zvládnutí současné a aktuální krize je rozhodující minulá zkušenost člověka s krizemi. Člověk, který v nějaké zkoušce obstál, byl schopen najít správné řešení a východisko, je schopen spoléhat se sám na sebe. V případě kdy má člověk negativní zkušenost z minulosti, je méně schopen čelit náporu, který krizi provází. V obou případech může jít o stejný zátěžový podnět, na který existuje celá škála možností odpovědí a různých způsobů řešení. Pro jednoho může být taková situace impulsem k jednání a zapojení se na hledání konstruktivního a adekvátního řešení, pro druhého se může stát podnětem ke zhroucení.

## **1.2. Příčiny krize**

René Thom chápe krizi jako subjektivně ohrožující situaci s dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez krize by pak nebylo možné dosáhnout ani životního zrání, ani životního posunu. Vnější spouštěče krize rozdělil na tři situační konstelace (Matoušek, O., 2003, s.121):

1. Ztráta objektu – Nejde zde pouze o ztrátu nějaké věci, o ztrátu osoby úmrtím, rozchodem či odcizením, ale o ztrátu něčeho, s čím jsme se identifikovali, co na nás byl úzce navázáno, a tuto ztrátu vnímáme jako pocit ohrožení.
2. Volba – V okamžiku, kdy se snažíme zvolit správnou cestu, hodnotu a rozhodujeme se mezi možnostmi, vystavujeme se možné zátěži. Pokud má člověk na výběr ze dvou negativních možností, je situace velmi nepříznivá.
3. Změna – Zde se projevuje fakt, kdy vnímáme kladně změny, které jsou bez větších zlomů a skoků a odvíjejí se tzv. v rovině. Pokud se však v našich životech stane něco nečekaného, náhlého, co vyústí v negativní či paradoxně i pozitivní charakter změny, máme tendenci tuto skutečnost vnímat negativně.

Thom rozdělil i vnitřní spouštěče krizí (Matoušek, O., 2003, s.121-122):

1. Velmi důležitá je zde samotná adaptace subjektu na vlastní vývoj a změny, které z toho pramení. Spouštěčem v takovém případě může být i samotná neschopnost vyhovět požadavkům vývoje.
2. Charakteristické slovo pro tuto kategorii je zaslepenost. Občas je jednodušší některé problémy neřešit a čekat, až nepříjemná situace pomine. Tato strategie však nemůže dlouhodobě obstát a je zdrojem potenciálních krizí v budoucnosti. Může dokonce dojít k jakési reaktivaci osobního „citlivého místa“, které má často kořeny již v dětství.

Spouštěči krizí se zabývali v 60. letech 20. století i Holmes a Rahe. Vytvořili klasifikaci životních událostí a ke každé události přiřadili ve svém výzkumu určitý počet bodů. Překročil-li součet bodů za rok počet 250 bodů, byla velká pravděpodobnost, že tyto události budou mít negativní následky a to jak v oblasti psychické, tak somatické nebo i v celkové schopnosti přiměřené sociální adaptace.



**Obrázek 1 Klasifikace vybraných životních událostí**

Událost	Relativní závažnost
Úmrtí partnera/partnerky	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz, onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření, přebudování manželství	45
Odchod do důvodu	45
Změna zdrav. stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek do rodiny	39
Změna zaměstnání	36
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Vysoká půjčka peněz	31
Splatnost půjčky	31
Změna odpovědnosti v práci	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchyní, tchánem	29
Mimořádný čin, výkon	28
Manžel /ka nastupují do práce	26
Vstup do školy, její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Konflikty s nadřízeným	23
Změna pracovní doby	20
Změna bydliště	20
Změna církve nebo politické strany	19
Dovolená	13
Vánoce	12

Zdroj: MATOUŠEK, *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 122

Z uvedeného výčtu je patrné, že pociťujeme velkou zátěž jak z kladných, tak i záporných životních situací. To, jak na nás bude situace působit a jak budeme na některé podněty reagovat, je závislé na mnoha dalších okolnostech. Vedle již zmíněných nepříjemných zkušeností z minulosti se zde objevuje i náš současný postoj k dané situaci. V tomto případě může jít například o děti, které jsou svými rodiči neustále ochraňovány. Jejich rodičovská láska může způsobit, že děti nejsou zvyklé se

setkávat s nepříjemnými skutečnostmi, nedokážou překonávat překážky a nejsou na ně připravené. Taková péče rodičů je ve svém důsledku přehnaná, protože jejich děti potom zátěž vnímají jako nespravedlivé příkoří, které jim někdo působí ze zlé vůle. Zde bychom ještě neměli opomenout věk, který hraje velmi důležitou roli. Člověk v produktivním věku je schopen úspěšně řešit určitou zátěžovou životní událost, ale pokud se nachází ve zranitelném období, například ve stáří, může mít značné problémy takovou situaci překlenout a vyřešit ji (Matoušek, O., 2003, s.123).

Mnohé výzkumy potvrzují, že až polovina duševních krizí je způsobena interpersonálními a vztahovými problémy. Za jednu z nejtěžejnějších oblastí je považována osamělost. Jedná se o stav, kdy si je člověk vědom toho, že nemá vedle sebe nikoho, s kým by mohl promluvit, něco prožívat, komu by se mohl svěřit, od koho by mohl získat podporu a povzbuzení. Nemoc je také jedna z důležitých oblastí, která má značný vliv na prohlubování krizí. To samé platí i pro vyčerpání, nedostatek jídla a celkově nemožnost uspokojit základní životní potřeby. Patří sem i závislost v jakékoliv podobě, ať už jde o návykové látky, práci apod..

### **1.3. Chování člověka v krizi**

Je přirozené, že se každý člověk snaží zátěž zvládnout nejdříve sám. Existuje mnoho způsobů a strategií, jak tyto situace vyřešit, a intuitivně si pak danou možnost zvolíme (Matoušek, O., 2003, s.124-126):

- Spánek
- Přítulení (k někomu, kdo nám je blízký)
- Potřeba vypovídat se, být vyslyšen, postěžovat si
- Potřeba vyplakat se, vynadávat
- Lhaní, překrucování reality
- Intenzivní potřeba uzavřít se do sebe a vše si promyslet
- Vybití energie (prací, sportem)
- Modlitba
- Příklon k fantazii, umění
- Alkohol, drogy

## 1.4. Typy krizí

Z klinického hlediska můžeme krize dělit podle způsobu manifestace (Matoušek, O., 2003, s.124):

- Zjevné krize – Jde o krize, které si člověk uvědomuje a musí tak čelit něčemu, co je v rozporu s jeho vlastním já a hodnotovým systémem. Může se jednat například o rozpad partnerského vztahu, o nevěru, o nemoc. Takový druh krize nutí člověka k hledání řešení popřípadě ho motivuje k vyhledání odborné pomoci. Vzhledem k dalšímu průběhu tohoto procesu je výhodou uvědomění si existence krize.
- Latentní krize – Krize, které si člověk neuvědomuje, nechce nebo nemůže si je připustit. Tento stav trvá často dlouhou dobu a vede většinou k nevědomě vytvořeným způsobům adaptace, které však nejsou vždy zcela vyhovující. Takový stav se může projevit únikem do nemoci, k přílišné pracovní aktivitě nebo únikem k návykovým látkám. Tyto reakce pak časem mohou vyvolat krizi zjevnou.

Krize můžeme dělit i podle jejich průběhu (Matoušek, O., 2003, s.124):

- Akutní krize – Mívají zjevný začátek, bouřlivý průběh a někdy bohužel i jasný konec. Jde často o reakce vzniklé na nějaké traumatické životní události. Vedle nehod a nejrůznějších onemocnění sem patří i partnerské krize v souvislosti s nevěrou, s rozpadem vztahu, také znásilnění, napadení a ztráta základních životních jistot. V takových případech bývá vyhledávána odborná pomoc.
- Chronické krize – na začátku bývají nenápadné a jsou charakteristické tím, že trvají dlouhou dobu (několik měsíců až roků). Nejčastěji mají charakter latentní krize, ale jindy vznikají nedostatečným řešením akutních krizí. Mohou vznikat na úrovni mezilidských vztahů (například v rodinách, kde zůstaly nevyřešené konflikty), nebo na úrovni neuspokojivých sociálních aspektů (chudoba, bezdomovectví, domácí násilí apod.). Chronické krize mohou mít tendenci přerůstat do krizí akutních, a to i bez zjevných impulsů či podnětů.

Známa je i klasifikace krizí podle jejich závažnosti, jejímž autorem je Baldwin. Klasifikace je rozdělená do šesti skupin, které mají vzrůstající tendenci podle

závažnosti. Zdroj stresu pak přechází z vnějšího k vnitřnímu (Matoušek, O., 2003, s.124-126).

1. Situační krize bývá způsobena nepředvídatelným stresem. Závažnost takové situace je určena subjektivním nazíráním. Převládají zde spouštěče, které přicházejí zvenčí a signalizují možnou hrozbu ztráty (partnera, práce, zdraví) nebo změnu (rozvod, změna zaměstnání, změna životního rytmu) a volbu.
2. Tranzitorní krize souvisejí se změnami, se kterými počítáme. Mají svůj systém, který je přirozený, protože jsou dány vývojovými nároky. Růst a zrání jsou vázány na určité časové období (E. H. Erikson vytvořil osm kategorií jednotlivých vývojových stádií) a během těchto stádií, tedy po celý náš život se musíme potýkat s přirozenými překážkami.
3. Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu, nad kterými nemáme žádnou kontrolu. Jsou spouštěny vnějšími stresory, které nemůžeme očekávat. Z toho důvodu nás takovéto události mohou ochromit a zdrtit. Vzhledem k jejich nevypočítatelnosti se na ně nemůžeme nijak připravit, neexistují ani předem vytvořené vzorce chování. Příkladem takovéto události může být úmrtí v rodině, znásilnění, přírodní katastrofa, válečný stres a jiné.
4. Krize zrání jsou spjaté s vývojovými obdobími. Mezilidské vztahy s sebou přinášejí i nejrůznější úkoly, které jsou životně důležité. Jejich řešení však nemusí být pro všechny zcela jednoduché a často může dojít k selhání. Takové selhání souvisí s některými nedořešenými tématy již z předchozího vývojového období. Nejčastěji se objevují problémy v oblasti bezpečí, jistoty, intimity, závislosti, úzkosti, identity, sexuality apod.
5. Krize pramenící z psychické poruchy má podobný základ jako v předchozí skupině. Jde o nevyjasněné a provizorně řešené události a krize již v dřívějším vývojovém období. Je zde však menší diference, protože jde o krize, které sahají do ranějších vývojových stádií. Pacienti s touto diagnózou často mají zkušenosti s psychiatrickou léčbou a bývají velmi zranitelní.

6. Psychiatrické neodkladnosti jsou krize s vysokým stupněm naléhavosti. Patří k nim akutní stavy, které jsou provázeny silnými emocemi. Tyto emoce mohou být nebezpečné nejen pro samotné jedince, ale i pro jejich okolí (vražedné a sebevražedné chování).

Od 70. let 20. století se v nazírání na problematiku krizí začaly prosazovat ekologické pohledy. Ty se snaží klást důraz na zhoršení jak životního, tak i sociálního prostředí. Poukazují na problémy etnického a rasového rázu, na zhoršení fyzického i duševního zdraví a na špatnou dostupnost sociálních služeb a zdrojů. Jde o problematiku, které souvisejí s domácím násilím, nezaměstnaností, chudobou či bezdomovectvím.

## 1.5. Průběh krize

Krize a její průběh popsal již zmíněný Caplan (Matoušek, O., 2003, s.126)::

1. Jedinec začne vnímat ohrožení a zvýší se jeho úzkost. Pokouší se aktivovat nejruznější vyrovnávací strategie, pokud se však neosvědčí, nastupuje druhá fáze.
2. Nefunkční vyrovnávací strategie a mechanismy v první fázi vedou ke zvýšení zmatku a k pocitu ztráty kontroly nad vzniklou situací. Postupem času se mohou objevovat pokusy o vyrovnání a to i pomocí náhodných způsobů.
3. V této fázi jedinec doufá, že již známé vyrovnávací prostředky budou úspěšné, a pokouší se také zapojit nové způsoby, které by mohly vyřešit daný problém. Jedinec si je vědom svých pocitů a snaží se udělat vše proto, aby se dostal zpět na předkrizovou úroveň fungování. Jestliže se však problém nezdařilo prolomit, následuje prohlubování krize a z toho to důvodu je jedinec nejvíce otevřen pomoci.
4. V poslední fázi se jedinec ocitá v závažné psychické dezorganizaci. Úzkost je pro něj čím dál tím větší a může přerůst až v paniku. Tuto fázi také doprovází kognitivní, emocionální a psychologické změny a je tak zapotřebí odborného zásahu a pomoci.

Krise probíhá v určitém časovém rámci a existuje mnoho výzkumů a studií na toto téma. Přebývá názor, že krize je krátkodobý proces i přesto, že je zpochybňován mnohými výzkumy. Rozhodující doba pro zpracování krize je přibližně 6-8 týdnů, ale při hlubší integraci krize je zapotřebí mnohem delšího časového období, někdy se jedná o měsíce až roky. V praxi se prokázalo, že rozhodující je období v prvních 4-6 týdnech od vzniku krize, a to proto, že je to období, kdy by měl člověk nalézt způsob, jak daný problém akceptovat, řešit a integrovat. V tomto období mají krize tendenci buď odeznívat, nebo se naopak prohlubovat, mohou zapříčinit různé poruchy a onemocnění, nebo se stávají chronickými. Nepodaří-li se tento stav vyřešit, může dojít k syndromu psychického ohrožení, který se projevuje nepřetržitou úzkostí, pocity viny, studu a celkovým snížením sebehodnocení, může se také objevit tzv. Ringlerův presuicidální syndrom. Ten je charakteristický tím, že se snižuje schopnost vnímání vnitřního i vnějšího světa (vnímání druhých lidí, sebe i vnímání vlastních hodnot). Člověk tak začne prosazovat staré vzory chování, potlačuje kreativitu a agresi, kterou má v sobě a která směřuje proti vlastní osobě. Přírodním důsledkem pak bývá útek od zdroje ohrožení, který může mít různé podoby: útek do nemoci, útek do světa fantazie, někdy až útek od života.

Pokud bychom se setkali s někým, kdo prochází akutní krizí, můžeme být překvapeni zvláštnostmi v chování a projevech, které však mají pouze obrannou funkci. Těmito obrannými mechanismy jsme vybaveni všichni, protože původně sloužili k zachování života v situaci ohrožení. Jsou řízeny vegetativně a spouštějí se spontánně v okamžiku, kdy se objeví nějaký výrazný stresor. Takovou reakci můžeme zpozorovat bezprostředně po výskytu podnětu, obecně sem řadíme reakce probíhající v prvních dvou až třech dnech. Projevy mohou být různé a podle jejich povahy je můžeme dále členit na aktivní a pasivní.

Aktivní reakce je dědictvím po předcích. Ve stresu bylo nutno zareagovat, rychle vyhodnotit situaci a adekvátně zareagovat, jinými slovy zvolit buď boj, nebo útek. V našem vegetativním systému, tedy v systému, který nejsme schopni ovlivnit vůlí, tuto reakci vyvolá a prosadí sympatikus, díky kterému můžeme pozorovat zrychlený tep a dech, napětí ve svalech, bohatou mimiku a gestikulaci a celkově emoční projevy všeho druhu. Aktivní reakce většinou netrvá dlouho a beze zbytku odezní.

U pasivní reakce je typické snížení tělesných pochodů, bledost a strnulost. Vyvolává ji parasymptikus a u člověka jsou pak charakteristické pasivní projevy. Ty mohou být ve skutečnosti reakcí na nějaký hlubší podnět a mohou zahrnovat či skrývat nejrůznější disociace. Člověk se pak nerad k čemukoliv vyjadřuje, ničeho se nedožaduje a v zátěžových situacích se projevuje až nápadně klidně.

Fylogeneticky je člověku dáno reagovat spíše aktivně. V současném světě se však nevyskytují situace, ve kterých by takováto připravenost organismu byla příliš výhodná. Málo kdo z nás žije život akčního hrdiny, jehož životní náplní je skutečný boj s protivníkem. Většinou nás stresová situace zaskočí v zaměstnání, kdy naopak musíme své emoce či agresivitu potlačit a v rámci zachování pravidel slušnosti předstírat, že vše zvládneme bez obtíží. Rozpor mezi připraveností našeho organismu ke zcela jinému typu jednání může vést ve svém důsledku k mnoha patologickým projevům. Může tak vznikat například celá řada civilizačních nemocí (žaludeční vředy), od poruch chování (syndrom vyhoření, workoholismus) až k psychickým projevům. V důsledku tohoto rozporu se může objevit i psychosomatické onemocnění, to znamená, že nesoulad mezi nastavením organismu a možnostmi ho využít vede k takzvané somatizaci obtíží a projeví se poruchou funkce určitého orgánu. Typické jsou například bolesti břicha či zvracení u školních dětí, které pomine v průběhu prázdnin a které je vyvoláno stresovou situací ve škole a pocitem bezvýchodnosti z dané situace. V pozdějším věku se může dlouhotrvající stres projevit buď výše zmíněným civilizačním nebo psychosomatickým onemocněním, může být podnětem k různým zkratovým řešením, zvláště v pubertě a dospívání, kdy se typicky projevuje snaha o vzpouru, odpoutání se od rodiny a tradičních hodnot, snaha vymezit se vůči konvencím a navyklým společenským pořádkům. Pak může být jednou z příčin poruch chování právě snaha o rychlé vyřešení těchto problémů netradičním způsobem. Zde může být jedna z příčin prvního pokusu zkusit alkohol, cigaretu či drogu.

Vedle aktivních a pasivních reakcí existují i posttraumatické reakce, které se mohou objevovat i s velkým zpožděním. Jde o situace, ve kterých obranná či útočná reakce nebyla v době jejich vzniku vhodná. Díky dobrým obranným mechanismům a sebekontrolě se lze s danou situací vyrovnat. Po delší době se však mohou objevit psychosomatické obtíže, které již s danou situací nebývají spojovány. Příkladem může

být matka, která je přinucená kvůli vzniklým okolnostem se o své dítě starat sama. Tyto okolnosti matku přinutí (již z toho důvodu , že nejde pouze o ni samotnou) vyřešit danou situaci co nejrychleji a bez sebemenších projevů a známek, že se něco děje. Naopak se snaží vyvolat pocit, že je vše v pořádku i přesto, že vnitřně pociťuje hned několik ohrožujících faktorů. Pozdější projevy u takovýchto traumat mohou být podrážděnost, nápadná únava, poruchy spánku či bolesti.

K duševní krizi dochází v okamžiku, kdy se člověk setká s nějakým problémem či překážkou, kterou není schopen vyřešit vlastními silami, ani za pomoci svých blízkých. Taková situace vede ke ztrátě duševní rovnováhy a provázejí ji pocity ztráty jistoty a bezpečí (Duchoňová, K., 2011).

Intervence je okamžik, kdy se objeví mezi jedincem a jeho krizí prostředník, který mu napomůže získat odstup od problému. Jedinec pak může navázat tzv. kontakt s danou krizí tak, aby se krizová situace zastavila (Duchoňová, K., 2011).



## 2. KRIZOVÁ INTERVENCE

Tento pojem vyjadřuje dvě základní sdělení: Jde o odbornou práci s klientem, pacientem, který se nachází v situaci, která je pro něho nepříznivá, zátěžová až ohrožující. V krizovém stavu se může ocitnout i zdravý člověk bez jakékoli závažnější poruchy jak duševního tak tělesného zdraví, může však jít i o člověka, jehož krize má buď přímý, nebo nepřímý vztah k jeho onemocnění. Cílem této metody je zamezit prohlubování problému a snížit celkovou intenzitu tak, aby nedošlo ke zhoršení krize či v horších případech k tragickým následkům. Nejdůležitějším předpokladem úspěšné krizové intervence je schopnost empatie, aktivní naslouchání ze strany odborníka a schopnost poskytnout klientovi silnou emoční podporu. Kvalita navázaného lidského vztahu zdravotníka s klientem má prvořadý význam. Odborný pracovník jedince podporuje v jeho kompetenci řešit problém aktivně a konstruktivně svými vlastními silami. Krizová intervence tak má velmi významný především preventivní potenciál.

Odborný pracovník se při práci musí zabývat tím, jak danou problematiku a krizi vnímá samotný klient, a musí si vytvořit celkový obraz o klientovi. Komunikaci mezi odborníkem a klientem můžeme rozdělit na čtyři typy- instrukci, komentář, kladení otázek a rezonanci. Instrukce může být pouhým doporučením, ale může mít i formu zákazu. Při komentáři odpovídá odborník svým stanoviskem, které přináší jeho subjektivní pohled na situaci. Ve vnějším světě každý člověk prožívá a vnímá subjektivně a po svém. Pomáhající odborník by se tak měl zaměřovat na vnitřní svět klienta a vytvářet si obrázek o jeho osobnosti. Nemůže vytvořit zcela objektivní hodnocení či komentář, protože jde pouze o jeho subjektivní pohled. Po vytvoření tohoto stanoviska se odborník snaží postavit problém do nového světla. Někdy však při intervenci může napomoci pouhé kladení otázek. Otázka je základní formou, která se používá v intervenci při terapii. Poslední typ, který se v intervenci používá, je rezonance, při které odborník odráží to, co říká klient.

Při terapii se objevují nejrůznější emoce, které jsou často velmi silné. Při řešení krizových situací jsou emoce pacientů různorodé - nejčastěji jde o smutek, pláč nebo agresi a hněv. Každý pacient však tyto emoce projevuje odlišně – vyděšení se může projevovat tichými slovy, opatrným až vyděšeným způsobem vyjadřováním. Je velmi

důležité, aby se o pocitech mluvilo, klient by měl dostat prostor k tomu se dostatečně vyjádřit. Při řešení krizové či tísnivé situace je důležité se někomu otevřít a vše sdělit. Účinnost však nespočívá pouze v tom, že nám někdo naslouchá, musíme zároveň získat vhodnou odezvu ze strany odborníka. Pokud odborník zareaguje adekvátně, je možné, aby se smysluplně vyřešil daný problém.

Cílem krizové intervence je stabilizace klienta a snížení nebezpečí, že se krizový stav bude prohlubovat. V případě, kdy průběh terapie není zcela zdařilý, se očekává, že intervence minimálně zajistí klientovi fungování alespoň na takové úrovni, na které se klient nacházel před začátkem krize. Perspektivním cílem intervence je propracovat s klientem jeho blízkou budoucnost a je-li to možné, nasměrovat ho a preventivně vytvořit další možnosti řešení (Duchoňová, K., 2011).

Silný účinek intervence je s největší pravděpodobností v tom, že v dnešní době lidé příliš nenaslouchají. U mnoha profesí pak dochází k několika rolím, které se prolínají.

## **2.1. Formy krizové intervence**

Cílem krizové intervence je poskytnutí bezpečí, podpory, naděje a navedení člověka na cestu, na které je schopen se navrátit na předkrizovou úroveň života. Krizová pomoc má především krátkodobý charakter, trvá obvykle do sedmi dnů a je zde i možnost hospitalizace. Mezi formy krizové intervence patří osobní kontakt klienta s odborníkem nebo telefonický kontakt. Osobní kontakt, tedy kontakt tváří v tvář, má několik forem (Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008):

- Ambulantní forma je pro pacienty, kteří jsou schopni docházet do zařízení pro odbornou pomoc.
- Forma hospitalizace je pro jedince, jejichž stav je natolik ohrožující, že nezvládají setrvání v přirozeném prostředí. Takovýto pacient bývá krátkodobě hospitalizován v krizovém centru, v nemocnici, diagnostickém ústavu apod.
- Forma terénní služby je využívána v okamžiku, kdy klient není schopen navštívit krizové centrum nebo tehdy, když potřebuje doprovod (např. k soudu nebo na policii).

- Forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí
- Forma telefonická

Telefonická krizová intervence je metoda a práce s klientem založená na jednorázovém či opakovaném telefonickém kontaktu. Tato forma krizové práce musí být velmi intenzivní, protože telefonát může být kdykoli přerušen.

Formy telefonické krizové intervence:

- Kontaktní linky bývají k dispozici klientům daného pracoviště pro navázání prvního kontaktu. Po telefonickém navázání kontaktu následuje osobní návštěva.
- Specializované linky se orientují na konkrétní problematiku, po které často navazují ambulantní či lůžková zařízení. Jedná se o tzv. Hot line, např. AIDS linky a jiné.
- Linky důvěry naopak nejsou specializované na konkrétní problematiku a je zde možnost nejen jednorázového kontaktu, ale i kontaktu opakovaného. Patří sem např. Linky bezpečí a důvěry, Linka pomoci obětem domácího násilí.

Telefonickou pomoc však poskytuje také např. Policie České Republiky či Záchraná služba.

Principy krizové intervence (Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008):

- Okamžitá pomoc
- Snadná dosažitelnost
- Kontinuita péče
- Aktivní přístup
- Prevence

### **3. KRIZOVÁ INTERVENCE U MLADISTVÝCH UŽÍVAJÍCÍCH NÁVYKOVÉ LÁTKY**

Metoda krizové intervence je u mladistvých často využívána v situacích, které souvisejí s abúzem návykových látek. Návykové látky jsou v těchto situacích poměrně často užívány jako „lék“, pomocí kterého se mladý člověk snaží vyrovnat s různými krizovými situacemi, které jsou často vyvolávány problémovými rodinnými vztahy, vztahy s vrstevníky nebo souvisejí s problémy ve škole. Velmi často se setkáváme také s kombinacemi všech těchto základních příčin (ŠPATENKOVÁ, N., 2004).

