

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Jana Palikarská

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

Jana Palikarská

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**MOŽNOSTI NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO
DROGOVĚ ZÁVISLÉ V PLZEŇSKÉM KRAJI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za odborné vedení práce, poskytování rad a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Veronice Rybové za podporu, užitečné podněty a připomínky.

Anotace

Příjmení a jméno: Palikarská Jana

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Možnosti nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Počet stran: 56 číslované, 17 nečíslované

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: nízkoprahové zařízení, droga, návyková látka, zneužívání, závislost, prevence, QR kód

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou užívání drog a závislostí na drogách. Dále se věnuje možnostem a rozsahu služeb, které nabízejí nízkoprahová zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji. V práci najdeme informace týkající se pojmů nízkoprahové zařízení, vysvětlení termínu droga, historie drog, jejich rozdělení a možnosti prevence.

Annotation

Surname and name: Palikarská Jana

Department: Department of Paramedics Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: Options of Low-threshold facilities for drug addicts in Pilsen region

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages: 56 numbered, 17 unnumbered

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 33

Keywords: low-threshold facility, drug, addictive substance, use, abuse, addiction, prevention

Summary:

This bachelor thesis is dealing with the issue of drug using and drug addiction. Moreover, it is focusing on the options and the extent of services, that low-threshold facilities for drug addicts in the Pilsen region offer. The thesis also proposes information regarding the term low-threshold facility, the explanation of the term drug, history of drugs, their division and the different possibilities regarding prevention.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ	13
1.1 Pojem nízkoprahová zařízení.....	13
1.2 Cíle nízkoprahových zařízení	14
1.3 Rozdělení nízkoprahových zařízení.....	14
1.4 Poskytované služby pro drogově závislé	16
2 PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ DROG	18
2.1 Základní pojmy	18
2.1.1 Droga	18
2.1.2 Užívání a zneužívání	19
2.2 Historie užívání drog	20
2.3 Drogová závislost	22
3 DĚLENÍ DROG.....	24
3.1 Dělení podle účinku	25
3.1.1 Tabákové výrobky	25
3.1.2 Alkohol	25
3.1.3 Konopné drogy	26
3.1.4 Opiáty	27
3.1.5 Stimulanty.....	28
3.1.6 Halucinogeny.....	30
3.1.7 Těkavé látky	32
4 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	33
4.1 Primární prevence	33
4.2 Sekundární prevence.....	34
4.2.1 Virové hepatitidy	35
4.2.2 Virus HIV	35
4.3 Terciární prevence	36
5 MOŽNOSTI QR KÓDU.....	37
5.1 QR kód.....	37
5.2 Využití QR kódu v protidrogové prevenci	39
PRAKTICKÁ ČÁST	40
6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	41
7 CÍLE A HYPOTÉZY	42
8 METODIKA	43

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
10 ZPRACOVÁNÍ UDAJŮ	45
10.1 Základní údaje	45
10.2 Vyšetření na infekční onemocnění	49
10.3 Užívané látky.....	52
10.4 Shrnutí údajů pro Plzeň.....	55
11 DISKUSE	61
12 VÝSTUP PRO PRAXI.....	63
ZÁVĚR.....	64
LITERATURA A PRAMENY.....	66
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM GRAFŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	72
PŘÍLOHY	73

ÚVOD

Problematika užívání drog je v současné době velmi diskutována. Je však důležité si uvědomit, že tento fenomén, provádí naši společnost již celou řadu let. Kořeny užívání látek, které mohou zastírat lidské vnímání, nalezneme již v historii. Jejich použití bylo převážně v léčitelství či při různých náboženských obřadech. Podstatnou roli zde hraje i geografie. Důvodem je, že jednotlivé látky se k nám dostávaly a dostávají z různých koutů světa. V závislosti na tom kde se budeme nacházet, je přístup tamních obyvatel k jednotlivým drogám odlišný.

Závislost na drogách je velice závažný problém především kvůli velkému množství zdravotních problémů, které způsobují. Existuje spousta důvodů, proč lidé začínají s drogami a bohužel se často toto experimentování velice rychle promění v závislost, se kterou není snadné se vypořádat. Teoretických východisek tohoto problému bychom jistě mohli najít celou řadu, ne vždy je však možné je uvést do praxe. I v literatuře se setkáme s různými názory. Jednou z nejdiskutovanějších záležitostí, zvláště v poslední době se zdá být otázka legalizace některých drog. V České republice se to týká zejména marihuany. Například podle Mahdalíčkové je v Evropě podporován kladný vztah k drogám zejména prostřednictvím médií. V těch se totiž objevují kladné názory některých představitelů kultury na účinky omamných látek. Zejména interpreti populární hudby jsou vzorem pro své mladé fanoušky a ti pak snadno přejímají jejich postoje a chování. (Mahdalíčková, 2014)

Přes prokazatelnou škodlivost omamných látek však počet uživatelů drog ve společnosti přibývá a bohužel se jedná i o jedince z řad mladistvých nebo dokonce dětí. Společnost proto vynakládá poměrně vysoké finanční částky na řešení toho problému. Tyto peníze jsou využívány například na provozování takzvaných nízkoprahových zařízení nebo na léčebné programy pro drogově závislé.

Cílem práce je informovat o účincích jednotlivých omamných látek a rizicích jejich užívání, o možnostech prevence a o službách které mohou drogově závislý využívat. Dále zmapovat jednotlivá nízkoprahová zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji, zjistit jací klienti nejčastěji využívají nízkoprahových služeb a jaké kroky podnikají tato centra v prevenci drogové závislosti.

Toto téma jsem si vybrala ze dvou důvodů. Tím prvním je aktuálnost otázky užívání omamných látek a problematiky drogové závislosti. Druhým důvodem je snaha

podpořit prevenci proti drogové závislosti a pomoci lidem, kteří pomoc potřebují, ale nevědí, na koho se obrátit.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. V první je vysvětleno, co znamená nízkoprahové zařízení, co je jeho cílem, jaké jsou druhy těchto zařízení, komu jsou určeny a jaké služby nabízejí svým klientům. V další kapitole jsou vysvětleny základní pojmy, které se týkají drogové problematiky, a najdeme zde také stručný popis historie užívání drog. Dále se ve třetí kapitole teoretické části práce zabýváme rozdělením omamných látek z různých hledisek, především se však zaměříme na dělení podle účinků, které mají tyto látky na lidský organismus a psychiku. Čtvrtá kapitola je pak zaměřena na prevenci drogové závislosti. Jsou zde vysvětleny pojmy primární, sekundární a terciární prevence a také se v rámci sekundární prevence zmiňujeme o některých zdravotních komplikacích, které souvisejí s užíváním omamných látek. V poslední kapitole teoretické části se seznámíme s tím co je to QR kód, k čemu slouží a jaké jsou jeho možnosti využití v protidrogové prevenci. Právě QR kód bude součástí našeho výstupu pro praxi obsaženého v praktické části naší práce.

Praktická část je založena na kvantitativním výzkumu a zabývá se zpracováním údajů ze tří nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji. Najdeme zde srovnání údajů výročních zpráv z těchto jednotlivých zařízení v průběhu minulých pěti let a následné shrnutí situace pro celý Plzeňský kraj. Cílem praktické části je zjistit jací klienti nejčastěji využívají služeb nízkoprahových zařízení. Výsledek našeho šetření, tedy charakteristiku klientů, využijeme dále ve výstupu pro praxi. Tím bude leták, jehož účelem bude šířit protidrogovou prevenci. Leták bude obsahovat QR kód a bude cíleně zaměřen na jedince odpovídající profilu vyhodnocenému ve výzkumném šetření praktické části bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ

V následující kapitole si vysvětlíme pojem nízkoprahové zařízení. Dále se dozvíme, jaké jsou cíle těchto zařízení a jakým způsobem je můžeme rozdělit. V poslední části první kapitoly se budeme podrobněji věnovat nízkoprahovým zařízením pro drogově závislé a také službami, které nabízejí svým klientům.

1.1 Pojem nízkoprahová zařízení

Nízkoprahové zařízení obecně, je takové zařízení, které usiluje o navázání kontaktu s lidmi, kteří potřebují pomoc, ačkoliv ji sami nevyhledávají. Důvodem je to, že se často jedná o lidi žijící na okraji společnosti, jako jsou například bezdomovci, prostitutky, alkoholici, uživatelé drog nebo i záškoláci a podobně.

Pojem nízkoprahový může být pro mnohé nejasný. V jistém smyslu bychom ho mohli přirovnat k pojmu bezbariérový, v obou případech se jedná o nutnost vyhovět specifickým potřebám klientů. (Jedlička, 2004) Nízkoprahovost spočívá především ve snaze překonat psychologické a administrativní bariéry. Základem je, že pomoc zde může vyhledat kdokoliv bez objednání nebo doporučení, poskytované služby jsou zdarma a je zachována anonymita klientů. (Orlíková, 2009)

Hlavním cílem je navázání osobního kontaktu s klienty. Je důležité navázat lidský kontakt s těmi, u kterých existuje důvodný předpoklad, že potřebují pomoc. V první řadě je nutné přijít s něčím, co cílovou skupinu osloví. Proto nízkoprahová zařízení můžeme nazvat také jako kontaktní centra. (Jedlička, 2004)

Dalo by se tedy říci, že mezi základní znaky nízkoprahových zařízení patří v první řadě snadná a bezproblémová dostupnost. Poskytované služby jsou zdarma, což významně usnadňuje přístup do těchto zařízení. Nikdo z těch, kteří potřebují pomoci, zde nenarazí na administrativní problémy. Ke klientům je třeba se chovat naprosto nezaujatě, ať už přicházejí do zařízení z jakéhokoliv důvodu. Právě tato psychologická bariéra je nejčastějším důvodem proč příslušníci cílových skupin odmítají vyhledávat pomoc. Často se bojí odsouzení veřejností, se kterým se prakticky denně potýkají a mnohokrát musí překonávat stud, aby se sami odhodlali přijít do tohoto typu zařízení pro pomoc. I proto je vždy zachovávána anonymita klientů, pracovníci se tedy chovají ve všech směrech diskrétně. Důležité je také zmínit, že docházení do centra je zcela dobrovolné a záleží

pouze na klientovi, zda se po první návštěvě bude do zařízení vracet a pravidelně ho navštěvovat.

1.2 Cíle nízkoprahových zařízení

Fungování nízkoprahových zařízení má za cíl hned několik důležitých věcí. V první řadě je to samozřejmě pomoci těm, kteří to potřebují. To však není jediná věc, o kterou se pracovníci kontaktních center snaží. Velice důležitá je také snaha ochránit i ostatní členy společnosti, kteří se mohou nějakým způsobem dostat do kontaktu s cílovou skupinou a být tak ohrožení rizikovým chováním jejích členů. Jako příklad rizikového chování můžeme uvést vandalismus, krádeže, způsobení dopravní nehody pod vlivem omamných látek nebo šíření infekčních či pohlavních chorob. Veškeré toto rizikové chování se dá snížit například výměnou použitých injekčních stříkaček, které využívají toxikomani. Poskytováním kondomů lidem, u kterých hrozí šíření pohlavně přenosných chorob. Nebo můžeme jako příklad uvést i výstavbu zábavního skateparku, kde by děti a mládež mohli trávit svůj volný čas sportovními aktivitami, čímž by se mohlo snížit narušování veřejné dopravy a tím i počet dopravních nehod.

Dalším záměrem nízkoprahových zařízení je také snížení počtu konfliktů a vylepšení mezilidských vztahů především v rodině. Například tím, že dítě či mladiství tráví svůj volný čas v centru pro děti a mládež, se lze vyhnout vyhrocení sporů mezi dospívajícími a rodičem a zabránit tak případnému útěku z domova nebo domácímu násilí.

Jak již bylo řečeno, nízkoprahová zařízení nabízejí pomoc klientům s řešením životních problémů, které u nich nastaly. Podstatná je ovšem také snaha zabránit tomu aby se lidé, kterým byla poskytnuta pomoc, po čase nevrátili zpět k původním problémům. Snadno se totiž může stát, že člověk, který se již se svým problémem vypořádal, se postupem času vrátí do starých kolejí. Tomu se dá zamezit například podporou v zaměstnání, zaškolením na určitou práci a pomocí začlenit se zpět do společnosti. (Jedlička, 2004)

1.3 Rozdělení nízkoprahových zařízení

Kontaktní práce má dvě podoby. První ve formě nízkoprahových center, která jsou stacionární a poskytují tedy své služby na určitém místě. Pokud má tedy klient zájem o pomoc, musí v první řadě centrum vyhledat.

Druhou formou je takzvaný streetwork, neboli terénní práce. (Kalina, 2003) Jak již název napovídá, terénní pracovníci pomáhají přímo v terénu, tedy mimo instituce. Svě klienty vyhledávají nejčastěji přímo na ulici nebo na veřejných prostranstvích jako jsou nádraží, různé podchody či kluby. Další místa kde streetworkeré mohou nabízet svoji pomoc, jsou věznice, nevěstince, školy domovy mládeže a v některých případech to mohou být i byty členů cílové skupiny. Cílovou skupinou streetworkerů jsou jedinci, kteří nevyhledávají pomoc u žádné instituce. Příčinou je většinou nedůvěřivost vůči těmto institucím, či přesvědčení, že u nich nenajdou pomoc, kterou potřebují. Příkladem mohou být bezdomovci, prostitutky, příslušníci etnických menšin a především uživatelé drog. (Kalina, 2001)

Nízkoprahová centra můžeme rozdělit na nspecifická a specifická. Nespecifická centra slouží k vytváření správného životního stylu, pomáhají s procesem socializace nebo například s trávením volného času v rizikovém období vývoje. Naproti tomu specifická centra, se zabývají službami pro jednotlivce či skupiny lidí, jejichž obtíže je jistým způsobem spojují. (Kalina, 2003)

Nejběžnější jsou nízkoprahová centra pro děti a mladistvé, známá také jako volnočasová zařízení či komunitní centra. Tato centra se vyskytují nejčastěji ve městech, v oblastech s koncentrací romského etnika či s výskytem vysoké nezaměstnanosti. Zde fungují jako kluby, kde se děti mohou setkávat a rozvíjet zde společné činnosti. Zařízení tak zprostředkovává především výchovné a vzdělávací služby. Slouží k rozšíření vědomostí a dovedností dětí a směřuje je ke zdravému a aktivnímu způsobu života. Hlavním cílem těchto zařízení je prevence proti možné kriminalitě či sociálnímu selhání, motivace dětí ke vzdělávání a práci. Pracovníci těchto center jsou většinou vysokoškolsky vzdělaní odborníci, kteří mohou děti nasměrovat ke změně negativních postojů nebo se pro ně mohou stát vzorem či inspirací pro jejich život. (ČR, Úřad vlády, 2016)

Dále existují centra, která se zaměřují na pomoc prostitutkám, bezdomovcům, alkoholikům, nezaměstnaným či drogově závislým.

Základní službou, kterou nízkoprahová centra nabízejí je především poradenství. Pracovníci se snaží poradit klientům, jak se vymanit z nepříznivé situace ve které se ocitli. Působí zde jako psychická podpora, která je pro člověka v těžkém období života nesmírně důležitá. Klient se tak může prostřednictvím této podpory uklidnit a získat jistou stabilitu v životě, která je potřebná proto, aby mohl udělat podstatná rozhodnutí a zároveň přemýšlel nad jejich možnými důsledky. V nízkoprahových zařízeních mohou klienti

zároveň získat užitečné informace, které jim pomohou v administrativních záležitostech například v případě nezaměstnaných.

Další velice podstatnou pomoc, kterou centra zprostředkovávají, je pomoc věcná. Nejčastěji se jedná o možnost ubytování, zajištění prostředků základní osobní hygieny a oblečení, zprostředkování zdravotní péče, výměna injekčních stříkaček a náčiní pro narkomany nebo poskytování prezervativů či jiné formy antikoncepčních přípravků. Právě tato věcná pomoc je základní činností například nocleháren pro bezdomovce. (Jedlička, 2004)

1.4 Poskytované služby pro drogově závislé

Základní činností nízkoprahového centra pro drogově závislé je takzvané **Harm reduction** neboli snižování rizik. Princip spočívá v tom, že pokud člověk už drogy bere, je důležité, aby je bral správně. To znamená, aby užíval drogy tak, aby neublížoval sobě více než je nutné a zároveň aby neohrožoval své okolí především infekčními nemocemi. Cílem je udržet člověka při životě a v co nejlepší kondici, do té doby, než se sám rozhodne s drogami skoncovat a zároveň snížit sociální a zdravotní rizika, které vyplývají z užívání drog. Kontaktní centra a terénní programy nabízejí v rámci této služby především výměnu injekčních stříkaček a zároveň likvidaci těch starých. Tím se snižuje riziko šíření infekčních onemocnění ve společnosti. Další službou je také případné poskytnutí zdravotnického ošetření a poradenství týkající se toho, jakým způsobem brát drogu aby co nejméně ublížila. Výsledkem je snížení nákladů na léčbu dalších onemocnění a komplikací způsobených bráním drog.

Tyto služby jsou provozovány přímo v kontaktních centrech nebo v terénu. Setkáváme se také s názory, že tímto způsobem se napomáhá šíření drog mezi mladistvé. Je proto velice důležité aby se tyto služby udržovali pouze v prostředí mezi narkomany a nedostávali se mimo tento okruh jako například do škol.

Poskytované služby tedy zahrnují v první řadě navázání kontaktu s klientem, který je velice důležitý kvůli vybudování důvěry. Pokud klient bude streetworkerovi či jinému pracovníkovi důvěřovat, bude v případě nutnosti pomoc vyhledávat opakovaně. Dále je klientovi poskytováno poradenství například o jeho zdravotním stavu, nebo při hledání nového zaměstnání, kontaktu s rodinou nebo úřady. V neposlední řadě pak poskytuje také věcnou pomoc, krom výše zmíněných výměn injekčního náčiní za sterilní, je zde také možnost hygienického či potravinového servisu. Centrum může také pomoci se

zprostředkováním léčby, ta pak probíhá v zařízeních kde je poskytována ambulantní péče, kam klient pravidelně dochází nebo v komunitních centrech, kde po dobu terapie pobývá. Léčba samotná však v nízkoprahových centrech neprobíhá.

Součástí těchto nízkoprahových programů bývají odborníci, kteří poskytují především poradenství, lékařskou péči a ošetření. Často jsou to lékaři, zdravotní sestry, psychologové a také speciální pedagogové. Další pracovníci v těchto centrech jsou pak dobrovolníci, kteří často bývají z řad studentů a také duchovních. Svoji pomoc také nabízejí i vyléčení drogově závislý. Vzhledem k jejich osobní zkušenosti s drogou je pro ně jednodušší vzbudit v klientovi důvěru a zájem a pomáhat i proto často s navázáním kontaktu. Tito lidé často najdou smysl života bez drog právě v tom, že pomáhají dalším závislým skoncovat se závislostí. Tím, že se účastní terapie spolu s odborníky, jsou pro závislé klienty příkladem, že zbavit se drog je možné. I přes jejich pozitivní vliv, se však můžeme také setkat s názorem, že jim samotným hrozí v takovém prostředí návrat k drogám. (Orlíková, 2009)

2 PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ DROG

V této kapitole si nejprve ujasníme některé základní pojmy. Seznámíme se s nejčastějšími způsoby užívání drog a s tím také související drogovou historií. Najdeme zde také popis a vysvětlení drogové závislosti.

2.1 Základní pojmy

Nejdříve je potřeba vyjasnit si základní pojmy, se kterými můžeme v rámci drogové problematiky pracovat. Jedná se především o definici samotného termínu droga a o vyjasnění pojmů užívání a zneužívání.

