

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Celospolečensky tolerované drogy u mládeže – sociálne
a spoločenské dopady**

**All - society tolerated drugs an their impact on youth – social
and societal implications**

Diplomová práca

Vedúca práce:

PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Autor:

Bc. Michal Sláma

Praha 2018

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som chcel poďakovať svojej vedúcej práce PhDr. Monike Novej, Ph.D., za odborné metodické vedenie, rady aj prístup pri spracovaní tejto diplomovej práce.

Pod'akovanie patrí aj všetkým osobám, bez ktorých by nemohol byť realizovaný dotazníkový prieskum. Rád by som poďakoval za cenné rady a podporu Magdaléne Langrovej. V neposlednom rade by som chcel poďakovať svojej rodine, ktorá ma pri písaní práce plne podporovala. Veľká vďaka patrí hlavne mojej mame, ktorá stála pri mne.

Čestné prehlásenie

Prehlasujem, že som predkladanú diplomovú prácu "Celospoločensky tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady" vypracoval samostatne. Ďalej prehlasujem, že všetky použité pramene a literatúra boli riadne citované a že táto práca nebola využitá na získanie iného alebo rovnakého titulu.

V Prahe dňa 09. 05. 2018

.....

Michal Sláma, autor práce

Bibliografický záznam

SLÁMA, Michal. *Celospoločenský tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady*. Praha: Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, Katedra psychosociálných vied a etiky. 2018. 128 s. Vedúca diplomovej práce: PhDr. Monike Novej, Ph.D.

Anotácia

Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Predkladaná diplomová práca vo svojej prvej teoretickej časti oboznamuje čitateľov s charakteristikou a samotným delením drog. V druhej kapitole práce sa venuje spoločensky tolerovaným drogám. V tretej kapitole sa zameriava na užívanie drog a samotný vznik závislosti na drogách.

Empirická časť diplomovej práce je obsiahnutá vo štvrtej kapitole. Samotná praktická časť práce ponúka jak objektívny, tak aj subjektívny pohľad spoločnosti na celospoločenský tolerované drogy u mládeže a ich sociálne a spoločenské samotné dopady na spoločnosť. Pre splnenie cieľov a úloh výskumu je v práci použitá metóda kvantitatívneho výskumu s použitím získaných informácií od anonymných respondentov, ktorými boli mladí ľudia do dvadsaťšesť rokov.

Kľúčové slová

Celospoločenský tolerované drogy, mládež, sociálna práca, sociálne dopady, vznik závislosti, prevencia, liečba.

Bibliographical record

SLÁMA, Michal. *All - society tolerated drugs an their impact on youth – social and societal implications*. Prague: Charles University, Hussite Theological Faculty, Department of Psychosocial science and Ethics. 2018. p. 128. Advisor of thesis: PhDr. Monika Nová, Ph.D.

Annotation

The thesis is divided into a theoretical and practical part. The presented thesis in its first theoretical part informs the readers with the characteristics and the drug distribution itself. The second chapter deals with socially tolerated drugs. The third chapter focuses on drug use and drug addiction.

The empirical part of the diploma thesis is contained in the fourth chapter. The practical part itself offers both an objective and a subjective view of society on all-society tolerated drugs in youth and their social and social impacts on society itself. In order to meet the objectives and tasks of the research is used, using the information obtained from anonymous respondents, who were young people up to the age of twenty-one.

Keywords

All-Society tolerated drugs, youth, social work, social impacts, addiction, prevention, treatment.

Obsah

Úvod	9
1. Charakteristika a delenie drog.....	10
1.1. Definícia drogy	10
1.2. Delenie drog.....	11
2. Spoločensky tolerované drogy.....	15
2.1. Kofeín	15
2.1.1. Štatistika užívania kofeínu vo svete.....	18
2.2. Nikotín	20
2.2.1. Štatistika fajčenia cigariet.....	22
2.3. Alkohol.....	23
2.3.1. Štatistika užívania alkoholu.....	28
2.4. Lieky	29
2.4.1. Štatistika užívania liekov	31
3. Užívanie drog a vznik závislosti	34
3.1. Formy užívania drog	35
3.2. Závislosť a jej vznik.....	37
3.2.1. Droga ako činiteľ vzniku závislosti.....	43
3.2.2. Človek ako činiteľ vzniku závislosti	44
3.2.3. Prostredie ako činiteľ vzniku závislosti.....	46
3.3. Prevencia závislosti	49
3.4. Liečba závislosti.....	56
3.5. Význam sociálnej práce pri prevencii a liečbe závislosti	58
3.6. Spoločenské a sociálne dopady užívania drog a závislosti	60
4. Výskumná časť – Celospoločensky tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady.....	65
4.1. Ciele a úlohy výskumu	65
4.2. Stanovené hypotézy	66
4.3. Metodika zberu údajov	66
4.4. Výskumná vzorka.....	66
4.5. Organizácia výskumu.....	67
4.6. Interpretácia výsledkov výskumu.....	67

4.7. Verifikácia hypotéz	102
5. Diskusia.....	106
Záver	109
Zoznam obrázkov, tabuliek a grafov	111
Zoznam príloh	114
Zoznam použitej literatúry.....	119

Zoznam skratiek

- APA - Americká psychiatrická spoločnosť
- DSM - (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – Diagnostický a štatistický manuál mentálnych poruch
- EÚ - Európska únia
- GISAH - Globálny informačný systém o alkohole a zdraví
- HIV - (Human Immunodeficiency Virus) imunitná nedostatočnosť človeka
- MKCH - Medzinárodná klasifikácia chorôb
- WHO - Svetová zdravotnícka organizácia
- Z.z. - Zbierka zákonov

Úvod

„Neberte drogy, lebo si drogy zoberú vás“

Vodňanský J.

Už od dávnych čias a prvých civilizácií sú drogy súčasťou života človeka. Ich užívanie bolo spájané s liečiteľskými či náboženskými obradmi alebo boli súčasťou tradícií a zvyklostí. Drogová závislosť mení život nielen jej užívateľovi ale má dopad i na jeho rodinu a v konečnom dôsledku aj na celú spoločnosť. K napísaniu práce s touto problematikou nás viedla skutočnosť, že na začiatku ťažkých drogových závislostí spôsobených užívaním tvrdých a nelegálnych drog je často závislosť na celospoločensky tolerovaných drogách ako je napr. alkohol, nikotín, kofeín či lieky.

Cieľom, diplomovej práce je poukázať na problematiku užívania celospoločensky tolerovaných drog užívaných mládežou. Diplomová práca informuje o možných sociálnych následkoch závislostí.

Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Prvá kapitola teoretickej časti je zameraná na všeobecnú definíciu a problematiku drogových závislostí. Druhá kapitola špecificky popisuje závislosť na celospoločensky tolerovaných drogách. Obsahuje výsledky z už existujúcich výskumov a ich prehľadné štatistické spracovanie. Tretia kapitola teoretickej časti približuje vplyv spoločnosti na vznik drogových závislostí a následne ich sociálny dopad na život človeka. Dôležitou súčasťou tejto kapitoly je vyzdvihnutie pozitívneho pôsobenia odboru sociálnej práce.

Výskumná časť diplomovej práce je obsiahnutá vo štvrtej kapitole. Pre splnenie cieľov a úloh výskumu je v práci použitá metóda kvantitatívneho výskumu s použitím informácií získaných z anonymného dotazníka. Súčasťou praktickej časti je diskusia, ktorá porovnáva výsledky výskumu z už existujúcimi poznatkami. Získané informácie sa stali podkladom pre vytvorenie odporúčaní pre prax.

Veríme, že naša práca bude prínosom pre skvalitnenie práce sociálnych pracovníkov vo vzťahu k mládeži v procese prevencie a liečby drogových závislostí.

1. Charakteristika a delenie drog

Drogy sú súčasťou ľudskej populácie do nepamäti. O ich užívaní sú záznamy už z dávnych civilizácií. Mnohé drogy boli a ešte aj sú súčasťou kultúry a každodenného života rôznych národov. Ich užívanie malo v minulosti náboženské a liečiteľské dôvody, dnes sú niektoré drogy užívané ako súčasť tradície a zvyklostí.

V prvej časti práce zamerali najmä na priblíženie si základných pojmov súvisiacich s témou práce, a to najmä z toho dôvodu, aby bola problematika dôsledne pochopená a definovala základné opisované pojmy, ktoré sa nachádzajú v práci. V prvej podkapitole sme sa venovali definovaniu pojmu droga. Ďalšia podkapitola bola venovaná problematike delenia drog do jednotlivých skupín.

1.1. Definícia drogy

S pojmom droga či látka vyvolávajúca závislosť sa môžeme stretnúť veľmi často. Nie každý si je však vedomí, čo tento pojem popisuje či ktoré látky sa za drogy považujú. Preto je dôležité je si v prvom rade ujasniť, čo to vlastne droga je.

Liba (2009, s. 20) charakterizuje drogu takto: „*Je to akákoľvek látka, upravená surovina nerastného, rastlinného alebo živočíšneho pôvodu, ktorá je, po vstupe do živého organizmu, schopná zmeniť jednu alebo viac jeho funkcií. Za drogy možno považovať všetky prírodné, polysyntetické a syntetické látky, ktoré akýmkoľvek spôsobom vpravené do organizmu môžu za určitých okolností vyvolať chorobný stav – závislosť, psychickú alebo fyzickú tým, že účinkujú priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém.*“

Skála (2007, s.10) zase pojem droga definuje ako „*chemickú, prirodzenú alebo syntetickú látku, ktorá má rýchly účinok na psychiku človeka a vplýva na jeho nálady a správanie sa. Čím droga pôsobí rýchlejšie a výraznejšie, tým je aj väčšia pravdepodobnosť jej opakovanej aplikácie a následne vznik závislosti.*“

Definície drogy sa v rôznych literatúrach v určitých aspektoch líšia, všetky však rovnako definujú drogu ako prírodnú alebo umelo vytvorenú látku, ktorá spôsobuje závislosť užívateľa, ktorá má na jeho osobnosť, zdravie a spoločenské vzťahy nežiaduce negatívne účinky. Droga po aplikácii do tela užívateľa dokáže ovplyvňovať jednu prípadne aj viac funkcií v tele. Táto chemická zlúčenina môže mať na vplyv psychického stavu užívateľa a pri dlhodobom užívaní spôsobiť závažné psychické ochorenia. Vplyv má však

na fyzickú stránku ľudského tela, ktorú dokáže pri dlhodobom užívaní rovnako závažne poškodiť. (Willner, s. 104, 2011)

1.2. Delenie drog

Existuje viacero hľadísk, podľa ktorým môžeme rozdeliť látky ktoré sa zaraďujú medzi drogy. Jedným z takýchto hľadísk je ich pôvod resp. výroba. Podľa tohto hľadiska sa delia na:

- Prírodné (tabak, marihuana, lysohlávky);
- Polosyntetické (heroín, kokaín);
- Syntetické (pervitín, LSD, extáza). (www.drogy.sk).

Drogy môžeme rozdeliť aj z hľadiska **postoja spoločnosti k drogenam** dve základné skupiny a to na **legálne drogy** a **nelegálne drogy**. Medzi legálne drogy sa zaraďujú také látky, ktorú sú spoločensky tolerované, ktorých užívanie nie je v rozpore so zákonmi a legislatívou krajiny. Ide napríklad o kofeín, alkohol, nikotín či lieky. Tieto látky síce nie sú zákonom zakázané na výrobu, predaj či užívanie, ale sú štátom regulované pomocou právnych noriem. Aj napriek tomu, že sú tieto látky sociálne akceptovateľné, neznamená to, že sú bezpečné a nevyvolávajú závislosť. Práve naopak, ich dlhodobé užívanie môže mať rovnaké následky ako užívanie nelegálnych drog. Nelegálne drogy sú látky, ktoré užívať, prechovávať alebo predávať, je v rozpore so zákonom. Tieto drogy nie sú spoločensky akceptovateľné. V praxi sú užívané menej často ako legálne drogy. (Ondrkovič, s. 39, 2009)

Ďalším delením je hľadisko **rizika závislosti**. Tu rozoznávame tieto dve skupiny: drogy s miernym rizikom a drogy s vysokým rizikom. **Drogy s miernym rizikom závislosti** sa vyznačujú tým, že sú pre užívateľa ale aj pre samotnú spoločnosť menej rizikové a vznik závislosti nie je tak častý. Práve kvôli tomu sú to často drogy, ktoré sa nachádzajú v skupine spoločensky akceptovateľných. Zaraďuje sa sem napríklad kofeín alebo marihuana. Opakom sú však **drogy s vysokým rizikom závislosti**. Tieto drogy sú pre užívateľa a aj pre spoločnosť rizikové aj z hľadiska zdravotných a sociálnych komplikácií. Práve preto sú to spoločensky netolerované, čiže nelegálne drogy. Treba však podotknúť, že užívanie spoločensky tolerovaných drog a vytvorenie si závislosti na niektorej z nich môže viesť k závažným zdravotným ako aj spoločenským problémom, ktorú sú zrovnateľné s efektom užívania nelegálnych drog. Vo všeobecnosti platí, že akákoľvek závislosť je pre spoločnosť nežiaduci jav a je dôvodom často agresívneho

správania sa závislého, rozpadomspoločenských a sociálnych väzieb či závažných zdravotných komplikácií psychického ale aj fyzického charakteru. (Willner, s. 59, 2011)

Z hľadiska rizikovosti závislosti sa zvyknú samotné nelegálne drogy deliť na **mäkké a tvrdé drogy**. Rozdelenie je na základe rizika spojeného s užívaním drog. Takéto delenie však nie je presné. Dôvodom je to, že aj pri mäkkých drogách vznikajú vážne závislosti. Vo všeobecnosti sú však považované za bezpečnejšie najmä z toho dôvodu, že riziko závislosti nie je natoľko vysoké ako pri tvrdých drogách. Ich podceňovanie sa prejavuje najmä v kruhu mladých ľudí a adolescentov. Tí často podliehajú predstave, že ich môžu užívať v malých množstvách, prípadne v nepravidelných intervaloch bez toho, aby im spôsobili zdravotné komplikácie alebo aby sa u nich prejavila závislosť. (Klosterman, s. 45, 2012)

Často sa môžeme stretnúť s názorom ohľadom užívania marihuany, ktorá sa zaradzuje medzi mäkké drogy, že mladý jedinci pri jej nepravidelnom a nie častom užívaní vytvárajú milnú predstavu, že má na ich organizmus pozitívny vplyv, keďže sa vďaka jej účinkom môžu odreažovať od každodenného stresu. Na užívanie tvrdých drog majú mnohí mladiství nedostatok informácií, aby vedeli správne posúdiť rizika pri ich užívaní. Pri tvrdých drogách môžu vznikáť ťažké stavy závislosti a často krát ide o drogy ktoré sa aplikujú vnútrožilovo. (Štefan, s. 43, 2012)

Drogy môžeme deliť aj z hľadiska ich účinku na užívateľa. Ich rozdelenie je na základe prevládajúceho účinku, ktorý pôsobí na užívateľa. Druhy látok, ktoré sa zaradzujú do jednotlivých kategórií podľa ich účinku sú zobrazené v tabuľke 1. Rozlišujeme 5 skupín látok a to:

- Drogy s prevažne sedatívnym účinkom;
- Drogy s prevažne povzbudzujúcim účinkom;
- Halucinogény;
- Narkotické látky;
- Steroidy (www.substitucnalicba.sk)

Tabuľka 1: Delenie drog podľa ich účinku

Účinok	Druhy drog
Sedatívny účinok	Alkohol Barbituráty a nebarbiturátové sedatíva Hypnotiká Trankvilizéry Inhalačné prostriedky so sedatívnym účinkom
Povzbudzujúci účinok	Kokaín, Crack Amfetamíny
Halucinogény	Marihuana LSD a syntetické drogy MDMA a Extáza Meskalín Huby „starého sveta“
Narkotické látky	Heroín Morfium Ópium Syntetické narkotiká a opiáty Medadon
Steroidy	Látky s účinkom je rýchlejší nárast svalstva, telového tkaniva, výkonnosti, sily alebo vytrvalosti, úbytku telesného tuku alebo zníženia retencie vody

Zdroj: www.infodrogy.sk

Drogy s prevažne sedatívnym účinkom dokážu u užívateľa navodiť stavy uvoľnenia či odstraňovania zábran. Ich pôsobením je človek často krát zhovorčivejší a má pocit ľahšieho nadväzovania sociálnych väzieb a budovania vzťahov. Nie vždy sa pri ich užívaní prejavujú len tieto znaky. Môžu sa objaviť aj úzkostné stavy či stavy agresivity, strata koncentrácie, zlá artikulácia či koordinácia. Ich dlhodobé užívanie ovplyvňuje funkciu mozgu a vedie k zmenám v určitých oblastiach centrálnej nervovej sústavy užívateľa. (Jarvis, s. 28, 2013)

Pri drogách **s prevažne povzbudzujúcimi účinkami** majú účinky drogy opačný charakter ako pri látkach s prevažne sedatívnymi účinkami. Následkom ich užitia sa zvýši krvný tlak, čím sa aj zrýchli krvný obeh. Človek, ktorý drogu užil má pocit že je plný energie a sily. Často sa objavia rôzne sexuálne úchylky, keďže sa užitím drogy zvýši sexuálna senzibilita a znížia sa zábrany. Pri užívaní tohto typu drog je častá strata chuti do jedla a výskyt fyzickej a tiež aj psychickej závislosti. Abstinenčné príznaky majú krátke, ale zato veľmi intenzívne prejavy, pri ktorých je vysoké riziko samovraždy závislého jedinca. (Willner, s. 54, 2011)

Halucinogény sú typické svojimi účinkami, ktoré dokážu vyvolávať vidiny a navodiť pocit, kedy sa aj bežná šedá realita zdá byť prítazlivejšia a dochádza k strate reality. V mnohých prípadoch sa objavuje len psychická závislosť bez fyzickej. Práve to sa často podpisuje pod podceňovanie následkov užívania týchto psychoaktívnych látok.

Rovnako ako tieto látky dokážu navodiť pocit tranzu či rôznych pozitívne vnímaných vizuálnych a sluchových halucinácií, dokáže vyvolať aj stavy úzkosti, strachu, zmätku či depresie. Účinky týchto látok sú u každého užívateľa individuálne a závisia aj na charakterových vlastnostiach užívateľa. Pri dlhodobom užívaní dokážu značne ovplyvniť psychický stav užívateľa a vyvolať závažné psychické ochorenia. Okrem vplyvu na psychické zdravie sú s užívaním spojené aj ďalšie závažné zdravotné komplikácie. (Schuster, s. 51, 2015)

Narkotické látky vyvolávajú silnú fyzickú a psychickú závislosť užívateľa. Aplikácia látky do teľa vyvoláva pocity eufórie a radosti. Typické znaky sprevádzajúce užívanie týchto látok sú triaška, potenie, zmätenosť či zápcha a dávenie. Narkotické látky predstavujú najnebezpečnejšie návykové látky, pri ktorých je liečba závislosti obzvlášť náročná a pri niektorých látkach nie je možná bez pomoci odborníka.

Steroidy sú látky, ktoré sa užívajú na zvýšenie športového výkonu či rýchlejšieho nadobudnutia svalovej hmoty. Existuje široké množstvo takýchto látok, ktoré pri dlhodobom užívaní vyvolávajú rôzne zdravotné následky a komplikácie. Medzi typické príznaky užívania takýchto látok patrí napríklad vypadávanie vlasov, uhrovitosť pokožky, zvýšený krvný tlak či búšenie srdca. Konkrétne účinky sú závislé od druhu užívanej látky. (Clarson, s. 12, 2015)

Podľa výskumov je rozdiel medzi užívaním legálnych a nelegálnych drog v spoločnosti veľmi zásadný. Výskumníci pri skúmaní užívania drogy zistili, že je v praxi bežnejšie užívanie legálnych drog, ako je alkohol a tabak na rozdiel od nelegálnych drog, aj napriek tomu, že ich účinky sú viac tlmiace a stimulujúce. Popularita užívania alkoholu a tabaku, čo sú legalizované látky, však spôsobila oveľa viac úmrtí, chorôb, násilných trestných činov, hospodárskych strát a sociálnych problémov, ako užívanie všetkých nelegálnych drog. (Klosterman, s. 21, 2012)

2. Spoločensky tolerované drogy

Za spoločensky tolerované drogy považujeme tie, ktoré sú vnímané spoločnosťou ako neškodné a ich užívanie nijako nepohoršuje verejnú mienku ani nie je v rozpore s legislatívou krajiny. Aj napriek tomu že sú spoločensky tolerované sú dopady ich užívania na zdravie človeka v mnohých prípadoch rovnako nebezpečné ako pri ilegálnych drogách.

Problematickosť spoločensky tolerovaných drog spočíva najmä v ich pozitívnom vnímaní. Napríklad pri problematike užívania alkoholu je pre detí ktoré pochádzajú z rodín bez problémového užívania alkoholu vnímaná ako niečo zábavné a nie nebezpečné a odstrašujúce.

Nikotín je látka, ktorej negatívne účinky užívania boli v posledných rokoch často propagované v médiách čo prospelo k zníženiu fajčenia v celosvetovom meradle. Negatívne účinky nikotínu a samotného fajčenia sú totiž dostatočne známe a počet chorôb, spojení s jeho užívaním je alarmujúci.

Preto sme sa v nasledujúcej kapitole venovali priblíženiu si štyroch spoločensky tolerovaných drog a problematiky ich účinku na ľudský organizmus ako aj rozšírenie ich užívania. Niektoré drogy sú súčasťou samotnej kultúry našej krajiny, alebo sa stali každodennými zvyklosťami bez pocitu potrebnej zmeny.

2.1. Kofeín

Kofeín je látka, s ktorou sa dostávame do kontaktu denne. Nachádza sa v mnohých výrobkoch a často ju ľudia konzumujú bez toho, aby o tom vôbec tušili. Je to jedna z najrozšírenejších a najčastejšie užívaných drog na svete. O objeme jej rozšírenia hovorí aj fakt, že je to po ropе druhou najdôležitejšou obchodnou komoditou na medzinárodnom trhu. Aj napriek tomu že je najrozšírenejšou drogou a jej spotreba je takmer bez kontroly, stále je málo vedeckých prác, ktoré by sa venovali zisteniu možných vedľajších účinkov alebo negatívnych dopadoch užívania na jedinca ako aj na spoločnosť ako celok. (Iversen 2011, s. 93)

Kofeín sa nachádza v mnohých potravinách a nápojoch, ktoré ľudia konzumujú denne. Mnoho krát o tom že to obsahuje kofeín ani nevedia. V každej potravine sa však kofeín nachádza v inom množstve. V nasledujúcej tabuľke sme si uviedli príklady nápojov a potravín, ktoré obsahujú kofeín.

Tabuľka 2: Obsah kofeínu v nápojoch a potravinách

Nápoj//Potravina	Obsah kofeín (mg)
Filtrovaná káva (125 ml)	60 – 135
Rozpustná inštatná káva (125 ml)	35 – 105
Espresso (30 ml)	35 – 100
Káva bez kofeínu (125 ml)	1 – 5
Čaj (150 ml)	20 – 45
Ľadový čaj (330 ml)	10 – 50
Horúca čokoláda (150 ml)	2 – 7
Energetický nápoj (330 ml)	70 – 120
Kolové nápoje (100 ml)	4 -15
Mliečna čokoláda (100 g)	2 – 55

Zdroj: Vlastné spracovanie

Ľudia kofeín vo všeobecnosti poznajú najmä pre jeho stimulujúce účinko na nervovú sústavu. Svojim účinkom pomáha užívateľom zvýšiť pozornosť, nabuďiť pocitom energie a znížiť únavu a do určitej miery navodiť pocit eufórie. Vysvetlenie jeho stimulačných účinkov je, že kofeín dokáže blokovat' tlmivý efekt adenosinu a podporuje tvorbu acetylcholinu a dopamínu, čo sú látky ktoré povzbudzujú mozgovú činnosť. (www.celostnimedica.cz)

Pri dlhodobom užívaní môže vzniknúť určitá forma závislosti, kde sú abstinenčné príznaky vo forme bolesti hlavy, zvýšenej únave a zhoršenia psychického výkonu. Pri užívaní kofeínu sa však nedá hovoriť o klasickej závislosti ako je to pri iných drogách. Na to, aby u jedinca vznikla závislosť od kofeínu stačí, ak si dá jednu silnú kávu denne. Po vzniknutí závislosti sa však vplyvom tolerancie zoslabia pozitívne účinky kávy. Reakcia organizmu na kávu je však u každého individuálna. Pre niekoho môže byť 300 mg kofeínu veľmi vysoká dávka zatiaľ čo pre iného to je primeraná dávka. Dôležitým faktorom môže byť genetická predispozícia alebo iné látky, ktoré človek užíva s kofeínom. Napríklad užívanie antikoncepcie spôsobuje, že kofeín sa v tele metabolizuje dvakrát pomalšie, zatiaľ čo pri fajčení cigariet sa kofeín metabolizuje dvakrát rýchlejšie. (Svobodová, 2014)

Niektorí ľudia dokáže svoju spotrebu kofeínu riadiť takou formou, aby im priniesla viac pozitívnych prínosov ako negatívnych. Takýto ľudia užívajú kofeín vo väčšom množstve v čase, keď potrebujú podať nejaký výkon a snažia sa mu vyhýbať vo večernom čase, aby mali dobrý a pokojný spánok. Ak však človek konzumuje kofeín v množstve 500 mg a viac denne, môže to spôsobiť nežiaduce vedľajšie účinky, ktoré sú pre človeka nepríjemné. (www.institut-kavy.cz)

Aj napriek tomu že kofeín je látka ktorá vyvoláva pocit nabudenia a energie, často krát je to hlavný dôvod vzniku **nespavosti** užívateľa. Dôvodom je užívanie kofeínu vo vysokých dávkach alebo vo večerných hodinách. Kofeín svojim účinkom znižuje kvalitu spánku a človek sa preto cíti celý deň unavený. Aby sa tohto pocitu zbavil, a podal počas celého dňa čo najvyššiu produktivitu vypije počas dňa niekoľko káv s obsahom kofeínu. Ide o tzv. „začarovaný kruh“ kedy má kofeín odstrániť príčiny, ktoré vznikli vlastne z jeho nadmerného užívania.

Vplyvom kofeínu sa uvoľňuje látka kortizol a adrenalín do krvi, na ktoré telo reaguje zvýšením krvného tlaku a srdcovej frekvencie. Tieto látky spôsobujú známe pozitívne následky ako lepšia sústredenosť či zvýšenie psychického ale aj fyzického výkonu. Pri neprimeranom príjme kofeínu môže táto látka užívateľovi navodiť pocit **nervozity, nesústredenosti a zhoršenie jemnej motoriky**. Rovnako tak môže časté užívanie kofeínu alebo užívanie vysokých dávok spôsobiť **žalúdočné problémy**. Telo na kofeín reaguje zvýšeným vylučovaním žalúdočnej kyseliny čo môže spôsobovať pálenie záhy a ďalších žalúdočných problémov. Preto sa pitie kávy neodporúča ľuďom, ktorí majú žalúdočne vredy či iné žalúdočné ťažkosti. (www.vylecime.cz)

Keďže kofeín zvyšuje krvný tlak a zrýchľuje srdcovú činnosť, je často označovaný ako dôvod vzniku kardio-vaskulárnych ochorení. Podľa výskumov užívanie veľkého množstva kofeínu **zvyšuje rizikoin farktu** a srdcového zlyhania a tiež nepriaznivo pôsobí na **funkciu obličiek**. Pre človeka, ktorý nie je zvyknutý na kofeín alebo pre citlivejšiu osobu na túto látku sa môže dostaviť negatívny účinok vo forme **búšenia srdca a svalového napätia**.

Užitie kofeínu v stave, kedy je jedinec v strese spôsobí, že sa pocit stresu ešte vystupňuje. Rovnako je pre kofeín typické, že, pôsobí na organizmus močopudne. Pri nepravidelnom užívaní kedy nie je vytvorená závislosť a tolerancia na kofeín je to neškodné, zatiaľ čo v opačnom prípade sa z tela začínajú okrem vody vylučovať aj minerálne látky, ktoré sú pre ľudské telo potrebné. Preto je s užívaním kofeínu spojené riziko **vzniku osteoporózy**. (www.akv.sk)

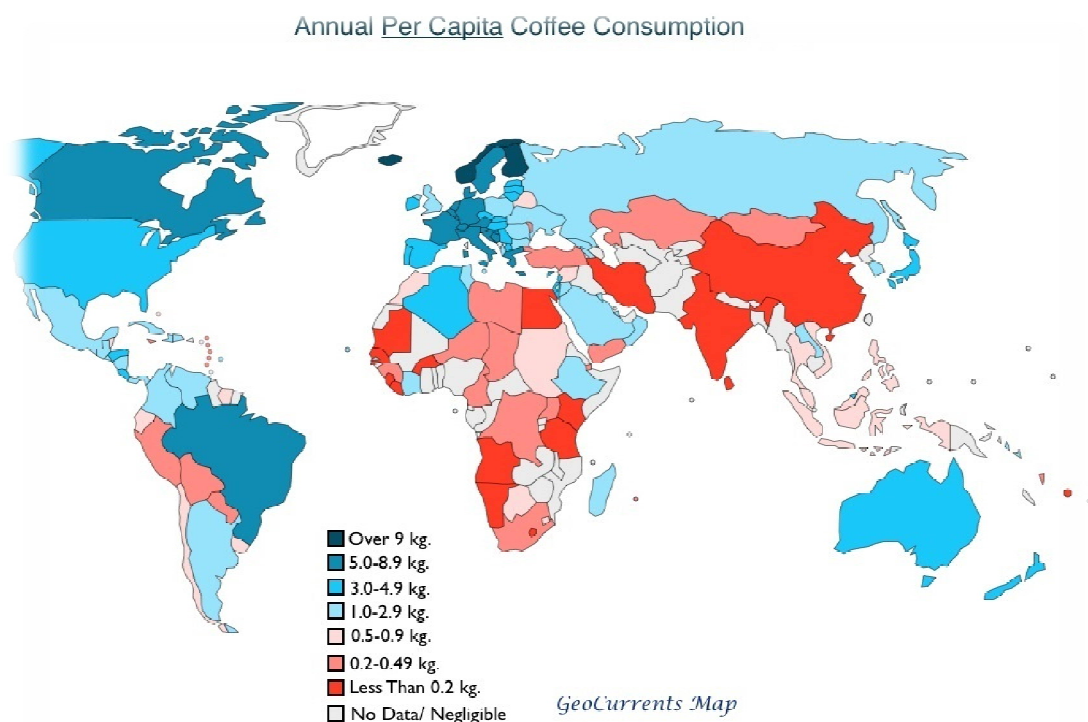
Ak je niekto citlivejší na kofeín, tieto príznaky sa môžu dostaviť už pri nižšej dávke. Lekárske výskumy tiež poukázali na to, že na kofeín sú citlivejší viac muži ako ženy. Okrem genetickej predispozície môžu citlivosť na kofeín ovplyvniť aj užívanie lieky či iné zdravotné problémy užívateľa. Vyššie spomínané negatívne účinky kofeínu nie sú len typické len pri užití vyššej dávky kofeínu, ale rovnako sú to negatívne následky

dlhodobého užívania kofeínu, kedy môžeme hovoriť o existujúcej forme závislosti na tejto látke.

2.1.1. Štatistika užívania kofeínu vo svete

Keďže je kofeín legálnou a spoločensky tolerovanou návykovou látkou, jej spotreba je vysoká a celosvetová. Na nasledujúcom obrázku môžeme vidieť spotrebu kávy vo svete, ktorá je hlavným zdrojom príjmu kofeínu do tela. Pitie kávy je výrazné v krajinách ako je Nórsko, Fínsko a Island. V týchto spomínaných krajinách sa ročná spotreba kávy pohybuje v hodnotách vyšších ako 9 kg na obyvateľa. Ročná spotreba kávy v časti strednej Európy sa pohybuje prevažne v intervale 5 až 8, 9 kg na obyvateľa. Na Slovensku a v Českej republike je spotreba kávy nižšia a pohybuje sa v rozpätí 3 až 4, 9 kg na obyvateľa.

Obrázok 1: Celosvetová spotreba kávy na obyvateľa v roku 2013

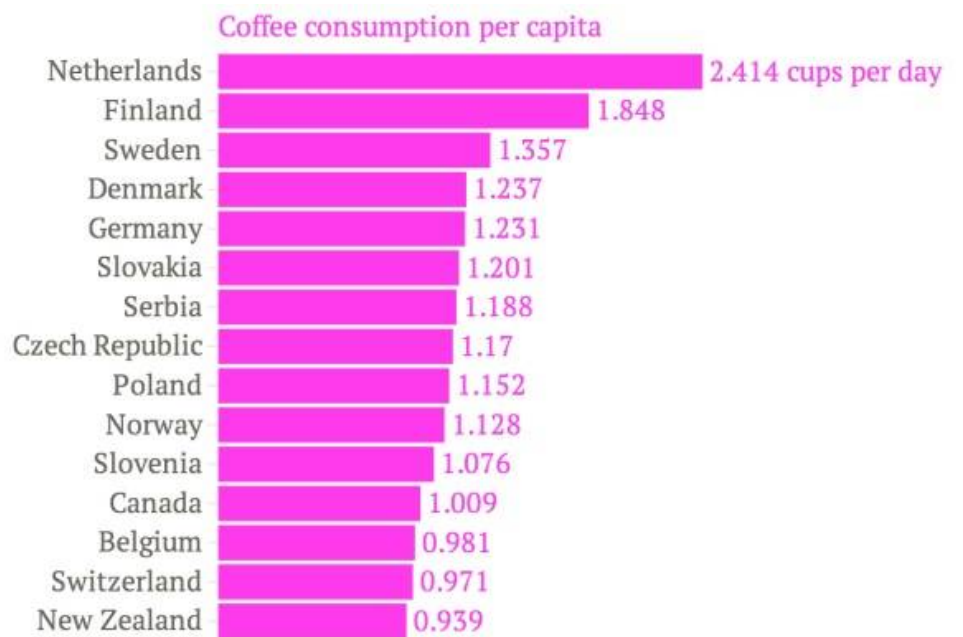


Zdroj: www.washingtonpost.com

Na nasledujúcom obrázku sú zobrazené krajiny, v ktorých sa pije najväčší počet kávy v prepočte na počet denných šálok kávy na jedného obyvateľa. Najvyšší počet vypitej kávy je v Holandsku kde pripadá 2, 4 šálky denne na obyvateľa. Nasleduje Fínsko,

Švédsko, Dánsko a Nemecko. Medzi prvých 15 krajín sa zaradilo aj Slovensko, ktoré obsadilo šieste miesto s 1, 2 šálky kávy na deň. Spotreba kávy na Slovensku je vyššia ako u susedných štátov v Česku a Poľsku. Česi v priemere vypijú 1, 17 šálky kávy na deň a v Poľsku sa za deň vypije v priemere 1, 15 šálky kávy.

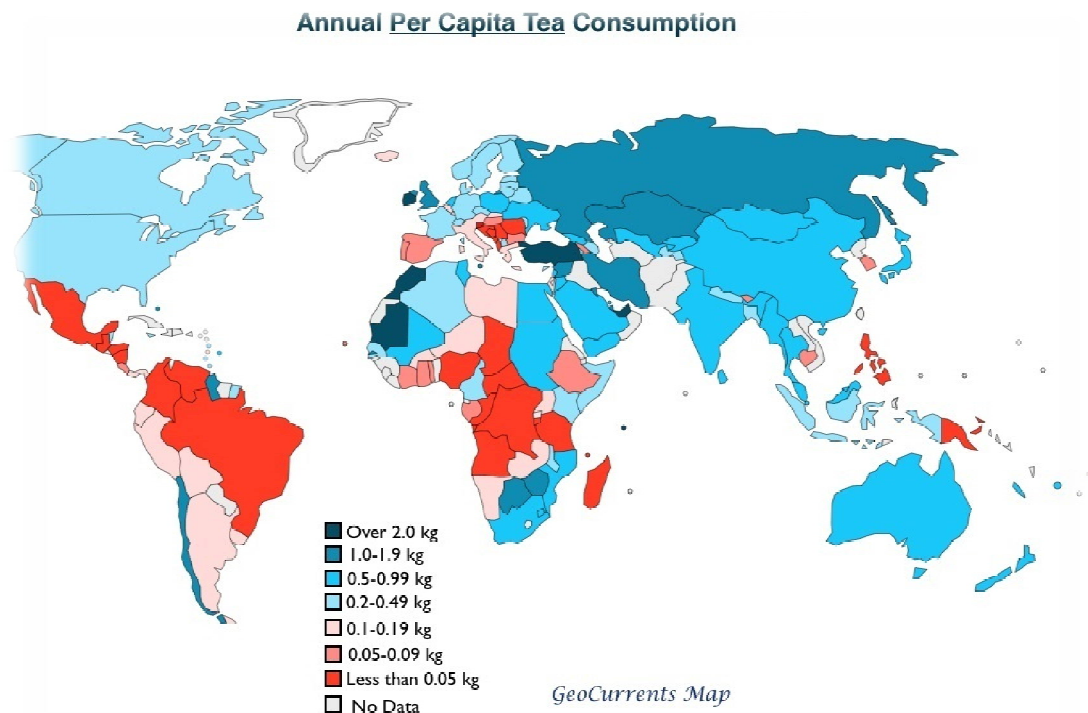
Obrázok 2: Top 15 krajín s najvyššou spotrebou kávy v roku 2013



Zdroj: www.qz.com

Okrem kávy je veľmi rozšírený aj čaj, ktorý často krát patrí do kultúry niektorých krajín. Rovnako obsahuje určité množstvo kofeínu ako káva, hoci jeho obsah je oproti káve nižší. Na obrázku 2 môžeme vidieť, že medzi krajiny s najvyššou ročnou spotrebou čaju na obyvateľa patrí Írsko, Arabské emiráty, Turecko, Maroko a Maritánia. Čo sa týka ročnej spotreby na Slovensku a v Českej republike, môžeme vidieť menší rozdiel. Ročná spotreba čaju v Česku sa pohybuje medzi hodnotami 0, 2 až 0, 49 kg na obyvateľov zatiaľ čo spotreba na území Slovenska je o čosi nižšia a nachádza sa v hodnotách od 0, 1 až 0, 19 kg na obyvateľstvo.

