

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2006

Roman Špráchal

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ
ÚSTAV EKONOMIE**

**DROGOVÉ ZÁVISLOSTI
U MLADISTVÝCH V ČR A EU
ZA POSLEDNÍ PĚTILETÉ OBDOBÍ
2000-2005**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**AUTOR PRÁCE: Roman Špráchal
VEDOUCÍ PRÁCE: PhDr. Jana Veselá, CSc.**

2006

**UNIVERSITY OF PARDUBICE
FACULTY OF ECONOMICS AND ADMINISTRATION
INSTITUTE OF ECONOMICS AND MANAGEMENT**

**DRUGS ADDICTION OF JUVENILES
IN THE ČR AND EU IN LAST FIVE
YEARS 2000-2005**

BACHELOR WORK

AUTHOR: Roman Špráchal

SUPERVISOR: PhDr. Jana Veselá, CSc.

2006

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 8. 2006

Roman Špráchal

Poděkování

Zároveň bych na tomto místě rád poděkoval PhDr. Janě Veselé, CSc., která mě při vzniku této bakalářské práce odborně vedla a poskytovala cenné informace.

Souhrn:

V první části bakalářské práce popíši současnou mládež, její trávení volného času a trendy v užívání drog mezi mladistvými. Nastíním důvody drogové závislosti, její vznik, možné příčiny a následné dopady.

V další části uvedu možnosti drogové prevence, její rozdělení obecně a odlišné přístupy s výsledky v dalších státech EU. V navazující kapitole se budu zabývat současnou drogovou legislativou, drogovou problematikou na národní a mezinárodní úrovni a jejím řešením jak u nás, tak v ostatních státech EU.

Poslední část mé práce obsahuje dotazníkový průzkum nejvíce ohrožené skupiny, a to jsou - náctiletí.

V závěru jsou shrnuty výsledky mé práce a srovnány s průzkumy uvedenými ve výročních zprávách O stavu drogové problematiky v Evropě.

Summary:

The very first part of my thesis deals with main problems of young generation, especially drugs. I was trying to discuss the main reasons, which push them to use different kind of drugs, make them drug addicted and eventually cause another serious difficulties.

The second part is talking about different kind of drug prevention and their implementation in other member states of European Union. Drug legislation and its consolidation within EU is mentioned in next chapter.

Last chapter deals with my own questionnaire survey which results show that teenagers are extremely exposed to hazard of drugs. These results are further down compared to Annual Drug Reports in EU.

Obsah:

Úvod.....	11
1. Mládež v 21. století.....	12
1.1 Život mládeže v současné době.....	13
1.2 Proč mladí lidé začínají užívat drogy?.....	14
1.3 Mladí lidé a užívání drog.....	16
2. Současné drogové závislosti.....	17
2.1 Drogová závislost.....	18
2.2 Modely závislosti.....	19
2.3 Příčiny užití drog.....	20
2.4 Vznik a podmínky vzniku závislosti.....	22
2.5 Druhy závislosti.....	24
2.6 Důsledky závislosti.....	24
3. Prevence drogové závislosti.....	28
3.1 Primární prevence.....	28
3.1.1 Nízkoprahové kluby.....	29
3.1.2 Terénní pracovníci.....	29
3.1.3 Terénní programy.....	30
3.1.4 Kontaktní centrum.....	30
3.2 Harm reduction.....	30
3.3 Léčebné programy.....	31
3.3.1 Substituční léčba - substituce.....	31
3.3.2 Detoxikace.....	32
3.3.3 Ambulantní léčba.....	32
3.3.4 Pobytová léčba.....	32
3.4 Prevence ve školách.....	33
3.4.1 Všeobecná prevence.....	33
3.4.2 Selektivní prevence.....	34
3.4.3 Prevence ve vybraných zemích.....	35
4. Drogová legislativa.....	36
4.1 Trestní zákon.....	37
4.2 Národní strategie.....	37
4.3 Vývoj v EU.....	37

5. Řešení drogové problematiky v ČR a EU.....	42
5.1 Současný stav.....	42
5.2 Strategie v drogové politice.....	42
5.3 Přehled nového vývoje protidrogové politiky.....	43
5.4 Ověření vytyčených cílů bakalářské práce.....	44
5.4.1 Grafické zpracování dotazníku.....	45
Závěr.....	51

Seznam tabulek:

Tab. č. 1: Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR.....	26
Tab. č. 2: Počet uživatelů drog (kteří alespoň jednou užili) v roce 2003 a jejich spotřeba.....	27
Tab. č. 3: Legislativa v ČR a ostatních. států EU	41
Tab. č. 4: Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek.....	41
Tab. č. 5: Sankce za malé množství omamných a psychotropních látek.....	41
Tab. č. 6: Pohlaví respondentů.....	45
Tab. č. 7: Věk respondentů.....	45
Tab. č. 8: Anketní informativní otázka: Co si představuješ pod pojmem droga?	45

Seznam grafů:

Graf č. 1: Náklady přímé.....	26
Graf č. 2: Náklady nepřímé.....	26
Graf č. 3: Stíhané trestné činy nedovolené výroby přechovávání OPL (§ 187–188 TZ) podle druhu drogy v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR 2004).....	40
Graf č. 4: Pohlaví respondentů.....	45
Graf č. 5: Věk respondentů.....	45
Graf č. 6: Bydliště respondentů.....	45
Graf č. 7: Co považuješ za drogu?	46
Graf č. 8: Zkušenost s alkoholem.....	46
Graf č. 9: Nabídnutí alkoholu.....	46
Graf č. 10: Zkušenost s drogou.....	47
Graf č. 11: Nabídnutí s drogy.....	47
Graf č. 12: Nabídnutí drogy cizím člověkem.....	47
Graf č. 13: Užívání drog v okolí respondenta.....	47
Graf č. 14: První setkání s drogou.....	47

Graf č. 15: Věk prvního setkání s drogou.....	48
Graf č. 16: Druh první drogy.....	48
Graf č. 17: Komu bych se svěřil s užíváním drog.....	48
Graf č. 18: Četnost užívání drog.....	49
Graf č. 19: Informace o drogové závislosti ve škole.....	49
Graf č. 20: Zdroje informací drogách.....	49
Graf č. 21: Zájem o drogovou prevenci.....	50
Graf č. 22: Kde vyhledat odbornou pomoc.....	50
Graf č. 23: Zájem o semináře na téma drogy mimo školu.....	50
Graf č. 24: Tolerance k drogám u svých dětí.....	50

Seznam map:

Mapa č. 1 Členské státy, které ve svých strategiích zmiňují selektivní prevenci.....	34
Mapa č. 2 Členské státy, které považují kontrolu kvality monitorování a vyhodnocování prevence ve školách za prioritní.....	35
Mapa č. 3 Zjištěné drogové trestné činy dle krajů v r. 2003 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR 2004).....	40

Seznam příloh:

Příloha A Obrázky

Obr. č. 1: (a, b, c) Věk první zkušenosti s vybranými drogami v % uživatelů dané drogy.....	55
Obr. č. 2: Celoživotní akceptovatelnost, atraktivita; roční a 30denní prevalence konzumace drog v roce 2003 (15-30).....	55
Obr. č. 3: Roční prevalence užití drog dle věku (15-19).....	55
Obr. č. 4: Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými 1995-2003 (velmi snadné).....	56
Obr. č. 5: Akceptovatelnost drog dle věku.....	56
Obr. č. 6: Zkušenosti mládeže ve věku 16 let s konopnými drogami v % podle krajů v roce 1999.....	56
Obr. č. 7: Celoživotní prevalence užívání konopí za rok 2003 u studentů 15-16.....	57
Obr. č. 8: Celoživotní prevalence užívání konopí za rok 1995, 1999 a 2003 u studentů 15-16....	57
Obr. č. 9: Změny roční prevalence užití drog mezi roky 2000-2003 (15-30).....	58
Obr. č. 10: Změny v akceptovatelnosti drog mezi roky 2000 a 2003.....	58
Obr. č. 11: Zdroj informací o drogách.....	58

Obr. č. 12: Zdroj informací – důvěra.....	58
Obr. č. 13: Zdroj informací – dostatek.....	58
Obr. č. 14: Míra prevalence v minulém roce v užívání konopí, extáze a kokainu mladými dospělými 15-34.....	59
Obr. č. 15: Trendy obětí náhlých úmrtí souvisejících s drogami z původních členských států a nových členských státech.....	60
Obr. č. 16: Počet všech žádostí o léčbu v r. 2003 dle regionu, typu drog na 100 tisíc obyvatel...60	
Obr. č. 17: Odhady počtu klientů substituční léčby v roce 2003.....	61
Obr. č. 18: Nové národní protidrogové strategie.....	61
Příloha B Dotazník.....	62-65

Úvod

Pro vypracování své bakalářské práce jsem si vybral dopad drogové problematiky na mládež, neboť se domnívám, že tato otázka je a stále bude natolik aktuální, že je třeba ji trvale věnovat pozornost. Ačkoliv jsou již mnozí z nás touto problematikou poněkud přesyceni a unaveni, statistiky stále vykazují zvyšující se počet drogově závislých a navíc výrazný pokles věku konzumentů drog. Proto bych se i já chtěl podílet na osvětlení problematiky drogových závislostí.

Ve své bakalářské práci se pokusím shrnout poznatky o drogových závislostech obecně, respektive průběh a důsledky, nastíním také prevenci vzniku závislosti a její následnou léčbu, zejména ve vztahu ke školní mládeži .

Jelikož jsem si vědom, že problematika drogových závislostí je téma široké a obsáhlé, není mým cílem detailní postižení celé této problematiky, ale vztah mladých konzumentů k drogám, tudíž potenciálně závislých.

Cílem bakalářské práce je:

- zjistit, jaké je povědomí mládeže o užívání drog
- zjistit, jaká je tolerance k užívání návykových látek
- zjistit, zda se setkali s nějakým typem prevence
- zjistit údaje o rozsahu, způsobu užívání drog a porovnat s údaji udávanými národním monitorovacím střediskem zabývajícím se drogovou problematikou v EU

Výše uvedeného cíle dosáhnu následujícími metodami:

- analýzou dostupné literatury zaměřené na mládež a drogovou tematiku
- syntézou aktuálních statistických informací vyplývajících z celoplošných výzkumů prováděných mezi mládeží.

Ve své práci vycházím z dat v citované literatuře. Vzhledem k tomu, že uvedené údaje statistik nejsou vázány na námi statisticky vymezené časové rozpětí v bakalářské práci, nelze učinit věrohodný závěr.

1. Mládež v 21 století

Termín „mládež“ charakterizujeme jako sociální kategorii jedinců, kteří zastávají relativně stejné sociální pozice, typické v obecné rovině přiřazením sociálních rolí, předepisujících jako jejich hlavní náplň přípravu na relativně trvalé (první) povolání; přitom sociální hodnota těchto sociálních pozic je dána historickou situací sociálního (pod)celku, v němž tyto kategorie žijí, příslušnost k sociální vrstvě a typem (charakterem) vzdělání.

Mládež jako sociální skupina není homogenní, stejnorodou skupinou, nýbrž je vnitřně diferencovaná. Základním rozlišujícím znakem je příslušnost k sociálním skupinám, které svou existencí reprodukuje a jejichž některé základní znaky přijímá. Mládež je vnitřně diferencovaná i z hlediska její ekonomické aktivity. V tomto smyslu je tvořena skupinou, která se na výkon povolání připravuje – mládež učňovská a studující. Studující mládež je opět vnitřně diferencovaná podle typu škol, na nichž se připravuje (odborné školy, gymnázia, vysoké školy). Druhou skupinou mládeže je potom mládež ekonomicky aktivní, která již pracuje. Přes uvedené rozdíly mezi jednotlivými skupinami má mládež mnohé společné zájmy a potřeby.

Mládež patří k té části populace, která vykazuje relativně nejvyšší stupeň nezaměstnanosti a výrazné riziko, že se nezaměstnanost stane jejím životním stylem. Dochází k razantnímu nárůstu sociálně deviantního chování, životní styl mládeže se vyznačuje snahou žít naplno přítomností, bez dlouhodobějších cílů bez výrazných duchovních hodnot bez hodnotného prožívání volného času.

Nelze přesně říci, kdy mládež vstupuje do dospělosti a je třeba vypracovat nový model tohoto přechodu. Zdá se, že již nejde o nějak ohraničenou etapu života. V současnosti se začíná mísit věk mládeže a věk dospělosti, které doposud byly oddělené. Dochází také k výraznější diferenciaci mezi mladými lidmi.

Jistým výrazem těchto změn je i Bílá kniha o mládeži (2002, s. 52). Byla přijata na sklonku minulého roku Evropskou komisí pro mládež jako základní dokument týkající se mládeže v zemích EU. Tento dokument by měl mít přímý dopad na budoucí vývoj v řešení všech otázek týkajících se mládeže a ovlivnit činnost škol i všech zařízení pro volný čas, včetně nestátních neziskových organizací.¹

¹ Veselá, J. *Některé problémy mládeže na začátku nového tisíciletí*. Pardubice, 2003. ISBN 80-7194-558-7, str. 8

1.1 Život mládeže v současné době

Mládež byla, je a bude vždy nadějí společnosti, ať je společnost jakákoliv, protože bez mladé generace není možná rozšířená reprodukce, znamenající pohyb života, ale dokonce ani prostá reprodukce, znamenající zachování života (Sak, P. *Mládež jako naděje*).

Současná mládež se vyvíjí ve směru svého potencialu a vyrovnání se současnými společenskými vlivy. Současnou společnost charakterizuje medializace a virtualizace života a v tomto směru se je mládež výrazně ovlivňována. Reklama a média mají značný vliv na dnešní společnost a hlavně na mladé.

Narůstá trestná činnost dětí a její brutalita, růst domácí násilí, snižuje se věku trestní odpovědnosti dětí, věk pro sexuální život i věk první zkušeností s drogami.

Již dnes je současná generace mládeže diferencována. Tato diferenciaci bude pokračovat i v dalších fázích života.

Vedle prohlubující se diferenciaci současné generace mládeže můžeme očekávat rozšiřování se generačních rysů jako je růst formální vzdělanosti téměř 40% současné mládeže získává terciární vzdělání, rozšiřuje se životní prostor, zvláště v Evropě, kolem 15% současné mládeže již studovalo v zahraničí.

Charakteristické pro tuto generaci je také značné soužití s počítači závislosti na nich tzv. život v kyberprostoru. Dnešní generace má také vysokou počítačovou gramotnost. To je velice dobré pro např. budoucí uplatnění, ale také možná dojde k oslabení osobnosti člověka (imaginace, kreativita, intuice a spiritualita) nebo také ne. Také mezilidská komunikace, interakce a spolupráce se mění a více probíhá přes počítač.

Prodloužila se také profesionální příprava mládeže a posunul se věk v němž si mladí lidé osvojují společenské role dospělých a získávají plnohodnotný sociální status.

Dnešní dospívající lidé patří k nejzatrácovanější generaci. Mladí lidé byli a jsou často terčem kritiky svých rodičů zejména v pubertálním období. Např. skupinka kluků (v plandavých kalhotách a baseballovou čepicí otočenou kšiltem dozadu nebo na stranu, parta lidí s čírem a ocvočkovaným oblečením, skejtáři, technaři...) je velice často posuzována a označena za "problémovou". Ne vždy je takováto skupina mladých opravdovým problémem. Musíme se podívat na dnešní mladé lidi o něco komplexněji a nevybírat si pouze negativní zprávy. Je to však velice těžké. Když zapnete televizi a vidíte tam skupinu lidí tančících před pódiem, většina lidí si vybaví automaticky Czech tek... myslím si, že není potřeba nic dodávat (drogy, alkohol, hluk,...). Nebo vidíme 5letého golfistu, 12letého kulturistu či malého Thajce, který umírá vyčerpáním při hraní počítačové hry. Dnešní svět je velice rychlý a tak se musí i lidé zabývající se problematikou drog naučit rychle reagovat.

Pokud budeme chtít řešit a vyřešit problémy s drogami, zavádět a aplikovat protidrogové strategie budeme muset hledat nejen prvotní problém. Jedná se totiž o celospolečenský problém. Prvotní problémy ovšem bývají většinou v rodině či v samotném jedinci, ale je tu mnoho jiných ovlivňujících činitelů. Např. samotná společnost a sociální, ekonomické, ale i politické klima a jejich prezentace v mediích atd. Všichni tito činitelé v dnešní uspěchané době mají určitý, větší či menší vliv.

1.2 Proč mladí lidé začínají užívat drogy?

Důvodů „proč mladí lidé chtějí zkusit nějakou drogu“ může být velké množství, záleží na úhlu pohledu-sociologického, psychologického, zdravotního nebo ekonomického. Tuto záležitost nelze řešit pouze z jednoho úhlu pohledu. Nejčastěji mladý člověk experimentuje, chce zažít dobrodružství, chce zkusit něco nového nebo módního. „Proč nezkusit extázi, když je na každé taneční party k dostání a berou ji skoro všichni“(viz příloha A, Obr.č. 1, 2). Takoví experimentátoři, pokud mají dobré domácí zázemí a jsou zdraví, ve velké většině se závislími nestanou. Mnohem hůř je na tom druhá skupina těch, kteří se k drogám uchýlí, aby zahnali deprese. Jsou to hlavně děti ze špatně komponovaných rodin, kde chybí pohoda, mladí lidé s psychickými problémy nebo nadprůměrně citliví lidé trpící depresemi. Dalším běžným důvodem je tlak společnosti, skupiny nebo nějaké party, ve které se člověk pohybuje a kde se užívání drog bere jako normální jev.

Všeobecně řečeno, každý člověk má nějaké problémy, kterých by se rád zbavil. Lidé utíkají od celé řady problémů: od stresu, finančních starostí, obav, příliš velkého pracovního zatížení, nedostatku práce, rozpadlých rodin či přátelství atd. Každý hledá většinou tu nejjednodušší cestu, která mu vyhovuje, která je pro něho přijatelná. Ale jsou lidé, kteří se snaží jít ještě dál a z reálného světa utéct úplně. Nejsou schopni běžný svět zvládnout, a tak užívají drogy, jejichž pomocí si chtějí vytvořit svět jiný, svět představ a iluzí.

Nejvíce rozšířenou společenskou drogou je alkohol (příloha A, Obr.č. 1, 2, 9). Používá se při různých oslavách, např. rodinných, kdy oslavenci připijíme na zdraví, nebo jen tak při setkání s přáteli si popovídáme u sklenky vína nebo piva. Možná tak jako my bereme pití alkoholu za zcela samozřejmou věc při setkání lidí, jiné kultury používají jiné drogy.

V Jižní Americe jsou oblasti, kde lidé užívají kokain stejně samozřejmě jako Britové pijí svůj denní šálek čaje, v některých regionech Asie kouří lidé pravidelně opium, aniž by to pokládali za něco špatného, nebo v Indii, v oblastech severní Afriky, ale i v Holandsku se běžně kouří marihuana. Dnes už je také i česká společnost mnohem tolerantnější k užívání konopí (Příloha A, Obr.č. 10).

Největší nebezpečí představují drogy samozřejmě pro děti, o tom nikdo nepochybuje. Dítě, které zkusí drogu, se stává rychleji závislé, snadněji se mu situace vymyká z rukou a taky hůře se závislosti zbavuje. Ale i tady není hlavní problém v droze samotné, ale v dítěti, či spíše v jeho výchově.