2.1.1 Droga

V odborné literatuře je droga označována jako omamná psychotropní látka. Původ tohoto slova je pravděpodobně z nizozemského *droog* tedy suchý. Dříve totiž byla za drogu označována jakákoliv vysušená rostlina nebo její část. Dnes se pojmem droga označuje každá látka, která má psychický či fyzický vliv na člověka. Do této skupiny tedy patří i léčiva (slovo *drugs* v angličtině znamená lék nebo léčivo). Všeobecně však společnost vnímá slovo droga spíše negativně, málokdo si pod tímto pojmem vybaví legální drogy či léky. Tento termín se využívá nejčastěji jako označení nelegálních látek, jejichž výroba a distribuce je trestná. Podle definice WHO je droga (Nožina, 1997) „*jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.*“ (Nožina, 1997 str. 9) Tato definice tedy zahrnuje látky jak přírodní tak syntetické.

Nejsrozumitelnější se zdá být formulace podle J. Presla, podle kterého je droga „*každá látka, ať již přírodní nebo syntetická, která splňuje dva základní požadavky:*

- *Má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – zkrátka působí na psychiku*
- *Může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy“.* (Nožina, 1997 str. 9)

2.1.2 Užívání a zneužívání

Užívání, latinsky úzus je konzumace drogy, která je v zájmu jedince, tedy především nepoškozuje jeho zdraví. Droga je užívána v kontrolovaném množství, které nepůsobí na jednání člověka, neohrožuje mezilidské vztahy ani ekonomické poměry rodiny a v případě konzumace dospívajícími nenarušuje jejich vývoj. V praxi je to například káva po obědě či sklenka vína k večeři.

Pojem abúzus naproti tomu znamená zneužívání, ať už se jedná o užívání příliš časté či v příliš velkém množství. Můžeme taky říci, že abúzus je užívání drog v nevhodnou dobu jako například v dospívání nebo v těhotenství. Zneužívání drog vede ke zdravotním potížím fyzickým i psychickým. Dochází ke zkreslení vnímání reality a tím tedy i k utváření nesprávných a nelogických závěrů, to ovšem nemusí bezpodmínečně znamenat závislost na droze. Rozeznáváme tedy abúzus s návykem a bez návyku.

Hranice mezi územ a abúzem však není úplně jednoznačná, názory lidí a stejně tak i zákony se liší jak v průběhu historie, tak i mezi jednotlivými kulturami. (Nožina, 1997)

Způsobů užívání neboli aplikace drog je hned několik. Záleží hlavně na skupenství a podobě látky, kterou chce jedinec do sebe vpravit. V závislosti na tom jak je droga do těla aplikována se liší rychlost nástupu účinku. Nejčastějšími způsoby užívání jsou:

- **Kouření** – tímto způsobem se nejčastěji užívá tabák, marihuana, hašiš, ale je také možné kouřit heroin, crack nebo pervitin. Drogy se kouří v podobě cigaret smíchané s tabákem nebo je možné použít vodní dýmku nebo jiné speciální dýmky. V případě cracku, pervitinu a heroínu je také možné inhalovat kouř, který vzniká spalováním drogy na alobalu. Slangově se tomuto způsobu užívání říká „hulení přes plech“. Kouření není tak nebezpečné jako některé jiné způsoby aplikace, protože účinky drogy nejsou tak intenzivní jako například u injekčního užívání. Mimo účinku drogy samotné, však na organismus působí také látky, které vznikají při spalování.
- **Šňupání** – je nejoblíbenější způsob užívání kokainu, tímto způsobem se ovšem užívá také pervitin či heroin. Jde o inhalaci drogy nosními dírkami. Látka se do těla vstřebává v dýchacích cestách, převážně v nose. Tím však dochází k narušení nosní přepážky a poškozování sliznice.
- **Injekční užívání** – injekcí je možné vpravit látku do žíly, svalu nebo pod kůži. Nitrožilní aplikace je však u uživatelů nejoblíbenější, především kvůli bleskovému nástupu účinků. Výhodou pro ně je také fakt, že stačí pouze malé množství drogy, která obvykle stojí hodně peněz. Látka se nejprve musí roztavit

nad ohněm a zředit, poté je vpravena injekční stříkačkou do těla. Tento způsob aplikace drogy je nejrizikovější z několika důvodů. U drog, které jsou k dostání, nemá uživatel jistotu, jakého jsou složení, to znamená jaká je koncentrace drogy a jaké další příměsi látka obsahuje. Při rychlosti účinku tak může snadno dojít k předávkování nebo k otravě. Dalším rizikem jsou onemocnění, která se mohou do těla dostat skrze znečištěné injekční náčiní, nejčastěji se jedná o hepatitidy nebo přenos viru HIV. Zároveň také hrozí nebezpečí infekce v místech vpichů.

- **Inhalace** – jedná se o vdechování těkavých látek, takzvané „čichání“. Nejčastěji se jedná o organická rozpouštědla jako například toluen. Užívání probíhá formou vdechování výparů z kousku tkaniny namočené v rozpouštědle. Další možností je vdechování pod dekou, tento způsob je však nebezpečný mimo jiné z důvodu možnosti udušení.
- **Užívání trávícím traktem** - z některých drog se vyrábějí pokrmy či odvary, které je možné požídat běžným způsobem. Mohou to být koláčky s marihuanou nebo odvary z durmanu, lysohlávek a dalších rostlin. Některé orálně užívané léky mohou jako droga zneužívány. Nejčastěji se jedná o antidepresiva nebo přípravky proti bolestem. Ve formě tablet se užívá také extáze nebo LSD. LSD se kromě toho vyrábí i jako čtverečky želatiny nebo papírků, které se žvýkají nebo vkládají pod jazyk. (MeDitorial, 2016)

2.2 Historie užívání drog

Užívání omamných látek sahá daleko do historie. Už ve starověkých kulturách byly látky mamičící lidské vědomí používány při náboženských a šamanských obřadech a některé rostliny se používaly v léčitelství. Každá kultura, využívala účinky jiných drog, které hrály důležitou roli v jejích rituálech a staly se tak přímou součástí oné kultury. Například mák je lidstvu znám svými opojnými vlastnostmi již šest tisíc let a to z dob starých Sumerů. Opium bylo využíváno také v Egyptě hlavně jako lék proti bolesti. Také Řekové znali jeho účinky, například Hippokrates velice vychvaloval jeho vlastnosti. Pěstování opia se později přesunulo i do Číny a Indie. (Zuda, 2009)

Právě Indie je známá pěstováním hlavně konopných rostlin. Užívání konopí pro jeho euforizující účinky je historicky spojeno s náboženskými obřady. Konopí se dále

šířilo do Afriky a do Číny, kde bylo využíváno jako lék proti revmatismu a dalším potížím. Dnes je marihuana zřejmě nejrozšířenější psychotropní drogou.

Halucinogeny jsou drogy, které mají velmi starou historii. Jejich užívání bylo spjato s náboženskými rituály po celém světě. Jedná se například o konzumaci muchomůrky červené a tygrované nebo jiných druhů hub, které obsahují psilocybin a jsou rozšířeny v Evropě, Střední Americe i východní Asii. V Americe indiáni využívali halucinogenní účinky kaktusů peyotes. U nás je také často jako droga zneužívána rostlina Durman obecný a to jeho listy a semena, která se užívají formou kouření. Durman vyvolává halucinogenní stavy, je to však jedovatá rostlina, proto při manipulaci s ním hrozí nebezpečí otravy. Nejnovějším halucinogenem je zřejmě LSD. Potom co bylo ve třicátých letech syntetizováno, se využívalo v experimentálním studiu psychóz. Cílem bylo zkoumat jeho halucinogenní účinky, protože se věřilo, že vyvolává stavy podobné schizofrenii.

Účinky rostliny koka, která pochází z Jižní Ameriky, byly známy již před čtyřmi tisíci lety. Obyvatelé zde žvýkali listy koky pro jejich povzbudivé účinky, stejně jako lidé v Evropě pijí kávu nebo čaj. Účinnou látkou koky je kokain. V devatenáctém století byl zprvu využíván lékaři například jako anestetikum v oční chirurgii. Kokain se také běžně používal v potravinářství například v takzvaném Marianiho víně, oblíbeném alkoholickém nápoji s výtažkem z listů koky. Nejznámější je ovšem nápoj Coca-Cola, ve kterém, jak napovídá název, byl obsažen výtažek z této rostliny. Coca-Cola byla prodávána jako povzbuzující energetický nápoj vhodný například i při bolestech hlavy. Postupem času však byla objevena možnost vzniku závislosti na kokainu a proto byl nahrazen kofeinem. Distribuce kokainu tedy byla zakázána a začaly se objevovat nelegální zdroje.

Jedna z nejnovějších drog je amfetamin neboli budivý amin. Je to stimulační látka, která byla syntetizována v roce 1887 její účinky, však byly prozkoumány až ve dvacátých letech dvacátého století. Z počátku byl amfetamin používán jako lék při narkolepsii, obezitě a dalších onemocněních. Mimo lékařské využití byl amfetamin podáván vojákům jako prostředek proti únavě a to hlavně během druhé světové války. Používali ho například japonské sebevražední piloti kamikadze. (Nožina, 1997)

K největšímu rozšíření drog v Evropě a Severní Americe dochází hlavně v devatenáctém století s rozvojem farmaceutického průmyslu. Z počátku byly některé drogy užívány masivně, protože po jejich objevu nebyly známy jejich negativní účinky a tak byly snadno dostupné například v lékárnách. Postupně byly objevovány negativní vlivy na zdraví člověka a drogy byly zakazovány. K dalšímu rozšiřování omamných látek došlo také kolem šedesátých let s rozvojem hnutí hippies.

2.3 Drogová závislost

Pro drogovou závislost je možné použít také výraz toxikomanie nebo narkomanie. Toxikomanie doslova znamená závislost na drogách, naproti tomu výraz narkotikum označuje látky, užívané k narkóze, tlumení bolesti nebo na uklidnění. Proto je přesnější využívat termín narkomanie pouze v souvislosti se závislostí na narkotizujících drogách jako je morfin nebo heroin. Závislost vzniká tehdy, když si člověk po pravidelné konzumaci dané drogy vypěstuje pocit, že se bez ní už nemůže cítit dobře. Jedná se o onemocnění, kdy užívání nějaké konkrétní látky má pro člověka přednost před vším, včetně toho, na čem mu v minulosti záleželo. Droga se stává součástí života postiženého. Takové jednání má negativní důsledky pro závislého i pro jeho okolí.

Závislost může být psychická a fyzická. Psychická závislost je dychtivá touha po droze a po pocitech, které navozuje. Tato touha se může objevovat, přestože si jedinec uvědomuje, že užívání látky mu škodí. Často je však psychická závislost spojena s dalšími pozitivy, může to být společnost, ve které člověk drogu užívá, rituál spojený s jejím užíváním a podobně. Závislost na droze je tedy pouze duševní, to znamená, že pokud je přijímání drogy do organismu zastaveno nemělo by teoreticky docházet k tělesným abstinčním příznakům. V praxi se však často dostávají takzvané klamné abstinční příznaky, například pocení nebo třes. Tyto příznaky jsou však psychosomatické. Právě psychickou závislost je však obtížnější překonat a právě ta nejčastěji vede k opětovnému vrácení se k drogám.

Naproti tomu fyzická závislost vzniká většinou až při dlouhodobém a pravidelném užívání. Organismus se přizpůsobil přítomnosti cizí látky a po určité době ji zapojil do svých metabolických procesů. Proto při přerušení dávek reaguje tělo abstinčními příznaky. Ty se liší podle druhu drogy. Například u kofeinu a tabáku nejsou tyto příznaky nijak závažné, přestože tak mohou být subjektivně vnímány. Naopak některé odvykací příznaky například u heroinu mohou být nebezpečné. Nejčastější je pocení, vysoká horečka, křeče, zvracení, průjem nebo naopak zácpa, třes, zimnice, střídání pocitů horka a chladu, bolesti hlavy, úzkost a podobně. Po ukončení detoxikace organismu, tedy odstranění škodlivé látky, abstinční příznaky vymizí. I poté je však nutné pokračovat v léčbě, aby byla odstraněna psychická závislost. (Nožina, 1997)

Existují jisté nejčastější projevy, podle kterých můžeme poznat toxikomana. V první řadě je to silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení), což znamená

především touhu po opakovaném prožití účinku psychoaktivní látky. Dále jsou často patrné potíže v sebeovládání, tento znak svým způsobem souvisí s výše zmíněnou touhou po látce. Rozdíl je však v tom, že člověk, který baží po další dávce, nemusí nutně ztratit sebeovládání. Přesto se s tímto znakem u toxikomanů setkáváme. Toxikomana také poznáme podle toho, že na něm je možné pozorovat tělesný odvykací stav. Látka je užívána proto, aby potlačila abstinenci příznaky v případě, že v organismu není dostatečné množství drogy. Dalším průkazem je tolerance k účinku látky, kdy po určité době užívání drogy má stále stejně velká dávka nižší účinek než na začátku užívání. Proto je nutné zvyšování původní dávky k vyvolání stejného účinku. Velice časté je zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Závislý tráví velkou část svého času zajišťováním drogy, následnému užívání a zotavování se z jejích účinků. Proto mu nezbývá čas na ostatní povinnosti a zájmy, kterým se věnoval před vznikem závislosti. Důležitým znakem je také to, že postižený pokračuje v užívání drogy i přes to, že byl upozorněn lékařem nebo si sám uvědomuje škodlivost svého chování. (Nešpor, 2003)

3 DĚLENÍ DROG

V následující kapitole si rozdělíme drogy do různých skupin, podle toho, zda jsou legální či ne, a také si objasníme, co jsou měkké a co tvrdé drogy. Podrobněji se pak budeme věnovat dělení jednotlivých omamných látek podle jejich účinku na lidský organismus.

Omamné látky můžeme rozdělit podle více kritérií. Kolem nás je velké množství látek, které mohou ovlivnit naši psychiku. V průběhu historie však byly některé z nich užívány ve velkém množství a staly se tak společensky přijatelnými. Tyto látky jsou označovány jako **legální drogy** a jsou součástí naší kultury a tradic. Jejich dostupnost není v podstatě nijak omezena, jsou běžné prakticky v každém obchodě s potravinami. Jedná se hlavně o alkoholické a tabákové výrobky, kávu, čaj a také například energetické nápoje obsahující kofein a jiné stimuluující látky. Mezi legální drogy by se daly zařadit i nejrůznější léky. V naší společnosti se málokdy setkáváme s člověkem, který by odmítal konzumaci tabákových výrobků, alkoholu, kávy i čaje a pokud ano, je na takového člověka pohlíženo s podivem. **Nelegální drogy** jsou v naší společnosti zapovězeny. Jejich výroba a distribuce je zakázána zákonem a jejich užívání je mezi lidmi považováno za nepřístojné. (Nožina, 1997)

Drogy se dále dělí podle míry rizika na měkké a tvrdé. Toto rozdělení je nejpoužívanější a mezi lidmi běžně rozšířené, nemá však přesnou vypovídající hodnotu. Nezahrnuje totiž velké množství faktorů, které jsou v praxi zásadní. Velký vliv má například způsob užití, pokud je látka užitá jednorázově šňupáním, riziko je podstatně nižší než v případě injekčního podání. U měkkých drog není míra rizika příliš vysoká, závislost vzniká až po delší době pravidelné konzumace a účinky drogy na organismus nejsou tak nebezpečné. U tvrdých drog je riziko vzniku závislosti vysoké a mají škodlivější vliv na organismus. Přesto bychom mohli látky v této kategorii rozdělit do dalších skupin, protože se jejich škodlivost různí. Jako příklad rozdělení můžeme uvést:

- **Měkké drogy** – káva, čaj, tabákové výrobky, konopné produkty (marihuana, hašiš)
 - **Tvrdé drogy** – alkohol, LSD, extáze, toluen, kokain, crack, pervitin, heroin
- (Minařík, 2009)

3.1 Dělení podle účinku

Každá z omamných látek má na lidský organismus rozdílný účinek a podle toho můžeme tyto látky rozdělit.

3.1.1 Tabákové výrobky

Zmínky o kouření tabáku existují již z dob před Kristem. Tabák pochází z Ameriky a vyrábí se sušením listů rostliny z rodu *Nicotiana*. Původní obyvatelé Ameriky sušené listy kouřili nebo je žvýkali čerstvé. Potom co se tato rostlina rozšířila do Evropy, se kouření stalo společenskou záležitostí, a to především ve vyšších vrstvách společnosti. Šířilo se také šňupání tabáku, to však bylo zhruba od devatenáctého století považováno za zlozvyk nižších tříd, v této době se začali šířit balené doutníky a cigarety.

Účinnou látkou působící na organismus je **nikotin**. Je to toxická látka, která je pro organismus nebezpečná. Kouřením však do těla vstupuje jen malá dávka, která v těle působí jako stimulant, zrychluje tep a zvyšuje krevní tlak. Právě na nikotinu vzniká při dlouhodobém užívání fyzická závislost. Škodlivé pro organismus jsou však především látky, které vnikají při spalování. Cigaretový kouř obsahuje dehet, což je rakovinotvorná látka. Jeho obsah je snižován filtry, které se přidávají na průmyslově balené cigarety. Příkladem další nebezpečné látky, která vzniká při spalování, je oxid uhelnatý, který brání přenosu kyslíku v těle. Ohroženi jsou bohužel nejen kuřáci, ale i lidé, kteří jsou v jejich okolí.

Na kouření vzniká silná psychická závislost, je s ním spojen rituál, který při odvykání kuřákovi často chybí mnohem více než samotný nikotin. Cigareta pro kuřáka znamená chvilku klidu, uvolnění a mnohdy je to také společenská záležitost.

Negativní účinky kouření jako je závrať, bolest hlavy nebo zvracení, se projevují hlavně u začínajících kuřáků. Mohou se však také objevit, pokud člověk vykouří příliš mnoho cigaret v krátkém čase. Chronické kouření má však mnohem nebezpečnější následky, souvisí s ním celá řada onemocnění. Především je to rakovina plic a pak celá řada kardiovaskulárních onemocnění, jako je infarkt. Kouření způsobuje zužování cév, stárnutí pleti a má negativní vliv na potenci mužů a plodnost žen. U těhotných žen může také způsobit potrat a snížit porodní váhu novorozence. (Sananim, 2009)

3.1.2 Alkohol

Alkohol, chemicky ethylalkohol neboli etanol, vzniká kvašením cukerných roztoků z ovoce nebo z polysacharidů obsažených v obilovinách nebo bramborech. Alkoholických nápojů je celá řada a intenzita jejich účinku závisí na tom, kolik procent alkoholu

z celkového objemu obsahují. Alkohol je společensky přijatelná droga, jeho historie je od začátku spojena s historií lidstva, od počátku je součástí naší společnosti a kultury. To je důvodem, proč není vnímán jako nebezpečná látka, přestože se řadí do kategorie tvrdých drog. Právě společenská tolerance vůči alkoholu podporuje riziko vzniku závislosti na něm.

Užívání alkoholických nápojů způsobuje opilost. Ta se projevuje celkovým útlumem organismu včetně vnímání bolesti, zpomalením reakcí, ztrátou koordinace pohybů, poruchou řeči, nevolností, zvracením a ospalostí, která při větších dávkách alkoholu může přejít až v bezvědomí. Alkohol tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, může tedy dojít až ke smrtelné intoxikaci, kdy se jedinec udusí. Přestože alkohol tlumí organismus, kvůli svým účinkům na psychiku je spíše vnímán jako povzbuzovač. Napomáhá totiž vytvoření šťastnější atmosféry, protože dodává pocit euforie, sebevědomí a odstraňuje zábrany. To však může vést k emocionálním projevům, které mohou snadno vyústit v agresivitu a tedy i v násilné chování. Odstranění zábran mimo jiné může zvyšovat pocit sexuální žádostivosti, avšak větší množství alkoholu snižuje potenci. Po stavu opilosti následuje takzvaná kocovina, která se projevuje zejména nevolností a bolestmi hlavy. V tomto stavu je třeba do těla doplnit chybějící tekutiny a minerály.