Obrázok 3: Celosvetová spotreba čaju na obyvateľa v roku 2013



Zdroj: www.geocurrent.com

Káva a čaj sú nápoje, ktoré sú celosvetovo rozšírené a konzumované. To sme mohli pozorovať na predchádzajúcich zobrazeniach spotreby čaju a kávy. Obidva tieto nápoje obsahujú kofeín. Aj napriek tomu, že je kofeín považovaný za drogu sa jeho spotreba nijako nekontroluje a ani nezamedzuje. Pri užívaní kávy sa okrem nepriaznivých faktorov a možnosti vzniku závislosti sa často môže bežný spotrebiteľ dočítať aj o pozitívnych účinkoch kávy pri jej pravidelnom ale primeranom užívaní. Kofeín nie je považovaný za typický druh drogy, ktorá by priamo ohrozovala zdravie užívateľa alebo ohrozovala spoločnosť ako celok.

2.2. Nikotín

Závislosť na nikotíne je považovaná dokonca za silnejšiu ako je závislosť na heroíne. Pri tejto závislosti je typické, že sa najprv objaví **psychická závislosť** a až neskôr **fyzická**. Zo začiatku má užívateľ potrebu mať v ruke cigaretu, hrať sa s ňou a podobne. Potreba samotného fajčenia ako takého sa ešte neprejavuje. Fyzická závislosť sa prejaví aj po dlhšej dobe niekedy aj pri odstupe 2 rokov.

Nikotín je droga, ktorá sa do tela človeka najčastejšie dostáva cez tabakové výrobky. Ide o užívanie hlavne spôsobom ako je fajčenie, žuvanie alebo šnupanie

tabakových listov. Je to vysoko návyková droga ktorá je však spoločensky tolerovaná aj napriek mnohým zdravotným následkom jej užívania. Dôvodom je najmä preto, že závislosť na tejto droge sa vytvorí veľmi rýchlo. Pri nedodaní drogy do tela užívateľa sa prejavujú abstinenčné príznaky ako **nervozita** a **zhoršenie nálady**.

Najčastejšie sa nikotín dostáva do tela fajčením tabakových výrobkov. Pri aktívnom fajčení môže priemerný fajčiar vyfajčiť aj 15 či 20 cigariet počas dňa. Pri vytvorenej závislosti však nejde o fajčenie cigariet pre dosiahnutie príjemných pocitov z užívania drogy ale o oddialenie abstinenčných príznakov a prejavov zvyšujúcej sa tolerance na drogu. Ohrozovanie života v súvislosti s užívaním tabakových výrobkov spočíva nie len v obsahu návykového nikotínu ale aj v obsahu ďalších látok. Tieto látky užívateľ vdychuje do pľúc cez ústnu dutinu a závažne tým poškodzuje tieto orgány. (Iversen, 2011, s 95)

Jedna cigareta obsahuje približne 10 mg nikotínu. Pri fajčení sa do tela užívateľa inhaluje 1 až 3 mg nikotínu. Smrteľná dávka nikotínu je pritom 50 až 60 mg čo predstavuje približne 15 až 20 vyfajčených cigariet. K smrteľnej otrave však nedochádza, keďže nikto nevyfajčí také veľké množstvo cigariet naraz. Dôležitým faktorom je tiež adaptovanie organizmu na túto drogu, ktorá zvyšuje odolnosť organizmu voči vyšším dávkam nikotínu. Ďalším dôvodom prečo sa otrava nikotínom prakticky nikdy nedostane do štádia smrteľnej dávky pri klasickom fajčení je aj krátkosť intervalu pôsobenia nikotínu v ľudskom organizme. Nikotín sa v tele človeka rozpadne približne za dobu šesťdesiat minút čo znamená, že o šesť hodín po vyfajčení jednej cigarety ostane v ľudskom tele len 0,031 mg nikotínu. (www.kurakova-plice.cz, 2017)

Nikotín vplýva na telo ale aj psychiku užívateľa. Účinky na telo sú podmienené aj spôsobom aplikácie. Medzi **účinky** sa zaradzuje zvýšená aktivita tráviaceho traktu, tvorba slín a tráviacich štiav, zvýšenie krvného tlaku, znižovanie chuti do jedla, zrýchlenie srdcovej činnosti, zúženie ciev, zvýšené riziko chronického zápalu priedušiek, zvýšené riziko obštrukčnej choroby pľúc. Rovnako tak sa prejavujú ak účinky na psychiku. Pri užití nikotínu nastávajú krátkodobé pocity psychickej pohody, zníženia vnímania bolesti, zvýšenie koncentrácie a pamäti. Jeho účinky na psychiku sú stimulačné alebo relaxačné. (www.pluska.sk, 2016)

Dôvodom prečo je nikotín tak vysoko návykový je jeho aplikácia v **krátkych intervaloch**. Čím častejšie ho musí užívateľ dostať do tela, tým sa zvyšuje závislosť a tolerancia na túto drogu. Pri vytvorení si závislosti preto ide často najmä o užívanie pre potlačenie abstinenčných príznakov ako pre navodenie príjemných pocitov ktoré boli prítomné na začiatku užívania drogy. Pre závislých ľudí, ktorý fajčia tabakové výrobky

je typické, že je pre nich viac upokojujúca cigareta prvá, ktorú si zapália ráno po prebudení. Dôvodom je to, že počas doby spánku sa dlhú dobu do tela nedostane žiadna dávka nikotínu a preto vznikajú silné negatívne pocity vyvolané abstinenčným syndrómom. Prvá ranná cigareta tieto pocity odstráni. (Iversen, 2011, s 97)

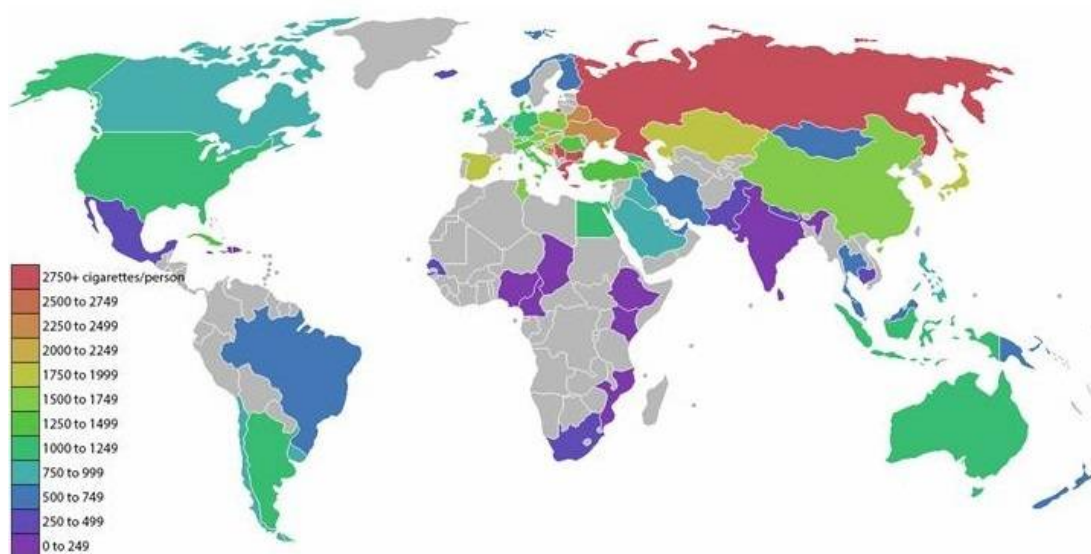
„Fajčenie sa začína ako psychická závislosť a postupne sa asi u 85 % fajčiarov zväčša do 2 – 3 rokov vyvíja fyzická – somatická (drogová) závislosť. Psychosociálna a behaviorálna závislosť sa začína vo veku okolo 14 rokov a toto naučené správanie sa ďalším fajčením fixuje. Znamená to, že fajčiar prežíva určité situácie s cigaretou a vytvára si tzv. fajčiarske stereotypy. Drogová závislosť od nikotínu je klasickou drogovou závislosťou, ktorá pomerne rýchlo vzniká a závislosť typu nikotíno-acetylcholinových receptorov v mozgu, ktoré sú z cca 50 % geneticky podmienené. Fyzická – somatická závislosť znamená teda adaptáciu organizmu na nikotín. Ak sa táto adaptácia naruší vynechaním dávky, zjaví sa abstinenčné príznaky. Práve vznik nikotínovej závislosti je spolu s genetickými a psychosociálnymi faktormi zodpovedný za pokračovanie pravidelného fajčenia“ (www.lekarsky.herba.sk, 2017)

Pri vzniku abstinenčného syndrómu sa prejavujú viaceré negatívne zmeny na fyzickom ale aj psychickom stave užívateľa závislého na nikotíne. Okrem typickej nevládateľnej chuti na cigaretu sa prejavuje aj zlá nálada, nervozita, depresia, frustrácia a úzkosť. Človek s abstinenčným syndrómom ťažšie zvláda stresové a záťažové situácie a má problémy so sústredenosťou. Môže pociťovať závraty, bolesti hlavy a pocity znecitlivenia končatín či brnenie až mierne svalové kŕče. (www.kurakova-plice.cz, 2017)

2.2.1. Štatistika fajčenia cigariet

Aj napriek známym zdravotným dôsledkom fajčenia je to veľmi rozšírený zlovyk a závislosť. Tabakové produkty patria k najziskovejším komoditám na trhu a história ich užívania je dlhá. Na nasledujúcej mape je zobrazený ročný počet vyfajčených cigariet za rok 2015 v jednotlivých krajinách na svete.

Obrázok 4: Počet ročne vyfajčených cigariet na dospelého za rok 2015



Zdroj: www.telegraph.co.uk

Medzi krajiny s najvyššou spotrebou cigariet sa zaradzujú práve krajiny ktoré patrili do bývalého sovietského zväzu a strednej európy. A naopak, medzi krajiny s najnižšou spotrebou cigarie patira štáty na Africkom kontinente a v Ázii, konkrétne India, Nepál, Etiópia, Keňa, Nigéria. V súvislosti s Africkými štátmi je nízka miera spotreby cigariet zapríčinená aj vysokou chudobou v daných krajinách.

V roku 2015 bol najväčší počet fajčiarov a spotrebovaných cigariet v krajine Čierna Hora a to v počte 2233, 46 cigariet na dospelú osobu za 1 rok. Na druhom mieste sa umiestnilo Bielorusko (3830, 62), na tretom Libanon (3023, 15). Slovensko sa v tejto štatistike neumiestnilo ani v rebríčku 20 krajín na rozdiel od našich susediacich krajín ako je Česko (11. miesto, 2194, 01 cigariet), Ukrajina (18. miesto, 1853, 66 cigariet) Rakúsko (16. miesto, 1987, 52 cigariet) a Maďarsko (20. miesto, 1758, 63 cigariet)

2.3. Alkohol

Najstaršou drogou v histórii ľudstva je práve alkohol. Je to droga, ktorá je veľmi obľúbená a patrí do tradícií a zvyklostí mnohých krajín a národov. Pitie alkoholu v rôznych podobách a alkoholických nápojov býva spojované s rôznymi spoločenskými udalosťami. Či ide o prípitok na takmer každej oslave alebo taliansky zvyk piť k jedlu dobré víno. Táto droga je obľúbená najmä pre svoj prvotný účinok kedy navodzuje priateľskú a uvoľnenú atmosféru.

Vplyv alkoholu na správanie je rôzny. Líši sa od množstva užitého alkoholu ale aj od dĺžky doby pravidelného užívania či povahy konzumenta. Vo väčšine prípadov sa užívateľ alkoholu dostane do opojenia a dobrej nálady no tiež sa vyskytujú prípady agresivity a neuváženému správaniu sa. V mnohých prípadoch domáceho násilia a trestných činoch býva v pozadí skrytý alkohol a závislosť na alkohole. Okrem toho dokáže alkohol ovplyvniť motoriku a schopnosť udržania rovnováhy, predlžuje reakčný čas a narušuje presnosť, čo spôsobuje v mnohých prípadoch vážne dopravné nehody či už zo strany opitého vodiča alebo zo strany chodca pod vplyvom alkoholu.

Pôsobenie alkoholu na organizmus človeka má dve fázy. Po užití alkoholu spôsobí najprv ako stimulant, neskôr však začne účinkovať ako sedatívum. Účinok, ktorý človek pod vplyvom alkoholu pociťuje je ovplyvnený aj množstvom alkoholu v jeho tele ale aj návyku užívateľa piť alkohol. Celkové pôsobenie alkoholu na neuropsychické funkcie človeka sa v súdnom lekárstve rozdeľuje na 7 stupňov respektíve stavov.

Prvým stupňom je stav **podnapitosti** ktorý je najmiernejším stupňom vplyvu alkoholu na organizmus. Pri podnapitosti sa nevýrazne zmení správanie konzumenta najčastejšie v ľahšom nadväzovaní spoločenských kontaktov, mierne zhoršené priestorové videnie a predĺžený reakčný čas konzumenta.

Druhý stupeň sa nazýva **ľahký stupeň opitosti**. V tomto štádiu je už viditeľný vplyv alkoholu na psychické, senzorické a motorické funkcie. Vplyv na psychiku sa prejavuje eufóriou, mnohovravnosťou, znížením morálnych zábran ktoré môžu viesť až k zvýšenej verbálnej a fyzickej agresivite alebo k úplnej strate sebakontroly. Vplyv na fyzické funkcie organizmu sú viditeľné v neobratnosti pohybov, problémom udržania stability a podobne.

Pri **strednom stupni opitosti** sú vplyvy alkoholu na spomínané fyzické a psychické funkcie konzumenta omnoho výraznejšie. Je zreteľne viditeľné že opitý jedinec má zníženú pozornosť a spomalené pohyby. Reč je tiež ovplyvnená a stáva sa ťažko zrozumiteľnou. Schopnosť udržania rovnováhy je natoľko zasiahnutá, že môže dôjsť k pádom a zraneniam pri páde.

Ťažký stupeň opitosti je typický stratou časovej a priestorovej orientácie a občas sa môžu prejavovať aj stavy zmätenosti. Chôdza a schopnosť udržať rovnováhu je alkoholom ovplyvnená na toľko že nastávajú časté pády a problémy s udržaním sa v vzpriamenej polohe a jedinec v tomto stupni opitosti sa snaží pohybovať po štyroch. Tiež sa často vyskytuje únik moču či stolice a spontánne vracanie.

Intoxikácia, kedy je v tele nadmerná dávka etanolu sa prejavuje kvalitatívnymi a kvantitatívnymi poruchami vedomia. Dochádza k útlmu jednotlivých mozgových centier čo sa prejavuje v ochabnutí svalstva, máknutí tepu, zužovaniu zreníc a miznutí reflexov. Dýchanie je hlasné a objavuje sa aj zmodranie tváre.

Ďalším pojmom je **letálna intoxikácia** ku ktorej dochádza u ľudí ktorý nie sú zvyknutý piť alkohol a požujú naraz smrteľné množstvo alkoholu. Nastáva veľmi rýchlo bezvedomie, zrýchlení tep a dych, pokles telovej teploty, bolesti brucha a zblednutiu na tvári. Veľmi často dochádza k úmrtiam udusením sa zvratkov, keďže v tom to štádiu opitosti je potlačení kašľový reflex. Tiež môže nastať smrť z dôvodu zlyhania riadiacich funkcií centrálného nervového systému.

Patologická opitosť vznikla z obrazu alkoholovej intoxikácie. Ide o veľmi zriedkavý stav, ktorý je sprevádzaný halucináciami a paranojou. Táto psychóza sa môže prejaviť aj pri užití malého množstva alkoholu a nesúvisí s chronickým alkoholizmom. Vzniká pravdepodobne ako následok intolerancie alkoholu, poúrazových stavov či pri poškodení mozgu a pri výraznom vyčerpaní organizmu. Tento stav môže trvať niekoľko minút a ide o nebezpečné právanie sa človeka, ktorý môže prejavovať násilné správanie sa k okoliu. (Straka, Novomeský, Krajčovič, Štuller, 2011)

Užívanie alkoholu pôsobí na mnohé orgány v ľudskom tele a pri dlhodobom užívaní môže spôsobiť vážne poškodenia. Alkohol po užití putuje do žalúdka a tráviaceho traktu kde sa dostáva priamo do krvného obehu. Pred tým ako opustí telo ho musí rozložiť pečeň na kyslíčnik uhličitý a vodu. Rozloženie už malého množstva alkoholu je pre pečeň veľká záťaž a môže to trvať aj niekoľko hodín. Ak je užitý väčšie množstvo alkoholu, môže to spôsobiť poškodenie zdravého tkaniva v pečeni a zanechaní tučného alebo zjazveného tkaniva. Toto poškodenie sa nazýva **cirhóza pečene** a je typická pri veľkej konzumácii alkoholu.

Keďže alkohol sa zo zažívacieho traktu dostáva priamo do krvného obehu, zasahuje všetky orgány v ľudskom tele. Rovnako tak účinkuje aj v mozgu konzumenta kde ničí mozgové bunky a výrazne ovplyvňuje tvorbu nových mozgových buniek. Alkohol účinkuje ako depresant a sedatívum čím spomaľuje mozgovú činnosť. Taktiež ovplyvňuje proces ukladania informácií do pamäti čím pri dlhodobom užívaní môže spôsobiť **vynechávanie pamäti** a ďalšie **poškodenia mozgu a nervového systému**. Pri vážnych mozgových poškodeniach sa môžu objaviť aj halucinácie alebo sa objaviť demencia.

Ľuďom, ktorí trpia alkoholizmom je veľmi často okrem vyššie uvedených poškodený zdravia diagnostikovaná aj **gastritída**, **vredy** a **pankreatitída** čo je dôsledkom

užívania alkoholu vo väčších množstvách, ktoré sa do tela dostanú cez ústnu dutinu a následne žalúdok a tráviaci trakt. (Shapiro, 2011)

Vplyv alkoholu je u závislých ľudí viditeľný nie len na ich fyzikom ale aj psychikom stave. Užívanie alkoholu spôsobuje, že sa u nich prejavujú určité osobnostné črty a charakteristiky výraznejšie a vo väčšej miere ako je to u ľudí bez vytvorenej závislosti. Ide o vlastnosti, ktoré sú bežné aj u ostatných ľudí. Tieto vlastnosti sú zväčša rozsiahle v takej miere, že sú považované za zvláštnosť a závislý jedinec ich kvôli pôsobeniu svojej závislosti nevie primerane ovládať alebo zvládnuť.

Prvou takouto typickou vlastnosťou je **nízka frustračná tolerancia**. Prejavuje sa neschopnosťou znášať nepríjemné pocity alebo situácie. Tieto nepríjemné faktory nedokáže alkoholik znášať ani krátku chvíľu a snaží sa z danej situácie čo najskôr uniknúť. Nehľadá však reálne a racionálne východisko ale formu okamžitej úľavy a úteku ktorý mu môže poskytnúť práve alkohol. S nízkou frustračnou toleranciou je úzko spojená aj **impulzivnosť**. Tá spôsobuje že závislý človek má problém zostať v pokojnom stave.

Vo veľmi výraznej podobe sa pri závislých osobách prejavuje silná až patologická **úzkosť**. Rovnako je častým sprievodným javom závislosti aj **depresia**. Takéto depresie môžu byť rozličné a nemusia sa vyskytovať ako samostatná psychická porucha ale aj ako reaktívne navodená a prechodná porucha.

Častým dôvodom prečo sú ľudia závislí na alkohole vylúčený zo spoločnosti je ich **vzdorovitosť**. Tá zapríčiňuje, že sa stále viac izoluje a stojí v takpovediac v opozícii voči celej spoločnosti. Ešte viac môže izolovať alkoholika jeho **precitlivosť** na fyzické, sociálne a emočné podnety. Práve precitlivosť zapríčiňuje, že sa negatívne situácie či podnety vo vzťahu k iným ľuďom a celkovej spoločnosti ešte zvýraznia.

Ďalšou charakteristikou je **perfekcionizmus** ktorý sa prejavuje v stanovovaní si prehnaných a príliš vysokých cieľov ktoré sú takmer nespiteľné ale len ťažko splniteľné. Po nesplnení stanovených si cieľov nastáva pocit viny, úzkosti či depresie čo následne slúži ako zámienka na užívanie alkoholu.

Poslednou typickou charakteristikou je **velikášstvo**. To sa často prejavuje u závislých osobách ktoré v skutočnosti pociťujú pocit menejcennosti a bezcennosti. Je to forma obranného mechanizmu závislej osoby pred vlastnými negatívnymi pocitmi plynúcimi z nízkeho sebavedomia. (Nociar, 2009, s. 66)

Ohrozenie alkoholizmom je veľmi vysoké pri mladistvých a dospievajúcich detí. Keďže je alkohol ľahko dostupná droga, nie je pre dospievajúce deti ťažké sa k nej dostať. Často krát sa do prvého kontaktu s alkoholom dostanú práve na podnet dospelšej osoby,

ktorá jej alkohol ponúkne. To, do akej miery však hrozí prepadnutie do závislosti od alkoholu je však individuálne. Na hrozbu resp. riziko vzniku závislosti pôsobia rôzne faktory ktoré sa nachádzajú v okolí dieťaťa ale aj v jeho osobnostných a rodinných charakteristikách.

Výskum ukázal, že deti alebo mladí jedinci ktorý začnú piť alkohol ešte pred pätnástym rokom života majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť vzniku závislosti od alkoholu. Dôvody prečo mladí začínajú užívať alkohol v tak nízkom veku môžu byť viaceré. Niekedy môže ísť o výskyt alkoholizmu v rodine alebo zľahčovanie užívania alkoholu a prejavy pozitívneho prístupu k alkoholu. Výrazný vplyv má aj prístup rovesníkov k tejto droge. Ak sa dieťa stretáva s rovesníkmi ktorý majú pozitívny prístup k alkoholu je to rizikový faktor na vznik alkoholizmu v budúcnosti.

Okrem faktorov pôsobiacich na zvyšovanie rizika vzniku alkoholizmu boli identifikované aj tzv. **ochranné faktory**. Pri týchto faktoroch ide o vlastnosti a vplyvy ktoré nie len že znižujú riziko vzniku závislosti na droge, ale dokážu jednotlivca aj napriek vplyvom nepriaznivého prostredia a negatívnych faktorov ochrániť pred vyskúšaním drogy prípadne pred jej opakovaným užívaním.

Medzi takéto ochranné faktory sa zaradzujú povahove vlastnosti jedinca ako napríklad zmysel pre humor a cieľavedomosť dieťaťa. Cieľavedomosť vedie dieťa k samokontrolu a uvedomovania si dopadov a možných následkov užívania drogy. Ochranným faktorom býva aj dobrý vzťah aspoň s jednou dospelou osobou, ktorá nepatrí do blízkeho rodinného prostredia. Môže ísť o vzťah dieťaťa s učiteľom alebo inou osobou z jeho okolia. Ďalším významným faktorom sú väzby na okolie dieťaťa. Predstavujú vyššiu pravdepodobnosť že dieťa sa bude správať podľa spoločenských a sociálnych noriem. (Shapiro, 2011)

Závislosť na alkohole sa prejavuje v rôznych podobách. Je to proces, ktorý prechádza určitými etapami. Jellinek zaznamenal proces vývoja závislosti na alkohole a vymedzil jeho základné štyri štádia a to:

- 1) Počiatočné (symptomatičné) štádium;
- 2) Varovné (prodromálne) štádium;
- 3) Rozhodné (kruciálne) štádium;
- 4) Konečné (terminálne) štádium.

Okrem základného stanovenia štádií vývoja závislosti tiež stanovil základných päť typov alkoholovej závislosti. Nie vždy je však možné jedinca závislého na alkohole

priradiť ku konkrétnemu typu závislosti. Jednotlivé typy sa môžu prelínať alebo môže jedinec závislý na alkohole prechádzať z jedného typu závislosti do iného. Ide o nasledujúce typy závislosti:

- **Typ alfa** – (problémové pitie) abúzus bez prejavov závislosti, nedisciplinované pitie. Pitie sa reguluje bez toho, aby človek musel abstinovať. Typ prechádza často do typu gama;
- **Typ beta** – (príležitostný spoločensky podmienený abúzus), nevytvára sa závislosť, ale v priebehu dlhodobého pitia prichádza ku komplikáciám ako zápal nervov, sliznice, cirhóze pečene. Ide tu o nadmerné pitie a poruchy výživy;
- **Typ gama** – (anglosaský typ s preferenciou piva a destilátov) vyjadruje abúzus, tretia fáza. Hlavnými príznakmi je stúpajúca tolerancia, strata kontroly v pití, ale pritom je zachovaná schopnosť abstinovať, vytvorení psychickej závislosti;
- **Typ delta** – (románsky typ s preferenciou vína) časté a nadmerné pitie menšieho množstva vytvárajúce závislosť. Pri tomto druhu pitia nedochádza k strate kontroly, ide o udržiavanie si hladiny alkoholu v krvi, bez schopnosti abstinovať, pretože sa dostávajú silné abstinenčné príznaky. Takýto človek nemusí javiť známky opitosti, ale nikdy nie je triezvy. Výrazná fyzická závislosť. Typy gama a delta sa často kombinujú s prevahou jedného z nich;
- **Typepsilon** – (kvartálne pijanstvo) epizodické pitie alkoholu, periodické pijanstvo, keď nastupuje snaha o úplnú abstinenciu, býva sprevádzaný afektívnymi poruchami. (Hupková, Liberčanová, 2012)

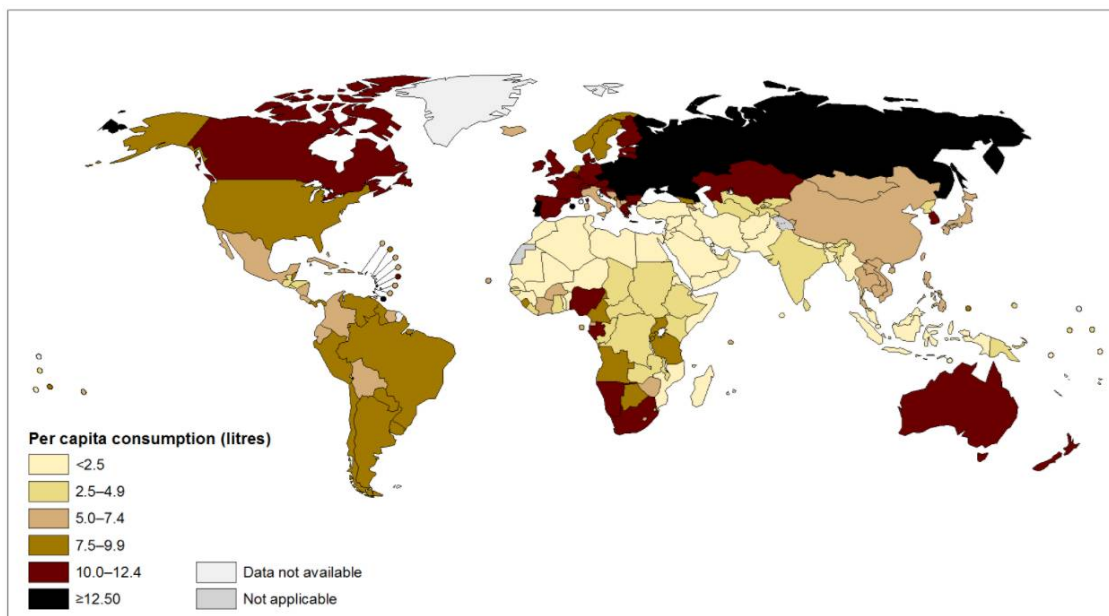
2.3.1. Štatistika užívania alkoholu

GISAH je globálny informačný systém o alkohole a zdraví. Je to základný nástroj, ktorý WHO využíva na monitorovanie zdravotnej situácie a trendov v konzumácii alkoholu a následných súvisiacich škôd a poškodení zdravia. Podľa informácií z GISAH spôsobí užívanie alkoholu 3,3 milióna úmrtí ročne. S užívaním alkoholu sa spája až 60 rôznych chorôb, ktoré zapríčiňuje alkohol. Okrem toho, že závažné poškodzuje zdravie a psychiku užívateľa alkoholu, ovplyvňuje zdravie aj ľudí, ktorí sú v okolí konzumenta alkoholu.

Na nasledujúcom obrázku je zobrazená spotreba čistého alkoholu v konkrétnej krajine na osobu staršiu ako 15 rokov. Údaje sú získane z roku 2015. Údaje predstavujú

75 % celosvetovej celkovej spotreby, 25 % spotreby nebolo zaznamenaných. (www.who.int)

Obrázok 5: Celosvetová spotreba čistého alkoholu na osobu



Zdroj: www.who.int

Ako môžeme vidieť na grafe, najvyššia spotreba je prevažne v severnej časti Európy a v krajinách bývalého sovietskeho zväzu. V týchto krajinách, spolu s Portugalskom a Malorkou je spotreba na osobu vyššia ako 12,52 litra čistého alkoholu. Medzi tieto krajiny patrí aj Slovenská republika a tiež Česká republika.

V roku 2015 sa v celosvetovom prieskume v spotrebe alkoholu umiestnilo na prvom mieste Bielorusko so spotrebou 17,5 litra na osobu. V užívaní alkoholu predbehla aj krajiny ako je Moldavsko (16,8 litra na osobu), Lichtenštajnsko (12,3 litra na osobu) a dokonca aj Rusko (15,1 litra na osobu) ktoré sa vo všeobecnosti spája s alkoholickým nápojom ako je Vodka. V rebríčku sa umiestnili aj naše susedné krajiny ako je Ukrajina (13,9 litra na osobu), Maďarsko (13,3 litra na osobu) a Česko (13,1 Litra na osobu). Slovensko sa umiestnilo na 10 priečke tohto rebríčka s hodnotou 13 litrov spotrebovaného alkoholu na jedného obyvateľa.

2.4. Lieky

Lieky môžu svojimi účinkami pomôcť pri liečbe mnohých závažných ochorení, ale rovnako môžu byť návykové. Niektoré lieky sú vysoko návykové a pre ich účinky podobné drogám sú často zneužívané. Aj napriek tomu, že sa tieto lieky užívajú len

na predpis lekára, nie je zriedkavé zneužívanie ľudí ktorý tieto lieky majú predpisované na základe ich zdravotného stavu, ľuďmi ktorí sú na týchto návykových liekoch závislí. Návykovosť vytvárajú tri druhy liekov a to analgetiká, hypnotiká a anxiolitiká. Analgetiká sú využívané pri znižovaní bolesti. Hypnotiká pôsobia ako lieky pri nespavosti či iných porúch spánku a anxiolitiká sú lieky ktoré pozitívne ovplyvňujú náladu, zmiernujú úzkosť a napätie. (Plocová, 2016)

Medzi najznámejšie a najrozšírenejšie lieky vytvárajúce závislosť zaradujeme nasledujúce. Samozrejme je ich počet oveľa vyšší, no nie je možné si spomenúť všetky. Závislosť, ktorá u nich vzniká je zväčša veľmi častá a pri snahe lekára zabrániť k prístupu lieku závislému pacientovi nie je ojedinelým prípadom že siahnu aj po nelegálnych drogách ako je heroín. Nižšie spomínané lieky sú užívané nie len ľuďmi, ktorý sa snažia odstrániť svoje zdravotné problémy, ale aj narkomanmi ktorí zneužívajú ľudí s diagnózami pri ktorých je liečba nastavená pomocou opiódových a benzodiazepínových liekov.

- **OxyContin** – ide o liek ktorý je legálnym opiódom. Predpisuje sa predovšetkým na zmiernenie stredne ťažkej až silnej bolesti. Často krát sa však stáva, že je lekársky predpis inej osoby zneužití keďže užitie tohto opiódu vyvoláva pocit eufórie a je vysoko návykový;
- **Seconal** – barbiturát ktorý sa predpisuje na liečbu úzkosti a nespavosti. Pri dlhodobom užívaní alebo pri užití vysokej dávky môžu nastať záchvaty úzkosti, halucinácie, živé sny a ďalšie spánkové poruchy;
- **Morfium** – Morfium je opiátový liek, ktorý sa predpisu na liečbu stredne ťažkej a silnej bolesti. Svojim účinkom mení spôsob, akým telo cíti a reaguje na bolesť a preto je pre mnohých ľudí vysoko návykový. Jeho dlhodobé užívanie môže vyvolať stavy nepokoja, svalovej bolesti a nevoľnosti;
- **Fentanyl** – narkotikum z triedy opioidov, ktoré je 80 až 100 krát silnejšie ako morfium. Jeho návykovosť je však nižšia. Predpisuje sa pacientom ktorý trpia chronickou alebo intenzívnou bolesťou. Vedľajšie účinky tejto látky sú únava, nevoľnosť, svrbenie a vracanie a pri veľmi vysokej dávke môže dôjsť k zastaveniu dýchania a smrti;
- **Valium** – ide o benzodiazepín ktorý sa začal zneužívať medzi prvými liekmi na predpis. Využíva sa na liečbu strednej až ťažkej úzkosti alebo pri poruchách spánku. Má sedatívne účinky kvôli ktorým je často zneužívaní. Vedľajšie účinky sú ospalosť, únava, strata rovnováhy, svalové kŕče, depresia, hnev či dvojité videnie.

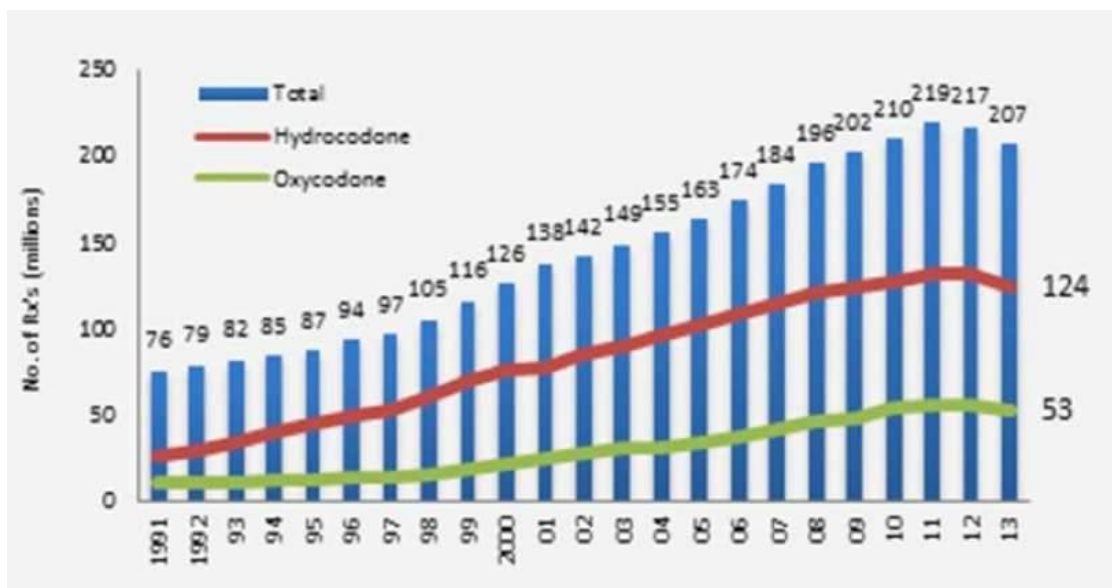
Pri vzniku závislosti sa prejavujú abstinenčné príznaky ako potenie, nevoľnosť, vracanie, bolesti hlavy a nespavosť;

- **Adderall** – Tento liek sa stal často využívaní najmä študentmi, športovcami či vodičmi nákladných automobilov, ktorý potrebovali zostať bdelí. Je často zneužívaný ako rekreačná droga, pretože sa zaradzuje medzi stimulanty s podobnými účinkami ako má kokaín. Je podobný ako Ritalin ale viac návykový. Vedľajšie účinky sú nepokoj, závraty, bolesti hlavy, strata hmotnosti, nespavosť a sucho v ústach;
- **Ritalin** – jeho účinky sú podobné účinkom kokaínu. Je to typ stimulantu a je tiež značne návykový. Medzi vedľajšie účinky patria nervozita, strata chuti do jedla, zvracanie problémy s videním, psychózy, srdcové ochorenia a ďalšie. Pri dlhodobu užívaní môže vyvolať mŕtvicu alebo infarkt. (www.summitbehavioralhealth.com, 2014)

2.4.1. Štatistika užívania liekov

Spotreba liekov vo svete je zobrazená jednotkou S-DDD. Ide o definovanú dennú dávku pre štatistické účely. Dôvodom prečo sa využíva práve táto jednotka je tá, že denná dávka sa líši v závislosti od liečby. Na nasledujúcej mape môžeme vidieť spotrebu liekov za rok 2015 vo svete. Ide o celkovú spotrebu a nie len o množstvo zneužívaných liekov.