Je všeobecně známo, že v rodině získává člověk ty nejdůležitější předpoklady, ty nejzákladnější pohledy na svět, podle života v rodině si člověk utváří svůj žebříček hodnot. Je zajímavé, že tohoto aspektu si všímá zatím tak málo lidí. Nemám na mysli soustavné příkazy rodičů – to musíš a to nesmíš, vždyť zakázané ovoce nejvíce chutná. Myslím si, že mezi dítětem a rodiči by měl být upřímný vztah, který by se zakládal hlavně na vzájemné důvěře. Rodiče by měli umět dítěti vysvětlit problematiku drog, jaké drogy existují, jaké jsou jejich účinky apod. Ale tady už hraje roli ochota rodičů dozvědět se o tom co nejvíce a hlavně najít si dostatek času pro popovídání si s dítětem (příloha A, Obr. č 11, 12, 13). Dítě by se mělo o drogách dozvědět dříve, než se s nimi dostane do kontaktu. Rodiče by měli dítě naučit, co je to odříkání a sebekontrola, že nemůže mít to, co právě chce. Mladý člověk, který bude mít tyto vlastnosti a dobré rodinné zázemí, bude mít taky obrovskou výhodu v životě.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

Od konce 90. let došlo k nárůstu zkušeností středoškoláků s užíváním nelegálních drog – téměř 44 % studentů má zkušenost s marihuanou nebo hašišem (příloha A, Obr. č 6, 7, 8), 8 % extází, 6 % s LSD nebo jinými halucinogeny, 4 % se stimulancii a 2 % s opiáty. Nárůst byl zaznamenán u experimentálního a rekreačního užívání konopných látek a extáze, naopak rozsah zkušeností se stimulancii a opiáty mezi mládeží klesl. Odhaduje se, že zkušenost s nelegální drogou v ČR má přibližně 325 000 středoškoláků. Ukazuje se, že rozdíly mezi pohlavími se postupně vyrovnávají, stejně jako rozdíly mezi regiony ČR.²

Tanec a drogy

Výsledky potvrdily vyšší prevalenci užívání nelegálních drog mezi návštěvníky tanečních akcí oproti obecné populaci. Konopné látky užilo v posledním roce 84,4 %, extázi 54 %, pervitin 25 %, LSD 23 %, kokain 12 % a heroin 1,2 % návštěvníků tanečních akcí (Obr. č 2). Ve srovnání s rokem 2000 se prevalence užívání v této populaci zvýšila u konopných látek, extáze a pervitinu, naopak poklesla v případě heroinu a LSD. Ze všech návykových látek je pro respondenty nejméně akceptovatelné užívání heroinu a těkavých látek.³

² *Zaostřeno na drogu* (ročník třetí). Úřad vlády ČR 3/2005

³ Kubů, P., Škařupová, P., Csémy, L. *Tanec a drogy 2000 a 2003 (Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby)*. Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-77-3, str.

1.3 Mladí lidé a užívání drog

Užívání drog v Evropě i nadále zůstává ve velké míře jevem, který se týká mladých lidí, především mladých mužů. Údaje z průzkumů populace a průzkumů ve školách poskytují užitečný přehled o způsobu, jímž se vzorce užívání drog v Evropě vyvíjely od poloviny 90. let 20. století (Příloha A, Obr. č 14). Pro zařazení do výroční zprávy za letošní rok jsou k dispozici údaje z nejnovějšího průzkumného projektu Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), který poskytuje cenný zdroj dat pro monitorování užívání drog školní populací a stanovení časových trendů .

Zkombinujeme-li všechny dostupné údaje, je jasné, že se užívání konopí v jednotlivých zemích značně liší. Přestože v Evropě panoval od poloviny 90. let 20. století většinou vzrůstající trend, v některých zemích je vzorec užívání stabilnější. I když například ve Spojeném království je od 90. let 20. století míra užívání konopí zvláště vysoká, byla během uvedeného období stabilní. Mimo to došlo jen k minimální změně v úrovni užívání konopí v několika zemích s nízkou prevalencí, včetně Švédska a Finska na severu Evropy a Řecka a Malty na jihu.

K většině nárůstu užívání konopí zaznamenaného studií ESPAD od roku 1999 došlo v nových členských státech. Analýza údajů ze škol a fakta zjištěná v průzkumech běžné populace svědčí o tom, že podle většiny ukazatelů se Česká republika, Španělsko a Francie připojily ke Spojenému království a vytvořily skupinu zemí s vysokou prevalencí (příloha A, Obr. č 7, 8).

V Evropě rostou obavy z negativního vlivu užívání konopí, i když informace o rozsahu, v němž užívání této drogy působí problémy v oblasti veřejného zdraví, jsou nedostatečné. Podle dostupných údajů o žádostech o drogovou léčbu v Evropě je konopí na druhém místě hned za opiáty, i když konopí je motivací pouze 12 % všech žádostí o léčbu a celkový obraz je velmi ovlivněn situací v relativně malém počtu zemí.

Údaje o pravidelném a intenzivním užívání konopí jsou nezbytné pro pochopení pravděpodobné souvislosti mezi užíváním konopí a veřejným zdravím, v současné době jsou však tyto informace omezené. I když z dostupných údajů vyplývá, že v Evropě každodenně užívá konopí pravděpodobně až tři miliony lidí, především mladých mužů, není znám rozsah, v jakém by tato skupina mohla mít problémy způsobené užíváním drogy⁴.

⁴ *Výroční zpráva* Lucemburk, 2005. ISBN 92-9168-235-7, str. 32

2. Současné drogové závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou, přemáhající) užívat psychoaktivní látku nebo látky (drogy včetně alkoholu, tabáku a někdy i třeba relativně bezpečně vnímané kávy). Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohlo být slovo žádostivost nebo chtíč. Touhu užívat drogy si jedinec uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se často užívání kontrolovat, nebo i zastavit; často však neúspěšně.

Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby byly přítomny některé z následujícího seznamu příznaků:

- a) silná touha užívat látku
- b) potíže v kontrole užívání látky
- c) užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- d) průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)
- e) zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy
- f) pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)

Diagnostická kritéria pro závislost splňuje nejen mnoho uživatelů heroinu, pervitinu či kokainu, ale také mnoho lidí, kteří každý večer popíjejí alkohol (nejen v restauracích, ale mnohdy doma u televize), kouří cigarety. Diagnostikovali jste správně. Závislost je velmi rozšířené onemocnění a závislost na legálně distribuovaných drogách, zejména tabáku a alkoholu, je velmi častá a také má nejvýznamnější dopady na zdraví uživatelů. Závislost na nelegálních drogách je díky někdy rychlejšímu rozvoji, ale zejména díky černému trhu, kriminalizaci uživatelů a dalším přidruženým rizikům více viditelná; ovšem z hlediska celé společnosti a zatížení zdravotního systému se jedná o problém spíše okrajový.

Závislost se často dělí na tělesnou (fyzickou) a psychickou. Fyzická složka bývá často vnímána jako příčina všech problémů, naopak psychická bývá bagatelizována; stačí drogu vysadit a až odezní „absták“, není už moc co řešit, stačí mít pevnou vůli. Tento pohled často zaujímají uživatelé, jejich rodinní příslušníci i většina veřejnosti.

2.1 Drogová závislost

- vzniká poměrně rychle - v průměru 2-3 roky (závisí na druhu užívané drogy, popř. kombinaci drog, osobních dispozicích jedince, věku...)
- pokud člověk zakusí příjemnosti drogy, jen těžko si dokáže představit, že ho může z ráje stáhnout do pekelné propasti
- skončit s drogou úplně bez problémů se podaří jen málokomu

Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu (tzv. abst'ák). Odvykací stav je sice nepříjemný, může ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní. Jeho zvládnutí může být náročné medicínsky, ale je spíše otázkou dodržení doporučeného postupu. Komplikace, alespoň u těch nelegálních drog, nebývají časté. I rozvinutý odvykací stav u uživatele heroínu lze zvládnout doma, bez zásahu lékaře (čímž ale nechceme říct, že takový postup doporučujeme). Velmi vážný tělesný odvykací stav paradoxně vyvolávají látky legální - některé léky (benzodiazepiny, barbituráty) a alkohol. Tam dochází k vážným komplikacím mnohem častěji a rozvinutý odvykací stav není prakticky možné zvládnout bez hospitalizace. Pokoušet se zvládnout bez lékaře delirium tremens (odvykací stav u alkoholu) je vysloveně nebezpečné.

Psychická složka závislosti je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než pevnou vůli. Právě ona je důvodem, proč existují léčebná zařízení jako například terapeutické komunity a doléčovací centra; právě ona je příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci. Její zvládnutí může trvat mnoho měsíců či let a často vyžaduje zásadní změnu myšlení, vztahů, prostředí a životního stylu vůbec.

K tomu je ovšem třeba poznamenat, že z toho nevyplývá, že je obecně pro léčbu závislých nejvhodnější dlouhodobá, alespoň rok trvající léčba v zařízení izolovaném kdesi v hlubokých lesích. Pro každého se totiž hodí jiný typ léčby. Existují pacienti, u kterých dlouhodobá léčba není úspěšná; naopak je může poškodit a další vývoj onemocnění spíše komplikovat. Je proto vždy třeba dobře zvážit, co je pro daného jedince vhodné a dle toho léčbu vybírat. Takovou rozvahu by měl učinit zkušený terapeut ve spolupráci s klientem⁵.

- nejčastější závislosti v lidské populaci i mezi mládeží je náruživé kuřáctví zvané tabakismus nebo nikotismus.
- Další velmi častou závislostí je alkoholismus.

⁵<http://www.odrogach.cz>

- Závislost na jiných drogách bývá označována narkomanií nebo toxikomanií, které jsou označovány podle hlavní psychoaktivní látky vyvolávající závislost. Tyto uvedené typy jsou u nás nejčastější.
 - Kanabisová typ (marihuana, hašiš)
 - Morfinový (opium, heroin, morfin)
 - Barbiturátový-alkoholový typ (amobarbital, barbital, fenobarbital)
 - Kokainový typ (kokain)
 - Amfetaminový typ (efedrin, remetrazin, amfetamin)
 - Kathový typ (katha jedlá, u nás málo známá)
 - Halucinogenní typ (LSD, psilocybin, meskalin)
 - Anesteticko-antipyretický typ (léky typu Alnagon, Eunalgit)
 - Kofeinový typ

2.2 Modely závislosti

- **Biomedicínký model**

V biomedicínkém modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou těžko léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelnou - v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci (závislý nepřestane nikdy být závislým, ale může abstinovat). Tomuto pojetí odpovídali i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace. Léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné.

- **Bio-psycho-sociální model**

Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po 2. sv. válce, jeho rozmach však začal až v 60. letech. Je to zároveň období, kdy se drogy stávají společenským problémem.

Již několik desetiletí je bio-psycho-sociální přístup hlavním proudem soudobých strategií na straně poptávky po drogách. Pracuje se zdravotnickými pojmy: individuální diagnóza, prevence, léčení a rehabilitace s klinickým myšlením (příznaky, syndrom, dynamika vývoje, typy průběhu atd.) Přitom se opírá o široký koncept zdraví, prosazovaný WHO.

Díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti. Činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a

vnějších podmínek může člověk svoji závislost přerůst- vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem. Mnozí odborníci však možnost přerůst závislost popírají a jistě toto perspektiva neplatí vždy a pro každého. Vývojově přerůst svou závislost je v podstatě snazší pro 20 litého závislého na heroinu, který díky intenzivní léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinou populací, tj. do takového v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá a rovněž většinová společnost, v níž je alkohol součástí každodenního života, mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí.⁶

2.3 Příčny užití drog

Je to velmi diskutovaná, ale také diskutabilní otázka, na kterou neexistuje jednoznačná odpověď. Zjednodušeně, s přihlédnutím již uvedeného (Proč drogy), lze říci, že příčina bývá někde v kombinaci těchto okruhů:

- osobnost člověka a její charakteristika
- vlivy prostředí (rodina, vrstevníci, škola, masmédia, životní prostředí...)
- přítomnost drogy a její charakteristika

Osobnost člověka a její charakteristika

Neexistuje osobnost, která by byla proti vzniku závislosti zcela chráněna. Avšak pravděpodobnost vzniku závislosti je vyšší u:

- Osob zvýšeně citlivých, zranitelných, úzkostných, trpících komplexem méněcennosti.
- Droga se stimulačními účinky (např. pervitin) poskytne takovéto osobnosti to, co se jí nedostává.
- Osob extrovertních, které mají sklony k impulzivité, dramatizování a zvýšené soběstřednosti, mají často konflikty s okolím, jsou agresivní. Opiátové drogy (např. heroin) u tohoto typu osobnosti vyvolávají pocit celkového zklidnění, nepoznaného vnitřního klidu.
- Osob žijících v rodinách, kde je někdo závislý na jakékoli droze (včetně alkoholu a tabáku).
- Osob, které mají určité, byť drobné mozkové poškození, duševní poruchu nebo jsou dlouhodobě nemocní.

⁶ Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády České republiky. 2003, str. 74

Vlivy prostředí (rodina, vrstevníci, škola, masmédia, životní prostředí...)

Vlivy prostředí znamenají velmi širokou skupinu nejrůznějších jevů, které na nás blíže či vzdáleněji, různou měrou a intenzitou působí a formují náš postoj k světu (včetně drog).

- **rodina** - většinou má na jedince nejsilnější vliv. Rizikovými faktory pro vznik drogového problému jsou:

- nedostatečná rodičovská péče (nezajištěný pocit bezpečí, přetvařování se, vzájemný nezájem, odcizení, konflikty manželů, nedostatek času, nejasně stanovená pravidla soužití, týrání, sexuální zneužívání...)

- nadměrná rodičovská péče (tzv. hyperprotektivní rodič, častěji matka) vedoucí zvláště v době puberty k neschopnosti odpovídajícím způsobem reagovat na potřeby sebezpůsobujícího se a osamostatňujícího se jedince

- **škola** - rizikovými faktory přispívajícími ke vzniku možné drogové závislosti se stávají:

- špatný prospěch, necitlivý přístup učitele

- neoblíbenost v třídním kolektivu

- přetížení

- nepřijetí na zvolenou školu

- **vrstevníci, kamarádi, parta** - nabývají přirozeně na významu v době puberty a adolescence. Jejich zájmy, životní orientace, názory atp. tvoří ochranu či naopak riziko v drogové problematice:

- skupiny, určitým způsobem ideologicky či kultovně orientované s odmítavým postojem vůči drogám

- skupiny či volná seskupení příznivců určité životní filozofie nebo módního trendu (např. house kultura), kde je droga chápána jako módní prostředek k dosažení určitého stavu (pomine-li jedna móda, přechází se plynule na jinou), droga je tu chápána jako prostředek, nikoli cíl, nestojí ve středu zájmu, aplikuje se méně rizikovým způsobem, k závislosti vede jen málokdy

- skupiny zaměřené na užívání drog

- **masmédia**

- velmi často podávají jednostranný a zavádějící pohled na drogovou problematiku

- nelze předkládat veřejnosti hotová, často naivní, laciná a nepravdivá řešení, aniž by byla co - možná neobjektivněji informována a mohla sama věc zvážit a posoudit

Pokud by kolem nás neexistovaly drogy, těžko by na ně existovala závislost. Drogy ale existují a je po nich poptávka. Nejúčinnější pomocí je, co nejvíce snížit poptávku po drogách, a

to by měl být úkol celé společnosti, každého jedince, nikoli pouze pracovníků bezprostředně se drogovou problematikou zabývajících. Tj. např. mít zdravé rodiny, dobré školy, umět nést odpovědnost za vlastní jednání, dobře a objektivně informovat, vytvořit dobrou legislativu, mít co nejméně politických afér, projevů rasizmu, odstranit korupci.

2.4 Vznik a podmínky vzniku závislosti

Drogová závislost nevzniká náhle, ve většině případů probíhá v několika fázích:

a) fáze - experimentální:

- občasné užití drogy přináší báječné, dosud nepoznané prožitky
- negativní účinky drogy nejsou patrné (ty varovné řeči budou jen planým poplachem)
- droga pomáhá uniknout z reality kdykoli je potřeba (je spolehlivým přítelem)
- to všechno chce jen vědět, jak drogu užívat a která je pro toho kterého jedince nejprínosnější
- škola či práce se zvládá dokonce ještě lépe než dříve
- před nejbližšími se dá všechno docela dobře utajit (ještě si pochvalují změnu k lepšímu)

Pokud se v této fázi jedinec podchytí, pak kromě důkladné prevence je dobré naučit jej zvládat co možná nejrozmanitějšími způsoby nepříjemné a zátěžové situace, které v běžném životě zákonitě nastávají. Mnoho lidí v této fázi od drog odstupuje (zmoudří, najdou si jiné životní slasti, odradí je ti, kdo jsou v dalších fázích závislosti...)

b) fáze sociální užívání (nebo také tzv. víkendové braní):

- braní drog se stává pravidelnější
- jedinec si stanovuje pravidla užívání, která mu pomáhají cítit se bezpečně před závislostí
- droga se užívá v době a na místech, která jsou k tomu sociálně přijatelná (např. diskotéka)
- droga je vřazena do sociálního života jedince (stává se jeho součástí)
- denní program jedince se pomalu začíná přizpůsobovat jeho touze po droze (droga se už stává tak trochu problémem)
- původní zájmy se začínají zanedbávat
- objevují se občasné absence ve škole nebo zaměstnání, zejména po tzv. víkendových jízdách, což vede k shánění falešných omluvenek a k lhaní
- množí se pozdní příchody domů
- zhoršuje se prospěch či pracovní výkonnost
- zhoršují se vztahy ve škole, na pracovišti, doma
- opouštějí se staří kamarádi, kteří neberou a získávají se noví, kteří berou také drogy

Jedinci v této fázi brání drogy se občas svěří tomu, od koho očekávají pomoc. Chtěli by však něco tohoto typu: Udělejte něco, abych neměl konflikty s vyučujícími a rodiči. Já se té drogy nechci vzdát, bez ní se muzika nedá vůbec poslouchat natož vychutnat, pomáhá mi uklidnit se, když se pohádám... Ve většině případů je zde odborná pomoc přinejmenším potřebná.

c) fáze - každodenní užívání:

- jedinec začíná ztrácet kontrolu nad užíváním drogy
- původní hodnotový systém je stále víc pošlapáván
- pocíťovaná emocionální bolest je přehlušována dalšími dávkami drogy
- život se začíná točit jen kolem drogy
- neřešené problémy přinášejí stále větší stres a bolest
- původně stanovená pravidla užívání jsou stále častěji porušována
- úplné opuštění původních zájmů
- nezájem o školu, zaměstnání, časté absence vedoucí povětšinou k vyloučení
- ztráta vůle
- konflikty v rodině vedou až k úplnému přerušení kontaktu s ní, k případnému odchodu
- jedinec se upíná na drogové kamarády
- peníze na drogy se získávají krádežemi, popř. prodejem drog nebo prostitucí

Jedinec touží po pomoci, chce abstinovat, ale sám to nedokáže. Odborná pomoc dlouhodobějšího rázu je nezbytná.

d) fáze - užívání k dosažení normálu (narkoman na plný úvazek):

- droga už nic nedává
- jedinec není schopen vidět věci reálně, je pohlcen sebeklamem
- jedinec je hnán zoufalou touhou navodit drogou opět ten příjemný stav, který byl na počátku jeho drogové kariéry
- ztráta vlastní důstojnosti, droga nutí dělat jedince to, co ve skutečnosti nechce
- původní vztahy (včetně rodinných) jsou zničeny, jedinec se stává součástí izolované sociální skupiny stejně postižených
- pohyb v bludném kruhu jedince zbavuje posledních sil cokoli se sebou udělat, ztrácí chuť žít⁷

Takto nemocný jedinec nutně potřebuje pomoc zvenčí. Neodmítne-li ji, nastupuje proces dlouhé a obtížné léčby. Existují různá preventivní opatření, která popisují v kapitole 3.1.