#### **3.1. Krátká intervence**

Krátká intervence týkající se drog bývá označovaná jako „brief“ a je pro pediatrické lékaře nejběžnější praxí. I tato intervence může být efektivní. V první řadě musí lékař pacientovi poskytnout veškeré informace o možných rizicích, které mohou mít negativní následky na jeho zdravý rozvoj. Lékař pacientovi poskytne rady jak z medicínského hlediska, tak doporučení týkající se konkrétní formy pomoci (např. doporučí návštěvy u specialisty, schůzky anonymních narkomanů nebo určitou formu léčby). Má tak možnost vyvolat u pacienta motivaci ke změně jeho chování a může-li se zkontaktovat s dalšími členy rodiny, může je vést k chování, které bude vyřešení problému nápomocné (FROUZOVÁ, M., 2006).

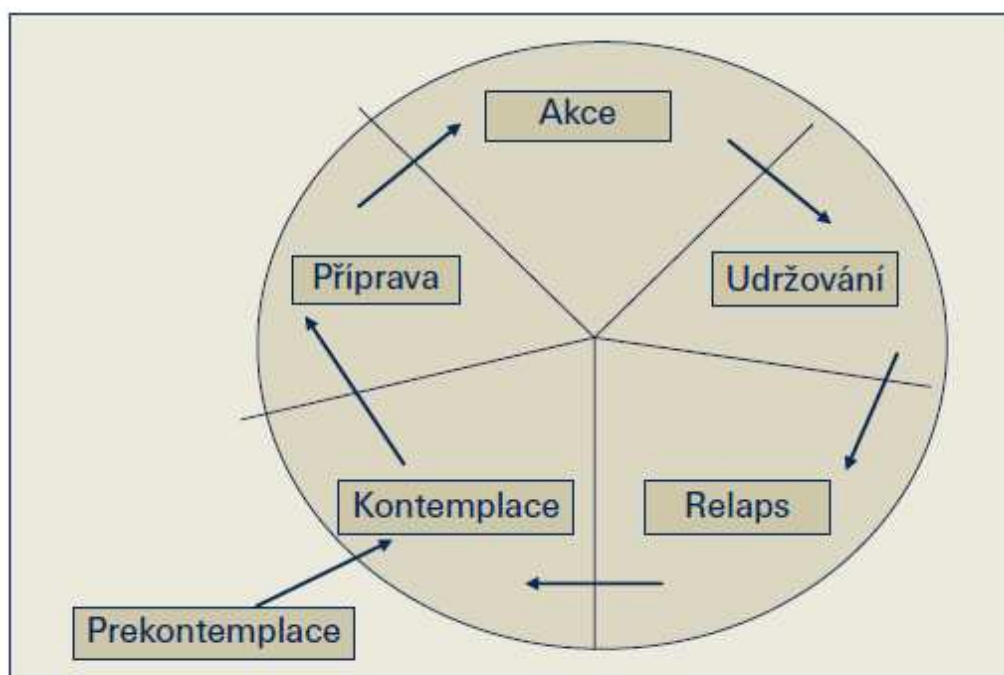
#### **3.2. Časná protidrogová intervence**

Časná intervence označovaná jako „early“ je poskytnutí pomoci v ještě nerozvinutých stádiích problému. V této intervenci se jedná o nastavování životních situací tak, aby se dítěti či dospívajícímu v co nejkratší době dostalo vhodné zpětné vazby v tom smyslu, že se děje něco závažného a situace od něj vyžaduje rozhodnutí vedoucí ke změně. V takovýchto případech se využívá i manipulace (např. záměrně koordinovat chování rodičů, učitelů). Čím je intervence včasnější, tím je i větší

pravděpodobnost, že bude úspěšná, protože u dlouhodobé drogové závislosti se schopnost jedince „zvládnout situaci sám“ snižuje.

Při krátké i časně intervenci je zapotřebí zjistit, v jaké fázi změny se pacient nachází, a pak vhodnou intervencí urychlovat její průběh. Celkový proces je popsán transteoretickým modelem změny chování, jehož autory jsou James Prochaska a Carl DiClement (KABÍČEK, P., 2006).

**Obrázek 2** Stadia změny znázorněné v kruhovém diagramu



Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

Tento model odráží stupeň a proces změn, které se týkají zdraví prospěšného chování. Model pracuje se šesti stadii změny, které jsou na jedné straně charakterizovány reflexí problému klienta a na straně druhé úkoly terapeuta nebo poradce.

**Obrázek 3** Stadia změny a jejich charakteristika podle transteoretického modelu změny

Stadium	Charakteristika na straně konzumenta	Cíl intervence
Prekontemplace	Uživatel návykové látky nereflektuje potřebu změny. Rizika ani zdravotní důsledky si neuvědomuje.	Zpětná vazba s ohledem na výsledky screeningu s cílem vzbudit povědomí o rizicích užívání a zdravotních a behaviorálních důsledcích.
Kontemplace	Uživatel si uvědomuje možné následky užívání, ale je ambivalentní, pokud jde o potřebu změny chování.	Komunikovat potřebu změny chování a možnosti, jak ji dosáhnout.
Příprava	Uživatel si je vědom nutnosti změnit své chování, zvažuje, co by měl dělat.	Nabízet konkrétní postupy, jak změnit chování (rady, jaký cíl si stanovit, co změnit ve svém chování, jak kontrolovat výsledky).
Akce	Uživatel mění chování vůči návykové látce, omezuje užívání nebo úplně přestává užívat.	Povzbuzovat a opakovat strategie změny chování.
Udržování	Abstinence nebo velmi mírné užívání trvale pod kontrolou.	Povzbuzovat, potvrzovat úspěch. Upozorňovat na dlouhodobou výhodnost změny.
Relaps	Selhání v abstinenci, návrat k rizikové formě konzumu.	Pomáhat přijmout selhání, povzbuzovat k novému začátku.

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

Lidé v první fázi (prekontemplace) nemají zájem měnit své chování a vykazují silný odpor k přiznání si problému. Ve fázi kontemplace si již jedinci problém uvědomují, ale přistupují ke změně ambivalentně. Ve třetí fázi, tedy ve fázi přípravy, se již objevují drobné změny v chování. Další fáze představuje přesvědčení o nutnosti nastolení změny chování. Fáze udržení znamená snahu o upevnění již dosažené změny a prevenci relapsu, který je fází poslední.

Přechody mezi těmito fázemi jsou ovlivněny nezávislými proměnnými v podobě jak skrytých, tak zjevných činností a zkušeností. Autoři tohoto modelu zdůrazňují důležitost různé intervence vzhledem k fázi, ve které se jedinec aktuálně nalézá.

Tímto modelem je časná i krátká intervence inspirovaná zejména v oblasti volby vhodných intervencí dle léčebné fáze v uzdravném procesu.

V procesu postupného uvědomování si problému bere lékař v úvahu svá pozorování, konfrontuje pacienta s výsledky a objasňuje mu fáze chování.

V procesu, kdy se pacient zabývá sám sebou a dochází u něj k vlastní kontrole za účelem zjištění skutečného stavu, ve kterém se aktuálně kvůli drogám nalézá, je důležité diskutovat o pacientových hodnotách a očekáváních.

Proces osvobození se od drogy zahrnuje komunikaci, při které by se měl najít smysl a důvod k rozhodnutí. Během toho by měl lékař nasměrovat pacienta na možné způsoby, jak nejlépe svému rozhodnutí a předsevzetí dostat.

V procesu podmiňování je důležité, aby se pacient naučil ignorovat spouštěcí podněty vyvolávající touhu po užití drogy a naopak by se měl soustředit na svoji vůli a na své vlastní vnitřní podmiňování a podporování. Je také důležité, aby okolí pacienta tyto podněty zbytečně nevyvolávalo. V okamžiku, kdy okolí není schopné své jednání a chování přizpůsobit, doporučuje se pacientovi, aby se těmto osobám a situacím raději vyhýbal.

Dalším procesem je posilování a zvládání sebe sama. Lékař zde učí pacienta vhodnou komunikaci s druhými a zároveň se ho snaží naučit odměňování sebe sama.

V procesu sociálního vyzrání je důležité, aby si pacient osvojil svá práva a práva druhých, aby si uvědomil svoji odpovědnost a aby se začleňoval do vhodných sociálních struktur a vhodných mezilidských vztahů. Pacient se tak učí i empatii a vhodné interpretaci druhých lidí.

Jelikož změny probíhají ve stádiích, zasahuje se podle toho, v jaké fázi změny se jedinec aktuálně nachází (KABÍČEK, P, 2006):

- Volba
- Provedení
- Udržení

Tyto procesy se pak dají začlenit do jednotlivých intervenčních technik (KABÍČEK, P, 2010, s.2):

- Fáze prekontemplace, ve které je jedinec ochoten mluvit a uvažovat o změně, ale výrazně nepocítuje potřebu něco změnit. Lékař se v této fázi snaží vyvolat pochybnosti týkající se současného stavu pacienta, snaží se ho přesvědčit o tom, že problémy, kterého ho sužují, jsou spojené s jeho užíváním návykových látek.

Využívá při tom technik aktivního naslouchání, otevřených otázek, shrnující feedback neboli zpětnou vazbu, propojuje souvislosti mezi drogami a nepříjemnými záležitostmi.

- Fáze kontempace zahrnuje pacientův ambivalentní postoj, týkající se výhod a nevýhod, které ze změny vyplývají. V této fázi lékař pomáhá pacientovi v uvědomění si negativních účinků drog a vlivu případné změny. Podporuje tak uvažování o změně a aktivní přístup k problému a naopak zdůrazňuje rizika, která mohou nastat, kdyby se pacient rozhodl věci nechat tak, jak jsou.

Využívá přitom technik předvídání sledu událostí pro případ, že by pacient zaujal pasivní postoj k problému. Používá otevřené otázky, které jsou spjaté se změnou. Vypráví pacientovi případy, kdy změna přinesla něco, o co jedinec usiluje, a doporučuje pacientovi, aby si napsal na levou stranu papíru nevýhody a na pravou stranu papíru výhody nějaké změny.

- Fáze volby - její úspěšnost závisí v první řadě na předsevzetí, po které teprve může nastat schopnost kvalitně se rozhodnout. Lékař pomáhá při úvahách o ideálním a přiměřeném cíli a spoluvytváří s pacientem jeho konkrétnější představu. Komunikuje s pacientem o vhodných strategiích, díky kterým lze stanoveného cíle dosáhnout a posiluje jeho schopnost chovat se efektivně při rozhodování. Důležité je mluvit o jednotlivých krocích, které bude muset pacient při změně podstoupit, a odhadnout, jak dlouhou dobu bude přibližně provedení těchto kroků trvat. Dalším úkolem lékaře je odstranit ambivalentní postoje pacienta a pomoci mu při vybudování obranných postojů a chování.

K užívaným technikám patří např. uvádění důvodů pro změnu, vypracování výhod a nevýhod, které mohou být důsledkem jednotlivých voleb. Důležité je vypracování přehledů či map možných následků vzniklých nejrůznějšími změnami, jaké může pacient během svého života pravděpodobně očekávat. Nákresy, které by přehledně zobrazily možné změny v pacientově životě, jako např. to, co by si pacient přál, čeho by chtěl dosáhnout. Účinné je uvádění obdobných klinických případů, které si zvolily



stejnou cestu a strategii. Dále se v této fázi vypracovává kontrakt, který mívá ústní nebo písemnou podobu, někdy i s podpisem pacienta nebo jeho bližních. Kontrakt má podobu požadovaného chování či jednání a obsahuje tak: prohlášení pacienta, zda usiluje o změnu, konkrétní popis jeho cíle, sestavený plán s postupnými kroky a dojednaný způsob mezi lékařem a pacientem, jak k cíli dojít a jak sledovat celé provedení.

- Fáze provedení znamená posilování zpětné vazby pacienta, která se soustřeďuje zejména na jeho chování. Poskytuje se mu jak emocionální, tak kognitivní podpora jeho chování a promýšlí se efektivní strategie a způsoby chování. V případě, že se pacient setká s neúspěchem a začne pochybovat o sobě samém, hraje významnou roli lékař, který tyto případné stavy ošetřuje.

Techniky využívané v této fázi jsou např. hodnocení výsledků, ze kterých vyplývá zejména pochvala. Pacient si vede deník obsahující jeho pocity, prožívání a celkové sledování jeho osoby, který se na sezeních probírá. Upravování kontraktu je možné podle toho, jaký postoj zaujímá pacient k původně vytvořenému plánu.

- Fáze udržení změny neboli prevence relapsu. Nyní je zapotřebí podpořit novou identitu pacienta, vyzorovat, zdali neexistují skutečnosti, které by mohly zapříčinit návrat ke starým vzorcům chování, a v tom případě jejich vzniku zamezit. Je nutná podpora a pomoc ze strany lékaře při vývoji pozitivních návyků, vedení k dalšímu osobnostnímu rozvoji, pomoc při budování nových sociálních sítí a v neposlední řadě i pomoc při navazování konstruktivních vztahů s bližními.

K používaným technikám patří např. periodické vypracovávání plánu dalšího rozvoje pacienta, příprava na nové sociální i psychologické situace, které se nacvičují na sezeních. Jde o setkání s bližními, které lékař informuje o stavu pacienta a kterým poskytuje informace o tom, jak by se měli zachovat v případných problémových situacích.

### **3.3. Intervence – primární, selektivní a indikovaná prevence**

Všeobecná intervence zabývající se primární prevencí se týká jedinců, kteří sice neužívají návykové látky, ale jsou jimi nějakým způsobem ohroženi. Pozornost se tak zaměřuje především na děti a mladistvé, případně na ty, kteří procházejí nějakou významnou či náročnou životní situací. Nejvhodnější forma intervence jsou tzv. peer programy (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 27).

Selektivní preventivní intervence vychází již z určitého a specifického ohrožení jedince návykovou látkou. Může jít o jedince, kteří mají genetickou predispozici k užívání drog, a o děti, které vyrůstají v rodině, kde je užívání drog běžnou skutečností. Další ohroženou skupinu představují nositelé nějakého psychického problému nebo jedinci, kteří během svého vývoje přišli do styku se sociopatickým prostředím (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 27). Další pozornost se věnuje obětem zneužití, obětem šikany, ale i jedincům, kterým bylo znemožněno na základě konkrétní události pokračovat v nějaké smysluplné činnosti, která je naplňovala (např. zranění u vrcholových sportovců či umělců).

Indikovaná prevence je vhodná pro jedince, u kterých je diagnostika škodlivých látek nemožná, ale i přesto vykazují některé varovné známky poukazující na užívání návykových látek. Patří sem např. děti závislých rodičů (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 27).

## 4. ZÁKLADNÍ INFORMACE O NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Následující stručný přehled podává základní informace o druhu a účincích návykových látek, které jsou v naší populaci nejčastěji užívány.

Nejčastěji užívané drogy u dospívajících a jejich účinky (NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 1997):

### **Alkohol**

Podle světové zdravotnické organizace připraví právě alkohol lidstvo o nejvíce let života. Celosvětově se dá přičíst užívání alkoholu 5% všech úmrtí osob ve věku 15-29 let. V Evropě tvoří úmrtí zapříčiněná požíváním alkoholu u mužů ve věku 15-29 let ¼ všech úmrtí (ve střední a východní části Evropy je to dokonce celá 1/3 všech úmrtí). Mezi nejčastější příčiny smrti u dospívajících patří zejména úrazy, dopravní nehody, otravy, násilná jednání a u všech těchto vyjmenovaných příčinách se podstatným způsobem spolupodílí právě alkohol.

České děti jsou alkoholem neustále obklopeny a to jak doma, tak v prostředí svých vrstevníků a jsou ovlivňovány i zásluhou masivních reklam na alkoholické nápoje. Dostupnost alkoholu pro děti je u nás vysoká i přesto, že je to v rozporu se zákonem. O tom, jak se společnosti nedaří řešit problém spjatý s alkoholem, poukazuje šetření, které provedl PhDr. Csémy a spol. v roce 1998:

- ❖ 36,5% patnáctiletých chlapců uvedlo, že se, za svůj život opili dvakrát či vícekrát
- ❖ 22% patnáctiletých dívek uvedlo, že se za svůj život opily dvakrát či vícekrát

## **Tabák**

Alkohol spolu s tabákem bývá v našich podmínkách první návykovou látkou, se kterou se dítě dostane lehce do kontaktu.

## **Kanabinoidy**

Mezi kanabinoidy patří zejména marihuana a hašiš. Postoj společnosti ke kanabinoidům je rozporuplný. Na jedné straně se konopí považuje za ilegální drogu, na druhé straně se v současné době často mluví o jeho užitečnosti při různých onemocněních.

Mnoho zastánců drog z konopí popírá jakoukoli možnost vzniku závislosti. Realita je však jiná, závislost totiž vzniká, i když pomaleji nežli u jiných silnějších drog, jako např. na pervitinu nebo heroinu. Děti a dospívající jsou tak závislostí na drogách z konopí ohroženi nejvíce, a to zejména ve chvílích, kdy se dostanou do obtížné životní situace nebo se potýkají s psychickými problémy, které provázejí období dospívání. Užívání konopných drog problémy nejenom nevyřeší, ale v případě duševních problémů, může naopak tyto potíže ještě zhoršit a jejich účinky jsou tak ve svém důsledku velmi nebezpečné.

Mezinárodní kritéria pro diagnózu závislosti nevyžadují přítomnost odvykacího stavu. Pro diagnostikování závislosti je zapotřebí, aby byly splněny alespoň tři ze šesti znaků určující závislost. Podle této definice se tedy jedinec kouřící marihuanu stává na ní závislý v okamžiku, kdy pociťuje ve vztahu k marihuaně craving (tedy když pociťuje silnou touhu po droze) a i přes znalost škodlivých účinků v kouření pokračuje dál. V okamžiku, kdy se takový jedinec rozhodne s užíváním drogy skončit, zjistí, že po vysazení nemá žádné odvykací potíže. Absence odvykacích obtíží u kanabinoidů se dá vysvětlit následovně: Látka, která je obsažená v konopí se při chronickém užívání hromadí v tukové tkáni a při abstinenci se odtud jen zvolna uvolňuje a vyplavuje, takže tak nedochází k jejímu vymizení z těla. Z toho to důvodu je možné prokázat přítomnost konopí v těle mnoho dní i týdnů po poslední užití dávce.

Rizika užívání kanabinoidů:

- ❖ stavy úzkosti, poruchy nálady
- ❖ závislost

- ❖ poruchy paměti a zhoršená schopnost učit se
- ❖ vyšší tepová frekvence
- ❖ zhoršená schopnost řídit motorové vozidlo (ovlivňuje reakční dobu, schopnost koncentrace, vnímání, schopnost vyhodnotit aktuální situaci a schopnost adekvátně na ni reagovat)
- ❖ kolapsové stavy,
- ❖ duševní poruchy

### **Těkavé látky (toluen, xylen)**

Těkavé látky se v České republice užívaly zejména před nástupem jiných drog v 90. letech. Nepatří tak v současné době k nejrozšířenějším drogám užívaným dospívajícími (v roce 1999 uvedlo zkušenosti s těmi to drogami pouze 7,2% šestnáctiletých studentů). Tato rozpouštědla jsou velmi nebezpečná. Používají se zejména z důvodu vlivu na nervovou centrální soustavu, navozují pocit euforie, úniku z reality, ale zároveň jsou toxická a poškozují životně důležité orgány. Mohou způsobit poškození jater, poruchy krvetvorby a poruchy nervové soustavy včetně mozku.

### **Benzodiazepiny**

S těmi to léky se mohou děti a dospívající snadno setkat i doma. Do této skupiny patří např. Rohypnol, Diazepam, Neurol, Lexaurin a další. Nejčastěji se tyto látky užívají v kombinaci s jinými drogami (alkohol, opiáty, také se užívají z důvodu zmírnění nepříjemných účinků drog z konopí, pervitinu nebo halucinogenů). Dospívající si často ani neuvědomuje, že i když je závislost na těchto tlumivých lécích méně nápadná, je provázena velmi těžkými odvykacími stavy, u kterých může dojít až ke smrtelným komplikacím (vznik těžkých epileptických záchvatů).

Příznaky užívání:

- ❖ útlum,
- ❖ zpomalení psychomotoriky,
- ❖ setřelá řeč,
- ❖ ospalost,

- ❖ ataxie,
- ❖ zpomalené dýchání (apnoe),
- ❖ kóma,
- ❖ stavy agresivity a neklidu

Pozdní příznaky:

- ❖ postižení kognitivních funkcí,
- ❖ trvalá roztřesenost,
- ❖ poruchy výživy,
- ❖ pocity pronásledování,
- ❖ poruchy krevního oběhu,
- ❖ poruchy spánku
- ❖ postižení paměti, někdy až obrazy demence

### **Psychostimulancia (pervitin, amfetamin, crack, extáze, kokain)**

Tyto drogy vyvolávají velmi rychle závislost a mohou vést k chátřání a vážným duševním poruchám. Působí zejména aktivačně tak, že myšlení bývá zrychlené a zmatené, zrychluje se tep, někdy se objevují halucinace nebo pocity pronásledování. Po odeznění účinků nastává útlum, spánek a případně i deprese. Charakteristický je rychlý vzestup krevního tlaku, který může způsobit i mozkovou mrtvici, srdeční infarkt nebo srdeční selhání.

Příznaky:

- ❖ tachykardie, dysrytmie, zvýšení krevního tlaku, mělké dýchání, edém plic,
- ❖ sucho v ústech, pocení, mrazení, zvracení,
- ❖ hematurie až akutní selhání ledvin, fibrinolýza, rabdomyolýza (extáze),
- ❖ křeče, kóma s bradykardií, pokles krevního tlaku

Psychické příznaky:

- ❖ agresivita
- ❖ nespavost,
- ❖ snížení chuti k jídlu,
- ❖ impulzivita,

- ❖ hyperaktivita,
- ❖ stereotypy,
- ❖ mnohomluvnost,
- ❖ pocit zvýšené fyzické a psychické aktivity,
- ❖ zvýšená empatie,
- ❖ uvolnění zábran (např. sex, řízení auta),
- ❖ psychotické stavy, paranoidní stavy, úzkost,
- ❖ může se objevit depresivní stav

### **Opioidy (heroin, morfin, kodein, braun)**

U těchto drog vzniká závislost velmi rychle. Lidé závislí na těchto drogách jsou utlumení a žijí tzv. "ve svém světě". Mají zúžené zornice nereagující na světlo, dech je pomalý a řeč nesrozumitelná. Euforie bývá vystřídána nezájmem až depresí. Při odvykání vzniká silný pocit potřeby po droze. Odvykání je provázeno abstinenčními příznaky s nevolností až zvracením, svalovými bolestmi, pocením, teplotami, průjmy apod.

Příznaky:

- ❖ mióza, útlum dýchání, kóma,
- ❖ bolesti hlavy, svědění kůže a nosní sliznice (škrábe se i při poruše vědomí), hypotermie, neschopnost se na cokoli soustředit,
- ❖ zvracení,
- ❖ edém plic, útlum dýchání až apnoe,
- ❖ bradykardie, dysrytmie, šok,
- ❖ ospalost, závratě, neklid

Psychické příznaky:

- ❖ tupá euforie, pocit blaženého klidu, nemá strach z bolesti, apatie, odtržení od reality, nespavost, neschopnost se soustředit na cokoli

### **Halucinogeny (LSD, lysohlávka, syntetické halucinogeny-extáze neboli MDMA)**

Tyto drogy jsou nebezpečné zejména pro pacienty s onemocněním srdce a krevního oběhu. Po požití drogy nastane prudký vzestup krevního tlaku, zvýší se tepová

frekvence i spotřeba kyslíku v srdečním svalu a může dojít i k cévním mozkovým příhodám. Je zde riziko vzniku epileptických záchvatů, poškození jater až jaterního selhání. Při odvykání se poměrně často objevují deprese a někdy i sebevražedné myšlenky a tendence.

Příznaky intoxikace:

- ❖ LSD: halucinace, tachykardie, dysrytmie, zvýšení krevního tlaku, zvýšení teploty, pocení, slinění, zvýšené šlachové reflexy, strnulý pohled, cyklické koma, křeče
- ❖ MDMA: rozšířené zornice, zčervenání, rychlejší puls, horší sebeovládání, snazší ovlivnitelnost, abnormálnost chování (ne vždy), možná nebezpečnost sobě nebo druhým, zhoršená schopnost rozhodování. U extází a dalších syntetických drog může dojít k těžkým i život ohrožujícím otravám a to i po malých dávkách, které jiní lidé snášejí. Při užívání dochází k velkým ztrátám tekutin a minerálů.

Lysohlávka: inkontinence moče, bradykardie, hypotenze, psychické příznaky - poruchy vnímání, emotivity, poruchy chování, euforie či deprese, zvýšené vnímání zvuků, barev, časová či prostorová dezorientace, nespavost či sebevražedné sklony.



