

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zkoumání zneužívání omamných a psychotropních látek v kontextu
navazujících aspektů trestné činnosti**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Andrea Binterová

2007

Vedoucí práce: plk. JUDr. Milan Kučera, Ph.D.

Abstract

The dissertation work entitled "The Investigation of narcotic and psychotropic substances' misuse in the context of related offence" is a report focused on current situation in drug abuse in the Czech Republic.

Social, health, economic and criminal consequences of narcotic and psychotropic substances' misuse are serious social-patologic phenomenon. The drug abuse is a threat to the social status of individuals as well as their communities, and results in separation from major society. They gradually lose contact with their natural social environment, give up any possibilities to obtain, improve or just keep their qualification, lose job together with economic independence and their family life breaks down. The life failure culminates in psychical or fysical problems.

The risk of addiction permeate through the whole population; narcotic and psychotropic substance's abuse threaten particularly working people. According to the author, the most threatened groups are children and teenagers between 13 and 18 followed by young people who have just reached civil competence, and specific professions such as prostitutes or artists – with their problems, fashion eccentricity, extreme stress, drugs accessibility and financial security.

This dissertation work deals with a lot of aspects of drug abuse: definition of the addiction, start and development of the addiction, stages gradually culminating in the addiction, specification of the notions of the addiction, specification of every single drug, global view on drug abuse as a world problem, health consequences, infectious diseases prevention, drugs in public places of entertainment, impact of criminal law, therapy, solutions in prison conditions, students' opinions survey.

The survey searched for secondary-school-students' attitudes to the risks of drug abuse and investigated their personal ways to cope with those risks.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma „Zkoumání zneužívání omamných a psychotropních látek v kontextu navazujících aspektů trestné činnosti“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 12. května 2007

Poděkování:

Touto cestou vyjadřuji poděkování vedoucímu práce plk. JUDr. Milanu Kučerovi, Ph.D. za odbornou pomoc při jejím vytváření. Poděkování náleží i Mgr. Milanu Kučerovi za cenné kriminologické a trestněprávní konzultace a za jeho názory na výzkumnou část práce.

Obsah:

Úvod

1. Současný stav

1.1 Vymezení a kořeny závislosti

1.1.1 Biologické a sociální vymezení závislosti

1.1.2 Kořeny závislosti

1.1.3 Proces deformace prožívání do stavu iluzí a záměny reality

1.2 Rizika vzniku a rozvoje závislosti. Důsledky pro život lidí.

1.2.1 Vznik a rozvoj závislosti

1.2.2 Psychologická úroveň

1.2.3 Sociální úroveň

1.3 Stádia užívání drog vedoucí k rozvoji závislosti

1.3.1 Experiment

1.3.2 Stádium aktivního vzdělávání

1.3.3 Stádium zaujetí drogou

1.3.4 Stádium závislosti

1.4 Základní pojmy

1.5 Rozlišení závislostí

1.5.1 Drogová závislost

1.5.2 Psychická závislost

1.5.3 Fyzická závislost

1.5.4. Negativní dopady drogy

1.5.4.1 Abstinenční syndrom

1.5.4.2 Tolerance

1.5.4.3 Akutní intoxikace

1.5.4.4 Zneužívání

1.5.4.5 „Bad trip“

1.5.4.6 Předávkování

1.6 Rizikové osoby, skupiny

1.7 Nejznámější drogy

1.7.1 Amfetaminy

1.7.2 Těkavé látky

1.8 Stručný přehled a základní charakteristika vybraných drog

1.8.1 Heroin

1.8.2 LSD

1.8.3 Extáze

1.8.4 Kokain

1.8.5 Pervitin

1.8.6 Marihuana

1.9 Konzumace drog jako světový problém

1.9.1 Zneužívání drog

1.9.2 Názory, postoje a problémy jedinců závislých na drogách

1.9.3 Rituály a drogová subkultura

1.10 Rizikové užívání drog, zdravotní důsledky a snižování škod

1.10.1 Mládež

1.10.2 Nitrožilní (intravenózní) injekční uživatelé drog

1.10.3 Ženy

1.10.4 Starší lidé

1.11 Souběžné zdravotní poruchy uživatelů drog

1.11.1 Psychická a psychiatrická onemocnění uživatelů drog

1.11.2 Infekční nemoci související s drogami

1.11.2.1 HIV a AIDS

1.11.2.2 Hepatitida typu B a C

1.11.2.3 Prevence infekčních nemocí

1.11.2.4 Typy programů výměny injekčních jehel a stříkaček

1.12 Minority

1.13 Úmrtnost a úmrtí související s drogami

1.13.1 Úmrtnost problémových uživatelů drog

1.13.2 Úmrtí související s drogami

1.13.3 Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami

1.14 Užívání drog v prostředí zábavy

1.14.1 Prostředí taneční hudby

1.14.2 Klubová turistika a užívání drog v době dovolených

1.15 Prevence a životní styl

1.16 Trestněprávní dopady abusu omamných a psychotropních látek

1.16.1 Alternativní opatření určená osobám užívajícím drogy

1.16.2 Možnosti a meze trestněprávního postihu drogových deliktů

1.17 Rizikové chování injekčních uživatelů drog

1.18 Terapie a základní pojmy

1.18.1 Detoxikace

1.18.2 Odvykací léčba

1.18.3 Ambulantní doléčování

1.19 Vězeňské prostředí a možnosti drogových intervencí

1.19.1 Situace uživatelů drog po vstupu do vězení

1.19.2 Nedobrovolná, soudně nařízená léčba

1.19.3. Harm reduction ve věznicích

1.19.3.1 Počátky Harm reduction ve věznicích

1.19.3.2. Současný stav zavádění strategie harm reduction do věznic

1.19.3.3 Harm reduction ve vězeňském systému ČR

1.19.4 Situace v České republice – drogové služby ve vězení

1.19.4.1 Přehled rozvoje drogových služeb ve vězení

1.19.4.2 Projekt drogové služby ve vězení Sdružené podané ruce Brno

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

2.2 Hypotézy

3. Metodika výzkumu

4. Výsledky

5. Diskuze

6. Závěr

7. Seznam použité literatury

8. Seznam použitých zkratk

9. Klíčová slova

10. Přílohy

Úvod

Problematika zneužívání omamných a psychotropních látek a z něho vyplývající drogové závislosti se v současné době stala celosvětovou hrozbou pandemického charakteru. Nejde pouze o tradiční oblasti, ve kterých dochází k pěstování a výrobě látek vyvolávajících závislosti, nyní jsou aktuálně ohroženy i ostatní části světa, ve kterých byl dříve abusus drog individuálním výjimečným jevem, projevem mimořádného selhání jedince. Dnes nabývá závislost masových rozměrů a ohrožuje širokou populaci obyvatelstva. Lidé, kteří se stávají závislími ztrácejí vlastní názor, identitu i svůj sociální status. Přestávají být aktivními strůjci svých osudů a stávají se pouhými loutkami ve vleku vlastní závislosti bez osobního názoru a vůle, bez možnosti aktivně ovlivňovat a prožívat svůj život.

Taková závislost narušuje jejich psychiku, zdravotní stav, jsou vystaveni nebezpečí infekčních nákaz, těžkého poškození zdraví a úmrtí. Rozpadá se jejich osobnost, rodinné a partnerské vztahy, ztrácejí svoji pracovní kvalifikaci a schopnost uplatnit se na trhu práce. Jsou vyčleňováni z majoritní společnosti a začleňují se do asociálních a kriminálních subkultur, ve kterých vytvářejí pravidla chování neslučitelná s běžně uznávanými modely mezilidských vztahů.

Z důvodu nedostatku finančních prostředků a naléhavé potřeby obstarat si drogu se na základě výše uvedené zdravotní a sociální devastace dopouštějí trestné činnosti. Lze konstatovat, že v důsledku jejich závislosti dochází ke kriminalizaci jejich chování, následně pak i k výkonu uložených trestů, což situaci závislých osob dále komplikuje. Jde o celou škálu kriminálních deliktů typu krádeží, podvodů, vloupání s cílem získat finanční prostředky, dále se zapojují do výroby a distribuce omamných a psychotropních látek. V této souvislosti se nastoluje řada trestněprávních a kriminologických otázek.

Pro společnost představuje takové sociálně patologické chování závažný problém, neboť se izoluje stále rostoucí komunita ohrožující bezpečí osob a majetku, vyžadující rozsáhlou a náročnou péči a pomoc. Z tohoto pohledu je lehkomyšlný a tolerantní pohled na drogovou problematiku společensky zavádějící a nebezpečný.

Pouze stěží lze přistoupit na prohlášení závislosti na omamných a psychotropních lákách za trestnou činnost, tj. na striktní kriminalizaci aplikace drog jejich uživateli, z pohledu autorky práce však není možné přistoupit ani k všezahrnující vstřícnosti a toleranci abusu drog.

Kvalifikovaná, odborně koncipovaná pozornost věnovaná zmiňovanému problému je dobrou investicí k ochraně obyvatelstva, zejména pak mládeže před vytvořením závislosti, u těch, kteří již závislími jsou, může být příspěvkem k jejímu odstranění. V každém případě jde o ochranu celé společnosti i o účelné a efektivní využívání jejích zdrojů a prostředků.

1. Současný stav

1.1 Vymezení a kořeny závislostí

1.1.1 Biologické a sociální vymezení závislostí

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti již na svém počátku závislosti zkoušíme. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností a faktorů – vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost – ale také, v psychické a sociální rovině, na podpoře nebo dokonce mínění druhých.

Záhy však začínáme svojí neodbytnou cestu za samostatností, nebo snad zdánlivou samostatností. Zejména v období puberty je tento apel zvláště silný: hledáme cestu od závislosti k nezávislosti. Toto napětí je zároveň součástí vývoje nás všech, byť někdy dospěje do své karikované formy, kdy probíjovaná nezávislost končí jinou závislostí, například na návykových látkách.

1.1.2 Kořeny závislostí

Ve vztahu k nadepsanému tématu Sotolář uvádí, že hledáme-li hlubší kořeny vzniku závislosti a zkoumáme-li, co život vlastně je, zjišťujeme, že žijeme život ve světě dualit jako je zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávisť apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec (27).

V takovém hledání obvykle nacházíme hlubší motivace a potřeby jako

1. potřebu vyhnout se bolesti či nalezení zklidnění. Úlevu od bolesti fyzické i duševní, na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest a zklamání z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení,
2. potřebu pro euforii, slasti, extázi, radosti, po pocitu kompetence neproblémovosti,

3. potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí, jednoty se sebou samým a s druhými, v zážitku s Bohem a podobně.

Tyto tři vektory jsou hluboce založeny, zčásti nevědomé, zčásti s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svojí biologickou komponentu a sílu instinktu.

Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy. Tedy látky, které umocňují tyto prožitky. Ve stejném pořadí jsou to sedativa (opioidy), stimulancia a psychodelica.

1.1.3 Proces deformace prožívání do stavu iluzí a záměny reality

Možnost ovlivňovat, „manipulovat“ své prožívání, zná tedy člověk od nepaměti. Všichni to nějakým způsobem děláme, existují desítky bezpečných způsobů. Mezi ně patří zejména vše, co je spjato s podporou druhých, s projevy lásky a pochopení. Od jednoduché hry, přes tvořivé využití k laskavému objetí. Od opojných prožitků v krásné přírodě, k estetickým zážitkům spojeným s vnímáním umění apod. Intenzita a hloubka těchto změn je různá a individuální, stejně tak jako další dopad na člověka.