Obrázok 7: Počet užívateľov liekov v USA v rokoch 1991 – 2013



Zdroj: www.drugabuse.com

Ako môžeme na obrázku 7 vidieť, spotreba liekov sa každým rokom zvyšuje. Inak to nie je ani pri liekoch ako sú Oxycodone a Hydrocodone ktoré patria medzi návykovým liekom. V roku 2013 sa počet užívateľov liekov začal postupne znižovať. V roku 2013 bol počet užívateľov liekov 207 miliónov z toho 53 miliónov obyvateľov užívalo Oxycodone a 124 ľudí miliónov užívalo Hydrocodone.

Vzhľadom na celkové hodnoty užívania drog sú hodnoty užívania Hydrocodonu a Oxycodonu pomerne vysoké. Ich užívanie sa zvyšuje spolu s celkovým užívaním návykových látok. Ich užívanie preto predstavuje zásadný problém a to nie len pri týchto dvoch liečivách ale pri návykových liekoch ako takých.

3. Užívanie drog a vznik závislosti

Užívanie drog a vznik závislosti je pre spoločnosť ako takú nežiadúcim javom. Dôvody na vyskúšanie respektíve prvé užitie drogy môžu byť rôzne. Môže ísť o zvedavosť, snahu zapadnúť do kolektívu, snahu potlačiť depresívne pocity a podobne. Vznik závislosti od užívanej drogy však môže mať rôzne príčiny.

Užívanie drog nie je novodobý fenomén, ale vyskytovalo sa už v dávnej minulosti existencie ľudstva. V dejinách sa najmä v spojení s náboženstvom a náboženskými rituálmi objavovalo užívanie halucinogénnych drog. Využitie však bolo aj na liečenie rôznych bolestí či chorôb, neskôr sa začali využívať drogy aj ako opojné prostriedky. Napríklad starodávna civilizácia v Mezopotámii už v dobe 8000 až 5000 rokov pred našim letopočtom poznala účinky a vlastnosti makovej šťavy. Egypťania mak pestovali na výrobu tzv. božského lieku, ktorý bol určený na potláčanie bolesti. Týmto liekom bolo v skutočnosti dnes nazývané ópium, ktoré je zaradené medzi nelegálne drogy vyvolávajúce závislosť. (Clayton, s. 9, 2014)

Za najstaršiu drogu je však považovaný alkohol. Nie je to len najstaršia, ale tiež aj najrozšírenejšia droga, ktorá sa vyrábala už pri prvých zmienkach a archeologických dôkazoch o začiatkoch pestovania obilnín. Medzi najstaršie rastlinné drogy sa zaradzuje konope, resp. marihuana, ktorej pôvod je pravdepodobne z Ázie. V čínskej kultúre bolo konope využívané na liečbu zápchy, reumy či malárií a ďalším zdravotným ťažkostiam. V Indickej kultúre bolo konope využívané aj na náboženské účely a užívalo sa pri rituáloch na uctievaní boha. V starých indiánskych legendách, ktoré pochádzali pravdepodobne z obdobia už 5000 rokov pred n. l., boli listy koky, ktoré obsahujú kokaín, nazývané ako „božské listy“. Svojimi účinkami dokázali rozveseliť zarmútených, posilniť unavených a nasýtiť hladných. (www.uflu.cz)

Masové užívanie a rozširovanie drog sa však začalo až v 19. Storočí. V tomto storočí sa pomocou vedeckého pokroku začali komerčne vyrábať rôzne látky, ktorých nežiaduce účinky ešte neboli známe. V tomto storočí užívali drogy pravidelne stovky miliónov ľudí. Užívalo sa ópium, konope, koka či alkohol. Neskôr sa vynájdením injekčnej striekačky začalo obdobie vnútrožilového užívania drog a ich zneužívania. Tieto faktory prispeli k zhoršeniu spoločenských a sociálnym pomerov a k nárastu zdravotných komplikácií obyvateľstva. Práve to viedlo k medzinárodným dohodám o zákaze vyrábania

týchto drog. V mnohých krajinách boli vytvorené protidrogové zákony, v ktorých boli drogy rozdelené na legálne a nelegálne. (Willner, s. 121, 2011)

3.1. Formy užívania drog

Užívanie drog sa u každého jedinca môže líšiť. Rozdiel je v dĺžke časových intervaloch medzi jednotlivými užitiami látky, alebo aj dôvodom resp. motiváciou ich užívania. To, v akej fáze užívania sa jedinec pohybuje výrazne vplýva na jeho postoj k droge, mení jeho životné priority a tiež dôvod užívania drogy.

Osoba, ktorá užíva drogy experimentálne pociťuje predovšetkým pozitívne vplyvy látky a preto nevidí problematickosť v ich užívaní. V tejto fáze nie je pre užívateľa dôvod prestať užívať návykové látky. Iné vnímanie je však pri pravidelnom užívaní, kedy sa prejavujú aj negatívne účinky psychoaktívnej látky a človek ich začína užívať z dôvodu že návykovú látku potrebuje a nie len kvôli príjemným vlastnostiam a spôsobeniam látky.

Kolibáš (2007, s. 6 – 8) užívanie rozdeľuje do nasledujúcich piatich skupín: experimentálne, rekreačné, pravidelné, symptomatické, škodlivé a impulzívne.

Experimentálne užívanie

K tomuto užívaniu sa často krát uchýľujú ľudia, ktorý sa snažia získať nové zážitky, či vyhľadávajú také činnosti, ktoré sú ihneď odmeňované. Tendenciu experimentovať s drogami majú ľudia, ktorú nie sú spokojný so svojim životom či životnou situáciou v ktorej sa nachádzajú. Ak sa im zážitok z užitia drogy zdá dostatočne príjemný, môže to byť dôvodom na opakované užívanie drogy. (Cohen, s. 33, 2014)

Rekreačné užívanie

O rekreačnom užívaní môžeme hovoriť vtedy, ak ide o užívanie drognajmä pri spoločenských udalostiach v spoločnosti priateľov či známych. Dôvodom takéhoto užívania drog sú pozitívne vplyvy užíwanej drogy, ako napríklad zlepšenie vzájomnej komunikácií či pozitívny vplyv na vytváranie a udržiavanie vzťahov v sociálnych skupinách. Pri tomto užívaní sa nerozlišuje či ide o legálne alebo nelegálne drogy. Na území Európy sa najčastejšie ako rekreačná droga vyskytuje alkohol. Druh drogy sa však líši v rôznych geografických oblastiach a tiež aj v rôznych kultúrach. (Hartnoll, s. 41, 2012)

Pravidelné užívanie

Za pravidelné užívanie psychoaktívnych látok sa považuje také užívanie a konzumácia, ktoré osoba praktizuje aspoň raz do týždňa. V praxi sa viac vyskytuje pravidelné užívanie drog ako rekreačné. Takéto užívanie vedie k poškodeniu zdravia užívateľa, pretože je spravidla dlhodobé a po určitom období sa užívateľ dostane z pravidelného užívania ku škodlivému užívaniu, z dôsledku návyku na užívanú drogu a potreby zvyšovania prijímanej dávky, ktorá je potrebná na dosiahnutie rovnakých požadovaných účinkov zmeny psychického stavu. (Fried, s. 45, 2015)

Symptomatické užívanie

Pri tomto užívaní drog je dôvodom ich užívania snaha potlačenie a zmiernenia telesných alebo duševných ťažkostí a príznakov užívateľa. Ide napríklad o užívanie alkoholu, na zmiernenie úzkosti alebo strachu. Existujúce a pretrvávajúce psychické alebo fyzické ťažkosti sú využívané ako dôvod užívania drog a na ospravedlňovanie svojho správania sa a užívania drogy. (Hroncová, s. 12, 2014)

Škodlivé užívanie a abúzus

Ide o nadmerné užívanie psychoaktívnych látok, ktoré spôsobuje zdravotné, psychické a právne problémy. Takéto užívanie drog poškodzuje konzumentovi zdravie. Pojem abúzus je často krát využívaný na označenie škodlivého užívania drog, pri ktorých nemusí ísť vždy o nelegálne drogy. Označuje sa tak správanie, kedy je užívanie drog v rozpore o spoločenskými konvenciami. Môže ísť aj o užívanie legálnych drog, ale v nevhodnej situácii prípadne vo vysokých dávkach. Tiež zahŕňa užívaní ilegálnych drog, ktoré zanechávajú sociálne a zdravotné následky. (Zelina, s. 6, 2009)

Kompulzívne užívanie

Kompulzívne užívanie je opakované konzumovanie látky, kedy užívateľ užíva drogu aj napriek tomu, že je to v rozpore so spoločenskými pravidlami alebo je to nebezpečné. Dôvodom pre užívanie drogy je pocit baženia, ktorý je typickým prejavom závislosti. Pocit baženia je neprekonateľná a neutíchajúca túžba po droge, na ktorej je jedinec závislý. (Cohen, s. 34, 2014)

3.2. Závislosť a jej vznik

Pri závislosti na drogách sa jedná o chronickú psychickú poruchu, pri ktorej je pre človeka najdôležitejšie užívanie drogy a nič iné. Liba, popisuje drogovú závislosť ako stav, kedy sa prejavuje psychická alebo aj fyzická závislosť, ktorá vznikla na základe interakcie organizmu s drogou. Táto interakcia je charakteristická zmenou správania a nutkavou potrebou užívať opakovane drogu najmä pre jej účinky na psychiku a tiež aj z dôvodu, aby nevznikli nepríjemnosti z nedostatku drogy v organizme. (Liba, s. 29, 2009)

Slovensko je krajina, ktorá je súčasťou medzinárodnej organizácie WHO (Svetová zdravotnícka organizácia). Preto sa rôzne zdravotné choroby kategorizujú podľa manuálu MKCH – 10 (Medzinárodná klasifikácia chorôb). Podľa tejto príručky sú poruchy správania vzniknuté ako následok užívania psychoaktívnych látok zaradené pod kódy F10-F19. V tejto príručke sa tiež nachádzajú kritéria, ktoré by mali byť splnené na definovanie závislosti od psychoaktívnej látky. Ide o tieto kritéria:

- Postupné zanedbávanie alternatívnych záujmov alebo rozptýlení v prospech užívania psychoaktívnej látky;
- Pretrvávajúce užívanie látky aj napriek zreteľnému dôkazu škodlivých následkov;
- Dôkaz tolerancie, ktorý spočíva v tom, že sú potrebné zvýšené dávky na to, aby sa dosiahli účinky pôvodne navodzované nižšími dávkami látky;
- Fyziologické abstinenčné príznaky;
- Užitie látky s cieľom uľahčiť (zmierniť) abstinenčné príznaky a s vedomím toho, že tento postup je účinný;
- Zúženie osobného repertoáru užívania látky, napr. tendencia piť alkoholické nápoje rovnako cez týždeň i víkendy, bez ohľadu na to, aké spoločenské pravidlá platia na správanie počas pitia;
- Dôkaz, že návrat k užívaniu látky po období abstinencie vedie k rýchlejšiemu návratu ostatných znakov syndrómu ako u osôb bez závislosti;
- Subjektívne uvedomovanie si narušenej schopnosti kontrolovať užívanie látky v zmysle jeho začiatku, ukončenia alebo množstva;
- Silná túžba alebo pocit nutkania brať alebo užívať jednu alebo viaceré látky. (MKCH-10).

Okrem WHO sa problematikou definície závislosti zaoberá aj DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch. Je to rovnako medzinárodná príručka, ktorá je vytvorená Americkou

psychiatrickou spoločnosťou (APA) pri klasifikácii mentálnych porúch. Tá definuje nasledovné kritéria závislosti od psychoaktívnej látky:

- Látka sa často užíva vo väčších množstvách alebo dlhšie časové obdobie než osoba mala v úmysle;
- Pretrvávajúca túžba po látke alebo jeden či viac neúspešných pokusov zanechať alebo kontrolovať užívanie látky;
- Priveľa času na činnosti nevyhnutné na získanie, užívanie látky alebo na zotavenie sa z jej účinkov;
- Častá intoxikácia alebo abstinénne príznaky, keď treba plniť hlavné rolové požiadavky v práci, škole či doma, alebo keď užitie látky predstavuje fyzický hazard;
- Zredukovanie alebo vzdanie sa dôležitých spoločenských, pracovných alebo rekreačných aktivít z dôvodu užívania látky;
- Trvalé užívanie látky aj napriek uvedomeniu si stáleho či opakovaného spoločenského, psychologického alebo fyzického problému, ktorý spôsobuje alebo zväčšuje užívanie;
- Zvýšená tolerancia: potreba výrazne väčších množstiev látky (t. j. nárast najmenej o 50 %) na to, aby sa dosiahla intoxikácia alebo želaný účinok, resp. zreteľne znížený účinok pri stálom užívaní rovnakého množstva látky;
- Charakteristické abstinénne príznaky;
- Látka sa často užíva kvôli zmierneniu alebo vyhnutiu sa abstinénnym príznakom.

Na to, aby bola podľa týchto kritérií diagnostikovaná závislosť, je potrebné aby aspoň 3 z týchto deviatich kritérií sa vyskytovali u užívateľa v trvaní najmenej 1 mesiac alebo aj dlhšie. (Willner, s. 41, 2011)

Pri dlhodobom a škodlivom užívaní nadmerného množstva konkrétnej drogy sú u jedinca pozorovateľné typické znaky. Nie vždy sa musia objaviť všetky, niekedy sa prejavujú len niektoré z nich. Niektoré zo znakov sú viditeľné len pri konkrétnej návykovej látke alebo pri špecifickejšej aplikácii. Hovoríme o týchto príznakoch dlhodobého a nadmerného užívania:

- Rýchle striedanie nálad;
- Zanedbávanie svojich predchádzajúcich záľub;
- Kožné zmeny ako napríklad stopy po vpichoch;
- Zhoršenie vzťahov v rodine;

- Zanedbávanie osobnej hygieny a starostlivosti o seba;
- Zhoršenie pracovného výkonu alebo výkonu v škole;
- Časté a opakované úrazy;
- Strata priateľov alebo ich striedanie;
- Hepatopatia;
- Infekčné a kožné choroby;
- Problém s dodržiavaním spoločenských konvencií (David, s. 61, 2016).

Psychická závislosť je stav, kedy vzniká u užívateľa drogy neodolateľná túžba po droge a potreba naďalej pokračovať v jej užívaní aj napriek dostatočnej informovanosti o vedľajších negatívnych dopadoch na organizmus a zdravie užívateľa. Často krát je psychická závislosť predchodcom fyzickej závislosti, ale nie vždy to tak musí byť. Niekedy sa fyzická závislosť vôbec neobjaví a užívateľ trpí lenpsychickou závislosťou do užívanej drogy. (Hartnoll, s. 16, 2012)

O **fyzickú závislosť** ide vtedy, ak je stav prerušenia užívania drogy, na ktorej je užívateľ závislý, sprevádzaný opačnými príznakmi, ako tie, pre ktoré užívateľ užíval a vyhľadával drogu. Takéto prejavy vznikajú vtedy, keď telo užívateľazvyknuté fungovať pod vplyvom návykovej látky je bez jej prítomnosti dokáže fungovať len obmedzený čas. (www.infodrogy.sk)Za tento fakt sú zodpovedné biologické a chemické procesy v organizme, ktoré zapríčinia že si telo na drogu zvykne.Ak sa droga nedostane do tela užívateľa, hrozí nástup abstinenčných (somatických) príznakov, ktoré sú popísané v tabuľke 2 a 3. (Preiss, s. 28, 2013)

Tabuľka 3: Stupne abstinenčného syndrómu – príznaky aktivácie

Príznaky aktivácie	Príznaky
1. stupeň	potenie, popudlivosť, chvenie, rozšírenie zreníc, zvýšenie reflexov, nevoľnosť, zvracanie, hnačka
2. stupeň	zmätenosť, horúčka, vysoký krvný tlak, búšenie srdca
3. stupeň	psychotické známky, zlyhávanie vedomia, poruchy srdcového rytmu
4. stupeň	kŕčovité záchvaty, šok, strata vedomia až kóma, ohrozenie života

Zdroj: www.mspnitra.sk

Tabuľka 4: Stupne abstinenčného syndrómu – príznaky útlmu

Príznaky útlmu	Príznaky
1. stupeň	mierne zastreté vedomie, závrat, malátnosť, ospalivosť
2. stupeň	mierne zastreté vedomie, kóma, pokles krvného tlaku
3. stupeň	kóma s ochromením dýchania
4. stupeň	poškodenie mozgu, následkom toho možné ireverzibilné poškodenia až exitus

Zdroj: www.mspnitra.sk

Okrem fyzickej a psychickej závislosti rozpoznávame tiež **spoločenskú závislosť**. O tejto forme závislosť hovoríme pri spojení súborov zvykov a rituálov, ktoré sú typické kolektívnym užívaním a konzumáciou drog veľkej skupiny osôb. Ide o zneužívanie a vytvorenie si návykov užívania drogy, ktoré si ospravedlňuje užívateľ ľahším nadväzovaním kontaktov vo svojom okolí a pod. (Jarvis, s. 39, 2013)

Dôležité je spomenúť si aj **spoluzávislosť**. Pri tomto jave, ide o závislosť na iných ľuďoch a vzťahov s nimi v nefunkčných rodinách alebo deformovaných vzťahov z dôvodu závislosti člena rodiny. Spoluzávislosť sa môže prejaviť vo vzťahu k členovi rodiny, partnerovi alebo voči **inej dôležitej osobe**. Vzniká vtedy, ak osoba preberá nadmernú a falošnú zodpovednosť za inú osobu a tým sa na seba extrémne viažu. Spoluzávislá osoba stráca kontakt so svojim vnútrom a prejavuje viac záujmu o inú osobu.

Spoluzávislosť má viaceré charakteristické rysy kedy spoluzávislý človek prejavuje nejakú formu **nutkavého správania** alebo zvyku ktorý stále opaku. Môže ísť o telesný zlozvyk, workoholizmus, sex či drogy. Prejavovať sa to môže napríklad pri nadmernom upratovaní alebo nadmernou míňaní či šetrení peňazí. Rovnako sa to odzrkadľuje aj vo finančnej situácii a riešenia finančnej problematiky. Tie sú totiž ukazovateľom nenaplnených citových potrieb a súvisia s disciplínou.

Spoluzávislá osoba má nenaplnenú potrebu lásky a preto má **nedostatok sebaúcty** a **nízkesebavedomie**. Obáva sa odmietnutia a pociťuje prehnanú zodpovednosť za iných ľudí, za ich vzniknuté problémy ale aj ich šťastie. Často sa vyskytujú situácie, kedy závislá osoba v rodine zvaľuje všetku zodpovednosť za svoje negatívne správanie sa práve na druhého spoluzávislého člena rodiny alebo partnera. Vzťah spoluzávislého k partnerovi je nestáli, v určitých etapách podriaďuje svoj život a správanie závislému partnerovi, v iných mu zase vzdoruje a búri sa.

Vnímanie reality je u spoluzávislej osoby **skreslené**. Nevidí situáciu v ktorej sa nachádza v pravom svetle a svoju situáciu posudzuje ako znesiteľnú a nádejnú. Popiera si realitu

a bez toho aby si to uvedomoval klame seba aj svoje okolie. Dôvodom je že takýto človek vyrastal alebo sa práve nachádza v prostredí kde jed pod silným tlakom a pociťuje psychickú alebo aj fyzickú bolesť ktorú nevie iným spôsobom spracovať.

Osoba ktorá je spoluzávislá sa často **snaží zmeniť veci**, ktoré nedokáže a ktoré nemá moc zmeniť a snaží sa všetko **ovládať** a držať pod **kontrolou** pretože je nedôverčivá. Je plná neuspokojenia a životného nepokoja a snaží sa stále hľadať to, čoho má nedostatok. Správanie sa spoluzávislej osoby je ovplyvnené vzťahmi so závislou osobou a často krát nie je schopná sa slobodne rozhodovať. (Škodová, 2013)

Treba však podotknúť, že neexistuje presná špecifikácia a počet vlastností, ktoré sú viditeľné pri spoluzávislých osobách. Pri rôznych osobách sa môžu prejavovať rôzne charakteristiky správania sa, ktoré nie vždy musia spadať do teoretických vymedzení.

Závislosť na psychoaktívnych látkach sa môže prejavovať u kohokoľvek. Jej vznik súvisí s mnohými faktormi, vplyvmi prostredia či osobnými charakteristikami jedinca. Tieto faktory si človek vôbec nemusí uvedomovať a preto sa nevyhýba experimentálnemu užívaniu psychoaktívnych látok. Chápanie závislosti sa v rôznych obdobiach v histórii menilo. V každom časovom období sa do popredia dostávali iné faktory, ktoré sa považovali za primárne pri vzniku závislosti. (Brady, s. 61, 2015)

V minulosti boli rozvíjané mnohé teórie od túžby užívania psychoaktívnych látok. Andrew Weil, ktorý je známym odborníkom na alternatívnu medicínu je zástanca tzv. **prírodnej teórie**. Tá pripisuje túžbu ľudí po užívaní psychoaktívnych látok vrodenej ľudskej snahe o zmenu vedomia. Podľa tejto teórie sa ľudia snažia zmeniť svoje vedomie už od detstva. Medzi takéto konanie, ktoré predstavuje snahu o zmenu vedomia už u detí je považované ich hojdanie sa a upokojuvanie svojich stavov, či točenie sa, kedy sa úmyselne snažia vytvoriť závrtné duševné stavy. Vekom, keď dieťa dospieva a starne, zistí, že takéto stavy a dokonca ešte intenzívnejšie, si dokáže navodiť pomocou určitých látok. Následne začne užívať drogy, ktoré slúžia ako mechanizmus na dosiahnutie cieľa zmeniť vedomie. (Preiss, s. 85, 2013)

Túto teóriu vrodenej potreby či snahy zmeniť vedomie podporuje aj skutočnosť, že ľudia používali drogy už v dávnej minulosti a užívajú ich do dnes aj napriek známym potenciálnym zdravotným či sociálnym problémom. Podporovatelia tejto teórie tiež poukazujú na to, snaha zmeniť svoje vedomie sa nachádza aj v ďalších ľudských činnostiach, ako je meditácia, intenzívna fyzická aktivita, rizikové správanie, ktoré zvyšuje adrenalín a podobne. (Lullman, s. 24, 2013)

Ďalšou rozšírenou teóriou dôvodu užívania drog a psychoaktívnych látok je **genetická** resp. **biologická teória**. Podľa nej, je užívanie návykových látok a hlavne vznik závislosti u jedinca podmienený s najväčšou pravdepodobnosťou geneticky dedičnou predispozíciou k takémuto správaniu sa. Prostredníctvom genetiky môže jedinec zdediť vlastnosti, ktoré ovplyvňujú ako vníma účinky látky, či sa cíti príjemné alebo dobre pri užívaní konkrétnej látky, u ktorej má dedičnú predispozíciu na vznik závislosti. Rovnako sú dedičnosťou podmienené aj celkové stavy a reakcie tela na účinok návykovej látky, rýchlosť návyku na drogu a potrebu zvyšovania dávkovania pre dosiahnutie rovnakého účinku drogy. Napríklad výskum dokázal, že pri užívaní alkoholu existuje tzv. „splachovacia reakcia“, ktorou trpia prevažne ľudia ázijského pôvodu a je spôsobená najmä dedičnosťou nedostatku enzýmu aldehyddehydrogenázy. Tento syndróm spôsobuje pri užívaní alkoholu sčervenanie tváre, potenie, nevoľnosť a niekedy dochádza aj ku tachykardii.

Na základe tých zdedených vlastností sa ľudia trpiaci týmto syndrómom cítia po užití alkoholu nepríjemné, zažívajú pocit úzkosti a nevoľnosti. Tieto pocity majú za následok zníženie pravdepodobnosti, že jedinci budú piť a vyvinie sa u nich závislosť na alkohole. Biologická teória tiež naznačuje, že u ľudí sa môže závislosť na psychoaktívnych látkach rozvinúť aj kvôli genetickým predispozíciám či to, že užívanie a postoj k užívaniu návykových látok je ovplyvnení neurologickým dôsledkom ich predchádzajúceho užívania. (Siger, s. 38, 2013)

Asi najstaršou teóriou o dôvode užívaní návykových látok a vzniku závislosti je **teória choroby**. Už v starovekom Grécku a Egypte bol alkoholizmus vnímaný ako choroba tela a duše a opatrovatelia sa snažili pomôcť tým, ktorý trpeli takýmto „alkoholovým šialenstvom“. Tento model sa v Amerike objavil už v roku 1784 no v 19. a 20 storočí bol značne ignorovaný. V tomto období dominoval **morálny model** závislosti, ktorý užívanie drog považoval za prejav slabého morálneho charakteru a teóriu choroby považoval za poskytnutie ospravedlnenia za zlé správanie. (Tarter, s. 5, 2011)

Teória choroby je vo svojej podstate opakom morálneho modelu. Rozdiel medzi týmito dvoma postojmi k závislosti a užívaniu drog si môžeme definovať na nasledujúcom príklade. Zástanca morálneho modelu závislosť a užívanie drogy považuje za zlé právanie jedinca, a za všetky problémy, ktoré s tým súvisia obviňuje užívateľa drogy, keďže ide o jeho rozhodnutie drogu užívať a je teda aj jeho chybou že musí znášať s tým spojené problémy. Naopak zástanca modelu choroby by povedal že nič z toho nie je chyba užívateľa, ale je to následok ochorenia, ktoré užívateľ nedokáže ovplyvniť. Skutočná

pravda o závislosti a vine na nej je pravdepodobne niekde medzi týmito dvoma teóriami resp. prístupmi. (Klosterman, s. 61, 2012)

Odborníci dnes zastávajú názor, že základné činitele, ktoré spôsobujú vznik závislosti sa však dajú rozdeliť do troch základných skupín. Ide o skupiny: **droga**, **človek** a **prostredie**. Závislosť je potrebné chápať z hľadiska komplexného javu, ktorý vzniká vzájomným pôsobením a integráciou faktorov z jednotlivých skupín činiteľov. Samotný mechanizmus závislosti a aj presná definícia jej vzniku sú stále objektom skúmania a doposiaľ nemáme fungovaní tohto procesu dostatočné informácie a vedomosti. Na základe mnohých skúmaní sa však podarilo získať rôzne poznatky, ktoré sú dnes využívané pri liečbe závislosti a liečba sa stáva účinnejšou. (www.uflu.cz)

3.2.1. Droga ako činiteľ vzniku závislosti

Droga pôsobí na zvýšenie rizika vzniku závislosti ako základný činiteľ svojimi vlastnosťami. Čím je droga účinnejšia, tým rýchlejšie a častejšie dokáže u užívateľov vyvolať tzv. „craving“ čiže dychtivú túžbu po droge, ktorá vedie k jej opätovnému užívaniu. Predpokladá sa, že takéto vlastnosti drogy sú podmienené na týchto troch schopnosťami:

- Schopnosť vyvolať silný psychický účinok – ide o schopnosť látky vyvolať žiadosť po opakovaní aplikácie ďalšej dávky najmä vyvolaním pozitívnych účinkov pri jej aktívnom pôsobení v tele užívateľa;
- Schopnosť rozpoznania medzi inými látkami – látka vyvolávajúca závislosť má vlastnosť byť jednoznačne rozpoznaná medzi inými látkami;
- Schopnosť vyvolať nepríjemné pocity po prerušení opakovanej aplikácie – látka po prerušení opakovania aplikácie má schopnosť vyvolať negatívne pocity, ktoré slúžia užívateľovi ako motivácia na opakovanú aplikáciu za účelom odstránenia týchto pocitov (Fischer, s. 42, 2014).

Silný potenciál vyvolať závislosť je rovnako faktorom vychádzajúcim z vlastnosti drogy, ktorý zásadne ovplyvňuje jej užívanie. Tvrdé drogy ako je napríklad kokaín alebo heroín je pravdepodobnosť vzniku závislosti omnoho vyššia ako pri tzv. mäkkých drogách medzi ktoré sa zaradzuje aj marihuana. Ich návykové vlastnosti priamo súvisia s intenzitou vyvolaných pozitívnych účinkov. Ide o ich odmeňujúce účinky a ovplyvňovanie neurónov v mozgu. Svojimi účinkami a chemickým zložením dokážu psychoaktívne látky resp.

drogy vytvoríť proces podmieňovania, ktorý slúži na motiváciu a na vytvorenie pocitu baženia po droge. Rovnako dokážu vyvolať euforickú náladu či pozitívne podfarbiť spomienky na užívanie drogy. V procese podmieňovania sú pomocou podnetov ako je napríklad vnímanie prostredia, kde dochádza k užívaniu drogy, aktivované pozitívne emócie a „craving“ resp. pocit túžby po droge. (McArthur, s. 19, 2014)

Užitie takýchto látok, ktoré vyvolávajú závislosť, je spojené tiež s nepríjemnými účinkami. Ide napríklad o tráviace problémy pri účinkoch opiódov a pod. Opakovaným užitím látky sa však znižujú negatívne dôsledky užitia látky, čo slúži rovnako ako forma motivácie na jej ďalšie užitie. Okrem zmiernenia či zvýšenia tolerancie negatívnych dôsledkov sa však aj znižuje euforický účinok a na jeho dosiahnutie je potrebné zvýšenie dávky drogy prípadne zmeniť spôsob užívania látky na účinnejší. (David, s. 43, 2016)

Častým užívaním drogy sa však vytvorí adaptačné zmeny v mozgu užívateľa a spôsobí abstinénčné príznaky pri prerušení pravidelnej aplikácie psychoaktívnej látky. Niektoré látky môžu vyvolať aj tzv. mechanizmus senzitivácie, čo znamená posilňovanie odmeňovacích účinkov látky. Najčastejšie sa tento mechanizmus objavuje pri pravidelnom užívaní psychostimulantov, ktoré pri tomto mechanizme spôsobia zväčšenie uvoľňovania dopamínu, ktorý spôsobuje pocit odmeny alebo pozitívnych emócií spojených s užívaním látky. Tento proces slúži na zakrytie procesu zvyšovania tolerancie užívateľa na drogu a potreby zvyšovania dávky prípadne skrátenia intervalov medzi jednotlivými aplikáciami drogy. (Druskoc, s. 55, 2012)

Významný vplyv má tiež užívanie liekov či legálnych drog, ktoré človek nepovažuje za negatívne. Tie, najmä lieky, dokážu svojim zloženým a účinkom **meniť chémiu tela**, a tiež vplývajú na nervový systém človeka. To následne ovplyvňuje vnímanie reality. Takéto látky dokážu spomaliť, urýchliť alebo aj deformovať príjem a prenos vnímania skutočnosti. (Hanson, s. 32, 2017)

3.2.2. Človek ako činiteľ vzniku závislosti

Závislosť na drogách vzniká často z dôvodu, že človek hľadá hlbšie ľudské motivácia potreby, ktoré mu má užívanie drog poskytnúť. Závislosť na drogách preto mnohokrát súvisí s potrebou hľadania niečoho duchovného a s potrebou vyriešenia životných dilem. Ide o tieto potreby a motivácie, ktoré sú z časti nevedomé a majú silu inštinktu:

- Potreba vyhnúť sa bolesti (fyzickej alebo duševnej) alebo potreba nájsť skľudnenie;
- Potreba cítiť sa energický, výkonní, bezproblémový, dosiahnuť eufóriu a radosť a zbaviť sa vnútorných zábran;
- Potreba zážitku splynutia alebo seba prekročenia či pocitu jednotys Bohom a podobne. (www.uflu.cz)

Všetky tieto potreby či motivácie majú k sebe príslušné drogy, pomocou ktorých sú umocnené zážitky. Pri potrebe tlmenia bolesti sa využívajú opioidy, zatiaľ čo pre uspokojenie pocitu eufórie a radosti či pocitu energie sú využívané stimulanty. Na poslednú potrebu transcencie sú využívané látky s názvom psychedeliká. (Kalina, s. 15, 2008)

Silným faktorom je **genetika**. Pod tento pojem spadá aj nutkavá potreba uspokojenia túžby. Ide o tzv. neurologické funkcie v mozgu, ktoré sa nazývajú aj systém odmeny. Tento systém spája potreby nutné k prežitiu jedinca resp.druhu s pocitom spokojnosti. O tomto systéme môžeme hovoriť pri pocitu telesnej pohody pri reprodukcii či iných situácií, ktoré sú potrebné k prežitiu, v ktorých sa prejavy pocit spokojnosti, aby sa tak zvýšila pravdepodobnosť opakovania sa takejto situácie. Opačný efekt má stresový systém, ktorý pôsobí na človeka tak, že sa s negatívnym biologickým pôsobením snaží vyhýbať sa situáciám, ktoré by ohrozili prežitie organizmu. Pomocou tohto systému organizmus rýchlo reaguje na takéto situácie napríklad útekem alebo útokom. Systém je však prepojený aj so systémom odmeňovania a nežiaduce situácie, v ktorých je ohrozenie organizmu „trestá“ negatívnym pôsobením, aby sa tak zvýšila motivácia jedinca vyhnúť sa v budúcnosti takýmto situáciám. (Štefan, s. 27, 2012)

Pomocou genetiky sa tiež prenášajú dedičné predispozície k vzniku závislosti od alkoholu, ale nie len od neho. Synovia otcov, ktorí boli alkoholicy majú často krát vrodenu vyššiu toleranciu na alkohol. Práve u týchto osôb je následne pravdepodobnosť vzniku závislosti od alkoholu až 4 krát vyššia. Deti alkoholikov tiež často krát majú vlastnosť menej výrazných prejavov intoxikácie a ľahšie prekročenie únosnej miery pri užívaní alkoholu. Zistenia genetických štúdií poukazujú na to, že takéto dedičné predispozície nie sú len pri alkohole, ale tiež sa to týka aj nikotínu, kofeínu a ďalších psychoaktívnych látok. (Cohen, s. 36, 2014)

Ďalšou významnou skupinou, ktorá vplýva na vznik závislosti je charakteristika jednotlivca. Ide o **psychologické charakteristiky**, ktoré sú znakmi toho, že je u daného jednotlivca vyššia miera rizika vzniku závislosti. Neznamená to však že existuje presná definícia osobnosti človeka s konkrétnymi vlastnosťami, kde môžeme povedať že sa určite

stane závislou osobou alebo naopak, že iná ľudská osobnosť nikdy závislosti neprepadne. Ide len o jednotlivé vlastnosti, pri ktorých sa preukázalo vyššie riziko. Medzi takéto povahové črty a vlastnosti patria: „tendencia k impulzívnemu konaniu, nízka frustračná tolerancia a iritabilita, emočná nezrelosť a neistota, vôľová slabosť a nedostatočná sebadisciplína.“ (Kolibáš, s. 21, 2007)

3.2.3. Prostredie ako činiteľ vzniku závislosti

Tretou skupinou sú **faktory prostredia**. Z prostredia pôsobia na jednotlivca mnohé faktory, či už ide o kultúrne, sociálne či kontextové. K rozhodnutiu prvý krát vyskúšať drogu vedú mnohokrát aj vedomosti jedinca o jej účinkoch, jej dostupnosť a cena. Čím je droga dostupnejšia a lacnejšia, tým častejšie sa v spoločnosti vyskytuje jej užívanie a rovnako aj závislosť na takejto droge. Užívanie a tolerovanie užívania niektorých drogy je často podmienené aj **kultúrou**. Tá môže mať vo svojich zvykoch či tradíciách zakotvené rôzne spôsoby príležitostného užívania drogy, na základe ktorých, je pravidelné užívanie konkrétnej látky viac tolerované ako v iných kultúrach. (Hanson, s. 38, 2017)

Dôležitý a často krát aj najsilnejší je vplyv rodiny a sociálnej skupiny, v ktorej sa človek nachádza. Ak sa v rodine nachádza člen, ktorý užíva nejakú drogu, prípadne je na nej závislý, riziko vzniku závislosti je u človeka vyššie. Nejde len o genetické predpoklady, ktoré vedú k zvýšenej miere rizikovosti ale aj o vplyv prostredia v ktorom sa jedinec nachádza a v ktorom vyrastá. (Kalina, s. 23, 2010)

Závislosť je totiž jav, ktorý existuje v systéme vzťahov človeka a nie je to len izolovaný jav. Rodina a rodinné vzťahy sú často najsilnejšie vzťahové putá človeka a práve preto sa tento proces zreteľnejšie prejavuje v tomto prostredí. Zo vznikov závislosti a rodinných vzťahov sa často spája pojem hyperprotektívna matka. Jedná sa o vzťah resp. o rolu matky, ktorá sa o svoje dieťa stará až prehnane, je príliš ochránárska a citovo naviazaná na svoje dieťa. Často pri takýchto matkách vidieť uprednostňovanie vzťahu s dieťaťom aj na úkor iných svojich vzťahov a potrieb. Jedinec si potom vytvorí vzájomnú väzbu a má problém prejsť do samostatného života a do dospelosti. Mnoho krát má postoj či správanie takejto matky vplyv aj na prirodzený vznik konfliktov, ktorý je potrebné pre dôležité separačné kroky. (Driskoc, s. 54, 2012)

Dôležitú úlohu má tiež rola otca. Výskum Vaillant v roku 1995 poukázal na fakt, že výraznejší vplyv na vznik závislosti mal negatívny vzťah otca s dieťaťom, ako nadmerne vrel a starostlivý vzťah matky. V rodinách, kde sa u dieťaťa prejavila

závislosť, najmä na alkohol, bol problémový vzťah otca s dieťaťom. Dôležitosť úlohy otca v rodine býva najmä preto, že často krát pristupuje k problémom viac racionálne a rozhodne ako matka. Častejšie tiež dokáže odľahčiť napätú situáciu a priniesť do nej trochu hravosti či humoru. Vo vzťahu otec a dcéra je otec „prvým mužom“ v jej živote, na ktorom jej záleží a preto do určitej miery posudzuje svojich partnerov podľa otca. Pre syna je otec zasa človekom, ktorý ho sprevádza do sveta mužov a ich záujmov ako je sú technológie, stroje, autá či šport a uľahčuje mu svojim prístupom k problémom dospievanie. Okrem jednotlivých rolí rodičov je dôležitý aj celkový vzťah rodičov k ich deťom. (David, s. 51, 2016)

V rodinách, v ktorých sa nachádza dieťa závisle na drogách, sa objavujú určité charakteristiky. Tieto charakteristiky sú považované za predpoklady vzniku závislosti. Často krát je ale náročné zistiť či boli tieto charakteristiky viditeľné v rodine od začiatku a boli dôvodom vzniku závislosti, alebo sa v rodine objavili práve ako následok vzniku závislosti dieťaťa.