⁷ Zábanský, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc 2003. ISBN 80-244-0709-4, str. 19

2.5 Druhy závislosti

Závislosti jsou součástí Mezinárodní klasifikace nemoci a jsou zařazena do kategorie duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychotropních látek s označením

Mezinárodní klasifikace nemocí

Kategorie“ Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)

- F10 Poruchy vyvolané užíváním alkoholu
- F11 Poruchy vyvolané užíváním opioidů
- F12 Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů
- F13 Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14 Poruchy vyvolané užíváním kokainu
- F15 Poruchy vyvolané užíváním jiných stimulantů
- F16 Poruchy vyvolané užíváním halucinogenů
- F17 Poruchy vyvolané užíváním tabáku
- F18 Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel
- F19 Poruchy vyvolané užíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek⁸

2.6 Důsledky závislosti

Zdravotní důsledky

Negativní zdravotní důsledky vznikají jednak přímým působením drogy na organismus a jednak prostřednictvím způsobu aplikace drog (za nejrizikovější v tomto směru je považována injekční aplikace nitrožilní, později instrumentální).

Způsobené přímým působením drog

Drogy, jako skupina chemických látek, působí v organismu negativně téměř na všechny jeho orgány a způsobují jedinci celou řadu vážných onemocnění a vedlejších zdravotních komplikací fyzických i psychických.

- Dehtové látky obsažené v tabákovém kouři se podílejí na poškozování cévních stěn.
- Alkohol způsobuje komplikace v jaterní oblasti.
- Stimulancia a halucinogeny způsobují při dlouhodobém zneužívání látky poruchy stravovacích návyků, duševní poruchy a psychózy.
- Opiáty vyvolávají časté zvracení.

⁸ Keller, J. Pecinová, P a kol: *Závislost známá neznámá*. Praha 1996. ISBN 80-7169-227-8

- Psychotropní a omamné dlouhodobě zneužívání látky pak vedou k oslabení imunitního systému člověka, odmírání mozkových buněk.
- Posledním negativním zdravotním důsledkem konzumace drog bývá smrt postiženého, k níž může dojít předávkováním, úrazem a nezjištěním odborné pomoci v průběhu intoxikace nebo selhání životně důležitých funkcí organismu (Obr. č. 15).

Aplikování drog (injekčně)

Injekční aplikace drog představuje největší riziko šíření infekce např. různých druhů hepatitid, virů HIV, které mohou způsobit AIDS, TBC, časté vpichy způsobují místní kožní záněty a záněty žil, zejména nejsou-li jehly sterilní nebo kolují-li ve skupině narkomanů. Na minimalizaci rizik spojených s intravenózní aplikací drog tzn. Nepoužívání sterilních jehel a injekční stříkaček je zaměřena tzv. terciární prevence.

Společenské důsledky

Do této skupina spadají všechny následky vyplývající z drogových závislostí způsobené společností, jež mohou mít dvojí povahu: kriminální a ekonomickou.

Důsledky kriminální povahy

- Páchání trestných pod vlivem nezákonných drog
- Páchání trestných pod vlivem zákonných drog (alkohol)
- Páchání trestných za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy
- Násilné, zstrašující a korumpující chování obchodníků s drogami
- Drogy a korupce
- Tautologické důsledky (nedodržování drogových zákonů)

Ekonomické důsledky

Mezi společenské důsledky drogové závislosti ekonomické povahy patří takové důsledky, jež přímo či nepřímo zatěžují státní rozpočet a tedy každého daňového poplatníka.

Zásadě je možné je rozdělit:

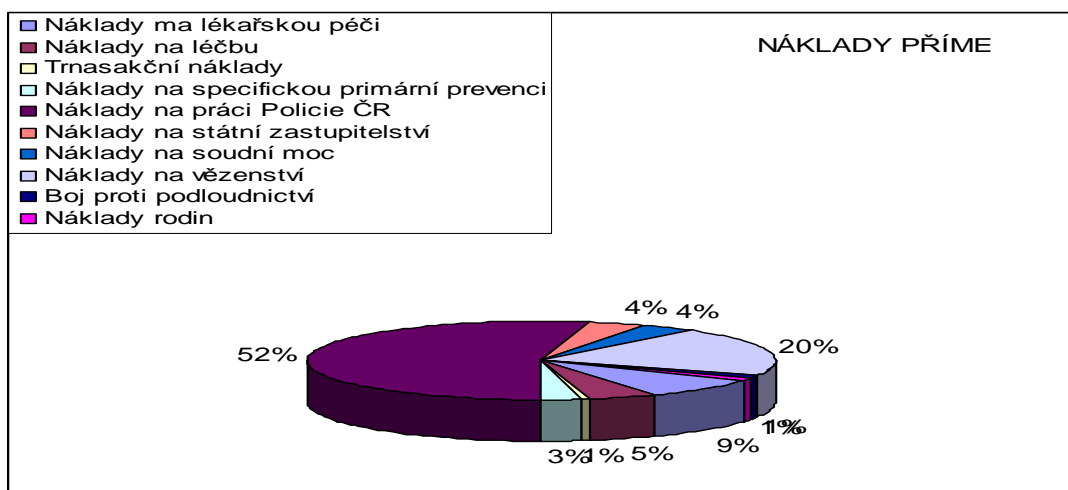
- Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog přímo
- Plynoucí z kriminální činnosti uživatelů drog nepřímo
- Plynoucí ze zdravotních důsledků rizikového užívání drog¹¹

¹¹ Záborský, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc 2003. ISBN 80-244-0709-4, str. 23

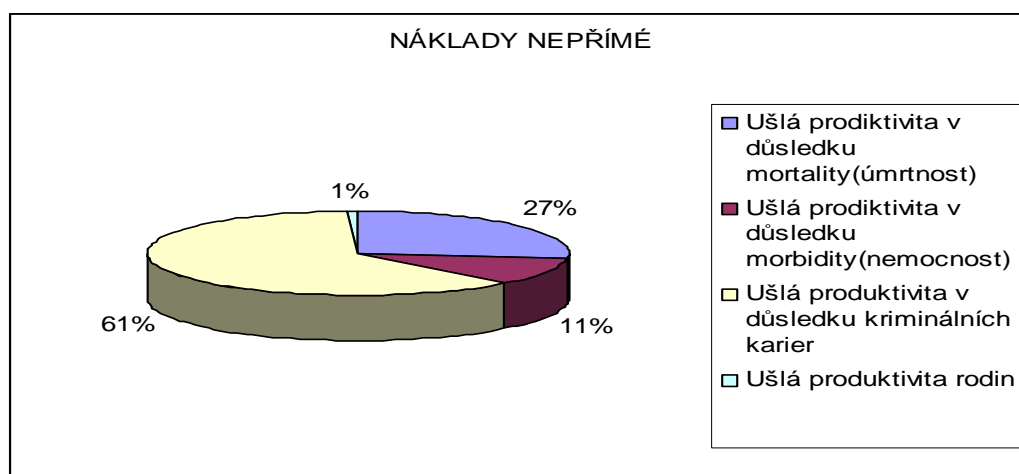
Tab. č.1 Přímé a nepřímé společenské náklady na zneužívání nelegálních drog v ČR

NÁKLADY PŘÍME	Náklady na lékařskou péči, hrazenou pojišťovnami, a přiřaditelná část zvláštní dotace MZ ČR pro prevenci a léčbu HIV/AIDS	202 661 584 Kč
	Náklady na léčbu a služby, nehrazené pojišťovnami	106 259 774 Kč
	Transakční náklady pojišťovenského a zdravotního systému	14 959 888 Kč
	Náklady na specifickou primární prevenci	64 130 614 Kč
	Náklady na práci Policie ČR	1 238 740 742 Kč
	Náklady na státní zastupitelství	90 096 565 Kč
	Náklady na soudní moc	87 579 979 Kč
	Náklady na vězení	468 809 858 Kč
	Boj proti podlouduictví	26 767 250 Kč
	Náklady rodin	20 017 790 Kč
PŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM		2 320 024 026 Kč
NÁKLADY NEPŘÍME	Ušlá produktivita v důsledku mortality(úmrtnost)	131 171 672 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku morbidoty(nemocnost)	52 548 394 Kč
	Ušlá produktivita v důsledku kriminálních barrier	297 838 576 Kč
	Ušlá produktivita rodin	3 937 343 Kč
NEPŘÍMÉ NÁKLADY CELKEM		485 495 985 Kč
CELKEM VŠECHNY TYPY NÁKLADŮ		2 805 520 011 Kč

Graf č. 1 Náklady přímé



Graf č. 2 Náklady nepřímé



Např. v roce 2003 činil odhad hodnoty spotřebovaných drog 7,9 miliard korun. Z toho si uživatelé sami pro sebe vypěstovali či vyrobili drogy za 1,3 mld. korun. Celková produkce drog v ČR činila 3,9 mld. korun. Ze zahraničí se dovezly drogy za dalších 687 miliónů korun. Nepoměr mezi výší dovozu a celkovým objemem je dán rozdílnou čistotou mezi dovezeným (koncentrovaným) a distribuovaným (ředěným) zbožím a z toho plynoucí marží distributorů. Ta v roce 2003 činila 3,3 mld. Kč. Nejužívanější drogou byly marihuana a hašiš. Odhadem se jich spotřebovalo celkem 10 a půl tuny.

Zdrojem pro tyto odhady ČSÚ jsou data z celopopulačního průzkumu GENACIS a ze školní studie ESPAD provedených v letech 2002 a 2003 Psychiatrickým centrem Praha ve spolupráci s Lékařským informačním centrem. Počet uživatelů drog, kteří nějakou drogu v roce 2003 užíli alespoň jednou, činí podle Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti přes jeden milión lidí.¹²

Tab.2 Počet uživatelů drog (kteří alespoň jednou užíli) v roce 2003 a jejich spotřeba

	Počet uživatelů	Spotřeba drog (g, ks)			
Konopné drogy (marihuana, hašiš)	890 069	10 502 669 gramů			
Extáze	201 090	1 124 919 kusů			
LSD	82 910	272 784 kusů			
Pervitin	95 576	3 654 603 gramů			
- z toho problémoví uživatelé*	19 000	3 487 640 gramů			
Heroin	27 422	2 220 511 gramů			
- z toho problémoví uživatelé*	11 000	2 207 920 gramů			
Nelegální aktivity v ČR (mil.Kč)	2000	2001	2002	2003	
Produkce	14 212	13 360	12 124	13 666	
Drogy	4 120	4 063	3 990	3 885	
Dovoz	1 691	1 612	1 556	1 785	
Drogy	697	673	663	687	
Obchodní marže	4 611	4 598	4 394	4 580	
Drogy	3 363	3 355	3 292	3 308	
Spotřeba rezidentů v ČR	13 056	12 983	12 864	13 335	
Drogy	8 158	8 069	7 924	7 858	
- z toho samozásobení	1 341	1 335	1 329	1 323	
Vývoz	7 458	6 588	5 211	6 697	
Drogy	22	22	22	22	
Náklady na výrobu a činnost	4 038	3 765	3 473	3 941	
Drogy	1 352	1 326	1 300	1 284	
Přidaná hodnota (porovnána s HDP)	14 785	14 192	13 044	14 305	
Drogy	6 131	6 092	5 982	5 909	

¹² Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 74

3. Prevence drogové závislosti

Prevenci drogové závislosti můžeme obecně rozdělit na:

Primární prevenci ta má za úkol předcházet užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.

Sekundární prevence má předcházet vzniku, rozvoji a přetrvání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislími. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.

Terciární prevence má předcházet vážnému i trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u nestabilních klientů.¹³

Jelikož si myslím že nejdůležitější složkou prevence je prevence primární bude věnována většina prostoru.

3.1 Primární prevence

Klade si za cíl odradit od prvního užití drogy nebo aspoň co nejdéle, odložit první kontakt s drogou jak bylo řečeno výše. Preventivní aktivity se mohou zaměřovat na celou populaci, jako je například využití masových médií ve vzdělávání široké veřejnosti, na komunitě zaměřené iniciativy nebo programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. Primární prevence se může zaměřovat také na ohroženou populaci jako jsou např. „děti ulice“, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog. Jinak řečeno na prevenci všeobecnou a selektivní. V podstatě primární prevence zahrnuje tyto složky:

- Vytváření povědomí a informovanosti o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním.
- Podpora protidrogových postojů a norem
- Posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog.
- Posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů.
- Podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog.¹⁴

¹³ Kalina K. a kol. *„Drogy a drogové závislosti*, Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6, str. 12

¹⁴ <http://www.drogovaporadna.cz>

Bohužel primární prevence v podobě pouhého odstrašování nebo pouze informování o drogách se jeví jako neúčinná a proto musí být založena na více faktorech. Prevence by neměla být úzce zaměřena jen na drogy, důležité je propojení s prevencí před ostatními rizikovými návyky a chováním, důležité je posilování sociálních, komunikačních dovedností, aktivity zaměřené na sebepoznání, vybudování důvěry a vztahu s dětmi, na které je primární prevence cílena. Poskytované informace o návykových látkách nesmí být jednostranné a zastrašující, ale objektivní a pravdivé.

3.1.1 Nízkoprahové kluby

Další velmi novou formou primární prevence jsou tzv. nízkoprahové kluby pro děti a práce s ohroženými dětmi přímo na ulici. Nízkoprahové kluby (odborně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež - NZDM) jsou určeny dětem a mládeži, které tráví svůj volný čas touláním na ulici, v partě či jinak neorganizovaně. Navštěvovat je mohou všichni. Jsou v podstatě volno časovou alternativou k různým zájmovým útvarům kroužkům a jiným organizovaným aktivitám, navíc ale poskytují poradenství a sociální servis. Přístup do nízkoprahových klubů není omezen financemi, zájmem ani časem příchodu či odchodu, návštěvníci mají svobodu volby, a to jak při pohybu v prostoru klubu, tak v chování i ve volbě vykonávaných činností.¹⁵

Nízko prahové kluby mladým nabízejí mnoho programů a vybavení: poslech muziky, promítání filmů na přání, stolní fotbal, stolní tenis, lezeckou stěnu či půjčovnu sportovního vybavení na ven, zkušebnu s hudebními nástroji pro mladé začínající kapely, výtvarnou dílnu s hrnčířským kruhem apod. Zásadní význam klubů je však v jejich poradenské a preventivní činnosti - umožňují dětem a mládeži si popovídat, nebo se svěřit se svými problémy, které mají možnost s pracovníky rozebrat a řešit. Vytvářejí pro děti chráněný prostor, v němž dospívající najde svoje místo, což je přesně to, co v městech a na anonymních sídlištích chybí. Mládež je během pobytu v klubech zároveň chráněna a současně pod "dozorem" zkušených a pro tento účel školených pracovníků. V každém klubu rovněž platí přesná pravidla, která mimo jiné zakazují užívání alkoholických nápojů, drog, násilí či šikanu.

3.1.2 Terénní pracovníci

Dalším modelem je práce s ohroženými dětmi a mládeží přímo na "ulici". Terénní sociální pracovník tzv. streetworker, se setkává s velkým spektrem problémů: pasivním trávením volného času a z toho vyplývající nudou, s experimentováním s drogami, trestnou činností a vandalismem, psychickými a sociálními problémy spojenými s dospíváním, s problémy v rodině a ve škole, nebo záškoláctvím.

¹⁵ <http://www.drogovaporadna.cz>

Streetworker často pracuje s mladými lidmi, kteří se hlásí k některé vyhraněné skupině - subkultuře - např. skinheads, anarchisté, skejťáci, hip-hopeři apod. Těmto lidem streetworker nabízí poradenství přímo v terénu, instrumentální pomoc s jejich problémy (např. doprovod na úřady, zprostředkování další odborné pomoci), nebo asistenci při realizaci jejich vlastních nápadů a akcí.

3.1.3 Terénní programy (streetwork)

Zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček („výměnný“ znamená, že klientovi je poskytován tento zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky. Díky tomu se zamezuje situaci, kdy klient použité „nádobíčko“ odhodí. Klient má možnost získat sterilní jehly a stříkačky a nemusí užívat injekční náčiní společně s dalšími uživateli, což by vedlo ke zvýšení rizika nákazy infekčními nemocemi). Streetworkeré poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog (snaží se informovat klienty o bezpečnějších, méně ohrožujících způsobech aplikace drog, upozorňovat je na nebezpečí kombinací drog apod.).

3.1.4 Kontaktní centrum

Kontaktní centra nabízí obvykle výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog, základní zdravotní ošetření. Klient má zpravidla možnost využít služby „kontaktní místnosti“ (pobyt v prostorách KC stanovený na cca 1 - 2 hodiny, kdy může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně si dát třeba čaj nebo polévku nebo se osprchovat, vyprat prádlo, pokud toto kontaktní centrum nabízí apod.).

3.2. Harm reduction = snižování, minimalizace rizik

Pokud člověk už drogy užívá a zatím není motivován ke změně, je nezbytné, aby byly k dispozici služby, které se snaží zajistit jak u klienta, tak jeho okolí snížení rizika nákazy infekčními chorobami, snížit rizika při užívání drog. Jednak tímto způsobem dochází ke snížení nákladů na případnou léčbu somatických potíží a onemocnění, které souvisí s užíváním drog u dotyčného, protože klient dostává informace o tom, jak drogy užívat tak, aby si ublížil pokud možno co nejméně. A jednak klient, pokud se rozhodne postupem času pro léčbu, je v léčbě a po léčbě schopen začít normálně fungovat včetně toho, že není omezen v zaměstnání a v dalších činnostech a lépe se vrací zpátky do života. Navíc je klient prostřednictvím programů, které se zaměřují na harm reduction (obvykle užívaný termín pro „snižování rizik“), v kontaktu v případě, že potřebuje sociální poradenství, krizovou intervenci, informace o léčbě a zprostředkování léčby, získává důvěru v pracovníky a je ochoten spíše vyhledat pomoc. Programy harm reduction jsou provozovány buď přímo v „terénu“, na ulici, na místech, kde se uživatelé drog scházejí.

3.3. Léčebné programy

V drogové problematice se pojem léčba užívá v širším významu pro odbornou strukturovanou práci s klientem. Vyjma substituční léčby, substitučních programů, je léčebný proces směřovaný k abstinenci klienta. Jako léčbu v tomto širším pojetí označujeme i léčebné programy mimo zdravotnictví. Léčení používá různých metod od farmakoterapie (např. v počátku léčby při detoxifikaci) přes poradenství, sociální práci až po psychoterapii skupinovou či individuální. Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá. Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, doléčování, které pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a zvyšuje efekt léčby.

3.3.1 Substituční léčba - substitute („nahrazení“)

Je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu) nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace drogy za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů (např. injekční užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu, který je podáván jako nápoj). Cílem substitute je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy a/nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázena výraznými zdravotními riziky (injekční užívání). Doba jejího trvání může být velmi různá. Je to od několika týdnů, měsíců či let, kdy je léčba zaměřena na časově ohraničený přechod mezi užíváním drog a abstinencí u uživatelů drog, v průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu, sociální situace klienta a klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení. Doba substituční léčby závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém substituční léčba probíhá. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání drog, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substitute časově neomezená. Substituční léčba má být provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy, sociální situaci. Počty klientů substituční léčby viz (Příloha A, Obr.č.17)

3.3.2 Detoxikace, detoxikace, „detox“

Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivé látky. Zbavení se, vyčištění se, od návykové látky se může dít buď bez použití léků nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinenciálních příznaků.

Detoxikace má klienta připravit na další léčbu, kam nastoupí po absolvování „detoxu“. Jiným důvodem detoxikace může být případ, kdy klient je pod vlivem drog nebezpečný svému okolí z důvodu psychotických stavů nebo pokud je vážně nemocný a pro další léčbu onemocnění je nutná abstinence od návykových látek. Detoxikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxikační centrum nebo detoxikační jednotka. Tradiční detoxikace se prováděla a v současnosti stále provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně.