K rizikovým změnám pak patří ty, kdy lidé manipulují své prožívání bez hlubší motivace, bez vlastního úsilí, jen z popudu momentální potřeby nebo možnosti, kdy přístup je zcela pasivní. I tady nacházíme způsoby různě intenzivní a různě individuálně účinné.

Drogy vyvolávající závislost jsou nebezpečné tím, že ovlivňují prožívání, většinou extrémně silně, s pocitem nebývalé intenzity a hloubky. Jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí, čím předvídatelnější je tento účinek. Tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.

K tomu Sotolář konstatuje, že intenzita účinku, prediktabilita (předpověditelnost) a rychlost nástupu určují „tvrdost drogy“. Dále pak schopnost drogy vyvolávat syndrom z odnětí po odeznění jejího účinku (abstinenční příznaky). Závislost vyvolávají tedy zejména drogy se stimulačním nebo opojným, tlumivým účinkem. Změna prožívání se postupně stává kýženou, vytouženou, protože nezřídka kompenzuje negativní prožitky nebo zkušenosti daného člověka. Například když pozitivně ovlivní jeho úzkost, pocity

osamělosti, neklidu či podrážděnosti. Člověk se najednou cítí normálně nebo supranormálně. Kdo by toto nevítal, kdo by toto nechtěl, zvláště když je v počátku ještě ovlivněn míněním svých vrstevníků, když má pocit, že je něčeho součástí, co je třeba rebelií vůči zavedeným pořádkům, které se někdy zdají hloupé a nemoderní. Navozovaná změna prožívání se nepozorovaně stává normou, není na tom nic divného. Změna prožívání pak iluzí a záměnou za změnu reality samotné. Žiji s pocitem, že jsem v pořádku (27).

1.2 Rizika vzniku a rozvoje závislosti. Důsledky pro život lidí.

1.2.1 Vznik a rozvoj závislosti

Proces vzniku a rozvoje závislosti probíhá nereflektovaně, z velké části neuvědomovaně. Jsou přehlíženy, omlouvány, vyvraceny a zdůvodňovány prvotní problémy, které rozvíjející se abusus přináší. Takto probíhá vývoj od experimentování ke škodlivému užívání až k závislosti, abusu. Droga postupně ztrácí schopnost svým zásahem do mozkového chemismu vyvolávat jen ty původní, kýžené účinky. Ty slábnou, trvají stále kratší chvíli. S rozvojem závislosti narůstá obvykle potřeba dávku zvyšovat, aby se chtěné účinky ještě plně projevíly, ale postupně tato kompenzace, která přináší řadu rizik a negativních důsledků, selhává také. Nastupují naopak výrazně opačné projevy v souvislosti s odezněním účinku drogy, které nazýváme syndromem z odnětí nebo také abstinenčním příznakem. Mozek s rozhoupaným mozkovým chemismem neurotransmiterů a porušovaných receptorů nutkavě hladoví po další dávce drogy. Neurotransmitéry jsou chemické sloučeniny vznikající přirozeným způsobem v nervové soustavě živočichů, které v ní slouží k přenášení vzruchů. Neurotransmitéry lze rozdělit do tří skupin, na aminokyseliny, peptidy, monoaminy a acetylcholin (22). Rozbíhá se craving, nutková touha. Pomalu začíná být jasné, že s drogou to dál nejde a bez ní také ne. Závislost se projevuje v plné intenzitě. Přítomnost nebo naopak nepřítomnost drogy v organismu rozhoduje o tom, jak se člověk bude cítit a to s naprosto jasnou prediktabilitou. Zužuje se rozsah prožívání na černobílý obraz. Droga

počíná sloužit již jen k potlačení krize abstinčního stavu, aby člověk byl schopen chodit, obstarat si potravu, pozřít ji, aby udržel stolici a „všech pět pohromadě“ a fungoval na bazální úrovni s jedinou představou: *kde sehnat prostředky na další dávku*. Nic jiného už neplatí. Závislost přechází do termálního chronického stádia, člověk prožívá děsivé osamocení, vývoj závažných komplikací zdravotních i sociálních, spirituální nouzi.

1.2.2 Psychologická úroveň

Z psychologického hlediska je zkoumán vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti.

Pro rozvoj abusu návykových psychotropních látek můžeme najít psychogenní faktory již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. A to již například na funkční úrovni.

K těmto poznatkům nám dnes hodně říkají moderní výzkumy vědomí, zejména s výzkumným nebo terapeutickým využitím změněných stavů vědomí, kde respondent často znovuprožívá sekvence zážitků souvisejících s těmito perinatálními traumaty a dokončuje psychologickou práci na jejich přijetí a integraci.

Například jestliže těhotenství prožívá rodička jako stresovou záležitost, a to z jakýchkoli důvodů, přenáší se informace o tomto stresu i na plod. Jestliže matka začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, přeneše se i tato informace na plod a vyváří se jakýsi sprint, vtisk, dráha, kód o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Tento kód bude čekat na své oživení v období postnatálním a jedinec již po vlastní aplikaci stejně působící látky zažije sice nový, ale také již dávno poznatý efekt. Pozitivní zpětná vazba může rychle posilovat vznik návyku. Významnými faktory jsou dále úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování, s respektem k hranicím. Stejně tak i podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a

samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není adekvátní pomoc k dispozici, bývá to právě sebe-medikace na počátku, co vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.

Z psychologických faktorů je to rovněž celá řada těch, které vznikají jako důsledek abusu a posilují obvykle další abusus, čímž směřují jedince k závislosti.