Pokud se člověk stane závislým, tedy alkoholikem, hrozí mu především podvýživa způsobená nechutenstvím a cirhóza jater. Škodlivina je odbourávána právě v játrech a ta jsou tím neustále přetěžována, tkáň odumírá a je nahrazována vazivem. Dalším příznakem alkoholismu je třes a psychické potíže jako úzkost, podrážděnost, deprese a podobně. (Orlíková, 2009)

3.1.3 Konopné drogy

Cannabis sativa neboli konopě setá, je rostlina, ze které se získávají konopné drogy. V listech této rostli je nejvyšší koncentrace kanabinoidu THC, což je látka zodpovědná za účinky konopí. Nejznámější konopnou drogou je **marihuana**. Jedná se o směs usušených a nadrcených květů a listů. Tato směs je pak nejčastěji spolu s tabákem kouřena ve formě cigaret nebo ve vodních dýmkách. Méně častým způsobem užití je konzumace, kdy se marihuana přidává do koláčků či sušenek. Z pryskyřice konopí se vyrábí **hašiš**, je to hnědá nebo nazelenalá plastická hmota. Po nasbírání se tvaruje do kostek. Hašiš se může kouřit smíchaný s tabákem stejně jako marihuana. Koncentrace THC je však mnohem vyšší a má tedy i intenzivnější účinky.

V případě inhalace se stav vyvolaný působením THC dostaví během několika minut a přetrvává zhruba tři hodiny. Délka působení se však velice různí v souvislosti s množstvím konopí a jeho kvalitou, tedy s množstvím kanabinoidů v rostlině, a také s fyzickými predispozicemi jedince. Konopné drogy vyvolávají stav relaxace, pohody, zrychlují tok emocí, ve skupině vyvolávají vlny euforie a často neopodstatněného smíchu. Mohou však také způsobit stav otupělosti. Pod vlivem těchto drog uživatel pocítuje žízeň a zvýšenou chuť k jídlu. (Nožina, 1997)

Rizika dlouhodobějšího užívání konopí jsou zejména v oblasti psychiky. Může se vyskytovat zhoršení krátkodobé paměti, narušení kreativního myšlení, netečnost, či ztráta motivace. Je poměrně časté, že marihuanu začínají kouřit děti už na středních školách, což je období důležité pro vzdělávání, v tomto období by právě ztráta motivace mohla vést k dalším potížím. (Goodyer, 2001) Po fyzické stránce může kouření konopných drog způsobit onemocnění dýchacích cest nebo plic. Protože jsou cigarety balené ručně, dostává se do plic mnohem více dehtu než při kouření průmyslově balených cigaret, které mají kvalitnější filtr. Při kouření marihuany je navíc zvykem udržovat vdechnutý kouř co nejdéle dobu. Vznikají tak záněty průdušek, postižení sliznic dýchacích cest a zvýšené riziko vzniku rakoviny plic. Nebezpečné je především užívání těchto drog v těhotenství, může tak dojít k poškození vývoje plodu. (Podané ruce, 2009) Marihuana je pravděpodobně jedna z nejčastěji užívaných drog mezi teenagery a snadno se pro ně stává vstupní branou do světa tvrdých drog. (Bruce Edelfield, 2012)

3.1.4 Opiáty

Opium je látka, získávána z rostliny *Papaver somniferum*, tedy z máku setého. Z makové hlavičky vytéká bílá tekutina, která po zaschnutí houstne a tmavne. Výraz opium vznikl z řeckého slova *opos*, což znamená šťáva. Jejím obsahem jsou významné přírodní opiáty **morfin** a **kodein**. Tyto látky jsou využívány v medicíně jako analgetika, účinek kodeinu je o něco slabší, závislost však může vzniknout na obou. Proto jsou tyto opiáty podávány pouze při silných bolestech.

Derivátem opia je **heroin**. (Nožina, 1997) Tato droga vypadá jako jemný bílý prášek slangově „*white dust*“ neboli bílý prach. Častěji je však k dostání se spoustou dalších příměsí v podobě hnědých krystalků jako „*brown sugar*“ což znamená hnědý cukr. Bílý heroin, obsahuje asi 90% účinné látky, při injekční aplikaci se v kovové nádobce, nejčastěji na lžičce, roztaví a zředí čistou vodou. Takto připravená droga je pak vpravována do žíly, kvůli vysoké koncentraci však hrozí předávkování a smrt. Hnědý heroin se kvůli

dalším příměsím, které obsahuje, rozpouští hůře. Proto se při nitrožilním užívání používá k jeho rozpuštění kyselina citrónová. Narkomani používají citronovou šťávu nebo citronku, která je běžně k dostání prakticky v každém obchodě s potravinami. Čím je heroin tmavší a čím větší jsou jeho krystaly, tím více příměsí obsahuje. Takto nekvalitní droga je vhodnější ke kouření nebo inhalaci z alobalu. Velkým rizikem užívání heroinu je velice rychlý vznik závislosti obzvláště při injekční aplikaci, kdy stačí několik málo dávek. (Podané ruce, 2009)

Heroin účinkuje na tělo tlumivě. Snižuje bolest, zpomaluje dýchání i peristaltiku a způsobuje strnulost a neschopnost pohybu. Zužují se zornice a snižuje se produkce slin. Při intravenózním podání se účinek dostaví okamžitě a v prvních několika minutách nastávají pocity slasti, absolutní euforie a uvolnění. Tento stav, který je mezi uživateli označován jako „*flash*“ nebo „*kick*“ (záblesk či kopanec), je často připodobňován k pocitům intenzivního sexuálního orgasmu. Postupně se přechází do stavu absolutního uvolnění, pohody a úlevy od starostí. Je zpomaleno myšlení a jedinec se soustředí do svého nitra.

Užívání heroinu způsobuje zácpu a nechut' k jídlu, s tím souvisí podvýživa. Častá je také sexuální nechut', a u žen narušení menstruačního cyklu. Objevují se křeče a kožní problémy, typická je apatie nebo nespavost. Zhoršují se mezilidské vztahy a narůstají konflikty, což je často způsobeno honbou za penězi, kterou musí závislí podstupovat každý den, aby měli dostatek financí na další a další dávku, kterou potřebují. Na heroinu vzniká fyzická závislost a tolerance organismu se zvyšuje, takže narkoman je nucen obstarávat si stále větší množství drogy. Postupem času věnují veškerý svůj čas na obstarávání peněz a v konečné fázi jim často nezbyvá než se uchýlit ke krádežím nebo prostituci. (Nožina, 1997)

3.1.5 Stimulanty

Stimulanty neboli psychostimulancia. Tyto látky mají povzbuzující účinky, potlačují pocity únavy a vyčerpání, brání spánku a tlumí pocit hladu. Existují stimulanty přírodní jako například kofein obsažený v kávě, nikotin v tabáku nebo kokain z rostliny koka. Syntetického původu jsou amfetaminy.

Kokain je bílý hořký krystalický prášek bez zápachu. Nejčastěji je inhalován, tedy šňupán nosními dírkami, vstřebává se tak v nosní sliznici. Kromě stimulačních a mimo jiné taky anestetických účinků, vyvolává kokain pocity euforie, které jsou pravděpodobně hlavní příčinou vzniku závislosti. Kokain zvyšuje srdeční frekvenci a tep, rozšiřují se zornice a člověk se více potí. Zrychluje se myšlení, stoupá představivost a schopnost

vyhledávat souvislosti. Pokud je člověk pod vlivem kokainu ve společnosti, má tendence vést dlouhé rozhovory. Kokain zároveň zvyšuje fyzické schopnosti. Kombinace těchto faktorů vede k růstu sebevědomí a dodává rozhodnost, což v některých případech může vést k agresivitě. Kokain také posiluje smyslové vnímání a citlivost kůže na dotek, což může zintenzivnit sexuální prožívání, přestože u mužů snižuje potenci. Kokainisté v podstatě nemají hlad a zároveň ztrácejí chuť k jídlu, spolu se zvýšenou fyzickou aktivitou tak mohou trpět podvýživou. Závislost na této droze je psychického rázu, tolerance nebyla prokázána. Kokain je užíván převážně vyšší vrstvou společnosti a mezi umělci, důvodem je hlavně jeho vysoká cena. (Nožina, 1997)

Crack je látka, která vzniká tepelnou úpravou kokainu s jedlou sodou a éterem, je to tzv. volná báze kokainu. Nedá se šňupat jako kokain, a proto se kouří často spolu s tabákem nebo marihuanou. Označení crack vzniklo pravděpodobně z praskavého zvuku, který vydává při hoření. Účinek je podobný jako u kokainu, nastupuje však prakticky okamžitě po vdechnutí kouře, nejintenzivnější účinek trvá asi 10-15 minut a do hodiny vymizí. Cena je podstatně nižší než u kokainu a účinek mnohokrát vyšší, vyvolává však velice silnou závislost v relativně krátké době. (Nožina, 1997)

Amfetaminy neboli budivé aminy jsou stimulující látky syntetického původu. Rychle se na nich vyvíjí závislost a vzniká tolerance. Aby byly účinky stále stejně intenzivní, zvyšuje se dávka stále více, až může dojít k toxické psychóze. Jedná se o stav paniky a agrese, který je umocňován smyslovými halucinacemi. (Minařík, 2009)

Nejznámějším derivátem amfetaminu je účinnější metamfetamin, tedy **pervitin**. Jedná se o bělavý krystalický prášek, podobný kokainu. Droga je však častěji k dostání s nádechem do žluta nebo do fialova. Příčinou tohoto zabarvení je přítomnost zbytků jódu či jiných látek, které byly použity při výrobě. Protože pervitin je nejčastěji vyráběn v domácích podmínkách, je důležité, aby měl „vařič“ alespoň základní znalosti v oblasti chemie. Pokud je v látce větší množství příměsí, je možné, že výroba byla ukončena ve fázi meziprojektu. To je pro uživatele velkým rizikem, protože takováto nekvalitní droga může vážně poškodit zdraví. Pervitin navozuje stavy euforie, povzbuzení a uvolnění. Odstraňuje zábrany a zvyšuje sebevědomí což je lákavé především pro mladé a nezadané, kteří mají najednou odvahu oslovit cizího člověka. Užití ať už injekčně nebo šňupnutím, způsobí obrovský příval energie, se kterým se však člověk nemusí umět vypořádat, což se většinou projeví zvýšenou agresí nebo přehnanou fyzickou aktivitou. Tento navozený pocit nevyčerpatelné energie však může snadno způsobit totální vyčerpání organismu, protože člověk nepociťuje únavu a může se stát, že se nezastaví do okamžiku, kdy už jeho tělo

další zátěž nevydrží. Jedinec pod vlivem je tedy přehnaně aktivní a neklidný, můžeme na něm pozorovat třes nebo záškuby a napětí svalstva, které se projevuje tisknutím čelistí. Typické je zvýšené pocení s charakteristicky zapáchajícím potem. Dlouhodobější užívání způsobuje výrazné hubnutí a oslabení organismu, poškození některých vnitřních orgánů, těžké zubní kazy, které vedou až k vypadávání zubů, poškození kůže a další potíže hlavně psychické. Po určité době dochází k rozvinutí toxické psychózy, psychické choroby podobné schizofrenii. Toxikoman začíná být paranoidní, má pocit, že se proti němu všichni spikli. Trpí pocitem, že je pronásledován a cítí se být neustále v ohrožení, což vede k agresivitě a útokům ve zdánlivé sebeobraně nebo k panickým útěkům. (Podané ruce, 2009)

MDMA neboli extáze je takzvaná taneční droga. Nejčastěji je užívána na diskotékách nebo na tanečních party ve formě tablet s vyraženým obrázkem. Do hodiny po požití začíná droga účinkovat. Nastává pocit radosti, dobré nálady a uvolnění. Při užití v páru se prohlubuje schopnost empatie a objevuje se chuť dotýkat se druhého, proto se extázi přezdívá taky droga lásky. Přesto že pod vlivem extáze většina uživatelů pocítuje tělesnou touhu, u mužů se často vyskytne problém se sexuálním vzrušením. „*Člověk cítí spíše lásku než vášeň. Lidé se pod vlivem Extáze stávají citlivější a méně dychtivý*“. (Saunders, 1996) Na MDMA nevzniká fyzická závislost, protože je však její užívání spojeno se zábavou na tanečních akcích, začínají hlavně mladí lidé vyhledávat tento způsob života. Nakonec může vzniknout psychická závislost, kdy člověk čeká jen na víkend spojený s další party a další tabletou. Ostatní dny se mu zdají být nudné a beze smyslu. Po užití extáze se zrychluje tep, stoupá krevní tlak, rozšiřují se zornice a mizí pocit žízně, což může vést k dehydrataci a přehřátí organismu zvláště v případě, kdy jedinec pod vlivem drogy tančí. V takovém případě může snadno dojít ke kolapsu. Zhruba po šesti hodinách účinky pominou a následuje stav kocoviny, která se projevuje únavou a bolestí svalů, podrážděností a depresí. V případě, že někdo bude užívat extázi častěji, než jen o víkendech může, podobně jako u pervitinu, dojít k toxické psychóze. (Nožina, 1997)

3.1.6 Halucinogeny

Halucinogeny jsou psychoaktivní látky vyvolávající smyslové halucinace. Posilují emocionální vnímání jedince a mění jeho náladu. Nejčastěji vyvolávají stav euforie, ale mohou způsobit i deprese. Záleží na množství přijímané drogy a zejména na osobnosti uživatele, aktuálním emocionálním rozpoložení a také na prostředí, ve kterém je látka požitá. Proto je účinek drogy těžko předvídatelný. Halucinogeny byly využívány po mnoho

let při náboženských rituálech, kdy měli lidem pomoci pochopit svět nebo sami sebe či přiblížit se bohu. U těchto rituálů býval přítomen šaman, který dohlížel na intoxikované a zajišťoval tak částečně jejich bezpečnost. (Nožina, 1997)

Po požití drogy se začnou dít změny v okolí, což v prvních okamžicích může vyvolat až nevolnost a zvracení. Mění se vnímání, času i prostoru kdy se krátká doba může zdát věčná nebo naopak a zároveň se zhoršuje odhad vzdálenosti. Začínají se měnit tvary, nehybné předměty se začínají vlnit či vibrovat, barvy se zdají být mnohem výraznější a zářivější. V těchto halucinujících stavech hrozí, že intoxikovaný se začne chovat nepředvídatelně. Může být například agresivní a nebezpečný pro sebe i pro své okolí. Při vysokých dávkách kdy člověk není schopen svá vidění ovládat, může udělat prakticky cokoli. Pokud například ve svých představách uvěří, že umí létat, není vyloučeno, že by mohl vyskočit z okna. Při nadměrném užívání navíc může dojít ke vzniku toxické psychózy a prožívání paranoidních stavů a depresí.

Nejznámějším přírodním halucinogenem je **psilocibin**, který se vyskytuje v některých houbách. Rod *Psilocybe* tedy Lysohlávky má své zástupce i na našem území. Houby se konzumují často sušené nebo nakládané. Problém je odhadnout množství aktivní látky, protože podíl psilocibinu se v houbách liší podle druhu, místa sběru i období. Mezi účinky patří pocity euforie a blaha, hovornost a smích, vyšší dávky pak vedou k halucinacím. (Milovský, 1996)

LSD je halucinogen, který byl syntetizován v roce 1938 z námelu. Námel je útvar, který vzniká na obilovinách po napadení parazitem *Paličkovici nachovou*. Mezi uživatele je LSD distribuováno ve formě napuštěných papírků o rozměrech zhruba 5x5mm, na kterých bývají nejrůznější barevná vyobrazení. (Stafford, 1997) Po užití se začínají objevovat halucinace. Vnímání reality je úplně odlišné, časoprostor jakoby pozbýval hranic, objevují se iluze neobvyklých tvarů, pokřivených vzorů a barvy se zdají sytější a zářivější. Iluze nebývají pouze zrakové, často se prolíná vnímání smyslů, které uživatelé popisují například jakože „vidí hudbu“. Obyčejná nehybná věc se může pro intoxikovaného stát předmětem zájmu na několik hodin, protože vidí něco jiného než střízlivý člověk. Běžné věci se tak stávají zajímavé a někteří uživatelé tvrdí, že až po vyzkoušení této látky pochopili pravou podstatu věcí. Této droze se přezdívá „*trip*“, což v angličtině znamená výlet. Zážitky způsobené LSD se prý podobají výletu do jiného světa, kde je realita vnímána úplně jinak. Celý tento zážitek se však může snadno vymknout kontrole, nastává pak stav panické hrůzy a deprese, kdy člověk pod vlivem vidí

šílené věci, které ho děsí. Tomuto stavu se říká „*bad trip*“ tedy špatný neboli nepovedený výlet. (Podané ruce, 2009)

3.1.7 Těkavé látky

Vdechování těkavých látek je poměrně rozšířený způsob užívání drog, zejména kvůli finanční nenáročnosti. Jedná se o látky, chemicky aromatické uhlovodíky, které mají některé společné vlastnosti. Rozpouštějí tuky a mají narkotické účinky. Užívání probíhá ve formě vdechování výparů z napuštěné tkaniny, která je uvnitř igelitového pytlíku nebo přímo v dlani uživatele. Jako inhalant může být zneužit například benzín, různá lepidla nebo barvy. Nejčastěji zneužívaným rozpouštědlem je **toluen**. Po vdechnutí se těkavá látka dostává do plic, odkud přechází do krevního řečiště a touto cestou pak postupuje do dalších orgánů. Potom co zasáhne nervový systém, účinkuje rychle. Způsobuje stav podobný opilosti, navozuje pocity povznesené nálady, uvolnění a jakéhosi polospánku. Objevují se závratě a poruchy rovnováhy, nevolnost a vyrážka kolem úst. Vdechované výpary jsou toxické a poškozují mozek, ledviny a játra, nejzávažněji však právě mozek. Existuje zde navíc velké riziko předávkování a zástavy dechu. Například pokud je narkoman pod dekou kde vdechuje výpary, hrozí, že je po určité době natolik omámen, že není schopen zabránit dalšímu vdechování. Následně tedy upadne do bezvědomí, kdy postupně dojde k zástavě krevního oběhu. (Nožina, 1997)

4 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

V této kapitole si vysvětlíme rozdíly mezi primární, sekundární a terciární prevencí. Zaměříme se především na protidrogovou prevenci a seznámíme se s několika způsoby, jakými je aplikována ochrana proti šíření návykových látek a vzniku závislosti.

Prevence v širším slova smyslu znamená organizovanou aktivitu, která má za cíl zamezit vzniku zdravotních problémů nebo snížit jejich dopad na člověka. Všeobecně si však pod tímto pojmem představujeme spíše to, čemu se v odborné literatuře říká **primární prevence**. (Richard Wilson, 2011) Ta se zabývá předcházením rizikového chování, hledá jeho příčiny a pokouší se bránit jeho vzniku. **Sekundární prevence** probíhá, když už se rizikové chování objevilo. Snaží se omezit jeho další působení a poškození. **Terciární prevence** pak má za úkol zmírňovat již vzniklá poškození a předcházet trvalým škodám. (Nešpor, 2003)

4.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je zamezit kontaktu jedince s drogou a tím eliminovat drogový problém vůbec. K šíření preventivních opatření jsou využívána například média, která zprostředkovávají komunikaci s širokou veřejností. Na obecních úřadech jsou pracovníci, drogoví koordinátoři, kteří mají na starosti protidrogová opatření ve svém okolí. Měli by také zajišťovat informovanost obyvatel a případně poskytnout pomoc drogově závislému, pokud jí u nich bude vyhledávat.