3.3.3 Ambulantní léčba

Léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit, nicméně měla by být ve všech případech zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem.

Ambulantní léčba je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či přinejmenším není ohrožující. Jsou motivovaní a jsou schopni větší sebekontroly v situaci, kdy jsou vlastně stále v kontaktu s okolím, prostředím, ve kterém drogy užívali. Z toho vyplývá, že u lidí, kteří brali drogy velmi dlouho, třeba deset let, a jejich zázemí je mizerné, je vhodnější spíše uvažovat o jiném typu léčby než ambulantní. Za účinnou se považuje léčba až od délky tří měsíců, s frekvencí kontaktů s léčebným zařízením minimálně dvakrát až třikrát týdně.

3.3.4 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba)

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají pomoci klientovi ujasnit si své postoje vůči návykovým látkám, řešit nejrůznější problémy, které se týkají jeho předchozího života ať už na drogách nebo bez nich, získat komunikační, sociální dovednosti. Využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti se účastní aktivit pro volný čas (sport, výtvarné aktivity apod.), mohou využít poradenství v sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou a/nebo partnerem klienta. Léčení může být krátkodobé, tj. léčba trvá do cca 2 měsíců, střednědobé, tj. od 2-3 měsíců do cca 6 měsíců, dlouhodobé, v délce od půl roku do jednoho roku, výjimečně až dvou let.

3.4 Prevence ve školách zemích EU

Prevence je klasifikována podle cílových skupin.

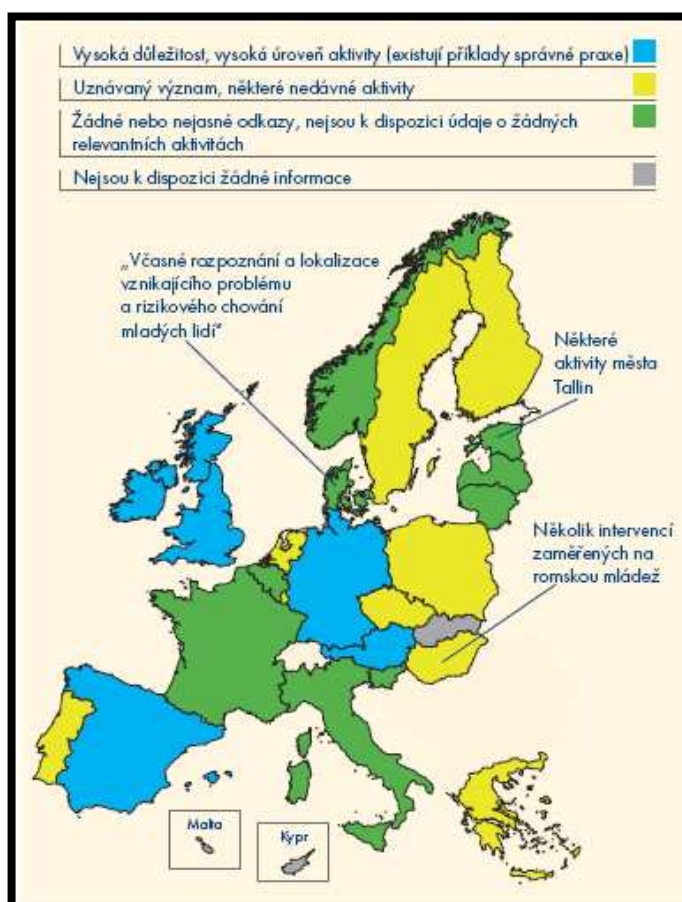
3.4.1 Všeobecná prevence

Je zaměřena na velké (obvykle mladé) skupiny populace, např. na školách, bez zohlednění specifických rizikových skupin; naproti tomu selektivní prevence je zaměřena na ohrožené skupiny a indikovaná prevence je zaměřena na ohrožené jedince. Školní prevence je sice často politickou prioritou, je však diskutabilní, zda je skutečně hlavním pilířem prevence jako takové. Jelikož zdroje pro financování prevence jsou omezené a v některých zemích dokonce zaznamenávají pokles (např. ve Francii klesl rozpočet (státní subvence) na protidrogovou prevenci z 15 milionů EUR v roce 2001 na 11 milionů EUR v roce 2002), je o to důležitější zajistit u protidrogové prevence vysokou kvalitu a podložit ji dostatečně průkaznými fakty.

Mezi účinné prvky patří interaktivní formy výuky (se zapojením vrstevníků, tzv. peerů) (Tobler a Stratton, 1997), korigování normativních postojů (Flay, 2000), zvýšená pozornost věnovaná sociálním dovednostem a určitý objem informací o drogách, které musí být vyvážené a musí odpovídat sociální realitě mládeže (Hansen, 1992; Dusenbury a Falco, 1995; Paglia a Room, 1999; Tobler a kol., 2000; Tobler, 2001). V praxi však v některých členských zemích tvůrci politik a odborníci nadále upřednostňují přístupy, které se ukázaly jako neúčinné, např. emoční vzdělávání (jako je zvyšování sebeúcty), poskytování informací (zvyšující povědomí) a reflexe. V rámci první strategie je prevence prováděna prostřednictvím

- rozsáhlých celostátních programů (Česká republika, Irsko, Litva, Nizozemsko) nebo souboru schválených programů (Řecko, Španělsko, Maďarsko, Švédsko).
- Jiný přístup se zaměřuje na vzdělávání učitelů (frankofonní část Belgie, části Německa, Rakousko, Velká Británie), přičemž se předpokládá, že učitelé začlení prevenci užívání drog do každodenních školních aktivit.

- A konečně některé země (např. Portugalsko nebo Finsko) se rozhodly pro sítě škol podporujících zdravotní výchovu. Pouze v Irsku a ve Španělsku jsou všechny tři přístupy uplatňovány ve vzájemném propojení na celém území státu.¹⁶



Mapa.č. 1 Členské státy, které ve svých strategiích zmiňují selektivní prevenci

3.4.2 Selektivní prevence

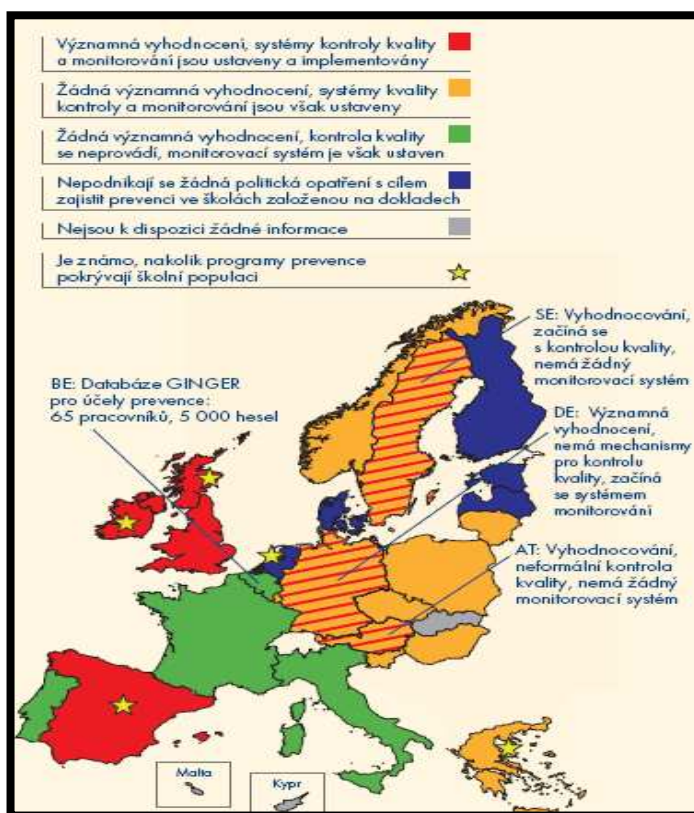
Na rozdíl od všeobecné prevence, která je prováděna v co největším měřítku, přitom však s nízkou intenzitou, je selektivní prevence zaměřena na zranitelné jedince nebo skupiny. Selektivní prevence využívá stávající (v ideálním případě místní) průzkumy zaměřené na rizikové faktory, ohrožené skupiny a problémové čtvrti s cílem zaměřit postup tím směrem, kde je riziko vzniku problémů s drogami největší. Selektivní prevenci se v některých zemích (např. ve Finsku a Švédsku) dostává stále větší pozornosti vzhledem k nárůstu rekreačního užívání konopí a alkoholu. V Maďarsku je několik intervenčních programů zacíleno na romské skupiny a využívá se v nich postupu založeného na práci se skupinami vrstevníků (peerů).¹⁷

¹⁶Výroční zpráva za rok 2004-Stav drogové problematiky v evropské unii a Norsku

¹⁷Národní zprávy zemí zapojených do sítě Reltax a Zpráva o selektivní prevenci V EU, <http://www.emcdda.eu.int>

3.4.3 Prevence u vybraných zemí

V Řecku, Portugalsku a Švédsku pokročily programy prevence k moderním koncepcím a zřetelnější struktuře, například školní prevence je nyní definována lépe než v minulosti. Byly



také rozšířeny programy pro menší děti ve školkách a na základních školách, zejména v Řecku a Rakousku. V České republice, Litvě, Slovinsku a Švédsku jsou uplatňovány systémy kontroly kvality a normy, kdežto v Německu a Portugalsku nyní fungují nebo se připravují nové monitorovací systémy pro preventivní intervence. Ve stále větší míře jsou v národních strategiích definovány a doporučovány konkrétní komponenty preventivních intervencí, např. podpora sociálních a rozhodovacích dovedností a zvyšování sebeúcty v Litvě a Švédsku.

Mapa č. 2 Členské státy, které považují monitorování a vyhodnocování prevence ve školách za prioritní

Krátkodobé cíle prevence:

Zabránit užívat drogy, - minimalizovat škody spojené s rozhodnutím užívat drogy, - poskytovat informace o podpůrných službách, - sdělit jak užívat drogy bezpečně, zpozdit začátek prvního užití u studentů, přesvědčit experimentátory o ukončení užívání drog, - odstranit od užívání drog, ilustrovat výhody života bez drog, korigovat jakékoliv mýty o drogách. poskytnout přesné poznatky, zvýšit míru pozitivního sebehodnocení a sebevědomí.

Slabiny programů

- časté absence vize programu, která se projevuje v absenci vystiženého názvu programu.
- nedostatečně definované cíle programu (často je z popisu programu patrné, že se něco dělá jen proto, aby se něco dělalo a chybí promyšlené sledování určitého cíle)
- často chybí východiska programu nebo jsou neujasněná (chybí projekt, v němž by byl jasně formulován záměr a v němž by byly popsány a zdůvodněny použité metody)
- za preventivní. programy se vydává realizace jednorázové přednášky, chybí vyhodnocení¹⁷

¹⁷ Nešpor, K. Csémy, L. Pernicová, H.: *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*. Praha: Sportpropag 1996.

4. Drogová legislativa

V druhé polovině 90 let byla přijata řada zákonů významných pro drogovou problematiku, např. zákon č. 61/1996, proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a zákon o návykových látkách č.167/1998. Největší pozornost a diskuse veřejnosti i odborníků však vyvolala novela trestního a přestupkového zákona, která stanovila postih držení drogy pro vlastní potřebu.

4.1 Trestní zákon

Byl novelizován s účinností od 1.1.1992, poté následovali další rozsáhlé novelizace od 1.1.1994 a 29.6.1995. 12.6.1997 vláda schválila návrh novely trestního zákona zavádějícího trestnost držení drog. Bylo zavedeno tzv. množství větší než malé (tab. č.3). Nosnými body drogové legislativy jsou novelizovaný §187 a §188 trestního zákona. Zákony postihující problematiku drog jsou tyto:

Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů - §187, §187a, §188

Šíření toxikomanie (novela platná od 1 července 2002) - §188a

Přestupkový zákon - §30

Zákon o návykových látkách - §167/1998

Společná ustanovení - §195

Doplněním §187 došlo ke změně zákl. linie protidrogové politiky z liberální na represivní. Držení drogy pro vlastní potřebu dříve trestné nebylo. Novelizací trestního zákona se očekávalo:

- snížení dostupnosti drog
- snížení prevalence užívání nezákonných drog (nebo alespoň zastavení jejího nárůstu)
- snížení přírůstku nových případů užívání nezákonných drog
- nedojde k nárůstu negativních zdravotních ukazatelů
- nedojde ke zvýšení společenských nákladů na zneužívání drog

Výsledkem ovšem bylo, že novelizace nepřinesla žádný ze svých cílů a z ekonomického pohledu je ztrátové. Novelizace trestního zákona vytvořila zbytečné společenské náklady, nepřiměla společnost ekonomicky vynaložit prostředky, pro něž se mohlo najít lepší využití a to ve výši nejméně 37 mil Kč.¹⁸

¹⁸ Záborský, T. a kol. Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy. Praha: SCAN, 2002. ISBN 80-86620-01-8, str. 9

4.2 Národní strategie

Protidrogová politika v 90 letech, jak byla definována ve výše uvedených koncepčních a programových dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993 – 1996 a na období 1998 - 2000), jež přijaly vlády v roce 1993 a následně v Roce 1998, usilovala především o to, vybudovat základní koordinační mechanismy a nastartovat programy prevence, léčby a resocializace závislosti na ilegálních drogách. Cílem další etapy bylo doplnit chybějící typy programů a služeb prevence a léčby závislosti, zahájit činnosti nezbytné pro to aby byly vytvořeny nástroje na hodnocení jejich kvality a efektivity a zkvalitnit meziresortní spolupráci složek aktivních potírání nabídky drog.

Národní strategie je koncipována jako dlouhodobý strategický plán v sedmi definovaných oblastech protidrogové politiky. Přičemž základními oblastmi jsou:

- primární prevence (viz.kapitola 3.1)
- léčba a resocializace (viz.kapitola 3.2)
- legislativa a potlačování nabídky drog, podpůrnými oblastmi, bez nichž nelze účinnou protidrogovou politiku uskutečňovat, jsou:
 - financování
 - profesní vzdělávání
 - zahraniční spolupráce
 - koordinace

4.3 Vývoj v EU

V roce 2003 byly k řešení drogové problematiky přijaty na evropské úrovni dva nové právní dokumenty. První upravuje problematiku veřejného zdraví a druhý se týká nezákonného obchodu s drogami. Další otázky, které byly řešeny na úrovni EU v roce 2003, zahrnovaly opatření zohledňující nové syntetické drogy, realizaci koordinačních činností a nástroje a úlohu EMCDDA.

Veřejné zdraví

Dne 23. 9. 2002 přijaly Evropský parlament a Rada nový akční plán Společenství v oblasti veřejného zdraví na období 2003–2008. Tento plán vychází ze tří obecných cílů:

- zdravotnická informovanost,
- rychlá reakce na zdravotní hrozby
- podpora zdraví zlepšováním determinantů zdraví.

V červnu 2003 přijala Rada ministrů doporučení pod názvem „Prevence a snižování škod na zdraví spojených s drogovou závislostí“ („The prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence“) –dokument vypracovaný na podnět Evropské komise v květnu 2002. Tento dokument představuje významný úspěch, neboť je prvním doporučením EK v oblasti veřejného zdraví zaměřeným na drogy. Konkrétně se zabývá snižováním škod na zdraví spojených se závislostí na drogách. Řada členských zemí již závěry a zjištění tohoto dokumentu zapracovala do svých národních strategií protidrogové politiky

Vývoj národních legislativ v EU v posledních letech

Legislativa týkající se konopí v uplynulém roce došlo ve dvou zemích k reklasifikaci konopí. Oběma případům byla věnována značná mediální pozornost, i když ne vždy byly zveřejňované informace přesné.

V Belgii byl přijat balíček dvou právních předpisů – vyhláška a směrnice pro státní zastupitelství, které do stávajícího právního rámce vnesly několik změn, z nichž nejzávažnější je zřejmě zařazení produktů z konopí do jiné právní kategorie než ostatní drogy. Byla vytvořena nová kategorie trestných činů, takže dospělé osobě, která se poprvé dopustí trestného činu držení konopí pro osobní potřebu, nebude-li současně naplněna skutková podstata veřejného pohoršení nebo problémového užívání, bude pouze uložena pokuta a povinnost hlásit se na policii. Směrnice pro státní zastupitelství vykládá množství konopí dostatečné pro osobní potřebu jako nanejvýš 3 gramy nebo jednu rostlinu. Veřejné pohoršení však může být trestáno odnětím svobody v délce tří měsíců až jednoho roku a/nebo pokutou ve výši 5 000 až 500 000 EUR, přičemž při existenci přitěžujících okolností, např. držení v přítomnosti nezletilých, jsou tresty přísnější.

Ve Velké Británii bylo konopí a jeho deriváty v britském klasifikačním systému přeřazeny z kategorie B, resp. A do kategorie C. V důsledku toho se maximální trest za držení pro osobní potřebu snížil z pěti let na dva roky odnětí svobody, nicméně držení konopí v jakémkoliv množství zjevně zůstává i nadále trestným činem. Dva související faktory, tedy maximální postih za držení s úmyslem podávání jiným osobám a kvalifikace držení konopí jako trestného činu podléhajícího trestu odnětí svobody, zůstávají v důsledku paralelní legislativní úpravy v zásadě nedotčeny. Nicméně pokyny vydané britskou Asociací velkých policejních důstojníků obsahují doporučení, aby policie za držení zatýkala pouze za jistých konkrétních okolností, např. kouření na veřejnosti nebo v přítomnosti nezletilých. I nadále by měly být zadržovány rovněž osoby mladší osmnácti let, aby bylo možné předávat je na léčení¹⁹

¹⁹ *Výroční zpráva za rok 2004: stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku.* Lucemburk: EMCDDA, 2004. ISBN 92-9168-206-3, str. 15

Belgie i Velká Británie ve svých právních předpisech či směrnících výslovně upravují problémové užívání konopí, o kterém se v této zprávě pojednává dále. Zabavení majetku

V uplynulém roce byly v řadě zemí provedeny změny právních předpisů upravujících zabavení majetku osob nezákonně obchodujících s drogami nebo správu fondů vytvořených s využitím tohoto majetku. V Irsku zahrnuje iniciativa Úřadu pro správu majetku pocházejícího z trestné činnosti (Criminal Assets Bureau, CAB) spolupráci s Národní policejní protidrogovou jednotkou (Garda National Drugs Unit, GNDU) při identifikování a zaměřování se na majetek místních drogových dealerů. Ve Velké Británii byla na základě zákona o výnosech z trestné činnosti (Proceeds of Crime Act) z roku 2003 zřízena Agentura pro zabavování majetku (Assets Recovery Agency) a podle nově přijatých právních předpisů jsou příslušníci policie a celní správy oprávněni zabavit a hledat peníze. Uvedený zákon obsahuje ustanovení o opatřeních, jež mají vyšetřovatelům pomoci odhalovat výnosy z trestné činnosti a vyšetřovat jejich legalizaci.

Ve Skotsku byly posíleny pravomoci orgánů činných v trestním řízení tak, aby tyto orgány mohly zvýšit objem zabavených prostředků jak v případech trestněprávních, tak v případech občanskoprávních.

Ve Španělsku nový zákon přijatý v roce 2003 a upravující správu zabavených prostředků pocházejících z nezákonného obchodu s drogami zrušil předchozí právní úpravu této problematiky z roku 1995. Cílem nového zákona je urychlit převod dokumentů potřebných k identifikaci a lokalizaci zabaveného zboží a rozšířit škálu příjemců těchto prostředků tak, aby zahrnovala i mezinárodní a nadnárodní subjekty a vlády cizích zemí.