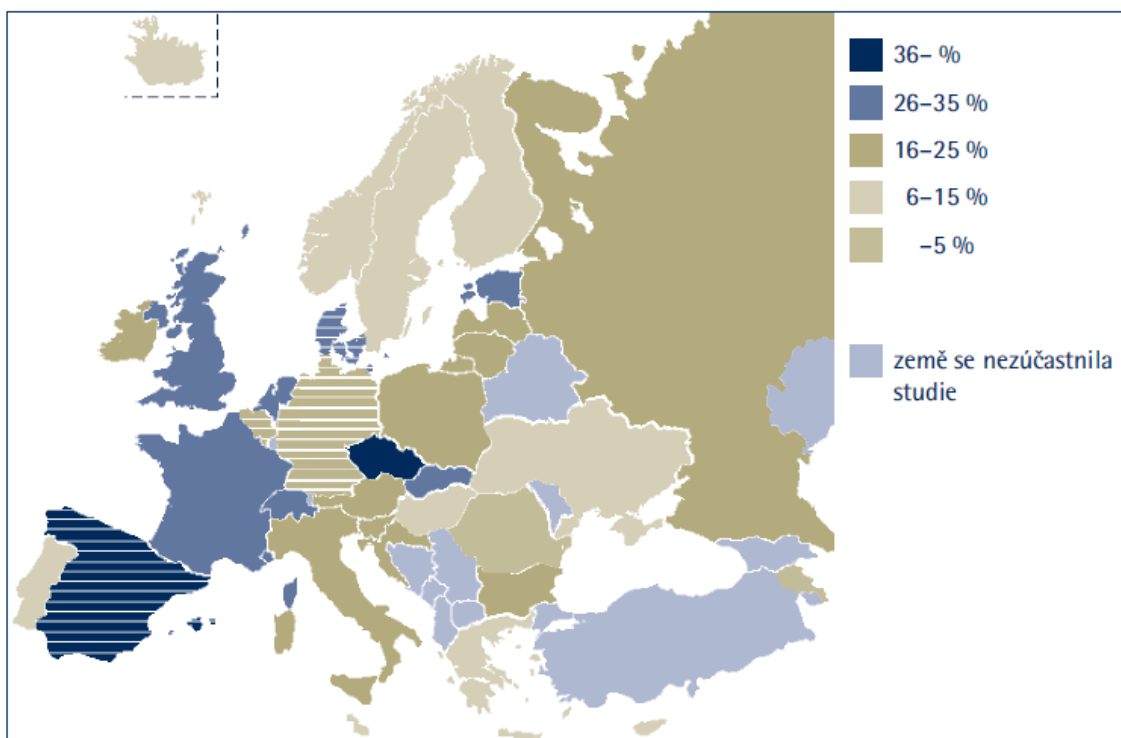
## 5. EPIDEMIOLOGICKÁ DATA O UŽÍVÁNÍ DROG V ČESKÉ REPUBLICĚ

V roce 2008 byla publikována zpráva o stavu drog v České republice, která představovala ucelený přehled informací o naší drogové scéně a o realizovaných protidrogových programech. V dospělé populaci se zvýšilo celkové užívání drog, k největšímu nárůstu došlo v užívání konopných drog (zejména marihuany). Užíváním návykových látek u dospívajících ve 35 zemích Evropy se v roce 2007 zabývala studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách viz. Příloha A). Ve srovnání s ostatními vyspělými státy Evropy se Česká republika objevila na prvním místě v celoživotním užívání jakékoli nelegální drogy (šlo o celoživotní zkušenosti s užíváním marihuany nebo hašiše, kterou uvedlo 45 % dospívajících-viz obrázek). Česká republika vykazuje rostoucí tendenci v užívání kanabinoidů. Od roku 1995 se zkušenosti s užíváním marihuany zvýšily u chlapců i dívek o víc než 20 %. První příčky zaujímá Česká republika i v kouření cigaret a v konzumaci alkoholu (41% dospívajících uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech a 93 % uvedlo konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech). S jinou nelegální drogou má zkušenost 12% dospívajících.

Rizikové chování má negativní dopady na úmrtnost dospívajících. V roce 2006 zemřelo v České republice ve věkové skupině 15-19 let 250 dospívajících lidí. Z těchto mladých lidí 75% zemřelo na základě tzv. vnější příčiny: dopravní úrazy, které byly často způsobené pod vlivem alkoholu nebo drog, a sebevraždy.

Tato situace není v našem zdravotnictví dostatečně reflektována. Léčení somatických chorob se sice neustále zlepšuje, ale psychosociální problémy jsou zatím řešeny pouze okrajově.

Obrázek 4 Celoživotní prevalence užití jakékoli ilegální drogy u 16letých dle ESPAD 2007



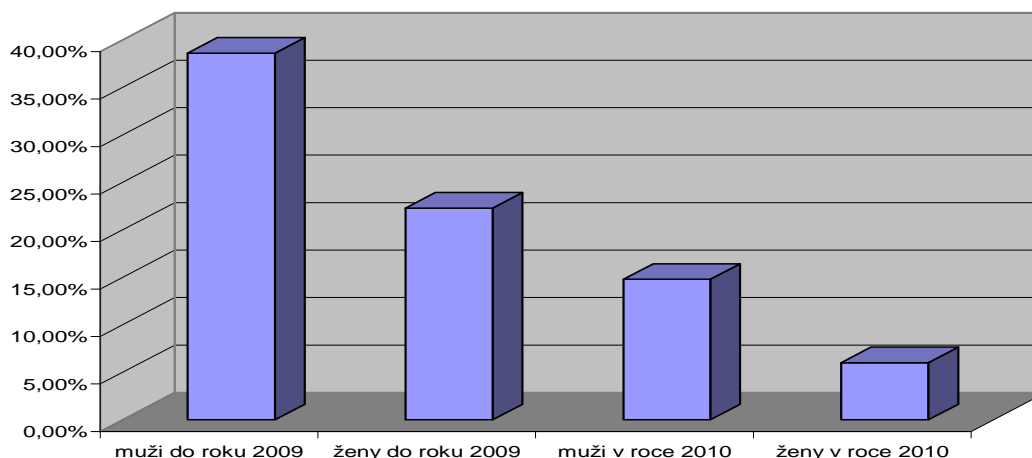
(Pozn. Země s vodorovným linkováním mají velkou regionální variabilitu dat)

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

V rámci projektu Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života, který byl realizován agenturou INRES-SONES v roce 2010, bylo dotazováno 1793 obyvatel České republiky, starších 15 let. Vedle problematiky zdravotnictví a zdravého životního stylu byli respondenti dotazováni na zkušenosti s užitím nelegálních drog.

Jednou z nejrozšířenějších nelegálních drog je stále marihuana či hašiš. Alespoň jednou ji užilo 30,5 % respondentů, a to častěji muži (38,6 %) než ženy (22,3 %). Ve věku 15–34 let měla podle této studie v r. 2010 s konopnými látkami nějakou zkušenost téměř polovina respondentů (49,3 %). Prevalence užití marihuany či hašiše v posledním roce však již byla výrazně nižší – v posledním roce užilo marihuanu 10,4 % dotázaných (ve věku 15–64 let), z toho bylo 14,8 % mužů a 6,0 % žen. Ve věku od 15 do 34 let vyzkoušelo v posledním roce konopnou látku 20,7 % respondentů. V posledním měsíci konopné látky užilo 4,2 % populace ve věku 15–64 let, z toho opět nejčastěji ve věku od 15 do 24 let (8,9 %) a od 25 do 34 let (7,2 %).

**Obrázek 5 Zkušenosti s užitím marihuany či hašiše**



Institut pro kriminologii a sociální prevenci provedl roku 2010 spolu s agenturou Factum Invenio šetření „Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů“, které mimo jiné sledovalo i zkušenosti občanů s návykovými látkami. Výzkum byl proveden metodou osobního rozhovoru na reprezentativním vzorku obyvatel České republiky starších 15 let.

**Obrázek 6 Míry prevalence užití dané drogy ve Výzkumu občanů 2010, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b)**

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Vybrané věkové skupiny		Celkem
		Muži (n = 751)	Ženy (n = 736)	15–24 let (n = 270)	15–34 let (n = 615)	
Celoživotní prevalence	Marihuana či hašiš	38,6	22,3	52,2	49,3	30,5
	Extáze	4,8	3,1	7,4	7,8	4,0
	Amfetaminy, pervitin	1,9	1,0	2,2	2,9	1,4
	Kokain	1,5	0,4	0,4	1,6	0,9
	Heroin	0,5	0,1	0,0	0,5	0,3
	LSD „krystal, trip, papír“	4,1	1,0	3,7	5,0	2,6
	Halucinogenní houby	5,7	2,9	8,9	8,1	4,3
Prevalence v posledních 12 měsících	Těkavé látky	1,3	0,8	1,1	1,5	1,1
	Marihuana či hašiš	14,8	5,8	23,7	20,7	10,4
	Extáze	0,8	0,7	2,6	1,6	0,7
	Amfetaminy, pervitin	0,4	0,3	0,4	0,8	0,3
	Kokain	0,7	0,0	0,0	0,5	0,3
	Heroin	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1
	LSD „krystal, trip, papír“	0,4	0,1	0,7	0,7	0,3
Prevalence v posledních 30 dnech	Halucinogenní houby	1,6	0,5	2,6	2,3	1,1
	Marihuana či hašiš	6,0	2,3	8,9	8,0	4,2
	Extáze	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	Amfetaminy, pervitin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kokain	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
	Heroin	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1
	LSD „krystal, trip, papír“	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Prevalence v posledních 30 dnech	Halucinogenní houby	0,5	0,1	0,4	0,7	0,3
	Těkavé látky	0,3	0,4	0,0	0,5	0,3

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

**Obrázek 7 Míry prevalence užívání dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010, v % (Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010)**

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Vybrané věkové skupiny		Celkem (N = 1749)
		Muži (n = 859)	Ženy (n = 890)	15–24 let (n = 271)	15–34 let (n = 674)	
Celoživotní prevalence	Tabák	78,2	59,9	71,2	72,3	68,9
	Alkohol	95,2	93,3	90,8	93,8	94,2
	Marihuana či hašiš	29,8	17,3	40,2	38,9	23,4
	Extáze	8,5	6,0	16,6	14,7	7,2
	Amfetaminy, pervitin	4,0	2,9	6,6	5,9	3,4
	Kokain	2,3	0,9	1,5	1,9	1,6
	Heroin	1,9	0,4	1,8	1,8	1,1
	LSD „krystal, trip, papír“	3,3	1,9	5,2	4,7	2,6
Prevalence v posledních 12 měsících	Halucinogenní houby	6,8	4,2	11,8	9,2	5,4
	Tabák	55,8	37,8	57,6	52,5	46,6
	Alkohol	90,6	85,4	84,9	89,3	87,9
	Marihuana či hašiš	13,6	5,8	25,1	20,3	9,7
	Extáze	2,8	1,6	6,6	3,9	2,2
	Amfetaminy, pervitin	0,9	0,8	2,6	1,6	0,9
	Kokain	0,6	0,2	0,0	0,4	0,4
	Heroin	0,5	0,1	0,4	0,3	0,3
Prevalence v posledních 30 dnech	LSD „krystal, trip, papír“	0,7	0,2	1,5	0,9	0,5
	Halucinogenní houby	1,3	0,6	3,0	1,9	0,9
	Tabák	48,4	32,5	46,5	43,8	40,3
	Alkohol	74,7	57,5	60,5	67,1	66,0
	Marihuana či hašiš	6,6	2,4	12,5	9,2	4,5
	Extáze	1,2	0,3	3,0	1,3	0,7
	Amfetaminy, pervitin	0,1	0,3	1,1	0,4	0,2
	Kokain	0,2	0,1	0,0	0,3	0,2
	Heroin	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2
	LSD „krystal, trip, papír“	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
	Halucinogenní houby	0,2	0,2	0,4	0,3	0,2

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

V porovnání s výše uvedeným Výzkumem občanů 2010 se míra prevalence užívání jakékoli konopné látky ve věkové skupině od 15 do 64 let pohybuje na nižší úrovni (23,4 %).

Pokud srovnáme roční a měsíční prevalenci užívání konopných látek, jsou výsledky obdobné.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že druhou nejužívanější návykovou látkou ve věku od 15 do 34 let je extáze a následuje užívání halucinogenních hub, amfetaminy (pervitin) a LSD.

Z tabulky vyplývá, že užívání drog je častější u mužů než u žen a nejvíce zkušeností s drogami uvedli velmi mladí ve věku od 15 do 24 let.

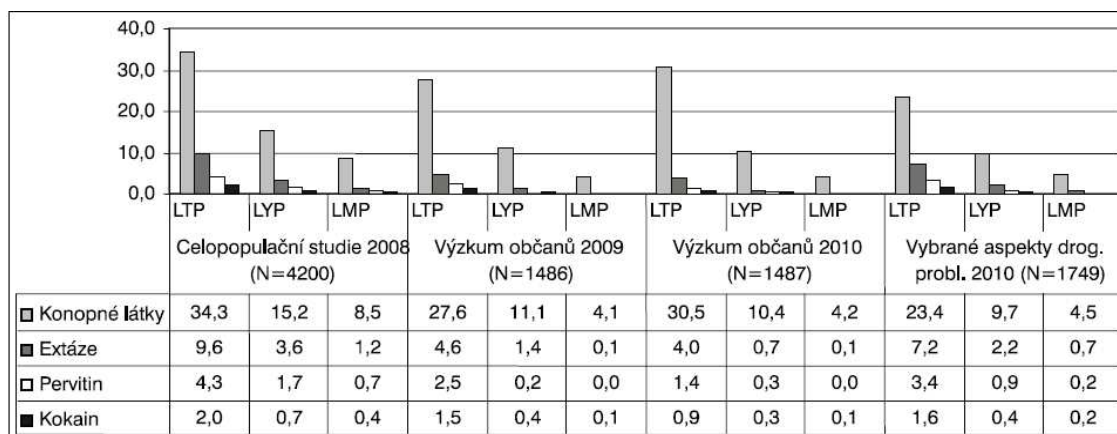
## 5.1. Srovnání míry užívání drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010

Výzkumy realizované v letech 2008–2010 ukazují stejný vzorec užívání návykových látek v populaci pouze s malými rozdíly.

Nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou stále konopné látky následované extází.

Celopopulační studie užívání návykových látek v ČR v r. 2008 byla jako jediná cíleně zaměřena na užívání nelegálních drog.

**Obrázek 8 Srovnání míry prevalence užívání nelegálních drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010 pro věkovou skupinu 15–64 let, v % (Běláčková a Horáková, 2011; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b; Národní**



Pozn.: LTP – celoživotní prevalence užívání, LYP – prevalence užívání v posledních 12 měsících, LMP – prevalence užívání v posledních 30 dnech.

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

## **5.2. Užívání nových syntetických drog**

Roku 2011 realizovala Výzkumná agentura NMS Market Research spolu s agenturou Median s.r.o. dotazníkový průzkum na téma užívání nových syntetických drog mezi uživateli internetu.

Jde o látky, které se svými účinky sice podobají nelegálním drogám, ale nejsou kontrolovány jako omamné a psychotropní látky podle zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách (ten byl roku 2011 novelizován zákonem č. 106/2011, dosavadní přílohy zákona o návykových látkách byly rozšířeny o 33 látek, především nových syntetických drog).

Do této studie se zapojilo 1091 respondentů ve věku od 15 do 34 let.

Stejně jako v ostatních výzkumech a studiích se zkušenost s užíváním nelegálních látek vyskytovala častěji u mužů.

V této studii uvedlo zkušenost s užitím některé z nových syntetických drog celkem 50 respondentů (4,5 %).

**Obrázek 9** Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi obecnou populací uživatelů internetu ve věku 15–34 let v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a)

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Věk		Celkem 15–34 let (N = 1091)
		Muži (n = 562)	Ženy (n = 529)	15–24 (n = 478)	25–34 (n = 613)	
Celoživotní prevalence	Tabák	83,3	82,4	80,9	84,4	82,9
	Alkohol	98,8	97,3	98,5	97,8	98,2
	Marihuana či hašiš	61,9	50,3	56,8	55,8	56,3
	Extáze	12,3	8,9	9,8	11,2	10,6
	Amfetaminy, pervitin	7,0	7,6	7,1	7,3	7,3
	Kokain	9,7	3,5	8,5	4,2	5,0
	Heroin	2,4	0,8	2,6	0,9	1,6
	LSD	9,8	5,8	8,7	8,1	7,9
	Halucinogenní houby	13,9	7,5	12,8	9,3	10,8
Prevalence v posledních 12 měsících	Tabák	49,7	50,9	57,7	44,5	50,2
	Alkohol	95,4	91,8	95,1	92,6	93,8
	Marihuana či hašiš	26,6	14,1	28,4	14,4	20,5
	Extáze	3,6	1,1	3,6	1,4	2,4
	Amfetaminy, pervitin	2,4	0,8	2,4	0,9	1,6
	Kokain	3,2	0,2	2,4	1,2	1,7
	Heroin	0,9	0,0	0,9	0,2	0,5
	LSD	4,1	0,9	4,7	0,9	2,6
	Halucinogenní houby	3,9	1,3	4,9	0,9	2,7
Prevalence v posledních 30 dnech	Tabák	39,6	41,8	45,7	36,7	40,6
	Alkohol	88,1	77,8	85,2	81,5	83,1
	Marihuana či hašiš	13,9	4,9	14,3	5,8	9,5
	Extáze	2,2	0,2	1,9	0,7	1,2
	Amfetaminy, pervitin	1,2	0,1	1,1	0,3	0,7
	Kokain	1,4	0,1	1,4	0,3	0,8
	Heroin	0,6	0,0	0,5	0,2	0,3
	LSD	1,2	0,0	0,9	0,4	0,6
	Halucinogenní houby	1,2	0,0	0,9	0,4	0,6

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

Druhá část tohoto výzkumu se blíže zaměřila na analýzu 151 respondentů ve věku 15–34 let, kteří uvedli zkušenost s užitím některé ze sledovaných nových syntetických drog. Jednalo se tak o již výše zmíněných 50 respondentů. V této části se výzkum zaměřil nejen na samotné užívání těchto látek, ale i na opatřování těchto nových syntetických drog a na specifika trhu s těmito drogami.

Tento výzkum ukázal, že uživatelé nových syntetických drog vykazují mnohem vyšší zkušenosti s užíváním všech sledovaných legálních a nelegálních drog. Konkrétně

v posledním roce užilo z této skupiny konopné látky 71 %, extázi 32 %, pervitin 18 %, kokain 15 % a heroin 7 % respondentů.

**Obrázek 10** Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi uživateli internetu ve věku 15–34 let, kteří užili novou syntetickou drogu, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a)

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Věk		Celkem 15–34 let (N=151)
		Muži (n=99)	Ženy (n=52)	15–24 (n=109)	25–34 (n=42)	
Celoživotní prevalence	Tabák	94,0	94,2	94,5	92,8	94,0
	Alkohol	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0
	Marihuana či hašiš	90,0	96,1	92,7	90,5	92,1
	Extáze	52,2	63,5	58,8	49,9	56,2
	Amfetaminy, pervitin	20,2	23,1	40,4	35,7	39,0
	Kokain	31,3	30,7	28,5	38,1	31,1
	Heroin	15,1	19,2	16,5	16,7	16,6
	LSD	30,3	48	50,4	26,2	31,8
	Halucinogenní houby	43,5	48,1	45,0	52,3	45,0
	Těkavé látky	21,2	26,9	24,8	19,0	23,1
	Ketamin	17,2	19,2	19,2	14,3	17,8
	Subutex®	19,3	17,2	19,3	16,7	18,5
	GHB	15,2	11,5	13,8	14,4	13,9
Poppers	27,3	17,3	23,9	23,7	23,8	
Prevalence v posledních 12 měsících	Tabák	85,9	86,5	88,1	80,9	86,1
	Alkohol	99,0	98,1	98,1	100,0	98,7
	Marihuana či hašiš	71,8	69,2	71,6	69,1	70,9
	Extáze	32,3	32,7	34,0	28,5	32,4
	Amfetaminy, pervitin	18,2	17,3	17,5	19,0	17,8
	Kokain	17,2	11,5	14,7	16,7	15,2
	Heroin	7,0	7,7	5,5	11,9	7,3
	LSD	16,2	13,4	16,5	11,9	15,2
	Halucinogenní houby	16,2	23,1	19,3	23,7	18,5
	Těkavé látky	10,1	7,7	8,3	11,9	9,2
	Ketamin	9,1	5,7	7,3	9,5	7,9
	Subutex®	11,2	5,7	8,3	11,9	9,2
	GHB	8,1	1,9	4,6	9,6	6,0
Poppers	18,2	7,7	13,8	16,6	14,5	
Prevalence v posledních 30 dnech	Tabák	77,8	76,9	78,9	73,8	77,5
	Alkohol	86,9	90,4	86,2	92,9	88,1
	Marihuana či hašiš	46,5	28,8	40,4	40,5	40,4
	Extáze	14,1	7,7	13,8	7,1	11,9
	Amfetaminy, pervitin	11,1	7,7	9,2	11,9	9,9
	Kokain	6,1	1,9	5,5	2,4	4,6
	Heroin	4,0	1,9	1,8	7,1	3,3
	LSD	5,1	3,8	3,7	7,1	4,6
	Halucinogenní houby	7,1	1,9	4,6	7,1	5,3
	Těkavé látky	4,0	5,8	2,8	9,5	4,6
	Ketamin	4,0	1,9	1,8	7,1	3,3
	Subutex®	6,1	1,9	3,7	7,1	4,6
	GHB	3,0	0	0,9	4,8	2,0
Poppers	6,1	1,9	3,7	7,1	4,6	

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010



Otázka v této studii na užívání nových syntetických drog byla otevřená. Všichni respondenti, tak měli možnost uvést až 10 syntetických drog, které užíli. Během vytváření dotazníku se totiž ukázalo, že způsob, jak se dotázat na užití konkrétních nových syntetických drog, tvoří složitý metodologický problém, neboť:

- nové syntetické drogy a přípravky je obsahující většinou nejsou opatřeny informací o složení
- chemické názvy nových syntetických drog jsou pro laika složité a pro dané látky většinou neexistuje jeden obecně přijímaný název (jako např. heroin nebo pervitin),
- prodejní názvy nových syntetických drog jsou rozmanité a není jasné, s jakými konkrétními látkami jsou spojeny, a na trhu s novými syntetickými drogami může v tomto směru docházet ke změnám.

### **5.2.1. Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**

Této studii se Česká republika zúčastnila již popáté, naposledy roku 2010. Provádí jí Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation). Studie se týká dětí ve věku 11, 13 a 15 let a zaměřuje se na jejich zdraví, životní styl a chování ve vztahu k jejich vlastnímu zdraví.

Otázky týkající se užívání nelegálních drog byly zahrnuty pouze v dotaznících pro žáky ve věku 15 let.

V posledním roce, kdy studie proběhla, měla světová zdravotnická organizace k dispozici 1522 patnáctiletých žáků 9. tříd základních škol ze všech regionů České republiky. Vedle alkoholu a tabákových výrobků bylo sledováno i užívání konopných látek (jiné drogy se v dotazníku neobjevovaly).

Jednou v životě vyzkoušelo konopné látky 30,5 % dotázaných (31,3 % chlapců a 29,8 % dívek), z toho v posledním roce vyzkoušelo konopné látky 21,5 % žáků (21,4 % chlapců a 21,6 % dívek). I přesto, že jsou v raném dospívání velmi malé rozdíly v užívání konopných látek, ukazuje tato studie rozdílný podíl ve zkušenostech s konopnými drogami v posledním měsíci: chlapci 12,1 % a dívky 9,7 %.

Jednu až dvě zkušenosti s užíváním konopných látek vyplnila přibližně polovina respondentů, častější uvedlo užívání celkem 5,0 % žáků.

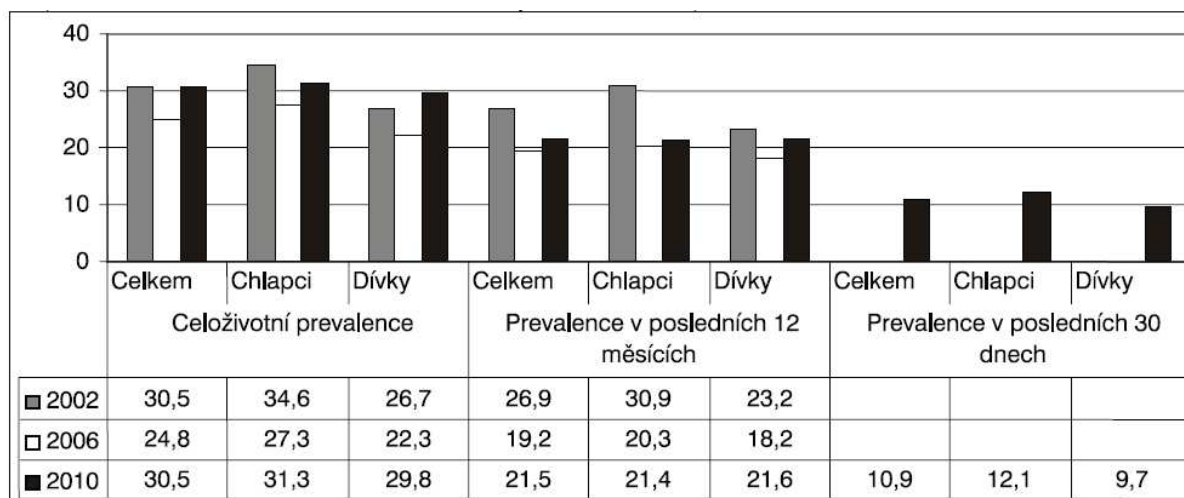
**Obrázek 11 Prevalence užití konopných drog mezi 15letými žáky základních škol podle výzkumu HBSC 2010, v % (Csémy, Sovinová, 2011)**

Prevalence	Pohlaví	Podíl (%) (N = 1522)	Frekvence užití		
			1–2krát	3–9krát	10krát a častěji
Celoživotní prevalence	Celkem	30,5	15,0	9,1	6,4
	Chlapci	31,3	15,4	8,4	7,4
	Dívky	29,8	14,6	9,8	5,5
Prevalence v posledních 12 měsících	Celkem	21,5	11,1	6,1	4,3
	Chlapci	21,4	11,1	5,7	4,6
	Dívky	21,6	11,1	6,5	4,0
Prevalence v posledních 30 dnech	Celkem	10,9	5,9	2,8	2,2
	Chlapci	12,1	6,3	3,1	2,7
	Dívky	9,7	5,5	2,4	1,7

Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*

Zatímco od roku 2002 do roku 2006 došlo k poklesu celoživotní prevalence i prevalence užití v posledním roce, od roku 2006 do roku 2010 lze sledovat nárůst (z 24,8 % v r. 2006 na 30,5 % v r. 2010). Nejmarkantnější nárůst lze vysledovat u dívek. U prevalence užití konopných drog v posledním roce je nárůst mírnější - z 19,2 % za rok 2006 na 21,5 % v roce 2010.