Dalším způsobem šíření primární prevence je takzvaný „**peer program**“, kdy vrstevníci členů cílových skupin, kteří často pocházejí ze stejných podmínek, jsou vyškoleni v oblasti drogové problematiky. Jejich úkolem je pak šířit tyto informace mezi ostatní a podporovat zdravý způsob života.

Nejvíce ohroženou skupinou jsou především děti a dospívající mládež. To je důvodem, proč je většina programů zaměřených na prevenci směřována do škol nebo do nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. V rámci těchto programů je většinou zvyšována informovanost dětí o škodlivosti užívání návykových látek. Kluby pro mládež mají především za cíl snižovat rizikové chování dětí a mládeže. Tím, že jim zajišťují způsoby jak plnohodnotně trávit čas, omezují možnost jejich setkání s návykovými

látkami. Všeobecně platí, že pokud má člověk nějakou zálibu, snižuje se tím riziko, že bude vyhledávat omamné látky.

Důležité je šířit vědomosti o zdravotních potížích spojených s užíváním drog. Je potřeba podporovat postoj proti drogám a utvářet pro děti vzor, tedy být jim dobrým příkladem pro život bez návyku. Proto by primární prevence měla začínat již v rodině, která má od narození na člověka největší vliv. (Orlíková, 2009)

4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevencí obecně rozumíme snahu zabránit zhoršování již vzniklého stavu. Do sekundární protidrogové prevence řadíme systém **Harm reduction**, tedy snižování rizik ve spojitosti s užíváním drog. (Kalina, 2003) Dále sem pak patří samotná léčba drogově závislých, kdy prvním krokem procesu odvykání je často **detoxifikace**. Jedná se o proces, při kterém se tělo zbavuje škodlivé látky. Tato procedura je prováděna v nemocnici nebo v zařízení, kterému se říká detoxifikační jednotka. Po dokončení detoxifikace, je potřeba aby měl klient zajištěnou i následnou léčbu, aby mohl v odvykání pokračovat.

Pokud má klient, který se rozhodl zbavit závislosti bezpečné rodinné zázemí, může využít služeb **ambulantní léčby**. Klient pak pravidelně dochází do zařízení, kde probíhá pohovor s lékařem. Je také možné navštěvovat organizované terapeutické skupiny, které se scházejí několikrát v týdnu. Tato forma terapie je vhodná pro ty, kteří mají kde žít a kterým se dostává podpory od rodiny nebo partnera. Aby byla léčba úspěšná, je potřeba silné motivace a sebekontroly klienta. Pokud je nutné, aby byl klient léčen v chráněném prostředí bez drog, má možnost využít služby **pobytové léčby**. V takovém zařízení je jasně daný denní režim a je nutné dodržovat pravidla pobytu. Pokud léčba probíhá v nemocnici, jedná se o ústavní léčbu. Druhou možností je rezidenční léčba, která probíhá v takzvané komunitě. Terapie v komunitě je založena hlavně na skupinové terapii, probíhá zde také pracovní terapie a samozřejmě poradenství. Podstatné je aby se po ukončení léčby měl klient kam vrátit. Proto je potřeba aby měl zázemí v rodině nebo u partnera, z toho důvodu je také součástí léčby rodinná či partnerská terapie.

V případech, kdy je závislost skutečně těžká, přistupuje se k **substituční léčbě**. Ta se ovšem využívá pouze v případě opiátových závislostí. Jedná se o postup kdy je původně užívaná droga nahrazována látkou se slabšími, ale podobnými účinky, která není pro

organismus tak škodlivá. Příkladem je metadonová terapie, kdy je heroin nahrazován metadonem. (Kalina, 2003)

Do sekundární prevence v neposlední řadě také patří omezování zdravotních komplikací spojených s užíváním drog. V našem případě se jedná nejčastěji o infekční, krví přenosné nákazy, kterými jsou ohroženi především injekční uživatelé drog. Největší riziko představují virové hepatitidy a virus HIV. Nízkoprahová centra proto nabízejí služby, v rámci kterých poskytují testování na infekční choroby. Ty jsou prováděny jednoduchými testy z kapky krve nebo ze slin toxikomanů. Tyto testy však nejsou vždy spolehlivé, proto i v případě, že vyjde pozitivní výsledek, mluvíme pouze o takzvaném reaktivním vzorku. Následně je pak konkrétnímu jedinci doporučeno navštívit lékaře, aby mohlo být infikování organismu s jistotou potvrzeno.

4.2.1 Virové hepatitidy

Hepatitida, nazývaná také žloutenka, znamená zánět jater, kdy dochází k poškození jaterních buněk a tím k poruchám jejich funkce. Příčinou mohou být mnohé faktory, jako je například užívání alkoholu nebo drog a jejich účinky na organismus. U virových hepatitid je, jak již napovídá název, původcem virus. Existuje více druhů hepatitid a jsou označovány písmeny A, B, C, D, E. Při akutním onemocnění trpí nakažený jedinec únavou, malátností, zvýšenou teplotou nebo průjmami a zvracením. Léčba je především podpůrná, je třeba dodržovat dietu, klid na lůžku a jsou podávány vitamíny. Pro drogově závislé jsou nejrizikovější typy B a C. Důvodem je, že jsou přenášeny krví a tak hrozí riziko nakažení při používání nesterilního injekčního náčiní. Právě u těchto druhů hepatitid hrozí u nakažených přechod onemocnění do chronicity, v případě hepatitidy C je to až v 70-90% případů. Pak je potřeba, aby pacient dodržoval dietu a zcela se vyhýbal alkoholu. Proti hepatitidě C na rozdíl od ostatních typů neexistuje očkování. (Sananim, 2009)

4.2.2 Virus HIV

Human Immunodeficiency Virus neboli virus lidské imunitní nedostatečnosti napadá bílé krvinky lidského organismu, a to takzvané CD4+ T-lymfocyty. Tyto buňky mají velice důležitou roli v obranyschopnosti člověka. Napadením virem HIV klesá jejich počet, tím se snižuje obranyschopnost organismu a vzniká onemocnění AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrom) tedy syndrom získané imunitní nedostatečnosti.

Virus HIV se vyskytuje v tělních tekutinách, jeho přenos se tedy může uskutečnit nechráněným pohlavním stykem, z matky na plod anebo krevní cestou, například při společném používání injekčního náčiní určeného pro aplikaci drog.

Po nakažení virem HIV se v první řadě objevují příznaky podobné chřipce jako je zvýšená teplota, bolesti kloubů nebo svalů a podobně. Poté následuje dlouhé bezpříznakové období, které trvá řadu let. Přestože se jedinec v tomto období cítí zdravý, je nosičem viru a v případě neopatrnosti a absence preventivních opatření může nakazit další osoby. Na rozvoj choroby má vliv celá řada faktorů, přestože neexistuje lék, kterým by bylo možné nakaženého zcela vyléčit, je důležité včas zahájit léčbu, která může rozvoj onemocnění zpomalit. HIV pozitivní jedinec tak má šanci prodloužit svůj život a zachovat jeho kvalitu. K rozvoji AIDS většinou dochází až 10-15 let po nakažení, postupně se pak organismus stává náchylnějším k dalším infekčním nemocem i nádorovým onemocněním. (Čeká společnost AIDS pomoc, 2014)

4.3 Terciární prevence

Terciární prevencí rozumíme doléčování a podporu abstinence. Po absolvování léčby je pro klienta náročný návrat do „normálního“ života. Jako **následnou péči** tedy označujeme pomoc se zařazením do společnosti. Jedná se například o pracovní poradenství a rekvalifikace, psychoterapie a podobně. Jedním z hlavních cílů po léčbě je zabránit relapsu, tedy opětovnému návratu k drogám.

5 MOŽNOSTI QR KÓDU

V poslední kapitole teoretické části si vysvětlíme co je to QR kód a jaké je jeho využití. Zároveň se pokusíme navrhnout inovativní způsob, jakým by bylo možné využít potenciál tohoto systému v protidrogové prevenci.

V této moderní době jsme prakticky všichni obklopeni novými technologiemi. S využitím internetu, ke kterému se dnes většina z nás může bez problému kdykoliv připojit, máme možnost neuvěřitelně rychlé komunikace, vyhledávání nových informací a mnoho dalších výhod. Těchto možností využívají především mladí lidé. Pro většinu nové populace už se stal mobilní telefon s připojením na internet samozřejmostí. S velkým zájmem společnosti se stále urychluje šíření a vývoj nových technologií. Jedním z jejích nástrojů je právě **QR kód**.

5.1 QR kód

QR kód je soubor znaků, který obsahuje velké množství informací. Princip je podobný jako u dobře známého čárového kódu, rozdíl je v tom, že QR kód může obsahovat mnohem větší množství dat. Prostřednictvím těchto znaků, tedy můžeme snadno propojit to, co je fyzicky vytištěno na papíře, nebo v podstatě na čemkoliv na co máme možnost umístit potisk, se světem uvnitř našeho mobilního telefonu.

Historie QR kódu začíná v roce 1994, kdy byl vyvinut Japonskou firmou Denso, která se zabývá výrobou automobilových dílů. Původně byly těmito kódy označovány jednotlivé díly, aby bylo možné sledovat jejich pohyb v průběhu výrobního procesu. V roce 2002 pak Japonci přišli s možností využití fotoaparátu mobilního telefonu jako scanneru pro QR kódy. Až s rozšířením chytrých telefonů, tedy telefonů využívajících moderní mobilní operační systém, který umožňuje instalovat aplikace a programy, se však tato nová technologie začala více rozšiřovat. V průběhu roku 2005, byl kód standardizován podle normy ISO/IEC 18004.

Hlavními výhodami QR kódu je v první řadě velký objem dat, který je schopen obsáhnout. Protože vznikl v Japonsku, bylo potřeba do něho zakódovat složité japonské znaky Kanji, díky tomu je do něho možné uložit větší množství informací. Další výhodou je pak systém korekce ztráty dat. Existují čtyři úrovně chybové korekce neboli odolnosti

kódu. Ty jsou označovány písmeny L, M, Q a H. V každém kódu je jisté procento nadbytečných informací pro případ, že by byla jeho část poškozena. Při tvorbě kódu je tedy třeba zvolit jednu z těchto čtyř úrovní. Při volbě úrovně L je možné informace správně přečíst i v případě poškození 7% plochy kódu. U úrovně M je to 15%, u Q 25% a úroveň H odpovídá 30% poškozené plochy. Čím vyšší úroveň korekce kódu, tím menší je objem dat, který je do něho možné zadat. (Šošolík, 2013)

Písmena „QR“ pocházejí ze zkráceného „quick response“ což v angličtině znamená rychlá odpověď. Způsob fungování je velice jednoduchý. Kód se načte do chytrého mobilního telefonu pomocí aplikace, takzvané QR čtečky. Těchto čteček je celá řada. Existuje více výrobců a různé čtečky jsou určeny pro jednotlivé mobilní operační systémy. V nových telefonech je však tato aplikace často od samého počátku. Pokud ne, není problém ji vyhledat v aplikaci určené pro nákup aplikací k danému operačnímu systému, kterou má každý mobilní telefon již z výroby nainstalovanou. Většina těchto čteček je k dostání zdarma.

Po tom co čtečka znaky vyfotí, rozšifruje je a zobrazí v požadovaném tvaru. Tímto způsobem je možné zašifrovat například odkaz na internetovou stránku, což je nejčastější využití zejména u reklamních sdělení, kdy jednotlivé firmy tímto způsobem propojují tištěné informace s odkazem na své internetové stránky. Existují však další možnosti. Do QR kódu je možné zašifrovat sms zprávu, vizitku, nastavení wi-fi, emailovou adresu, GPS souřadnice, telefonní číslo nebo jen volný text.

Zajímavou možností využití QR kódu je například takzvaná QR platba. Tuto službu již nabízejí některé banky, jako zjednodušení a urychlení internetových plateb. Po načtení kódu se vyplní platební údaje, čímž se zamezí případným překlepům při opisování čísel. S dalším zajímavým využitím této technologie přišly například také Plzeňské městské dopravní podniky. Ty vybavily některé zastávky QR kódem, po jehož načtení se v telefonu zobrazí panel odjezdů s aktuálními informacemi o spojích. Často se také s těmito kódy sejdeme na plakátech, které prezentují nejrůznější akce, po jeho načtení si například můžete rovnou zakoupit vstupenku.

Vytvořit si vlastní QR kód je možné naprosto jednoduchým způsobem. Na internetu je k dispozici takzvaný QR generátor, díky kterému si může kdokoliv zdarma vytvořit kód, který bude obsahovat požadované informace. (Trejbal, 2014)

5.2 Využití QR kódu v protidrogové prevenci

Přestože se jedná o novinku, na kterou si lidé teprve začínají zvykat, můžeme si těchto značek, všimnou prakticky všude. Najdeme je na ulici, v časopisech nebo na vstupenkách. Vzhledem k jejich současnému rozšíření se dá usuzovat, že tato nová technologie se v budoucnu bude šířit a používání QR kódu stále více poroste.

Samotný kód je dobře vymyšlený a zpracovaný a prozatím se zdá, že na něm není co zlepšovat. Důležité však je především to, jakým způsobem ho budou využívat lidé. Je potřeba, aby samotný text na plakátu upoutal pozornost a vzbudil v člověku zájem, jinak se nikdo nebude namáhat a zdržovat tím, aby kód do telefonu načetl. Pokud však někoho text zaujme, nebude váhat, a telefon ihned použije. Když se tak stane, bude zákazník či klient očekávat, že se dozví něco nového. Proto by kód neměl obsahovat informaci, která již byla sdělena v reklamě.

Celkově má tato technologie schopnost upoutat. Jedná se o něco nového, což bývá vždy atraktivní, a to zejména pro mladé lidi. V dnešní době má v podstatě každý mladý člověk chytrý mobilní telefon s přístupem na internet. Pokud chceme, aby ho využil, musíme mu dát příležitost a upoutat jeho pozornost, proto je výhodné kód umístit na plakát, který zaujme. Pokud se jedná o téma, které se jedince nějakým způsobem týká, nebo ho zajímá, bude chtít prostřednictvím kódu získat další informace.

Je jasné že QR kód má velký potenciál a postupem času by se jeho používání mohlo ve společnosti ještě více rozšířit. Bylo by tedy dobré právě tento potenciál použít v protidrogové prevenci. Pokud skutečně budeme spoléhat na to, že většina lidí má mobilní telefon a také schopnost dekodovat informace ukryté v QR kódu, nabízí se nám možnost toho využít. Touto formou bychom pak mohli šířit informace, které by podporovaly prevenci proti užívání omamných látek. Pokud by se nám podařilo zacílit prevenci zejména na jedince, kteří s drogami začínají experimentovat, mohli bychom snížit počet osob, které se na drogách stanou závislými. V tomto ohledu je výhodné zužitkovat fakt, že nové informační technologie využívají zejména mladí lidé, kteří jsou zároveň jednou z nejvíce ohrožených skupin v oblasti drogového nebezpečí.

Z těchto důvodů jsme se rozhodli využít vlastností QR kódu ve výstupu pro praxi, který bude součástí naší bakalářské práce. Vyrobili jsme leták, na který jsme umístili QR kód. Tento leták by měl propagovat prevenci proti vzniku závislosti zejména u mladých experimentátorů s omamnými látkami.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Drogy obklopují naši společnost již celou řadu let a s tím nás doprovází i problematika závislostí. Je jasné, že užívání drog s sebou nese mnohá rizika. Jedná se nejen o poškozování fyzického zdraví, ale také o potíže spojené se sociálním životem. Z příležitostných uživatelů se snadno mohou stát lidé na okraji společnosti, kteří přicházejí nejprve o rodinné a později i finanční zázemí, což často bývá spojeno se vznikem kriminality. Dalším problémem je pak ohrožení nákazou některými krví přenosnými infekčními chorobami. Postupem času proto začala vznikat zařízení, která mají za cíl zabránit vzniku závislosti a pomáhat lidem, kteří již drogám propadli. Jedná se o centra primární prevence, kontaktní centra a streetworkery, kteří pomáhají toxikomanům „brát drogy správně“ nebo se je snaží přimět k tomu, aby se své závislosti zbavili. Dále jsou to komunitní centra, kde pomáhají závislým odvykat a v neposlední řadě jsou to pak centra následné péče. V Plzeňském kraji existuje takových center hned několik.

V praktické části této práce se budeme zabývat hlavně zpracováním shromážděných dat z kontaktních center poskytujících nízkoprahové služby v Plzeňském kraji. Cílem je vytvořit ucelenou představu o tom, jaká je situace s drogovou závislostí v Plzeňském kraji, získat přehled o tom, jací klienti využívají služby těchto nízkoprahových center a cíleně podpořit prevenci proti užívání drog. Naším záměrem je vytvořit fungující preventivní kampaň, která bude zaměřena přímo na odpovídající skupinu klientů. Výzkumný problém tedy zní: Jaký je profil klientů nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji? Na základě tohoto šetření pak můžeme propagovat preventivní program, který bude zacílen přímo na jedince odpovídající tomuto zjištěnému profilu.

7 CÍLE A HYPOTÉZY

K výzkumnému problému jsme si tedy stanovili tři základní cíle:

Cíl 1: Zjistit zda jsou klienty nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji častěji muži nebo ženy.

Cíl 2: Zjistit na jakých drogách jsou klienti nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji nejčastěji závislí.

Cíl 3: Zjistit jaké testy na infekční nemoci přenášené krví se v nízkoprahových zařízeních pro drogově závislé v Plzeňském kraji provádějí.

K těmto cílům se vztahují následující hypotézy:

H1: Služby nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji vyhledávají více muži než ženy.

H2: Více než polovina klientů nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji je závislá na stimulačních drogách.

H3: Ve sledovaném období byl u drogově závislých proveden nejvyšší počet testů na onemocnění hepatitidou C.

8 METODIKA

Praktická část naší bakalářské práce je založena na kvantitativní formě výzkumu. Pro získání a zpracování informací jsme použili metodu srovnávání. Porovnávali jsme číselné údaje získané z výročních zpráv jednotlivých zařízení, která byla do šetření zahrnuta. Jednalo se o tři nízkoprahová zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji, a to Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Point 14 a spolek Ulice – agentura sociální práce, o.s. Tato zařízení poskytují služby v různém rozsahu. Jedná se o pomoc lidem závislým na nelegálních drogách, na alkoholu, na hraní hazardních her, nebo i osobám ohroženým prostitucí či kriminálním chováním. Do naší práce jsme zahrnuli pouze data z terénních programů a kontaktních center, týkající se problematiky užívání nelegálních drog.

Centra zveřejňují výroční zprávy za každý uplynulý rok. My jsme zpracovávali data za posledních pět let, tedy od roku 2010 do roku 2014. Sledovali jsme údaje ze tří center za pět let, dohromady jsme tedy shrnuli údaje z patnácti výročních zpráv. Nejprve jsme si do tabulek zaznamenali potřebné údaje o každém zařízení. Z těchto sjednocených údajů jsme pak mohli vyšetřit situaci pro celý Plzeňský kraj. Následně jsme ke každé z vytvořených tabulek přiřadili potřebné grafy.