Veľmi častou charakteristikou je **užívanie drog** u samotných **rodičov** závislého dieťaťa. S užívaním a závislosťou na drogách sa v drvivej väčšine rodičov môžeme stretnúť aj s kriminalitou a **trestnou činnosťou**. Takéto prostredie narúša psychologický vývoj dieťaťa ktoré v danej situácii často nevidí iné východisko ako riešiť situáciu. Rodičia užívajúci drogy zväčša zanedbávajú starostlivosť o svoje dieťa a prvoradá sú pre nich drogy ktoré užívajú. **Nedostatočná starostlivosť** rodičov zanechávajú negatívne dopady na osobnostný rozvoj dieťaťa, ktoré môže mať pocity menejcennosti. Pri závislosti rodičov zohráva dôležitú úlohu aj genetická predispozícia dieťaťa k závislosti na psychoaktívnych látkach.

Opakom sú rodičia, ktorý sa o svoje dieťa starajú v prehnanej miere. Vo väčšine prípadov ide o **prehnanú starostlivosť** zo strany matky, ktorá sa snaží svoje dieťa chrániť pred akýmkoľvek negatívnym zážitkom. Svojim prehnaným správaním však môže spôsobiť že dieťa má problém riešiť vzniknuté problémy a niekedy aj jednoduché konflikty a stresové situácie môžu byť pre neho ťažko zvládnuteľné. Takéto dieťa môže mať pocit neslobody a nemožnosti sa rozhodovať samostatne a snaží sa z tohto pocitu „vyslobodiť“ užívaním drog a psychoaktívnych látok, ktoré mu pomáhajú navodiť takýto pocit bez potreby riešenia situácie.

Ďalšou charakteristikou je **komunikácia medzi rodičmi a deťmi** a ostatnými členmi rodiny. Komunikácia najmä s dospievajúcimi deťmi je často krát veľmi zložitá, keďže sú vo fáze vývoja kedy sa snažia vzdorovať takmer všetkému a sú v období kedy

si na všetko potrebujú vytvoriť svoj vlastný názor. Aj napriek tomu by sa mali rodičia snažiť nájsť vhodný spôsob na komunikáciu ktorá je pri riešení problémov dieťaťa kľúčová. Dospievajúce dieťa sa môže dostať často do situácie s ktorou si nevie poradiť a rodičia by mali byť osoby, ktoré mu v danej situácii pomôžu nájsť správne riešenie. Komunikácia ako aj vzťahy medzi rodičmi a dieťaťom by však mali byť založené na vzájomnej úcte a rešpekte. Preto je potrebné si vytvoriť **jasné a zrozumiteľné pravidlá**, ktoré však budú uplatňované rovnako na všetkých členov rodiny a ktoré nebudú rozporuplné.

Pri dospievajúcom dieťati je veľmi dôležité venovať **pozornosť záujmom** dieťaťa a jeho **vzťahov s rovesníkmi**. Nedostatočná pozornosť môže viesť k odcudzeniu dieťaťa od rodičov ale tiež neskorého spozorovania problémov v správaní dieťaťa. (Tarter, s. 5, 2011)

Nesmierny vplyv na rozhodnutie vyskúšať či pravidelne užívať drogu majú aj **vedomosti** a celkové **informácie o vplyvoch drogy** na zdravie človeka a ďalších negatívnych následkov jej užívania. Na tento fakt poukázali výskumy, pri ktorých vysvitlo, že šírenie poznatkov o nebezpečných následkoch užívania určitej drogy viedlo k zníženiu jej užívania. Pri výskyte nových drog má tento fakt opačný efekt. Keďže nie sú žiadne výskumy, ktoré by poukázali na nebezpečenstvo pri užívaní novej drogy a spoločnosť nemá vytvorené žiadne pravidlá, ktoré by regulovali jej užívanie. Nové drogy skúšajú tzv. „novátori“, ktorý sa chcú odlíšiť medzi svojimi rovesníkmi a hľadajú nové zážitky. Títo jedinci následne opisujú svojmu okoliu účinok drogy, propagujú ju a zvyčajne aj preceňujú príjemné pôsobenie a účinok danej drogy. (McArthur, s. 48, 2014)

Riziko vzniku závislosti zvyšuje aj miera sociálnej adaptácie a tiež integrácie človeka. K užívaniu drog vedie jedinca aj pri vytrhnutí z jeho spoločenského prostredia (napríklad pri povinnej vojenskej službe), kedy sú narušené všetky nadobudnuté kontakty a stráca sa tiež dosiahnuté postavenie v spoločnosti. Príkladom sú napríklad americký vojaci počas vojny vo Vietname. Viac ako u polovici vojakov sa zistilo užívanie heroínu a u niektorých aj závislosť na tejto droge. Do 8 mesiacoch od ich návratu domov však 90 % vojakov, ktorý užívali heroín, prestalo užívať drogu. (Kolibáš, s. 23, 2007)

Najväčší vplyv má však prostredie na mladých ľuďoch a adolescentov. Rizikové faktory sú najmä zlá finančná situácia rodiny, bývanie v chudobných mestských štvrtiach, nedostatok možností rozvíjať svoje záujmy či študovanie na menej kvalitných školách. Postoj k užívaniu drog často ovplyvňujú aj konkrétne kontexty v ktorých sa jednotlivci nachádzajú. K týmto faktorom patrí aj sociálne správanie, ktoré sa rozvíja z fyzického

prostredia, kde sa droga užíva. Napríklad užívanie drog môže byť vnímané za prijateľnejšie v skupine priateľov, ktorý užívajú drogy alebo v partii ktorej je človek členom, ako pri užívaní tajne v práci či na hudobných koncertoch a pod. (Hanson, s. 51, 2017)

Medzi sociálne faktory, ktoré prispievajú k motivácií prečo začať užívať drogu môžu prispieť rôzne problémy, ktoré sa jednotlivец snaží účinkom drogy zmierniť alebo potlačiť. Medzi takéto príčiny patria napríklad: telesná bolesť, liečba choroby, uvoľnenie od stresu alebo úzkosti, poskytovanie relaxácie, snaha uniknúť skutočnosti, samo liečenie sa, snaha meniť a deformovať vizuálne, sluchové či senzorické vnímanie okolia či zvyšovanie sebavedomia. (Tarter, s. 6, 2011)

3.3. Prevencia závislosti

Užívanie drogy a závislosť na drogách je celospoločenský problém, ktorý je prítomný v každej jednej krajine na celom svete. Preventívne aktivity sú najlepšou ochranou proti tomuto nežiaducemu javu. Prevencia je zameraná na pochopenie faktorov, ktoré sú rizikové pre vznik závislosti a začiatok užívania drog a tiež na šírenie informácií o následkoch užívania drog prostredníctvom preventívnych programov. Veľmi efektívne sú programy protidrogovej prevencie v školách, kde sú zamerané na adolescentov vo veku od 12 do 17 rokov. Práve tí sú najrizikovejšou vekovou skupinou, kedy sa objavuje prvý kontakt s drogami a vytvára sa názor a postoj k ich užívaniu. Dôležité je tiež rodičovské monitorovanie, ktoré dokáže výrazne spomaliť rozširovanie drog a ich užívania. Prevencia závislosti nie je zameraná len na nelegálne drogy, ale tie aj na spoločensky tolerované drogy, ako je alkohol a nikotín. (www.drugabuse.com)

Dôvod, prečo sú adolescenti náchylnejší k protidrogovej závislosti je to, že ide o obdobie v živote každého človeka, kedy sa snaží nájsť samého seba, ujasniť si svoje postoje k mnohým dôležitým veciam s ktorými sa v živote stretáva a nájsť správny smer, ktorým sa vyberie v živote. Rovnako je dôležitý faktor aj ich zvedavosť na skúšanie nových vecí, najmä tie, ktoré sú považované za zakázané. Obdobie adolescencie je spojené s emocionálnou nezrelosťou a výkyvmi, na ktoré môžu negatívne vplyvať aj ďalšie faktory ako napríklad zmena školy či zmena bydliska, rozvod rodičov alebo iné rodinné situácie. Aj tieto faktory môžu prispieť k rozhodnutiu adolescenta vyskúšať drogu, alebo ju pravidelne užívať. (Zelina, s. 41, 2014)

Prevencia vo veku adolescencie je veľmi dôležitá z toho hľadiska, že je to obdobie, kedy sa ešte stále vyvíja mozog aj telo dieťaťa. Užívanie drog dokáže vážne poškodiť

zdravie a tiež zmeniť chemické procesy v mozgu a následne celkové správanie, motiváciu, pamäť či úsudok užívateľa. O to nebezpečnejšie je užívanie drog v období, kedy tieto procesy vývoja tela a mozgu ešte nie sú ukončené a sú preto aj ľahšie narušiteľné. (www.drugabuse.gov)

Pre zabráneniu rozšírenia či vzniku závislosti je potrebná činnosť alebo aktivita, ktorej cieľom je minimalizovať pravdepodobnosť výskytu závislosti. Preventívna činnosť zameraná na zníženie či elimináciu závislosti je vykonávaná na troch úrovniach:

- Primárna prevencia;
- Sekundárna prevencia;
- Terciálna prevencia (Zelina, s. 42, 2014).

Cieľom **primárnej prevencie** je odradiť od prvého vyskúšania a užitia drogy, alebo oddialiť prvý kontakt s drogou. Primárna prevencia je svojimi aktivitami zameraná na konkrétne cieľové skupiny, ktorými sú často žiaci a študenti v školách. Prevencia je následne zameraná na aktivity v školstve, kde sa nachádzajú mladiství, ktorý tvoria najrizikovejšiu skupinu. Prevencia prebieha na základe rôznych aktivít či výskumov, pomocou ktorých sa definujú a následne eliminujú všetky faktory, ktoré môžu byť spúšťačom či dôvodom na vznik závislosti. Rovnako svojou činnosťou podáva informácie mladým, čomu sa snaží vyhnúť začatiu užívania návykovej látky z dôvodu nevedomosti o jej škodlivosti na organizmus. Pri primárnej prevencii je dôležité, aby jej program podporoval vývoj jedinca a aby jedinec čo najbezpečnejšie prešiel cestou hľadania vlastnej identity. (Liba, s. 39, 2009)

Je potrebné si rozlíšiť aj pojmy špecifickej a nešpecifickej prevencie. Pri **nešpecifickej primárnej prevencii** ide o zamerania sa na problém zdravého životného štýlu v celku a nie len na drogovú problematiku. K nešpecifickej primárnej prevencii sa preto rátajú aj aktivity spojené so sebaopoznaním, športu a kultúry, riešenia problémov apod.

O **špecifickej primárnej prevencii** hovoríme vtedy, ak sú aktivity prevencie spojené výlučne s drogovou problematikou. Slúži najmä na poskytovanie informácií a vyvracanie mýtov a omylov ktoré sú spojené s užívaním návykových látok. (Bottová, 2008)

Na to, aby bola primárna prevencia úspešná je potrebné dodržať niekoľko zásad. V prvom rade je potrebný **skorý začiatok prevencie** a preventívnych aktivít. Ak sa preventívne aktivity začínajú v neskoršom veku dieťaťa, často sú v rozpore

s predstavou a už vytvoreným názorom na danú problematiku, čo ich robí menej účinnjšími. Preto je potrebné sa zamerať na vykonávanie preventívnych aktivít s mladšími deťmi, ktoré si svoj názor na riešenú problematiku ešte nevytvorili.

Pri vytváraní a oslovovaní vybranej cieľovej skupiny je potrebné zvážiť aj ich intelektuálnu úroveň, aby informácie a formy ich od komunikovania boli **primerané veku cieľovej skupiny**. Tiež netreba zabúdať aj na iné charakteristiky, ktoré ovplyvňujú osloveného jednotlivca ako je napríklad prostredie v ktorom sa nachádza. Nesprávne podanie informácií a nevhodný spôsob práce s človekom môže viesť k odradeniu na komunikáciu a neúčinnosť prevencie.

Dôležité je protidrogové programy zakomponovať do kontextu podporu **zdravej výživy** a samotného zdravia. Zarátava sa sem aj rozvoj spoločenského chápania užívania drog ako nežiaduce sociálne správanie sa. Je potrebné nabádať k tomu, aby sa jedinci zaujímali o svoje zdravie a aby vedeli o možných zdravotných rizikách spojených s užívaním drog. Ak si totiž jedinec vytvorí zdravé životné návyky vychádzajúce z jeho postoja k svojmu zdraviu, je to kľúčovým bodom v rozhodovaní sa pri vyskúšaní a ďalšou užívaní drogy.

Pri protidrogovej prevencii netreba zabúdať ani na legálne **a spoločensky tolerované drogy**. Je nesprávne sa zamerať len na nelegálne, keďže alkohol ako aj tabak sú často prvé psychoaktívne drogy ktoré užívateľ vyskúša a na základe skúsenosti s nimi si môže vytvoriť skreslený názor aj na ostatné návykové látky. V praxi sa často stretávame že užitie legálnej drogy vedie k neskoršiemu užitiu nelegálnej drogy a mnoho krát aj ich vzájomnej kombinácií.

Veľmi dôležité je si uvedomiť, že protidrogová prevencia musí **pôsobiť systematicky** a najmä **dlhodobo**. Prevencia by mala byť vykonávaná v škole, v rodine, kultúrnych zariadeniach a na všetkých dostupných miestach. Dôvodom je vytvorenie si vzájomného vzťahu dôvery a tiež poskytnutie informácií a upevnenia postoja podľa jednotlivcov. Informácie by však nemali byť podávané príliš autoritatívnym spôsobom ale malo by ísť o poskytovanie správnych informácií za účelom usmerňovania postojov a predchádzaniu nežiaduceho správania sa.

Informácie v rámci prevencie však netreba podávať jednostranne, ale je potrebné sa zamerať na viaceré oblasti a využívať také metódy a prostriedky, aby sa prevencia stala účinná. Rozhodne nie je vhodné zastrášať a zakazovať užívanie drog, ale je potrebné aj podať určité informácie na základe ktorých jednotlivec sám dospeje k záveru že nie je správne užívať drogy. (www.infodrogy.sk, 2015)

Ďalšou úrovňou je **sekundárna prevencia**, ktorá je zameraná na predchádzanie vzniku, rozvoja alebo pretrvávania závislosti u takých osôb, ktoré už boli v kontakte s drogou, prípadne ju užívajú alebo sú od nej závislí. Táto forma prevencie je zameraná na tri ciele a to **buď liečba závislosti vedúca k abstinencii, liečba závislosti vedúca ku kontrolovanému užívaniu** drogy, alebo liečba závislosti podávaním substitučnej látky. Liečba závislosti, ktorá ma za úlohu viesť ku kontrolovanému užívaniu drogy sa v slovenskej praxi využíva málo, a zväčša je zameraná na jedincov s slabšie rozvinutou osobnosťou. Preventívne aktivity nie sú zamerané len na užívateľa návykovej látky, ale tiež na ľudí v jeho okolí a rodine, s ktorými je užívateľ v blízkom sociálnom vzťahu. To, či sa bude viesť k liečbe závislosti s úplnou abstinenciou alebo substitúciou je v mnohých prípadoch stanovené podľa drogy, na ktorej je vytvorená závislosť a silu vytvorenej závislosti. (Jarvis, s. 124, 2013)

Pri sekundárnej prevencii sú využívané viaceré medicínske ale aj nemedicínske prístupy. Medzi často sa vyskytujúce patria napríklad resocializácia, reedukácia či právne poradenstvo. V rámci medicínskych prístupov sa poskytuje pomoc závislým osobám nasledujúcimi liečebnými pôsobeniami:

- Zotavením;
- Odpútanie od prostredia, v ktorom bol vedení závislý spôsob života;
- Detoxikáciou v širšom zmysle slova (vzťahy, prostredie, návyky, substancia);
- Retrospektívny pohľad na životné udalosti;
- Konfrontácia s tým, čo závislého poškodzovalo a zraňovalo;
- Konfrontácia s tým, čo závislý poškodil a zranil;
- Pochopenie a prijatie zodpovednosti za svoje činy a svoj život;
- Znovu objavovanie pocitov a emócií a učenie sa ich adekvátnemu vyjadreniu;
- Upevňovanie hodnôt súvisiacich s abstinenciou;
- Hľadanie zmyslu života a životných hodnôt;
- Hľadanie nástrojov k vykonaniu zmien a ich udržania;
- Hľadanie vzťahu k vyššiemu ideálu či princípu;
- Možnosť uvedomiť si reálne vzťahy a väzby k svojmu okoliu;
- Vytváranie si nadhľadu na súvislosti závislosti a zlého životného smerovania (Kalina, s. 39, 2010).

Terciálna prevencia je zameraná na predchádzanie závažnému alebo trvalému sociálnemu a zdravotnému poškodeniu, ktoré vyplýva z užívania drog. Za terciálnu prevenciu považujeme:

- Resocializáciu či sociálnu rehabilitáciu užívateľov, ktorý boli na liečbe vedenej k abstinencii, alebo sa zapojili do substitučnej liečby;
- Intervencia u jedincov, ktorý užívajú drogy aktívne a nemajú potrebu resp. nie sú rozhodnutí prestať drogu užívať.

V rámci tejto prevencie je využívaní prístup zo sociálnej úrovne, ku ktorému sa zaradzuje sociálna práca ako je pomoc rodine, pomoc pri hľadaní práce či kontakte so zdravotnými a úradnými inštitúciami. Okrem takejto sociálnej podpory sú tiež vyvíjané aktivity, ktoré majú za cieľ predchádzať závažným prenosným ochoreniam najmä z užívania znečistených či už použitých ihel a striekačiek. (Clayton, s. 27, 2014)

Prevenciu môžeme rozdeliť aj podľa miesta resp. sociálnej oblasti a skupiny, v ktorej sa realizuje. Podľa tohto kritéria môžeme prevenciu rozdeliť na tieto skupiny:

- Rodinná prevencia;
- Školská prevencia;
- Komunitná prevencia.

Pri **rodinnej prevencii** ide o aktivity v rodine, ktoré sa snažia znížiť pravdepodobnosť začatia užívania drog alebo vznik závislosti na už užívanej droge. Rodinná výchova, v ktorej je zakomponovaná aj drogová prevencia je veľmi účinná forma ochrany, ktorá má prínosy ako zlepšovanie komunikácie medzi rodičmi a deťmi či zosilnenie rodinných väzieb. Na zavedenie úspešnej prevencie v rodinnom prostredí je dôležité, aby si rodičia vytvorili a presadili rodinné pravidlá v domácnosti a komunikovali medzi sebou a deťmi a vyhli sa tak zhoršeniu vzťahov, zlej komunikácií a pod.

Školská prevencia sa aplikuje v školskom prostredí, najmä na základných a stredných školách. Snaží sa poskytnúť informácie o negatívnych následkoch užívania drog v tomto prostredí, pretože v rodinnom prostredí nemusia byť takéto informácie poskytované a dokonca sa môžu deti nachádzať v situácií, kedy jeden alebo viacerí členovia rodiny drogy užívajú. Práve vtedy je dôležité, aby bol aj v školskom prostredí, kde deti trávajú podstatnú časť svojho času, vytvorený preventívny program ktorý by dokázal poskytnúť informácie a tiež pomoc a podporu v správnom čase.

Tretou formou je **komunitná prevencia**. Existuje mnoho komunitných organizácií, ktoré sa svojou činnosťou snažia bojovať proti užívaniu drogám a vzniku závislosti. Takéto komunitné organizácie existujú na lokálnej, národnej či dokonca medzinárodnej úrovni. Tie sa pomocou preventívnych programov snažia poskytnúť pomoc ľuďom, ktorý ju nenašli v rodinnom či školskom prostredí. (www.narconon.org)

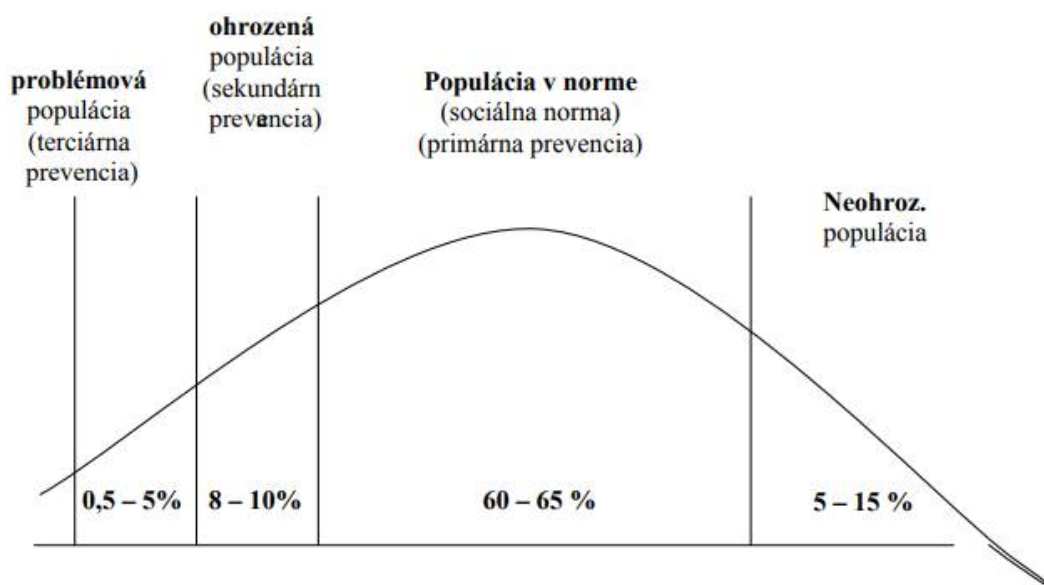
Pri vykonávaní prevencie je veľmi náročné dosiahnuť správne výsledky a zabezpečiť, aby prevencia nezlyhala. Na vyhnutie sa zlyhania je potrebné vyvíjať veľké úsilie a problematiku dostať do povedomia spoločnosti. Rovnako je veľmi dôležitá odbornosť pri prevencii. Je dôležité snažiť sa pochopiť ľudí užívajúcich psychoaktívne látky a uvažovať nad dôvodmi vzniku tohto celospoločenského problému. Len tak je možné nájsť správny prístup k ľuďom trpiacim závislosťou a poskytnúť im pomoc takou formou, aby bola z ich strany prijatá a nebola považovaná za urážlivú či neúčinnú. (Fried, s. 56, 2015)

Dôležité pri prevencii je stanovenie si **cieľovej skupiny**. Prevencia môže byť zameraná **všeobecne** čo je dôležité najmä v primárnej prevencii. Netreba však zabúdať aj na **rizikové skupiny** a **rizikových jednotlivcov**. Pri rizikových skupinách sa jedná o jednotlivcov v určitej vekovej kategórii, profesnej kategórie či kategória podľa etnickej príslušnosti. Rizikovní jednotlivci majú vo svojom správaní či povahových vlastnostiach a črtách osobnostné riziká ktoré zvyšujú pravdepodobnosť výskytu problémového správania sa.

Prevencia môže byť zameraná aj na cieľové skupiny rozdelené podľa formy užívania drogy. Ide o experimentátorov, príležitostných užívateľov, pravidelných užívateľov, problémových užívateľov drogy a závislých jedincov. V neposlednom rade je samostatnou cieľovou skupinou protidrogovej prevencie aj rodina a partneri užívateľov drog. Pri tejto cieľovej skupine sa často využíva sekundárna a terciálna forma prevencie.

To, akú formu prevencie a jednotlivé nástroje prevencie zvolit' je zložitá otázka. Netreba zabúdať na mnohé faktory, ktoré vplyvajú na vytváranie si postojov k droge a jej užívaniu. Aj na základe týchto znalostí a definovania základného problému je možné nastaviť prevenciu čo najúčinnjšie.

Obrázok 8: Proaktívny model prevencie



Zdroj: Bindasová – Tichý, 2011

Proaktívny model prevencie zobrazuje postoj k droge a jej užívaniu vzhľadom na celkovej populácii. 60 až 65 % populácie má „normálny“ postoj k droge ktorý je založený na vplyve spoločenských noriem. Len malé percento 8 až 10 % populácie považuje drogu za príťažlivú a len 0,5 až 5 % populácie bude drogu užívať a poškodzovať si tak svoje zdravie. V rámci populácie existuje 5 až 15 % ľudí, ktorí majú odmietavý postoj k užívaniu návykových látok. Niektoré skupiny populácie je ťažké definovať a stanoviť do akej kategórie jednotlivec patrí. S týmto sa spája aj problém stanovenie vhodnej prevencie.

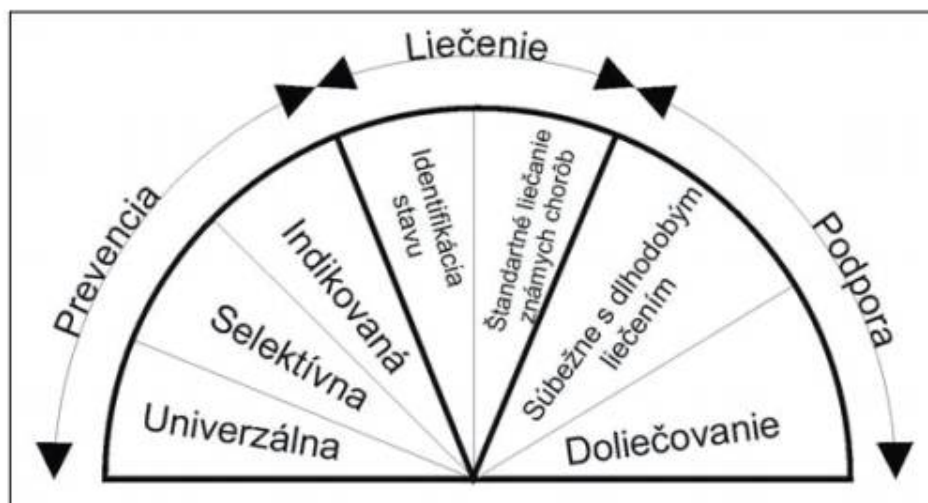
Mrazek a Haggerty rozpracovali chápanie tradičnej prevencie do prevenčného spektra, ktoré je zobrazené na obrázku 9. Toto spektrum rozdeľuje prevenciu na 3 kategórie a to univerzálnu prevenciu, selektívnu prevenciu a indikovanú prevenciu.

Pri uplatňovaní **univerzálnej prevencie** sa aktivita zameriava na celú populáciu a nie len na špecifické skupiny. **Selektívna prevencia** je zasa zameraná na aktivity spojené so spoluprácou s vysoko rizikovými skupinami ako sú deti alkoholikov alebo mladí ľudia v stresujúcich situáciách. **Indikovaná prevencia** je zameraná na jednotlivcov, ktorú prejavujú znaky závislosti alebo iné špecifické znaky a symptómy.

Model prevenčného spektra zahŕňa okrem prevencie aj ďalšie dve fázy a to liečenie a podporu. Vo **fáze liečenia** je aktivita zameraná na identifikáciu stavu problematickeho správania sa jedinca a následne štandardné liečenie tých zistených

chorôb. Treťou fázou je **fáza podporu**, ktorá môže prebiehať súbežne s dlhodobým liečením. Aktivity v tejto fáze sú zamerané na doliečovanie sa a znižovania pravdepodobnosti výskytu recidívy. (Pjaktová, 2014)

Obrázok9: Prevenčné spektrum



Zdroj: Pjaktová a kol, 2014

3.4. Liečba závislosti

Liečba závislosti na psychoaktívnych látkach je náročný proces, ktorý sa snaží ovplyvniť tri základné komponenty, ktoré patria k závislosti a to: drogu, prostredie a jedinca. Svojou činnosťou sa snaží odstrániť chemické procesy, ktoré plynú z užívania drogy a spôsobujú pocity jej potreby, ale aj snahu o zmenu myslenia závislého jedinca, ktorý si často neuvedomuje následky svojho konania.

Do procesu liečby tiež spadá vplyv na prostredie, nie len v zmysle, dostať závislého jedinca preč z prostredia užívania a výskytu drog, ale aj vplývaním na rodinné prostredie ktoré v mnohých prípadoch výrazne vplyva na motiváciu závislej osoby vyliečiť sa zo závislosti. Netreba zabúdať, že liečba je veľmi náročný a dlhodobý proces, ktorý je založený najmä na ochote jedinca liečiť sa zo vzniknutej závislosti. (www.dhcs.ca.gov)

Liečba závislosti od psychoaktívnych látok sa skladá z dvoch základných prvkov a to z medikamentózneho liečby a psychoterapeutickej liečby. **Medikamentózna liečba** je prvok, pri ktorom sa využívajú lieky, pomocou ktorých sa závislým môžu zmierniť rôzne telesné a duševné ťažkosti, ktoré sú spojené s abstinovaním a detoxikáciou organizmu závislej osoby. Najviac využívaná je najmä pri detoxikácií organizmu, ktoré

zväčša predchádza samotnej liečbe závislosti. Lieky sú využívané aj ako substitúcia najmä pri liečbe závislosti na opiátoch. Tiež sú podávané pri diagnostikovaní závažných psychotických stavoch či porúch. Využívajú viaceré druhy liekov ako napríklad:

- Antipsychotiká;
- Antidepresíva;
- Thymostabilizátory;
- Anticravingové lieky;
- Iné (www.drogy.org).

Psychoterapeutická liečba je zložka, ktorá má za úlohu riešiť psychické rozpoloženie a problémy závislej osoby a nájsť správny prístup a riešenie zložitých situácií. V procese liečby je medikamentózna časť využívaná najmä pri začatí liečby, môže sa však podľa potrebu využívať aj počas celej dĺžky liečenia. Psychoterapeutická zložka je prítomná počas celej doby liečenia. Rozoznávame viacero foriem resp. metód liečenia závislosti na úrovni psychoterapeutickej liečby:

Skupinová psychoterapia – je to najviac využívaná metóda liečby závislosti na drogách. Liečba je zameraná na menšiu skupinu ľudí, ktorí sú závislí na drogách. Skupina je pod vplyvom a odborným vedením psychoterapeuta vedená k procesom zmeny životného štýlu, osamostatnenia sa či snahe pochopiť a vyjadriť svoje pocity.

Terapeutická komunita – ide o komunitu, ktorá zdieľa rovnaké problémy a ochotu liečiť sa. Toto spoločenstvo je založené na princípe, že členovia si navzájom pomáhajú a podporujú sa, učia sa a hodnotia navzájom.

Režimová terapia – tento druh terapie je založený na vytvorení režimu pre závislú osobu, aby jej pomohli nastaviť správny každodenný režim, v ktorom užívanie drog nemá svoje miesto. Je to terapia, ktorú tvoria presné príkazy, zákazy a povinnosti, ktoré musí závislý akceptovať.

Didaktoterapia a edukácia – jej cieľom je poskytovať závislej osobe informácie o jeho poruche a probléme. Zameriava sa na vzdelávanie ľudí o dôsledkoch ich konania na ich fyzické a psychické zdravie a tiež na ich okolie.

Relaxačné techniky – sú to techniky, ktoré sa snažia navodiť pocit uvoľnenia a vylepšenia nálady či spánku. Snažia sa upokojiť psychický stav závislého a zmierniť jeho ťažkosti.

Muzikoterapia a arteterapia – pomocou hudby a umenia sa snaží ovplyvniť náladu a emócie závislých ľudí.

Ergoterapia – je to tzv. pracovná terapia, ktorá sa zameriava na manuálnu prácu. Jej cieľom je vytvorenie pracovných návykov, zlepšenie fyzickej kondície a kolektívneho správania sa.

Rodinná terapia – zameriava sa najmä na rodinu a rodinné vzťahy a väzby. Je to nevyhnutná súčasť liečby pri závislostiach u neplnoletých užívateľov drog, kedy je potrebná komunikácia s rodičmi.

Psycho-sociálna rehabilitácia – je zameraná na zmenu životného štýlu, zlepšenie komunikačných schopností a budovanie nových sociálnych kompetencií. (www.infodrogy.sk, 2017)

3.5. Význam sociálnej práce pri prevencii a liečbe závislosti

Sociálna práca má v drogovej prevencii veľmi významnú úlohu. Olah a Schavel (2006) definujú sociálnu prácu ako činnosť, ktorá špecifická a odborná a jej cieľom je poskytovať pomoc, podporu a sprevádzať klienta. Sociálna práca vedie k zlepšovaniu vzájomného pôsobenia jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia v ktorom žijú. Rozvíja charakterové vlastnosti klienta ako je sebaúcta a pocit zodpovednosti za svoje konanie a správania sa. (Olah, Shavel, 2006)

V rámci spojenia sociálnej práce a drogovej prevencii je dôležití pojem **sociálna prevencia** a **sociálna pomoc**. Podľa zákona č.195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci má sociálna prevencia tri formy a to vyhľadávaciu činnosť, rehabilitačnú činnosť a organizovanie výchovno-rekreačných táborov. **Vyhľadávacia činnosť** je spojená s vyhľadávaním občanov, ktorí potrebujú určitý druh pomoci. **Rehabilitačná činnosť** zahŕňa postupy na dosiahnutie obnovy najvyššieho stupňa osobnostného vývinu, fyzickej výkonnosti a pracovnej výkonnosti, ktorú občan dosiahol. **Výchovno-rekreačné tábory** sú organizované pre deti, ktoré majú ťažké zdravotné postihnutie. (Zákon č. 195/1998 z. z)

Okrem spomínaných foriem sociálnej prevencie sa práca s ľuďmi ktorý potrebujú poskytnúť pomoc poskytuje aj ďalšími formami. Veľmi dôležitou formou je práca v otvorenom prostredí resp. **terénna sociálna práca**. Jej významná úloha spočíva v tom, že vyplní prázdne miesto medzi primárnou prevenciou a resocializáciou. Terénna sociálna práca sa vykonáva priamo v prirodzenom sociálnom prostredí závislých osôb. Vďaka tomu je možné pracovať s ľuďmi, ktorý momentálne nie sú motivovaní a odhodlaní zmeniť svoj životný štýl a prestať užívať psychoaktívne látky.

Terénny sociálny pracovník predstavuje článok medzi závislou osobou a „normálnou spoločnosťou“ s ktorou by inak závislí človek nebol v kontakte, či už pre

to že nechce alebo že k nej inak nemá prístup. Cieľom terénnej sociálnej práce a aktivity terénneho sociálneho pracovníka je v prvom rade znížiť poškodenie ktoré vzniká pri užívaní drog, teda o tzv. **Harmreduction**. Typickým príkladom snahy o znižovanie poškodenia pri užívaní drog je poskytovanie sterilných injekčných striekačiek. V dôsledku užívania drog z nesterilných striekačiek je medzi drogovými užívateľmi rozšírená hepatitída C a tiež HIV. Poskytnutím sterilnej striekačky sa síce neodstráni samotná závislosť jedinca, ale zníži sa riziko nákazy infekciami a ďalšími chorobami a zároveň sa mu poskytne kontaktná osoba na ktorú sa v prípade núdze môže obrátiť. (Špaleková, 2017)

Ďalšou formou je **ambulantná sociálna práca**. V tomto prípade nedochádza sociálny pracovník za klientom ale naopak, klient dochádza na konkrétne miesto, kde mu je poskytnutá potrebná forma pomoci. Miesta, kde môže závislá osoba nájsť pomoc je sociálne zariadenie, ktorého účel je definované v zákone č. 305/2005 Z.z.o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

„Podľa tohto zákona sa účel, na ktorý bolo zariadenie zriadené zabezpečuje vykonávaním najmä:

- sociálnej práce;
- špeciálneho sociálneho poradenstva;
- psychologickéj starostlivosti;
- resocializácie a resocializačných programov;
- pracovnej terapie.“

Tretou formou poskytovania sociálnej pomoci sú **rezidenčné služby**, pri ktorých sa sociálne služby poskytujú v špecializovaných sociálnych zariadeniach. Ide o resocializačné zariadenia, krízové centrá, útulky a zariadenia chráneného bývania.

Na území Slovenskej republiky je funkčných 21 resocializačných zariadení, ktoré poskytujú rôzne odborné a špecializované služby. Takéto zariadenia sa nachádzajú na celom území Slovenska, v každom kraji. Všetky takéto zariadenia, ktoré sú určené na vykonávanie sociálnej práce, prevencie a poradenstva môžu svoje služby poskytovať na určitý alebo neurčitý čas. Každý poskytovateľ sociálnych služieb je však povinný vykonávať stanovené druhy činnosti a to odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti podľa zákona. K **odborným činnostiam** patria:

- základné sociálne poradenstvo;
- špecializované sociálne poradenstvo;

- pomoc pri odkázanosti osoby na pomoc inej osoby;
- pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov;
- sociálna rehabilitácia;
- ošetrovateľská starostlivosť v zariadení;
- pracovná terapia;
- tlmočenie;
- sprostredkovanie tlmočenia a osobnej asistencie;
- pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností.

Ďalšou oblasťou spomínaných služieb, ktoré musí sociálne zariadenie poskytovať sú **obslužné činnosti** medzi ktoré sa zaraďujú stravovacie služby, ubytovacie služby a ďalšie služby ako upratovacie služby a služby na čistenie a údržbu bielizne.