**Obrázek 12** Vývoj prevalencí užití konopných drog ve výzkumech HBSC za roky 2002, 2006 a 2010 v populaci 15letých, v % (Mravčík et al., 2003; Mravčík et al., 2007; Csémy, Sovinová, 2011)



Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

#### **Užívání drog v prostředí noční zábavy**

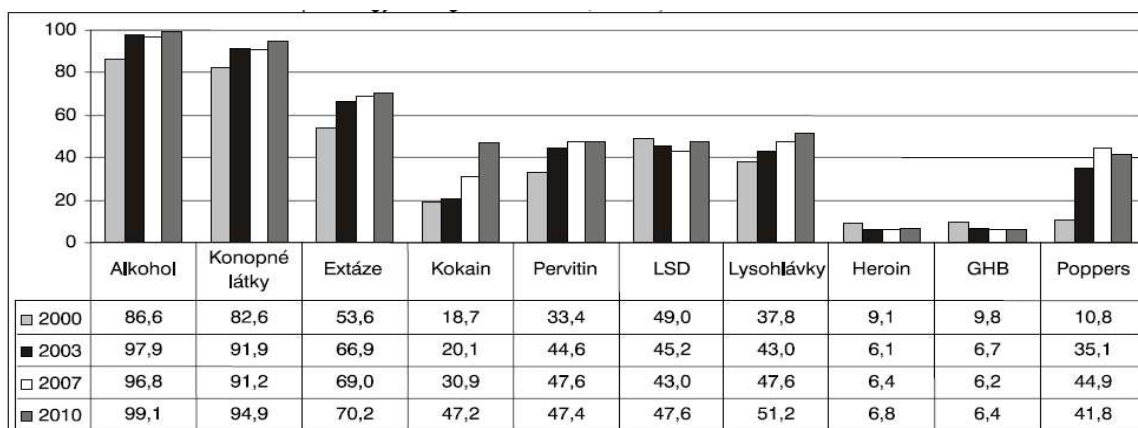
Jde o on-line dotazníky, které se zaměřují spíše na rekreační uživatele drog. Tento dotazník „Tanec a drogy“ byl prostřednictvím sociálních sítí vyplněn 1099 respondenty, kterým bylo v průměru 24,7 let a z nichž 35,1% tvořily ženy. Dotazníkem byly zkoumány jak legální, tak i nelegální drogy, kontext užívání a celkové postoje respondentů k drogám a k jejich užívání.

Nejčastěji se u respondentů objevovaly legální drogy jako alkohol a tabák, se kterými má zkušenost naprostá většina v populaci návštěvníků klubů. Mezi nelegálními drogami se objevuje na prvním místě marihuana, kterou vyzkoušelo 94,9 % respondentů, 77,1 % tak učinilo v posledních 12 měsících a 54,6 % v posledních 30 dnech.

Druhou nejčastější užívanou nelegální drogou je extáze (tzn. taneční droga), kterou již někdy v životě užilo 70,2 % respondentů, v posledním roce 42,6% a v posledním měsíci 19,9 %.

Po srovnání s předchozími lety se potvrzuje rostoucí tendence v užívání kokainu, se kterým uvedla zkušenost necelá polovina vzorku (47,2 %), dalších 28,6 % ho užilo během posledních 12 měsíců a desetina (10,8 %) kokain užila během posledních 30 dní.

**Obrázek 13** Celoživotní prevalence užití vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v l. 2000, 2003, 2007 a 2010, v % (Kubů et al., 2000; Kubů et al., 2006; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010)



Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*

V roce 2010 byla vládou České republiky přijata Národní strategie 2010-2018 a Akční plán 2010-2012. Prevence je jednou z hlavních pilířů strategie a dotýkají se jí i čtyři priority akčního plánu. Pro prevenci definuje akční plán tyto oblasti aktivit:

- zahájení intervencí zaměřených na snížení míry intenzivního užívání konopných a dalších drog mezi mládeží a mladými dospělými,
- zavedení metod screeningu a programů včasné intervence, zejména u dětí a mládeže, do praxe,
- sjednocení koordinace primární prevence na horizontální i vertikální úrovni.

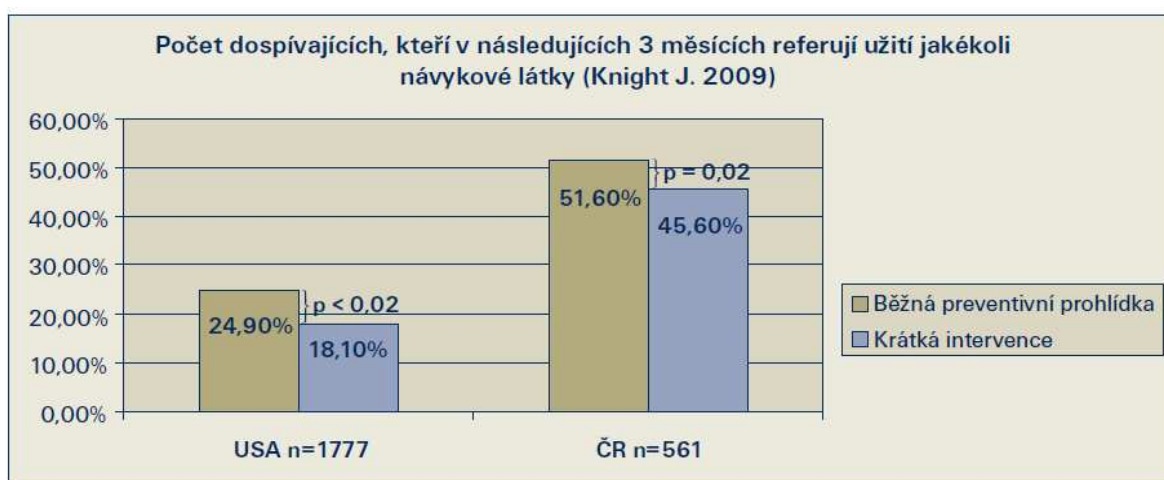
### 5.3. Krátká intervence k abúzu drog v České republice

Krátká intervence zaměřená na snížení užívání drog a alkoholu u dospívajících není dosud natolik rozšířená v Evropě i v České republice jako ve Spojených státech amerických. Prvním krokem, kterým se Česká republika přiblížila ke krátkodobým intervencím, je *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*, vydaný v roce 2006 neziskovou obecně prospěšnou společností CEPROS (Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví) a kolektivem autorů. Pozdější praxe byla u nás ovlivněna zejména působením Dr. Johna R. Knighta (profesor pediatrie na Lékařské fakultě Harvardovy Univerzity a ředitel CeASAR -Center for Adolescent Substance Abuse Research- při Dětské univerzitní nemocnici Boston), kdy se krátká intervence dostává do České republiky na základě americko-českého výzkumného projektu *Screening and Brief Advise to Reduce Teen Substance Use* a později jako projekt *Systematická prevence užívání drog u adolescentů prostřednictvím krátké intervence lékaře pro děti a dorost: intervenční projekt s evaluací efektu*, který je podporovaný Norskými fondy a je do něj zapojeno 60 pediatrů ze čtyř krajů. V rámci těchto aktivit byla v České republice přijata verze screeningového dotazníku CRAFFT a byl vytvořen postup krátké intervence pro využití praktických lékařů pro děti a dorost. Tento postup vychází z motivačního rozhovoru, následně navazuje na výsledky screeningu (pomocí dotazníku CRAFFT).

V letech 2006-2009 proběhla česko-americká studie cSBIRT (Computerized Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment neboli Počítačový screening, krátká intervence a doporučení léčby), pod vedením Dr. Johna R. Knighta, který je autorem celosvětově používaného dotazníku CRAFFT. V českém zastoupení byli řešiteli PhDr. L. Csémy a MUDr. Kabíček, CSc. Během této studie bylo ve Spojených státech amerických vyšetřeno 2 044 dospívajících ve věku 15 let (+/- dva roky) a v České republice 586 dospívajících ve stejném věku. Poměr chlapců a děvčat byl jak ve Spojených státech, tak v České republice přibližně stejný. Dotazník CRAFFT vyplňoval každý dospívající v ordinaci na počítači samostatně. Počítač na základě zodpovězených otázek vygeneruje určitý počet bodů, které informují lékaře o tom, jak by měl být rozhovor mezi ním a dospívajícím koncipován, a na co je důležité se

zaměřit. Výsledky této studie v České republice prokázaly, že používání screeningu rizikového chování v ordinaci praktického lékaře spolu se správnou krátkou intervencí vede ke snížení užívání jakékoli návykové látky během následujících 3 měsíců (51,6 % u kontrolní skupiny proti 45,6 % u intervenční skupiny). Prokázal se tak výrazný rozdíl mezi dosavadním přístupem praktického lékaře při běžné preventivní prohlídce a současným používáním krátké intervence (KABÍČEK, P., 2010, s.3-5).

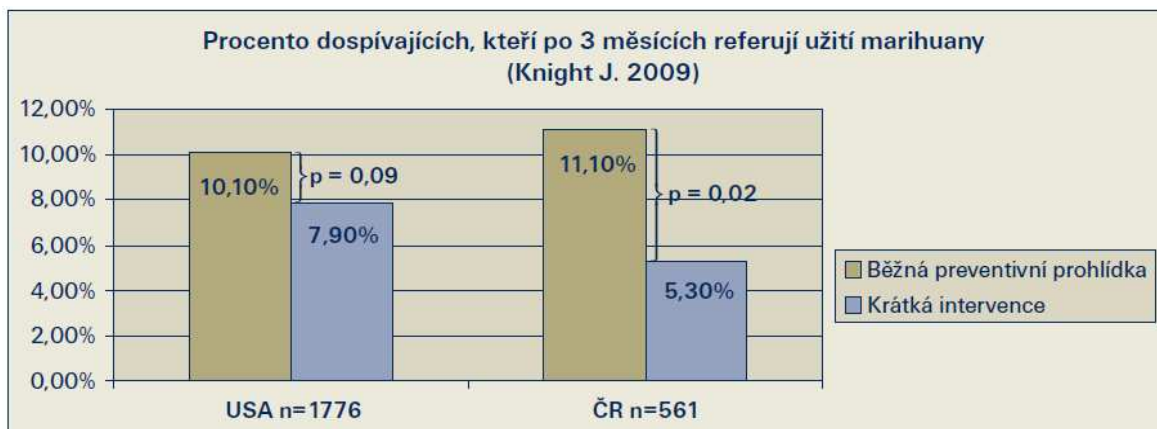
**Obrázek 14** Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užití jakékoli návykové látky (Knight, 2009)



Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

Dalším pozitivním jevem bylo zjištění, že je nižší počet dospívajících, kteří na základě této intervence experimentují s nějakou návykovou látkou (26,4% u kontrolní skupiny proti 19,6% u intervenční skupiny). Mnoho dospívajících také zanechalo užívání nějaké návykové látky (17,7% proti 23,1%). Mezi návykové látky patří i alkohol - i zde bylo zaznamenáno snížené užívání (51,6% proti 45,2%) a dokonce se ve skupině dětí s intervencí snížil počet dospívajících, kteří s užíváním alkoholu začínají (26,7% proti 19,6%). Vedle snížení frekvence požívání alkoholu dochází také ke snížení užití marihuany (11,1% proti 5,3%) a snížení počtu nových uživatelů (5,9% proti 3,0%).

**Obrázek 15** Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užití marihuany (Knight, 2009)

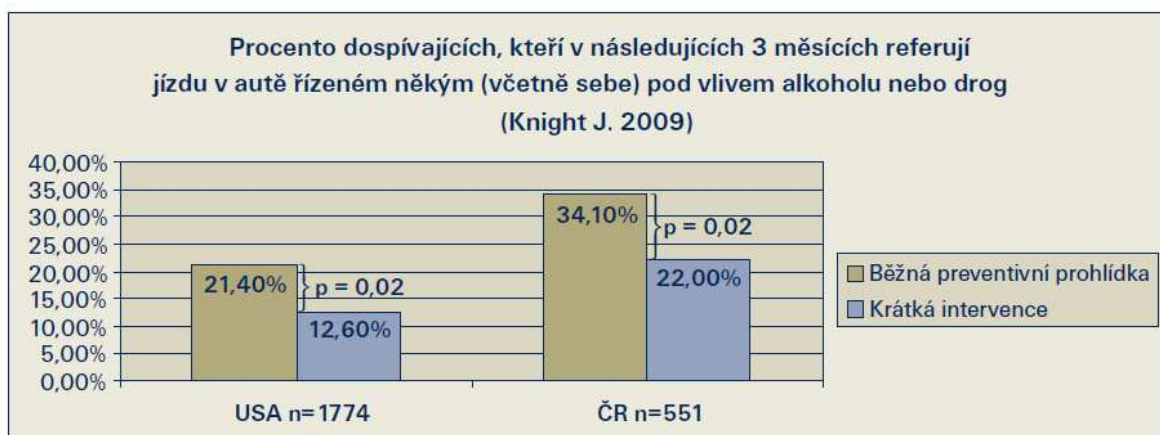


Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

Frekvence jízdy v autě, které řídí někdo pod vlivem návykové látky, klesla z 34 % na 22 %. Studie v České republice a ve Spojených státech amerických přinesla obdobné výsledky.

Praktičtí lékaři, kteří byli do této studie zaangażovaní, se zaměřovali na častější intervenci ohledně rizika užívání návykových látek a na doporučení návykové látky neužívat.

**Obrázek 16** Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli jízdu v autě řízeném někým (včetně sebe) pod vlivem alkoholu nebo drog (Knight, 2009)



Zdroj: <http://www.drogy-info.cz>, zaostřeno na drogy 3/2010 (ročník osmý)

## **Shrnutí**

Teoretická část byla zaměřena na vymezení základních pojmů a teorií, které se vztahují ke krizové a časné intervenci u dětí ohrožených užíváním drog. Vedle teoretických poznatků týkajících se zejména krize, krizové intervence a časné intervence jsou popsány a blíže charakterizovány jednotlivé drogy a jejich negativní účinky. K tomu, aby byla tato problematika blíže nastíněna, tak jsou v teoretické části uvedené výzkumy zaměřující se na děti a dospívající a na jejich zkušenosti s užíváním návykových látek. Alarmující výsledky poukazují na nutnost tuto problematiku řešit a pokusit se současnou situaci změnit. Krátká intervence zaměřená na snížení užívání drog u dětí a mladistvých, není dosud v České republice příliš rozšířená. Situace se začala měnit od roku 2006, kdy se v České republice začaly objevovat první studie a projekty zaměřené na krátkou intervenci pro ordinace praktických lékařů pro děti a dorost. V rámci těchto studií a projektů se mohli alespoň někteří praktičtí lékaři blíže seznámit s danou problematikou a mohli si tak již během své praxe vyzkoušet doporučované instrumenty a postupy. V praktické části budu detailněji popisovat vzdělávací projekt, díky kterému se v České republice výrazně zvětšilo povědomí lékařů o dané problematice a zvýšil se i celkový zájem o vzdělání v této oblasti.



## PRAKTICKÁ ČÁST

### 6. PROTIDROGOVÁ INTERVENCE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Lidé užívají drogy od nepaměti a domnívat se, že se tato skutečnost náhle změní, není příliš reálná. Poptávka po látkách, které mohou změnit naše pocity v lepší, stále potrvá. Žijeme v době, kdy se každý z nás potýká s nějakými problémy a možnost od těchto problémů utéct alespoň na chvíli je přinejmenším lákavá. Každá droga má své konkrétní místo na žebříčku společenské nebezpečnosti. Jsou drogy, které jsou pokládány za méně nebezpečné a jsou zdaněny, takže závislá část populace tak svojí závislostí přispívá do veřejných rozpočtů (přibližně třetina populace kouří a 7 % již překročilo únosnou míru konzumace alkoholu). U užívání nelegálních drog je situace o něco komplikovanější. Na jedné straně je třeba omezit dostupnost drog, tedy i jejich výrobu a distribuci, na druhé straně je třeba omezit poptávku po drogách za pomoci prevence na všech úrovních (VEPŘEK, P., 2010).

Evropská unie přijala v boji proti drogám určitá konkrétní opatření, která se zaměřují zejména na snižování nabídky a poptávky po drogách, což souvisí nejen s bojem proti organizovanému zločinu, ale i s vysokou úrovní ochrany zdraví. Aby byl tento boj úspěšný, je důležité dosáhnout koordinace a kooperace mezi příslušnými institucemi Evropské unie, harmonizace v oblasti protiprávního jednání a účinné mezinárodní spolupráce. Politický rámec, který se zaměřuje na účinný boj proti drogám, doplňují orgány a instituce jako Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, či nástroje jako jsou unijní finanční strategie a programy.

Jedním z projektů Evropské unie z protidrogové oblasti, který byl podporován a financován v České republice z prostředků Evropské unie, Evropského sociálního fondu, ze státního rozpočtu České republiky a z rozpočtu Magistrátu Hlavního města Prahy, je projekt „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“.

*(Boj proti užívání drog v Evropě: Note du Conseil du 22 novembre 2004 sur la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005-2012), <http://europa.eu>)*

## **7. ZÁKLADNÍ CÍLE, STRUKTURA A OBSAH VZDĚLÁVACÍHO PROJEKTU**

Projekt „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“ byl financován a podporován z Evropské unie, Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu České republiky a rozpočtu Magistrátu hlavního města Prahy. Byl realizován v letech 2006 až 2008 Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) ve spolupráci s Centrem výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví (CEPROS). V rámci projektu bylo proškoleny celkem 21 praktických lékařů pro děti a dorost.

Základním cílem projektu bylo seznámit praktické lékaře pro děti a dorost především s praktickými diagnostickými metodami a metodami efektivní terapeutické intervence.

Oblast drog je velmi specifická a ovlivňuje odlišně a často neočekávaně psychiku jednotlivců či skupin. Je důležité, aby lékař rozpoznal přítomnost nezvykle silných obranných mechanismů vůči terapeutické péči, aby se zaměřil na krátkodobé protidrogové intervence, na krizové intervence, které souvisejí s drogou a v neposlední řadě je zde velmi důležitá i práce s rodinou. Praktický lékař pro děti a dorost je svým základním vzděláním nedostatečně vybaven pro řešení situací, vztahující se k zvládnutí problémů s drogami, a z toho důvodu by měl tento kurz deficit v této oblasti zmenšit.

První část projektu byla zaměřená na zvýšení schopnosti pediatrů včasné a efektivně zasáhnout v případě kontaktu s problémovým uživatelem návykových látek či závislým na návykových látkách a na zvýšení schopnosti komunikovat s jeho rodinnými příslušníky. Nejprve byla navázána spolupráce pouze se šesti pediatry, kteří byli zaškoleni ve způsobu, jak ve svých ordinacích sbírat data, měli si vyzkoušet navrhované postupy a metody při práci s pacientem, který je uživatelem či závislým na návykových látkách. Po tomto zaškolení, kdy se dospělo ke vhodnému způsobu sběru informací a k vhodnému výběru postupu, následovala druhá část, ve které se získané informace a zkušenosti předávali dalším 21 praktickým lékařům pro děti a dorost. Tito praktičtí lékaři absolvovali celkem 14 kurzů, které byly doplněny praktickými výcviky včetně modelových situací, které se natáčely na videozáznam tak, aby mohly posléze plnit funkci vzdělávacího materiálu pro další praktické lékaře pro děti a dorost. Vyškolením

21 praktických lékařů se získalo 21 lektorů, kteří mohou vzdělávat své kolegy a současně mohou poskytovat poradenské služby v krátké protidrogové intervenci a prevenci.

V druhé části projektu bylo hlavním cílem vytvoření manuálu, který by doporučoval nejvhodnější postup pro učitele základních a středních škol a učilišť, jak postupovat v případě podezření, že žák má touhu experimentovat, je uživatelem nebo je dokonce závislým na drogách. Současně s vytvořením manuálu probíhaly kurzy, kterých se zúčastnilo 120 učitelů ze základních a středních škol a z odborných učilišť z celé Prahy. Tyto kurzy byly zaměřeny na výuku drogové problematiky, žádoucím cílem těchto kurzů bylo vyškolit jednoho až dva učitele, kteří se mohou stát lektory pro další kolegy.

Projekt se zaměřil na následující vzdělávací tematické okruhy:

- Diagnostika (přístup praktického lékaře pro děti a dorost k pacientům a jejich rodičům – teoretická východiska drogové problematiky, drogový screening, krátké zhodnocení stupně ohrožení pacienta návykovou látkou, vyšetření)
- Praktická aplikace metody krátké intervence (popis metody krátké intervence, praktická aplikace metody, osnova rozhovoru podle výsledků drogového screeningu a osnova rozhovoru s rodiči)
- Právní aspekty práce praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti protidrogové intervence
- Typy protidrogových služeb (systém péče a přehled místně dostupné péče pro lékaře)

## 7.1. Diagnostika

Jde o první kontakt praktického lékaře s jeho pacientem. V okamžiku, kdy pacient vstoupí do ordinace, by si měl lékař nejprve uvědomit, zda jde o jedince rizikového, tedy jestli je u pacienta možný výskyt obecných rizikových faktorů, týkající se alkoholu a drog. Za rizikového jedince je obecně považován člověk (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 2):

- v jehož rodině se objevuje alkohol či drogy
- jehož přátelé užívají drogy
- který poprvé užil cigaretu, alkohol či drogu ve velmi mladém věku (je zde vyšší pravděpodobnost dalšího užívání)
- s poruchami chování
- pocházející s dysfunkční rodiny
- v jehož okolí se vyskytuje velká tolerance deviantního či antisociálního chování
- mající problémy s jinými typy chování jako například s poruchami příjmu potravy, problémy spojené se sexuálními aktivitami a podobně
- s nízkou úctou k autoritám, k sociálním institucím (může jít o špatnou úroveň spolupráce rodičů s lékařem již z minulého období)

Pokud se u pacienta objeví některý zmíněný faktor, měl by být lékař obezřetnější, jelikož zde může existovat problém s užíváním drog. Lékař může za pomoci základního vyšetření z hlediska užívání drog zjistit zda (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 2-3):

- jedinec drogy neužívá
- jedinec požil drogu pouze jednou
- jedinec s drogami pouze experimentuje (převažuje u něj pocit zvědavosti, ale nemá s užitím drogy žádné větší problémy)
- jedinec má problémy s užíváním drog (jeho užívání drog ovlivňuje chování, má vysokou absenci ve škole a podobně)
- jedinec je závislý na drogách (v Mezinárodní klasifikaci nemocí ICD 10 se popisuje syndrom závislosti jako „soubor behaviorálních, kognitivních a

fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- *silné přání užít drogu, nutková potřeba*
- *porušené ovládnání při jejím užívání, ztráta volní kontroly*
- *přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím*
- *priorizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku*
- *zvýšená/snížená tolerance*
- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy K tomu, aby se diagnostikoval syndrom závislosti na drogách, je zapotřebí přítomnost minimálně tří kritérií, které jsou uvedené výše. Syndrom pak může být charakteristický užíváním specifické látky, může být specifický pro třídu látek nebo pro širší spektrum nejrůznějších farmakologicky odlišných psychoaktivních látek a substancí.

Závislost se u každého jedince projevuje různými způsoby a má nejrůznější podoby. Rozeznávají se fyzické závislosti, kdy se po odnětí drogy dají pozorovat opačné účinky, než jaké přináší sama droga, psychické závislosti, kdy si člověk nedokáže představit, že by mohl bez drogy existovat a normálně fungovat, a sociální závislosti, kdy závislost na droze je spojena s určitým sociálním prostředím, ve kterém se jedinec nachází, s jeho subkulturou či skupinou, se kterou chce být nadále v kontaktu a navštěvovat ji.

Problematika užívání drog je velmi složitá i z toho důvodu, že vedle somatického a toxikologického vyšetření je zapotřebí zjistit současně co nejvíce informací o pro-drogovém chování jak u pacienta, tak i u jeho okolí. Během rutinního vyšetření se pacientovi pokládá mnoho dotazů, součástí vyšetření bývají i dotazníky, které mají lékařům napomoci v celkové diagnostice a přispět k možným způsobům řešení.

Mezi rutinní dotazy by měly být vsunuty i vyšetřovací otázky lékaře, tak aby si pacient příliš neuvědomoval, na co odpovídá, a jeho výpověď tak byla věrohodnější. Nejčastěji se užívají dotazníky R.A.F.F.T. a C.R.A.F.F.T. (CEPROS, [DVD], 2007).