Například alkohol má anxiolytický a antidepresivní účinek na počátku jeho „užívání“. Později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití. Vidáme to často v ústavní léčbě, kdy v prvních týdnech je pacient depresivní a úzkostný, obvykle od čtvrtého týdne léčby tyto symptomy mizí. Jiným příkladem může být aktivizace paranoidních stavů u chronického abusu stimulanty, poruchy identity při abusu halucinogenů apod.

1.2.3 Sociální úroveň

Sociální úroveň je o kontextu, ve kterém se vše odehrává. Velmi hrubě řečeno tedy o vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti prostředí ve kterém jedinec žije – jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Sem již pak patří kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou.

Stále více se v dnešní době mluví o rozpadu rodin, o nedostatku času dospělých pro mladé, o absenci rituálů pozitivně formujících zrání mladého člověka. Mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu, ve své přirozeně závislé pozici vyhledávají silné jedince nebo skupiny. Hledají pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti, anebo jde dokonce o hledání možnosti přežití vůbec. Moc rituálů nezaniká tím, že je vědomě nekultivujeme. Prosazují se, díky svému archetypálnímu poslání, v životě dál, ale spíše v deviované podobě. Namísto náročných, ale celým kmenem sdílených a

podporovaných rituálů iniciačních a přechodových, jak je vidáme dodnes v tzv. primitivních kulturách, se v naší společnosti vytvářejí spíše ponižující a důstojnosti zbavující rituály bývalé mazácké vojny, kterým pak říkáme šikana, nebo rituály kolem jehly a braní drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic, ale nemají nic společného s ritualizovaným užitím některých halucinogenů v rámci religiozního nebo léčebného šamanského obřadu.

Ještě specifitější situace nastává, pokud dítě vyrůstá v rodině v těsné blízkosti závislých osob. Je konfrontováno s braním drog, či s pitím alkoholu s jakousi normou. Stává se přitom, že abusus jednoho z rodičů je tajen a přeznačkován. Je jakýmsi tabuisovaným tématem rodiny. Namísto opilosti se mluví o únavě a přepracování, kocovině se říká nemoc apod. Život se závislými znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů, podle toho zda je závislý intoxikován, nebo „odčiňuje“ v době střízlivosti. Být vystaven slibům, které nemají naplnění, být vystaven nepředvídatelnosti příštích hodin. Často je jedinec žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití, jak na fyzické, tak na emoční úrovni. Obvykle jeho způsob adaptace na toto spolužití vykazuje také patologii, vytváří vazby, kterým se říká spolu-závislost. A nezdá se v dalším svém vývoji spolu-závislý dostává sám k abusu, jako ke způsobu pseudoadaptace a zároveň možnosti jak dočasně zmírnit své utrpení.

Vedle rodiny v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli hraje kolektiv vrstevníků. Známe rčení „chytil se špatných kamarádů“. Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností, vyrovnání se s autoritami. Pro nás dospělé je tato úroveň apelem kultivovat obraz nás dospělých, který mladým jako poselství do jejich života předkládáme.

1.3 Stádia užívání drog vedoucí k rozvoji závislosti

1.3.1 Experiment

V této fázi experimentátor bere drogy s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto, poznává euforické zážitky. Zdraví není narušeno, pracovní způsobilost a výkonnost

rovněž ne. Tento druh abusu neovlivňuje ani finance dotyčného. V emocionální sféře převažuje zvědavost.

1.3.2 Stádium aktivního vzdělávání

V této fázi se uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog, dělí se s druhými, kteří je berou s ním. Zdraví je většinou narušeno, dostavují se první „dojezdy“ a „kocoviny“. Pracovní aktivita je někdy tímto dotčena, uživatel utrácí již peníze za drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívá však již i dysforie, tj. opaky euforie, obecné stavy úzkosti, nepokojů a depresivního prožívání (6).

1.3.3 Stádium zaujetí drogou

Spotřeba drog narůstá, s tím i utrácené peníze za drogy, uživatel se distancuje od původního prostředí, mění své postoje. Objevují se poruchy výživy, spánku. Na pracovišti podává horší výkony, mívá výpadky, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých. Utrácí nadměrné částky za drogy. Zadlužuje se. Na pocitové úrovni jsou častá střídání nálad, pokusy kontrolovat situaci a nepříjemné stavy.

1.3.4 Stádium závislosti

Všichni přátelé berou drogy. Lže, krade, prodává drogy, vypůjčuje si peníze na dluh. Bere často i sám a často již vysoké dávky drog. Zdraví je narušeno mnohočetnými fyzickými i duševními problémy, mívá neupravený zevnějšek. Ztrácí práci, má výrazné finanční problémy. Bere drogy, aby se cítil normálně, překonává pocity viny, je plně zaujat drogami.

1.4 Základní pojmy

Droga

K dalšímu studiu problematiky je nutné pojmově vymezit základní instituty drogové závislosti. Podle odborné literatury lze drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

Má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – jednoduše působí na psychiku člověka.

Může vyvolat závislost – má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování označuje jako „potenciál závislosti“ (ten je u různých drog vyjádřen různě – může být menší či větší, ale je přítomen vždy).

Termín droga se používá v souvislosti s látkami, které splňují výše uvedená kritéria a zároveň jsou zakázány zákonem – jejich výroba a distribuce je trestná. Mezi odbornou i laickou veřejností je rozšířené rozdělení drog podle míry rizika vzniku závislosti na drogy měkké a tvrdé. Vhodnější a srozumitelnější je ale způsob užívaný v Holandsku, kde drogy dělí na skupinu s akceptovatelným nebo neakceptovatelným rizikem vzniku závislosti či jiných negativních důsledků.