Do šetření byla zahrnuta data nutná ke zhodnocení námi stanovených hypotéz. Především jsme sledovali údaje, potřebné k dosažení cíle našeho šetření. Tím je zhodnocení profilu klienta, na základě kterého budeme vytvářet výstup pro praxi naší bakalářské práce. Sledovali jsme následující body: pohlaví, průměrný věk, počet kontaktů s klienty, procentuální zastoupení závislostí na jednotlivých látkách a počet provedených testů na jednotlivé infekční onemocnění.

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do výzkumu byla zahrnuta tři nízkoprahová zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji. Jedná se o Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., Point 14 a spolek Ulice – agentura sociální práce, o.s.

Centrum protidrogové prevence a terapie (CPPT) zahrnuje preventivní programy pro dospívající, terénní program, drogové poradenství ve věznici, kontaktní centrum a program následné péče. Navíc také poskytuje poradenské a terapeutické služby pro osoby ohrožené hraním hazardních her. Toto centrum působí v Plzni od roku 1997 a sídlí v Plzenecké ulici 663/13 na Slovanech.

Organizace Point 14 je součástí mezinárodní křesťanské organizace, která v Plzni působí od roku 1994 a je propojena s činností Střediska křesťanské pomoci Plzeň, které provozuje zejména terapeutickou komunitu pro drogově závislé. Mimo to má organizace Point 14 vlastní protidrogový preventivní program, terénní program, provozuje kontaktní centrum a také středisko následné péče s možností chráněného bydlení. Toto sdružení sídlí v Husově ulici 14 v Plzni.

Naproti tomu spolek Ulice poskytuje především terénní program, kdy provozuje služby Harm reduction nejen pro drogově závislé, ale také v oblastech prostituce a v romských komunitách. Zároveň provozuje zařízení Substituční centrum Plzeň, které se zabývá léčbou závislostí na opiátech. Tento program byl založen roku 2001 a jeho sídlo se nachází v centru města v ulici Zbrojnická 2.

10 ZPRACOVÁNÍ UDAJŮ

Vybrané údaje jsme převedli do vyhovujících číselných hodnot a výsledky zaznamenali do tabulek, které jsme doplnili grafy. V tabulkách i grafech je znázorněn vývoj jednotlivých údajů v průběhu minulých pěti let.

10.1 Základní údaje

V následujících třech tabulkách najdeme základní údaje o klientech jednotlivých zařízení. Je zde zaznamenán celkový počet klientů, z toho procentuální zastoupení mužů a žen a průměrný věk klientů za posledních pět let. Následně jsou veškeré tyto údaje shrnuty v pěti grafech.

První tabulka znázorňuje základní údaje z Centra protidrogové prevence a terapie (CPPT) za uplynulých pět let.

Tabulka 1: Základní údaje CPPT

	2010	2011	2012	2013	2014
Počet klientů	514	548	531	482	547
Z toho mužů	52%	44%	57%	71%	63%
Z toho žen	48%	56%	43%	29%	37%
Průměrný věk	29	26	29	30	30

Ve druhé tabulce jsou znázorněny údaje o klientech z centra Point 14 za uplynulých pět let.

Tabulka 2: Základní údaje Point 14

	2010	2011	2012	2013	2014
Počet klientů	580	495	509	756	653
Z toho mužů	71%	86%	81%	52%	57%
Z toho žen	29%	14%	19%	48%	43%
Průměrný věk	30,5	30,5	29	29	31

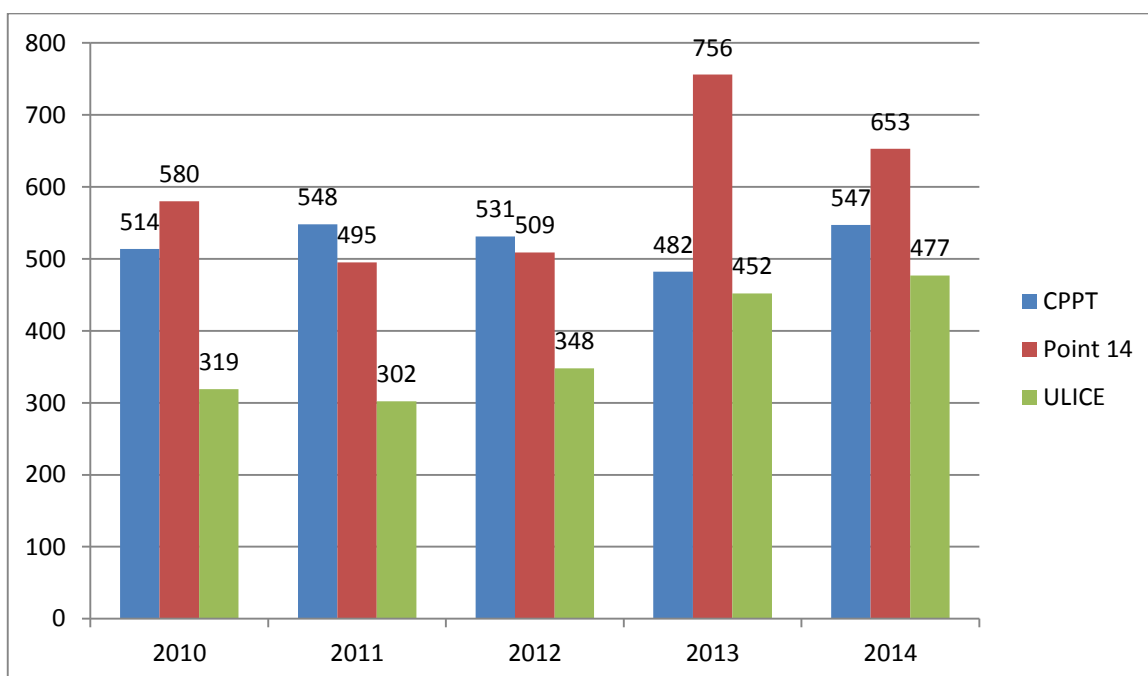
Třetí tabulka znázorňuje základní údaje o klientech spolku ULICE za uplynulých pět let.

Tabulka 3: Základní údaje ULICE

	2010	2011	2012	2013	2014
Počet klientů	319	302	348	452	477
Z toho mužů	76%	73%	75%	82%	78%
Z toho žen	24%	27%	25%	18%	22%
Průměrný věk	30	31	30	30	31,5

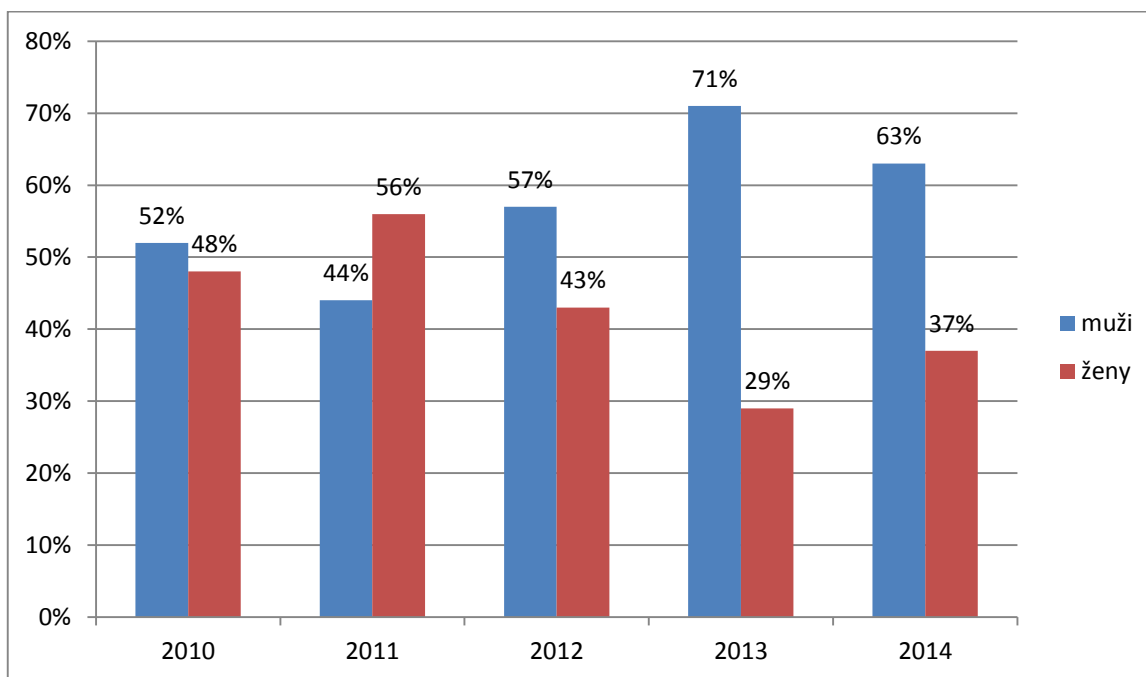
V prvním grafu jsou znázorněny počty klientů v uplynulých pěti letech. Každý barevný sloupec reprezentuje zastoupení klientů v jednotlivých zařízeních. Modrá barva znamená Centrum protidrogové prevence a terapie, červená Point 14 a zelená barva patří spolku Ulice.

Graf 1: Počty klientů



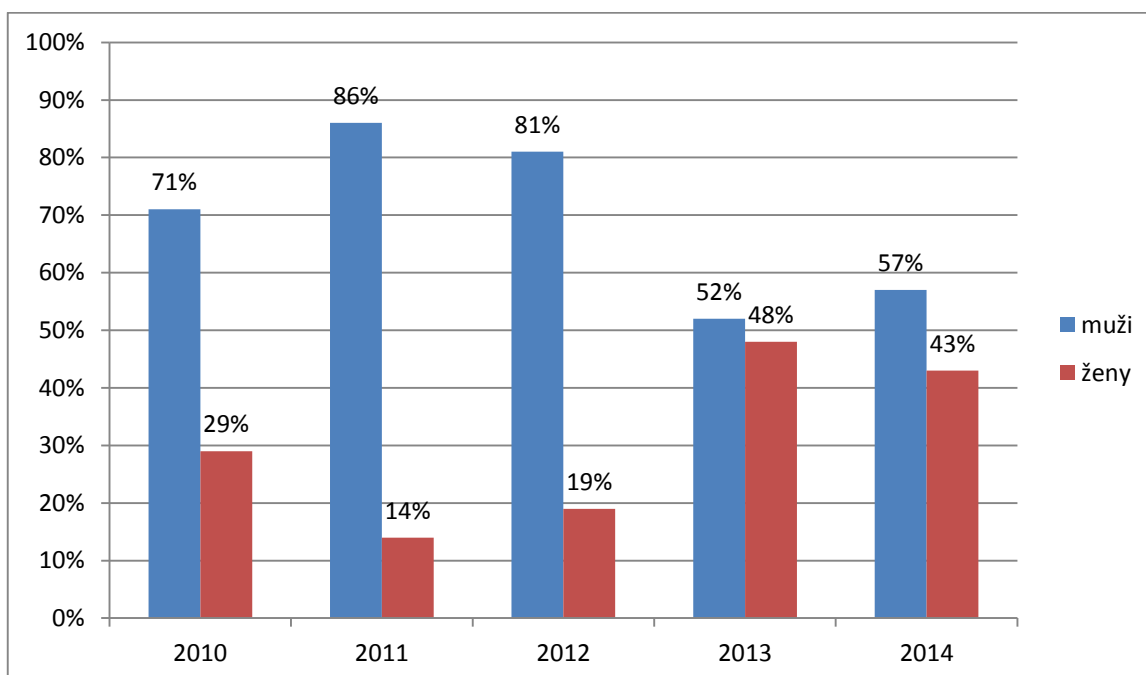
Druhý graf znázorňuje v procentech složení klientů Centra protidrogové prevence a terapie podle pohlaví za uplynulých pět let. Modrý sloupec označuje muže a červený ženy.

Graf 2: Pohlaví CPPT



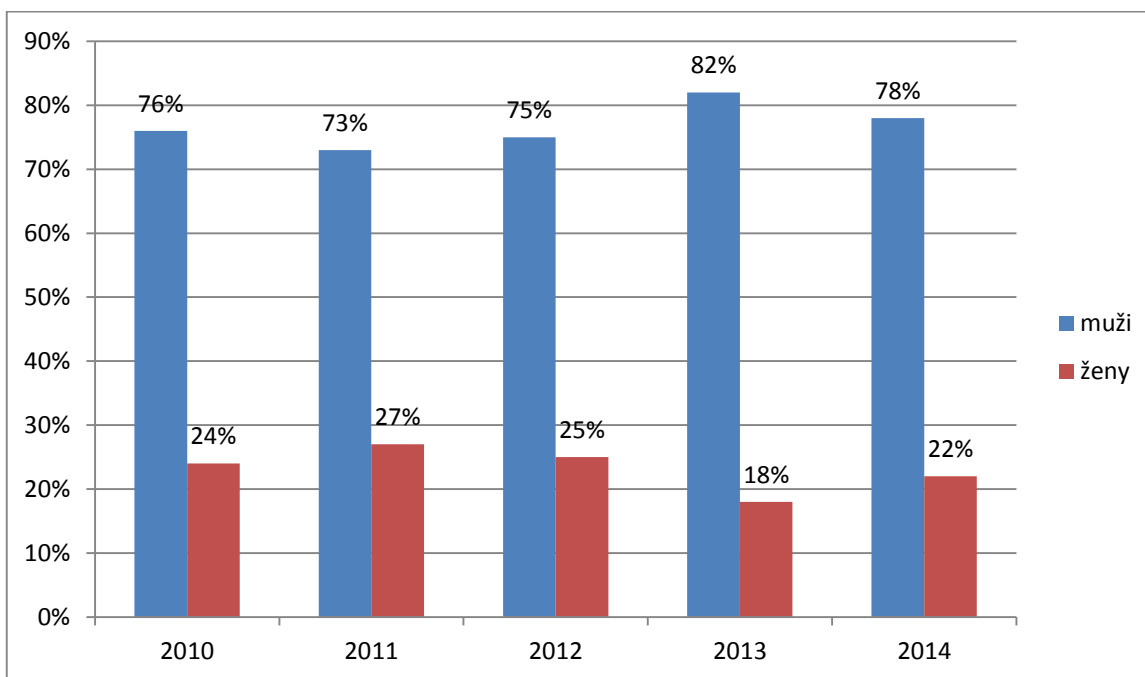
Následující graf zobrazuje opět procentuální rozložení podle pohlaví za uplynulých pět let, v tomto případě se jedná o organizaci Point 14. Modrý sloupec znázorňuje muže, červený ženy.

Graf 3: Pohlaví Point 14



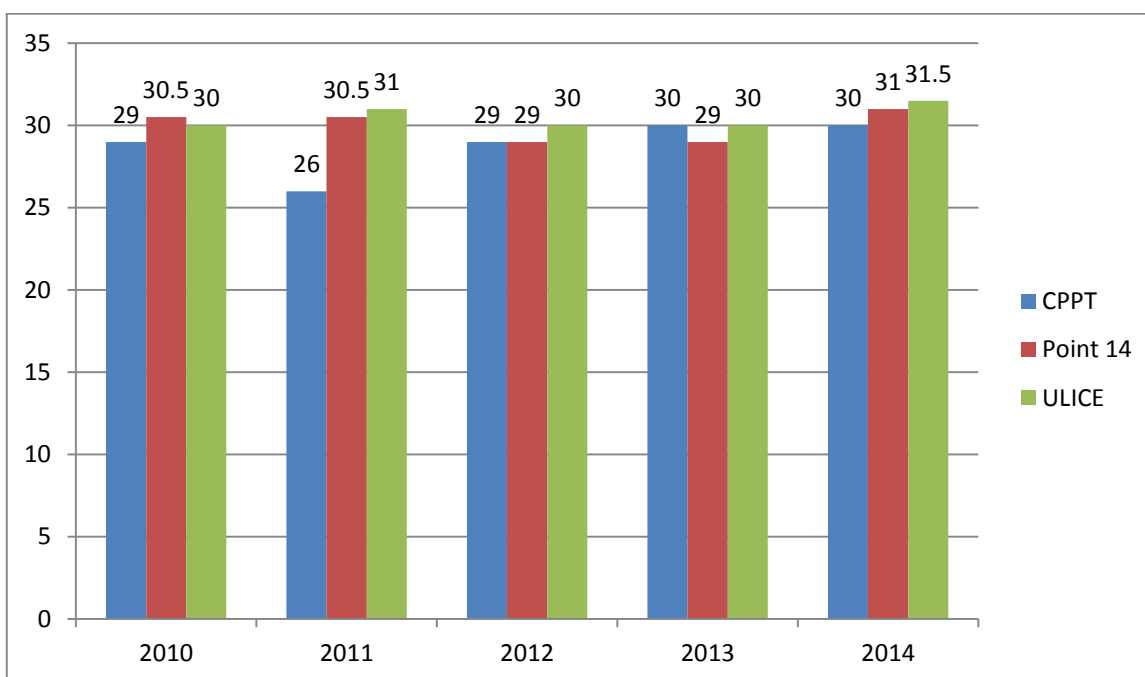
Ve čtvrtém grafu je zachyceno procentuelní rozložení pohlaví v posledním ze sledovaných zařízení, kterým je spolek Ulice. Modrý sloupec opět znázorňuje muže a červený ženy.

Graf 4: Pohlaví ULICE



Pátý graf zobrazuje průměrný věk v jednotlivých zařízeních za poslední pět let. Každý sloupec v grafu znázorňuje jedno ze zařízení.

Graf 5: Průměrný věk



10.2 Vyšetření na infekční onemocnění

Nyní se budeme blíže věnovat provedeným vyšetřením na tři nejčastěji testované infekční onemocnění. Jedná se o virus HIV a hepatitidy B a C. Informace o jednotlivých zařízeních jsou zaznamenány do tabulek a ke každé tabulce je zhotoven odpovídající graf.

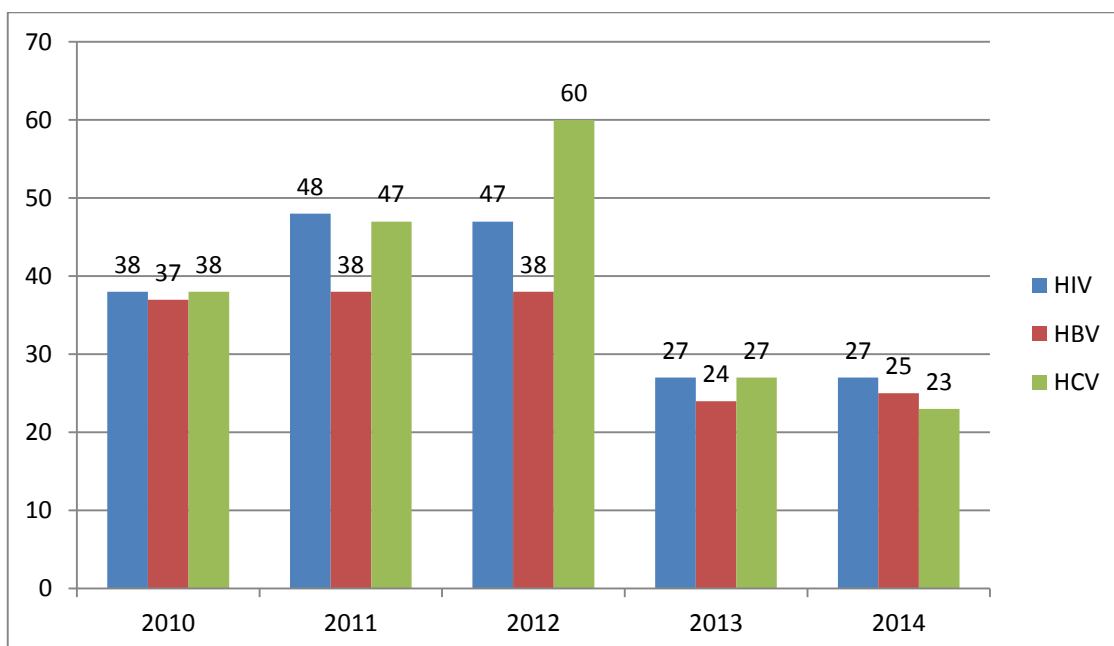
Ve čtvrté tabulce najdeme počty vyšetření na jednotlivé infekční choroby, která provedlo Centrum protidrogové prevence a terapie za posledních pět let.