- **R.A.F.F.T** – (z *angl.* *relax, alone, friends, family, trouble*)

- Užil jsi někdy drogu či alkohol, aby ses uvolnil?
- Užíváš drogu sám?
- Užívají tví nejbližší přátelé drogy?
- Má někdo z rodiny problém s užíváním alkoholu, nadužíváním léků či drog?
- Měl jsi někdy v souvislosti s užitím alkoholu nebo drog nějaký problém?

- **C.R.A.F.F.T** – (z *angl.* *car, relax, alone, friends, family, trouble*)

U tohoto dotazníku je přidána otázka týkající se auta (C=car), tedy zda v době užití drogy řídil vozidlo.

Při závěrečném vyhodnocení dotazníků a položených otázek je nejdůležitější:

1. Jak si vede pacient?
2. Jak si vede pacient s pomocí druhých a jaké je jeho celkové zázemí?
3. Jak závažný problém má pacient s drogou?
4. Jak velkou má pacient motivaci ke změně svého pro-drogového chování?

### **7.1.1. Jak si vede pacient?**

Duševní stav jedince se dá zjistit pouhým pozorováním celkového vzhledu. Dále se dají vypořadovat motorické změny, mimické a náladové změny. Nemusí jít však vždy o příznaky spojené s užíváním drog, ale naopak se tyto změny mohou objevovat v případech, kdy jedinec prochází abstinenčními příznaky. Často se dají u pacienta vypořadovat poruchy koncentrace a také zvláštnosti v řeči. Během konverzace se u pacienta objevují odpovědi vyhýbající se problémovému tématu. Vyjadřování pacienta se stává jednodušším, používá velké množství slovních spojení, které ve výsledku nic neříkají a nic neznamenají. Mluvený projev bývá často doprovázen verbálními tiky a doprovází je neustálým opakováním slov jako „vole, jako, jasně, asi a podobně“. Na pacientovi se dá vypořadovat silný egocentrismus, vztahovačnost a celkový odmítavý postoj ke každodennímu životu ostatních lidí. Je patrná neochota bavit se o určitých

problémech, které pacienta doprovázejí, ale jakmile se konverzace skloní k tématům jako svoboda, tolerance a práva jedince, odmítavý postoj vystředá až vášnivé zapojení se do diskuse.

Osobní anamnéza (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 5-6):

- K tomu, aby se získala osobní anamnéza pacienta, je zapotřebí, aby se lékař zaměřil na širší témata. K nebezpečným faktorům, které mohou ovlivnit prodrogové chování pacienta, patří v první řadě pozornost, která je věnována dítěti v rodině. Přehnaná péče a pozornost na jedné straně, ale i zanedbávání na druhé straně jsou nebezpečnými faktory.
- Během života si vytváříme mnoho zážitků. Mnohé z nich mají pro nás velký význam a jiné v nás vyvolávají trauma. Lékař se pak zajímá, zda tyto zážitky byly dostatečně včleněny a harmonizovány v osobnosti pacienta.
- Názor na školu se u každého z nás mění s tím, jak dospíváme. Pokud však máme ve škole nějaké problémy, projeví se to na naší vysoké absenci. Z toho to důvodu by se měl zájem lékaře soustředit i k celkovému postoji dítěte ke škole a k mimoškolním zájmům a aktivitám.
- Zájem lékaře je směřován jak k rodině, tak i k okolí a kamarádům pacienta. Je důležité znát názor pacientova okolí na drogy, protože pokud se přátelí s uživateli či závislými na drogách, je zde velká pravděpodobnost, že pacient bude mít v budoucnu sám problém s návykovými látkami.
- Poruchy chování jsou dalším nejzřejmějším faktorem výskytu drog, a proto je třeba věnovat zvláštní pozornost hyperkinetickým dětem, u kterých se s drogami lékaři setkávají nejčastěji.

Ke zjištění duševního stavu pacienta je důležité se ptát i na jeho životní cíle a hodnoty.

### **7.1.2. Jak si vede pacient s pomocí druhých a jaké je jeho celkové zázemí?**

Je důležité zjistit, jaký má pacient vztah k bližním, zda je schopen požádat o pomoc, když to potřebuje, a zdali je také schopen spolupracovat. Vedle toho je důležité zjistit, jestli v rodině a okolí pacienta nedochází ke konfliktům týkajících se jeho užívání drog, protože nejednotný přístup snižuje a dokonce i přímo zamezuje efektivní intervenci.

Závažnost užívání drog lze pak rozpoznat právě na základě sociálního prostředí, ze kterého pacient pochází. Vedle rodiny a bližních se lékař zaměřuje i na školu a učitele, kteří také mohou pomoci při odkrývání soukromí dospívajícího pacienta. Lékař potřebuje zjistit, jaký druh pomoci může pacient očekávat od konkrétních lidí ve svém okolí. Zdali má kolem sebe blízké, kteří ho vyslechnou, kteří mu mohou poskytnout morální podporu a pomoc a kteří mu chtějí poskytnout zázemí a podmínky pro zvládnutí jeho krize.

Během dotazování se lékař zaměřuje i na stupeň závažnosti experimentování s drogou. Ptá se, jakou drogu pacient užívá, zda drogu užívá často nebo zda má nějaké delší přestávky a s kým se při užívání drog setkává. Dotazování je zaměřené tak, aby se zjistilo, jak velkou má pacient kontrolu v souvislosti s užíváním drogy. Na základě odpovědí se pak může konstatovat, že jde buď o spolehlivou kontrolu, nespolehlivou kontrolu, trvale sníženou kontrolu nebo jde o ztrátu kontroly. U dlouhodobého užívání drog, kde je patrná závislost, se dále zjišťuje historie a vývoj užívání drog, co tím pacient ztratil, jaké má současné problémy kvůli užívání drog, zda se již pokoušel o změnu tohoto stavu a s jakým výsledkem, zda je ochoten k případným změnám ve svém životním stylu, jestli je někdo z jeho bližních schopen svou pomocí ho závislosti na drogách zbavit.

Lékař pacientovi pomůže nahlédnout do jeho problému s drogou a pomůžeme mu vytvořit postoje, které povedou k získání motivace ke změně jeho drogového chování. Pacientovi se také musí sdělit, v jaké fázi náhledu na svůj problém se nalézá (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 3-6):

- „popírá jakékoli své problémy, je však schopen vidět, že druzí problémy mají“

V této fázi se pacient často snaží lékaři rozmluvit zbytečné obavy a starosti spojené s jeho osobou a naopak chce pomoci svému okolí. Může tak například požadovat léky na spaní pro svoje rodiče, kteří nemohou spát, protože na něj čekají až do rána.

- „přiznává problém, ale jiný než s drogou“

Se svými blízkými probírá problémy, které se mohou týkat například jeho nešťastné a neopětované lásky.



- „přiznává problém s drogou, ale není ochoten přistoupit na podstatnou změnu svého životního stylu obsahující zásadní změnu přístupu k drogám – je ochoten pouze problémové jednání trochu omezit“

Je si vědom, že v poslední době užíval drogy v nadměrném množství a rozhodne se, že to bude muset omezit. Vytvoří si tak pravidla, že užívat drogy bude například pouze o víkendu, nikoliv však během pracovního týdne.

- „přiznává potřebu zásadní změny přístupu k droze či potřebu úplné abstinence, není však ochoten přistoupit na fenomén nekontrolovanosti svého jednání, nechce spolupracovat s lékařem“

Nalézá se fázi, kdy se chce se svým problémem vypořádat sám a nechce, aby mu s tím kdokoliv pomáhal.

- „přiznává svou bezmocnost vůči droze, není však ochoten přistoupit na doporučovanou intenzitu a formu léčby“

Drogově závislí si tak vždy zvolí nižší intenzitu, která sice problém neřeší, ale udržuje ho v určitých v mezích.

- „přiznává svou bezmocnost vůči droze a je ochoten se léčit, přistupuje však na medicínský model, ve kterém je pasivním objektem léčebného působení“

V této fázi není pacient schopen ani ochoten pochopit svůj stav a životní situaci, ve které se nalézá. Během léčebného procesu má problém budovat a přizpůsobovat se doporučenému stylu prožívání, myšlení a jednání jak k sobě samému, tak i ke svým bližním.

Podle vyhodnocení situace můžeme zjistit, v jaké fázi se pacient nalézá, což nám určuje, do jaké míry si závažnost své situace uvědomuje a zda je ochoten na změně pracovat. Kvalitu náhledu pacienta na problém dále můžeme rozdělit na:

- verbální náhled – pacient o problému s drogou mluví, je si ho vědom a chce spolupracovat na změně.
- produktivní náhled – vedle toho, že již pacient o svém problému mluví, již ve svém chování něco opravdu mění.

- efektivní náhled – díky změněnému chování pacient dosahuje žádaného výsledku a cíle, zbaví se problémů, které byly spojené s návykovým užíváním drog a dosahuje tak úplné abstinence.

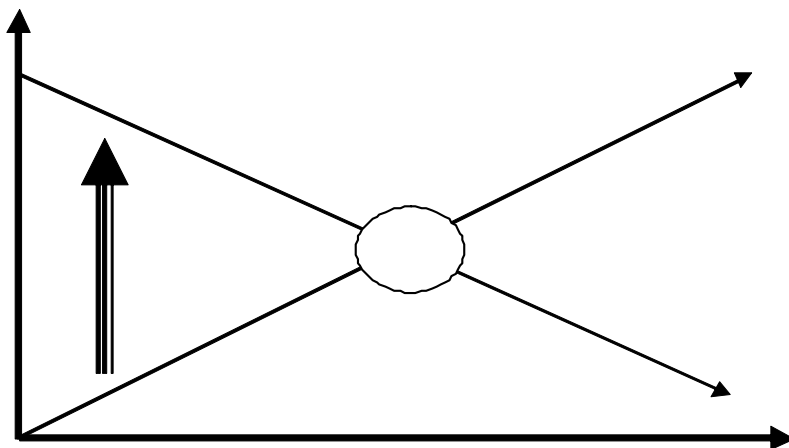
Diagnostikovat u dospívajících závislost na drogách je velmi obtížné. Během dospívání se totiž objevují modely chování, které mohou připomínat chování jedince, jenž užívá drogy. I přesto však lze na základě znalosti potřeb a povinností adolescentů zkoumat, jak se v nich někteří jedinci užívající drogy liší. Adolescenti mezi 12. a 18. rokem si vytvářejí individuální identitu svými hodnotami a postoji a vytvářejí vztahy s vrstevníky obou pohlaví. I přesto je však možné vyzorovat některé rozdíly u adolescentních uživatelů drog (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 8):

- Tvoření myšlenek – adolescent, který užívá drogy, se nepřiměřeně hádá se svým okolím. Cílem jeho hádek není vyvolat diskusi, během které by se dalo argumentovat, naopak usiluje o prosazení pouze svých názorů a postojů.
- Zaměření na kontrolu – dospívající hájí svoji závislost na drogách tím, že obviňuje svět kolem sebe. Sám pro sebe si tak vytvoří alibi, aby si své pro drogové chování obhájil.
- Mluvení za sebe – uživatel drog se svým okolím neustále zabředává do témat, které se týkají drog. Má tak možnost mluvit o svých dojmech a pocitech s okolím, aniž by se k užívání bezprostředně přiznal.
- Dovednosti předvídat – u uživatele drog překvapuje rafinovanost, s jakou dokáže využít situací k braní drog. Postupem času však zastává spíše negativní postoj k jakémukoli plánování.
- Uvědomování si následků problémů – pro uživatele drog je charakteristická jejich neochota uvažovat v dlouhodobějším horizontu. Pokud se jim podaří o tom přemýšlet, projevují obrovskou naivitu v odhadu, kolik práce a možných překážek člověk musí překonat při dosahování některých cílů. Mají pocit, že nic není problém a vše se dá nějak udělat.
- Sebe-medikace – dospívající rádi experimentují s drogami, které jim vyvolají změněné stavy vědomí. Tyto látky užívají bez většího váhání a neuvědomují si možné následky spojené s jejich užíváním.

- Měnění světa – adolescent užívající drogy zaujímá ke světu spíše krajní postoje, případně proklamuje správnost neadjustovaného chování (zbraně, drogy, násilí).
- Otvírací drogy a chování – adolescent často označuje nadměrné kouření cigaret, pití alkoholu a kouření marihuany za naprosto normální chování. Většina drogově závislých začínala právě u alkoholu a u kouření marihuany a postupně přecházela na tvrdší drogy.
- Konformita versus nezávislost – drogově závislí se neustále domáhají svých práv a potřeb a mnohdy tím tyranizují své okolí. Jsou u nich typické postoje proklamující absolutní nezávislost na svých bližních. Čím více tuto proklamaci nezávislosti na svých bližních demonstrují, tím více od nich žádají.
- Variace ve vývoji – adolescent, který začne experimentovat s drogami, může na první pohled působit jako jedinec zralejší než odpovídá jeho věku, postupným prohlubováním vztahu k drogám však může dojít k zastavení jeho osobnostního i profesionálního vývoje.

Možnost včasného zásahu u dospívajících dětí lze ukázat na tzv. Rubešově modelu adekvátnosti intervence.

**Obrázek 17 Rubešův model adekvátnosti intervence**



Zdroj: FROUZOVÁ, M. *Protidrogová intervence pro praktické lékaře, pro děti a mládež*. Registrační číslo: CZ.04.3.07/3.2.01.3/3197

Podle tohoto modelu jde ve vývoji závislosti na drogách o nepřímou úměrnost dvou faktorů (FROUZOVÁ, M. 2006, s. 9-12):

- a. růst problémů a s tím spojená možnost problém vidět
- b. schopnost s problémem něco konstruktivního udělat

V současné době se však nečeká na tzv. průsečík těchto faktorů, tedy na okamžik, kdy má již člověk dostatek problémů s drogami a kdy je současně ještě schopen nalézt konstruktivní řešení těchto problémů. Dokonce se ani nečeká na okamžik, kdy se jedinec nalezne na úplném „dně“, od kterého se dle dřívějších předpokladů odrazí a začne problém řešit. Na základě Rubešova modelu se naopak lékaři snaží zvyšovat vědomí problémů souvisejících s drogou, snaží se vhodně informovat pacienta o pravděpodobném zhoršení jeho zdravotního i psychického stavu a podporují jedincovu motivaci ke změně. V současné době se tak intervence zaměřuje na efektivitu a to v podobě tzv. časné intervence, díky které dochází k dostatečnému navození motivace ke změně daleko dříve, nežli se jedinec potýká se závažnými problémy.

Lékař využívá pozitivní diagnostiky, která mu umožňuje zjistit faktory, které mohou pomoci problém s drogami zvládnout. Lékař se tak zaměřuje na skutečnosti, na kterých může celkové zlepšení situace pacienta stavět (např. na ochotě pacienta a jeho příbuzných pracovat na změně). Naopak skutečnosti, které mají tendenci stav zhoršovat, se snaží lékař obejít a vyhnout se jim. Je důležité, aby se lékař zaměřoval spíše na dobré, zdravé a efektivní aspekty a opomenul negativní skutečnosti, které mohou v pacientovi vyvolat výčitky. Z diagnostického hlediska je důležité umět odlišit jednotlivé stavy tak, aby byl zákrok v pacientův prospěch, tedy co nejadekvátnější a nejefektivnější.

Indikátory pro léčbu (CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, 2006):

*Praktický lékař pro děti a dorost by si měl ponechat v péči ty jedince, kteří:*

- jsou bez medicínských (klinických) problémů
- jsou motivovaní – ochotní k účasti svépomocných skupin
- mají k dispozici rodinnou či jinou podporu a pomoc

Ambulantní léčba by měla se realizovat tam, kde:

- existuje pro pacienta její dobrá dosažitelnost
- pacient je z fungující rodiny, u které můžeme počítat s její podporou, její členové jsou ochotni dělat změny ve svém chování (např. vzdát se sami drogy)
- jedinec má stabilní výkon ve škole či v zaměstnání

Ústavní léčba (můžeme volit zařízení ministerstva školství do 18ti let, po základním ošetření ať už ve školním či zdravotnickém zařízení je možné pokračovat v dlouhodobé léčbě v terapeutické komunitě) by měla být doporučena tam, kde:

- hrozí sebevražda (suicidium)
- jde o vážný abstinenční syndrom
- jedinec se přestává kontrolovat
- má vážné medicínské nebo psychologické problémy
- jeho problémy s motivací a s podporou sociálního zázemí nedovolují očekávat efektivní spolupráci
- pacient má malé socializační dovednosti či dovednosti pro život

Pro efektivitu intervence je důležité předkládat úvahy a informace rodině pacienta, protože je důležité, aby těmto záležitostem porozuměli a aby tak například nedocházelo k ustupování v okamžiku, kdy dítě vyvíjí na rodiče nátlak, aby již ukončili jeho léčbu. Během určování intervence je také důležité zaměřit se na sladění stadia změny a úrovně pacientovy vůle.

Stadia změny a úrovně pacientovy vůle dle jejích projevů (FROUZOVÁ, M. 2006, s.

10):

1. stadium rozvažování, přemítání, zvažování
2. stadium rozhodování
3. stadium přitakání či přivolení k rozhodnutí
4. stadium plánování, organizování aktivity podle jasně určeného programu
5. stadium udržování stejného směru během činnosti

## **7.2. Praktická aplikace metody krátké intervence**

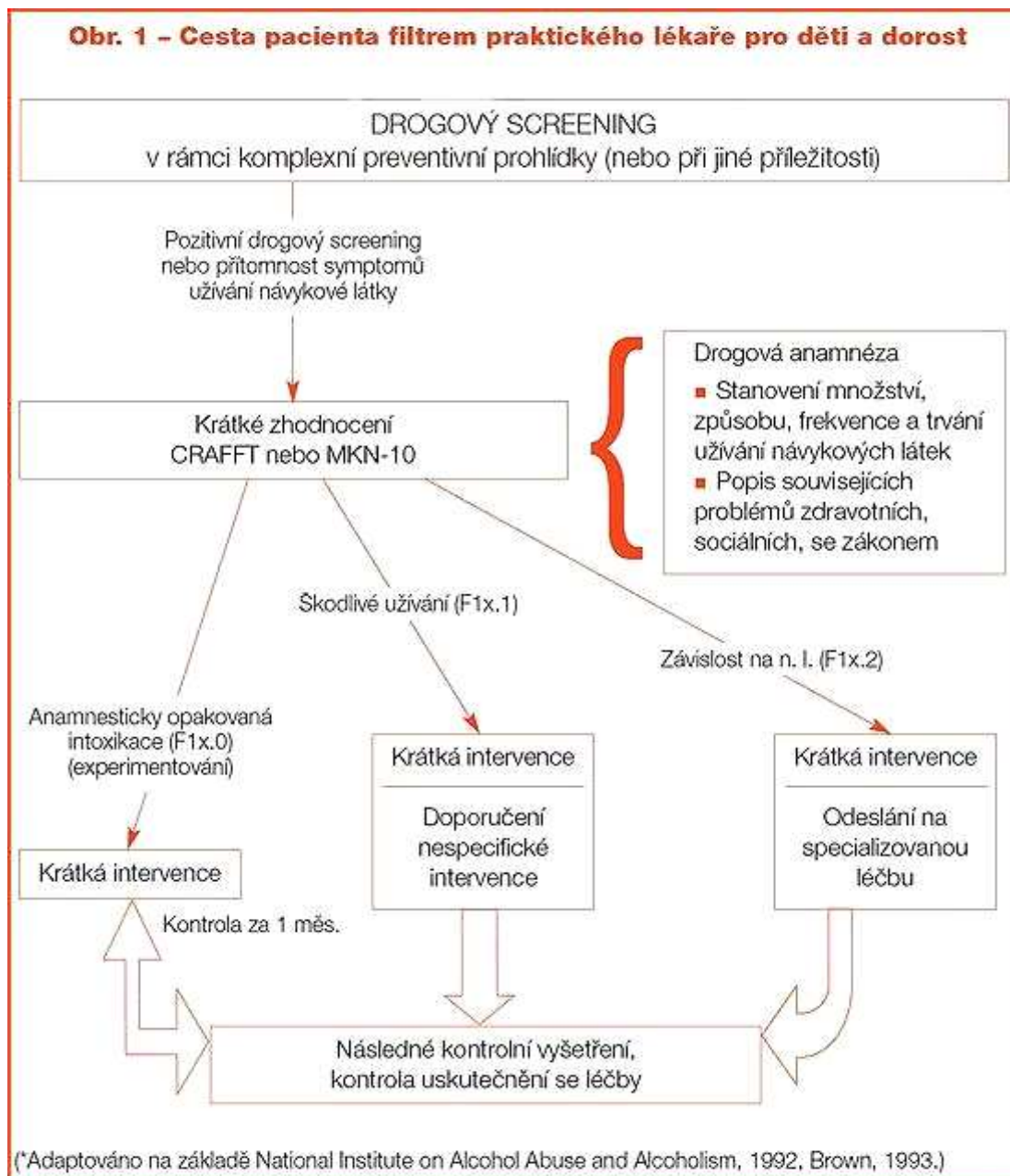
Projekt „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“, se zaměřoval na metodu krátké intervence. Během školicích kurzů se využívaly metody, které nejlépe umožňovaly informovat praktické lékaře o této problematice a zároveň předem vytvořily vodítko, jak postupovat v praxi.

Základní podmínka pro aplikaci krátké intervence v praxi je proškolení praktických lékařů pro děti a dorost v následujících oblastech:

1. rozšíření znalostí o návykových látkách, jejich užívání mezi adolescenty a jejich krátkodobé a dlouhodobé účinky na zdraví;
2. práce se screeningovými dotazníky a
3. praktická aplikace krátké intervence.

Metoda, která umožňuje organizovat preventivní péči a intervenci u pacienta, který je podezřelý s užívání návykových látek v ordinaci u praktického lékaře pro děti a dorost.

Obrázek 18 Schéma z příručky



Zdroj: CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, E., FROUZOVÁ, M., HAMANOVÁ, E., JACOBS, P., KABÍČEK, P., KRAMÁŘOVÁ, A., NEŠPOR, K., SCHNEIBERG, F., STAROSTOVÁ, O., SOUKUP, T., *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*. CEPROS, 2006

Praktický lékař pro děti a dorost může dospět k podezření na problém s návykovými látkami u pacienta na základě dvou nejčastějších situací.

První situace je spojena s preventivní prohlídkou, kdy vedle normálních vyšetření dostane pacient od lékaře dotazník - tzv. drogový screening. V případě, že se u pacienta nezjistí užívání alkoholu ani jiných návykových látek (tedy když se v dotazníku neobjeví jediná kladná odpověď), následuje krátká intervence ze strany pediatra, která je zacílená na utvrzení v negativním postoji pacienta k drogám. Vedle toho musí zaznít i upozornění na přínosy pozitivního životního stylu.

Pokud se u pacienta v dotazníku objeví jedna kladná odpověď, jedná se o pozitivní drogový screening. V takovém případě musí lékař zjistit závažnost problému na základě krátkého zhodnocení stupně ohrožení pacienta návykovou látkou (dotazník závislosti založený na MKN-10, CRAFFT) a odesílá pacienta na další vyšetření.

Druhá situace může nastat v okamžiku, kdy je pacient v ordinaci u praktického lékaře pro děti a dorost vyšetřován pro jinou diagnózu a až vyšetření prokáže přítomnost symptomů užívání návykové látky.

Pacient však může svého lékaře vyhledat sám nebo spolu se svými rodiči. Tato situace nebývá častá, protože fáze uvědomění si vlastního problému s užíváním návykových látek a odhodlání aktivně se zapojit a hledat možné postupy je zřetelnější až v pokročilejších fázích

Po získání výsledků z krátkého zhodnocení může praktický lékař posoudit, o jaký stupeň užívání návykové látky se u pacienta pravděpodobně jedná a určit tak jeho diagnózu. Diagnóza napomáhá při výběru nejvhodnějšího druhu formy krátké intervence. Při další návštěvě lékař odebírá také vzorky na zjištění přítomnosti metabolitů drog.

V případě, že lékař získá podezření na škodlivé užívání nebo na závislost pacienta na návykových látkách, provádí u pacienta somatické vyšetření a odebere mu drogovou anamnézu. Následuje krátká intervence a po ní lékař doporučí pacientovi další léčbu. Poté, co je pacient předán do specializovaného zařízení a praktický lékař získá



všechny náležitě zdravotní zprávy, musí tuto veškerou dokumentaci o pacientovi uložit do svého dispenzáře.

Ve schématu jsou použity následující pojmy:

- **Preventivní prohlídka** se provádí jednou za dva roky na základě vyhlášky č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek - zmocnění k této vyhlášce stanoví § 34 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Preventivní prohlídka by měla být doplněna o **drogový screening**, který umožňuje zjistit užívání návykových látek.
- **Pozitivní drogový screening:** pokud byla minimálně jedna otázka z dotazníku, týkajícího se užívání návykových látek zodpovězena pacientem kladně.
- **Přítomnost symptomů:** přítomnost fyzických, psychických nebo sociálních známek užívání návykových látek.
- **Krátké zhodnocení:** následuje po pozitivním screeningu. V České republice je používán dotazník založený na Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) nebo se alternativně k němu používá dotazník CRAFFT.
- **F1x.0 Anamnesticky opakovaná intoxikace:** pokud pacient uvedl v krátkém zhodnocení opakované užívání návykových látek, které ještě nesplňují kritéria škodlivého užívání (pokud pacient s drogami pouze experimentuje). Po krátké intervenci následuje kontrolní vyšetření pacienta.
- **F1x.1 Škodlivé užívání:** pokud se v souvislosti s užíváním drogy projevil nějaký závažný problém v oblasti fyzické, psychické či sociální. V této fázi ještě pacient nevykazuje známky závislosti, po krátké intervenci následuje doporučení pacienta do nespécifické léčby.
- **F1x.2 Závislost:** Jde o závislost, kdy se v souvislosti s užíváním drogy objevily během jednoho roku nejméně tyto následující znaky: silná touha získat látku (craving), obtíže se sebeovládáním ve vztahu k látce, odvykací stav, růst

tolerance, zanedbávání jiných zájmů kvůli látce a pokračující užívání i přes negativní následky, které jsou postiženému známy. Po krátké intervenci následuje aktivní odeslání pacienta do specializované léčby. Pokud by pacient tuto léčbu odmítl, následovalo by jeho pozvání na kontrolní vyšetření spolu s jeho rodiči.