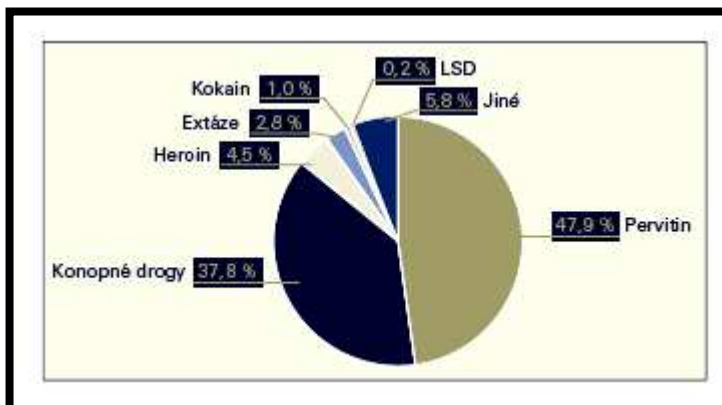
V Nizozemsku byla deset let po přijetí legislativy týkající se zabavování majetku vypracována studie, ve které byla zkoumána povaha a objem majetku 52 velkých zločineckých organizací, jež byly během tohoto období postaveny před soud. Studie dospěla k závěru, že z odhadovaného objemu nezákonně nabytých prostředků mohlo být zabaveno pouze 10 %, ovšem prokázat přesný objem prostředků pocházejících z nezákonné činnosti je i nadále obtížné. Řešitelé doporučují zvyšovat v oblasti vyšetřování příjmů pocházejících z trestné činnosti kvalifikaci.

Ve Francii byl v roce 2002 vydán oběžník Odboru trestních věcí a milostí, který stanoví přesná pravidla postupu a – na základě zjištění, že fond drogové politiky zřízený v roce 1995 nevykázal žádný významnější příjem – určuje, jak se má se zabavenými prostředky pocházejícími z nezákonného obchodu s drogami nebo z legalizace příjmů pocházejících z trestné činnosti dále zacházet.²⁰

²⁰ *Výroční zpráva za rok 2004: stav drogové problematiky v Evropské unii a v Norsku.* Lucemburk: EMCDDA, 2004. ISBN 92-9168-206-3, str. 20

V r. 2003 pokračoval trend pozvolného nárůstu stíhaných pachatelů drogových trestných činů. Dle údajů národní protidrogové centrály bylo v r. 2003 stíháno za trestné činy nedovolené výroby a držení OPL 2 357 osob, což je o 357 (17,9 %) více než v r. 2002. Poklesl podíl pachatelů stíhaných v souvislosti s heroinem a extází, k nárůstu došlo u podílu stíhaných v souvislosti s konopnými látkami a pervitinem. Pachatelé trestných činů podle § 187a (držení drogy v množství větším než malém) tvořili cca 10 % stíhaných pachatelů. Situaci v r. 2003 popisují graf č.1 a mapa č.1. V rámci případů ukončených státními zastupitelstvími v r. 2003 bylo rozhodnuto o 3 597 trestných činech a 2 737 osob (12 % žen a 16 % mladistvých) bylo obžalováno. Počet obžalovaných osob se ve srovnání s r. 2002 výrazně zvýšil (o 21,8 %).

Jak je vidět dle Tab.č 3, ČR v oblasti právní úpravy ve srovnání se zeměmi EU někde uprostřed, a to jak v oblasti postihu za užívání drog (pouze 4 země mohou trestat, avšak využívají především jiných forem, zbývajících 11 zemí netrestá, stejné je to i v ČR), tak za držení drog (pouze 2 země netrestají přímo, ale nepřímo, tj. administrativně, zbývajících 13 zemí držení drog trestá, stejné je tomu i v ČR). Srovnatelná je rovněž výše maximálních trestních sazeb za nejtěžší delikty spojené s drogami, a to za výrobu a prodej drog (mírnější maximální postihy jsou v 5, přísnější v 7 a stejné ve 3 zemích).



Graf. č.3 Stíhané trestné činy nedovolené výroba přechovávání OPL (§ 187–188 TZ) podle druhu drogy v r. 2003 (Národní protidrogová centrála Policie ČR 2004)



Mapa č.3 Zjištěné drogové trestné činy dle krajů v r. 2003 (na 100 tis. obyvatel) (Ministerstvo vnitra ČR 2004)

²¹ Zaostřeno na drogy, 6/2004 (ročník druhý), str. 10

Tab. č.3 Legislativa v ČR a ostatních. států EU

	Je trestné užívání drog?	Je trestné držení drog pro vlastní potřebu?	Max. trest za obchod
Belgie	NE	ANO **	až 6 let
Finsko	ANO * (až 2 roky)	ANO **	až 10 let
Francie	ANO * (až 1 rok)	ANO **	až 30 let
Irsko	NE (s výjimkou opia)	ANO (až 7 let)	až doživotí
Itálie	NE	NE ***	až 15 let
Lucembursko	ANO * (až 3 roky, ve skupině až 5 let)	ANO (až 3 roky)	až doživotí
Německo	NE	ANO (až 5 let nebo léčba)	až 15 let
Nizozemsko	NE (možno umístění do léčby)	ANO (až 1 rok)	až 12 let
Portugalsko	ANO * (až 3 měsíce nebo pokuta)	ANO (až 3 měsíce nebo pokuta)	až 15 let
Rakousko	NE	ANO (až 6 měs. nebo léčba)	až 5 let
Řecko	NE	ANO (až 5 let nebo léčba)	až doživotí
Španělsko	NE (na veřejnosti pokuta)	NE ***	až 23 let
Švédsko	NE	ANO (až 6 měsíců)	až 10 let
Velká Británie	NE (s výjimkou opia)	ANO (až 7 let)	až doživotí
Česko	NE	ANO (až 5 let)	až 15 let

často se využívá odklonů či alternativních trestů (např. upuštění od potrestání, ochranné léčení)

** držení pro vlastní potřebu není výslovně trestné, ale spadá obecně pod postih držení

*** tyto země disponují systémem přísných administrativních sankcí (odnětí řídičského oprávnění, odnětí pasu, vysoké pokuty apod.)

Tab. č. 4 Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek

Hmotnost (g)	
Heroin	maximálně 0.3 - 10 dávek (psaníčko kolem 100 mg, koncentrace 30% - obsah účinné látky se pohybuje od 8 do 30 %)
Kokain	maximálně 0.5 - 10 dávek (psaníčko s obsahem cca 50 mg účinné látky, uvedené množství se vztahuje k hydrochloridu, u báze - cracku - se určí přepočtem)
Amfetamin	maximálně 0.5 - 10 dávek (psaníčko s obsahem cca 50 mg účinné látky)
Metamfetamin	maximálně 0.5 - 10 dávek (psaníčko s obsahem cca 50 mg účinné látky)
MDMA	maximálně 1.0 - 10 dávek (tableta s obsahem cca 100 mg účinné látky)
LSD	maximálně 0.0005 - 10 dávek (trip s obsahem cca 50 mg účinné látky)
THC	maximálně 0.3 - 20 cigaret - jointů (u konopí pěstovaného v našich podmínkách s koncentrací okolo 1.5 % v sušině použitelné části konopí, při váze jointu cca 1 gram).

Tab. č. 5 Sankce za malé množství omamných a psychotropních látek

Mladiství	Poprvé	Opakovaně
Množství v gramech	sankce v Kč	sankce v Kč
do 0,1	napomenutí až 500,-Kč	500,- až 2000,-Kč
od 0,11 do 0,2	napomenutí až 1000,-Kč	1000,- až 2000,-Kč
od 0,21 do 0,3	napomenutí až 1500,-Kč	1500,- až 2000,-Kč
Nad 18 let	Poprvé	Opakovaně
Množství v gramech	sankce v Kč	sankce v Kč
do 0,1	napomenutí až 5000,-Kč	5000,- až 15000,-Kč
od 0,11 do 0,2	napomenutí až 7500,-Kč	7500,- až 15000,-Kč
od 0,21 do 0,3	napomenutí až 10000,-Kč	10000,- až 15000,-Kč

²²Výňatek z Přílohy č. 1 k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 12/1999 - sazebník pokut za nález drogy s obsahem THC

5. Řešení drogové problematiky v ČR a EU

5.1 Současný stav

Užívání drog s akceptovatelným a neakceptovatelným sociálním rizikem začíná vykazovat odlišný trend než byl v minulosti, kdy např. v letech 1994-2000 rostl počet uživatel heroínu.

Výrazně a trvale roste užívání marihuany, extáze a jiných tzv. tanečních drog či drog technoscény, zatímco křivka nárůstu heroínu a pervitinu již tak strmě nestoupá a zejména v Praze se spíše stabilizuje.²²

Subkultury uživatelů se diferencují a často už prvouživatel ví kam patří. Mezi začínajícími uživateli heroínu i pervitinu se více než dříve objevují neinjekční formy aplikace (šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie), uživatelé však z úsporných důvodů přecházejí na injekční způsob aplikace. Navzdory převládající injekční aplikaci heroínu a pervitinu se mezi jeho uživateli nešíří HIV/AIDS, zjišťuje se však stále více infekční hepatitidy. Kokain se objevuje jen velmi výjimečně. Díky úspěšným zásahům policie se podařilo téměř rozložit tradiční českou vaříčkou subkulturu a trhu s pervitinem se ujímají mezinárodní organizace.

5.2 Strategie v drogové politice

Stimson (2003) uvádí, že současné drogové politiky zpravidla tvoří široké tři široké strategie:

- potlačování nabídky (represe a regulace)
- snižování poptávky (prevence a kauzální léčba)
- minimalizace rizik a škod (terciární prevence a léčba)

Potlačování nabídky drog. Cílem je snížit jejich dostupnost prostřednictvím potlačování nabídky. Intervence se zaměřují na výrobu a distribuci.

Snižování poptávky po drogách. Cílem je snížit poptávku a tím předjít, zastavit nebo snížit užívání, snížit počty problémových uživatelů. Intervence se zaměřují na užívání drog.

Minimalizace rizik a škod z užívání drog (harm/risk reduction). Cílem je snížit škody z užívání látek u jedinců a ve společnosti. Preventivní a léčebné intervence se zaměřují především na rizikové způsoby, jimiž jsou drogy užívány. Harm reduction tedy čelí populačním veřejnozdravotním rizikům pomocí snižování nepřímých individuálních zdravotních rizik (viz kapitola 3.2).

Snižování nabídky a poptávky jsou v konečném důsledku zaměřeny především na snížení užívání drog. Oproti tomu přístup harm reduction (explicitní strategie a společenské hnutí, jež se vyvinulo především ve vztahu k ilegálním drogám), se zaměřuje na rizika, jež mohou

potencionálně vést ke škodám. Podporuje méně rizikové chování u osob, jež návykové látky užívají, a tak pomáhá snižovat negativní dopad jejich užívání na jednotlivce i celou společnost. Všechny popisované přístupy a intervence ve vztahu k užívání drog totiž sledují cíl maximální možné míře předcházet škodám u jednotlivců a společnosti.

Pokud by se povedlo dosáhnout krátkodobých cílů v oblasti prevence (viz kapitola 3.4.3), jistě by to mělo významný dopad na prevalenci uživatelů drog.

5.3 Přehled nového vývoje protidrogové politiky

- 26 z 29 zemí, provádí svou protidrogovou politiku podle národního plánu, strategie nebo podobného dokumentu. Největší názorové rozdíly panují v otázce snižování rozsahu způsobovaných škod.
- Nové národní protidrogové strategie nabyly účinku v sedmi zemích: v **Estonsku, Francii, na Kypru, v Litvě a Finsku** (2004), jakož i v **Lucembursku** (2005).
- Více zemí nyní poměřuje pokrok vyhodnocením provádění svých strategií. Přijetí důsledných strategií a zesílené vyhodnocování vedlo v některých zemích (např. **Maďarsku a Lucembursku**) k nárůstu výdajů na protidrogovou politiku.
- V několika členských státech byly v roce 2003 a 2004 přijaty nové zákony, které mají napomoci snížení vystavení mladých lidí drogám (**Česká republika, Dánsko, Španělsko, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Spojené království**).
- V roce 2003 a 2004 několik zemí přijalo zákony dotýkající se otázky snižování rozsahu způsobovaných škod (**Francie, Lucembursko, Finsko, Spojené království a Norsko**).
- V roce 2003 a 2004 změnily některé země své tresty za užívání konopných drog (**Belgie a Spojené království** – nižší tresty; **Dánsko** – vyšší). V roce 2003 snížilo **Řecko** nejvyšší trest za užívání drog z pěti let na jeden rok, kdežto **Maďarsko** odstranilo trestný čin užívání drog ze svého trestního zákoníku (ačkoli užívání drog může být i nadále trestáno podle trestných činů získání a držení).
- Tresty se obecně zvýšily za obchodování s drogami a za drogové trestné činy, které ohrožují nezletilé.
- Dvě země ohlásily návrhy zákonných opatření týkajících se drog na pracovišti (**Finsko a Irsko**). Drogovou prevencí ve specifických podmínkách, jako je pracoviště, se zabývá nový protidrogový akční plán EU (2005-2008). Více o protidrogové strategii EU na období 2005-2012 a akčním plánu najdete též ²³

²²*Veřejná bezpečnost a vystavení problémům a zločinu v souvislosti s drogami*, zpráva Evropské skupiny pro výzkum veřejného mínění– EORG. 2003 připravená pro Evropskou komisi.

²³*Mladí lidé a drogy (Young people and drugs)*, 158, 2004

5.4 Ověření vytyčených cílů bakalářské práce

- zjistit, jaké je povědomí mládeže o užívání drog (se zaměřením na společensky více tolerované drogy, jako je např. cannabis a alkohol)
- zjistit, jaká je tolerance k užívání návykových látek
- zjistit, zda se setkali s nějakým tipem prevence

Metoda sběru dat

osobní dotazování

Forma sběru dat

Realizátor (učitel nebo výzkumný pracovník) používá při osobním dotazování vypracovaný dotazník, který respondenta provádí celou fází dotazování.

Místo dotazování

Místem dotazování byly zvoleny základní školy, jelikož se šetření soustřeďuje na cílovou skupinu mladistvých.

Tazatel: učitel základní školy nebo realizátor šetření

Základní soubor: základní vzorek respondentů se rekrutoval ze studentů základních škol ve věku 14-16 let. Z demografického hlediska byli respondenti.

- ze stejného bydliště
- z podobných sociálních poměrů
- ekonomicky neaktivní a finančně závislý na rodičích

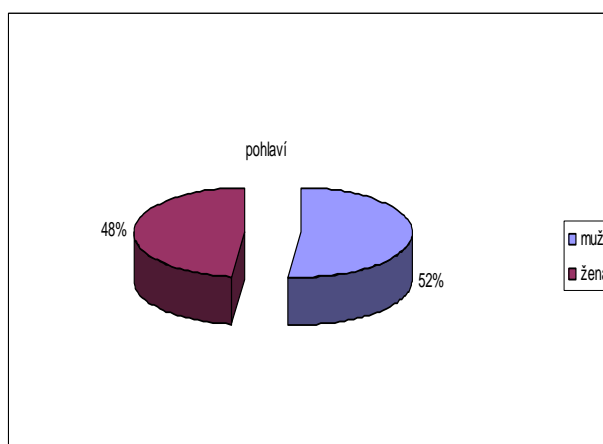
Velikost souboru: 106 studentů (respondentů)

Technika výběru vzorku

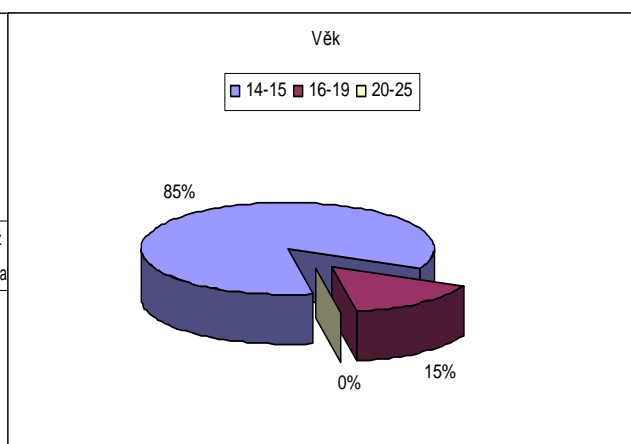
Za techniku výběru vzorku byl zvolen nereprezentativní výběr – technika vhodného úsudku. Do vzorku byli bráni respondenti ze 7, 8 a 9 tříd.

5.4.2 Grafické zpracování dotazníku

Graf č. 4 Pohlaví respondentů



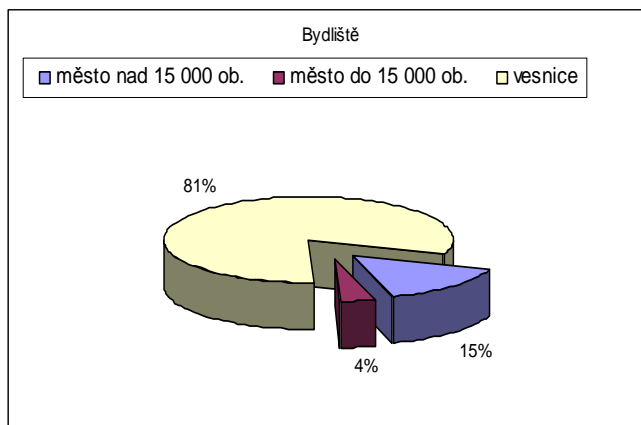
Graf č. 5 Věk respondentů



Tab. č. 6 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	%
Muž	55	52
Žena	51	48
Celkem	106	100

Graf č. 6 Bydliště respondentů



Tab. č. 7 Věk respondentů

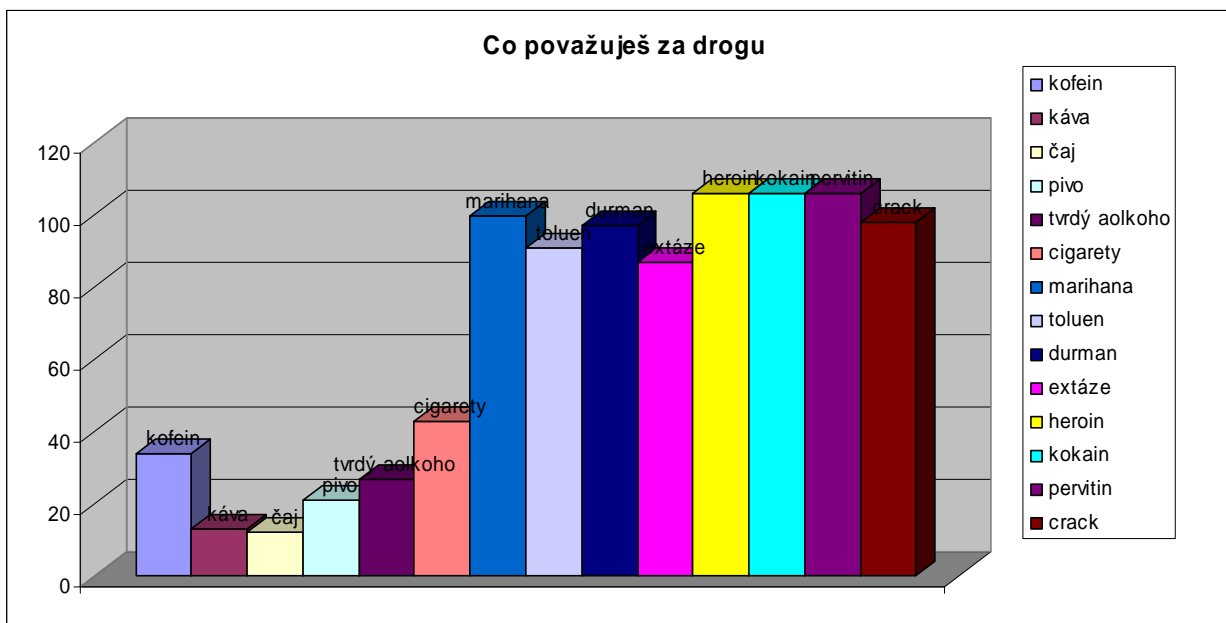
Věk	Počet	%
14-15	90	85
16-19	16	15
Celkem	106	100

Tab. č. 8 Anketní informativní otázka: Co si představuješ pod pojmem droga?

nelegální návyková látka
psychotropické látky
návyková látka
návyková látka-omamná
nebezpečná návyková látka
nebezpečná látka pro život
je to omamná látka, která má dostat člověka do pohody
jinej názor jinej pocit jinej svět
smrt
nelegální návyková látka
smrtný jed
svinstvo
látka která narušuje tělo rozum člověka

V tabulce jsou uvedeny citace nejčastějších odpovědí respondentů. Bohužel ne každý respondent odpověděl na otázku. Z tohoto důvodu není uveden přesný počet odpovědí, ale pouze ty nejčastější, seřazeny sestupně.