Legální drogy

Jestliže vezmeme v úvahu tato dvě kritéria, dojdeme k závěru, že drogy se v každodenním životě člověka objevují zcela běžně a společnost je toleruje. Jedná se především o alkohol, tabákové výrobky a kávu. Užívání těchto látek je legální, společnost je toleruje a přestože je snaha nabídku některých omezovat, v životě se s nimi setkáváme téměř na každém kroku.

Spouštěče

Obvykle se tím míní podněty, které vyvolávají craving (bažení) anebo zhoršují u závislých sebekontrolu a ohrožují je recidivou návykového chování. U závislých na návykových látkách mohou být spouštěči například známí, kteří berou drogy, hudba, kterou měl klient s braním drog spojenou, rizikové prostředí, pohled na návykové látky

nebo pomůcky k jejich užívání, filmy nebo vyprávění o drogách apod. Spouštěče mohou být i velmi netypické, tak u jedné mladé ženy závislé na drogách vznikalo bažení při nočním poslechu rozhlasu, protože to byla situace, kdy se v minulosti často intoxikovala. Nejsilnějším spouštěčem zpravidla bývá aplikace látky, na které je klient závislý nebo i jiné návykové látky. Při léčení návykových nemocí se doporučuje přizpůsobit životní styl tak, aby se snížil počet spouštěčů, s nimiž se klient setkává. Na setkání se spouštěči je také možné klienta připravit. Vhodnou technikou, která se k tomu používá, je například „Semafor“ (červené světlo znamená zastavit automatické jednání, žluté světlo uvědomit si možnosti, které se v dané situaci nabízejí, domyslet jejich následky a vybrat nejvhodnější, zelené světlo pak znamená nejvýhodnější možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek). Práce s klienty je důležitou pomocí ke zvládnutí stavů závislosti.

Aplikace

Způsob podávání, tj. cesta, kterou je látka zavedena do těla, například užití orální (ústí), intravenosní, podkožní, injekčně do svalu (intramuskulární), inhalací, kouřením nebo absorbováním skrz kůži nebo sliznici jako jsou sliznice v ústní dutině, rektum nebo genitálie. Způsob podávání má rozhodující efekt na rychlost a intenzitu účinku látky, a proto na míru intoxikace, druh nebezpečí rizika a náchylnosti ke zneužívání. To také může mít určující vliv na vlastnost a sílu nežádoucích účinků a následků, včetně poškození tělesných orgánů (plíce, žíly) a přenos infekcí (např. hepatitida, HIV). Kouření drogy může tedy uživatele učinit náchylným k respiračním problémům zatímco způsob injekčního užití nesterilní cestou zvyšuje riziko nakažení infekcemi. Sdílení jehel nebo jiných injekčních pomůcek zvyšuje riziko přenosu nákazy krevní cestou, například přenos HIV nebo viru hepatitidy B a C.

Inhalace

Aplikace drogy vdechováním dýmu ze zahřívání nebo spalování látky nebo výparů těkavé látky. Při inhalaci drogy pro její psychoaktivní účinky může být látka

přípravena různými způsoby – jako cigareta, v dýmce, dým ze zahřívání látky je možné vdechovat různými trubičkami, nebo vdechovat těkavou látku v igelitovém pytlíku.

Inhalace z fólie

Také nazýváno „chasing the dragon“ (chytání draka). Jde o způsob užití heroinu. Uživatel rozehřeje substanci na kovové fólii (např.lobal) nebo na minci a inhaluje výpary pomocí krátkého kornoutu. Jde o účinnou neinjekční metodu aplikace a uživatelé často přecházejí z kouření heroinu smíchaného s tabákem do cigarety právě k tomuto inhalování. Tato metoda je značně oblíbena na indickém subkontinentu, rozšiřuje se ale i v Evropě.

Injekční náčiní, tzv. „nádobíčko“

Náčiní užívané ke vpichování drogy. Může obsahovat stříkačku s jehlou, lžičku na „rozdělávání“ (rozpuštění) drogy, vodu a případně kyselinu k rozpuštění drogy v práškové podobě, filtr přes který se natahuje roztok do stříkačky (např. kousek cigaretového filtru, bavlny, vlny, papíru), alkoholový tampón k očištění místa vpichu a škrtdlo.

Aplikační místnost, tzv. šlehárna

Aplikační místnost. Patří do oblasti služeb Harm Reduction. Jedná se o chráněné prostory, obvykle v blízkosti drogové scény, kde si mohou injekční uživatelé v klidu a bezpečně aplikovat drogu. Přítomnost proškoleného personálu zajišťuje možnost intervence v případě předávkování, standardně jsou dostupné potřeby pro bezpečnou aplikaci – sterilní injekční náčiní, sterilní voda, atp. Standardem je také sběr a bezpečná likvidace použitého náčiní.

1.5 Rozlišení závislostí

1.5.1 Drogová závislost

Drogovou závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Za určitých okolností může tato přirozená touha přejít v nutkavost a zavdat tak příčinu k rozvoji chorobných znaků. Ty se projevují, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním, pokračováním v dosavadním vzorci chování i přes narůstající důsledky a prohloubením stavu nelibosti při přerušení tohoto vzorce.

Jedná se o onemocnění, které lze charakterizovat přítomností alespoň tří z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky (začátek, ukončení, množství látky)
- somatický odvykací stav, pokud je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

1.5.2 Psychická závislost

Psychická závislost je duševní stav vyznačující se pouhým přáním, kterému nelze odolat, až po dychtivé, neodolatelné a opakující se nutkání požití drogy. A to i v případě, když ji člověk ani požit nechce a považuje své chování za nerozumné. Vznik psychické závislosti je vázán na prožití určitých zážitků, na některé okolnosti, které požití drogy provázely (prostředí, společnost, rituál spojený s užitím drogy). Pokud je

podání drogy přerušeno, objevují se i tělesné abstinenční příznaky jako je třes, pocení. Právě psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k opětovnému užití drogy.