- **Krátká intervence:** postup realizovaný v praxi, který umožňuje rozpoznat reálný či potenciální problém a zároveň umožňuje motivovat jedince k aktivní nápravě.
- **Nespecifická léčba:** týká se zejména zařízení poskytujících poradenskou psychoterapeutickou a psychosociální služby.
- **Specializovaná léčba:** jde zejména o odborná zařízení a speciální programy pro léčbu závislostí.

Součástí preventivní prohlídky je i drogový screening (lékař si začlení do komplexní preventivní prohlídky drogový dotazník viz. Příručka: *Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře. Vydána za podpory dotačního programu MZ „Zdravotnické vzdělávací programy“* 2008. Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008). Komplexní vyšetření se tak skládá z běžně prováděné aktualizace anamnézy (dotazník 1 viz Příloha B, dotazník 2 viz Příloha C), kromě běžného somatického vyšetření provádí lékař i vyšetření orientované na symptomy užívání drog. Součástí prohlídky je rozhovor lékaře s pacientem, který je soustředěn na pacientův zdravotní styl. Během tohoto rozhovoru je mu předložen dotazník zjišťující postoje a chování pacienta ve vztahu k návykovým látkám (dotazník 3 viz Příloha D).

Pokud je drogový screening pacienta pozitivní, následuje použití dotazníků, na základě kterých lze posoudit, na jakém stupni užívání návykových látek se pacient nalézá. V České republice se používá dotazník založený na MKN-10 (viz. Příloha E: Dotazník závislosti založený na MKN-10), popisující závislost pro všechny věkové

kategorie, případně lze použít adaptaci dotazníku CRAFFT (viz. Příloha F: Dotazník CRAFFT), který je určen především pro dospívající (Knight, 2002).

### 7.2.1. Vyšetření pacienta

Somatické vyšetření, které lékař provádí při podezření z užívání návykových látek a u závislosti na návykových látkách (Flx.1 a Flx.2), se zaměřuje na následující příznaky:

Obrázek 19 Somatické vyšetření

	posit.		posit.
<b>Celkový vzhled působí nečistě, neupraveně</b>		miosa, ev. mydriáza	
<b>Poruchy výživy</b>		<b>Ústa:</b>	
<b>Zvýšený TK</b>		snížená hygiena	
<b>Zvýšená teplota</b>		zvýšená kazivost zubů	
<b>Kůže:</b>		<b>Plíce:</b>	
Ikterus		pneumonický poslechový nález	
infekce kůže a kožních adnex		bronchiální obstrukce	
snížená hygiena		<b>Kardiologický nález:</b> srdeční šelesty	
Hematomy		<b>Břícho:</b>	
<b>vpichy:</b>		zvětšení jater	
Kubity		zvětšení sleziny	
Kotníky		<b>Trup, končetiny:</b>	
Krk		zvětšení periferních uzlin	
Třísla		Trombózy	
jiná místa:			
<b>Oči – ikterus sklér</b>			
<b>Jiný nález:</b>			
<b>Základní laboratorní vyšetření u F1x.1 a F1x.2</b>			
1. Krevní obraz, diferenciál			
2. Biochemismus: zvláště jaterní testy - bilirubin, konjugovaný bilirubin, ALT, AST, ALP, GMT, S amyláza, cholesterol, bílkovina, glukóza, CRP, INR			
3. Prealbumin, cholinesteráza			
4. Imunoglobuliny			
5. HbsAg, anti HCV, anti HAV, HIV, TPH			

Zdroj: *Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře.*

*Vydána za podpory dotačního programu MZ „Zdravotnické vzdělávací programy“*

2008. Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008

Škodlivé užívání návykových látek a závislost na návykových látkách má řadu příznaků. Je proto podstatné, aby praktičtí lékaři získali detailnější znalosti, které jim umožní dospět ke správné diagnóze. Občas se totiž vyskytují příznaky, které se na první pohled nejeví jako důsledky užívání návykových látek, ale které mohou být způsobeny

jinými vážnými onemocněními. Může jít např. o náhlý začátek nebo výrazné zhoršení astma bronchiale, o kolapsové stavy, nejasné bolesti hlavy, bolesti břicha, chronický kašel, opakované infekty horních cest dýchacích apod.

**Obrázek 20 Drogová anamnéza**

Druh drogy (vypište)	Způsob aplikace (kód)	Četnost užívání za měsíc (kód)	Věk prvního užití (v letech)	Doba pravidelného užívání (v letech)
Základní droga:				
Jiná droga 1:				
Jiná droga 2:				
<b>Zdravotní a sociální komplikace:</b>	Aplikace – kódy:	Četnost užívání – kódy:		<b>Pacient byl již dříve léčen pro F1x.1, F1x.2</b> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Kde:
1.	1. injekční	1. ne v posledním měsíci		
2.	2. kouření	2. 1x týdně či méně		
3.	3. požití	3. 2-6 dní v týdnu		
4.	4. čichání, šňupání	4. denně		
5.	5. jiná	0. neznámá		
6.	0. neznámá			
<b>Pohlavní styk</b> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	počet sexuálních partnerů _____		nechráněný sex	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

Zdroj: *Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře.*

Vydána za podpory dotačního programu MZ „Zdravotnické vzdělávací programy“

2008. Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008

### 7.2.2. Osnova rozhovoru podle výsledků drogového screeningu

V oblasti krátké intervence se používají metody a osvědčené postupy pro komunikaci lékaře s pacientem a s jeho rodiči. Rodiče často disponují mnohem silnějšími motivačními nástroji než lékař a právě z toho důvodu bývá spolupráce rodičů při krátké intervenci velmi prospěšná. Někdy může naopak u dospívajících využít zdravotnický pracovník autoritu, která je s ohledem na věk pacienta vnímána jinak než autorita rodiče či učitele. Komunikace by měla probíhat nekonfrontačně a s pochopením pro pacientovu situaci, zároveň by však měla být cílevědomá a předem promyšlená. To, jak by měla taková komunikace probíhat, si praktičtí lékaři během kurzů prakticky nacvičovali a osvojovali si její různé podoby a formy. Správný průběh komunikace a doporučený postup je zachycen na vytvořených manuálech příručky a na videonahrávkách.

Lékař vede krátký rozhovor s dospívajícím na základě výsledků screeningu. Tento rozhovor je důvěrný a neobsahuje odsouzení chování dítěte, protože negativní postoj lékaře by mohl vyvolat u dospívajícího odpor a nepřijetí dalších informací. Je také

důležité, aby rozhovor byl nedirektivní, tedy aby dítěti něco nepřikazoval, ale aby naopak nabízel radu. Lékař by si měl předem promyslet, jakým způsobem bude pacientovi informace předávat. Zásadní význam při práci s dospívajícími má stručnost a srozumitelnost sdělení (z rozhovoru se nesmí stát odborná přednáška). Pro dospívajícího je velmi důležité, aby cítil, že to, co mu lékař radí a obavy, které mu sděluje, jsou opřené o reálné obavy z možných nepříznivých zdravotních dopadů užívání návykových látek.

Pro lékaře je výhodné mít u sebe osnovu motivačního rozhovoru proto, aby ji mohl adekvátně využít dle aktuální situace a potřeb pacienta.

V následujícím textu je použita osnova rozhovoru, která vychází ze získaného počtu bodů z dotazníků a obsahuje případné příklady formulací, které může lékař různě obměňovat.

### **7.2.3. Krátká intervence u pacienta, u kterého Lékaři nezjistili problém s návykovými látkami**

PhDr. Magdalena Frouzová zpracovala osnovu rozhovoru (*manuál: Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství*, 2006, s.15-21, 34-37).

- Lékař potvrzuje souhlas s negativním postojem pacienta k drogám:

*„Z toho, jak tě znám a co o tobě vím, to vypadá, že jsi natolik o drogách informován, abys věděl, že je lépe se jim vyhnout.“*

- Varování pacienta před návštěvou míst a přátelením se s lidmi, kteří užívají návykové látky. Poskytuje se stručná rada pro případ, že mu je droga nabídnuta:

*„Kouří dost lidí a jistě víš, že i být v prostoru, kde se kouří cigarety s nikotinem či marihuanou, poškozuje hlavně tvoje plíce a pálí tě oči. Je proto lépe, když raději vyhledáváš prostory a lidi, kde se s drogou spíš neseškáš. Obvykle stačí prostě se vyhýbat nebo říci „Ne, děkuji, nechci to, nezajímá mne to.“*

*Nemusíš o drogách vše vědět, aby ses jim zdárně vyhnul. Na světě je mnoho lepších věcí, které můžeme poznávat. Když chceš v dobré víře pomoci někomu ve svém okolí,*

*kdo drogy bere, obvykle to s tebou dopadne špatně, proto se raději těmto věcem obloukem vyhýbej.“*

- Upozornění na pozitivní životní styl, který pacientovi slibuje do života více:

*„Jistě máš nějaká přání, nějaký životní sen, a tak raději hledej, jak je uskutečnit. Když budeš takto dobře pokračovat, podaří se ti vyhnout se drogám a vše budeš mít v životě o mnoho lepší. Přeji ti, aby se ti dařilo.“*

#### **7.2.4. Krátká intervence u pacienta experimentujícího s drogami (f1x.0)**

- Varování před nebezpečím jednorázového užití drogy:

*„Z toho, co o tobě vím, to vypadá, že se ti líbí zkoušet drogy a možná se ti zdá, že na tom nic špatného není, že člověk má zkusit všechno. Ale určitě bys neskákal třeba z okna nebo pod auto jen ze zvědavosti, co se stane. Přitom právě ti, kteří skáčou z okna, pod auto, to dělají hlavně proto, že mají v sobě zrovna drogu, kterou si vzali jenom tak, ze zvědavosti, co to udělá. Na drogách je nebezpečné to, že nikdy tak úplně nevím, co se mnou droga udělá, co mě napadne udělat a kdo zneužije toho stavu, aby mě donutil udělat něco, co bych normálně neudělal nebo se za to styděl.“*

- Lékař upozorní na rozvoj zájmu, který může mít nevýhodný dopad na pacientův budoucí život:

*„Vidím, že se ti experimentování zatím natolik líbí, že se mu dost věnuješ. Na úkor čeho? Co bys jinak dělal? Neutíká ti v životě něco? Co když se ti to bude líbit třeba i pár měsíců?“*

- Je důležité vyjádřit osobní angažovaný postoj lékaře k pacientovu experimentování s návykovými látkami:

*„Bojím se, že kdyby se ti tohle stalo, už nebudeš tím, kdo to chce jen zkusit, ale budeš mít už problém, protože na drogy budeš myslet čím dál víc a také pro to stále více dělat.“*

- Lékař podá pacientovi informace o pravděpodobném rozvoji konkrétních problémů souvisících s braním drogy, které mohou zapříčinit jeho osamocení a

následné navázání se na drogovou subkulturu (včetně dysfunkčního sociálního chování- prostituce, promiskuita, kriminalita, drogová závislost...)

*„V takovém případě bys začal mít problém s rodiči, ve škole, s kamarády, kterým by se to nelíbilo. Bylo by asi hodně špatné, kdyby sis pak rozuměl už jen s těmi, kteří drogy také berou. To je začátek konce.“*

- Nabízí se kontrolní návštěva, která signalizuje pacientovi, že je něco v nepořádku a pacient tak získá možnost další intervence v případě, že se jeho braní drog bude prohlubovat:

*„Říkáš, že se nic takového nestane. Rád bych tě po nějakém čase zase viděl, abychom si mohli být jisti, že do toho nepadáš víc, než bys nyní sám chtěl. Mohl by ses mi přijít ukázat asi do měsíce, abych neměl zbytečné obavy a ty abys mi ukázal, že máš svůj život plně v rukách?“*

- Při další návštěvě pacienta, která byla předem domluvená, nebo ke které došlo za jiným účelem, se lékař snaží odebrat vzorky moči za účelem zjištění přítomnosti metabolitů drog. Tento odběr se provádí pod kontrolou. Pokud se pacient na kontrolu nedostaví, opakovaně se pozve.

### **7.2.5. Krátká intervence u diagnózy flx.1 – škodlivé užívání návykové látky**

Lékař se musí zaměřit zejména na specifické oblasti motivace. Jde o posílení motivace u dětí a dospívajících s ohledem na jejich původní zájmové činnosti (např. tělesná zdatnost u sportovně založených). Lékař by měl své rady a upozornění formulovat do podoby otázek, které jsou mnohem účinnější především s ohledem na specifické motivace pacientů.

- Lékař shrne zjištěné problémy a dává je do souvislosti s drogou. Pomáhá tak pacientovi si tyto souvislosti uvědomit.

*„Z toho, co o tobě vím, jasně vyplývá, že máš problémy, které nějak souvisí s tvým braním drog. Je ti tato souvislost jasná? (Když ne, odpovídáme jasně a poukazujeme na jednotlivé symptomy.)“*

- Lékař pacientovi dokazuje svůj osobní angažovaný postoj k jeho problému a informuje ho o pravděpodobném zhoršování situace:

*„Obávám se, že stav se bude postupně jenom zhoršovat, pokud neuděláš radikální změnu týkající se tvého braní. Uvažoval jsi někdy o takové změně?“*

- Lékař navrhne jednoznačnou radu radikální změny:

*„Já bych ti radil jednoznačně s drogami nyní alespoň na nějakou dobu přestat (u teenagerů radíme pár měsíců, u starších alespoň půl roku). Budeš sám vidět, jakou změnu to ve tvém životě způsobí, nakolik se tvé problémy postupně budou řešit.,,*

- Vyjadřování empatie a snaha lékaře vytvořit obranné postoje pacienta ke změně:

*„Je mi jasné, že by taková změna byla pro tebe docela nesnadná. Napadají tě nějaké obtíže, na které bys narazil, kdybys s tím opravdu chtěl něco udělat?“*

- Lékař poskytuje pacientovi podporu, poukazuje na jeho schopnost problémy řešit a podporuje ho k jednání, které vede ke změně:

*„Říkal jsi, že jsi měl dobré výsledky .... Všiml jsem si, že dokážeš ..... takže z toho usuzuji, že jsi člověk, který když se opravdu do něčeho dá, chce mít výsledky. To znamená, že do svého rozhodnutí umíš dát dost a necháš si také chytře poradit. Myslím proto, že bychom to spolu dokázali.“*

- Doporučení lékaře, aby se pacient dostavil na vyšetření do zařízení nespecifické léčby, tedy do zařízení poskytující psychoterapeutické a psychosociální služby, např. pedagogicko-psychologická poradna, psycholog, poradna pro rodinu aj.:

*„Také ti dám doporučení k odborníkovi, se kterým by ses měl domluvit, jak co dělat.“*

- Pozvání na další kontrolní vyšetření (v určitý den a hodinu):

*„V každém případě bych tě rád za měsíc viděl, abychom se ujistili, jak věc vypadá.“*



- Pozvání rodičů v případě, že je pacientovi méně než 18 let:

*„Když já zjistím takovou věc, jako dneska u tebe, musím o tom informovat tvoje rodiče. Přijdeš s nimi sám tento týden, nebo je mám rovnou písemně pozvat?“*

- V případě, že se pacient dostavil sám bez rodičů a chce s tím přestat:

*„Jenom v případě, že bys mě svými kontrolními návštěvami v odborné ambulanci přesvědčil, že jsi celou věc vzal zcela vážně, a já bych mohl z tvé moče vidět, že drogy nebereš, bych mohl jednat jinak. Musel bys mi ale pravidelně nosit zprávy z vyšetření.“*

### **7.2.6. Krátká intervence u Diagnózy f1x.2 - závislost**

Při zjištění závislosti již krátká intervence nepostačuje a navrhuje se tak specializovaná léčba. Ta probíhá nejlépe formou tzv. aktivního předání. Při aktivním předání praktický lékař doporučuje léčbu, domluví schůzku a připraví veškerou dokumentaci. Lékař také doporučuje rodičům, aby dospívajícího doprovodili na první návštěvu specializovaného zařízení.

- V takovém případě lékař naznačí možnost závislosti, vysvětluje výhodnost včasné intervence a doporučuje pacientovi navštívit odborníka:

*„Vidím, že tvoje pití či braní drog není tak úplně bez problémů. Já tady o tom s tebou mluvím, ale možná by bylo lepší, kdybys se mnou neztrácel čas a šel přímo k odborníkovi, který tomu lépe rozumí; ten ti může také konkrétněji říci, co si ještě dovolit můžeš, a co už je pro tebe nebezpečné. Aby ses dozvěděl, jak na tom skutečně jsi, co v tom ohledu máš dělat, abys něco nezanedbal a věc se dále nezhoršovala.“*

- Lékař poukazuje nato, že pacient se sám se svým problémem potýkal už dlouhou dobu a snaží se mu vysvětlit, že odborník mu může pomoci:

*„Na co si nyní, např. teď v těchto týdnech, dáváš pozor? „*

Pokud pacient zareaguje bez zájmu s ohledem na jeho problém s užíváním drogy:

*„No, je vidět, že zatím ti nezbyl čas, abys o těch problémech více přemýšlel, ale proto by možná bylo dobré udělat si v přítomnosti odborníka v otázce drog/pití jasno.“*

- Postoj lékaře na pacientovo obranné oddalování a smlouvání:

*„Samozřejmě, že můžeme čekat, co se z toho všechno vyvine. Možná si říkáš: „Ještě chvíli se takhle klidně mohu chovat. Sám poznám, kdy s tím něco udělat.“ Ale bohužel tohle obvykle člověk nepozná, a pak je již dost pozdě.*

*Nebo si říkáš, „na co odborník, stejně když nebudu chtít, tak mne nikdo nezastaví“. Problém je v tom, že když pak s tím už konečně chceš něco dělat, je to opravdu hodně těžké i s pomocí odborníka. Čím dřív uděláš změnu a necháš si poradit samotným odborníkem, tím spíš se vyhneš ještě většímu problému.“*

- Pozvání rodičů v případě, že je pacientovi méně než 18 let:

*Když já zjistím takovou věc, jako dneska u tebe, musím o tom informovat tvoje rodiče. Přijdeš sám s nimi tento týden, nebo je mám rovnou písemně pozvat?*

- V případě, že se pacient dostavil sám bez rodičů a chce s tím přestat:

*Jenom v případě, že bys mě svými kontrolními návštěvami v odborné ambulanci přesvědčil, že jsi celou věc vzal zcela vážně, a já bych mohl z tvójí moče vidět, že drogy nebereš, bych mohl jednat jinak. Musel bys mi ale pravidelně nosit zprávy z vyšetření.*

- Lékař aktivně předává pacienta do specializované léčby (do odborného zařízení nebo do nějakého programu pro léčbu závislosti).

### **7.2.7. Osnova rozhovoru s rodiči**

V případě, že se pacient dostaví bez doprovodu rodičů nebo zákonných zástupců, pozve si lékař rodiče společně s pacientem na kontrolní vyšetření. Na tomto vyšetření lékař informuje rodiče a probírají společně další možnosti a postupy. Pokud je pacientem motivovaný dospívající, který aktivně žádá kontakt na zařízení specializované léčby, předá praktický lékař pro děti a dorost veškerou odpovědnost na

toto specializované zařízení, včetně dalšího terapeutického postupu, informování rodičů nebo zákonných zástupců (lékař si pouze vyžádá lékařskou zprávu od takového specializovaného zařízení a tu si zařadí do dispenzáře).

- V případě, že přijdou rodiče s motivovaným dítětem, sdělujeme velikost problému či dg. před ním, taktéž před ním radíme, co dělat.
- V případě, že dítě nespolupracuje, volíme raději rozhovor s rodiči bez dítěte. Informujeme rodiče klidným hlasem o základním problému, zbytečně nesdělujeme podrobnosti:

Z toho, co mi zde říkáte, a z toho, co jsem zjistil u vašeho dítěte, mám za to, že jde u něho pravděpodobně o:

- příležitostné braní drog,
  - škodlivé braní drog,
  - závislost na drogách.
- Dáváme možnost rodičům vyrovnat se s přijetím problému tím, že je necháme chvíli o věci s námi diskutovat; dále však nesdělujeme zbytečné podrobnosti, pouze opakujeme základní problém:

Víte to o něm, nebo se mě chcete něco zeptat?

- Informujeme rodiče o vhodné intervenci a necháme opět prostor pro vyjednávání a přijetí konsensu:

Myslím, že by věc vyžadovala, aby - viz rada dle závažnosti problému. Co si o tom myslíte?

*Rada dle závažnosti problému:*

- **příležitostné užití drogy** – zvýšit zájem o dítě, nabízet alternativy trávení volného času a životního konceptu, diskutovat o případných následcích jednorázového užití, posilovat ochranné a oslabovat rizikové faktory – při problémech v rodině doporučit odborné vyšetření a léčbu rodiny

- **škodlivé užívání drog** – kontrolovat, že dítě drogy nebere, zvýšit soustavný dohled s vyžadovaným režimem, návštěvy v nespécifickém léčebném zařízení
- **závislost** – vyhledat specializované léčebné zařízení, jednoznačně „nedovolit“ formální léčbu bez výsledků, zvýraznit klíčovou roli rodičů a doporučit vyhledání pomoci zaměřené na rodiče. Pediatr by se měl dobře orientovat v místní situaci a doporučit takové zařízení, které je schopno a ochotno s rodiči pracovat (není to vždy pravidlem).
- Po dojednání společného konsensu se domluvíme, že rodiče zašlou výsledky ze specializovaného vyšetření.
- Dáváme emoční podporu, poukazujeme na možnost řešení problému v případě důslednosti, utvrzujeme rodiče v jejich vhodném dosavadním chování.

Vím, teď to pro vás asi není lehké, ale čím důsledněji budete jednat, tím pravděpodobněji a rychleji se z tohoto problému dostanete. To, že jste tady, potvrzuje, že máte o dítě zájem a to velmi zvyšuje naději, že to společně zvládneme.

### **7.3. Právní aspekty práce praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti protidrogové intervence**

Součástí vzdělávání lékařů patřil také modul, který se zabýval právní problematikou. V běžné praxi si poměrně často lékaři pokládají otázky, za jakých podmínek je možné léčit nezletilého pacienta (obzvláště vzhledem k čím dál častější otázce informovaného souhlasu), nebo jaká práva a povinnosti má zákonný zástupce nezletilého pacienta a jaká práva a povinnosti má tak samotný nezletilý pacient.

Práva a povinnosti nezletilých pacientů a jejich zákonných zástupců se řídí podle mezinárodních dokumentů implementovaných do českého právního řádu. Z těchto mezinárodních i národních norem vyplývá bezpodmínečná nutnost vyslovení souhlasu pacienta (v tomto případě dítěte nebo dospívajícího) se zahájením léčby závislosti na návykových látkách. Pokud není osoba objektivně způsobilá (tedy pokud není platnými

právními předpisy uznána jako způsobilá posoudit průběh léčby a udělit svůj souhlas), je pak vyžadován souhlas zákonného zástupce (popřípadě orgánu, který dítě či dospívajícího zastupuje). V případě, že je dítě či dospívající dostatečně rozumově vyspělý nato, aby správně vyhodnotil a posoudil stav a případný následek plánovaného zákroku, o kterém byl předem dostatečně poučen svým lékařem, jeho názor se zohlední. S ohledem na zdravotnickou instituci má však rozhodující slovo vždy zákonný zástupce.

Zákony a vyhlášky také upravují preventivní vyšetření u nezletilých. Obecně se vyžaduje od pediatra, že k invazivním zdravotním zákrokům, musí získat souhlas zákonného zástupce. Pokud však jde o náběry a následné rozbory moči, lze je provést i bez souhlasu zákonného zástupce v rámci prevence. V případě odeslání na specializované vyšetření (provedené specializovaným zařízením nebo psychologickou poradnou) není zapotřebí souhlasu zákonného zástupce nezletilého (nemusí být o tom ani uvědomen).

#### **7.4. Typy protidrogových služeb**

Mnoho praktických lékařů neví, kam se mají obrátit v případě, setkají-li se s dítětem či dospívajícím, který má problémy s užíváním návykových látek. V rámci projektu se tak vytvořil přehled o možnostech protidrogové léčbě a doporučení, kam se mají lékaři obrátit v případech závislosti, zneužívání či problémového užívání drog u dětí a dospívajících. Vedle přehledného seznamu specializovaných zařízení se lékař může zaměřit i na rozlišení jasných cílových skupin jednotlivých zařízení (CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, 2006):

Nespecifické služby

- Ambulantní psychologická a psychoterapeutická pracoviště

Specializovaná léčebná zařízení

- Ambulantní léčba

Ambulantní léčebná péče probíhá v AT ordinacích (alkohol a toxikomanie) a v jiných specializovaných protidrogových zdravotnických zařízeních. Péče zahrnuje diagnostiku, léčbu, poradenství, prevenci relapsu.

Cílová skupina: problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři.

- Stacionární programy

Stacionární programy jsou strukturované a probíhají na denních a odpoledních stacionářích.