Graf č. 7 Anketní otázka: Co považuješ za drogu?

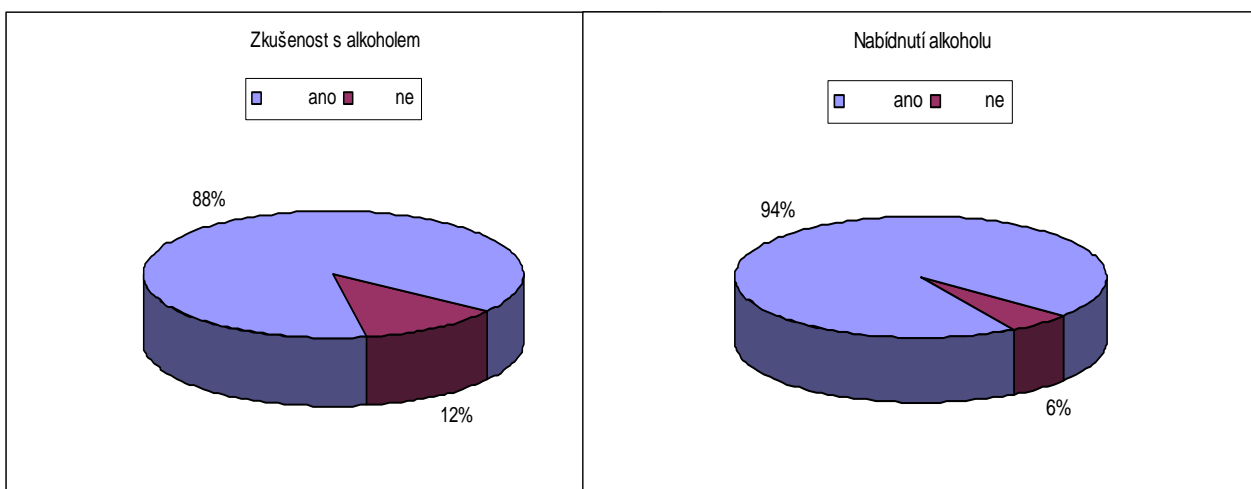


Předpokládáme-li, že všechny položky respondent zná, tak tento graf vlastně může i vyjadřovat akceptovatelnost a toleranci respondentů k různým druhům drog, dle výzkumu ESPAD je akceptovatelnost 100% u alkoholu (příloha A, Obr. č.5)

Z grafu můžeme vidět, že více než 80 % nepovažuje za drogu kávu, ale kofein už jen kolem 70%, přestože kofein v kávě obsažen je. Je také patrné, že více jak ¾ dotazovaných nepovažuje za drogu alkohol a zhruba 60 % cigarety. To jsou společností tolerované návykové látky. Zajímavé je také, že asi 15 % respondentů nepovažuje za drogu extázi a 6 % marihuanu (cannabis).

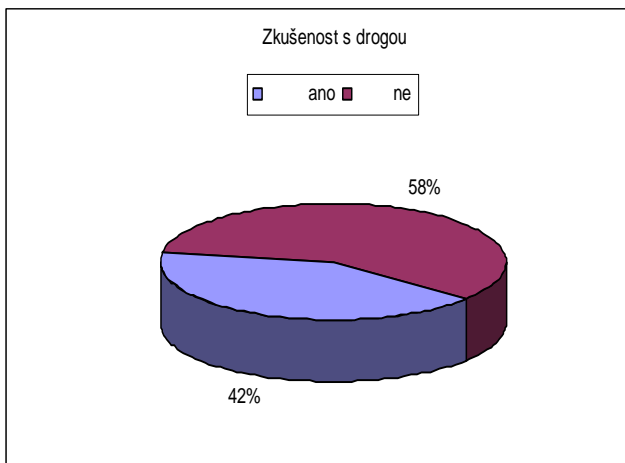
Graf č. 8 Zkušenost s alkoholem

Graf č. 9 Nabídnutí alkoholu

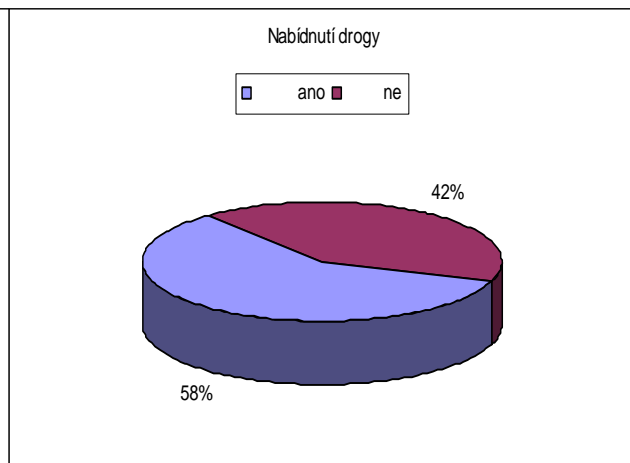


Tyto grafy nám ukazují, že převážná většina mladistvých (14-16) má zkušenost s alkoholem nebo jim byl již nabídnut. Tyto výsledky odpovídají datům viz příloha A Obr.č 1.

Graf č. 10 Zkušenost s drogou

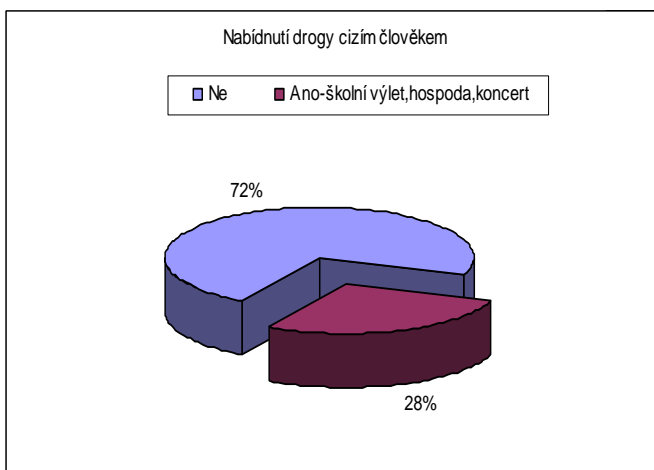


Graf č. 11 Nabídnutí s drogy

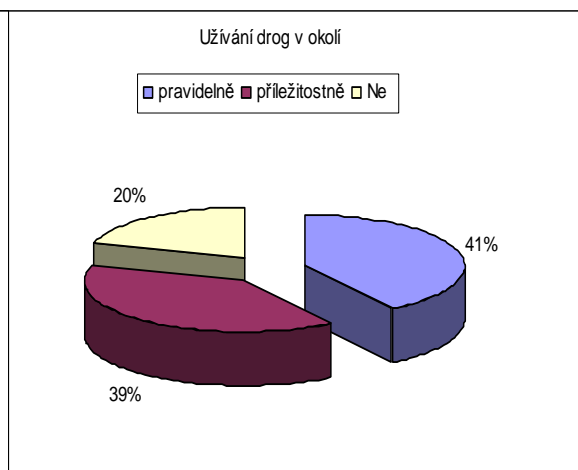


Zkušenost s drogou uvedlo 42 % dotázaných a 56 % byla již někdy droga nabídnuta.

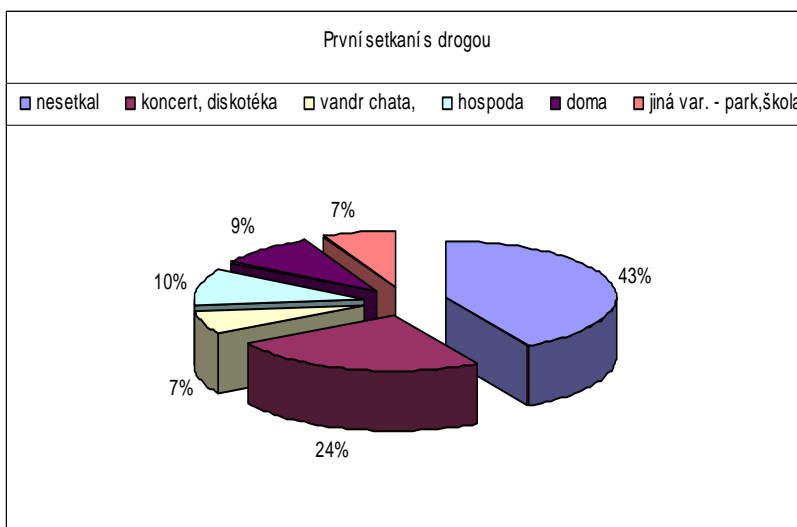
Graf č. 12 Nabídnutí drogy cizím člověkem



Graf č. 13 Užívání drog v okolí respondenta

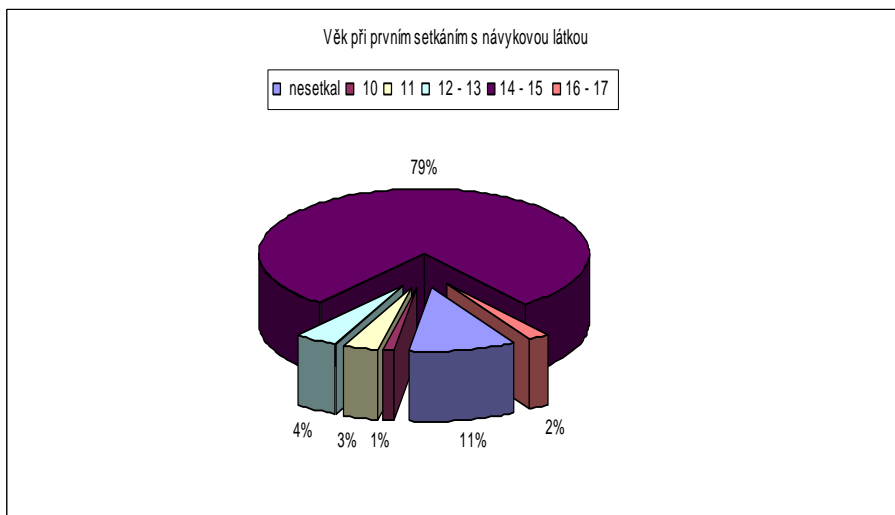


Graf č. 14 První setkání s drogou



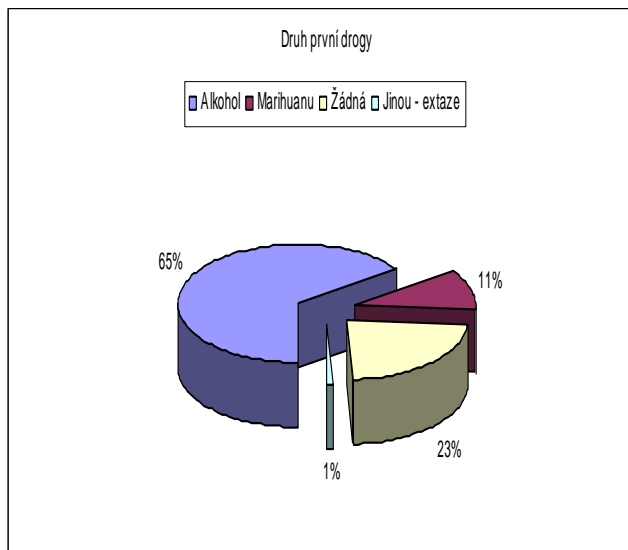
Na grafu č. 14 vidíme obrácený podíl respondentů, kteří se již setkali s drogou, a těch co již mají zkušenost s drogou v relaci s grafem č. 10. Zdůraznil bych 9% a 7% skupinu dotázaných, kteří uvedli jako první setkání s drogou domov a školu.

Graf.č. 15 Věk prvního setkání s drogou

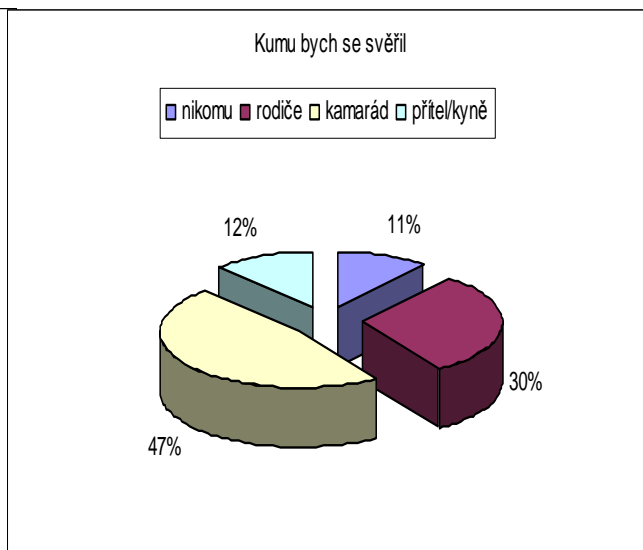


Na grafu č. 15 je názorně vidět, že 89 % respondentů se do dovršení 16 let setkala s návykovou látkou. Velice alarmující je 10% skupina 13letých žáků uvádějící setkání s návykovou. To demonstruje i stav zmíněný ve *Výročních zprávách o stavu drogové problematiky v EU za roky 2004-2005* (příloha A, Obr.č. 1).

Graf č. 16 Druh první drogy

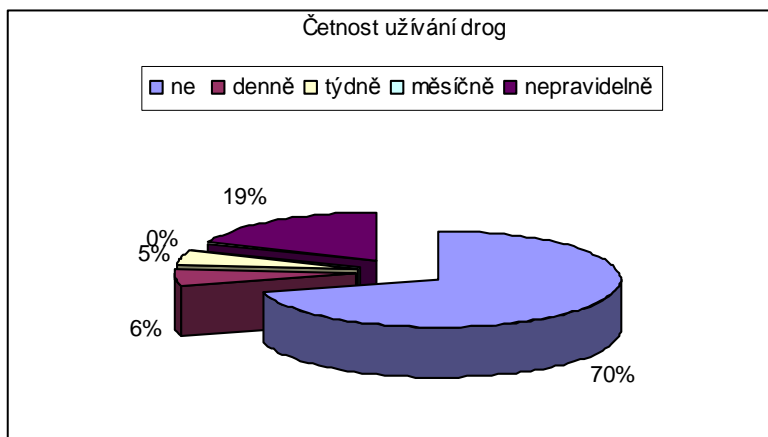


Graf č. 17 Komu bych se svěřil s užíváním drog



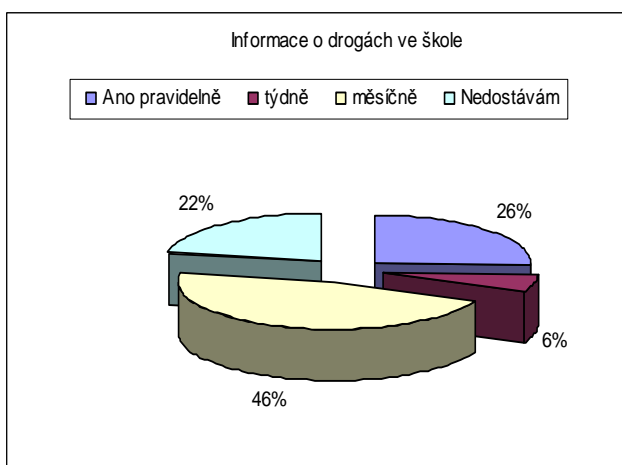
I zde můžeme vidět podobné zastoupení dle druhu první vyzkoušené návykové látky, jak uvádějí *Výroční zprávy o stavu drogové problematiky v EU za roky 2004-2005*.

Graf č. 18 Četnost užívání drog

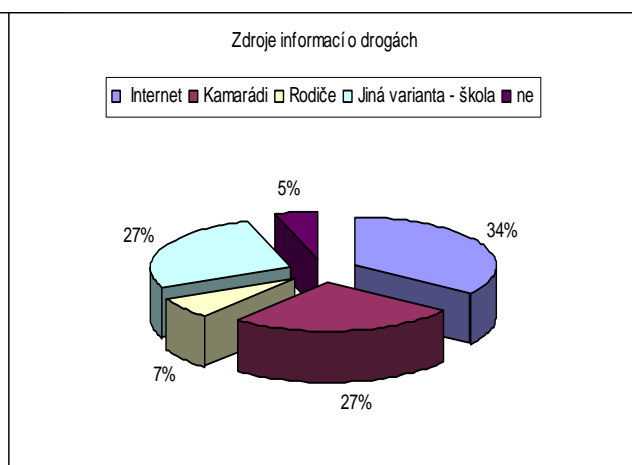


Ze 106 dotázaných se 30 % přiznalo, že užívá nějakou drogu, z toho 19 % nepravidelně, 5 % jednou týdně a 6 % denně.

Graf.č 19 Informace o drogové závislosti ve škole



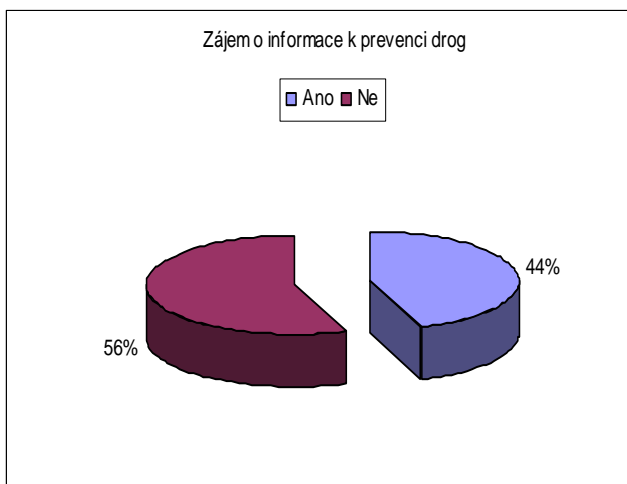
Graf č. 20 Zdroje informací drogách



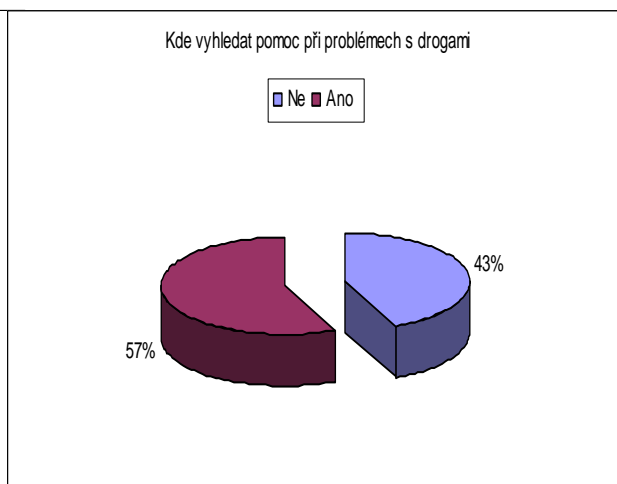
Zde můžeme vidět, jak vypadá informovanost o drogách mezi mladistvými. Je vidět, že jejich informace převážně pochází z Internetu a od kamarádů a až na 3. místě je škola. Dle tohoto průzkumu uvedlo 22 % respondentů, že informace o drogové prevenci ve škole nedostává a 46 % jednou měsíčně. Všichni respondenti jsou ze zákl. škol. Z toho plyne, že školní prevence není příliš dobrá, ačkoli se na ni klade velký důraz. Výsledky prováděné Národním monitorovacím střediskem jsou opět velice podobné (Obr. č. 11, 12, 13).