Okrem vyššie spomínaných činností má vo svojej činnosti zabezpečiť podmienky vhodné na poskytovanie prepravy klienta, stravy, úschovu cenných vecí, poskytovať a vykonávať nevyhnutnú základnú osobnú hygienu. Medzi ďalšie doplnkové služby sociálnych zariadení patria aj činnosti spojené so záujmovou činnosťou klienta či jeho osobné vybavenia. (www.slovensko.sk, 2013)

Sociálna práca a jednotlivý sociálny pracovník tvoria kľúčový bod na ceste k životu bez drog u ľudí, ktorí majú s nimi problém. Sociálny pracovník preto musí vedieť poskytnúť potrebnú pomoc a zvoliť vhodný spôsob tejto pomoci. Okrem zariadení, ktoré slúžia na liečbu závislosti sú tiež veľmi významné aj krízové centrá a linky prvej pomoci pre ľudí s týmto problémom. Predstavujú pre závislých ľudí bod v ktorom nájdu pomoc bez ktorej by nedokázali inak prestať užívať drogy.

Rovnako tak predstavujú významnú pomoc pre členov rodiny v ktorej sa nachádza závislá osoba. Okrem poradenstva ako postupovať a pomôcť takejto osobe, poskytuje sociálna práca aj psychologickú pomoc a útočisko pre rodiny v krízových situáciách.

Okrem významu sociálnej práce pre osobu užívateľ drog má veľký aj spoločenský význam. Sociálne programy pomáhajú vytvárať bezpečnejšie prostredie v ktorom sa bežne nachádzame. Či už odstraňovaním použitých injekčných striekačiek, alebo znižovaním nákazy vírusom HIV či hepatitídou.

3.6. Spoločenské a sociálne dopady užívania drog a závislosti

Pre spoločnosť je nepriaznivým javom užívanie nie len nelegálnych ale aj legálnych drog. Tie môžu byť rovnako nebezpečné ako nelegálne. Niektorý

ich považujú za ešte nebezpečnejšie, keďže je jednoduché sa k nim dostať. O tomto fakte hovorí aj výskum amerického Centra pre kontrolu ochorení a prevenciu poukázal na nebezpečnosť legálnych drog práve z toho hľadiska, že sú užívateľom ľahko dostupné a užívané vo vysokej miere. To zapríčiňuje vážne dopady na a problémy pre verené zdravie.

Za najnebezpečnejšiu drogu bol označený nikotín a **tabakové výrobky**. Tie sú priamym činiteľom pri vzniku závažných ochorení ako je rakovina pľúc a srdcové choroby. Na tieto spomínané ochorenia zomrie viac ľudí ako pri dopravných nehodách, samovraždách a predávkovaní sa drogami spolu. Okrem úmrtí priamych užívateľov tabakových výrobkov sú spôsobené aj úmrtia pasívnych fajčiarov, ktorí sa nachádzajú v prostredí a blízkosti fajčiarov. Pasívne fajčenie zapríčinilo podľa výskumu približne ďalších 40 tisíc úmrtí.

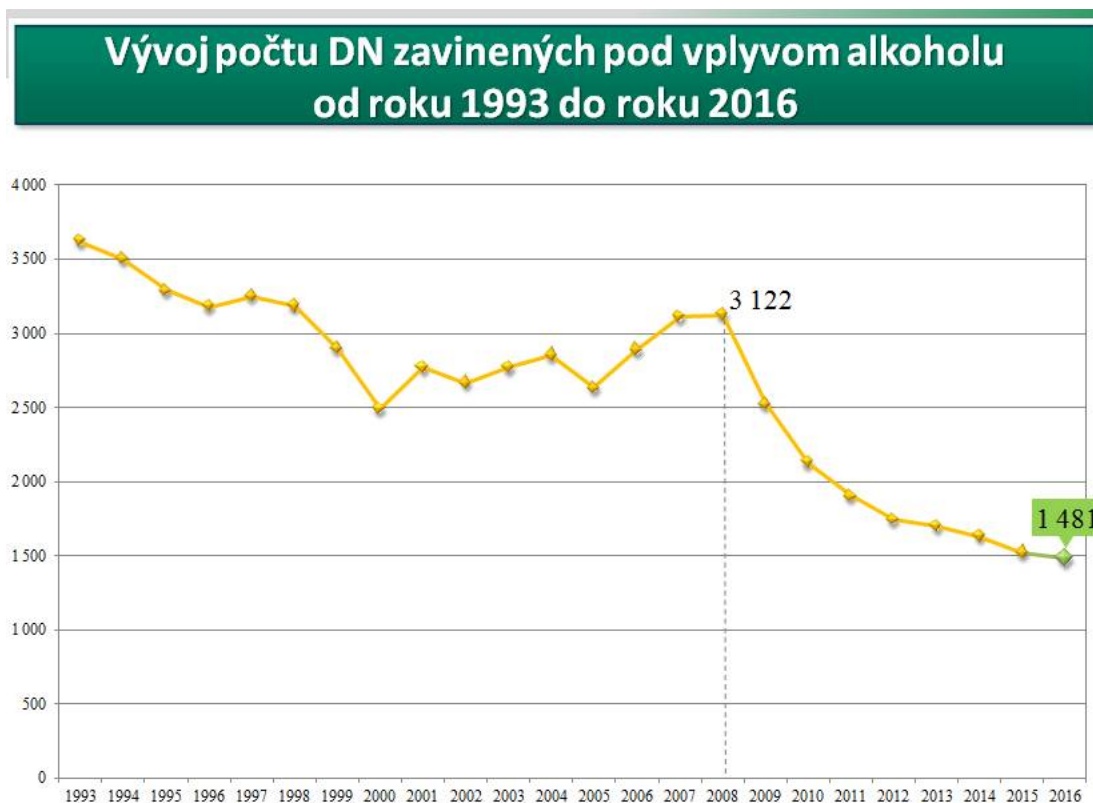
Alkohol sa rovnako zaradzuje medzi veľmi nebezpečné drogy. Jeho účinky na ľudský organizmus pri dlhodobom užívaní spôsobujú vážne poškodenia a choroby orgánov ako sú pečeň, ústna dutina či tráviaci trakt. Okrem úmrtí zapríčinených vznikom závažných chorôb v dôsledku dlhodobého užívania je veľmi výrazní počet úmrtí pri dopravných nehodách ktoré boli zapríčinené vplyvom alkoholu. Tiež je potrebné spomenúť závažne poškodenia mentálneho zdravia a vplyv alkoholu na správanie užívateľa pri ktorom dochádza k zvýšeniu agresivity. Za pozadím násilných trestných činov a domáceho násilie je v mnohých prípadoch práve alkohol. Podľa štatistických údajov je to až v 40 percentách násilných trestných skutkov. Nežiaducim javom je pre spoločnosť aj strata schopnosti ekonomickej produktivity užívateľov alkoholu ktorý sú následne odkázaní na sociálne dávky a príspevky.

Tretie miesto medzi nebezpečnými drogami patrí **liekom proti bolesti**, ktoré sú na báze opiátov. Ide o lieky, ktoré sú predpisované lekármi. Tieto opiátové lieky sú často krát kombinované s inými drogami, čo sa preukázalo aj v 31 percentách úmrtí zapríčinených predávkovaním sa drogami. Problémovosť liekov proti bolesti spočíva v tom, že sú využívané pri liečbe stredných až silných bolestí a pacienti si na ne veľmi rýchlo vytvoria závislosť čo je dôvodom že sa tvoria rôzne obmedzenia poskytovania opiátových liekov. Preto sa v praxi často môžu pacienti stretnúť s nedostatočnou pozornosťou pri zdravotných problémoch týkajúcich sa silných a chronických bolestí čo má za následok, že mnohí pacienti začínajú namiesto liekov siahnuť po heroíne ktorý im poskytuje určitú úľavu od bolesti. (Kremský, 2015)

Vplyv drog na spoločnosť je veľmi výrazný. V prvom rade je ich užívanie podpísane pod nehodovosťou v cestnej premávke a dopravnými nehodami so smrteľnými následkami. Dopravné nehody spôsobené pod vplyvom omamných a psychoaktívnych látok či už zo strany vodiča alebo chodca majú za následok vysoké ekonomické straty, škody na majetku a zdravý účastníkov nehody. Nie je zriedkavé že pri dopravných nehodách pod vplyvom drog dochádza k úmrtiam. Takáto nehodovosť je prakticky v každej krajine a preto predstavuje významné negatívne dopady na spoločnosť. Ide o nežiaduci jav, ktorý sa mnohé krajiny snažia rôznymi formami opatrení znížiť resp. odstrániť. Často je práve za nehodovosťou podpísaný práve alkohol, ktorý je legalizovanou drogou. (Straka, Novomeský, Krajčovič, Štuller, 2011)

Na Slovensku sa od roku 1993 až do roku 2016 nehodovosť zavinená pod vplyvom alkoholu znížila z viac ako 3500 nehôd na 1481 nehôd pod vplyvom alkoholu. Aj napriek tomu ide o vysoké číslo. Počet nehôd ktoré sú následkom užitia alkoholu bol od roku 1993 najnižšípráve v roku 2016. Tento počet sa podarilo sústavne znižovať od roku 2008 kedy bol počet nehôd 3 122.

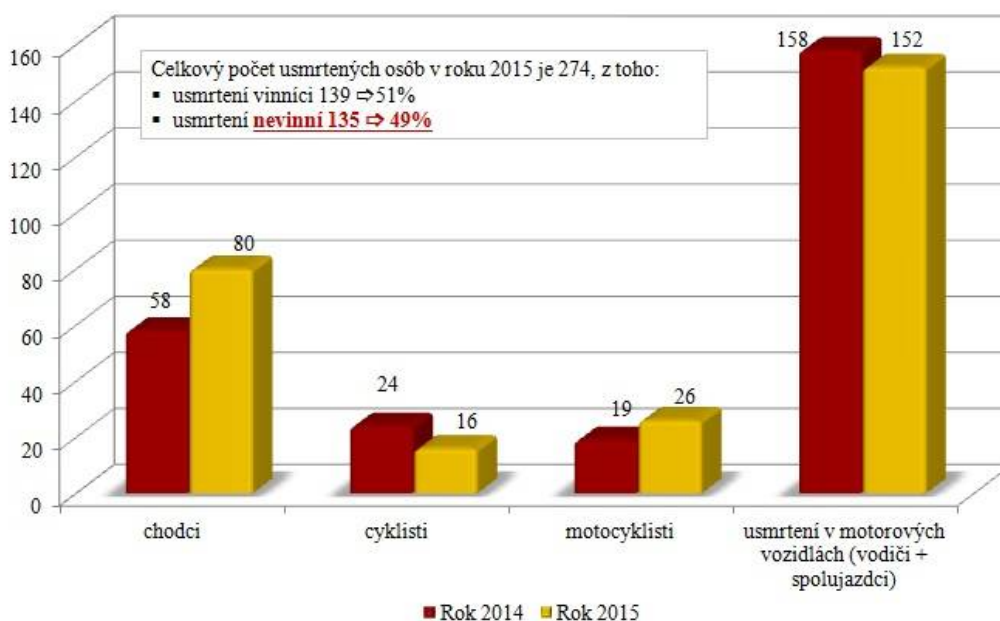
Obrázok 10: Počet nehôd zapríčinených pod vplyvom alkoholu za obdobie 1996 – 2016



Zdroj: www.topky.sk

Často dochádza pri dopravných nehodách aj k usmrteniam a závažným zdravotným úrazom. Okrem vinníkov nehody prídu o život mnohokrát aj nevinní účastníci nehody. Štatistika za rok 2015 ukazuje že na cestách zahynulo kvôli nehodám zapríčineným pod vplyvom alkoholu 274 osôb. Z toho v 139 prípadoch zahynul vinník nehody čo predstavuje 51 %. V zvyšných 49 % bol usmrtený nevinní účastník nehody.

Obrázok 11: Počet usmrtených osôb pri nehodách zapríčinených pod vplyvom alkoholu v roku 2015



Zdroj: www.topky.sk

Rizikovým faktorom sa užívanie drog stáva aj v pracovných podmienkach. V mnohých prípadoch pracovných úrazov je zistená prítomnosť návykových látok. Dôvody ich užívania v práci sú hlavne kvôli veľkému množstvu práce, dlhodobému stresu, práca mimo domova a s tým spojené cestovanie alebo nepravidelné či viacmenová práca. Všetky tieto faktory môžu viesť k výskytu užívania drogy na pracovisku a zvyšovania pracovných úrazov.

Veľmi problémovou oblasťou spojenou s užívaním omamných a psychoaktívnych látok a závislosti na nich býva zvýšená samovražednosť a násilná trestná činnosť. Mnoho návykových a psychoaktívnych látok pôsobí ako depresant, čo má za následok vznik depresívnych stavov ktoré môžu viesť až k pokuse o samovraždu. Pri užívaní drog a psychoaktívnych látkach dochádza k chemickým zmenám v mozgu užívateľa ktoré ovplyvňujú aj psychické stav. (Straka, Novomeský, Krajčovič, Štuller, 2011)

Pokusy o samovraždu sa často objavujú už u dospievajúcich detí. Zo štatistík vedených za rok 2016 v Spojených štátoch amerických vyplýva, že až v 33, 4 % dospievajúcich detí ktoré sa pokúsili o samovraždu bolo pozitívne testovaných na alkohol, 23, 8 % boli pozitívne testovaný na antidepresíva a 20 % bolo pozitívne testovaných na opiáty ako sú heroín, lieky proti bolesti či iné lieky na predpis. (www.therecoveryvillage.com, 2017) (dotazník)

4. Výskumná časť – Celospoločensky tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady

Predmet a objekt výskumu

Objektom nášho výskumu boli náhodne oslovení respondenti vo veku 15 – 26 rokov. Predmetom výskumu je sociálny dopad celospoločensky tolerovaných drog u mládeže.

4.1. Ciele a úlohy výskumu

Ciele výskumu

Hlavným cieľom nášho výskumu je zistiť a preskúmať vplyv užívania celospoločensky tolerovaných drog užívaných mládežou na spoločnosť.

Čiastkové ciele:

- 1) Zistiť prístup a postoje k závislostiam;
- 2) Zistiť informovanosť respondentov o celospoločensky tolerovaných drogách;
- 3) Zistiť dopad užívania celospoločensky tolerovaných drog na život mládeže a celej spoločnosti;
- 4) Zistiť rozdiely v postojoch a názoroch k danej problematikev závislosti od veku respondentov;
- 5) Zistiť postavenie a význam sociálnej práce v oblasti prevencie a liečby drogovejzávislosti.

Úlohy výskumu

- stanoviť spôsob získavania informácií (dotazník);
- použiť anonymný dotazník;
- distribúcia dotazníkov k respondentom;
- analýza výsledkov získaných pomocou dotazníka;
- vyhodnotenie údajov a štatistické spracovanie údajov;
- porovnanie získaných informáciív závislosti od veku oslovených respondentov;
- vytvoriť návrhy a odporúčania pre prax.

4.2. Stanovené hypotézy

Hypotézy výskumu

- H 1: Skupina respondentov vo veku 19 – 22 rokov je častejším konzumentom alkoholu ako respondenti vo veku 23 – 26 rokov;
- H 2: Respondenti vo veku 23 – 26 rokov vyfajčia počas dňa minimálne dvakrát viac cigariet ako respondenti vo veku 15 – 18 rokov;
- H 3: Spôsobovanie nehôd, zníženie pracovnej výkonnosti, či zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť sú väčší sociálny problém spôsobený závislosťou na nikotíne ako vznik vysokej kriminality;
- H 4: Respondenti vo veku 23 – 26 rokov budú počas dňa piť kávu minimálne dvakrát častejšie ako respondenti vo veku 15 – 18 rokov;
- H 5: Analgetiká budú respondenti považovať častejšie za lieky spôsobujúce závislosť ako hypnotiká;
- H 6: Respondenti budú pripisovať väčší podiel na vzniku sociálnych problémov závislostiam na nelegálnych drogách, než závislostiam na celospoločensky tolerovaných drogách.

4.3. Metodika zberu údajov

Pre splnenie cieľov práce sme zvolili kvantitatívny výskum, ktorý bol realizovaný metódou anonymného dotazníka (príloha). Dotazník bol určený pre náhodne oslovených respondentov vo veku 15 – 26 rokov. Dotazník tvorilo spolu 23 otázok z toho 2 otázky týkajúce sa demografických údajov respondentov – vek a pohlavie.

V dotazníku bolo použitých:

- 10 zatvorených otázok;
- 8 poloopených otázok;
- 3 otvorené otázky.

4.4. Výskumná vzorka

Počet distribuovaných anonymných dotazníkov k respondentom bolo 130. Z celkového počtu sa vrátilo správne vyplnených 121, čo predstavuje 93, 08 %.

Výskum bol realizovaný v období: od 1. 6. 2017 do 28. 2. 2018

Charakteristika skupiny respondentov

Skupinu tvorilo 121 náhodne oslovených respondentov v meste: Svit

Dotazník vyplnilo 47 mužov a 74 žien. Respondenti z anonymných dotazníkov mali vybrať odpoveď, s ktorou sa najviac stotožnili, prípadne v poloopených otázkach doplniť odpoveď, ktorá najviac vystihuje ich názor, a v otvorenej otázke písomne vyjadriť svoj postoj.

4.5. Organizácia výskumu

Organizačné zabezpečenie prieskumu

Dotazníky boli k vybraným respondentom distribuované osobne. Výber respondentov bol skupinový a náhodný. Dotazníky boli po vyplnení respondentmi vhodné do označenej krabičky a výsledky následne spracované.

4.6. Interpretácia výsledkov výskumu

Demografické údaje dotazníka

Tabuľka5: Pohlavie respondentov

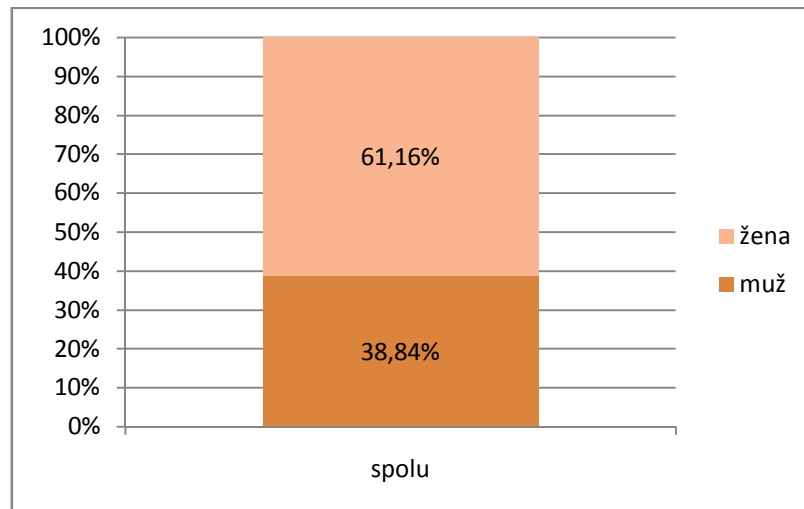
Možnosti odpovede	Počet [n]	Percento (%)
muž	47	38, 84 %
žena	74	61, 16 %
Spolu [n]	121	100 %

Zdroj: vlastný

Otázka číslo 1.: Pohlavie respondentov

V prvej demografickej otázke dotazníka sme zisťovali pohlavie respondentov. Z celkového počtu respondentov 121 (100 %) sa výskumu zúčastnilo 47 (38, 84 %) mužov a 74 (61, 16 %) žien.

Graf 1: Pohlavie respondentov



Zdroj: vlastný

Tabuľka6: Vek respondentov

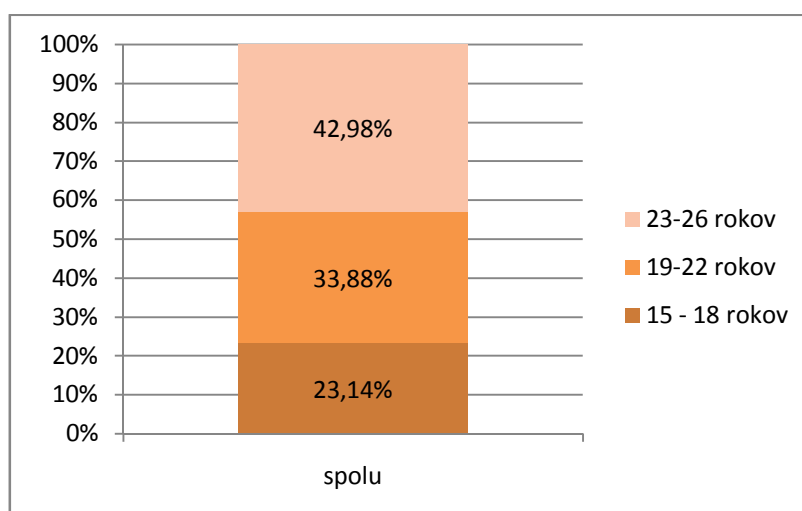
Možnosti odpovede	Počet [n]	Percento (%)
15 – 18 rokov	28	23, 14 %
19 – 22 rokov	41	33, 88 %
23 – 26 rokov	52	42, 98 %
Spolu [n]	121	100 %

Zdroj: vlastný

Otázka číslo 2.: Vek respondentov

Druhá demografická otázka dotazníka zisťovala vek respondentov. Pre získanie informácií o veku respondentov sme vekové rozpätie rozdelili do troch kategórií. Z celkového počtu respondentov 121 sa výskumu zúčastnilo 28 účastníkov vo veku 15 – 18 rokov, 41 oslovených bolo vo veku 19 – 22 rokov a najväčšiu skupinu – 52 účastníkov tvorili respondenti vo veku 23 – 26 rokov.

Graf 2: Vek respondentov



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 3.: Čo si predstavíte pod pojmom droga ?

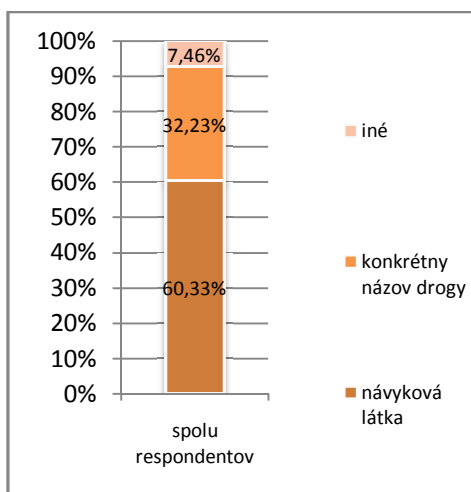
Tretia otázka dotazníka zisťovala informovanosť a schopnosť respondentov zadefinovať a vlastnými slovami opísať pojem droga. Pre lepšie a objektívne hodnotenie výsledkov sme odpovede respondentov rozdelili do troch kategórií podľa najčastejšie sa vyskytujúcej odpovede. Z celkového počtu respondentov 121 (100 %) sa najväčšia skupina – 73 (60, 33 %) vyjadrilav zmysle, že *droga je návyková látka*. 39 (32, 23 %) respondentov ako odpoveď uviedlo *konkrétny názov nejakej drogy* ako napr.: heroín, kokaín, marihuana, alkohol..., a 90 (7, 46 %) respondentov uviedlo *inú odpoveď* napr. *neviem, problém...* Označenie návyková látka najčastejšie použili respondenti vo veku 23 – 26 rokov. Konkrétny názov drogy sa najčastejšie vyskytol v odpovediach respondentov vo veku 19 – 22 rokov.

Tabuľka7: Definícia pojmu droga

Možnosti odpovede		návyková látka	konkrétny názov drogy	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	8	13	7
	15 – 18 rokov (%)	10, 95 %	33, 33 %	77, 78 %
	19 – 22 rokov[n]	24	16	1
	19 – 22 rokov (%)	32, 87 %	41, 02 %	11, 11 %
	23 – 26 rokov[n]	41	10	1
	23 – 26 rokov (%)	56, 18 %	25, 65 %	11, 11 %
Spolu [n]	121	73	39	9
Spolu (%)	100 %	60, 33 %	32, 23 %	7, 46 %

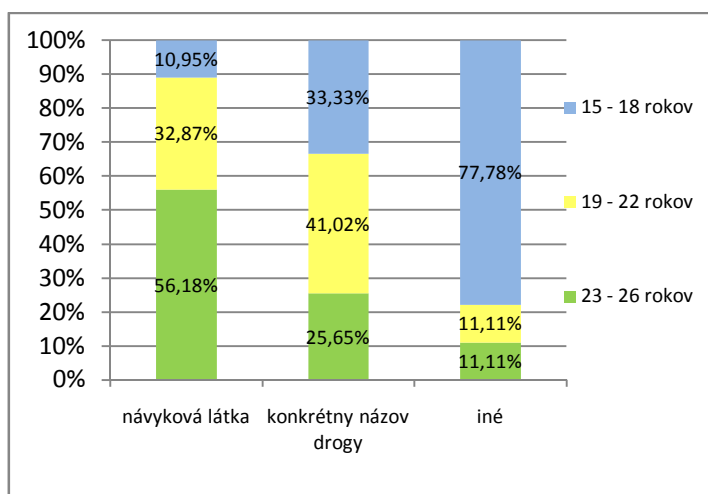
Zdroj: vlastný

Graf 3: Definícia pojmu droga



Zdroj: vlastný

Graf 4: Definícia pojmu droga- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 4.: Ktoré drogy by ste zaradili medzi tzv. spoločensky tolerované?

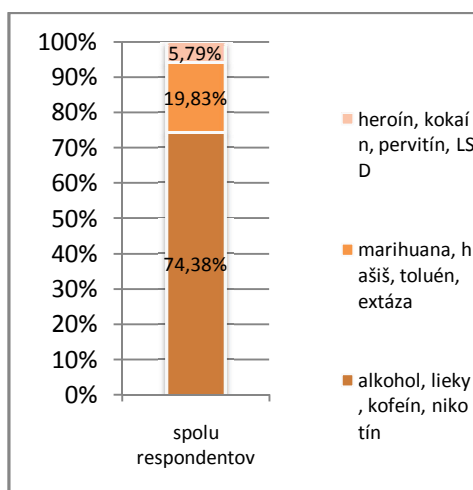
Vo štvrtjej otázke dotazníka sme zisťovali vedomosti respondentov o kategorizácii drog. Väčšina respondentov – 70, 34 % správne zaradila do kategórie celospoločensky tolerovaných drog: alkohol, lieky, kofeín a nikotín, pričom najväčšiu časť tejto skupiny tvorili respondenti vo veku 23 – 26 rokov. Len 70 opýtaných z celkového počtu respondentov 121 (100 %) považuje za celospoločensky tolerované drogy: heroín, kokaín, pervitín, či LSD. Najväčšiu časť tejto skupiny tvorila veková kategória 15 – 18 rokov a to 42, 85 %.

Tabuľka8: Kategorizácia drog

Možnosti odpovede		alkohol, lieky, kofeín, nikotín	marihuana, hašiš, toluén, extáza	heroín, kokaín, pervitín, LSD
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	10	15	3
	15 – 18 rokov (%)	11, 11 %	62, 50 %	42, 85 %
	19 – 22 rokov [n]	32	5	4
	19 – 22 rokov (%)	35, 55 %	20, 83 %	57, 14 %
	23 – 26 rokov [n]	48	4	0
	23 – 26 rokov (%)	53, 34 %	16, 66 %	0, 00 %
Spolu [n]	121	90	24	7
Spolu (%)	100 %	74, 38 %	19, 83 %	5, 79 %

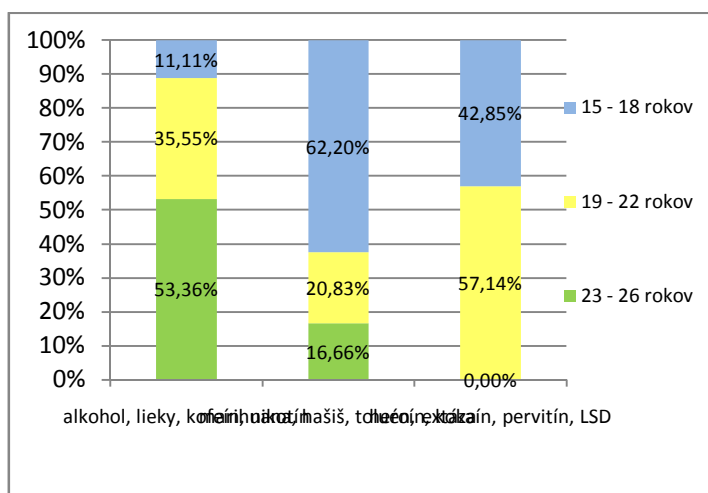
Zdroj: vlastný

Graf 5: Kategorizácia drog



Zdroj: vlastný

Graf 6: Kategorizácia drog vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 5.: Pijete kávu, ak áno priemerne koľkokrát za deň?

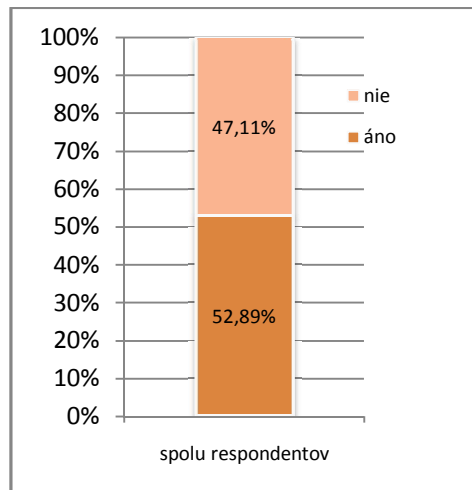
Piata otázka dotazníka zisťovala častosť konzumácie kávy u mládeže počas dňa. Pre lepšie a prehľadnejšie hodnotenie výsledkov prieskumu sme otázku rozdelili na dve časti. V prvej časti sme sa zamerali na všeobecnú konzumáciu kávy. Kávu pije 64 (52, 89 %) respondentov z celkového počtu oslovených 121 (100 %). Najčastejšími konzumentmi kávy je mládež vo veku 23 – 26 rokov a to až 37 (57, 82 %) respondentov z celkového množstva kladných odpovedí 64 (100 %). 57 (47, 11 %) oslovených respondentov sa v dotazníku vyjadrilo, že kávu nepije počas dňa vôbec. Najslabšími konzumentmi kávy je skupina respondentov vo veku 19 – 22 rokov.

Tabuľka9: Konzumácia kávy

Možnosti odpovede		áno	nie
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	11	17
	15 – 18 rokov (%)	17, 18 %	29, 82 %
	19 – 22 rokov[n]	16	25
	19 – 22 rokov (%)	25, 00 %	43, 85 %
	23 – 26 rokov[n]	37	15
	23 – 26 rokov (%)	57, 82 %	26, 33 %
Spolu [n]	121	64	57
Spolu (%)	100 %	52, 89 %	47, 11 %

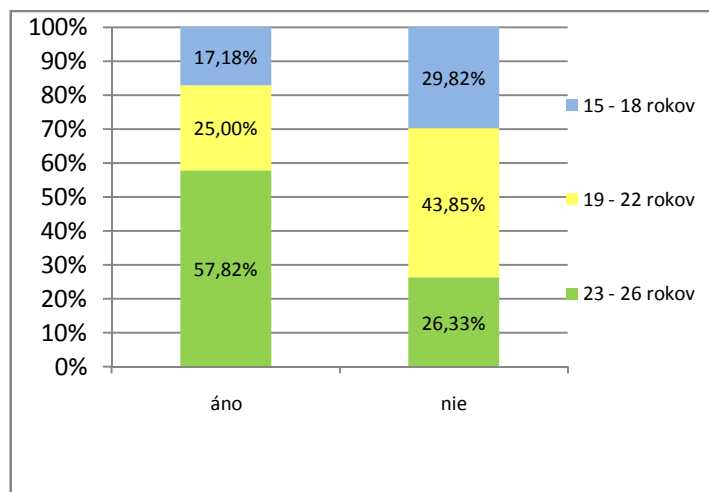
Zdroj: vlastný

Graf 7: Konzumácia kávy



Zdroj: vlastný

Graf 8: Konzumácia kávy vekové kategórie



Zdroj: vlastný

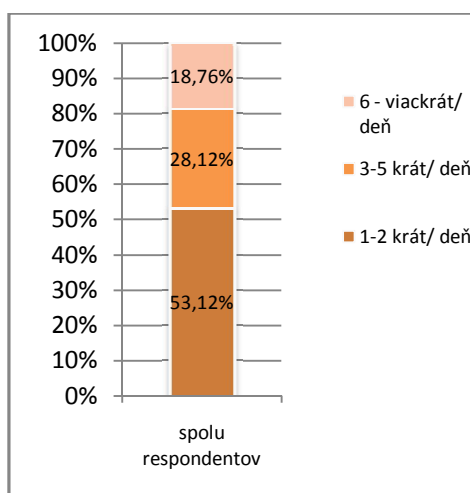
V druhej časti piatej otázky sme sa zamerali na hodnotenie častosti pitia kávy u respondentov s pozitívnou odpoveďou z prvej časti. Túto skupinu tvorili 64 respondentov. Najčastejšími konzumentmi kávy počas dňa sú mladí vo veku 23 – 26 rokov. Jeden až dvakrát denne kávu pije viac ako polovica respondentov – 53, 12 %.

Tabuľka10: Častot' konzumácie kávy

Možnosti odpovede		1 – 2 krát/ deň	3 – 5 krát/ deň	6 – viackrát/ deň
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	10	1	0
	15 – 18 rokov (%)	29, 41 %	5, 55 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov [n]	12	2	2
	19 – 22 rokov (%)	35, 29 %	11, 12 %	16, 66 %
	23 – 26 rokov [n]	12	15	10
	23 – 26 rokov (%)	35, 29 %	83, 33 %	83, 34 %
Spolu [n]	64	34	18	12
Spolu (%)	100 %	53, 12 %	28, 12 %	18, 76 %

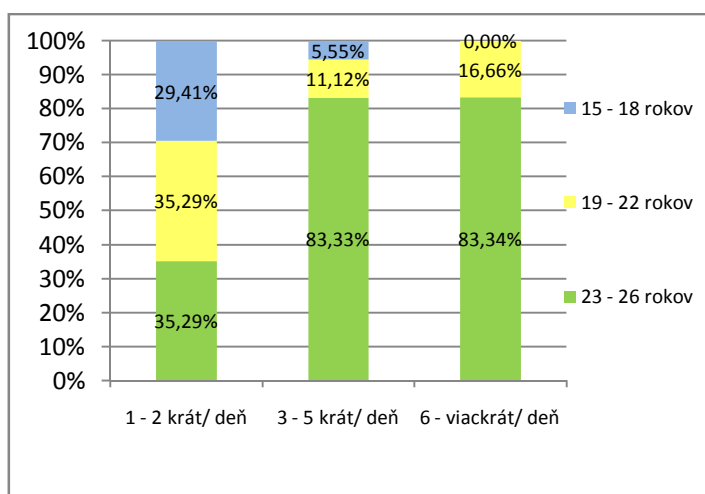
Zdroj: vlastný

Graf 9: Častot' konzumácie kávy



Zdroj: vlastný

Graf 10: Častot' konzumácie kávy – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 6.: Aké sú podľa Vás účinkykofeínu na ľudský organizmus?

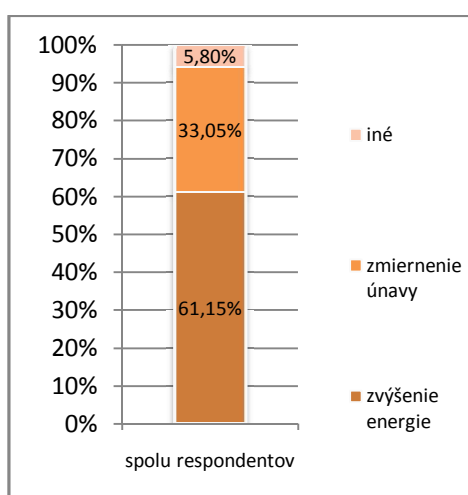
Šiesta otázka dotazníka zisťovala vedomosti respondentov o účinkochkofeínu na ľudský organizmus. Pre lepšie a prehľadnejšie hodnotenie odpovedí sme ich zosumarizovali do troch základných kategórií, ktoré vychádzali z najčastejších odpovedí respondentov. Viac ako polovica respondentov – 74 (61, 15 %) uviedlaako typický účinok kofeínu na ľudský organizmus *zvýšenie energie*. Kávu ako prostriedok na zvýšenie energie najčastejšie pijú mladí vo veku 23 – 26 rokov. 40 (33, 05 %) účastníci výskumu sa vyjadrili, že po vypití kávy pociťujú *zmiernenie únavy*. Sedem respondentov (5, 80 %)uviedlo *inú* odpoveď ako napr.: neviem, závraty, časté močenie...