Cílová skupina: osoby závislé na návykových látkách v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě, se somatickými a psychickými komplikacemi, které nevyžadují lůžkovou péči, sociálně stabilizovaní (např. spolupracující rodina, stálé bydliště).

- Detoxifikace

Detoxifikace se provádí formou programů v rámci odborného oddělení nemocnice, psychiatrické kliniky nebo psychiatrické léčebny, jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje jako samostatné zdravotnické zařízení.

Cílová skupina: osoby s různě vyjádřenými odvykacími příznaky, závislé osoby motivované detoxifikací.

- Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Probíhá formou lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 – 14 týdnů (patří sem i nemocniční léčba v délce nad 14 týdnů).

Cílová skupina: osoby závislé na návykových látkách v pokročilém až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická, somatická komorbidita).

- Terénní programy

Služby jsou poskytovány uživatelům drog v jejich vlastním prostředí.

Cílová skupina: program je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid.

- Kontaktní centra

Služby jsou poskytovány v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech.

Cílová skupina: drogově závislí, kteří nejsou v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi, problémoví uživatelé návykových látek, závislí na návykových látkách, kteří nejsou motivováni k abstinenci, popř. neakceptují jinou účinnější formu léčebné péče, rodinní příslušníci, partneři a jiné důležité osoby. Jsou možné anonymní i neanonymní kontakty.

- Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Probíhá formou lůžkové péče v zařízeních typu terapeutických komunit (bývá střednědobá a dlouhodobá)

Cílová skupina: osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením.

- Doléčovací programy

Takové programy probíhají nejčastěji formou ambulantní léčby.

- Programy substituční léčby

Ambulantní léčba, která je poskytována ve zdravotnickém zařízení (léčba substituční látkou).

Cílová skupina: osoby závislé na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci, zejména riziková i.v. uživatelé a ti, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala, často s přítomností komplikujících faktorů (psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza).

- Socioterapeutické kluby

Na rozdíl od svépomocných skupin jsou vedeny profesionály.

- Svépomocné skupiny

Skupiny lidí, které se spolu stýkají a sdílejí své problémy. Může jít o skupiny příbuzných, kteří si navzájem předávají své zkušenosti, jak řešit problémy s dětmi, které jsou v kontaktu s drogou nebo může jít o anonymní skupiny, které si předávají vlastní

zkušenosti, navzájem si pomáhají a podporují se (např. anonymní alkoholici, narkomani).



## 8. EVALUACE PŘÍNOSU PROJEKTU

Hodnocení celého vzdělávacího výcviku byla provedena realizátorem projektu. Evaluace proběhla dvakrát během výcviku a jednou po skončení výcviku. Na počátku bylo provedeno dotazníkové šetření, v polovině školení se provedl skupinový rozhovor s účastníky a měsíc po skončení výcviku se provedlo další dotazníkové šetření.

První evaluační dotazník měl za úkol zmapovat vstupní prostředí účastníků z řad praktických lékařů pro děti a dorost. Byl sestaven z pěti otevřených otázek, které se vztahovaly k jednotlivým tematickým okruhům, ze kterých se skládal celý vzdělávací výcvik. Jednalo se o obsahovou analýzu odpovědí na otevřené otázky (zejména šlo o otázky vztahující se k výběru kurzu, k osobním tematickým preferencím, dotazoval se na vlastní praktické lékařské zkušenosti s dospívajícími pacienty a drogami, na osobní odborné postupy, jaké účastníci kurzu praktikují nyní a konečně na nejslabší článek drogové intervence praktických lékařů u dospívajících pacientů.). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 17 z 21 participujících praktických lékařů. Účast tedy byla dostačující, ale nebyla 100%.

### 8.1. Výběr kurzu

Jako nejčastější důvody pro výběr kurzu Protidrogová intervence praktických lékařů pro děti a dorost byly účastníky uvedeny následující skutečnosti:

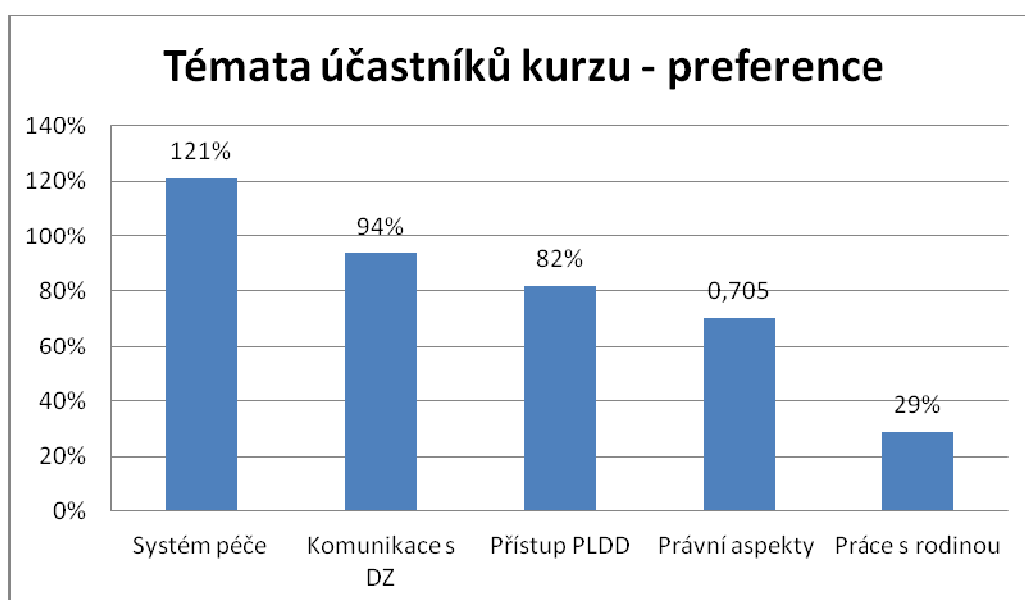
- stoupající počet drogově závislých mezi pacienty (47%)
- malá vzdělanost v této oblasti, málo informací, potřeba se více dozvědět (35%)
- zájem o problematiku komunikace s uživatelem drogy, ev. s jeho rodiči (29%)
- psychologické otázky související s tímto tématem (23,5%)

#### 8.1.1. Otázky, na které by rádi účastníci kurzu dostali odpověď

Otázka byla otevřená, v rámci obsahové analýzy vystouplo pět zásadních tematických okruhů (procenta určují zájem účastníků o danou problematiku):

1. Systém péče – aktuální možnosti (zařízení pro děti, dorost a dospívající do 19-ti let - 121 %, tzn., že toto téma se u účastníků vzdělávacího výcviku objevilo více než jednou)
2. Rodina a práce s ní (29 %)
3. Právní aspekty práce praktického lékaře pro děti a dorost v oblasti intervence (70,5 %)
4. Přístup praktického lékaře pro děti a dorost – prevence (82 %)
5. Komunikace s drogově závislými pacienty, s pacienty o dané problematice (94 %)

**Obrázek 21** Témata účastníků kurzu – preference



#### **8.1.1.1. Systém péče**

Nejčastější otázkou tohoto okruhu bylo, kam mohou lékaři pacienta předat či kam ho mohou nasměrovat. Jejich hlavní zájem se tak ubíral na konkrétní kontakty. Dále se zabývali otázkou, jaká zařízení jsou nejvhodnější pro děti a dospívající do 19-ti let. Mezi otázkami se objevily i obavy ze spolupráce při léčbě odeslaného pacienta a obavy spojené s vhodnou dobou k odeslání (tedy, jak poznat, kdy nastane vhodný čas odeslat pacienta do specializované péče).

#### **8.1.1.2. *Komunikace s drogově závislími pacienty***

Zde se objevovaly otázky vztahující se k vedení rozhovoru, jak se správně ptát, jak navázat kontakt a jak hovořit s pacientem, který je pod vlivem drogy.

#### **8.1.1.3. *Přístup praktického lékaře pro děti a dorost – prevence***

Nejfrekventovanější otázkou tohoto okruhu bylo, jak rozpoznat první příznaky. Dále z jejich otázek bylo patrné, že se zajímají o účinnou prevenci, o drogy a jejich účinky a o spolupráci se specializovanými pracovišti.

#### **8.1.1.4. *Právní aspekty***

U většiny se objevila zcela obecná otázka týkající se právní odpovědnosti praktického lékaře pro děti a dorost. Další okruhy, které se objevovaly v dotazníku: možnost testovat moč bez souhlasu a vědomí pacienta, jestli je u plnoletých nutné informovat rodiče, jak mají postupovat s plnoletými, pokud odmítají léčbu a jaké jsou právní postihy za šíření drogy.

#### **8.1.1.5. *Práce s rodinou***

Otázky týkající se práce s rodinou jsou zaměřené na pomoc rodičům. Důležité je, aby se lékaři podařilo přesvědčit rodiče řešit tyto problémy již v počátcích a neodkládat je. Do řešení problémů by se vedle rodiny měla zapojit i škola, aniž by to postihlo pacienta.

### **8.1.2. Vlastní zkušenost se závislostí na drogách u dospívajících pacientů**

Většina účastníků kurzu (80 %) uvedlo, že jejich ordinaci navštěvuje 2-5 pacientů, kteří jsou na drogách závislí. Zbylí lékaři (cca 20 %) uvedli, že mají potíže získávat od svých pacientů informace, které se týkají jejich zkušeností s užíváním drog, a v případě, že jsou na drogách závislí, odmítají pomoc (na veškeré dotazy týkající se konzumace drog reagují negativně).

Jeden praktický lékař uvedl, že ho navštěvují tři děti, jejichž matky byly drogově závislé pacientky i během těhotenství.

Někteří praktičtí lékaři se během své praxe setkali s úmrtím pacienta v důsledku delšího užívání drog či z předávkování.

### **8.1.3. Vlastní techniky a postupy při řešení problémů souvisejících se závislostí či užíváním drog u pacientů**

Nejčastěji se u lékařů objevoval pohovor a to nejen s dospívajícím, který má problém s užíváním návykových látek, ale i s jeho rodinou (59 %). Druhým nejčastěji voleným postupem bylo nasměrování takového pacienta do protidrogového centra (47 %) nebo takového pacienta odeslat k vyšetření na psychiatrii či k psychologovi (35 %). K odeslání dochází nejčastěji za předpokladu, že je pacient ochoten s lékařem spolupracovat a týká se zejména pacientů, kteří mají problémy s konzumací tvrdých drog.

### **8.1.4. Vyhodnocení nejslabšího místa v systému drogové intervence praktických lékařů pro děti a dorost u dospívajících pacientů**

Účastníci kurzu označili následující nedostatky v systému drogové intervence:

- Zpětnou vazbu z protidrogových center (spolupráce s nimi, informace o odeslaném pacientovi, ale nedostatek informací o tom, kam dospívajícího pacienta s určitými obtížemi odeslat)
- Nedostatek center pro školní děti
- Špatná spolupráce se školami

Celkově se dá shrnout, že hlavním nedostatkem systému drogové intervence je absence propojenosti jednotlivých složek systému péče a vzájemná informovanost a komunikace.

Za problematický jev lékaři považují i negativní postoje rodičů při upozorňování na fakt, že jejich dítě začíná experimentovat s drogami. Mnohdy mají lékaři a zejména pediatrii málo možností se v této oblasti vzdělávat (např. získat informace o působení a vlivu drog). Konečnou překážkou v této oblasti problematiky je i omezená časová možnost na realizaci pohovoru v rámci pravidelné preventivní prohlídky.

Hodnocení v průběhu vzdělávacího kurzu bylo provedeno na základě evaluační techniky focus group (skupinový rozhovor). Rozhovor byl nastaven tak, aby proběhl přibližně v polovině vzdělávacího programu přímo s účastníky, a to na začátku plánovaného výukového setkání. Jeho načasování bylo takto zvolené z toho důvodu, že se již předpokládala dostatečná zažitost výuky a vedení kurzu, dokonce i jisté využití nabytých vědomostí ve vlastní odborné praxi. Skupinový rozhovor probíhal za nepřítomnosti kohokoli z přednášejících a vyučujících, aby bylo zaručeno dostatečně otevřené a bezpečné prostředí pro rozhovor.

Výstupem evaluačního skupinového rozhovoru bylo zpracování odpovědí na jednotlivá témata a okruhy, které byly v rámci rozhovoru vedeny. Zvolené hlavní okruhy byly následující: forma výuky, přínos v rozvoji protidrogové komunikace s pacientem (protidrogová intervence), nedostatky a náměty na zlepšení. Tyto okruhy byly inspirované vyhodnocenými vstupními evaluačními dotazníky.

Na základě výpovědí účastníku lze konstatovat:

- kurz účastníci vidí jako potřebný a přínosný pro rozvoj základů komunikace a komunikace s pacientem na téma protidrogové intervence
- všichni účastníci ocenili interaktivní formu výuky, která byla rozvinutá o hraní rolí a práci s videonahrávkami. Všichni však nebyli schopni se do některých forem výuky zcela zapojit (šlo zejména o ty, kteří neradi hrají a předvádějí scénky před ostatními účastníky, ale i přesto rádi tyto scénky pozorovali a reflektovali vzájemné komunikační interakce, na základě kterých si tak mohli vytvářet vlastní analýzu rozhovoru, kterou mohou ve své praxi využívat).

Lékaři doposud neabsolvovali žádný výcvik v komunikačních dovednostech, proto pozitivně hodnotili i obecné informace o komunikaci a byli rádi, že si tyto teoretické poznatky mohli během kurzu nacvičovat (někteří však vyjádřili obavy z toho, že na efektivní nacvičení komunikačních dovedností potřebují mnohem delší časový úsek, než jaký jim tento kurz umožňoval).

Někteří se vyjádřili, že by ocenili jakýsi návod správných reakcí (na rodiče či pacienta v určité situaci, v případě agresivního jednání, v případě nekomunikujícího rodiče, ukončení rozhovoru, nadhledu při jednání apod.)

- přístup lektora byl pro některé účastníky natolik odlišný od jejich zažité praxe výuky, že si museli zvykat na pro ně nový psychologizující přístup

- již při první evaluaci se ukázalo, že se lékaři chtějí zejména dozvědět, kam mohou poslat své pacienty, kteří mají problémy s návykovými látkami (rádi by tak získali přehled o možnostech protidrogové léčby a také by ocenili doporučení, kam se mohou v takovýchto případech závislosti obrátit- zajímají se tedy o typy protidrogových služeb o jejich charakteristiku a o jejich populační zacílení)
- účastníci projevíli zájem také o právní problematiku
- účastníci se shodli na potřebě rozšířit kurz pro všechny praktické lékaře pro děti a dorost, kteří mají zájem (např. i formou zkráceného víkendového kurzu). Obecně zhodnotili zaměření kurzu jako velice potřebné, vzhledem k situaci, kdy se zvyšuje počet pacientů, kteří mají problémy s návykovými látkami

Evaluace v průběhu výcviku ukázala, že postavení jednotlivých tematických okruhů bylo správné a pro praktické lékaře pro děti a dorost přínosné.

Poslední evaluace celkového přínosu výcviku se prováděla po skončení výcviku. Dotazník byl koncipován tak, že účastníci hodnotili výcvik na stupnici 1 až 10, kdy číslo jedna označovalo minimální přínos a číslo deset maximální (viz. Příloha G). Výcvikový kurz získal v průměru 8,41, z čehož vyplývá, že u účastníků převažoval maximální přínos.

Dotazovaní také uvedli, že výcvik byl dobře zajištěn, a několik z nich projevilo zájem o jeho pokračování. Objevila se i doporučení šířit tento výcvik dál po menších skupinách, protože je velmi přínosný pro praktické lékaře a jejich praxi.

V dotazníku se objevovaly i otázky, do jaké míry participující zvládali jednotlivé tematické okruhy. Většina dotazovaných uvedla, že dané oblasti v rámci výcviku zvládla. Celkem osmkrát se u některé oblasti objevila odpověď „, částečně zvládl“, nebo byla uvedena obava, jak budou dané nabyté znalosti z výcviku fungovat v praxi. Obecně se dá tedy konstatovat, že někteří účastníci mají obavy z přenosu poznatků do praxe, ale i přesto mnoho účastníků uvedlo, že se již setkali se situací, kdy měli možnost využít informace a zkušenosti v praxi při aktivním přístupu k pacientům s podezřením na zneužívání návykových látek. Po absolvování kurzu dále uvedli, že objevili zneužívání návykových látek i u několika pacientů, u kterých podezření na abusů těchto látek neměli.

Největší problémy účastníkům působilo téma právních aspektů v oblasti protidrogové intervence. Právní problematika v této oblasti je totiž nejednoznačná. Existují základní prameny, které upravují oblast poskytování lékařské péče nezletilým pacientům, jsou však dále doplňovány řadou podzákonných norem. Nikde tedy není formulace tak konkrétní, aby se dala jednoznačně aplikovat v praxi na konkrétní případy. Praktičtí lékaři v dotazníku projeví obavy, jak přenést poznatky z práva do vlastní praxe.

Za největší přínos považovali lékaři získané dovednosti v komunikaci s pacientem a rodinou. Díky hraným scénkám si osvojili při komunikaci vhodnou volbu slov a výrazů, naučili se jak komunikovat s konfliktními rodiči pacientů, získali odvahu komunikovat na dané téma drog a jiných závislostí.

Dále byly zmíněny i oblasti z psychologie, kladně se hodnotilo i prohloubení znalostí v oblasti drogových závislostí, nácviky intervencí a v neposlední řadě získání kontaktů na zařízení, která se zaměřují na práci s drogově závislými.

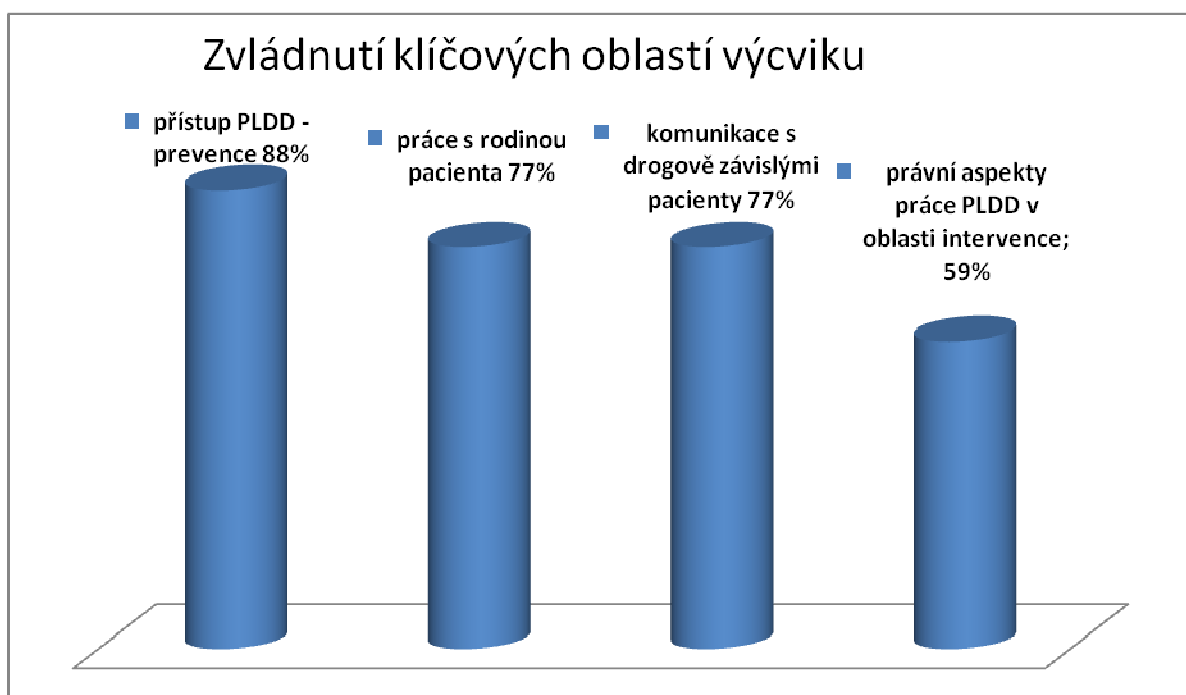
Praktičtí lékaři uvedli, že výcvik jim pomohl získat zejména dovednosti v oblasti komunikace:

- zvládání konfliktních situací
- lepší schopnost hovořit o tématu a větší odvaha problémy konstruktivně řešit
- úspěšnější otevřená komunikace s pacienty

Lékaři uvedli také další možné návrhy na změny, které se týkaly zejména časové struktury výuky. Jednotlivá setkání v rámci výuky by neměla být delší než pět hodin, protože je poměrně těžké udržet pozornost v pozdních hodinách odpoledne po pracovním dni. Jako alternativní řešení navrhli lékaři realizování výcviku formou intenzivního víkendového kurzu (tedy alespoň několikrát v průběhu celého výcviku). Další návrhy doporučovaly začlenit do výuky vedle teoretických poznatků o protidrogových zařízeních i praktickou ukázkou formou exkurze. Osobní návštěva nějakého zařízení pro léčbu drogově závislých by tak mohla praktickým lékařům napomoci k vytvoření ucelenější představy o tom, jak práce s drogově závislými probíhá. Tato zkušenost by jim pomohla věrohodněji odpovídat na dotazy pacientů o průběhu léčení. Výcvik by se tak dal propojit i s dalšími semináři a praktičtí lékaři pro

děti a dorost by získali zprostředkované kontakty na odborníky v drogové problematice, které by mohli využít ve vlastní praxi (zejména jde o navázání kontaktu s psychiatry, psychology a pracovníky protidrogových zařízení).

**Obrázek 22 Zvládnutí klíčových oblastí výcviku**





## 9. ZÁVĚR

Zprávy o stavu drog v České republice představují ucelený přehled informací o drogové scéně a o realizovaných protidrogových programech. V dospělé populaci, ale i u dětí a dospívajících se od roku 1993 zvýšilo celkové užívání drog a k největšímu nárůstu došlo v užívání konopných drog (zejména marihuany). Užíváním návykových látek u dospívajících ve 35 zemích Evropy se zabývala studie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs /Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Ve srovnání s ostatními vyspělými státy Evropy se Česká republika objevila na prvním místě v celoživotním užívání jakékoli nelegální drogy (zejména šlo o celoživotní zkušenosti s užíváním marihuany nebo hašiše, kterou uvedlo 45 % dospívajících). Česká republika vykazuje rostoucí tendenci v užívání kanabinoidů. Od roku 1995 se zkušenosti s užíváním marihuany zvýšily u chlapců i dívek o víc než 20 %. První příčky zaujímá Česká republika i v kouření cigaret a v konzumaci alkoholu (41 % dospívajících uvedlo kouření cigaret v posledních 30 dnech a 93 % uvedlo konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech).

Epidemiologická situace v oblasti abúzu drog u dětí a mládeže je v České republice natolik závažná, že vyžaduje aktivní přístup a hledání nových efektivních metod časného záchytu, prevence a léčby.

Při vzniku závislosti u dětí a mladistvých hrají velmi často podstatnou roli první neúspěchy ve škole, v zaměstnání, první zklamání v lásce nebo závažné problémy v rodině. Mnozí dospívající nesou těžce např. rozvod rodičů, změnu školy, onemocnění či smrt někoho blízkého. Krize spojené s těmito událostmi mohou v souvislosti s ostatními faktory zásadně ovlivnit souběh okolností, na jejichž konci vzniká závislost na návykových látkách.

Zvlášť časté jsou krize, kterým je dospívající vystaven v dysfunkčních rodinách, ale ke krizovým situacím může docházet i ve funkčních rodinách, např. v souvislosti s rozvodem rodičů, psychickým onemocněním, opuštěním či smrtí jednoho z nich apod. I samo zjištění, že dítě experimentuje nebo se stává závislým na drogách, představuje pro jeho rodinu krizovou situaci. Proto je úvodní část práce zaměřena právě na problematiku krizí a popisuje jejich příčiny a charakteristické projevy u dospívajících.

K vysvětlení pojmu krize jsou v práci uvedeny základní definice krizí a jejich klasifikace. Pozornost je věnována tzv. „spouštěcím mechanismům“, obvyklým průběhům duševních krizí a detailněji je popisováno chování člověka v krizi. Specifická pozornost je věnována krizové intervenci u mladistvých užívajících návykové látky.

Projekt „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství“ poskytl konkrétní návody, jak postupovat v protidrogové prevenci a terapii a to jak z hlediska metodického, tak z hlediska právní sebeobrany, etiky postupů, mezilidských vztahů a efektivní komunikace.

Z evaluace projektu „Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost“ vyplývá, že metoda krátké a časné intervence je vhodná a má značný praktický význam. Většina praktických lékařů měla teprve v průběhu školení možnost získat relevantní informace k dané problematice a zároveň měli lékaři možnost absolvovat v rámci školení praktický nácvik nezbytných dovedností. Cílem vzdělávacího projektu bylo naučit praktické lékaře zvládat psychické stavy svých pacientů, naučit je, jak pacienta vést k tomu, aby ovládal svou psychiku a jak vést rodiče k tomu, aby dobře a správně intervenovali u dítěte, u kterého se objevilo užívání návykových látek. Tyto komunikační dovednosti v sobě obsahují hlavně schopnost slyšet dítě, umět s ním vést dialog a umět správně a včasně intervenovat. Je důležité, aby lékař uměl přesvědčit rodiče k návštěvě odborníka, ale mnohem důležitější je včasná intervence u dětí, které ještě takovou návštěvu nepotřebují, ale které experimentují nebo své problémy teprve začínají řešit návykovou látkou.