Přestože se nejedná o reprezentativní vzorek respondentů, údaje se shodují s citovanými statistikami

Graf.č 21 Zájem o drogovou prevenci



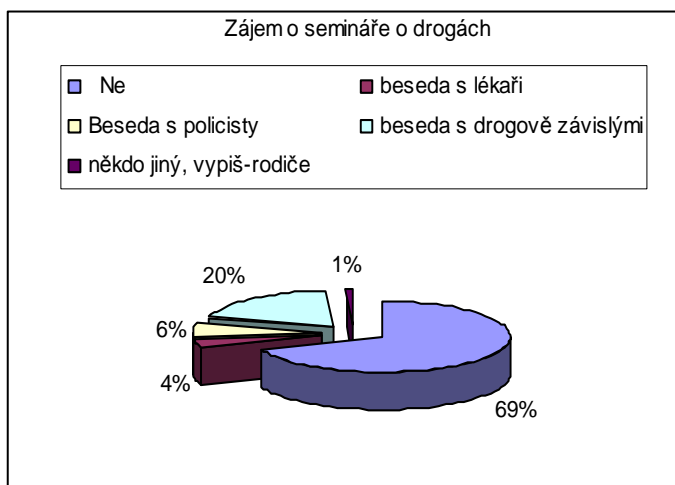
Graf.č 22 Kde vyhledat odbornou pomoc



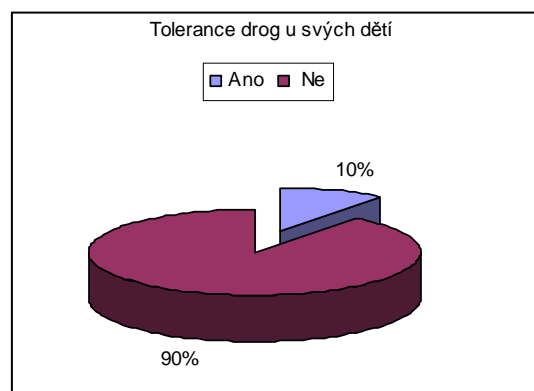
Graf č. 21 odráží stav o informovanosti o drogách, 56 % dotázaných uvedlo nezájem o informace týkající se prevence.

Graf č. 22 nám uvádí celkem dobře vypadající statistiku - 57% respondentů by mělo vědět, kde vyhledat odbornou pomoc při problémech s drogami. Bohužel pouze asi desetina vypsala, kde by hledala pomoc, respondenti udali svého doktora a rodiče. Nikdo neuvedl jakákoliv odborná zařízení.

Graf.č 23 Zájem o semináře na téma drogy ve škole



Graf.č 24 Tolerance k drogám u svých dětí



Na výše uvedeném grafu č. 24 můžeme vidět nezájem o prevenci a skoro nulovou toleranci k drogám u svých možných potomků.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo nejprve shrnout poznatky o drogových závislostech obecně, respektive průběh a důsledky, nastínit také prevenci vzniku závislosti a jejich následnou léčbu, zejména ve vztahu k mládeži

Teoretická část byla zaměřena na některé trendy života současné mládeže a jejich problémů. Pro pochopení zákl. problému byly popsány typy drogových závislostí, příčiny užití drog a možné důsledky. Podstatná část je věnována prevenci z důvodu značného významu při řešení drogové problematiky.

Šetření, které bylo prováděno osobně realizátorem společně ve spolupráci s učiteli základních škol, proběhlo formou předem vypracovaného dotazníku.

Šetřený vzorek tvořilo 106 respondentů převážně studentů a studentek ZŠ ve věku 14-16 let, z toho 81 % má bydliště na vesnici.

Na základě provedené analýzy bylo zjištěno, že si respondenti pod pojmem droga nepředstavuje nic pozitivního. Přitom 70 % dotázaných nepovažuje za drogu tzv. legální drogy jako alkohol, kofein a cigarety. Zkušenost s alkoholem uvedlo 88 % dotázaných a 94 % byl alkohol někdy nabídnut. Drogu již mělo možnost vyzkoušet 42 % respondentů. Nejčastějším místem prvního zkušeni byl v 24 % koncert nebo diskotéka. Droga byla nabídnuta 56% dotazovaných z toho 3/4 ji obdrželi od člověka, kterého znali. Až 41 % ví o pravidelném užívání drog někým z blízkého okolí. Většina z dotázaných se s drogou setkala do dovršení 16 let. Nižší věk uvedlo 19 %. Jako první drogu, kterou respondenti zkusili je na prvním místě alkohol, na druhém místě je marihuana a několik studentů uvedlo extázi. Z toho 19 % přiznalo, že drogy užívá nepravidelně, 6 % denně a 5 % jednou týdně.

Dále byla v šetření věnována pozornost prevenci. Co se týče prevence ve škole, 46 % uvedlo, že dostává informace jednou měsíčně a 22 % nedostává žádné informace. Pouze 26 % dostává pravidelně informace o prevenci. Nejčastějším zdrojem informací o drogách je Internet (34 %). Shodných 27 % uvedlo jako zdroj kamarády a školu. Pouze 7 % dostává informace od rodičů, což je určitě velice málo a zarážející. Nadpoloviční většina studentů nemá zájem o informace týkající se drogové prevence. Zájem o odborné semináře o drogách byl ještě menší - pouhých 31 %. Z toho největší zájem by byl o semináře s drogově závislými (20 %). Většina z nich je přesvědčena, že má dostatek informací ze sdělovacích prostředků, od kamarádů a ze školy.

Pouze 56 % studentů ví, kde vyhledat pomoc při problémech s drogami. Všichni, kteří vypsali místo, kde by hledali pomoc při problémech s drogami, uvedli svého lékaře. Ze všech dotazovaných nikdo neuvedl jakékoliv odborné zařízení neboť neznají instituce a organizace poskytující právě tuto pomoc.. Velice zajímavá byla otázka „Tolerance drog u svých dětí“, 90 % by ji nikdy netolerovalo, přestože 42 % respondentů uvedlo zkušenost s drogami.

Prostřednictvím šetření bylo zjištěno, že povědomí mládeže o užívání drog je rozporuplné. Naprostá většina drogy (nelegální drogy) charakterizovala jako něco negativního. Na druhou stranu skoro polovina uvedla zkušenost s drogami a většina má zkušenost s alkoholem, nejčastěji ve věku 14-15 let. To potvrzují i studie vypracované Národním monitorovacím střediskem. Studenti za drogy nepovažují tzv. legální drogy (alkohol, cigarety kofein).

O prevenci a další informace spojené s problematikou drog nejeví větší zájem. Jejich vlastní tolerance k drogám odpovídá dnešní společnosti. Tolerance drog u svých možných potomků byla až na výjimky zamítnuta.

Získané výsledky šetření nelze vztáhnout na celou populaci 14-16letých žáků. Domnívám se, že prevence proti užívání drog by měla být nejdříve v rodině. Zvláště využít vhodnou komunikaci s dětmi při společných každodenních aktivitách.

Doporučil bych zvýšit podíl účinných forem práce při školní prevenci. Zvláště při průběžném proškolení vyučujících, jako je tomu např. ve frankofonních zemích, viz str. 33

Z celkového zhodnocení vyplývá, že zkušenost s drogami má velká většina dotazovaných. Nejčastěji užívanou legální drogou mezi respondenty je alkohol a nelegální drogou je konopí a extáze.

Seznam použité literatury:

1. Akční plán Ministerstva vnitra ČR k realizaci národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2006 (Oblast protidrogové politiky – potlačování nabídky drog a primární prevence).
2. Bejčková, P., Mravčík, V. a Radimecký, J., Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích republiky v roce 2002 (Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu). Úřad vlády České republiky, 2004
3. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Užívání drog v EU: legislativní přístupy. Úřad vlády České republiky, 2005
4. Hartnoll, R., Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe (Co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli). Úřad vlády České republiky, 2005
5. Kalina, K. a kolektiv, Drogy a drogové závislosti 1 (mezioborový přístup). Úřad vlády České republiky, 2003
6. Kalina, K. a kolektiv, Drogy a drogové závislosti 2 (mezioborový přístup). Úřad vlády České republiky, 2003
7. Kubů, P., Škařupová, P., Csémy, L., Tanec a drogy 2000 a 2003 (Výsledky dotazníkové studie s příznivci elektronické taneční hudby). Úřad vlády České republiky, 2006
8. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (odborná redakce Mgr. Josef Radimecký, MSc., Jiří Richter), Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Úřad vlády České republiky, 2005
9. Odbor pro koordinaci protidrogové politiky, Bilanční zpráva o plnění z národní strategie protidrogové politiky 2001 – 2004. Úřad vlády České republiky, 2005
10. Rada evropské unie, Protidrogový akční plán EU na období 2005 – 2008. Úřad vlády České republiky, 2005
11. Úřední věstník Evropské unie, Protidrogový akční plán EU (2005 - 2008).
12. Veselá, J. Některé problémy mládeže na začátku nového tisíciletí. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003
13. Výroční zpráva za rok 2005 – Stav drogové problematiky v Evropě. Evropské monitorovací centrum pro drogovou závislost
14. Zábranský, T., Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003

15. Zábranský, T., Mravčík, V. Gajdošíková a Miovský, M. Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva). Praha: ResAd, 2001

Internetové stránky

16. <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

17. <http://ar2005.emcdda.europa.eu>

18. <http://www.biotox.cz>

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

20. <http://eldd.emcdda.europa.eu>

21. <http://www.odrogach.cz>

Příloha A

Obrázky (tabulky, grafy a mapy)

Obr. č. 1 (a, b, c) Věk první zkušenosti s vybranými drogami v % uživatelů dané drogy

	Věk prvního užití	
	Extáze	Alkohol
Průměr	18,6	13,4
Směrodatná odchylka	3,14	2,44
Medián	18	14
Modus	18	14
Krajní hodnoty	12-31	5-23

věk	Alkohol	XTC	Konopí	Tabák	Kokain	LSD	Lysohlávky	Amfetaminy	Pervitin	Poppers	BZD	Kofein
do 13 let	43,5	1,1	8,5	46,8	0,4	0,8	1,0	1,10	0,8	0,3	5,5	47,8
14-16 let	50,9	28,7	57,3	41,5	8,5	25,9	24,0	27,7	27,0	18,2	41,3	41,2
17-19 let	4,90	41,2	26,0	10,2	38,0	46,8	42,9	39,1	46,2	42,8	35,2	9,9
20-24 let	0,3	22,8	6,4	1,5	40,0	22,9	27,1	25,2	22,0	31,7	16,6	1,1
25 a více let	0,4	6,2	1,8	0,0	13,1	3,6	5,0	6,9	4,0	7,0	1,4	0,0

Věk	Zkušenost s drogou (%)			
	Extáze		Alkohol	
	Celý život**	Poslední rok*	Celý život	Poslední rok
15-19	58,2	50,7	97,2	96,2
20-24	72,4	56,9	98,0	93,9

Obr. č. 2 Celoživotní akceptovatelnost, atraktivita; roční a 30denní prevalence konzumace drog v roce 2003 (15-30)

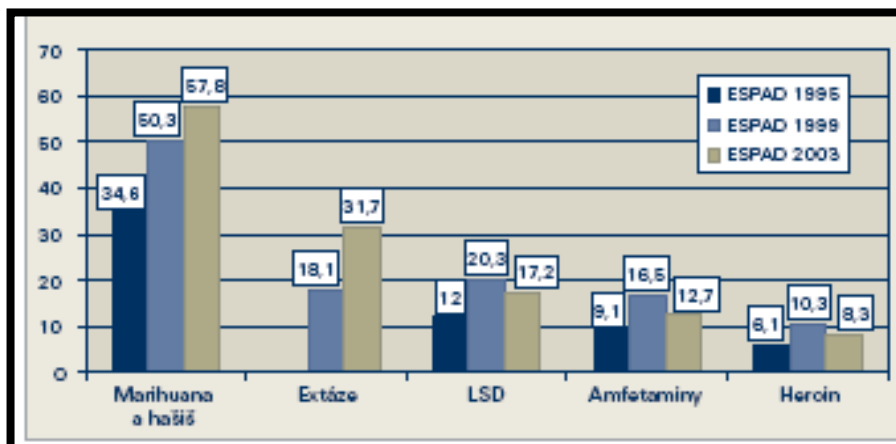
	Akceptovatelnost (%)	Atraktivita (%)
Alkohol	99,9	4,8
Konopí	96,7	7,6
Tabák	96,8	2,4
Kofein	95,8	1,7
XTC	88,7	9,9
LSD	78,6	16,8
Lysohlávky	79,2	10,0
Pervitin	59,7	3,5
Poppers	69,9	2,0
Kokain	66,9	27,5
Amfetaminy	65,9	5,6
BZD	52,2	0,3
GHB	59,9	2,8
Ketamin	55,6	3,5
Heroin	20,4	2,1
Rozpouštědla	26,0	0,2

	Prevalence 2003 (%)		
	Celoživotní	Roční	30denní
Alkohol	97,9	95,0	84,0
Konopí	91,9	84,4	64,4
Tabák	90,5	78,0	60,1
Kofein	79,8	63,6	46,4
XTC	66,9	54,0	32,5
LSD	45,2	22,8	8,8
Lysohlávky	43,0	20,3	3,5
Pervitin	40,6	24,9	13,8
Poppers	35,1	21,1	7,9
Kokain	20,1	12,4	4,3
Amfetaminy	18,5	7,6	2,8
BZD	11,5	3,8	1,2
GHB	6,7	2,1	0,9
Ketamin	6,7	1,7	0,8
Heroin	6,1	1,1	0,4
Rozpouštědla	5,5	1,6	0,7

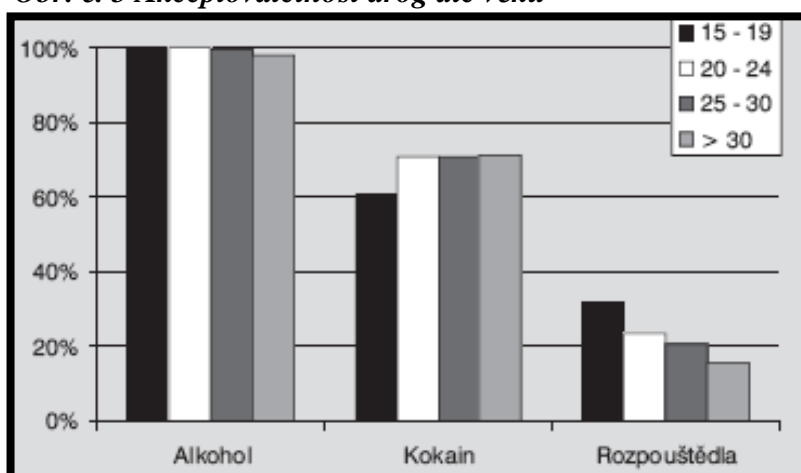
Obr.č. 3 roční prevalence užití drog dle věku (15-19)

	Věkové skupiny
	15-19
XTC	50,7
Konopí	86,9
Tabák	82,5
Kokain	7,0
Lysohlávky	16,6
BZD	5,4
Pervitin	28,4
GHB	0,8
Poppers	20,2
Kofein	67,9
Rozpouštědla	3,3

Obr. č. 4 Subjektivně vnímaná dostupnost drog mezi 16letými 1995-2003 (velmi snadné)



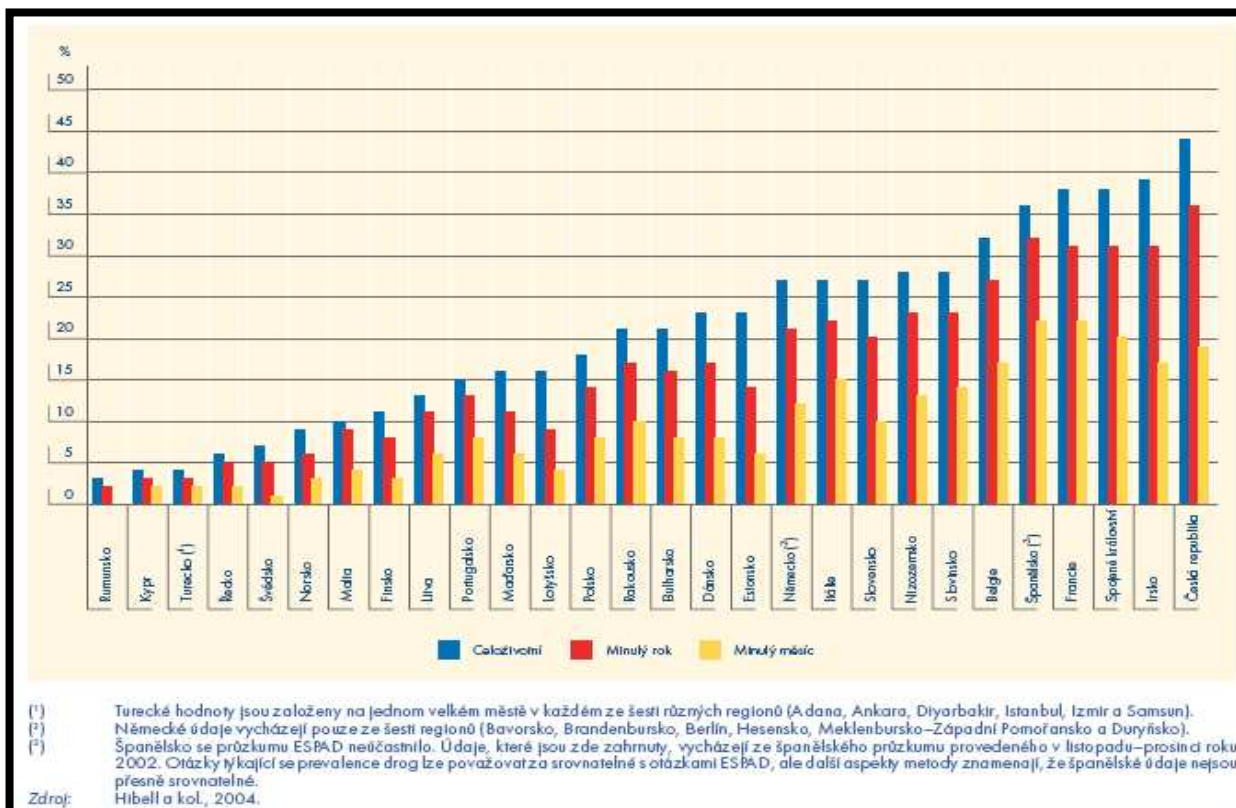
Obr. č. 5 Akceptovatelnost drog dle věku