Tabulka 4: Počty vyšetření CPPT

	2010	2011	2012	2013	2014
HIV	38	48	47	27	27
HBV	37	38	38	24	25
HCV	38	47	60	27	23

Graf s číslem šest znázorňuje počty provedených vyšetření v Centru protidrogové prevence a terapie za posledních pět let. Modrá barva znázorňuje virus HIV, červená hepatitidu B a zelená barva označuje počet provedených vyšetření na hepatitidu C.

Graf 6: Počty vyšetření CPPT



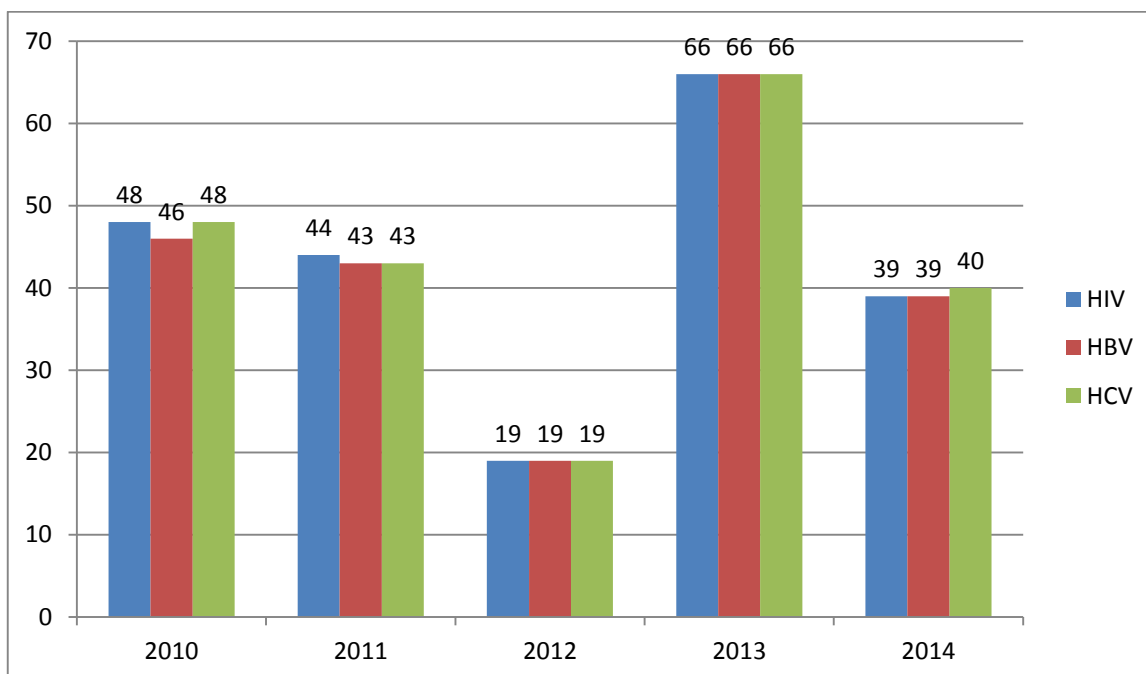
Následující tabulka sleduje počty provedených vyšetření za uplynulých pět let v centru Point 14. Opět sledujeme virus HIV a hepatitidy typu B a C.

Tabulka 5: Počty vyšetření Point 14

	2010	2011	2012	2013	2014
HIV	48	44	19	66	39
HBV	46	43	19	66	39
HCV	48	43	19	66	40

K tabulce číslo pět se vztahuje následující graf. Ten zobrazuje počty vyšetření na infekční onemocnění provedených spolkem Point 14 za posledních pět let. Virus HIV je označen modrou, hepatitida B červenou a hepatitida C zelenou barvou.

Graf 7: Počty vyšetření Point 14



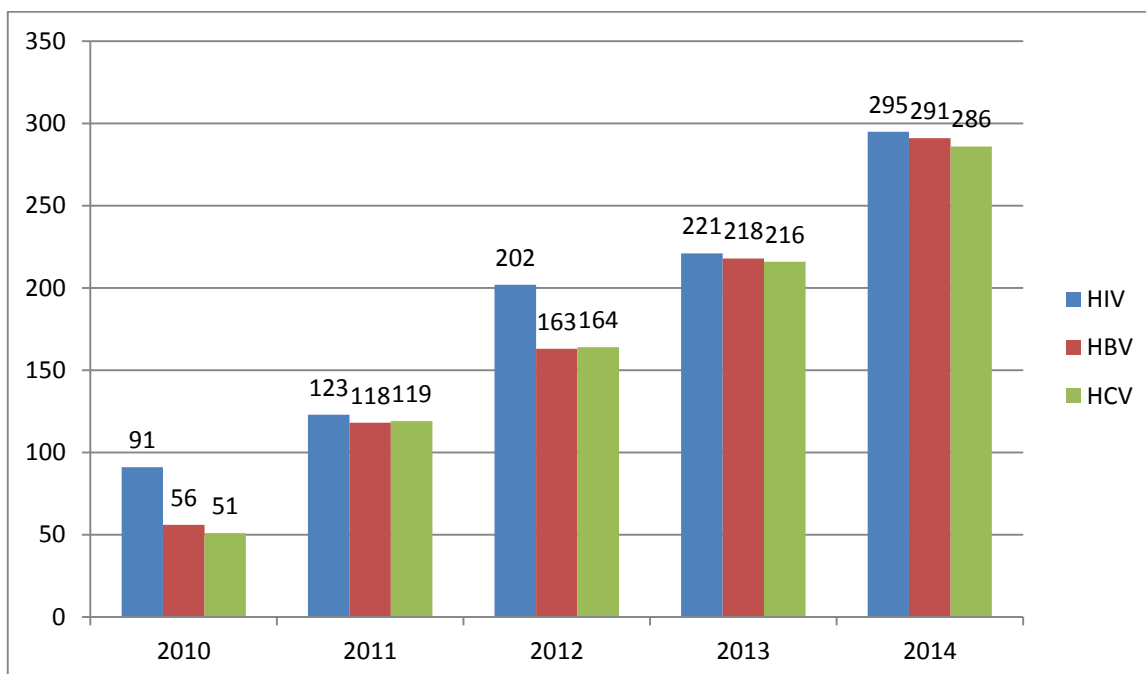
K poslednímu sledovanému spolku Ulice se vztahuje tabulka číslo šest. Je v ní zapsán počet provedených vyšetření na infekční onemocnění za posledních pět let.

Tabulka 6: Počty vyšetření ULICE

	2010	2011	2012	2013	2014
HIV	91	123	202	221	295
HBV	56	118	163	218	291
HCV	51	119	164	216	286

K Předchozí tabulce se vztahuje následující graf. Jsou zde modře zobrazeny počty vyšetření na onemocnění virem HIV, červeně počty vyšetření na onemocnění hepatitidou B a zelenou barvou počty vyšetření na onemocnění hepatitidou C.

Graf 8: Počty vyšetření ULICE



10.3 Užívané látky

Nyní budeme sledovat rozložení omamných látek, na kterých byli klienti jednotlivých nízkoprahových center závislí. Jednotlivé látky jsou znázorněny v procentech z celkového počtu klientů zařízení za daný rok.

V tabulkách s názvem Užívané látky jsou na posledním řádku ostatní látky, na kterých jsou klienti zařízení závislí, jedná se mimo jiné také o alkohol nebo například léčiva. Některá zařízení sem zařazují i gambling, tedy závislost na hraní hazardních her.

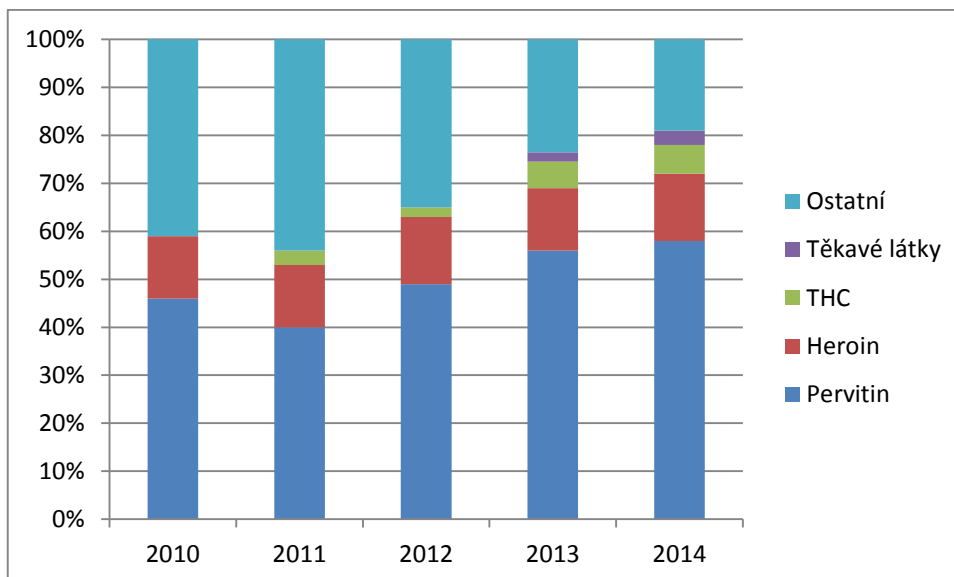
Následující tabulka znázorňuje procentuální rozložení látek, na kterých byli v uplynulých pěti letech klienti CPPT závislí. Písmeno „X“ v tabulce znamená, že v daném roce nebyl nikdo z klientů na této látce závislí.

Tabulka 7: Užívané látky CPPT

	2010	2011	2012	2013	2014
Pervitin	46%	40%	49%	56%	58%
Heroin	13%	13%	14%	13%	14%
THC	X	3%	2%	5,5%	6%
Těkavé látky	X	X	X	2%	3%
Ostatní	41%	44%	35%	23,5%	19%

Údaje s předchozí tabulky jsme zadali do následujícího grafu. Ke každému roku je přiřazen sloupec složený z barevných oddílů, kde každá barva znázorňuje jednu drogu.

Graf 9: Užívané látky CPPT



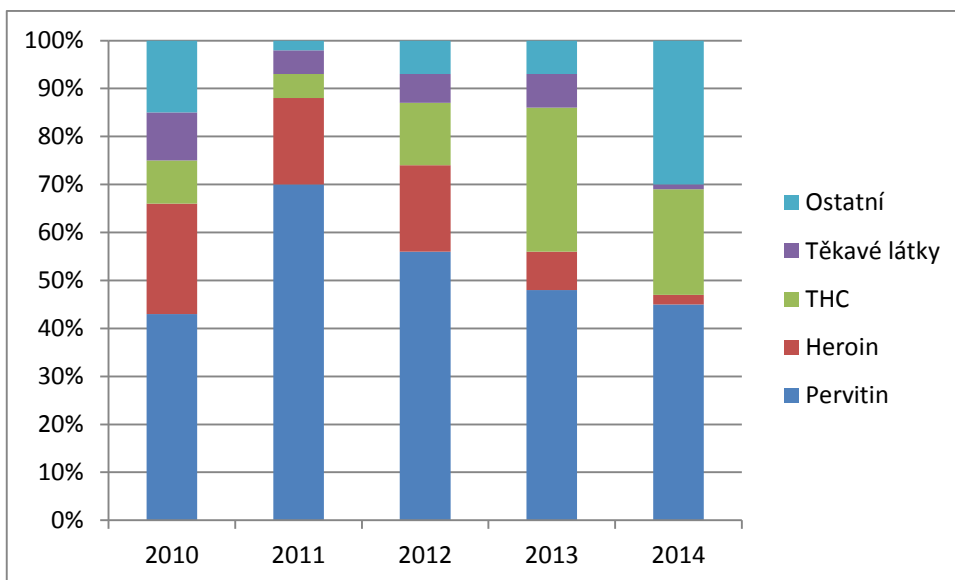
Tabulka číslo osm znázorňuje procentuální rozložení jednotlivých druhů omamných látek, na kterých byli klienti centra Point 14 za uplynulých pět let závislí.

Tabulka 8: Užívané látky Point 14

	2010	2011	2012	2013	2014
Pervitin	43%	70%	56%	48%	45%
Heroin	23%	18%	18%	8%	2%
THC	9%	5%	13%	30%	22%
Těkavé látky	10%	5%	6%	7%	1%
Ostatní	15%	2%	7%	7%	30%

Graf deset znázorňuje barevně jednotlivé drogy, na kterých byly, v průběhu minulých pěti let, klienti centra Point 14 závislí.

Graf 10: Užívané látky Point 14



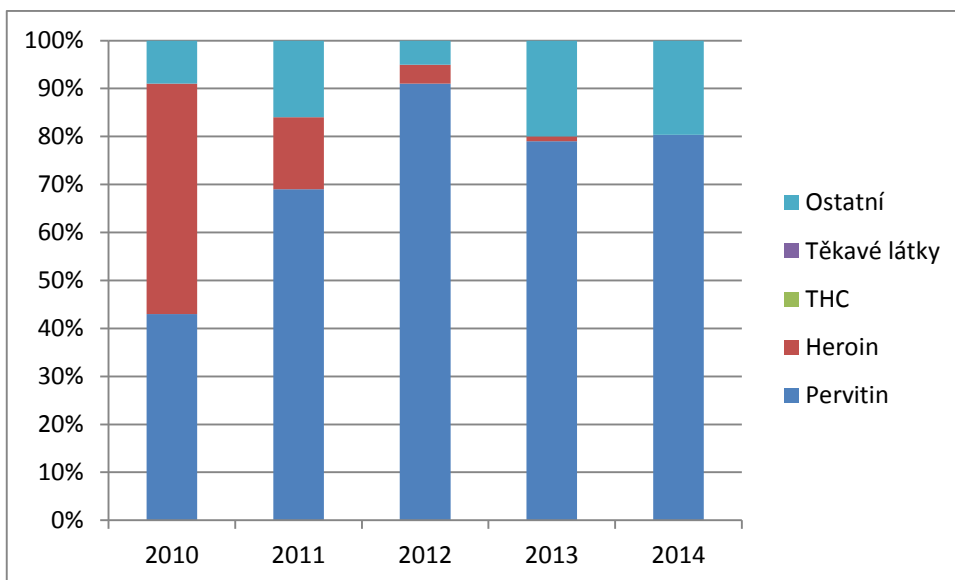
Tabulka devět, zobrazuje procentuální rozložení omamných látek, na kterých byli závislí, za uplynulých pět let, klienti spolku Ulice.

Tabulka 9: Užívané látky ULICE

	2010	2011	2012	2013	2014
Pervitin	43%	69%	91%	79%	81%
Heroin	48%	15%	4%	1%	0.2%
THC	X	X	X	X	X
Těkavé látky	X	X	X	X	X
Ostatní	9%	16%	5%	20%	19,8%

K deváté tabulce se váže následující graf, který barevně označuje zastoupení jednotlivých drog, na kterých byli klienti spolku Ulice, za posledních pět let, závislí.

Graf 11: Užívané látky ULICE



10.4 Shrnutí údajů pro Plzeň

Nyní si shrneme získané údaje do tabulek, které budou vypovídat o situaci za celý Plzeňský kraj za období posledních pěti let. Výsledkem dostaneme charakteristický profil uživatele drog v Plzeňském kraji a následně můžeme na základě tohoto profilu cílit naši preventivní kampaň správným směrem.

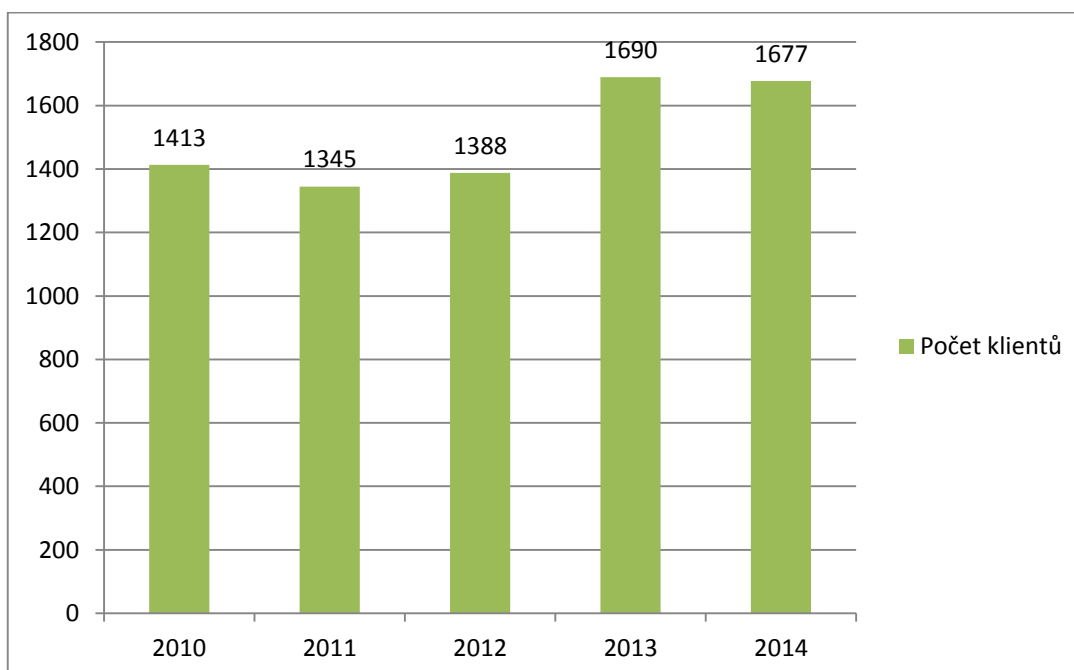
Následující tabulka zobrazuje shrnutí základních údajů o všech klientech nízkoprahových zařízení za posledních pět let. Najdeme zde celkové počty klientů, procentuální zastoupení mužů a žen a jejich průměrný věk.