Praktičtí lékaři si v průběhu nácviku dovedností zaměřili i na hraní scének, jejichž předem stanovené zadání bylo zvolené na základě nejpravděpodobnějších scénářů, s jakými se lékař může ve své ordinaci setkat.

Od roku 2006, kdy byly poprvé v České republice použity v rámci krizové intervence drogové screeningu CRAFFT, jejichž název se skládá z jednotlivých anglických klíčových slov obsažených v otázkách (Car-auto, Relax-relaxace, Alone-osamělý, Forget-zapomenout, Family and Friends-rodina a přátelé, Troubles-problémy), se práce a komunikace dětského lékaře s pacientem výrazně zkvalitnila. V současné době lékař za pomoci drogových screeningů rozdělí pacienty do kategorií, které blíže určují ohrožení vzniku závislosti, a na základě tohoto zařazení postupuje pak při práci s

konkrétním pacientem. V době, kdy se poprvé aplikovaly tyto testy do praxe, postupovali lékaři podle předem vytvořeného scénáře. Komunikace mezi lékařem a pacientem pak probíhala podle předem zformulovaných vět, které se však nedaly efektivně aplikovat na pacienty s ohledem na jejich věkové rozdíly i na jedinečnost každého z nich. Během výcviku se proto školitelé zaměřili na aktivní komunikaci, která napomáhá při rychlém a efektivním řešení problémů s dospívajícími pacienty. Neustálé praktické procvičování během kurzu praktičtí lékaři přivítali, protože zjistili, že tyto dovednosti si lze osvojit pouze aktivním nácvikem a nikoliv studiem manuálů nebo sledováním výukových instruktážních materiálů.

Tematické okruhy vzdělávacího kurzu pro praktické lékaře byly sestavené s ohledem na co největší využití poznatků pro praxi. Okruhy se tak zaměřovaly na druhy a systémy péče o drogově závislé, na komunikaci s drogově závislými, na to jak a kdy správně intervenovat, na právní aspekty spjaté s prací praktického lékaře pro děti a dorost v této oblasti a v neposlední řadě i na rodinu a práci s ní.

Většina lékařů projevila po absolvování vzdělávacího kurzu zájem o další vzdělání v této oblasti, protože získané poznatky pro ně byly v praxi potřebné. S ohledem na výsledky evaluace programu lze metody krátké a časné intervence bezpochyby hodnotit příznivě, i když jejich efektivitu bude třeba i nadále sledovat a průběžně hodnotit.

## 10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAM R. WINSTOCK, KIM WOLFF & JOHN RAMSEY Ecstasy pill testing: harm minimization gone too far. *Addiction* (2001) 96, 1139–1148 RESEARCH REPORT 21 National Addiction Centre, Institute of Psychiatry, Kings College London & 2 Toxicology Unit, St George's Hospital Medical School, London, UK

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247.0708-X

BROWN, J.M., AND MILLER, W.R. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychol Addict Behav* 7:211-218, 1993.

CSÉMY, L., KNIGHT, J.R, STRAROSTOVÁ, O.,SHERRIT, L., KABÍČEK, P., VAN HOOK, S. *Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT*, 2008. *Vox pediatrics* 8

DULCAN, M., MARTINI, D.R. *Detská a dorostová psychiatria*. Přel. L. Kvasnička. Trenčín: 2004, Kapitola 5.2. Poruchy súvisiace so substanciami. S. 90-95, ISBN 80-88952-12-3

EGERT, L. L.: Drug abuse prevention for at-risk individuals. National Institute on Drug Use, Washington, 1997, s. 165.

FROUZOVÁ, M. *Protidrogová intervence pro praktické lékaře, pro děti a mládež*. Registrační číslo: CZ.04.3.07/3.2.01.3/3197

- GODDETOVÁ, E. TARTA: *Umění jednat s dospívajícími*, Portál, Praha 2001
- GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Přel. D. Lieblová, Praha: Euromedia Group-Ikar, 2001, ISBN 80-7202-950-9
- KABÍČEK, P., JACOBS, P., HAMANOVÁ, J., FROUZOVÁ, M. *Aktuální problematika dorostového lékařství, péče o dospívající ohrožené abúzem návykových látek*, 2006. Postgraduální medicína, 7
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
- NAVRÁTIL, P. *Krizová intervence*. In: Sociální práce č. 0 – 1/2002, ISSN 1213-6204 Návykovými látkami pro rodiče a pedagogy. 3. vyd. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, 3. Aktualizované vydání Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-267-6
- NEŠPOR, K. *Zvyšování motivace při léčbě návykových nemocí*. Česká a Slovenská psychiatrie, 1997.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat*. 4. rozšířené vyd. Praha: BESIP, 1997.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. ISBN 80-7071-110-8.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a na středních školách*. Příručka pro pedagogy. Praha: Sportpropag pro MŠMT, 1996.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence*. Praha: Sportpropag, 1998.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených*

R.W.; LEUKEFELD, C.G.; AND SCHUSTER, C.R., eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 106. DHHS Pub. N(ADM)91-1754. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print.Off., 1991. pp. 218-244.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9

ŠPATENKOVA, N. kol.. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4

UHER, J. *Stanovisko pro účely projektu CZ.04.3.07/ 3.2.01.3/3197 Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost*

VEPŘEK, P., *Aktuální situace v léčbě drogově závislých*, Newsletter o. s., 03/2010

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9

*Addiction RESEARCH REPORT* [online]. 2008. ISSN 1360-0443 doi:10.1111. Richard Spoth, Linda Trudeau, Chungyeol Shin & Cleve Redmond Partnerships in Prevention Science Institute, Iowa State University, Ames, IA, USA. Long-term effects of universal preventive interventions on prescription drug misuse

*Alcoholism & Drug Abuse Weekly* [online]. ISSN 1042-1394. DOI: 10.1002/adaw FDA takes first step toward banning caffeinated alcoholic beverages

Associate Professor, Nursing Department, I-Shou University, Kaohsiung, Taiwan. Model testing on the crisis interventions and actions to prevent medical disputes: a Taiwanese nursing perspective

*BMC Psychiatry* [online]. 2011. ISSN 1471-244X. 11:3. Anna H Kingston, Amy J Morgan, Anthony F Jorm, Kate Hall, Laura M Hart, Claire M Kelly, Dan I Lubman. Helping someone with problem drug use: adelphi consensus study of consumers, carers, and clinicians

*Clinical Child and Family Psychology Review* [online]. 2000. ISSN 1096-4037. Vol. 3, No. 4. Timothy J. Ozechowski, Howard A. Liddle. Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Knowns and Unknowns

*General Hospital Psychiatry* [online]. 2008. ISSN 0163-8343. Frank-Gerald Pajonk, M.D., Ph.D.a,b, Patrik Schmitt a, Andreas Biedler, M.D.c, Jens Christian Richter, M.D.d, Wolfgang Meyer, M.D., D.Sc.e, Thomas Luiz, M.D.f, Christian Madler, M.D., Ph.D.f. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings

*Int. J. Social Research Methodology* [online]. 2003. ISSN 1464-5300. VOL. 6, NO. 3, 261–265. ALEX HAROCOPOS and DEZLEE DENNIS. Maintaining contact with drug users over an 18-month period

*Journal of Clinical Nursing* [online]. 28 June 2005. ISSN 1365-2702. Huey-Ming Tzeng PhD, RN

*Journal of Psychosomatic Research* [online]. June 2006. ISSN. 0022-3999. Wolfgang Sflnera, Francis Creedb. European guidelines for training in consultation–liaison psychiatry and psychosomatics: Report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics. European Association of Consultation–Liaison Psychiatry and Psychosomatics Workgroup on Training in Consultation–Liaison a General Hospital Nuremberg, Nuremberg, Germany, University of Manchester, Manchester, United Kingdom

*Journal of Social Work Education* [online] Spring 2005. ISSN 2163-5811 1043-7797 1043-7797 1. Crisis Intervention and Crisis Management: Strategies That Work in Schools and Communities Anonymous. ProQuest pg. 366

*Tempus Medicorum*. Časopis české lékařské komory. ročník 20. Praha: Mladá fronta, 12/2011. Mudr. Duchoňová Kateřina. Principy krizové intervence, krizová centra v ČR

*The Grounded Theory Review* [online]. 2011. ISSN 1556-1542. vol. 10 no.117. Anne McDonnell, BA, HDip. and Marie Claire Van Hout, BSc.,MSc., PhD. Forging a Path for Abstinence from Heroin: A grounded theory of detoxification-seeking

*Zaostřeno na drogy 6. ročník devátý*. Praha 1: Úřad vlády České republiky, 12/2011. ISSN 1214 – 1089. Situace ve věcech drog v České republice v roce 2010, souhrn výroční zprávy.

Příručka: *Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře*. Vydána za podpory dotačního programu MZ „Zdravotnické vzdělávací programy“ 2008. Projekt reg.č. VZV/2138/379/2008



Projekt: *Screening a krátká intervence k redukci užívání návykových látek u dospívajících (Screening and Brief Advise to reduce Teen Substance Use)*, partnerská instituce v ČR: CEPROS, Grantová agentura: NIDA (National Institute of Drug Abuse)

CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, E., FROUZOVÁ, M., HAMANOVÁ, E., JACOBS, P., KABÍČEK, P., KRAMÁŘOVÁ, A., NEŠPOR, K., SCHNEIBERG, F., STAROSTOVÁ, O., SOUKUP, T., *Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost*. CEPROS, 2006

Projekt: *Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství*. Program: Jednotný programový dokument pro Cíl 3. Harmonogram: 1.9.2006 - 31.8.2008. Registrační číslo: CZ.04.3.07/3.2.01.3/3197

Výukový materiál ke kurzu: *Protidrogová prevence v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a protidrogová prevence v základním a středním školství*. FROUZOVÁ, M. 2006

CEPROS. *Screening a krátká intervence k redukci užívání návykových látek u dospívajících. česká adaptace Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví o.p.s.* Tréninkový program [DVD]. Copyright CEPROS. Praha 2007

ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs):

<http://www.espad.org>

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogově závislosti: <http://www.drogy-info.cz>

Boj proti užívání drog v Evropě: *Note du Conseil du 22 novembre 2004 sur la stratégie antidrogue de l'Union européenne*, 2005-2012

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/index\\_cs.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/index_cs.htm)

## 11. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Klasifikace vybraných životních událostí.....	8
Obrázek 2 Stadia změny znázorněné v kruhovém diagramu .....	20
Obrázek 3 Stadia změny a jejich charakteristika podle transteoretického modelu změny.....	21
Obrázek 4 Celoživotní prevalence užívání jakékoli ilegální drogy u 16letých dle ESPAD 2007...	33
Obrázek 5 Zkušenosti s užitím marihuany či hašiše .....	34
Obrázek 6 Míry prevalence užívání dané drogy ve Výzkumu občanů 2010, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b).....	34
Obrázek 7 Míry prevalence užívání dané drogy ve studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů 2010, v % (Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010).....	35
Obrázek 8 Srovnání míry prevalence užívání nelegálních drog ve vybraných studiích v letech 2008–2010 pro věkovou skupinu 15–64 let, v % (Běláčková a Horáková, 2011; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Agentura INRES-SONES, 2010b; Národní .....	36
Obrázek 9 Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi obecnou populací uživatelů internetu ve věku 15–34 let v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a) .....	38
Obrázek 10 Míry prevalence užívání vybraných legálních a nelegálních drog mezi uživateli internetu ve věku 15–34 let, kteří užívali novou syntetickou drogu, v % (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a Median, 2011a) .....	39
Obrázek 11 Prevalence užívání konopných drog mezi 15letými žáky základních škol podle výzkumu HBSC 2010, v % (Csémy, Sovinová, 2011).....	41
Obrázek 12 Vývoj prevalencí užívání konopných drog ve výzkumech HBSC za roky 2002, 2006 a 2010 v populaci 15letých, v % (Mravčík et al., 2003; Mravčík et al., 2007; Csémy, Sovinová, 2011).....	42
Obrázek 13 Celoživotní prevalence užívání vybraných návykových látek mezi účastníky tanečních akcí v l. 2000, 2003, 2007 a 2010, v % (Kubů et al., 2000; Kubů et al., 2006; Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008b; Národní monitorovací středisko .....	43
Obrázek 14 Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užívání jakékoli návykové látky (Knight, 2009).....	45

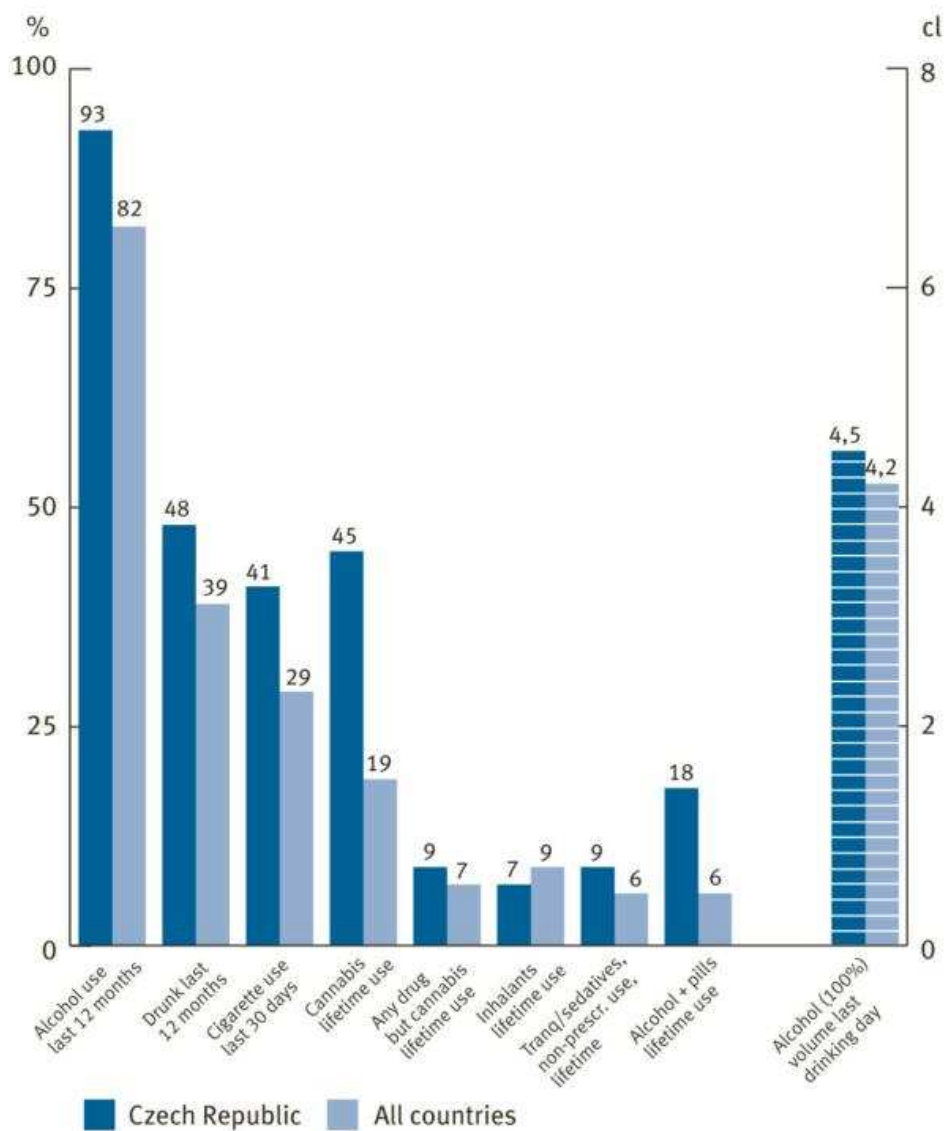
Obrázek 15 Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli užití marihuany (Knight, 2009).....	46
Obrázek 16 Procento dospívajících v kontrolní a intervenční skupině studie cSBIRT, kteří v následujících 3 měsících po preventivní prohlídce uvedli jízdu v autě řízené někým (včetně sebe) pod vlivem alkoholu nebo drog (Knight, 2009). .....	46
Obrázek 17 Rubešův model adekvátnosti intervence .....	58
Obrázek 18 Schéma z příručky .....	62
Obrázek 19 Somatické vyšetření.....	66
Obrázek 20 Drogová anamnéza .....	67
Obrázek 21 Témata účastníků kurzu – preference .....	81
Obrázek 22 Zvládnutí klíčových oblastí výcviku .....	87

## 12. SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A:** Výsledky studie ESPAD (užívání návykových látek u studentů v ČR ve srovnání s Evropou)
- Příloha B:** Dotazník 1
- Příloha C:** Dotazník 2
- Příloha D:** Dotazník 3
- Příloha E:** Dotazník závislosti založený na MKN-10
- Příloha F:** Dotazník CRAFFT (John Knight, 2002)
- Příloha G:** Závěrečná evaluace výcviku - Protidrogová intervence praktických lékařů pro děti a dorost

## 13. PŘÍLOHY

**Příloha A: Výsledky studie ESPAD (užívání návykových látek u studentů v ČR ve srovnání s Evropou)**



## Příloha B: Dotazník 1

**Typ školy:**       **ZŠ**       **SOU**       **SŠ**       **VOŠ**       **VŠ**

**Prospěch:** Nejhorší známka na posledním vysvědčení ..... kolikrát  
.....

Zhoršil/a ses v posledním roce v učení?       **Ano**       **Ne**

Opakuješ ročník?       **Ano**       **Ne**      **Proč?**  
.....

Byl/a jsi vyloučen/a ze školy?       **Ano**       **Ne**      **Proč?**  
.....

## **Příloha C: Dotazník 2**

### **Volný čas, záliby:**

Většinu volného času trávím –

1.....

2.....

### Příloha D: Dotazník 3

Co si myslíš o drogách?

.....

A co myslí tvoji přátelé?

.....

Jak často jsi měl/a **během posledních 30 dnů** některou z následujících látek? (*1 a více kladných odpovědí- kromě tabáku - znamená pozitivní drogový screening*)

<i>Lékař zaškrtně příslušné políčko</i>	<b>Ani jednou</b>	<b>1-2x</b>	<b>3-9x</b>	<b>10-20x</b>	<b>Víc než 20x</b>	<b>Ne v posledních 30dnech, ale dříve</b>
1. Tabák*						
2. Alkohol včetně piva						
3. Marihuana nebo hašiš						
4. Pervitin, efedrin, amfetamin, extáze						
5. LSD, jiné halucinogeny						
6. Tlumivé látky a léky na spaní						
7. Léky proti bolesti						
8. Opiáty (heroin, braun, kodein)						
9. Těkavé látky						



## Příloha E: Dotazník závislosti založený na MKN-10

Ptá se a odpovědi zaškrťává lékař:

Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyber tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti. Slovo „droga“ znamená i alkohol nebo marihuanu nebo kombinaci různých návykových látek.		Často	Někdy	Ne
1. Cítil/a jsi během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat alkohol nebo jinou drogu?				
2. Nedokázal/a ses ve vztahu k alkoholu nebo jiné droze ovládat? (Vzal/a sis ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo sis vzal/a víc, než jsi původně zamýšlel/a, např. jsi šel/šla „na jedno“ pivo a zůstal/a na víc?)				
3. Měl/a jsi tělesné odvykací potíže („abst'ák“) po vysazení alkoholu nebo jiné drogy, nebo jsi bral/a nějakou drogu nebo lék proto, abys odvykací potíže zmírnil/a?				
4. Zvyšoval/a jsi dávku, abys dosáhl/a účinku původně vyvolaného nižší dávkou? (Zpočátku ti stačilo k tomu, abys věděl/a, že piješ alkohol, a ne limonádu, 1 pivo, nyní je jich víc)				
5. Zanedbával/a jsi své záliby kvůli alkoholu nebo braní jiné drogy? (Protože jsi potřeboval/a víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?)				
6. Pokračoval/a jsi v užívání alkoholu nebo jiné drogy přes škodlivé následky, o kterých jsi věděl/a?				
<b>VYHODNOCENÍ</b>				
<b>Spočítejte odpovědi „Často“ a odpovědi „Někdy“</b>				-----
<b>0 odpovědí</b> „často“ a „někdy“	<b>Patrně se nejedná o závislost</b> (krátká intervence a kontrola za půl roku).			F1x.0
<b>1 – 2 odpovědi</b> „často“ a „někdy“	<b>Tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření</b> (krátká intervence, odeslání do nespecifické léčby).			F1x.1
<b>3 – 6 odpovědí</b> „často“ a „někdy“	<b>Patrně se jedná o závislost</b> (krátká intervence, odeslání do specializované léčby).			F1x.2

**Příloha F: Dotazník CRAFFT (John Knight, 2002)**

	<i>Ptá se a odpovědi zaškrtnává lékař.</i>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>C</b>	Jel/a jsi během posledního roku v motorovém vozidle řízeném někým, kdo byl pod vlivem alkoholu nebo nějaké drogy?		
<b>R</b>	Pil/a jsi během posledního roku alkohol nebo sis vzal/a nějakou drogu, aby ses dostal/a do pohody, cítil/a se lépe nebo lépe zapadl/a do party?		
<b>A</b>	Pil/a jsi během posledního roku alkohol nebo jsi vzal/a nějakou drogu, když jsi byl/a sám/sama?		
<b>F</b>	Stalo se ti během posledního roku, že jsi měl/a „okno“ (že jsi zapomněl/a, co jsi dělal/a, když ses napil/a alkoholu nebo jsi vzal/a nějakou drogu)?		
<b>F</b>	Řekla ti během posledního roku tvoje rodina nebo tvoji kamarádi, že bys měl/a přestat s pitím alkoholu nebo braním drog?		
<b>T</b>	Dostal/a ses během posledního roku do potíží během pití alkoholu nebo užívání drog?		
	<b>VYHODNOCENÍ</b>		
	<b>Spočítejte kladné odpovědi</b>		-----
<b>0 odpovědí</b> „Ano“	<b>Patrně se nejedná o závislost.</b>		
<b>1 odpověď</b> „Ano“	<b>Příležitostné užívání:</b> anamnestický stav po opakovaných intoxikacích (krátká intervence a kontrola za půl roku).		F1x.0
<b>2-3 odpovědi</b> „Ano“	<b>Škodlivé užívání:</b> tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření (krátká intervence, odeslání do nespecifické léčby).		F1x.1
<b>4-6 odpovědí</b> „Ano“	<b>Patrně se jedná o závislost:</b> tento výsledek vyžaduje odbornou léčbu (krátká intervence, odeslání do specializované léčby).		F1x.2

## **Příloha G: Závěrečná evaluace výcviku - Protidrogová intervence praktických lékařů pro děti a dorost**

Vedoucí kurzu: PhDr. Magdalena Frouzová

Pořadatel kurzu: IPVZ, odb. spolupráce CEPROS

Místo konání: Gymnázium Praha 9 – Prosek

Evaluační zpráva: Mgr. Olga Starostová, CEPROS o.p.s.

Závěr výcviku: 29.5.2008

Účastníci: PLDD participující na kurzu Protidrogová intervence praktických lékařů pro děti a dorost

Vážené účastnice a milí účastníci výcviku,

na závěr Vás prosíme o zhodnocení celého kurzu. Žádáme Vás o otevřené a konkrétní informace, které pomohou při realizaci dalšího vzdělávání PLDD v oblasti protidrogové intervence.

Děkujeme za spolupráci

CEPROS ,o o.p.s

**1. Na škále 1 – 10 ohodnoťte, prosím, celkový přínos výcviku pro Vaši praxi PLDD v oblasti protidrogové intervence. (podtrhněte či zvýrazněte ztučněním písma)**

minimální přínos 1 ---- 2 ---- 3 ---- 4 ---- 5 ---- 6 ---- 7 ---- 8 ---- 9 ---- 10 maximální přínos

Prosím, okomentujte své hodnocení:

**2. V úvodním evaluačním mapování jste pojmenovali několik oblastí, které považujete z hlediska vzdělávání v oblasti protidrogové intervence PLDD za relevantní. Označte podtržením ty, které jste v rámci výcviku zvládli. Pokud vám něco u jednotlivých oblastí chybělo, napište to, prosím, k jednotlivým položkám.**

- rodina pacienta a práce s ní (pomoc rodičům, zapojení rodiny)
- právní aspekty práce PLDD v oblasti intervence (možnosti PLDD)
- přístup PLDD – prevence (rozpoznání příznaků, účinná prevence)
- komunikace s drogově závislými, s pacienty (vedení rozhovoru, jak se ptát, navázat kontakt)

**3. Pojmenujte- popište prosím, největší přínos celého výcviku:**

**4. V úvodním dotazníku jste uvedli, že se potýkáte s potížemi v systému péče o pacienty se závislostí či u těch, kteří drogy zneužívají. Výcvik nemůže změnit celý systém. Jaká opatření by podle vás vedla ke zlepšení situace?**

**5. Často jste zmiňovali, že by bylo zajímavé a důležité rozšířit tento výcvik pro zájemce po celé republice. Pokud by k tomu došlo, jaké úpravy ve výcviku byste navrhnul/a?**

**6. Můžete, prosím, uvést nějakou zkušenost, která by ilustrovala, jaký měl výcvik pro Vás přínos?**

**7. Zde prosím napište svůj vzkaz lektorce nebo organizátorům.**

Děkujeme za účast a ochotu!

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Malinová Michaela**

**Obor: Andragogika**

**Forma studia: prezenční**

**Název práce: Krizové a časné intervence u dětí ohrožených užíváním drog**

**Rok: 2012**

**Počet stran textu bez příloh: 90**

**Celkový počet stran příloh: 8**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 27**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 18**

**Počet internetových zdrojů: 14**

**Vedoucí práce: PhDr. Miroslav Barták Ph.D.**