1.5.3 Fyzická závislost

Fyzickou závislostí rozumíme stav organismu, vzniklý zpravidla dlouhodobějším a častým užíváním drogy, kdy dochází k jejímu zahrnutí do metabolismu člověka, takže na přerušení přísunu této látky reaguje tělo negativně a dochází k abstinenčnímu syndromu.

1.5.4 Negativní dopady drogy

1.5.4.1 Abstinenční syndrom

Abstinenční syndrom vymezujeme jako soubor příznaků (průjemy, slzení, pocení, zvýšená tělesná teplota, třes, pocity úzkosti, chladu či horka, neodolatelná touha po droze atd.), které jsou jedním z projevů závislosti a jejichž projev a intenzita může být velmi různá především v závislosti na typu drogy, množství, době jejího zneužívání a individualitě každého člověka.

1.5.4.2 Tolerance

Toleranci chápeme snášenlivost popř. snižující se nebo chybějící odpověď na určitý podnět při jeho opakovaném nebo trvalém působení. Jde o jev, který se projevuje snižujícím se účinkem stejného množství látky a ve svém důsledku tedy vede k nutnosti zvyšovat dávku drogy potřebnou k dosažení požadovaného efektu.

1.5.4.3 Akutní intoxikace

Přechodný stav po aplikaci návykové látky, vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných

psychofyzilogických funkcí a reakcí. Bývá silně závislá na výši dávky, intenzita intoxikace se zmenšuje s časem.

1.5.4.4 Zneužívání

Znamená takové užívání drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní vývoj člověka. Jedná se nejčastěji o nadměrné užívání drog nebo jejich užívání za nepřijatelné situace, např. v těhotenství.

1.5.4.5 „Bad trip“

Slangový výraz pro negativní účinek po užití drogy, spočívající ve směsici následujících příznaků: pocit ztráty kontroly, porucha vnímání vlastního těla, bizarní a děsivé halucinace, strach ze šílenství nebo smrti, zoufalství, sebevražedné myšlenky a silné negativní působení. Fyzické symptomy mohou zahrnovat pocení, bušení srdce, zvracení a poruchy citlivosti, brnění. Ačkoli jsou negativní reakce tohoto typu často spojovány s užitím halucinogenů či cannabisu, mohou být také způsobené užitím amfetaminů a jiných stimulantů, anticholinergik, antihistamik a sedativ/hypnotik.

1.5.4.6 Předávkování

Užití jakékoli drogy v takovém množství, které vyvolá akutní fyzické nebo psychické nežádoucí účinky. Záměrné předávkování je běžným způsobem sebevraždy nebo sebevražedných pokusů. Je častěji spojeno s předepsanými léky. Předávkování může mít přechodné nebo trvalé následky, nebo způsobit smrt; smrtelná dávka konkrétní drogy se liší inter-individuálně a v závislosti na okolnostech.

V polovině a koncem devadesátých let prokazatelně vzrostl počet smrtelných předávkování heroinem. Neúmyslná předávkování, často končící smrtí, lze připsat na vrub kolísání obsahu účinné látky v pouličním prodeji nebo po předchozím nedostatku či vysazení drogy. Při záměrném předávkování se sebevražedným úmyslem se hovoří o „zlaté dávce“. Smrt nastává obvykle jako následek útlumu dýchacích center v centrální nervové soustavě. Tento průběh je často spojen se současným užitím jiných látek tlumících centrální nervový systém, zejména alkoholu a benzodiazepinů

1.6 Rizikové osoby, skupiny

Riziko pro užívání drog je široce věkově rozestřeno s tím, že zejména o celé věkové kategorii 13-18 let lze hovořit jako o rizikové populaci. Skupinová rizika mohou být definována profesně (např. studenti uměleckých škol, hudebníci, pracovníci v pohostinství, zdravotníci), sociálně (např. mladí nezaměstnaní, prostitutky a prostitutky, členové sídlištních part) či etnicky. Individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování. Rovněž děti, sourozence a partnery uživatelů lze považovat za osoby se zvýšeným rizikem. Pro rizikové osoby a členy rizikových skupin jsou užitečné programy speciální primární prevence.

1.7 Nejznámější drogy

Pro účely práce je potřebné popsat jednotlivé na trhu nejčastěji zastoupené drogy. K tomu se dále uvádí:

1.7.1 Amfetaminy

Amfetamin je látka z velké skupiny syntetických drog se silným stimulačním (sympatomimetickým) účinkem na centrální nervový systém. Tato skupina obsahuje mnoho látek prodávaných výlučně v nezákonném obchodě a také velký počet látek užívaných v lékařství. Nejčastěji zneužívanou skupinou drog této skupiny je amfetamin a metamfetamin (pervitin). Jde o psychotropní látky zařazené v příloze č. 4 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Obvyklé amfetaminy jsou často prodávány na ulici pod specifickými názvy. Nejběžnější je „spíd“ (speed) (amfetamin a metamfetamin), „sníh“ (ice) (metamfetamin) a „cat“ (metacation). Typické nelegální podoby jsou bílý nebo zbarvený prášek, krystaly (např. „sníh“), tablety a roztok (např. metacation).

Amfetaminy jsou nejčastěji užívány orálně, šňupáním (sniffed), kouřením nebo injekčně. Popularita intravenosního užívání roste celosvětově. Jednotlivá dávka se pohybuje od 15 mg do 150 mg. Zvláště škodlivá cesta podávání amfetaminu je

„bingeing“ („flámové“ užívání), které spočívá v podání jednotlivých dávek opakovaně v jedna až dvou hodinovém intervalu během až několika dní, do celkového vyčerpání (buď drog nebo konzumenta). Následuje zpětný efekt extrémního vyčerpání (propadu).