Tabulka 10: Základní údaje Plzeň

	2010	2011	2012	2013	2014
Počet klientů	1 413	1 345	1 388	1 690	1 677
Z toho mužů	65%	66%	70%	65%	73%
Z toho žen	35%	34%	30%	35%	27%
Průměrný věk	30	29	29	30	31

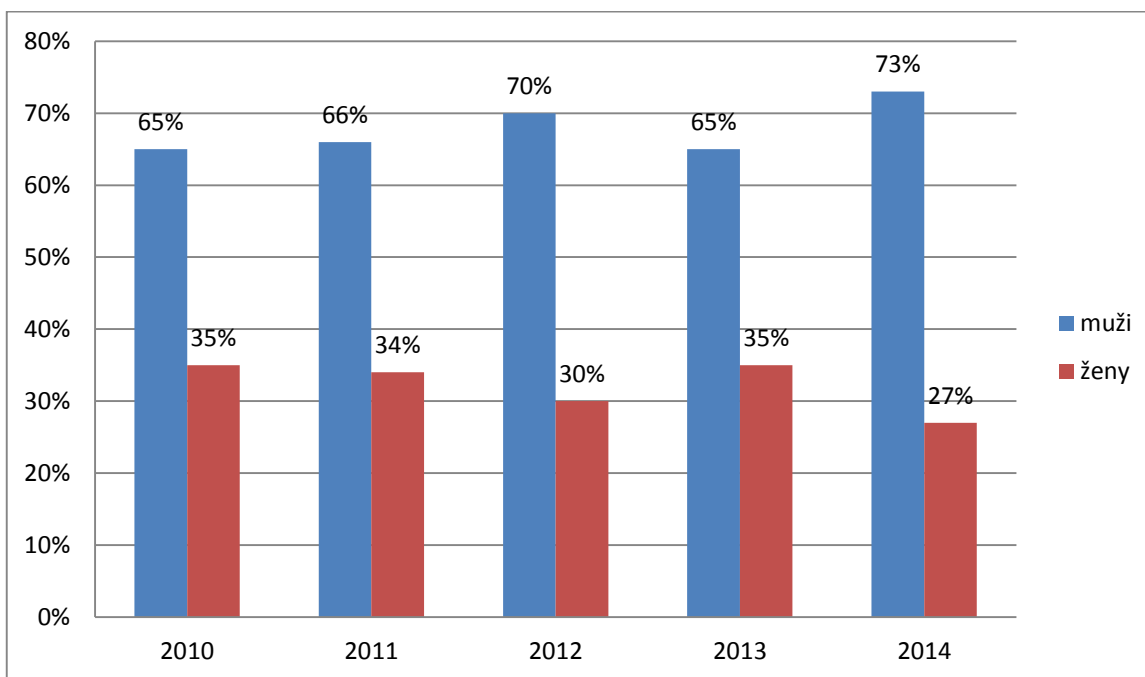
V následujícím grafu je přehledně zobrazen celkový počet klientů nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji za uplynulých pět let.

Graf 12: Počet klientů



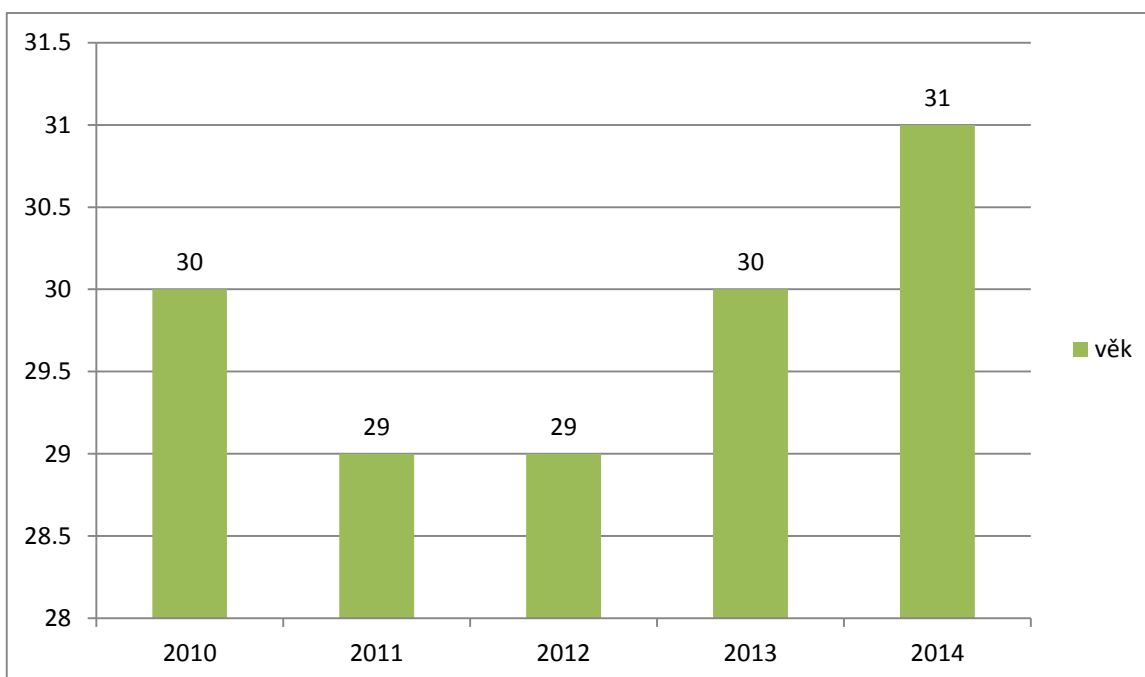
V grafu třináct je v procentech zobrazen celkový počet mužů a žen z celkového počtu klientů nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji za uplynulých pět let.

Graf 13: Pohlaví klientů



V grafu čtrnáct pak najdeme zobrazení průměrného věku klientů nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji za uplynulých pět let

Graf 14: Věk klientů



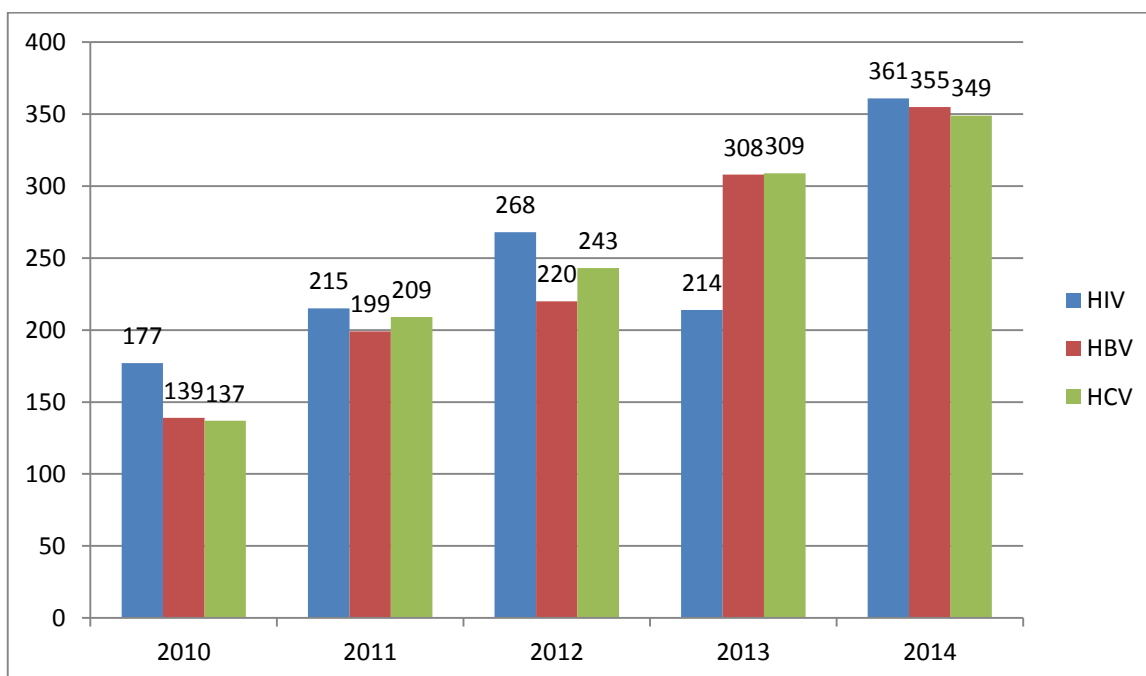
Nyní následuje tabulka, která znázorňuje celkové počty provedených vyšetření na infekční onemocnění provedená v nízkoprahových zařízeních v Plzeňském kraji za uplynulých pět let

Tabulka 11: Počty vyšetření na infekční onemocnění

	2010	2011	2012	2013	2014
HIV	177	215	268	314	361
HBV	139	199	220	308	355
HCV	137	209	243	309	349

Zde jsou graficky znázorněny informace z předchozí tabulky. Každé z onemocnění je označeno jinou barvou. Modrý sloupec představuje onemocnění virem HIV, červený onemocnění hepatitidou B a zelený hepatitidou C.

Graf 15: Počet vyšetření na infekční onemocnění



Poslední tabulka nám shrnuje všechny údaje o závislostech na jednotlivých drogách. Údaje jsou zapsány v procentech z celkového počtu klientů všech nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji za uplynulých pět let.

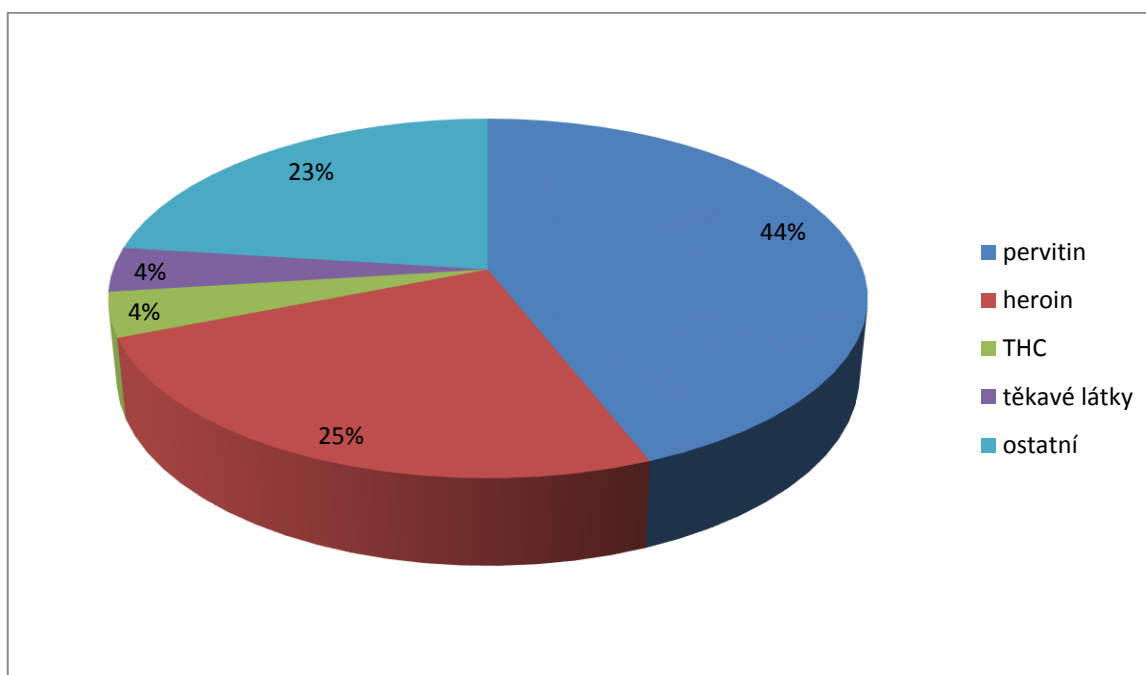
Tabulka 12: Užívané látky

	2010	2011	2012	2013	2014
Pervitin	44%	57%	62%	58%	59%
Heroin	25%	15%	13%	8%	5%
THC	4%	3%	6%	15%	10%
Těkavé látky	4%	2%	2%	3%	1%
Ostatní	23%	23%	17%	16%	25%

Následující grafy se vztahují k předchozí tabulce. Každý z grafů v procentech zobrazuje, na kterých drogách byli klienti nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji za uplynulých pět let závislí. Každá droga je označena jinou barvou.

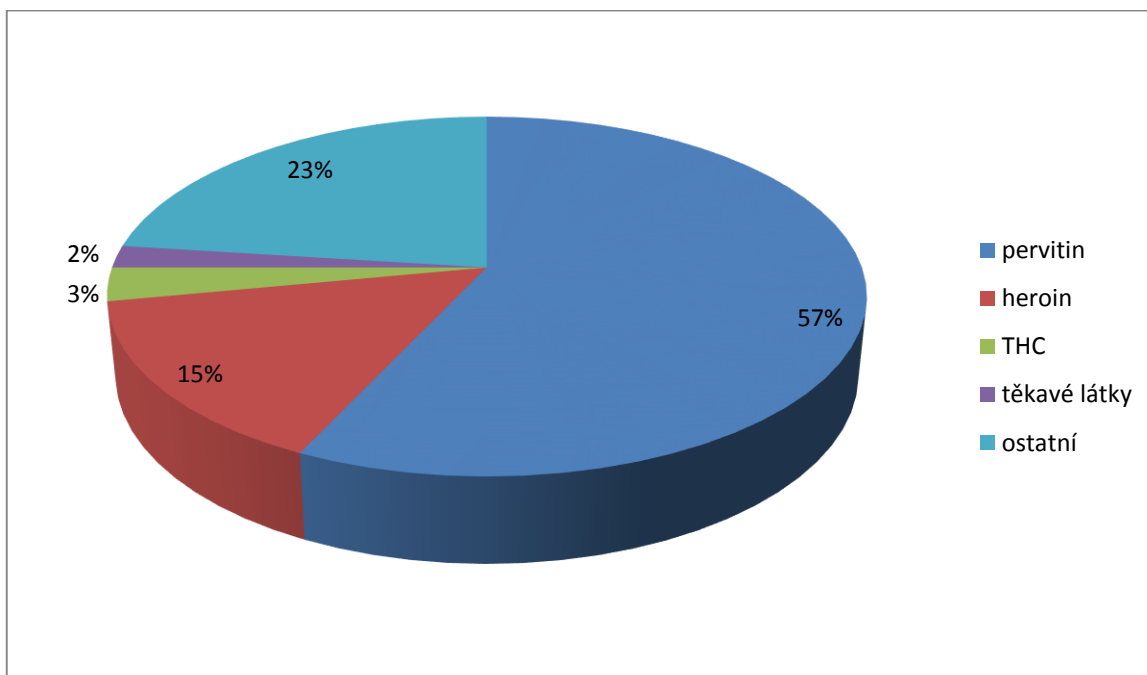
Graf šestnáct zobrazuje situaci v nízkoprahových centrech pro Plzeňský kraj v roce 2010.

Graf 16: Rok 2010



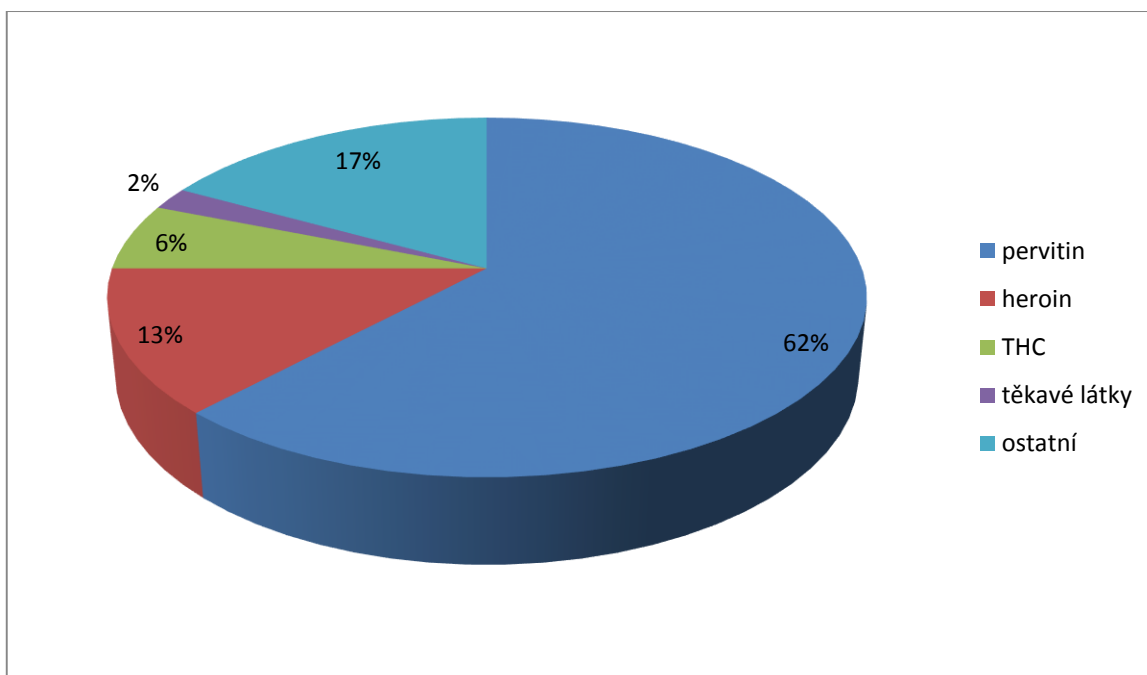
Graf sedmnáct zobrazuje situaci závislosti na drogách v Plzeňském kraji pro rok 2011.

Graf 17: Rok 2011



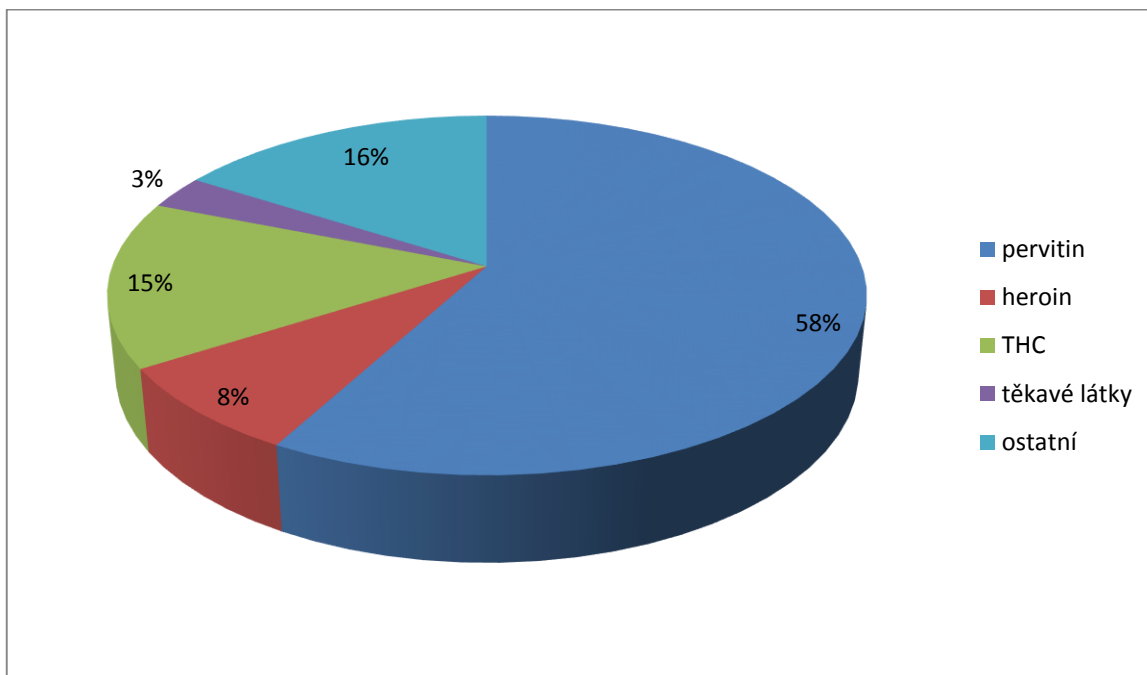
Osmnáctý graf znázorňuje situaci závislosti na jednotlivých drogách v Plzeňském kraji pro rok 2012.