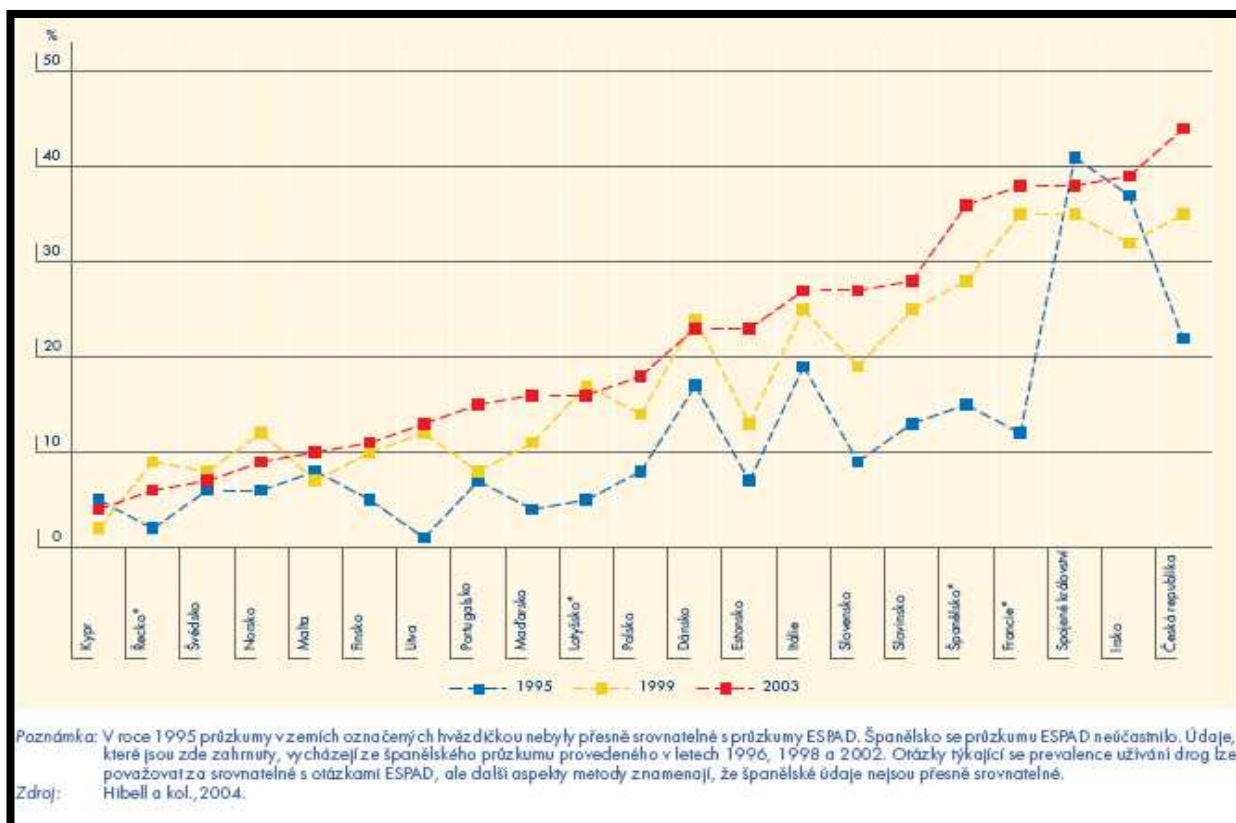
Obr. č. 6 Zkušenosti mládeže ve věku 16 let s konopnými drogami v % podlé krajů v roce 1999



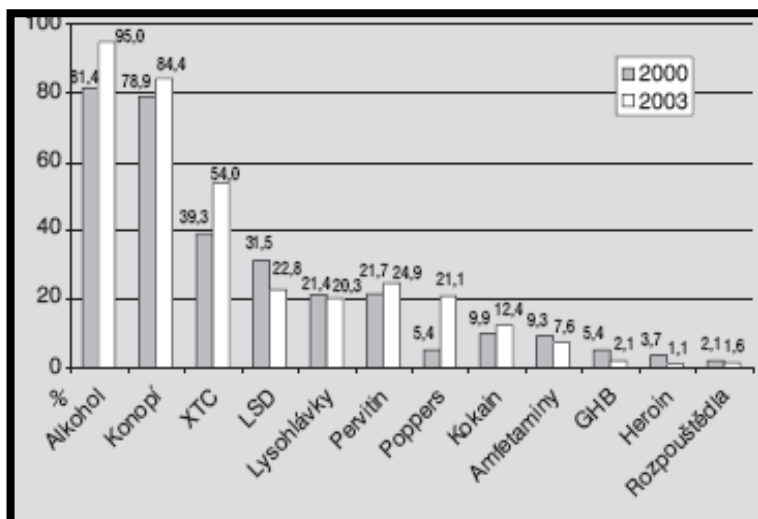
Obr. č. 7 Celoživotní prevalence užívání konopí za rok 2003 u studentů 15-16



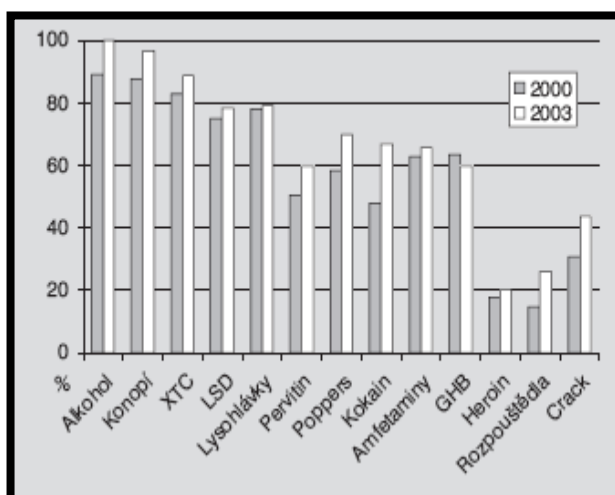
Obr. č. 8 Celoživotní prevalence užívání konopí za rok 1995, 1999 a 2003 u studentů 15-16



Obr. č. 9 Změny roční prevalence užívání drog mezi roky 2000-2003(15-30)



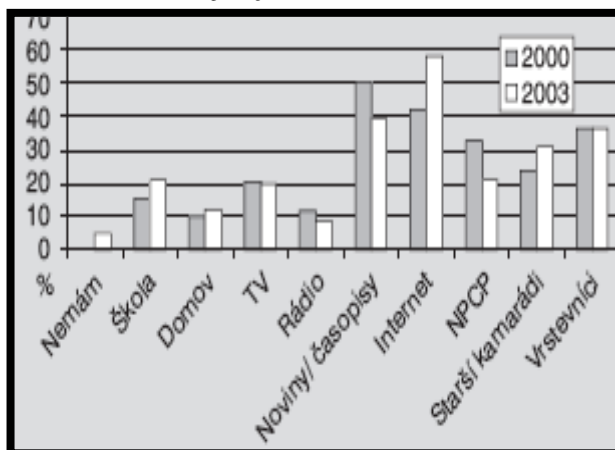
Obr.č. 10 Změny v akceptovatelnosti drog mezi roky 2000 a 2003



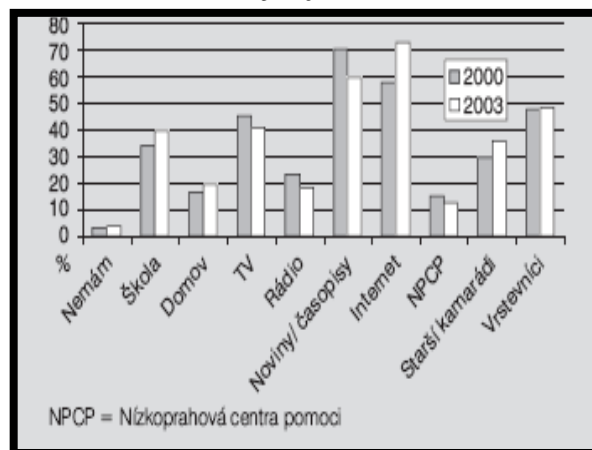
Obr. č. 11 Zdroj informací o drogách

Zdroje informací	Dostatek (%)		Důvěra (%)	
	2000	2003	2000	2003
Nemám dostatek/ žádným nevěřím	3,4	3,6	-	4,8
Škola	34,2	39,6	15,7	21,1
Domov	16,5	19,7	9,9	11,9
TV	45,5	41,2	20,2	20,0
Rádio	23,6	18,0	11,5	9,0
Noviny a časopisy	70,5	59,9	50,1	38,9
Internet	57,9	73,0	41,9	58,0
Nízkoprahová centra pomoci	14,9	12,5	32,5	20,8
Starší kamarádi	29,7	36,2	23,7	31,0
Vrstevníci	47,7	48,7	36,4	36,2

Obr. č. 12 Zdroj informací – důvěra



Obr. č. 13 Zdroj informací - dostatek



Obr.č. 14 Míra prevalence v minulém roce v užívání konopí, extáze a kokainu mladými dospělými 15-34

Užívání drog v Evropě je i nadále nižší než v USA – ale odhady prevalence jsou nyní v některých oblastech podobné

Úroveň užívání drog v USA je historicky podstatně vyšší, než je tomu v evropských zemích. Ve velké míře to platí i dnes, ale srovnání údajů o užívání v poslední době (prevalence v minulém roce) svědčí o tom, že v několika evropských zemích je úroveň užívání konopí, extáze a kokainu mezi mladými dospělými podobná úrovni užívání v USA (viz obrázek). Pokud jde o užívání extáze mladými dospělými v poslední době, jsou odhady v USA nižší než odhady v několika evropských zemích, což pravděpodobně odráží výraznou souvislost s historickým vývojem užívání této drogy v Evropě. Celkově však zůstává průměr populace v EU podle všech ukazatelů nižší než v USA. V mnoha evropských zemích došlo k všeobecnému rozšíření užívání drog později než v USA a tato skutečnost se může odrážet ve vyšších odhadech celoživotní prevalence v USA (viz obrázky 1, 2 a 3 ve Statistickém věstníku 2005), které lze do jisté míry chápat jako kumulativní indikátory úrovně užívání v čase.

Míra prevalence v minulém roce v užívání konopí, extáze a kokainu mladými dospělými (15–34 let) v Evropě a v USA

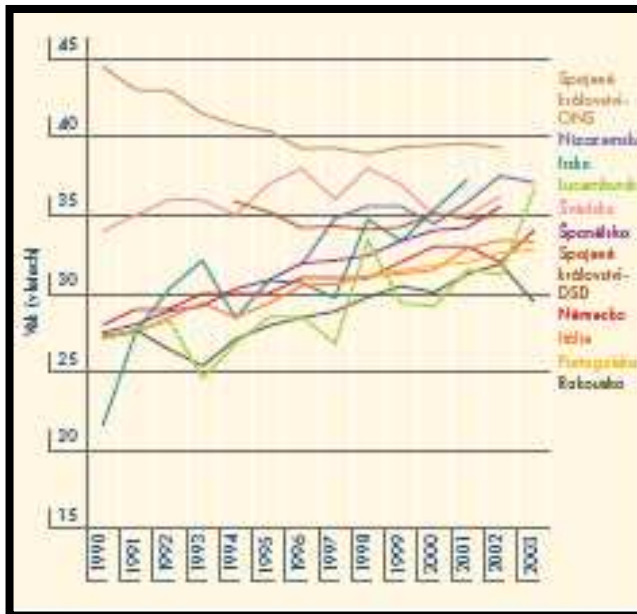
Užívání konopí mladými dospělými (15–34 let) v poslední době (minulý rok)



Užívání extáze mladými dospělými (15–34 let) v poslední době (minulý rok)



Obr. č. 15 Trendy obětí náhlých úmrtí souvisejících s drogami z původních členských států a nových členských států



Obr. č. 16 Počet všech žádostí o léčbu v r. 2003 dle regionu, typu drog na 100tisíc obyvatel



Obr. č. 17 Odhady počtu klientů substituční léčby v roce 2003

Země	Klienti metodou nové léčby ve specializovaných zařízeních	Klienti léčby buprenorfinem ve specializovaných zařízeních	Celkový počet klientů substituční léčby ve specializovaných zařízeních
Belgie	1 922	48	1 970
Česká republika	368	204	572
Dánsko	4 971	484	5 455
Německo	65 000	9 000	74 000
Estonsko	60	13	73
Řecko	2 018	275	2 293
Španělsko	88 678	36	88 714
Francie	15 000	13 000	28 000
Irsko (*)	5 561	0	5 561
Itálie	79 065	7 113	86 178
Kypř	0	0	0
Lotyšsko	67	0	67
Litva	332	Není uvedeno	332
Lucembursko	133	10	143
Maďarsko	750	0	750
Malta	698	0	698
Nizozemsko	12 000	Není uvedeno	12 000
Rakousko (*)	1 796	1 667	6 413 (*)
Polsko	865	0	865
Portugalsko	9 765	2 743	12 508
Slovensko	1 909	0	1 909
Finsko	170	430	600
Švédsko	800	1 300	2 100
Spojené království	128 000	Není uvedeno	128 000
Bulharsko	380	0	380
Rumunsko	400	0	400
Norsko	1 947	484	2 431
Celkem [†]	422 655	36 807	462 412 (*)

[*] Jedná se spíše o počet případů než o počet osob léčených v daném roce.
 (*) V Rakousku je přibližně 46 % klientů poskytována jiná substituční léčba než léčba metadonem a buprenorfinem. Tato hodnota byla přičtena, aby byl získán správný celkový výsledek. Procentní rozdíl není jež oloženo na prvotní léčbu.
 [†] Vyšší souhrnný počet je způsoben odhadováním mladších 2 950 klientů, kteří se v Rakousku účastní jiné substituční léčby než léčby metadonem a buprenorfinem (především morfinem s prodlouženým uvolňováním).
 [‡] Není uvedeno – informace nejsou k dispozici. Při výpočtu celkových výsledků byla skutečnost „informace nejsou k dispozici“ přifazena hodnotou 0 a uveděné číselné údaje jsou vždy mírně nižší.
 Poznámka: Pro Slovensko a Turecko nebyly k dispozici žádné informace.
 Zdroj: Smeadovská a kol., Účinnost léčby drogových závislostí.

Obr.č. 18 Nové národní protidrogové strategie

Země	Název	Harmonogram nebo datum přijetí	Cíle	Kvantifikovatelné cíle	Ukazatele plnění	Odpovědnost za realizaci	Rozpočet na realizaci
Estonsko	Národní strategie prevence drogové závislosti	2004–2012	✓	✓	✓	Není uvedeno	Není uvedeno
Estonsko	Aktivní plán strategie zaměřený na stanovené cíle	2004–2008	✓	✓	✓	✓	✓
Francie	Aktivní plán boje proti nelegálním drogám, tabáku a alkoholu	2004–2008	✓	✓	✓	Není uvedeno	✓
Kypř	Národní protidrogová strategie	2004–2008	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	Není uvedeno	✓ (*)
Litva (*)	Strategie národního programu prevence drogové závislosti	2004–2008	✓	Není uvedeno	✓	✓	✓
Lucembursko	Strategie a aktivní plán boje proti drogám a drogové závislosti	2005–2009	✓	✓ [†]	✓	✓	✓
Slovensko [‡]	Usnesení o národním programu v oblasti drog	2004–2009	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	✓	✓
Finsko	Aktivní program protidrogové politiky	2004–2007	✓	Není uvedeno	Není uvedeno	✓	Není uvedeno

Poznámka: Není uvedeno: údaje nejsou k dispozici.
 (*) Údaje poskytnuty pracovníky národních koordinací.
 [†] Kvantifikovatelné cíle v lucemburské strategii pro snížení závislosti na drogách nejsou k dispozici.
 [‡] Kyprská strategie evádí, že budou dány k dispozici finanční a lidské zdroje, aby bylo možné splnit cíle strategie – text neobsahuje žádné konkrétní číselné údaje.

Příloha B

Dotazník

Studenti, žáci základní školy, obracím se na Vás s prosbou o pravdivé vyplnění dotazníku, které poslouží ke zpracování závěrečné práce na téma „*Drogové závislosti u mladistvých v ČR a EU za poslední pětileté období 2000 - 2005*“. Dotazník je anonymní, zakroužkujte prosím Vámi vybranou variantu odpovědi, případně slovně doplňte odpovědi. Děkuji za spolupráci.

Roman Špráchal, student 3.ročníku , Univerzity Pardubice

1. Pohlaví

- a muž
- b žena

2. Věk

- a 14-15
- b 16-19
- c 20-25

3. Trvalé bydliště

- a město nad 15 000 obyvatel
- b město do 15 000 obyvatel
- c vesnice

4. Co si představuješ pod pojmem droga?

.....

5. Co považuješ za drogu?

- a kofein
- b káva
- c čaj
- d pivo
- e tvrdý alkohol
- f cigarety
- g marihuana
- h toluen
- i durman
- j extáze
- k heroin
- l kokain

m pervitin

n crack

6. Máte zkušenost s alkoholem?

a ano

b ne

7. Byl vám někdy nabídnut alkohol?

a ano

b ne

8. Máte zkušenost s drogou?

a ano

b ne

9. Byla Vám někdy nabídnuta droga?

a ano

b ne

10. Při jaké příležitosti jsi se s drogou poprvé setkal?

a koncert, diskotéka

b vandr chata,

c hospoda

d doma

e jiná varianta.....

11. Druh první drogy kterou jsi zkusil?

a Alkohol

b Marihuanu

c Žádná

d Jinou.....

12. Kolik Vám bylo let v době prvního kontaktu s návykovou látkou?

a 14 - 15

b 16 - 17

c 18 - 19

d 20 a více

13. Svěřila/a jste se s použitím návykové látky a jestli ano tak komu?

a rodiče

b kamarád

c přítel/kyně

d někdo jiný.....

14. Užíváte návykové látky pravidelně?

- a Ne
- b Pokud Ano, tak
 - a) Denně
 - b) Týdně
 - c) Měsíčně
 - d) Nepravidelně

15. Užívá někdo z tvého okolí drogy?

- a Ano pravidelně
- b Ano příležitostně
- c Ne o nikom nevím

16. Byla ti někdy nabídnuta droga cizím člověkem?

- a Ne
- b Ano , při jaké příležitosti

17. Dostáváš informace o prevenci drogové závislosti ve škole od vyučujících?

- a **Ano pravidelně, při jaké hodině**

.....

- b Ano občas
 - a) týdně
 - b) měsíčně
- c Nedostávám

18. Odkud nejčastěji získáváš informace o drogách a návykových látkách?

- a Internet
- b Kamarádi
- c Rodiče
- d Jiná varianta

19. Chtěl by ses více dozvědět o prevenci drog?

- a Ano
- b Ne

20. Zúčastnil by ses seminářů, či jiné činnosti týkající se drogové prevence v mimoškolní dobu?

- a Ne
- b Ano, zaškrtni variantu
 - a) beseda s lékaři
 - b) Beseda s policisty
 - c) beseda s drogově závislými
 - d) někdo jiný, vypiš.....

21. Víte, kde a kdy vyhledat pomoc při problémech s návykovou látkou?

- a Ne
- b Ano vypiš.....

22. Toleroval/a bych případné užívání návykových látek vlastních dětí?

- a Ano a proč
 - b Ne a proč.....
-

23. Jaké je tvoje měsíční kapesné?

- a do 100 Kč
- b 200-500 Kč
- c 500-více Kč
- d Vydělávám si sám

24. Vydělal jsi si peníze nezákonným způsobem?

- a Ne
- b Ano, při jaké příležitosti

25. Chodil jsi někdy do práce z důvodů získání peněz na alkohol nebo na drogy?

- a Ne
 - b Pokud Ano, jak často.....
-

ÚDAJE PRO KNIHOVNICKOU DATABÁZI

Název práce	Drogové závislosti u mladistvých v ČR a EU za poslední pětileté období 2000-2005
Autor práce	Roman Špráchal
Obor	Veřejná ekonomika a správa
Rok obhajoby	2006
Vedoucí práce	PhDr. Jana Veselá CSc.
Anotace	Práce se zabývá problematikou drog se zaměřením na mladistvé, v našem případě žáky základních škol. Dále obsahuje popis teorie drogové problematiky, poslední vývoj v užívání drog mezi mladistvými a nezbytně nutnou legislativu. Praktické ověření mezi respondenty základních škol zjišťuje jejich stav prvního kontaktu s drogami, informovanost a stav protidrogové prevence drog.
Klíčová slova	Drogy, drogová problematika, mladistvý, mládež, prevence, legislativa, protidrogová politika, národní strategie, léčba, ESPAD, EMCDDA