Přitažlivé účinky pro uživatele jsou pocity psychické a fyzické pohody, síly a důvěry, radostná nálada až euforie, zvýšená činnost a energie, zmenšení hladu a únavy, redukce potřeby spánku, zvýšená fyzická a psychická aktivita (studenti, sportovci a sportovkyně, řidiči, pracující v noci, vojáci, atd.). Charakteristický fyzický efekt amfetaminu při nízké dávce je zlepšené dýchání a zvýšená srdeční činnost, zvýšený krevní tlak a tělesná teplota, pocení, rozšíření zorniček, sucho v ústech, průjem, ztráta chuti k jídlu. Vyšší dávky zintenzivňují výše uvedené znaky a typický důsledek je hovornost, pocit síly, zvýšená bdělost, ostražitost, nespavost, změněné mínění vlivem drogy. Chronické užívání obvykle způsobuje osobnostní změny a změny chování, neobvyklé chování, vznětlivost, agresivitu občas vedoucí až k panické a paranoidní psychóze (amfetaminová psychóza). Zastavení po prodloužení u těžce užívajících nebo odejmutí látky vede k depresivní náladě, únavě, poruchám spánku a zvýšenému snění.

Mnoho amfetaminů bylo používáno v lékařství od roku 1930, původně pro rozmanité terapeutické účely. Přípustné indikace byly drasticky sníženy vzhledem k tomu, že byly prokázány škodlivé účinky těchto drog, včetně jejich náchylnosti k závislosti. Vysoký stupeň zneužití drog způsobený nesprávným předepsáním byl zaznamenán v mnoha zemích a odvedením z legálních kanálů prodeje. V současné době je předepisování amfetaminů a podobných látek omezeno na narkolepsii a hyperaktivitu. Stále méně se používají k potlačení chuti k jídlu při léčbě obezity.

1.7.2 Těkavé látky

Substance, které se při určité teplotě začnou odpařovat. Rozpouštědla se inhalují pro své psychoaktivní účinky (také bývají nazývány inhalanty), do této skupiny patří organická rozpouštědla, obsažená v mnoha domácích a průmyslových výrobcích (lepidlo, aerosol, barvy, ředidla, rozpouštědla, benzín a nafta, čisticí prostředky) a alipatic dusitany jako například amyl nitrid. Některé látky jsou jedovaté pro játra,

ledviny nebo srdce, některé poškozují periferní nervovou soustavu a způsobují degeneraci mozku. Nejčastější uživatelé těchto látek najdeme mezi mladými adolescenty a dětmi ulice.

Uživatelé většinou čichají v rozpouštědle namočený hadr, přikládají si ho k nosu a přes ústa, nebo dají rozpouštědlo do sáčku, který si dávají přes obličej (kromě intoxikace způsobuje i anoxii). Znamky intoxikace jsou boječtivost, netečnost, poruchy psychomotoriky, euforie, poruchy úsudku, závrať, nystagmus, zhoršené vidění, setřená řeč, třes, vrávoravá chůze, svalový třes, stupor nebo kóma. Komplikacemi dlouhodobějšího užívání mohou být choroby krve, mozku a ledvin.

1.8 Stručný přehled a základní charakteristika vybraných drog

1.8.1 Heroin

Typ drogy

Opiát, omamná látka (zařazena v příloze č. 3 zákona o návykových látkách)

Chemické složení

Diacetylmorfin, polosyntetický derivát morfinu

Vzhled, forma

Prášek od bílé až po hnědou barvu; výjimečně kostky

Způsob použití

Nitrožilní aplikace, kouření, šňupání, inhalace

Účinky

Euforie, celkový duševní a tělesný útlum, zklidnění, uvolnění, snížení či odstranění bolesti, pocit lhostejnosti k problémům

Příznaky

Po užití stav omámení, poruchy koordinace, zpomalené reakce, zúžení zornic, útlum dýchání; při chronickém užívání výtok z nosu, vodnaté oči, stopy po vpichu, bledá kůže, vyhublost; při předávkování křeče, koma, zástava dechu a krevního oběhu, možná smrt

Pomůcky

Jehly, stříkačky, opálený staniol či lžička

Slang

Háčko, héro, herák

1.8.2 LSD

Typ drogy

Halucinogen, *psychotropní* látka (zařazena v příloze č. 4 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách)

Chemické složení

Dietylamid kyseliny d-lysergové, syntetický halucinogen připravený z alkaloidů obsažených v námelu (houbě paličkovice nachové, parazitující na žitě)

Vzhled, forma

Papírky napuštěné roztokem LSD, granule, tinktura

Způsob použití

Ústy, zapíjí se nealkoholickými nápoji

Účinky

Poruchy vnímání různých smyslů, zejména halucinace a přeludy – vnímání neexistujících podnětů, ne vždy s příjemným obsahem, vyvolané představy jsou někdy naopak děsivé, změněné prožívání reality, včetně času, prostoru a vlastní osoby

Příznaky

Rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličeji, někdy zvýšená tělesná aktivita; při předávkování psychózy, možná smrt

Slang

Trip, acid

1.8.3 Extáze

Typ drogy

Stimulancium s určitými halucinogenními projevy, psychotropní látka (zařazena v příloze č. 4 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách)

Chemické složení

Methylendioxyamfetamin, MDMA

Vzhled, forma

Barevné tabletky s různými symboly, kapsle

Způsob použití

Ústy, zapíjí se nealkoholickými nápoji

Účinky

Lehké změny vědomí se zdůrazněním emocí a smyslového vnímání, euforie – konzument se ponoří dovnitř své duše s cílem lépe poznat sebe, současně se otevře i pro své okolí, což umožňuje zvýšená komunikativnost a schopnost empatie