Graf 18: Rok 2012



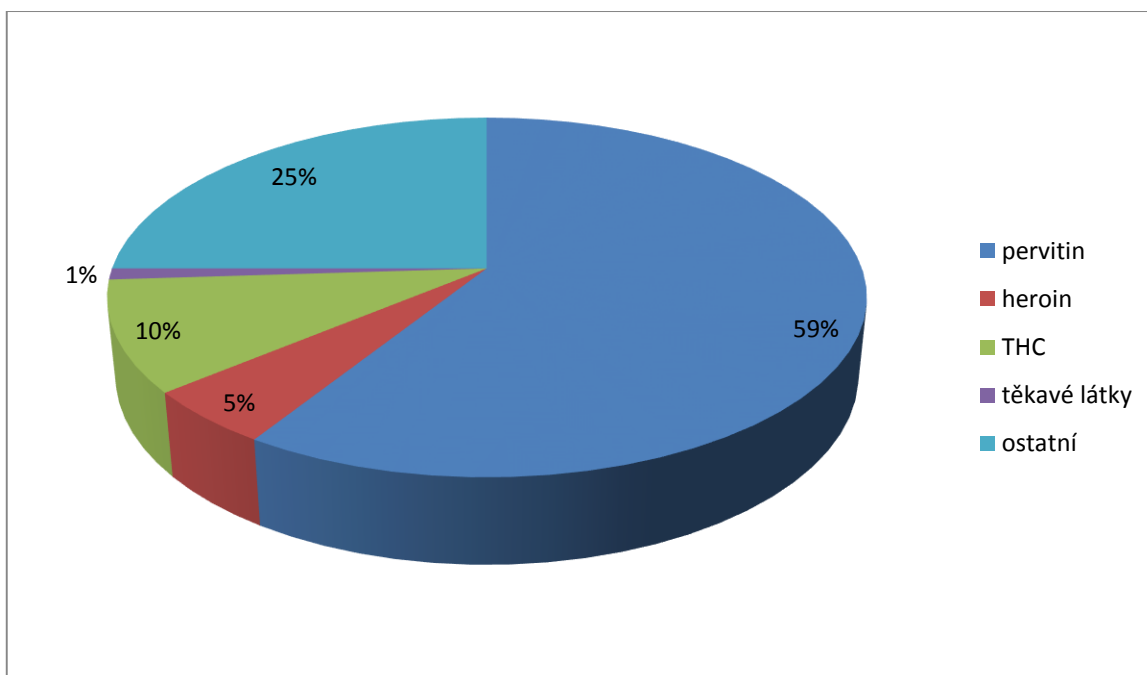
Situace závislosti na drogách v Plzeňském kraji pro rok 2013 je zobrazena v následujícím grafu.

Graf 19: Rok 2013



Graf sedmnáct zobrazuje situaci závislosti na drogách v Plzeňském kraji pro rok 2011.

Graf 20: Rok 2014



11 DISKUSE

Cílem naší práce bylo zmapovat jednotlivá nízkoprahová zařízení poskytující služby drogově závislým na území Plzeňského kraje. V předchozí kapitole jsme shrnuli informace, které jsme o jednotlivých zařízeních získali. Díky tomuto shrnutí nyní můžeme vyhodnotit pravdivost hypotéz, které jsme si stanovili na začátku bakalářské práce společně s cíli. Do šetření byla zahrnuta tři zařízení, jedná se o Centrum protidrogové prevence a terapie, centrum Point 14, a agenturu sociální práce – Ulice. Tato zařízení jsme vybrali, protože poskytují protidrogové služby pro Plzeňský kraj a nabízejí pro klienty terénní programy a kontaktní centra, na které jsme se v našem výzkumu soustředili. V práci jsme porovnávali dostupná data za posledních pět let, tedy od roku 2010 do roku 2014. Domníváme se, že rozsah pěti let je dostačující pro vyhodnocení námi stanovených hypotéz.

První hypotéza, kterou jsme si stanovili, se týkala pohlaví klientů, předpokládali jsme, že muži vyhledávají pomoc v nízkoprahových zařízeních častěji než ženy.

H1: Služby nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji vyhledávají muži více než ženy.

Naše statistika tuto hypotézu potvrdila. Podle Grafu 13: Pohlaví klientů je zřejmé, že nejméně 65% klientů v zařízeních byli muži. Jejich nejvyšší počet jsme zaznamenali v roce 2014 a to 73%. V tomto roce bylo ve všech třech zařízeních dohromady 1 677 klientů a z toho 1 224 osob byli muži. Hypotéza 1 tedy byla potvrzena.

Hypotéza druhá se týkala typu drog, na kterých jsou klienti závislí nejčastěji. Domníváme se, že nejrozšířenější drogou v Plzeňském kraji je pervitin, proto předpokládáme, že většina toxikomanů užívá stimulační drogy.

H2: Více než polovina klientů nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji je závislá na stimulačních drogách.

Touto hypotézou se zabýváme především v Tabulce 12: Užívané látky a pak v následujících pěti grafech, které vyhodnocují jednotlivé sledované roky z hlediska četnosti užívání jednotlivých drog. Z těchto grafů je možné zhodnotit platnost druhé hypotézy. Ve většině případů skutečně více než polovina klientů užívala jako základní drogu pervitin, tedy stimulační drogu. Jedinou výjimkou je rok 2010, kdy celkově bylo

44% klientů závislých na metamfetaminu, což je méně než polovina, proto nebyla hypotéza 2 za rok 2010 potvrzena. Přesto však i v tomto roce tvoří uživatelé pervitinu největší skupinu. V ostatních čtyřech hodnocených letech byla více než polovina klientů závislá na pervitinu a hypotéza 2 tedy byla potvrzena.

Jako poslední hypotézu jsme stanovili, že nejčastěji se u drogově závislých provádí, testy na onemocnění hepatitidou C. Testování je samozřejmě dobrovolné, protože je však právě HCV nejčastějším infekčním onemocněním způsobené injekčním užíváním drog, předpokládáme, že se na něj klienti nechávají nejvíce testovat.

H3: Ve sledovaném období byl u drogově závislých proveden nejvyšší počet testů na onemocnění hepatitidou C.

Ke zhodnocení této hypotézy jsme vytvořili Tabulku 11 a Graf 15: Počty vyšetření na infekční onemocnění. Celkově se počty na jednotlivá onemocnění od sebe příliš neliší. Je zřejmé, že pokud se klient nechává testovat, většinou se provádějí testy na více onemocnění, to však nemusí být vždy pravidlem. Za uplynulých pět let bylo celkově provedeno 1 335 testů na HIV 1 221 testů na HBV a 1 247 testů na HCV. Z toho tedy vyplývá, že nejčastěji je prováděno testování na HIV. Hepatitida C je v četnosti až druhá v pořadí a za ní jako třetí hepatitida B. Jedině v roce 2013 bylo provedeno nejvíce testů na HCV. Tímto tedy byla Hypotéza 3 vyvrácena.

Mimo jiné jsme do vyhodnocování výsledků zahrnuli také věk klientů. Podle výsledného Grafu 14 je zřejmé, že průměrný věk se pohybuje kolem 30 let. Tato informace se však týká hlavně klientů třech sledovaných zařízení, která poskytují služby dospělým osobám. Problematika závislosti na omamných látkách se bohužel dotýká také dětí a mladistvých, těm však poskytují pomoc jiná zařízení, která do našeho šetření nebyla zahrnuta.

Cílem naší práce bylo především zhodnotit klienty nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji. Díky šetření, které jsme provedli, se nám podařilo splnit tento cíl. Zjistili jsme tedy, že profilu klienta odpovídá třicetiletý muž závislý na stimulační látce pervitinu. Na tomto výsledku můžeme nyní postavit naši preventivní kampaň, kterou budeme cílit na tuto nejvíce ohroženou skupinu.

12 VÝSTUP PRO PRAXI

V naší společnosti jsme všichni čím dál více obklopováni novými informačními technologiemi a moderními způsoby komunikace. Tyto technologie mají velký potenciál i v prevenci proti užívání drog a to především proto, že jsou využívány zejména mladými lidmi, kteří jsou nejvíce ohroženi drogovou závislostí. Například telefonické poradny fungují již řadu let a v poslední době začínají klienti také využívat možnosti internetových poraden.

V rámci výstupu pro praxi v naší bakalářské práci jsme se rozhodli využít možnosti těchto nových technologií a použili jsme QR kód, který jsme umístili na námi vytvořený leták. Ten by měl sloužit jako prostředek sekundární prevence zejména pro mladistvé, kteří začínají nebo už začali experimentovat s drogami.

Po zhodnocení výsledků našeho šetření, jsme zjistili, že pomoc nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji nejčastěji vyhledávají muži ve věku kolem třiceti let. Celkově se tedy jedná o mladé lidi, kteří jsou závislí na droze. Je však jasné, že od prvních experimentů s drogami ke vzniku závislosti, uběhne určitá doba. Naším záměrem je cílit prevenci právě na ty mladé lidi, ze kterých by se za několik let mohli stát drogově závislí klienti nízkoprahových center. Proto naši kampaň zaměřujeme na mladé lidi. Naš leták by měl upoutat pozornost toho, kdo již má s drogou nějakou zkušenost a pokusit se ho od dalších pokusů odradit dříve, než se stane závislým.

Většina mladých lidí v dnešní době má mobilní telefon, který nosí všude s sebou. Zároveň se jedná o věkovou skupinu, která je nejvíce ohrožena užíváním drog. Právě mladiství začínají nejčastěji experimentovat s drogami a to z nejrůznějších důvodů. Snažíme se tedy zacílit prevenci na mladé jedince, kteří již drogu vyzkoušeli, ale pravděpodobně si neuvědomují riziko, v jakém se ocitli.

Samotný leták je velice jednoduchý, je na něm jediná věta „Baví tě drogy?“ a pod ní je QR kód. (viz příloha 1) Po načtení kódu se na mobilním telefonu zobrazí následující text:

NENECH SE TÍM OVLÁDAT!

Zastav, dokud je čas! Odhodlej se a zavolej.

CPPT: 377 421 034

POINT 14: 728 243 690

SPOLEK ULICE: 728 243 690

ZÁVĚR

V naší bakalářské práci na téma „Možnosti nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v Plzeňském kraji“ jsme se zabývali především problematikou užívání drog a její prevencí. Cílem celé naší práce bylo především zmapovat možnosti a rozsah služeb jednotlivých nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji. V teoretické části práce, jsme se v první řadě věnovali nízkoprahovým zařízením, a poté jsme se zaměřili na drogovou problematiku. Vysvětlili jsme základní pojmy jako například droga, užívání, zneužívání nebo závislost, zmínili jsme se i o drogové historii a následně jsme přehledně rozdělili široké spektrum omamných látek a to podle jejich účinků na lidský organismus. V poslední kapitole teoretické části se zaměřujeme na prevenci, a to jak primární, která má za cíl zabránit prvotnímu kontaktu uživatele s drogou, tak i prevenci sekundární a terciární, které se potýkají s pomocí těm, kteří již drogu vyzkoušeli.

V praktické části práce jsme vytvořili vlastní statistiku, která hodnotí výsledky práce tří nízkoprahových zařízení pro drogově závislé v průběhu posledních pěti let. Vybrali jsme tato konkrétní zařízení: Centrum protidrogové prevence a terapie o.p.s., Point 14 a spolek Ulice – agentura sociální práce o.s. Tato zařízení byla do výzkumu zahrnuta, protože poskytují terénní programy a kontaktní centra pro drogově závislé, které jsme chtěli v první řadě hodnotit, a zároveň všechna tato zařízení provozují svoji činnost na území Plzeňského kraje. Veškeré informace potřebné k vytvoření naší statistiky jsme získali z výročních zpráv jednotlivých zařízení a po jejich zpracování jsme výsledná data zapsali do tabulek a k nim vytvořili příslušné grafy. Na základě takto zpracovaných informací jsme dospěli k několika závěrům. Potvrdila se nám hypotéza, podle které jsme předpokládali, že muži jsou častějšími uživateli drog a zároveň jsme zjistili, že nejčastěji užívanou drogou je pervitin. Na druhou stranu jsme očekávali, že jako nejčastější infekční onemocnění u injekčních uživatelů drog, bude hepatitida C nejvíce testovanou nemocí, tento předpoklad se nám ovšem nepotvrdil.

Získané výsledky by měli rozšířit povědomí o možnostech a službách nízkoprahových zařízení v Plzeňském kraji. Naše šetření obsahuje specifické výsledky týkající se Plzeňského kraje a těch je možné využít ke zlepšení drogové situace v našem městě. Proto jsme na základě získaných informací, jako výstup pro praxi, vytvořili leták, zaměřující se na sekundární prevenci pro mladistvé, kteří začínají experimentovat s drogami. Naším cílem je v tomto případě zabránit tomu, aby se tito mladí lidé, stali, jako mnozí jiní, závislými na drogách jen z vlastní zvědavosti a nerozvážnosti.

Počet drogově závislých osob bohužel neustále roste. Přestože je zřejmé jaké škody na lidském zdraví závislost způsobuje, stále se v naší společnosti vyskytují lidé, kteří se nebojí s drogami začít experimentovat. Tito lidé jsou často přesvědčení o tom, že se sami nemohou stát závislými, protože věří, že jsou dostatečně silní a drogu budou užívat jen rekreačně. Už v té chvíli se však ocitají na tenkém ledě a neuvědomují si, jak snadno se mohou propadnout do závislosti. Pokud se tak skutečně stane a tato osoba se s tím odmítne smířit, následuje dlouhý a velice těžký souboj, který člověk musí vést především sám se sebou. Proto je velice důležité investovat nejvíce prostředků již do primární prevence a také využít všech možností, včetně těch nejmodernějších, k tomu, abychom přesvědčili lidi, že zkoušet jakékoliv drogy se nevyplatí.

LITERATURA A PRAMENY

Knižní zdroje:

1. **Blažejovský, Marek. 2015.** *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN: 978-80-7478-903-8.
2. **Goodyer, Paula. 2001.** *Drogy + teenager*. Praha : Slovanský dům, 2001. ISBN: 80-86421-44-9.
3. **Jedlička, Richard. 2004.** *Děti a mladiství v obtížných životních situacích: Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha : Themsis, 2004. ISBN: 80-7312-038-0.
4. **Kalina, Kamil. 2003.** *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN: 80-86734-05-6.
5. **Kalina, Kamil. 2001.** *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova, 2001. ISBN: 80-238-8014-4.
6. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně: příležitost pro dobrovolníky bez rozdílu věku*. Plzeň: Město Plzeň, 2006.
7. **Mahdalíčková, Jana. 2014.** *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN: 978-80-7478-589-4.
8. **Milovský, Michal. 1996.** *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice : Albert, 1996. ISBN: 80-85834-35-9.
9. **Nešpor, Karel. 2003.** *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2003. ISBN: 80-7178-831-7.
10. **Nožina, Miroslav. 1997.** *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP - Koniash Latin Press, 1997. ISBN: 80-85917-36-X.
11. **Saunders, Nicholas. 1996.** *Extáze & Techno scéna*. Brno : Jota, 1996. ISBN: 80-85617-93-5.
12. **Stafford, Peter. 1997.** *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha : Volvox Globator, 1997. ISBN: 80-7207-057-6.

13. **Stone, Trevor a Gail Darlingtonová. 2003.** *Léky, drogy, jedy*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1065-3.
14. **Šedivý, Václav a Helena Válková. 1988.** *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988. ISBN 28 049 88.
15. **Vybíral, Zbyněk. 2000.** *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-291-2.

Zahraniční zdroje:

1. **Bruce Edelfield, Tracey J. Moosa. 2012.** *Drug abuse*. New York : Rosen Publishing, 2012. ISBN: 987-1-4488-4590-3.
2. **Richard Wilson, Cheryl Kolander. 2011.** *Drug Abuse Prevention*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2011. ISBN: 978-0-7637-7158-4.

Internetové zdroje:

1. **Česká společnost AIDS pomoc. 2014.** Příznaky a stadia HIV infekce. *hiv prevence*. [Online] 2014. [Citace 7. 3. 2016] <http://www.hiv-prevence.cz/priznaky-a-stadia-hiv-infekce.html>
2. **ČR, Úřad vlády. 2016.** Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. *Agentura pro sociální začleňování*. [Online] 2016. [Citace: 29. 1. 2016.] <http://www.socialni-zaclenovani.cz/nizkoprahova-zarizeni-pro-deti-a-mladez>.
3. **MeDitorial. 2016.** Jak jsou drogy užívány. *Substituční léčba*. [Online] MeDitorial, 2016. [Citace: 3.. 2. 2016.] <http://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany>. 1804-0799.
4. **Minařík, Jakub. 2009.** O drogách obecně. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 5. 2. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.
5. **Orlíková, Barbora. 2009.** Alkohol. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 5. 2. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/alkohol.html>.
6. **Orlíková, Barbora. 2009.** Primární prevence. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 10. 2. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>.

7. **Orlíková, Barbora. 2009.** Streer work, K-centra. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 25. 1. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>.
8. **Podané ruce. 2009.** Cannabis. *Podané ruce*. [Online] 2009. [Citace: 5. 2. 2016.] <http://www.extc.cz/cannabis.html>.
9. **Podané ruce. 2009.** Heroin. *Podané ruce*. [Online] 2009. [Citace: 6. 2. 2016.] <http://www.extc.cz/heroin.html>.
10. **Podané ruce. 2009.** LSD, Trip. *Podané ruce*. [Online] 2009. [Citace: 7. 2. 2016.] <http://www.extc.cz/lsd-trip.html>.
11. **Podané ruce. 2009.** Pervitin. *Podané ruce*. [Online] 2009. [Citace: 7. 2. 2016.] <http://www.extc.cz/pervitin.html>.
12. **Sananim. 2009.** Hepatitidy. *Sananim - drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 7. 3. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-a-nemoci/hepatitidy.html>.
13. **Sananim. 2009.** Tabák. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 5. 2. 2016.] <http://www.drogovaporadna.cz/tabak.html>.
14. **Šošolík, Petr. 2013.** O QR kódu. *QR kód rychlé a efektivní předání informací do mobilu*. [Online] 2013. [Citace: 22. 3. 2016.] <http://www.qikni.cz/o-qr-kodu.html>.
15. **Trejbal, Tomáš. 2014.** Co je QR-kód?. *QR-KODY.cz* [Online] 2014. [Citace: 16. 3. 2016.] <http://www.qr-kody.cz/qr-kod>
16. **Zuda, Tomáš. 2009.** Opiáty - historie. *Sananim - Drogová poradna*. [Online] 2009. [Citace: 1. 3. 2016.] 2016. <http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/opiaty-historie.html>.

SEZNAM ZKRATEK

WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
THC	Tetrahydrocannabinol
MDMA	Metylendioximetamfetamin
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom (syndrom získané imunitní nedostatečnosti)
CPPT	Centruprotidrogové prevence a terapie
HBV	Hepatitida B Virus
HCV	Hepatitida C Virus
QR kód	Quick Response (kód rychlé reakce)
EAN	European Article Number (číslo obchodní položky)
GPS	Global Positioning Systém (globální polohovací systém)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje CPPT

Tabulka 2: Základní údaje Point 14

Tabulka 3: Základní údaje ULICE

Tabulka 4: Počty vyšetření CPPT

Tabulka 5: Počty vyšetření Point 14

Tabulka 6: Počty vyšetření ULICE

Tabulka 7: Užívané látky CPPT

Tabulka 8: Užívané látky Point 14

Tabulka 9: Užívané látky ULICE

Tabulka 10: Základní údaje Plzeň

Tabulka 11: Počty vyšetření na infekční onemocnění

Tabulka 12: Užívané látky

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Počty klientů

Graf 2: Pohlaví CPPT

Graf 3: Pohlaví Point 14

Graf 4: Pohlaví ULICE

Graf 5: Průměrný věk

Graf 6: Počty vyšetření CPPT

Graf 7: Počty vyšetření Point 14

Graf 8: Počty vyšetření ULICE

Graf 9: Užívané látky CPPT

Graf 10: Užívané látky Point 14

Graf 11: Užívané látky ULICE

Graf 12: Počet klientů

Graf 13: Pohlaví klientů

Graf 14: Věk klientů

Graf 15: Počet vyšetření na infekční onemocnění

Graf 16: Rok 2010

Graf 17: Rok 2011

Graf 18: Rok 2012

Graf 19: Rok 2013

Graf 20: Rok 2014

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Leták

PŘÍLOHY

Příloha 1: leták

**BAVÍ TĚ
DROGY?**