Tabuľka11: Účinky kofeínu

Možnosti odpovede		zvýšenie energie	zmiernenie únavy	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	17	11	0
	15 – 18 rokov (%)	22, 97 %	27, 50 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov[n]	24	15	2
	19 – 22 rokov (%)	32, 43 %	37, 50 %	28, 57 %
	23 – 26 rokov[n]	33	14	5
	23 – 26 rokov (%)	44, 60 %	35, 00 %	71, 43 %
Spolu [n]	121	74	40	7
Spolu (%)	100 %	61, 15 %	33, 05 %	5, 80 %

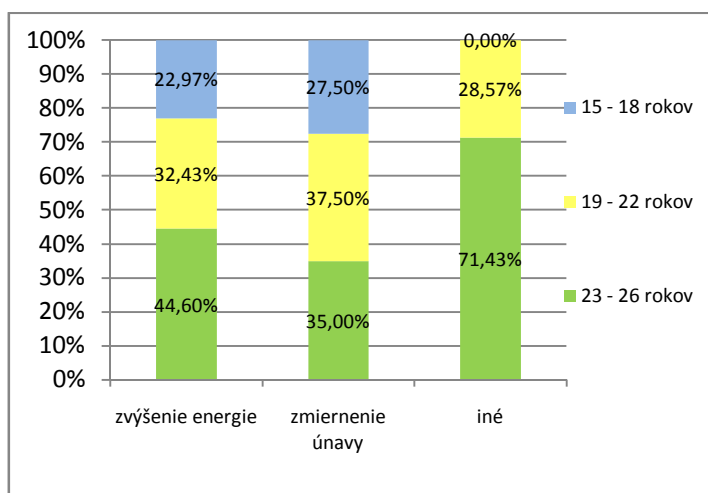
Zdroj: vlastný

Graf 11: Účinky kofeínu- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Graf 12: Účinky kofeínu



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 7.:Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet priemerne za deň?

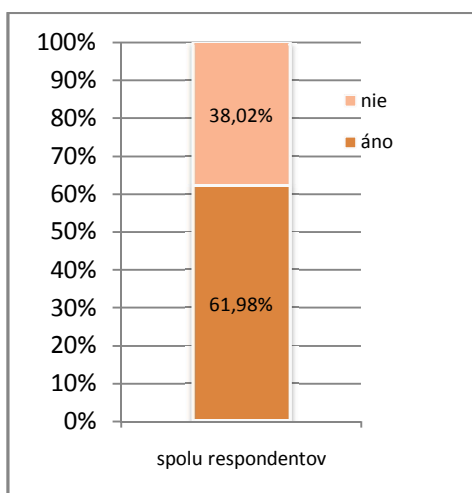
Siedma otázka dotazníka sa zameriavala na fajčenie u mládeže počas dňa. Pre lepšie a prehľadnejšie hodnotenie výsledkov prieskumu sme otázku rozdelili na dve časti. V prvej časti sme sa zamerali na fajčenie všeobecne. Pozitívna odpoveď sa najčastejšie objavila v skupine respondentov 23 – 26 rokov – fajčí 41, 34 % oslovených. Najmenej fajčiarov bolo v kategórii 15 – 18 rokov.

Tabuľka12: Fajčenie

Možnosti odpovede		áno	nie
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	19	9
	15 – 18 rokov (%)	25, 33 %	19, 56 %
	19 – 22 rokov[n]	25	16
	19 – 22 rokov (%)	33, 33 %	34, 78 %
	23 – 26 rokov[n]	31	21
	23 – 26 rokov (%)	41, 34 %	45, 66 %
Spolu [n]	121	75	46
Spolu (%)	100 %	61, 98 %	38, 02 %

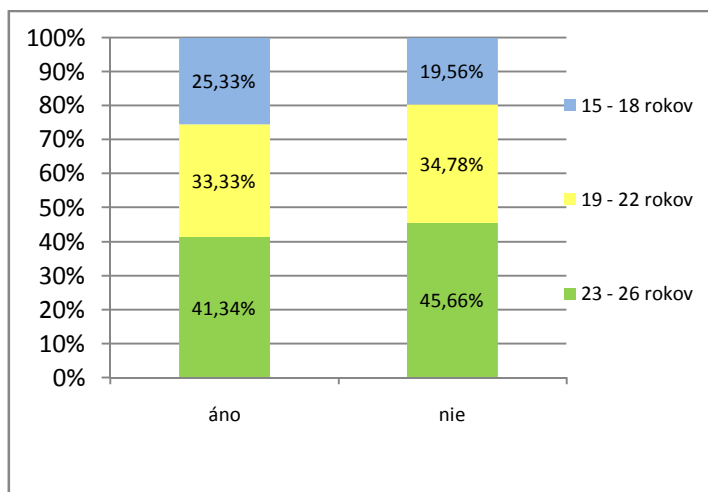
Zdroj: vlastný

Graf 13: Fajčenie



Zdroj: vlastný

Graf 14: Fajčenie- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

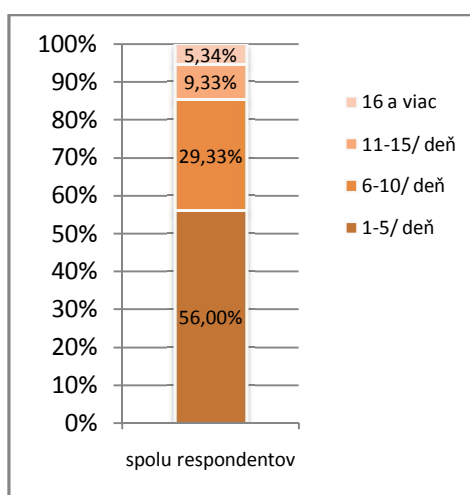
V druhej časti siedmej otázky sme sa zamerali na hodnotenie množstva vyfajčených cigariet počas dňa u respondentov s pozitívnou odpoveďou z prvej časti. Túto skupinu tvorili 75 respondentov. Najväčšie množstvo cigariet počas dňa vyfajčili respondenti vo veku 23 – 26 rokov.

Tabuľka13: Množstvo cigariet počas dňa

Možnosti odpovede		1 – 5/ deň	6 – 10/ deň	11 – 15/ deň	16 a viac/ deň
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	11	5	3	0
	15 – 18 rokov (%)	26, 19 %	22, 72 %	42, 85 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov [n]	14	8	2	1
	19 – 22 rokov (%)	33, 33 %	36, 36 %	28, 58 %	25, 00 %
	23 – 26 rokov [n]	17	9	2	3
	23 – 26 rokov (%)	40, 48 %	40, 91 %	28, 58 %	75, 00 %
Spolu [n]	75	42	22	7	4
Spolu (%)	100 %	56, 00 %	29, 33 %	9, 33 %	5, 34 %

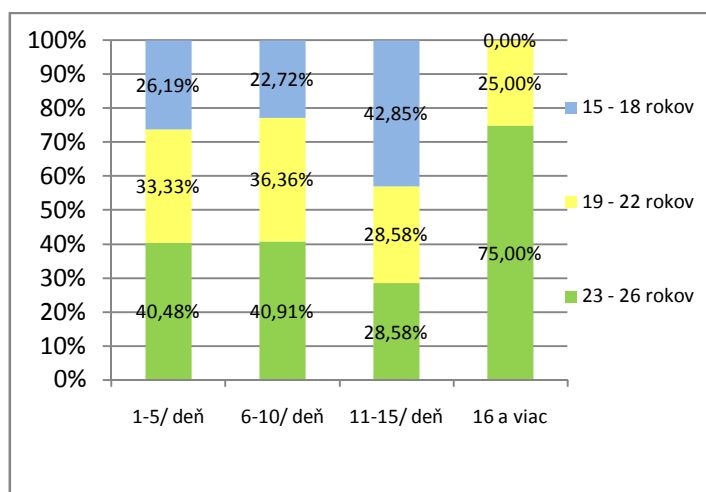
Zdroj: vlastný

Graf 15: Množstvo cigariet/deň



Zdroj: vlastný

Graf 16: Množstvo cigariet počas dňa – vekové kat



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 8: Aké účinky má podľa Vás nikotín na organizmus človeka ?

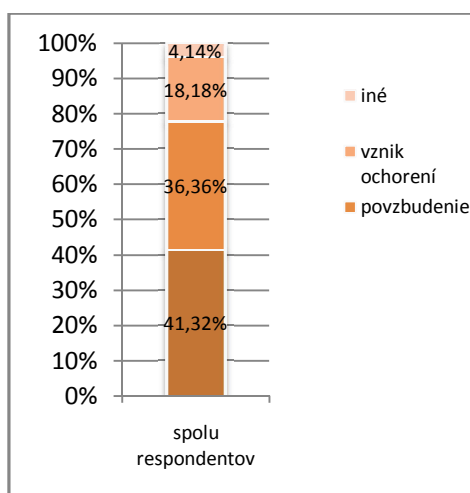
Ôsma otázka dotazníka zisťovala vedomosti respondentov o účinkoch nikotínu na ľudský organizmus. Pre lepšie a prehľadnejšie hodnotenie odpovedí sme ich zosumarizovali do štyroch základných kategórií, ktoré vychádzali z najčastejších odpovedí respondentov. Väčšina respondentov – 50 (41, 32 %) uviedla, že im fajčenie prináša *upokojenie*. Pre 44 (36, 36 %) respondentov je najvýraznejším účinkom nikotínu povzbudenie. 22 (18, 18 %) respondentov z celkového počtu 121 (100 %) sa zmienilo o negatívnom účinku nikotínu na ľudský organizmus t. j. *vznik ochorení*. Päť respondentov uviedlo *inú* odpoveď, napr.: zrýchlený pulz, nechutenstvo...

Tabuľka14: Účinky nikotínu

Možnosti odpovede		upokojenie	povzbudenie	vznik ochorení	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	7	19	2	0
	15 – 18 rokov (%)	14, 00 %	43, 18 %	9, 10 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov [n]	24	7	9	1
	19 – 22 rokov (%)	48, 00 %	15, 90 %	40, 91 %	20, 00 %
	23 – 26 rokov [n]	19	18	11	4
	23 – 26 rokov (%)	38, 00 %	41, 00 %	50, 00 %	80, 00 %
Spolu [n]	121	50	44	22	5
Spolu (%)	100 %	41, 32 %	36, 36 %	18, 18 %	4, 14 %

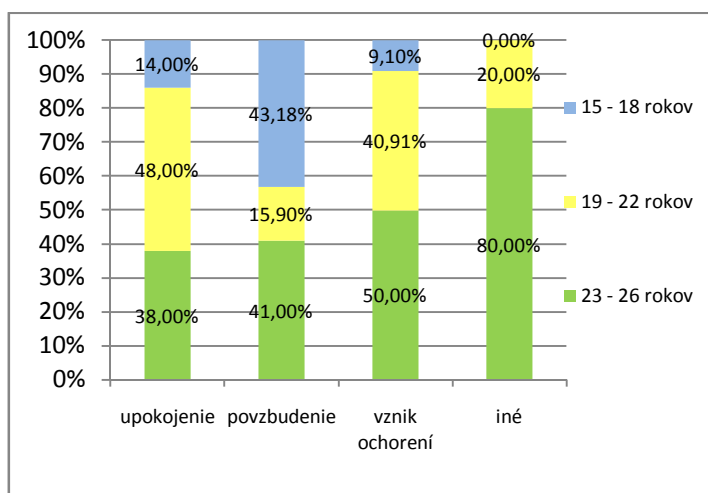
Zdroj: vlastný

Graf 17: Účinky kofeínu



Zdroj: vlastný

Graf 18: Účinky kofeínu- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 9: Čo si predstavíte pod pojmom pasívne fajčenie ?

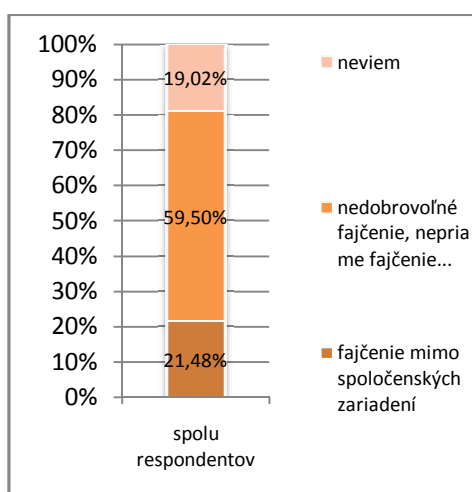
Deviata otázka dotazníka zisťovala vedomosti respondentov o pasívnom fajčení. Viac ako polovica – 59, 50 % oslovených respondentov sa vyjadrila, že ide o nedobrovoľné fajčenie, nepriame fajčenie spojené s vdychovaním tabakového dymu, čo je aj správna odpoveď. 26 (21, 48 %) respondentov si pod pojmom pasívne fajčenie predstaví fajčenie mimo spoločenských zariadení napr.: reštaurácií... 23 (19, 02 %) respondentov z celkového počtu 121 (100 %) sa vyjadrilo, že nevie čo znamená pasívne fajčenie. Najväčšiu skupinu respondentov s touto odpoveďou tvorili mladí vo veku 15 – 18 rokov.

Tabuľka15: Pasívne fajčenie

Možnosti odpovede		fajčenie mimo spoločenských zariadení napr.: reštaurácií...	nedobrovoľné fajčenie, nepriame fajčenie spojené s vdychovaním tabakového dymu	nevím
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	10	6	12
	15 – 18 rokov (%)	38, 46 %	8, 33 %	52, 17 %
	19 – 22 rokov[n]	9	22	10
	19 – 22 rokov (%)	34, 61 %	30, 55 %	43, 47 %
	23 – 26 rokov[n]	7	44	1
	23 – 26 rokov (%)	26, 95 %	61, 11 %	4, 35 %
Spolu[n]	121	26	72	23
Spolu (%)	100 %	21, 48 %	59, 50 %	19, 02 %

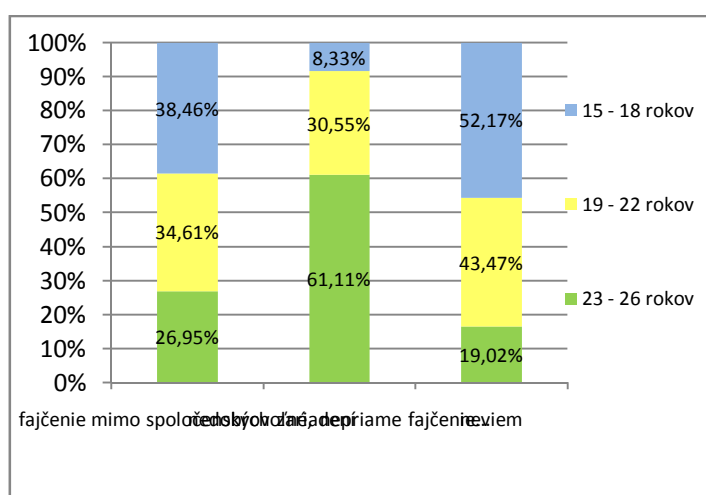
Zdroj: vlastný

Graf 19: Pasívne fajčenie



Zdroj: vlastný

Graf 20: Pasívne fajčenie – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 10.: Aká je to podľa Vás sociálna závislosť od fajčenia?

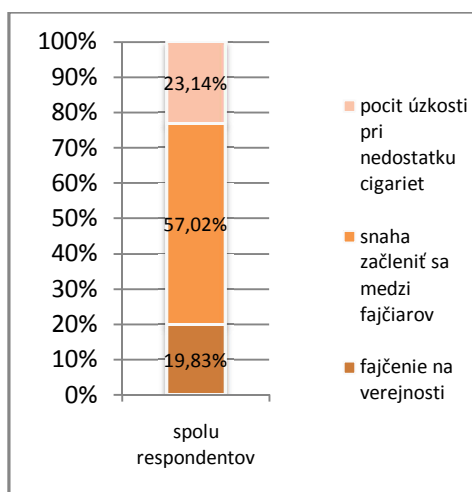
Desiata otázka dotazníka zisťovala vedomosti a informovanosť respondentov o sociálnej závislosti od fajčenia cigariet. Ide o snahu začleniť sa z rôznych dôvodov do spoločnosti fajčiarov. Túto možnosť odpovede si zvolila viac ako polovica respondentov – 57, 02 %. Najčastejšie sa s touto možnosťou odpovede stotožnili mladí vo veku 23 – 26 rokov. 64, 28 % respondentov vo veku 15 – 18 rokov si najčastejšie myslí, že sociálna závislosť sa spája s pocitom úzkosti pri nedostatku cigariet.

Tabuľka16: Sociálna závislosť od fajčenia

Možnosti odpovede		fajčenie na verejnosti	snaha začleniť sa z rôznych dôvodov do spoločnosti fajčiarov	pocit úzkosti pri nedostatku cigariet
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	3	7	18
	15 – 18 rokov (%)	12, 50 %	10, 14 %	64, 28 %
	19 – 22 rokov[n]	8	29	4
	19 – 22 rokov (%)	33, 33 %	42, 02 %	14, 28 %
	23 – 26 rokov[n]	13	33	6
	23 – 26 rokov (%)	54, 16 %	47, 82 %	21, 42 %
Spolu[n]	121	24	69	28
Spolu (%)	100 %	19, 83 %	57, 02 %	23, 14 %

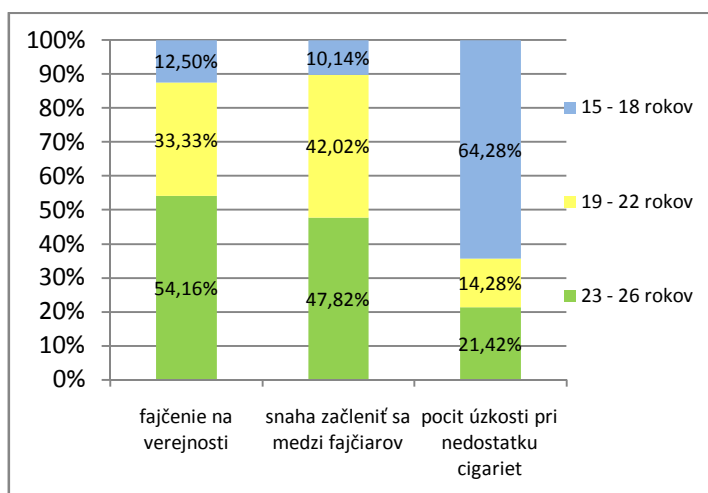
Zdroj: vlastný

Graf 21: Sociálna závislosť od fajčenia



Zdroj: vlastný

Graf 22: Soc. závislosť - vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 11.: Koľko vyfajčených cigariet naraz predstavuje podľa Vás pre človeka smrteľnú dávku nikotínu?

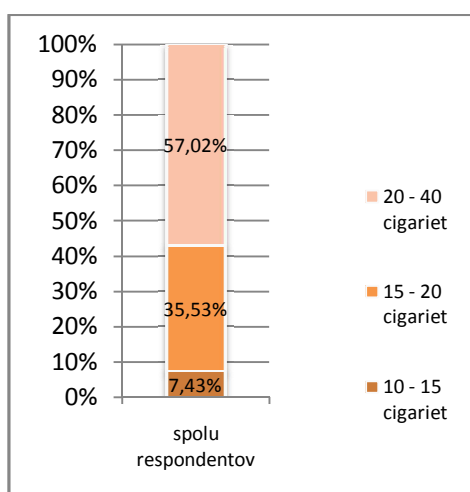
V jedenástej otázke dotazníka sme zisťovali názor respondentov na smrteľnú dávku nikotínu. Viac ako polovica respondentov si myslí, že smrteľnú dávku predstavuje vyfajčenie 30 – 40 cigariet naraz, pričom smrteľnou dávkou je už vyfajčenie 15 – 20 cigariet – túto možnosť odpovede si zvolilo 35, 53 % respondentov a najväčšiu skupinu tvorili mladí vo veku 23 – 26 rokov.

Tabuľka17: Smrteľná dávka nikotínu

Možnosti odpovede		10 – 15 cigariet	15 – 20 cigariet	30 – 40 cigariet
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	2	7	19
	15 – 18 rokov (%)	22, 22 %	16, 27 %	27, 53 %
	19 – 22 rokov[n]	4	15	22
	19 – 22 rokov (%)	44, 44 %	34, 88 %	31, 88 %
	23 – 26 rokov[n]	3	21	28
	23 – 26 rokov (%)	33, 33 %	48, 83 %	40, 57 %
Spolu [n]	121	9	43	69
Spolu (%)	100 %	7, 43 %	35, 53 %	57, 02 %

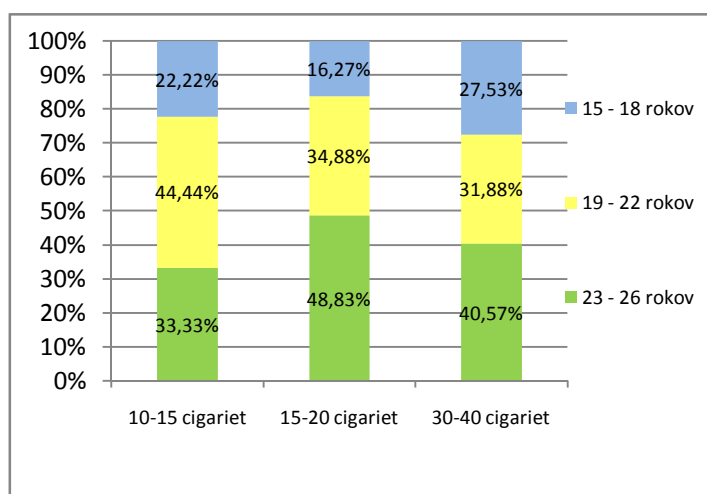
Zdroj: vlastný

Graf 23: Smrteľná dávka nikotínu



Zdroj: vlastný

Graf 24: Smrteľná dávka nikotínu - vekové k



Zdroj: vlastný

Zdroj: vlastný

Otázka číslo 12.: Aké sú podľa Vás najčastejšie ekonomické a sociálne problémy, ktoré spôsobuje závislosť na nikotíne t. j. cigaretách ?

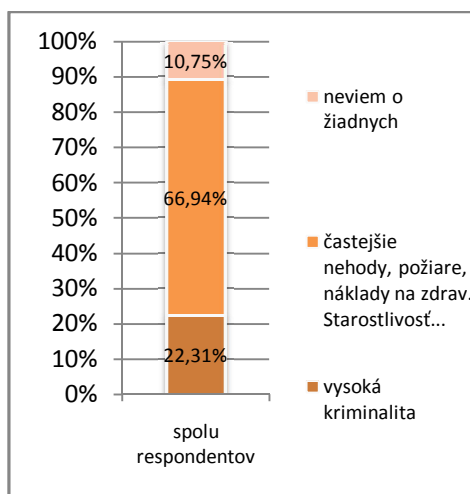
Dvanásta otázka dotazníka zisťovala vedomosti respondentov o možných ekonomických a sociálnych problémoch, ktoré môže spôsobovať závislosť na nikotíne. Väčšina respondentov – 66,94 % si myslí, že fajčenie spôsobuje častejšie nehody, požiare, zníženie pracovnej výkonnosti či vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť..., čo je aj správna odpoveď. 22,31 % respondentov si myslí, že nikotínová závislosť má za následok vysokú kriminalitu.

Tabuľka18: Následky závislosti na nikotíne

Možnosti odpovede		vysoká kriminalita	častejšie spôsobovanie nehôd, požiarov, zníženie pracovnej výkonnosti, vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť...	neviem o žiadnych
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	2	19	7
	15 – 18 rokov (%)	7, 40 %	23, 45 %	53, 84 %
	19 – 22 rokov[n]	12	25	4
	19 – 22 rokov (%)	44, 44 %	30, 86 %	30, 76 %
	23 – 26 rokov[n]	13	37	2
	23 – 26 rokov (%)	48, 14 %	45, 67 %	15, 38 %
Spolu[n]	121	27	81	13
Spolu (%)	100 %	22, 31 %	66, 94 %	10, 75 %

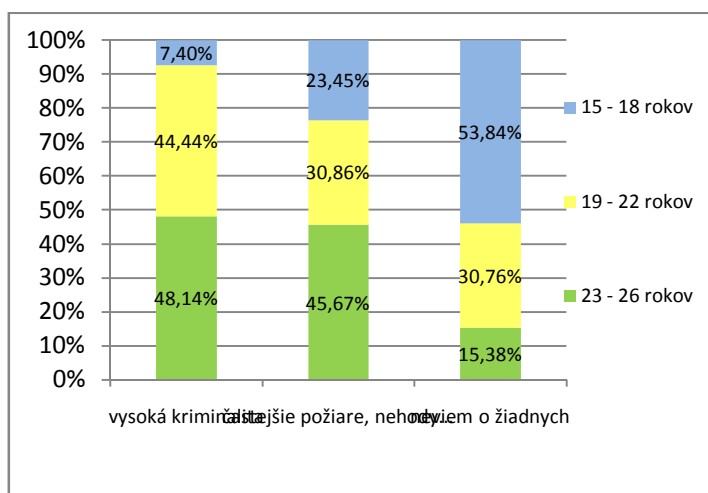
Zdroj: vlastný

Graf 25: Závislosť na nikotíne



Zdroj: vlastný

Graf 26: Závislosť na nikotíne - vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 13.: Priemerne ako často pijete alkoholické nápoje počas týždňa?

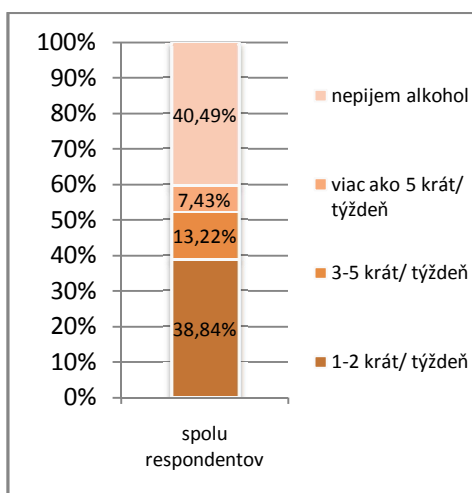
Trinásta otázka dotazníka zisťovala priemerne ako často počas týždňa oslovení respondenti konzumujú alkohol. Pitie alkoholu 1 – 2 krát týždenne uviedlo 38, 84 % respondentov, najväčšiu časť tejto skupiny respondentov tvorili mladí vo veku 23 – 26 rokov. 40, 49 % účastníkov výskumu uviedlo, že alkohol nepijú – najväčšiu časť skupiny tvorila veková kategória 15 – 18 rokov – 28, 57 %.

Tabuľka19: Častosť pitia alkoholu

Možnosti odpovede		1-2 krát/ týždeň	3-5 krát/ týždeň	viac ako 5 krát/ týždeň	nepijem alkohol
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	9	3	2	14
	15 – 18 rokov (%)	19, 14 %	18, 75 %	22, 22 %	28, 57 %
	19 – 22 rokov[n]	15	5	3	18
	19 – 22 rokov (%)	31, 91 %	31, 25 %	33, 33 %	36, 73 %
	23 – 26 rokov[n]	23	8	4	17
	23 – 26 rokov (%)	48, 93 %	50, 00 %	44, 44 %	34, 69 %
Spolu[n]	121	47	16	9	49
Spolu (%)	100 %	38, 84 %	13, 22 %	7, 43 %	40, 49 %

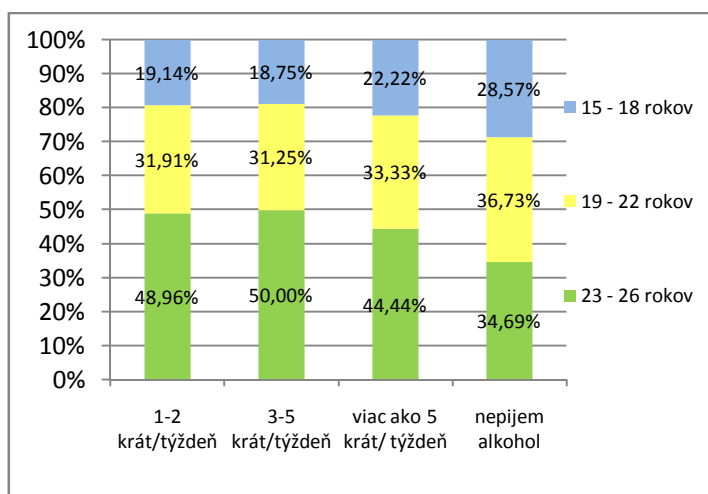
Zdroj: vlastný

Graf 27: Častosť pitia alkoholu



Zdroj: vlastný

Graf 28: Častosť pitia alkoholu - vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 14.: Aké sú podľa Vás účinky alkoholu na ľudský organizmus?

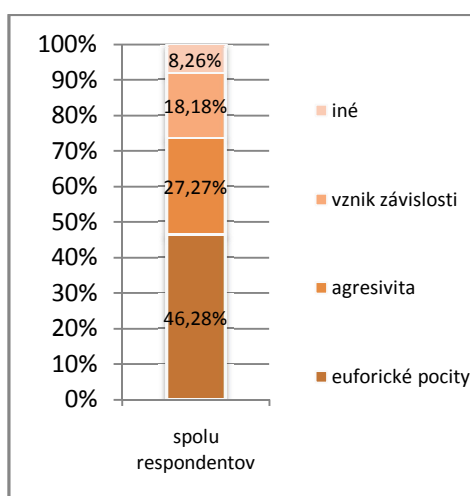
Štrnástá otázka dotazníka sa zameriavala na názory, postoje, prípadne skúsenosti s konzumáciou alkoholu. Pre lepšie hodnotenie tejto otvorenej otázky sme odpovede respondentov zosumarizovali do štyroch kategórií v závislosti od najčastejšie sa vyskytujúcej odpovede. Väčšina respondentov – 46, 28 % si myslí, že pitie alkoholu spôsobuje *euforické pocity*. *Agresivitu* ako možný účinok alkoholu uviedlo 27, 27 % respondentov. 18, 18 % respondentov alkohol označilo za *spúšťač vzniku závislosti*. 100 respondentov (8, 26 %) z celkového množstva 121 (100 %) oslovených uviedlo *inú* odpoveď ako napr.: *bolesť hlavy, tráviace ťažkosti...*

Tabuľka20: Účinky alkoholu

Možnosti odpovede		euforické pocity	agresivita	vznik závislosti	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	12	7	5	4
	15 – 18 rokov (%)	21, 42 %	21, 21 %	22, 72 %	40, 00 %
	19 – 22 rokov[n]	19	8	10	4
	19 – 22 rokov (%)	33, 92 %	24, 24 %	45, 45 %	40, 00 %
	23 – 26 rokov[n]	25	18	7	2
	23 – 26 rokov (%)	44, 64 %	54, 54 %	31, 81 %	20, 00 %
Spolu[n]	121	56	33	22	10
Spolu (%)	100 %	46, 28 %	27, 27 %	18, 18 %	8, 26 %

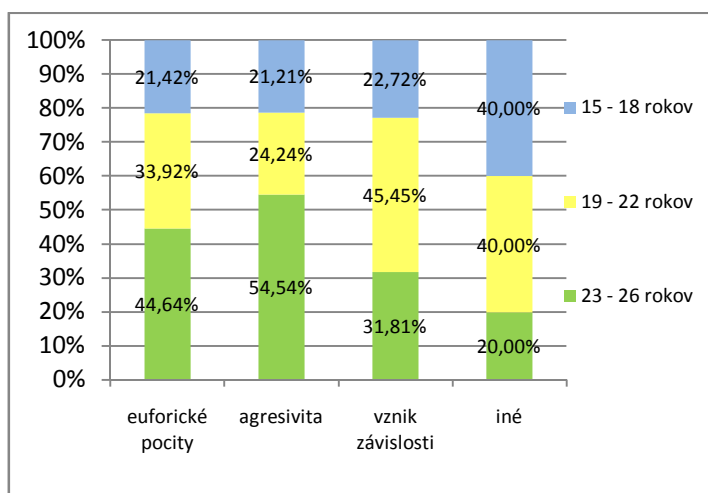
Zdroj: vlastný

Graf 29: Účinky alkoholu



Zdroj: vlastný

Graf 30: Účinky alkoholu - vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 15.: Aký je priemerný vek človeka na Slovensku, kedy po prvý raz prichádza do kontaktu s alkoholom?

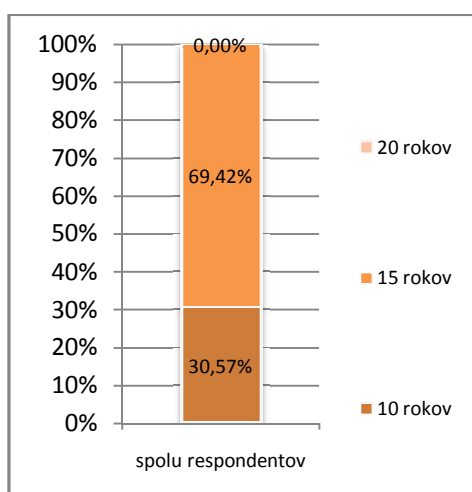
Pätnásta otázka dotazníka zisťovala priemerný vek prvého kontaktu s alkoholom na Slovensku. Viac ako polovica – 69, 42 % respondentov si myslí, že priemerný vek prvého kontaktu s alkoholom je 15 rokov. 37 (30, 57 %) respondentov z celkového množstva 121 (100 %) si myslí, že k prvému kontaktu s alkoholom prichádzajú deti v desiatich rokoch. Možnosť prvého kontaktu s alkoholom v 20 rokoch neoznačil ani jeden z oslovených respondentov.

Tabuľka 21: Prvý kontakt s alkoholom

Možnosti odpovede		10 rokov	15 rokov	20 rokov
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	9	19	0
	15 – 18 rokov (%)	24, 32 %	22, 61 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov [n]	15	26	0
	19 – 22 rokov (%)	40, 54 %	30, 95 %	0, 00 %
	23 – 26 rokov [n]	13	39	0
	23 – 26 rokov (%)	35, 13 %	46, 42 %	0, 00 %
Spolu [n]	121	37	84	0
Spolu (%)	100 %	30, 57 %	69, 42 %	0, 00 %

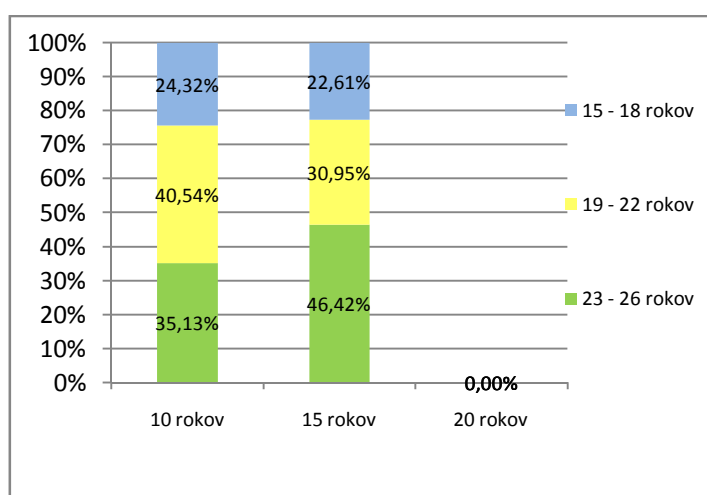
Zdroj: vlastný

Graf 31: Prvý kontakt s alkoholom



Zdroj: vlastný

Graf 32: Prvý kontakt s alkoholom- vek. k.



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 16.: Čo si predstavíte pod pojmom spoluzávislosť u alkoholika.

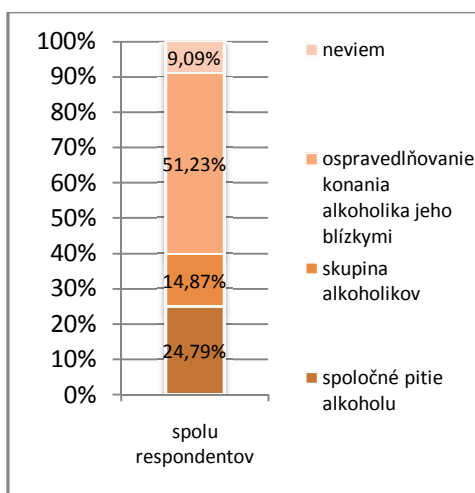
Šestnásta otázka dotazníka zistovala vedomosti respondentov o spoluzávislosti. Viac ako polovica respondentov uviedla, že ide o ospravedlňovanie konania alkoholika a racionalizácia jeho správania blízkymi. Túto odpoveď označilo 51, 23 % respondentov. 30 (24, 79 %) respondentov z celkového počtu 121 (100 %) si myslí, že spoluzávislosť znamená spoločné pitie alkoholu a 11 respondentov na otázku nevedelo odpovedať.

Tabuľka22: Spoluzávislosť

Možnosti odpovede		spoločné pitie alkoholu	označenie skupiny alkoholikov	ospravedlňovanie konania alkoholika jeho blízkymi	neviem
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	19	2	3	4
	15 – 18 rokov (%)	63, 33 %	11, 11 %	4, 83 %	36, 36 %
	19 – 22 rokov[n]	4	6	26	5
	19 – 22 rokov (%)	13, 33 %	33, 33 %	41, 93 %	45, 45 %
	23 – 26 rokov[n]	7	10	33	2
	23 – 26 rokov (%)	23, 33 %	55, 55 %	53, 22 %	18, 18 %
Spolu [n]	121	30	18	62	11
Spolu (%)	100 %	24, 79 %	14, 87 %	51, 23 %	9, 09 %

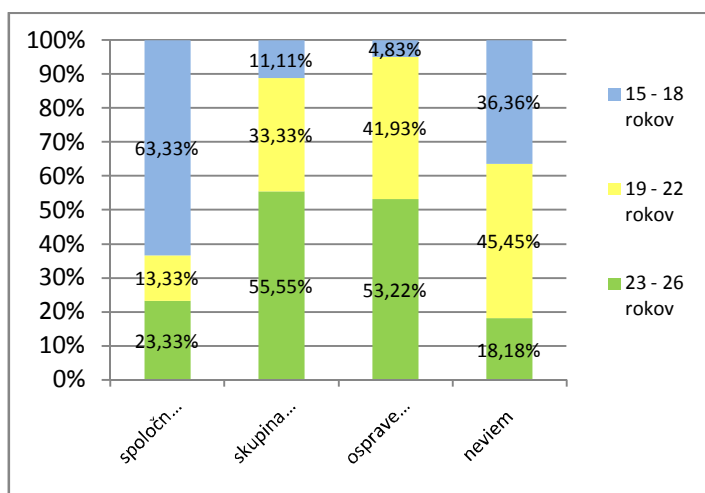
Zdroj: vlastný

Graf 33: Spoluzávislosť



Zdroj: vlastný

Graf 34: Spoluzávislosť – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 17.: Aké sú podľa Vás najčastejšie liekové skupiny, ktoré vyvolávajú u človeka liekovú závislosť?

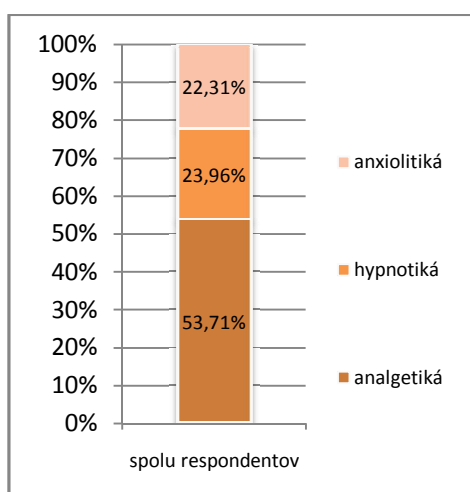
Otázka číslo sedemnást' zisťovala informovanosť respondentov o liekovej závislosti. Viac ako polovica respondentov – 53, 71 % si myslí, že väčšinu liekových závislostí spôsobujú analgetiká, teda lieky proti bolesti. 23, 96 % respondentov uviedla ako zdroj vzniku závislosti hypnotiká – lieky proti nespavosti a takmer rovnaký počet respondentov – 22, 31 % si myslí, že závislosť spôsobujú anxiolitiká – lieky proti úzkosti.

Tabuľka23: Lieková závislosť

Možnosti odpovede		analgetiká	hypnotiká	anxiolitiká
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	11	10	7
	15 – 18 rokov (%)	16, 92 %	34, 48 %	25, 92 %
	19 – 22 rokov [n]	25	7	9
	19 – 22 rokov (%)	38, 46 %	24, 13 %	33, 33 %
	23 – 26 rokov [n]	29	12	11
	23 – 26 rokov (%)	44, 61 %	41, 37 %	40, 74 %
Spolu [n]	121	65	29	27
Spolu (%)	100 %	53, 71 %	23, 96 %	22, 31 %

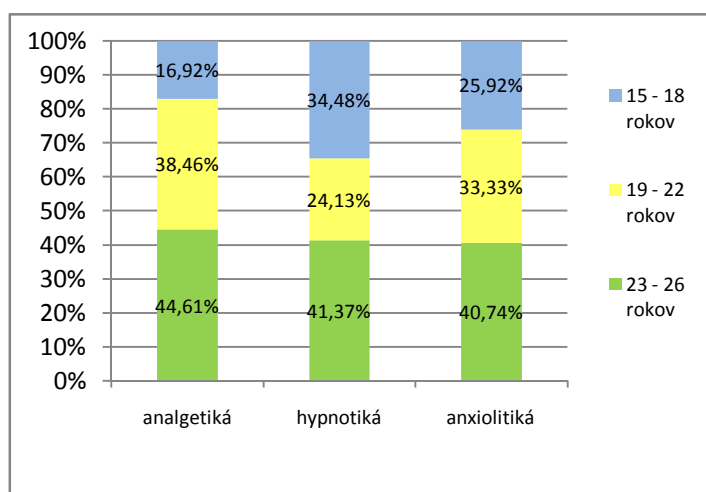
Zdroj: vlastný

Graf 35: Lieková závislosť



Zdroj: vlastný

Graf 36: Lieková závislosť – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 18.:Ktoré z nasledovných liekov užívate najčastejšie ?

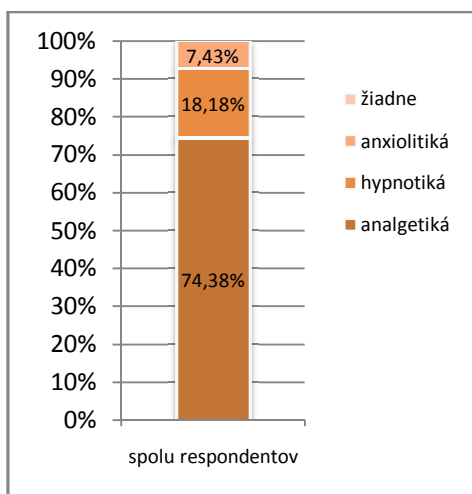
Otázka číslo osemnásť zisťovala užívanie liekov mladými vo veku 15 – 30 rokov. V uvedenej otázke mali respondenti označiť, ktoré z nasledovných liekov užívajú najčastejšie: lieky od bolesti – analgetiká, proti nespavosti – hypnotiká, či lieky proti úzkosti anxiolitiká. Ani jeden z respondentov – 0, 00 % neoznačil možnosť, že neužíval žiadne zo spomínaných liekov. Najčastejšie užívanými liekmi sú analgetiká – až u 74, 38 % respondentov. Najväčší podiel účastníkov – 42, 22 % v tejto skupine tvorili mladí vo veku 23 – 26 rokov. Užívanie hypnotík označilo 18, 18 % respondentov a anxiolitik 7, 43 %.

Tabuľka24: Užívanie liekov

Možnosti odpovede		analgetiká	hypnotiká	anxiolitiká	žiadne
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	23	3	2	0
	15 – 18 rokov (%)	25, 55 %	13, 63 %	22, 22 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov[n]	29	7	5	0
	19 – 22 rokov (%)	32, 22 %	31, 81 %	55, 55 %	0, 00 %
	23 – 26 rokov[n]	38	12	2	0
	23 – 26 rokov (%)	42, 22 %	54, 54 %	22, 22 %	0, 00 %
Spolu [n]	121	90	22	9	0
Spolu (%)	100 %	74, 38 %	18, 18 %	7, 43 %	0, 00 %

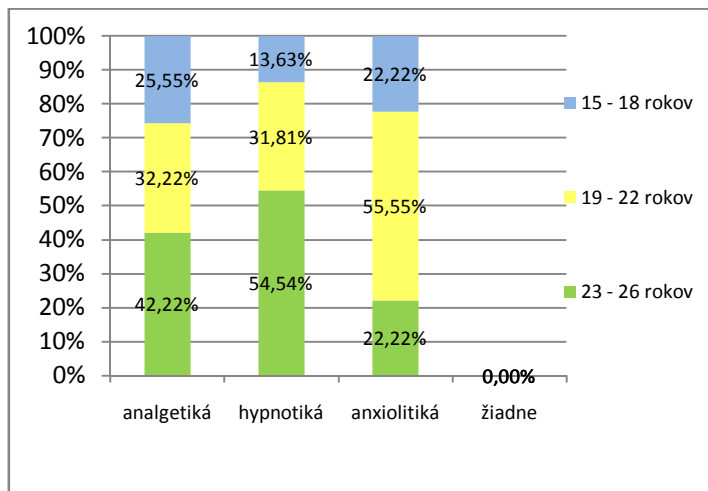
Zdroj: vlastný

Graf 37: Užívanie liekov



Zdroj: vlastný

Graf 38: Užívanie liekov- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 19.: Čo si predstavíte pod pojmom abstinenčný syndróm?

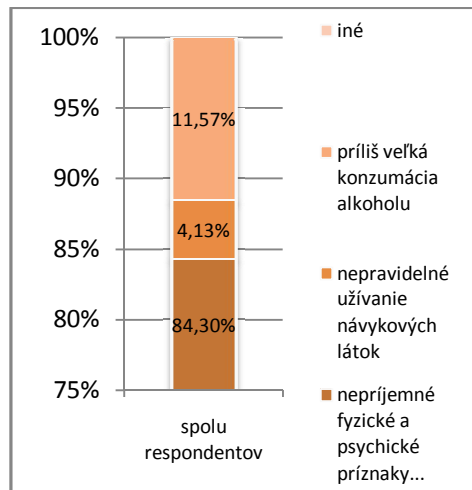
Devätnásta otázka dotazníka zisťovala vedomosti respondentov o abstinenčnom syndróme. Väčšina respondentov – 84, 30 % uviedla, že ide o nepríjemné fyzické a psychické príznaky, vznikajúce pri nedostatku drogy na ktorej je človek závislý napr. nervozita, úzkosť, trasenie rúk, kŕče. 4, 13 % respondentov si myslí, že abstinenčný syndróm je nepravidelné užívanie návykových látok. 11, 57 % respondentov označila možnosť príliš veľkej konzumácie alkoholu. Iná možnosť odpovede v dotazníku nebola uvedená.

Tabuľka25: Abstinenčný syndróm

Možnosti odpovede		nepríjemné fyzické a psychické príznaky, vznikajúce pri nedostatku drogy na ktorej je človek závislý napr. nervozita, úzkosť, trasenie rúk, kŕče.	nepravidelné užívanie návykových látok	príliš veľká konzumácia alkoholu	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov[n]	20	4	4	0
	15 – 18 rokov (%)	19, 60 %	80, 00 %	28, 57 %	0, 00 %
	19 – 22 rokov[n]	35	1	5	0
	19 – 22 rokov (%)	34, 31 %	20, 00 %	35, 71 %	0, 00 %
	23 – 26 rokov[n]	47	0	5	0
	23 – 26 rokov (%)	46, 07 %	0, 00 %	35, 71 %	0, 00 %
Spolu [n]	121	102	5	14	0
Spolu (%)	100 %	84, 30 %	4, 13 %	11, 57 %	0, 0 %

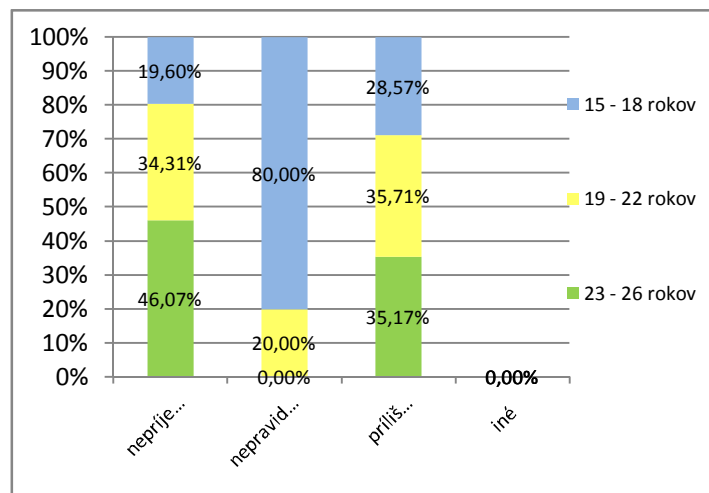
Zdroj: vlastný

Graf 39: Užívanie liekov



Zdroj: vlastný

Graf 40: Užívanie liekov- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 20.:V čom vidíte úlohu a prínos sociálnej práce v problematike drogových závislostí?

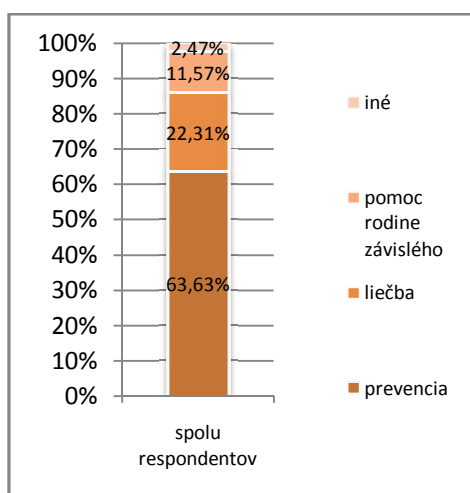
Otvorená otázka číslo dvadsať zisťovala názor a postoje respondentov na význam sociálnej práce v problematike drogových závislostí. Pre lepšie a prehľadnejšie hodnotenie sme odpovede respondentov rozdelili do štyroch základných kategórií, ktoré vychádzali z najčastejších odpovedí respondentov. Prínos sociálnej práce v oblasti prevencie vidí najviac respondentov – 63, 63 %. 22, 31 % respondentov si myslí, že sociálna práca má významv oblasti liečby drogových závislostí. Sociálna práca v oblasti pomoci rodine závislého je prínosná podľa 11, 57 % oslovených. Traja respondenti – 2, 47 %z celkového počtu 121 (100 %) má iný názor napr.: neviem, žiadny prínos...

Tabuľka26: Úloha sociálnej práce

Možnosti odpovede		prevencia	liečba	pomoc rodine závislého	iné
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	12	7	7	2
	15 – 18 rokov (%)	15, 58 %	25, 92 %	50, 00 %	66, 66 %
	19 – 22 rokov[n]	25	11	5	0
	19 – 22 rokov (%)	32, 46 %	40, 74 %	35, 71 %	0, 00 %
	23 – 26 rokov[n]	40	9	2	1
	23 – 26 rokov (%)	51, 94 %	33, 33 %	14, 28 %	33, 33 %
Spolu [n]	121	77	27	14	3
Spolu (%)	100 %	63, 63 %	22, 31 %	11, 57 %	2, 47 %

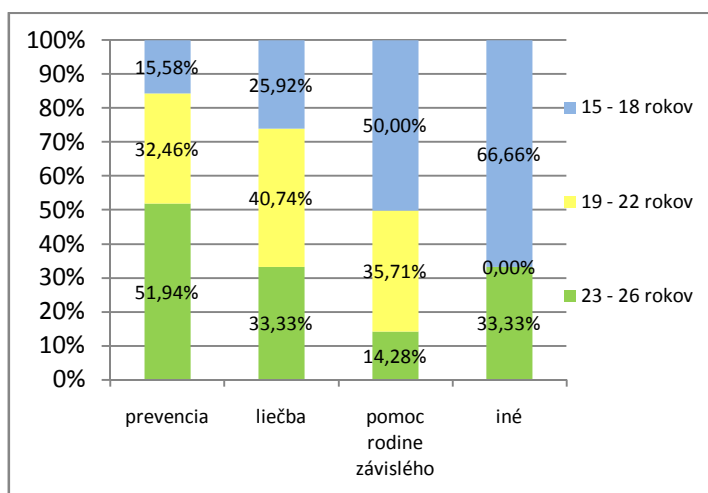
Zdroj: vlastný

Graf 41: Úloha soc. práce



Zdroj: vlastný

Graf 42: Úloha soc. práce- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 21.: V akom veku je najvhodnejšie začať s osvetou v oblasti protidrogovej prevencie ?

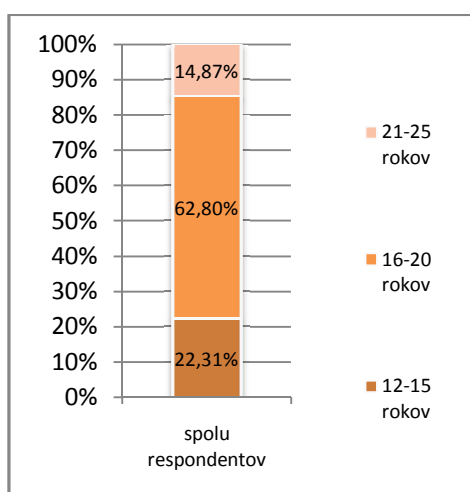
Dvadsať prvá otázka dotazníka sa zameriavala na vedomosti respondentov o protidrogovej prevencii. Podľa väčšiny respondentov – 62, 80 % je najvhodnejší vek so začatím protidrogovej prevencie medzi 16 – 20 rokom. 22, 31 % respondentov si myslí, že najvhodnejšie je začať medzi 12 – 15 rokom a 14, 87 %, že protidrogovú osvetu je najlepšie začať medzi 21 – 25 rokom.

Tabuľka27: Protidrogová prevencia

Možnosti odpovede		12 – 15 rokov	16 – 20 rokov	21 – 25 rokov
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	5	17	6
	15 – 18 rokov (%)	18, 51 %	22, 36 %	33, 33 %
	19 – 22 rokov[n]	9	28	4
	19 – 22 rokov (%)	33, 33 %	36, 84 %	22, 22 %
	23 – 26 rokov[n]	13	31	8
	23 – 26 rokov (%)	48, 14 %	40, 78 %	44, 44 %
Spolu [n]	121	27	76	18
Spolu (%)	100 %	22, 31 %	62, 80 %	14, 87 %

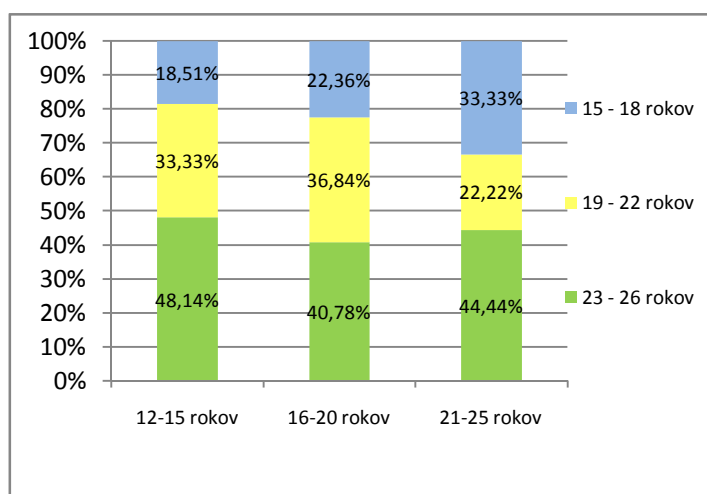
Zdroj: vlastný

Graf 43: Protidrogová prevencia



Zdroj: vlastný

Graf 44: Protidrogová prev.- vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 22.:Ktorá z nasledovných závislostí spôsobuje podľa Vás viac spoločenských problémov?

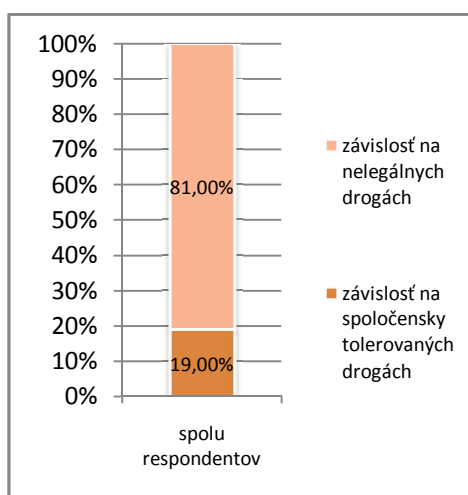
Dvadsať druhá otázka dotazníka zisťovala názor respondentov za vznik spoločenských problémom spôsobených závislosťami. Viac ako polovica respondentov – 81, 00 % si myslí, že viac sociálnych problémov spôsobujú závislosti na nelegálnych drogách. 19, 00 % respondentov si myslí, že väčšinu spoločenských problémov spôsobujú závislosti na spoločensky tolerovaných drogách.

Tabuľka28: Druhy závislostí

Možnosti odpovede		závislosť na spoločensky tolerovaných drogách	závislosť na nelegálnych drogách
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	8	20
	15 – 18 rokov (%)	34, 78 %	20, 40 %
	19 – 22 rokov[n]	10	31
	19 – 22 rokov (%)	43, 47 %	31, 63 %
	23 – 26 rokov[n]	5	47
	23 – 26 rokov (%)	21, 75 %	47, 95 %
Spolu [n]	121	23	98
Spolu (%)	100 %	19, 00 %	81, 00 %

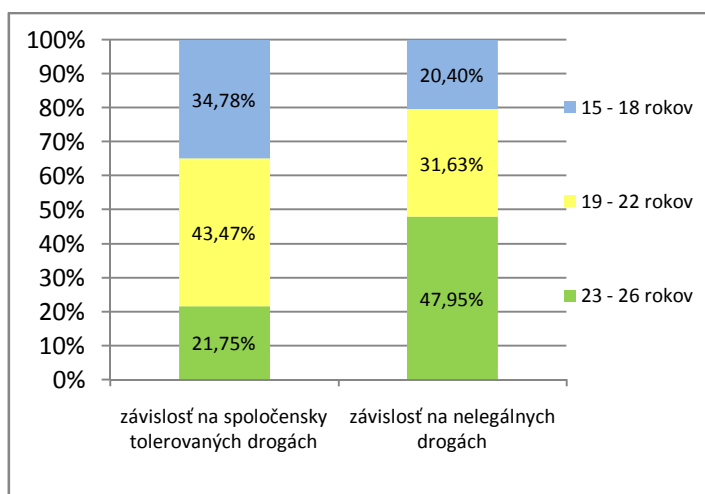
Zdroj: vlastný

Graf 45: Druhy závislostí



Zdroj: vlastný

Graf 46: Druhy závislostí – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

Otázka číslo 23.:Ktorý faktor sa podľa Vás najviac podieľa na úspechu liečby drogovej závislosti?

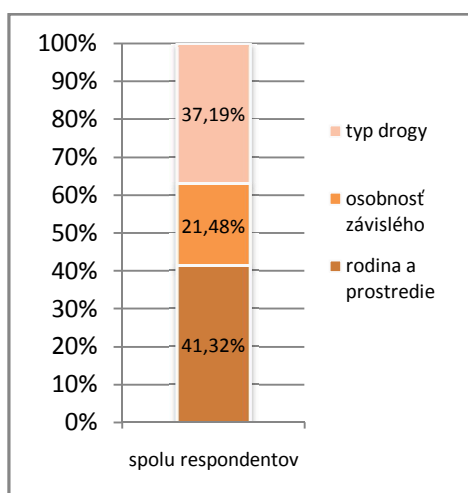
Posledná otázka dotazníka zisťovala názor respondentov na podporu v liečbe drogových závislostí. 41, 34 % respondentov si myslí, že hlavnú úlohu v úspešnosti liečby závislostí zohráva rodina a prostredie závislého. 21, 48 % respondentov považuje osobnosť závislého za najdôležitejší faktor pri liečbe drogových závislostí. Typ drogy spôsobujúcej závislosť je podľa 37, 19 % respondentov najdôležitejšou podmienkou úspešnej liečby závislostí.

Tabuľka29: Liečba závislostí

Možnosti odpovede		Rodina a prostredie	Osobnosť závislého	Typ drogy
Vek respondentov	15 – 18 rokov [n]	12	7	9
	15 – 18 rokov (%)	24, 00 %	26, 92 %	20, 00 %
	19 – 22 rokov[n]	17	9	15
	19 – 22 rokov (%)	34, 00 %	34, 61 %	33, 33 %
	23 – 26 rokov[n]	21	10	21
	23 – 26 rokov (%)	42, 00 %	38, 46 %	46, 66 %
Spolu [n]	121	50	26	45
Spolu (%)	100 %	41, 32 %	21, 48 %	37, 19 %

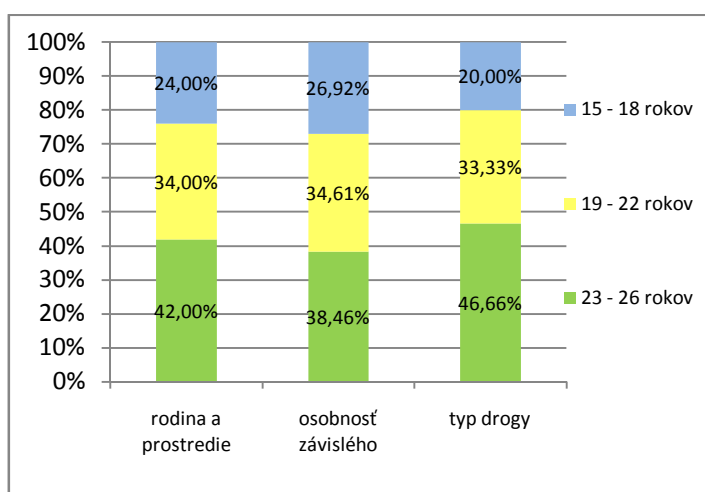
Zdroj: vlastný

Graf 47: Liečba závislostí



Zdroj: vlastný

Graf 48: Liečba závislostí – vekové kategórie



Zdroj: vlastný

4.7. Verifikácia hypotéz

H 1: Skupina respondentov vo veku 19 – 22 rokov je častejším konzumentom alkoholu ako respondenti vo veku 23 – 26 rokov.

Hypotéza výskumu číslo jedna sa **nepotvrdila**. Predpokladali sme, že respondenti vo veku 19 – 22 rokov budú väčšími konzumentmi alkoholu ako respondenti vo veku 23 – 26 rokov. Vychádzali sme z predpokladu, že po osemnástom roku je jednoduchší prístup k zadovávaniu alkoholu a aj jeho konzumácii v spoločnosti. Tento fakt v spojitosti so snahou o nezávislosť a dokázanie „dospelosti“ by mohol viesť k zvýšenej konzumácii alkoholu. Výsledky nášho výskumu však dokázali, že väčšími konzumentmi alkoholu sú mladí vo veku 23 – 26 rokov. Jeden až dvakrát týždenne alkohol pije 31, 91 % mladých vo veku 19 – 22 rokov a 48, 93 % mladých vo veku 23 – 26 rokov. Viac ako päťkrát do týždňa alkohol konzumuje 36, 73 % 19 – 22 ročných a 44, 44 % 23 – 26 ročných respondentov. Uvedené hypotéza je obsiahnutá v otázke dotazníka číslo 13.

H 2: Respondenti vo veku 23 – 26 rokov vyfajčia počas dňa minimálne dvakrát viac cigariet ako respondenti vo veku 15 – 18 rokov.

Hypotéza číslo dva sa **potvrdila**. Vychádzali sme z predpokladu, že so zvyšujúcim sa vekom fajčiarov sa stupňuje aj ich závislosť na počte vyfajčených cigariet počas dňa. Zhodnotením výsledkov nášho výskumu sme zistili, že v skupine 75 respondentov – fajčiarov bolo 25, 33 % mladých vo veku 15 – 18 rokov a 41, 34 % fajčiarov vo veku 23 – 26 rokov. Z hypotézy číslo dva vychádzala siedma otázka dotazníka.

H 3:Spôsobovanie nehôd, zníženie pracovnej výkonnosti, či zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť sú väčší sociálny problém spôsobený závislosťou na nikotíne ako vznik vysokej kriminality.

Hypotéza číslo tri sa **potvrdila**. Pri stanovení tejto hypotézy sme vychádzali z predpokladu, že verejnosť fajčenie a teda závislosť na nikotíne považuje za celospoločensky tolerovanú drogu, ktorá nie je zdrojom vysokej kriminality, ale skôr príčinou nehôd. Z výsledkov nášho výskumu vyplynulo, že viac ako polovica respondentov – 66, 94 % si myslí, že závislosť na nikotíne spôsobuje častejšie nehody, zníženie pracovnej výkonnosti, či zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť a teda predstavuje veľký ekonomický a sociálny problém. Zaujímavé bolo aj zistenie, že pomerne vysoké percento – 10, 75 % respondentov nevie o žiadnych problémoch vzniknutých na základe nikotínovej závislosti. Hypotéza číslo tri je obsiahnutá v dvanástej otázke dotazníka.

H 4:Respondenti vo veku 23 – 26 rokov budú počas dňa piť kávu minimálne dvakrát častejšie ako respondenti vo veku 15 – 18 rokov.

Hypotéza číslo štyri sa **potvrdila**. Vychádzali sme z predpokladu, že s pribúdajúcim vekom sa pitie kávy stáva u mnohých ľudí každodenným rituálom a súčasťou spoločenských stretnutí. Pitie kávy sa stáva často pre pracujúcich alebo študujúcich mladých zdrojom povzbudenia či príležitosťou pre oddych. Z výsledkov nášho výskumu vyplynulo, že viac ako polovicu oslovených respondentov – 57, 82 %, ktorí pijú kávu tvoria mladí vo veku 23 – 26 rokov. Hypotéza číslo štyri je obsiahnutá v otázke číslo päť.

H 5:Analgetiká budú respondenti považovať častejšie za lieky spôsobujúce závislosť ako hypnotiká.

Hypotéza číslo päť sa **potvrdila**. Pri tvorbe tejto hypotézy sme vychádzali z predpokladu, že respondenti budú mať vedomosti o súvislosti silných analgetík, hlavne ópiových s látkami obsiahnutými v tvrdých drogách. Viac ako polovica oslovených respondentov – 53, 71 % považuje analgetiká za lieky, ktoré najčastejšie spôsobujú závislosť. Z tejto hypotézy vychádza sedemnásť otázka dotazníka.

H 6:Respondenti budú pripisovať väčší podiel na vzniku sociálnych problémov závislostiam na nelegálnych drogách, než závislostiam na celospoločensky tolerovaných drogách.

Hypotéza číslo šesť sa **potvrdila**. Vychádzali sme z predpokladu, že respondenti budú mať viac informácií o sociálnych problémoch spôsobených tvrdými

drogami. Negatívne dopady užívania tvrdých drog na spoločnosť sú viac zverejňované a často sa dávajú do súvislosti s priamym užívaním drog a zmenou správania, ktorú spôsobujú. Väčšina mladých (81, 00 %) si myslí, že väčší podiel vzniku sociálnych problémov patrí závislostiam na nelegálnych drogách, než závislostiam na celospoločensky tolerovaných drogách.

Zhrnutie výsledkov výskumu

Prvá časť otázok dotazníka sa zameriavala na všeobecnú informovanosť respondentov o drogových závislostiach. Zaujímavým bolo zistenie, že až 33, 33 % mladých vo veku 15 – 18 rokov si pod pojmom droga vybavujú len jej konkrétny názov, čo v konečnom dôsledku môže znamenať skryté nebezpečenstvo v podobe nedostatočných vedomostí o iných príčinách vzniku závislostí, či už látkových alebo nelátkových. Pozitívnym zistením bola pomerne veľká informovanosť respondentov o celospoločensky tolerovaných drogách, až 74, 38 % považuje konzumáciu alkoholu, liekov, kofeínu a nikotínu za závislosti, ktoré sú spoločnosťou tolerované.

Druhá časť dotazníka obsahovala otázky špecificky zamerané na konkrétne celospoločensky tolerované drogy. Vo výsledkoch dotazníka sa nám potvrdil fakt, že so stúpajúcim vekom mladých sa stupňuje aj intenzita závislosti, čo bolo viditeľné v prípade konzumácie alkoholu, či kofeínu a aj fajčenia. V skupine respondentov 15 – 18 rokov je už pomerne veľké množstvo pravidelných konzumentov kávy – 17, 18 %. Predpokladáme, že tento fakt má za následok, pripisovanie povzbudivých účinkov pitia kávy, čo sa nám potvrdilo aj v inej otázke dotazníka.

V otázkach dotýkajúcich sa problematiky fajčenia sme zistili, že v skupine mladých vo veku 15 – 18 rokov sa nachádza až 25, 33 % fajčiarov. Tu vidíme príležitosť pre vznik prvých sociálnych problémov. Keďže v tomto veku ide často o zárobkovo nesamostatných mladých ľudí, závislosť môže viesť ku kriminalite, krádežiam, vzniku konfliktov v rodine, či škole. Ďalším problémom je zistenie, že užívaniu tvrdých drog predchádzajú často iné závislosti ako napr. fajčenie. Na základe štatistického spracovania výsledkov dotazníka sme zistili, že najčastejšie množstvo cigariet vyfajčených počas dňa je 1 – 5 kusov. V otázke zisťujúcej informovanosť o pasívnom fajčení viac ako polovica respondentov odpovedala správne t.j., že ide o nedobrovoľné fajčenie, nepriame fajčenie spojené s vdychovaním tabakového dymu. Tento pozitívny výsledok môžeme pripísať aj snahe spoločnosti ochraňovať nefajčiarov a s tým súvisiacu verejná osвета.

Otázky dotazníka zamerané na problematiku konzumácie alkoholu zisťovali napr. častosť jeho konzumácie. Zistili sme, že v skupine respondentov vo veku 15 – 18 rokov

s nachádza až 22, 22 % mladých, ktorí pijú alkohol častejšie ako päťkrát týždenne, čo so sebou prináša veľké riziko vzniku sociálnych problémov. Pravidelné pitie alkoholu už v takto mladom veku vedie často ku vzniku alkoholizmu a iným sociálnym deviáciám. Zaujímavým bolo aj zistenie, že takmer jedna štvrtina respondentov si dáva konzumáciu alkoholu do súvislosti so vznikom agresívneho správania. Predpokladáme, že toto vyjadrenie úzko súvisí s ich osobnou skúsenosťou. Agresivita alkoholika je častou príčinou kriminality, tyranie a rozpadu rodín. V otázke o prvom kontakte s alkoholom ani jeden z respondentov neodpovedal, že by mohlo ísť o vek viac ako dvadsať rokov z čoho vyplýva, že pitie alkoholu je u mladých ľudí spoločnosťou tolerované a začínajú s ním pomerne skoro – na Slovensku priemerne okolo 10 roku života.

Lieková závislosť je podľa väčšiny respondentov najčastejšie spôsobená užívaním analgetík. Predpokladáme, že tento výsledok je do veľkej miery ovplyvnený vedomosťami respondentov o súvislosti medzi analgetikami, hlavne opiátovými a tvrdými drogami. Závislosť na analgetikách je podporovaná aj dobrou dostupnosťou voľno predajných liekov. Zaujímavým bolo zistenie, že až 22, 22 % mladých vo veku 15 – 18 rokov má skúsenosti s užívaním anxiolitík, teda liekov proti úzkosti. Na pozadí takýchto problémov môžeme vidieť existenciu rôznych ťažkostí ako problematické sociálne vzťahy v rodine či škole. Rovnako ako nikotínova alebo alkoholová závislosť môže i závislosť na liekoch viesť k závislosti na tvrdých drogách.

V závere dotazníka sme zisťovali postoj sociálnej práce v problematike drogových závislostí. Väčšina respondentov (63, 63 %) vidí jej prínos v oblasti prevencie, z čoho vyplýva pozitívny postoj mladých k aktivitám sociálnych pracovníkov. Štatistickým spracovaním výsledkov dotazníka sme dospeli k zaujímavým zisteniam, ktoré môžu byť prínosom pre teóriu i prax sociálnej práce.

5. Diskusia

*„Ludia trávia celé životy hľadaním šťastia a pokoja.
Naháňajú sa za prázdnyimi snami, závislosťami,
náboženstvami, dokonca za druhými ľuďmi, dúfajúc,
že im pomôžu vyplniť prázdnotu v ich vnútri.
Iróniou je, že jediné miesto kde majú hľadať je u nich samých.“*

Romana L. Anderson

Hlavným cieľom našej diplomovej práce bolo zistiť a preskúmať vplyv celospoločensky tolerovaných drog užívaných mládežou na spoločnosť. Pre splnenie hlavného i čiastkových cieľov sme sa rozhodli použiť kvantitatívny výskum realizovaný metódou anonymného dotazníka. Otázky vychádzali z faktov a výsledkov už existujúcich výskumov k danej problematike bližšie opísaných v teoretickej časti práce. Výskumu sa celkovo zúčastnilo 121 respondentov, z to 47 mužov a 74 žien. Zisťovali sme názory a postoje mladých vo veku 15 – 26 rokov na celospoločensky tolerované drogy.

Pri zisťovaní všeobecných vedomostí respondentov o drogách sme sa dozvedeli, že najčastejšie si pod pojmom droga predstavujú nejakú návykovú látku. S touto odpoveďou sa stotožnila viac ako polovica oslovených respondentov – 60, 33 %. Návykovosť drog vo svojej definícii spomenul Skála, ktorý drogu definoval ako: *„Chemickú, prirodzenú alebo syntetickú látku, ktorá má rýchly účinok na psychiku človeka a vplýva na jeho nálady a správanie sa. Čím droga pôsobí rýchlejšie a výraznejšie, tým je aj väčšia pravdepodobnosť jej opakovanej aplikácie a následne vznik závislosti.“* U respondentov sme zisťovali vedomosti o kategorizácii drog z pohľadu ich tolerovania spoločnosťou. Väčšina respondentov do tejto kategórie správne zaradila: alkohol, lieky, kofeín a nikotín. Ondrejkovič sa o legálnych drogách vyjadril nasledovne: *„Tieto látky síce nie sú zákonom zakázané na výrobu, predaj či užívanie, ale sú štátom regulované pomocou právnych noriem. Aj napriek tomu, že sú tieto látky sociálne akceptovateľné, neznamená to, že sú bezpečné a nevyvolávajú závislosť. Práve naopak, ich dlhodobé užívanie môže mať rovnaké následky ako užívanie nelegálnych drog.“*

Pri špecifických otázkach dotýkajúcich sa problematiky užívania legálnych drog sme zistili, že kávu konzumuje viac ako polovica respondentov – 52, 89 %, najviac opýtaných pochádzalo z kategórie mládeže vo veku 23 – 26 rokov, išlo o 57, 82 %.

Ako najčastejší dôvodom pitia kávy jej konzumenti uviedli zvýšenie pocitu energie – 61, 15 %. Internetový portál www.vylicime.cz označil závislosť na kofeíne ako „začarovaný kruh“. Dôvodom opakovanej konzumácie kávy je podľa autorov článku nasledovná skutočnosť: *„Aj napriek tomu že kofeín je látka ktorá vyvoláva pocit nabadenia a energie, často krát je to hlavným dôvodom vzniku nespavosti užívateľa. Dôvodom je užívanie kofeínu vo vysokých dávkach alebo vo večerných hodinách. Kofeín svojim účinkom znižuje kvalitu spánku a človek sa preto cíti celý deň unavený. Aby sa tohto pocitu zbavil, a podal počas celého dňa čo najvyššiu produktivitu vypije počas dňa niekoľko káv s obsahom kofeínu. Ide o tzv. „začarovaný kruh“ kedy má kofeín odstrániť príčiny, ktoré vznikli vlastne z jeho nadmerného užívania.“*

V otázkach zameraných na problematiku fajčenia sme zistili, že viac ako polovica oslovených respondentov 61, 98 % sú pravidelní fajčiari. Najčastejším dôvodom konzumácie nikotínu bolo podľa opýtaných upokojenie a povzbudzujúce účinky. O rovnakých vplyvoch fajčenia na psychiku človeka píše aj internetový portál www.pluska.sk. *„Pri užití nikotínu nastávajú krátkodobé pocity psychickej pohody, zníženia vnímania bolesti, zvýšenie koncentrácie a pamäti. Jeho účinky na psychiku sú stimulačné alebo relaxačné.“*

Otázky nášho dotazníka zamerané na problematiku konzumácie alkoholu zisťovali aj názory respondentov o účinkoch alkoholu na ľudský organizmus. Najčastejšie sa vyjadrili o euforických pocitoch – 46, 28 % a agresivite – 27, 27 %. Tieto tvrdenia sa stotožňujú s názormi Straku, Novomeského, Krajčoviča a Štullera, ktorí tvrdia, že: *„Vplyv alkoholu na správanie je rôzny. Líši sa od množstva užitého alkoholu ale aj od dĺžky doby pravidelného užívania či povahy konzumenta. Vo väčšine prípadov sa užívateľ alkoholu dostane do opojenia a dobrej nálady no tiež sa vyskytujú prípady agresivity a neuváženému správaniu sa.“*

Lieková závislosť je ďalším špecifickým druhom legálnej závislosti. Plocová tvrdí, že: *„Návykovosť vytvárajú tri druhy liekov a to analgetiká, hypnotiká a anxiolitiká. Analgetiká sú využívané pri znižovaní bolesti. Hypnotiká pôsobia ako lieky pri nespavosti či iných porúch spánku a anxiolitiká sú lieky ktoré pozitívne ovplyvňujú náladu, zmierňujú úzkosť a napätie.“* V našom výskume sme zistili, že najčastejšie užívanými liekmi u mladých vo veku 15 – 26 rokov je užívanie analgetík – 53, 71 % respondentov.

V našej práci sme prostredníctvom otázok dotazníka zisťovali vedomosti respondentov o negatívnych dopadoch užívania drog na spoločnosť a sociálne prostredie. Respondentov sme sa pýtali na pojem sociálna závislosť. Viac ako polovica oslovených

označila možnosť, že ide o snahu začleniť sa z rôznych dôvodov do skupiny konzumujúcej niektorú z návykových látok. Túto možnosť sme vytvorili na základe tvrdení od Jarvisa, ktorý hovorí, že k sociálnej závislosti dochádza pri: *„spojení súborov zvykov a rituálov, ktoré sú typické kolektívnym užívaním a konzumáciou drog veľkej skupiny osôb. Ide o zneužívanie a vytvorenie si návykov užívania drogy, ktoré si ospravedlňuje užívateľ ľahším nadväzovaním kontaktov vo svojom okolí a pod.“*

V jednej z otázok dotazníka sme sa pýtali respondentov aj na pojem „spoluzávislosť“. Respondenti sa najčastejšie stotožnili, že ide o ospravedlňovanie konania závislého človeka jeho blízkymi. K tejto problematike sa vyjadrila Škodová, ktorá tvrdí, že: *„Pri tomto jave, ide o závislosť na iných ľuďoch a vzťahov s nimi v nefunkčných rodinách alebo deformovaných vzťahov z dôvodu závislosti člena rodiny.“*

V záverečných otázkach dotazníka sme zisťovali prínos sociálnej práce v problematike drogových závislostí. Väčšina respondentov – 63, 36 % vidí najväčší potenciál sociálnej práce v oblasti prevencie vzniku drogových závislostí. Toto tvrdenie sa zhoduje s vyjadrením Oláha a Schavela, ktorí sociálnu prácu definujú ako: *„činnosť, ktorá špecifická a odborná a jej cieľom je poskytovať pomoc, podporu a sprevádzať klienta. Sociálna práca vedie k zlepšovaniu vzájomného pôsobenia jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia v ktorom žijú. Rozvíja charakterové vlastnosti klienta ako je sebaúcta a pocit zodpovednosti za svoje konanie a správanie sa.“* Významnou súčasťou aktivít sociálnych pracovníkov je aj terénna sociálna práca, ktorá ako tvrdí Špalekovása *vykonáva priamo v prirodzenom sociálnom prostredí závislých osôb. Vďaka tomu je možné pracovať s ľuďmi, ktorý momentálne nie sú motivovaní a odhodlaní zmeniť svoj životný štýl a prestať užívať psychoaktívne látky.*

Záver

Užívanie návykových látok sprevádza ľudstvo už od nepamäti. Drogy sa spájali a v niektorých kultúrach ešte stále aj spájajú s náboženskými a kultúrnymi obradmi. Existuje mnoho spôsobov delenia drog. Návykové látky kategorizujeme najčastejšie vzhľadom na výšku rizika vzniku závislosti, ich legálnosti či spôsobu výroby. V našej práci sme sa zamerali na delenie z hľadiska postoja spoločnosti k droge, kedy hovoríme o legálnych a nelegálnych drogách. Spoločensky tolerované drogy sú návykové látky, ktorých užívanie nie je v rozpore s legislatívou. Ide o užívanie kofeínu, nikotínu, alkoholu a liekov. Napriek sociálnej akceptácii týchto návykových látok ich dlhodobé užívanie môže mať rovnako nežiaduci dopad na jednotlivca i spoločnosť ako užívanie nelegálnych drog. Verejné prezentovanie negatív pravidelnej konzumácie spoločensky tolerovaných drog výrazným spôsobom prispelo k obmedzeniu ich užívania. Viditeľné výsledky sa dosiahli pri propagácii ochorení spôsobených nikotínovou závislosťou. Výsledkom mnohých veľkých celospoločenských kampaní bolo zníženie fajčenia tabakových výrobkov.

Drogová závislosť je vážny celospoločenský problém, ktorého riešenie je veľmi zložité. Mnoho mladých ľudí často siaha po drogách v snahe rebelovať, zažiť niečo nové či uniknúť pred stereotypom a stať sa nezávislým. Pri experimentálnom užívaní drog ich konzument často zažíva len pozitívne pocity a nevidí dôvod prestať s konzumáciou drogy. Následným pravidelným užívaním sa však postupne objavujú aj negatívne účinky drog a človek ich užíva nie preto lebo chce, ale preto lebo musí a konzumácia drogy mu uľavuje od abstinenčných ťažkostí.

V procese vzniku závislosti sa uplatňuje vplyv troch základných činiteľov: typ samotnej návykovej látky, osobnosť závislého jedinca a vplyv jeho sociálneho prostredia. Najlepším spôsobom odstraňovania drogových závislostí zo života mladých ľudí je efektívna prevencia. Preventívne opatrenia sa najčastejšie zameriavajú na pochopenie faktorov spôsobujúcich závislosť a začiatok užívania drog a následne na šírenie informácií o negatívnych dopadoch užívania drog. V súčasnosti sa problematika drogových závislostí veľmi medializuje a k mladým ľuďom sa dostáva množstvo informácií, v ktorých je potrebné pomôcť im správne sa zorientovať. Stretávame sa s trendom zvýšenej tolerancie spoločnosti voči užívaniu legálnych drog mládežou no je potrebné uvedomiť si ich skryté hrozby.

V období adolescencie, kedy ešte stále prebieha psychický a fyzický vývoj mladého organizmu dokáže užívanie drog vážnym spôsobom poškodiť zdravie človeka. Pri dlhodobom a pravidelnom užívaní alkoholu, nikotínu, kofeínu, či liekov dochádza k vzniku vážnych ochorení alebo prechodu k iným druhom závislostí. V procese prevencie je dôležité zvoliť systematický prístup a zapojiť do nej všetky zložky sociálneho prostredia mladého človeka. Vzájomná spolupráca rodiny, školy priateľov a samotného adolescenta je predpokladom pre vytvorenie pozitívne podnetnej spoločnosti.

Povinnosťou a zároveň veľkou výzvou každej modernej spoločnosti je budovať v mladých ľuďoch zodpovednosť za svoje vlastné zdravie, aby uprednostnili zdravý životný štýl pred užívaním drog.

*„ Drogy život okrádajú o pocity a radosti,
ktoré sú jedinými dôvodmi žiť.“*

Lafayette Ronald Hubbard

Zoznam obrázkov, tabuliek a grafov

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Celosvetová spotreba kávy na obyvateľa v roku 2013.....	18
Obrázok 2: Top 15 krajín s najvyššou spotrebou kávy v roku 2013.....	19
Obrázok 3: Celosvetová spotreba čaju na obyvateľa v roku 2013.....	20
Obrázok 4: Počet ročne vyfajčených cigariet na dospelého za rok 2015.....	23
Obrázok 5: Celosvetová spotreba čistého alkoholu na osobu.....	29
Obrázok 6: Spotreba liekov v roku 2015.....	32
Obrázok 7: Počet užívateľov liekov v USA v rokoch 1991 – 2013.....	33
Obrázok 8: Proaktívny model prevencie.....	55
Obrázok 9: Prevenčné spektrum.....	56
Obrázok 10: Počet nehôd zapríčinených pod vplyvom alkoholu za obdobie 1996 – 2016.....	62
Obrázok 11: Počet usmrtených osôb pri nehodách zapríčinených pod vplyvom alkoholu v roku 2015.....	63

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Delenie drog podľa ich účinku.....	13
Tabuľka 2: Obsah kofeínu v nápojoch a potravinách.....	16
Tabuľka 3: Stupne abstinenčného syndrómu – príznaky aktivácie.....	39
Tabuľka 4: Stupne abstinenčného syndrómu – príznaky útlmu.....	40
Tabuľka 5: Pohlavie respondentov.....	67
Tabuľka 6: Vek respondentov.....	68
Tabuľka 7: Definícia pojmu droga.....	70
Tabuľka 8: Kategorizácia drog.....	71
Tabuľka 9: Konzumácia kávy.....	72
Tabuľka 10: Častosť konzumácie kávy.....	74
Tabuľka 11: Účinky kofeínu.....	75
Tabuľka 12: Fajčenie.....	76
Tabuľka 13: Množstvo cigariet počas dňa.....	78
Tabuľka 14: Účinky nikotínu.....	79
Tabuľka 15: Pasívne fajčenie.....	80
Tabuľka 16: Sociálna závislosť od fajčenia.....	82

Tabuľka 17: Smrteľná dávka nikotínu	83
Tabuľka 18: Následky závislosti na nikotíne.....	85
Tabuľka 19: Častosť pitia alkoholu.....	86
Tabuľka 20: Účinky alkoholu	88
Tabuľka 21: Prvý kontakt s alkoholom.....	89
Tabuľka 22: Spoluzávislosť.....	91
Tabuľka 23: Lieková závislosť	92
Tabuľka 24: Užívanie liekov	94
Tabuľka 25: Abstinenčný syndróm.....	95
Tabuľka 26: Úloha sociálnej práce	97
Tabuľka 27: Protidrogová prevencia.....	98
Tabuľka 28: Druhy závislostí	100
Tabuľka 29: Liečba závislostí.....	101

Zoznam grafov

Graf 1: Pohlavie respondentov.....	68
Graf 2: Vek respondentov.....	69
Graf 3: Definícia pojmu droga.....	70
Graf 4: Definícia pojmu droga- vekové kategórie	70
Graf 5: Kategorizácia drog	71
Graf 6: Kategorizácia drog vekové kategórie	72
Graf 7: Konzumácia kávy.....	73
Graf 8: Konzumácia kávy vekové kategórie.....	73
Graf 9: Častosť konzumácie kávy.....	74
Graf 10: Častosť konzumácie kávy – vekové kategórie.....	74
Graf 11: Účinky kofeínu- vekové kategórie	75
Graf 12: Účinky kofeínu.....	76
Graf 13: Fajčenie.....	77
Graf 14: Fajčenie- vekové kategórie	77
Graf 15: Množstvo cigariet/deň	78
Graf 16: Množstvo cigariet počas dňa – vekové kat	78
Graf 17: Účinky kofeínu.....	79
Graf 18: Účinky kofeínu- vekové kategórie	80
Graf 19: Pasívne fajčenie.....	81
Graf 20: Pasívne fajčenie – vekové kategórie.....	81

Graf 21: Sociálna závislosť od fajčenia.....	82
Graf 22: Soc. závislosť - vekové kategórie	82
Graf 23: Smrteľná dávka nikotínu.....	84
Graf 24: Smrteľná dávka nikotínu - vekové k	84
Graf 25: Závislosť na nikotíne	85
Graf 26: Závislosť na nikotíne - vekové kategórie	86
Graf 27: Častosť pitia alkoholu.....	87
Graf 28: Častosť pitia alkoholu - vekové kategórie	87
Graf 29: Účinky alkoholu	88
Graf 30: Účinky alkoholu - vekové kategórie	89
Graf 31: Prvý kontakt s alkoholom	90
Graf 32: Prvý kontakt s alkoholom- vek. k.....	90
Graf 33: Spoluzávislosť.....	91
Graf 34: Spoluzávislosť – vekové kategórie.....	92
Graf 35: Lieková závislosť	93
Graf 36: Lieková závislosť – vekové kategórie	93
Graf 37: Užívanie liekov	94
Graf 38: Užívanie liekov- vekové kategórie.....	94
Graf 39: Užívanie liekov	96
Graf 40: Užívanie liekov- vekové kategórie.....	96
Graf 41: Úloha soc. práce	97
Graf 42: Úloha soc. práce- vekové kategórie	98
Graf 43: Protidrogová prevencia.....	99
Graf 44: Protidrogová prev.- vekové kategórie	99
Graf 45: Druhy závislostí	100
Graf 46: Druhy závislostí – vekové kategórie	100
Graf 47: Liečba závislostí.....	101
Graf 48: Liečba závislostí – vekové kategórie.....	102

Zoznam príloh

Príloha I: Dotazník k praktickej časti celospoločensky tolerovaným drogám u mládeže. 115

Príloha I: Príloha I: Dotazník k praktickej časti celospoločensky tolerovaným drogám u mládeže

1) Pohlavie

muž žena

2) Vek

15 – 18 19 – 22 23 – 26

3) Čo si predstavíte pod pojmom droga ?

.....

4) Ktoré drogy by ste zaradili medzi tzv. spoločensky tolerované?

- a) alkohol, lieky, kofeín, nikotín;
- b) marihuana, hašiš, toluén, extáza;
- c) heroín, kokaín, pervitín, LSD.

5) Pijete kávu, ak áno priemerne koľkokrát za deň?

-
- a) áno 1 – 2/ deň 3 – 5/ deň 6 a viac/ deň;
 - b) nie, nepijem kávu.

6) Aké sú podľa Vás účinky kofeínu na ľudský organizmus?

.....

7) Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet priemerne za deň?

-
- a) áno 1 – 5/ deň 6 – 10/ deň 11 – 15/ deň 16 a viac/ deň;
 - b) nie, nefajčím.

8) Aké účinky má podľa Vás nikotín na organizmus človeka ?

.....

- 9) Čo si predstavíte pod pojmom pasívne fajčenie ?
- a) fajčenie mimo spoločenských zariadení napr. reštaurácií..;
 - b) nedobrovoľné fajčenie, nepriame fajčenie spojené s vdychovaním tabakového dymu;
 - c) neviem.
- 10) Aká je to podľa Vás sociálna závislosť od fajčenia?
- a) fajčenie na verejnosti;
 - b) snaha začleniť sa z rôznych dôvodov do spoločnosti fajčiarov;
 - c) pocit úzkosti pri nedostatku cigariet.
- 11) Koľko vyfajčených cigariet naraz predstavuje podľa Vás pre človeka smrteľnú dávku nikotínu?
- a) 10 – 15 cigariet;
 - b) 15 – 20 cigariet;
 - c) 30 – 40 cigariet.
- 12) Aké sú podľa Vás najčastejšie ekonomické a sociálne problémy, ktoré spôsobuje závislosť na nikotíne t. j. cigaretách?
- a) vysoká kriminalita;
 - b) častejšie spôsobovanie nehôd, požiarov, zníženie pracovnej výkonnosti, vysoké náklady na zdravotnú starostlivosť...;
 - c) neviem o žiadnych.
- 13) Priemerne ako často pijete alkoholické nápoje počas týždňa?
- a) 1 – 2 krát týždenne;
 - b) 3 – 5 krát týždenne;
 - c) viac ako 5 krát;
 - d) nepijem alkohol.
- 14) Aké sú podľa Vás účinky alkoholu na ľudský organizmus?
-

15) Aký je priemerný vek človeka na Slovensku, kedy po prvý raz prichádza do kontaktu s alkoholom?

- a) 10 rokov;
- b) 15 rokov;
- c) 20 rokov.

16) Čo si predstavíte pod pojmom spoluzávislosť u alkoholika.

- a) spoločné pitie alkoholu počas spoločenských a rodinných osláv;
- b) označenie skupiny alkoholikov;
- c) spoluzávislosťou trpia blízky alkoholika, ktorí jeho konania často ospravedlňujú, racionalizujú a znášajú následky problémového správania závislého človeka.

17) Aké sú podľa Vás najčastejšie liekové skupiny, ktoré vyvolávajú u človeka liekovú závislosť?

- a) analgetiká – lieky potláčajúce bolesť;
- b) hypnotiká – lieky proti nespavosti;
- c) anxiolitiká – lieky potláčajúce úzkosť a strach.

18) Už ste niekedy užívali alebo práve užívate niektoré z nasledovných liekov, ak áno označte prosím ktoré

a) áno

analgetiká – lieky proti bolesti hypnotiká – lieky proti nespavosti anxiolitiká – lieky potláčajúce úzkosť a strach

b) nie

19) Čo si predstavíte pod pojmom abstinenčný syndróm?

- a) nepríjemné fyzické a psychické príznaky, vznikajúce pri nedostatku drogy na ktorej je človek závislý napr. nervozita, úzkosť, trasenie rúk, kŕče...;
- b) nepravidelné užívanie návykových látok;
- c) ríliš veľká konzumácia alkoholu;
- d) iné, uveďte

20) V čom vidíte úlohu a prínos sociálnej práce v problematike drogových závislostí ?

.....

21) V akom veku je najvhodnejšie začať s osvetou v oblasti protidrogovej prevencie

- a) 12 – 17 rokov;
- b) 18 – 25 rokov;
- c) 26 – 30 rokov.

22) Ktorá z nasledovných závislostí spôsobuje podľa Vás viac spoločenských problémov?

- a) závislosť na spoločensky tolerovaných drogách;
- b) závislosť na nelegálnych drogách.

23) Ktorý faktor sa podľa Vás najviac podieľa na úspechu liečby drogovej závislosti?

- a) rodina a prostredie závislého;
- b) osobnosť závislého;
- c) typ drogy, ktorý spôsobil závislosť.

Zoznam použitej literatúry

- AKV.SK. 2017. *Kofeín. Koľko je už priveľa?*. [online]. [cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete:
http://www.akv.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=760&Itemid=30.
- BENNETT, T. – HOLLOWAY, K.: *Under standing drugs, alcohol and crime*. London: *Open University Press*,2013. ISBN 978-0335-21258-3.
- BINDASOVÁ, O. – TICHÝ, Ľ.: *Prevenčia – vybrané kapitoly. Materiál pre vnútornú potrebu CPPS*. Bratislava: CPPS, 2011.
- BOTTOVÁ, M. 2008. *Prevenčia, zásady a ciele. Na čo zamerat' pozornosť*. [online]. [cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete:
<http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&DocumentID=3402>.
- BRADY, K. T. – SINHA, R.: *Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress*. *Am. J. Psychiatry*. 2015. ISBN 987-70-8046-602-1.
- CELOSTNIMEDICINA.CZ. 2011. *Kofeín*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<https://www.celostnimedicina.cz/kofein.htm>>.
- CERSTVAKAVA.CZ. 2015. *Kofeín a jeho účinky na lidský organizmus*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete:
<<http://www.cerstvakava.cz/clanky/kofein-a-jeho-ucinky-na-lidsky-organizmus/>>.
- CLARKSON, W.: *LegalHighs: Inside Secrets of the World's Newest and Deadliest Drugs*. London: Quercus, 2015. ISBN 978-1-84866-714-3.
- CLAYTON, J.M. – AKINS, S. M.: *Drugs and Drug Policy: The Control of Consciousness Alteration*. California: SAGE Publication. 2014. ISBN 978-1-4522-4239-2.
- COHEN, J. P.: *Drugs, Addiction, and the Law: Politics, and Public Health*. Michigan: Carolina Academic Press. 2014. ISBN 978-0-89089-227-5.
- COLES, L. – PORTER, E.: *Policy and Strategy for Improving Health and Wellbeing*. London: Learning Matters. 2013. ISBN 978-0-8572-5007-0.

- COLLIGAN, H. L.: *Drug Dependence. New York: Marschall Cavendish Benchmark.* 2011. ISBN 978-0-7614-4818-1.
- CORNWELL, A. – CORNWELL, V.: *Drugs, Alcohol and Mental Health. Second edition.* Cambridge: Cambridge university press. 2015. ISBN 978-3-5144-827-4.
- DAVID, L. G. *Drugs. Secondedition.* New Delhi: Universities Press. 2016. ISBN 81-7371-386-3.
- DRISKOC, J. W. – GRADY, M. D.: *Evidence-Based Practice in Clinical Social Work.* Washington: Springer. 2012. ISBN 978-1-4614-3469-6.
- DROGY.ORG. 2013. *Kde a ako sa liečiť.* [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<http://www.drogy.org/index.php/liecba/kde-a-ako-sa-liecit#IDComment880409105>>.
- DRUGABUSE.COM. 2017. *Drug Prevention / Abuse.* [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<https://drugabuse.com/library/drug-prevention/>>.
- DRUGABUSE.GOV. 2016. *Drug, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.* [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preventing-drug-abuse-best-strategy>>.
- FERDMAN, A. R.: *Where the world's biggest coffee drinkers live.* [online]. [cit. 2017-12-11]. Dostupné na internete: <<https://qz.com/166983/where-the-worlds-biggest-coffee-drinkers-live/>>.
- FISCHER, S. – ŠKODA, J.: *Sociálnipatologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2., rozšířené a aktualizovnévydání.* Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.
- FIŠEROVÁ, M.: 2016. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí.* [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <http://farmakologie.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>.
- FRANTIŠKOVÁ, A. 2016. *Účinky kofeinu na náš organizmus.* [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<http://www.hlidejsizdravi.cz/zdravi-a-krasa/ucinky-kofeinu-na-nas-organizmus-2/>>.
- FRIED, S.: *BitterPills: Inside the Hazardous Wolrd of Legal Drugs.* Secondedition. New York: BantamBooks. 2015. ISBN 978-0-5523-5873-X.

- HANSON, R. G. – VENTURELLI, J. P. – FLECKENSTEIN, E. A.: *Drugs and Society, Thirteenth Edition*. Utah: Jones&Bartlett LEARNING. 2017. ISBN: 978-12-8411-087-6.
- HARTNOLL, R.: *Drugs and Drug Dependence: Linking Research, Policy and Practice*. Berlin: Koelblin. 2012. ISBN 92-871-5490-2.
- HEALT CARE SERVICE. 2014. *Drug Medi-Cal Treatment Program Forms*. [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<http://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/forms/Pages/DMC-Forms.aspx>>.
- HELER, J. – PECINOVSÁ, O.: *Závislosť známa neznáma*. Praha: Grada. 2011. ISBN 80-7178-303-X.
- HRONCOVÁ, J. a kol.: *Sociálna patológia*. Banská Bystrica: PF UMB. 2004. ISBN 80-8055-926-0.
- HUPKOVÁ, I. – LIBERČANOVÁ, K.: *Drogové závislosti a ich prevencia*. Trnava: Trnavská Univerzita. 2012. ISBN 978-80-8082-563-8.
- INCB. 2016. *Availability of narcotic drugs for medical use*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Availability/availability.html>>.
- INFODROGY. 2015. *Prevenia drogových závislostí. Informačno – vzdelávací bulletin rezortu kultúry*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <http://www.infodrogy.sk/downloads/p02_2015.pdf>.
- INFODROGY.SK. 2013. *Liečba závislostí od psychoaktívnych látok*. [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&Page=WebPage&DocumentID=3989>>.
- INGRAHAM, CH. – FERDMAN, A. R.: *A coffee addict's guide to the universe*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2015/06/17/19-maps-and-charts-that-explain-pretty-much-everything-about-coffee/?utm_term=.11c47a3557b1>.

- INSTITUT-KAVY.CZ. 2017. *Kofein a jeho účinky na lidský organizmus*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<http://institut-kavy.cz/cs/horni-menu/kava-a-zdravi/kofein-a-jeho-ucinky-na-lidsky-organismus/>>.
- JARVIS, T. J. – TEBBUTT, J. – MATTICK, R. P. – SHAND, F.: *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence*. Tirdth Edition. Chichester: John Willey& Sons. 2013. ISBN 978-0-470-09039-8.
- KALINA, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K.: *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KLOSTERMAN, L.: *The Facts about Drug Dependence to Treatment*. New York: Marschall Cavendish Benchmark. 2012. ISBN 978-0-7614-2676-9.
- KMEČOVÁ, V.: 2017. *Závislost' na nikotíne*. [online]. [cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete: <<https://lekar.pluska.sk/clanky/zavislost-na-nikotine>>.
- KOLIBÁŠ, E. – NOVOTNÝ, V.: *Alkohol, drogy, závislosti*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2007. ISBN 978-80-223-2315-4.
- KREMSKÝ, P. 2015. *Tri najvražednejšie drogy sú povolené a dostupné*. [online]. [cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete: <<https://www.postoj.sk/4519/tri-najvrazednejsie-drogy-su-povolene-a-dostupne>>.
- KRŮTA, M. – KÖNIG, M: *Pharmako/Dynamis*. Praha: Dybbuk. 2011. ISBN 80-86862-06-2.
- KURAKOVA-PLICE.CZ. 2017. *Abstinenciální příznaky – nikotin – nejčastější projevy abstinence u kuřáka*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/odvykani/odvykaci-abstinencni-priznaky-u-kuraka/86-abstinencni-priznaky-u-kuraka-nejcastejsi-projevy-abstinance-nikotinu.html>.
- KURAKOVA-PLICE.CZ. 2017. *Nikotin – základní informace o nikotinu a jeho účinku v organizmu*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organizmu.html>.

- KURAKOVA-PLICE.CZ. 2017. *Závislost na nikotinu – jak vzniká a jak je silná*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <
http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zdravi/nikotin-a-informace-o-nem/84-za-vislost-na-nikotinu-jak-vznika-a-jak-je-silna.html>.
- LEKÁRSK OBZOR. 2013. *Základné princípy liečby tabakovej závislosti*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete:
 <<http://www.lekarsky.herba.sk/lekarsky-obzor-4-2010/zakladne-principy-liechy-tabakovej-zavislosti>>.
- LIBA, J. *Výchova k zdraviu a škola*. Prešov: PF PU. 2005. ISBN: 80-8068-336-0.
- LIBA, J.: *Zdravie, drogy, drogová závislosť*. Prešov: Metodicko-pedagogické centrum v Prešove, 2009. ISBN 80-8045-387-X.
- LÜLLMANN, H. – MOHR, K. – WEHLING, M.: *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada. 2013. ISBN 80-2470-836-1.
- MCARTHUR, R. A. – BORSINI, F.: *Animal and Translational Models for CNS Drug Discovery*. Reward Deficit Disorders. Boston: Elsevier. 2014. ISBN 978-0-12-373861-5.
- MPSVaRSR. 2013. *Druhy, formy a rozsah sociálnych služieb*. [online]. [cit. 2017-12-11]. Dostupné na internete:
 <https://www.slovensko.sk/sk/agendy/agenda/_druhy-formy-a-rozsah-socialny/>.
- MSPNITRA: 2015. *Delenie drog*. [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete:
 <<http://www.mspnitra.sk/stranky/prevencia/zavislost/delenie-drog.php>>.
- NARCONON.ORG. 2015. *Drug prevention*. [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<http://www.narconon.org/drug-prevention/>>.
- NCZI. SK: 2016. *Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH*. [online]. [cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete:
 <<http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>>.
- NOCIAR, A.: 2009. *Drogové závislosti*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-89271-68-9.

- OKRUHLICA, Ľ. 2013. *Logoterapia a náš prístup k liečbe závislostí*. [online].
[cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete:
<<http://www.drogy.sk/odborne/materialy/1.html>>.
- ONDREJKOVIČ, P.: *Chudoba, prostitúcia, drogy a samovraždy – príčinné súvislosti*.
Sládkovičovo: Vysoká škola v Skládkovičove, 2009. ISBN 978-80-89267-28-6.
- PJATKOVÁ, M a kol.: *Koordinátor drogovej prevencie*. Bratislava:
Metodicko-pedagogické centrum. 2014. ISBN 978-80-565-0261-7.
- PLOCOVÁ, M. 2016. *Závislosť na návykových liekoch*. [online]. [cit. 2017-11- 24].
Dostupné na internete:
<http://monikaplocova.cz/zavislost-na-navykovych-lecich?gclid=CjwKCAiAvMPRBRBIEiwABuO6qa-20LSTuXJYRUeNFwxQOhAGohwFqoDf68YnByH2ci-kCmKtfhp71lhoCvCYQAvD_BwE>.
- POSSL, M.: *Káva jako životní styl*. 2010. Praha: GradaPublishing,
a.s. ISBN 978-80-247-2822-3.
- PREISS, M. – KUČEROVÁ, H. a kol.: *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
2013. ISBN 80-2471-460-4.
- PUGNEROVÁ, M. – KVINTOVÁ, J.: *Přehledporuch psychického vývoje*. Praha: Grada.
2016. ISBN 978-80-247-5452-9.
- RAHMAN, A. – CHOUDHARY, M. I.: *Frontiers in CNS Drug Discovery*. New York:
Benthan. 2010. ISBN 978-1-60805-363-6.
- SCHUSTER, CH. R. – KUCHAR, M. J.: *Pharmacological Aspects of Drug Dependence:
Toward and Integrated Neurobehavioral Approach*. Detroit: Springer. 2015. ISBN:
978-3-675-64631-7.
- SHAPIRO, S.: 2011. *Alkohol a iné drogy*. Bratislava: Jaspis. ISBN 978-80-85576-12-0.
- SIGER, M.: *Druggingthe Poor: Legal and Illegal Drugs and Social Inequality*. New
York. Waveland press. 2013. ISBN 978-1-57766-494-9.
- ŠKODOVÁ, I. 2013. *Spoluzávislosť*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete:
<<http://www.integra.fost.sk/clanky/spoluzavislost.pdf>>.

- SMITH, O. : *The world's most alcohol-dependent countries*. [online]. [cit. 2017-12- 11].
Dostupné na internete:
<<http://www.telegraph.co.uk/travel/maps-and-graphics/Countries-according-to-alcohol-consumption/>>.
- SMITH, O.: 2017. *Mapped: the countries that smoke the most cigarettes*. [online].
[cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete:
<<http://www.telegraph.co.uk/travel/maps-and-graphics/world-according-to-tobacco-consumption/>>.
- ŠPALEKOVÁ, M. 2017. *Strretwork*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete:
<http://www.infodrogy.sk/ActiveWeb/d/strretwork/sk/terenna_socialna_praca.html>.
- ŠTEFAN, J. – HLADÍK, J. a kol.: *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.
- STRAKA, Ľ. – NOVOMESKÁ, F. – KRAJČOVIČ, J. – ŠTULLER, F.: *Súdnolekárska alkoholológia*. Martin: Osveta. 2011. ISBN 978-80-8063-363-9.
- SUBSTITUCNA-LIECBA.SK. 2013. *Nelegálne i legálne drogy*. [online].
[cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete: <<http://www.substitutna-liecba.sk/drogy>>.
- SUKOVÁ, I. 2013. *Obsah kofeinu v produktech na rakouském trhu*. [online].
[cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete:
<<http://www.bezpecnostpotravin.cz/obsah-koferinu-v-produktech-na-rakouskem-trhu.aspx>>.
- SUMMITBEHAVIORALHEALTH.COM. 2014. *Top 10 addictive legal drugs*. [online].
[cit. 2017-09-24]. Dostupné na internete:
<<https://www.summitbehavioralhealth.com/blog/top-10-addictive-legal-drugs/>>.
- SVOBODOVÁ, M. 2014. *Šest zneklidňujících faktů o kofeinu*. [online]. [cit. 2017-11-24].
Dostupné na internete:
<https://ona.idnes.cz/sest-zneklidnujicich-faktu-o-koferinu-dw0-/zdravi.aspx?c=A140512_134705_zdravi_pet>.
- TARS. 2016. *Policajti ukázali statistiky nehodovosti a úmrtí na cestách*. [online].
[cit. 2017-12- 11]. Dostupné na internete:
<<http://www.topky.sk/cl/100370/1521629/Policajti-ukazali-statistiky-nehodovosti-a-umrti-na-cestach--Vratili-sme-sa-do-roku-1966->>.

- TARS. 2017. *Policajné štatistiky nehodovosti za rok 2016: MAPA najnebezpečnejších krajov a VIDEO incidentov*. [online]. [cit. 2017-12- 11]. Dostupné na internete: <<http://www.topky.sk/cl/10/1599905/Policajne-statistiky-nehodovosti-za-rok-2016--M-APA-najnebezpecnejsich-krajov-a-VIDEO-incidentov>>.
- TARTER, R. E. – VANYUKOV, M. – KIRISCI, L. – REYNOLDS, M. – CLARK, D. B.: *Predictors of Marijuana Use in Adolescents Before and After LicitDrug Use: Examination of the Gateway Hypothesis*. [online]. AM. J. Psychiatry, 2011. [cit. 6-11-2017]. Dostupné na internete: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.12.2134>>.
- THERECOVERYVILLAGE.COM. 2017. *Drug Addiction. Stats and Trends*. [online]. [cit. 2017-12- 11]. Dostupné na internete: <<https://www.therecoveryvillage.com/drug-addiction/drugs-and-suicide/#gref>>.
- VOLKOW, D. N. 2014. *America's Addiction to Opioids: Heroin and Prescription Drug Abuse*. [online]. [cit. 2017-11- 24]. Dostupné na internete: <<https://www.drugabuse.gov/about-nida/legislative-activities/testimony-to-congress/2016/americas-addiction-to-opioids-heroin-prescription-drug-abuse>>.
- VYLECIME.CZ. 2017. *Jaké jsou účinky kofeinu? Pozitivní i negativní*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<http://www.vylecime.cz/jake-jsou-ucinky-kofeinu-pozitivni-i-negativni>>.
- WILLNER, P.: *Behavioural Models in Psychopharmacology: Theoretical, industrial and clinical perspectives*. London: CanbridgeUniversity Press. 2011. ISBN 0-521-39192-X.
- ZELINA, M.: *Teórie výchovy alebo hľadanie dobra*. Bratislava: SPN. 2014. ISBN 80-10-00456-1.
- ŽILINSKÁ, V. 2013. *Sekcia drogy*. [online]. [cit. 2017-11-24]. Dostupné na internete: <<http://www.drogy.org/index.php/drogy>>.

Abstrakt

SLÁMA, Michal: *Celospoločensky tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady*. [Diplomová práca] / Michal Sláma – Praha: Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, Katedra psychosociálných vied a etiky. 2018. – Školiteľ: PhDr. Monika Nová, Ph.D. – Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister. – Praha: HTF, 2018. 128 s.

Práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. Témou diplomovej práce sú celospoločensky tolerované drogy u mládeže – sociálne a spoločenské dopady. V teoretických východiskách práce sa venujeme definovaniu pojmov celospoločensky tolerované drogy a ich delenie, užívanie drog, vznik závislosti, liečba závislosti. Identifikujeme pojem samotných celospoločenských a sociálnych dopadov užívania drog u mládeži, v rámci ich následkov na somatické zdravie a sociálne prostredie človeka. Dopadmi a následkami užívania celospoločenských drog u mládeže sa zaoberáme aj v empirickej časti práce. Pre splnenie cieľov a úloh výskumu je v praktickej časti práce použitá metóda kvantitatívneho výskumu s použitím získaných informácií od anonymných respondentov, ktorými boli mladí ľudia do dvadsaťšesť rokov presne vymezenej geografickej lokality. Zaoberáme sa aj preventívnymi opatreniami zo strany sociálneho pracovníka, ktoré interpretujeme v rámci odporúčaní pre prax.

Abstract

SLÁMA, Michal. *Total Socio-tolerant Drugs in the Youth – Social and Societal Implications*. [Thesis] / Michal Sláma – Prague: Charles University, Hussite Theological Faculty, Department of Psychosocial science and Ethics. 2018. p. 128. Advisor of thesis: PhDr. Monika Nová, Ph.D. – Degree of professional qualification: Magister. – Praha: HTF, 2018. 128 p.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The topic of the diploma thesis is all-society tolerated drugs and their impact on youth – social and societal implications. In the theoretical basis of the thesis, we focus on the definition of the concepts of the all-society tolerated drugs and its division, the use of drugs, the emergence of addiction and the treatment of an addiction. We identify the concept of the socio-economic and social impacts of drug use among youth, as a consequence of their consequences for the somatic health and the social environment of man. The implications and consequences of the use of all-human drugs in youth are also addressed in the empirical part of the thesis. In order to meet the objectives and tasks of the research, the quantitative research method is used in the practical part of the thesis, using the information obtained from anonymous respondents who were young people within a defined geographic location within twenty-one years of age. We also deal with preventive measures on the part of the social worker, which we interpret in the framework of the recommendations for practice.