Příznaky

Rozšířené zornice, zrychlený puls, zrudnutí v obličeji, někdy zvýšená tělesná aktivita; při předávkování halucinatorněparanoidní psychóza, pokles tělesné teploty, možná smrt

Slang

Éčko

1.8.4 Kokain

Typ drogy

Stimulancium, *omamná* látka (zařazena v příloze č. 1 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách)

Chemické složení

Kokain je účinnou stimulační látkou nalézající se v listech rostliny koky

Vzhled, forma

Bílý prášek

Způsob použití

Šňupání, kouření, výjimečně i injekčně

Účinky

Tělesná i duševní stimulace, zvýšení bdělosti, snížení či odstranění únavy a chuti k jídlu, pocit euforie, při vyšších dávkách úzkost, potřeba překotné činnosti, neklid, nespavost, svědění, mravenčení, pocit hmyzu pod kůží, vztahovačnost, pocit síly a nadřazenosti, náladovost, agresivita, po odeznění bezprostředního účinku hlad, vyčerpání, spánek, deprese, při velkých dávkách hrotí nebezpečí srdečního selhání a riziko smrtelných otrav při předávkování

Příznaky

Pocení, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak, roztřesenost, neklid, rozšířené zornice, chronická rýma doprovázená výtokem nebo krvácením z nosu, hubnutí, bledá kůže, poškození nosní přepážky v důsledku šňupání; při předávkování křeče, možná smrt

Slang

Koks, bělouš

1.8.5 Pervitin

Typ drogy

Stimulancium, psychotropní látka, metamfetamin (zařazena v příloze č. 4 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách)

Chemické složení

Metamfetamin

Vzhled, forma

Bílý až žlutý prášek, výjimečně hnědý prášek, roztok

Způsob použití

Nitrožilní aplikace, šňupání, kouření

Účinky

Tělesná i duševní stimulace, zvýšení bdělosti, snížení či odstranění únavy a chuti k jídlu, při vyšších dávkách úzkost, potřeba překotné činnosti, neklid, nespavost,

svědění, mravenčení, vztahovačnost, pocit síly a nadřazenosti, náladovost, agresivita, po odeznění bezprostředního účinku hlad, vyčerpání, spánek, deprese, při velkých dávkách hrozí nebezpečí srdečního selhání a riziko smrtelných otrav při předávkování

Příznaky

Pocení, sucho v ústech, zvýšený krevní tlak, roztřesenost, neklid, rozšířené zornice, chronická rýma doprovázená výtokem nebo krvácením z nosu, hubnutí, bledá kůže; při předávkování pokles tělesné teploty, možná smrt

Pomůcky

Jehly, stříkačky

Slang

Péčko, perník, piko, čeko, peršing, rakety

1.8.6 Marihuana

Typ drogy

Canabinoid, *psychotropní* látka (zařazena v příloze č. 4 zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách)

Chemické složení

Cannabis indica a Cannabis sativa, účinnou látkou je tetrahydrocannabinol (THC), španělské označení pro sušené listy a květenství samičích rostlin konopí

Vzhled, forma

Listy, obdoba tabákových listů, výjimečně květové palice

Způsob použití

Kouření cigaret, eventuálně dýmky

Účinky

Od mírné euforie až po halucinace

Příznaky

Nepřirozená veselost, rozjařenost, uvolnění zábran, rozšířené zornice, zarudlé oči, zrychlený puls, výrazně zvýšená chuť k jídlu, pot páchne po spáleném listí či trávě; při předávkování únava, paranoia, krátkodobé selhání paměti

Pomůcky

Cigarety, dýmky

Slang

Tráva, marijánka, Maruška, zeličko, zelenina, roští

1.9 Konzumace drog jako světový problém

1.9.1 Zneužívání drog

Zneužívání omamných a psychotropních látek dosáhlo na začátku třetího tisíciletí v globálním měřítku nevídaných rozměrů. Ve světě už dnes neexistuje stát, který by nebyl tímto problémem zasažen. Drogy devastují jednotlivce, rodiny, společnosti. V souvislosti se zneužíváním drog narůstá zločinnost, dopravní a pracovní nehodovost, zhoršuje se duševní a fyzické zdraví populace, její schopnost reprodukce a rozvoje. Drogy slouží i jako „universální platidlo“, za které je možné koupit v podstatě cokoli - zbraně, kasina, televizní sítě, státní úředníky.

Drogy se staly významným činitelem ve vojenském, politickém a hospodářské dění tohoto světa. V některých zemích ilegální produkce, zpracování a obchod s drogami mají značný vliv na hospodářství jako celek, protože tvoří velkou část jejich hrubého národního produktu. Nelegální produkce a obchod s drogami ohrožuje politickou, hospodářskou a sociální stabilitu řady zemí.

Kočí v této souvislosti uvádí, že většina zemí světa, vědomá si narůstající hrozby drog, investuje nemalé prostředky do restriktivních opatření. Léčba, rehabilitace, resocializace a prevence drogových závislostí však za stávajícím stavem zpravidla zaostávají. Objevují se stoupenci zcestných idejí legalizace drog kteří tvrdí, že dekriminlizací obchodu s drogami poklesne jejich cena natolik, že přestanou být pro překupnické organizace ekonomicky zajímavé a drogový trh se samovolně zhroutí. Faktem však zůstává, že v současné době nikdo neví, jak se s tímto zhoubným problémem skutečně účinně vypořádat (16).

Problém užívání a zneužívání omamných a psychotropních látek nabývá v posledním období stále více globální charakter a jeho důsledky se projevují prakticky v každé zeměpisné oblasti. Obchod s drogami je jednou z nejvýnosnějších činností na světě, je mnohem vyspělejší než v minulosti a plně využívá moderních dopravních metod. Značnými změnami postupně prochází také výroba drog. Produkční oblasti se rozšiřují a syntetické drogy se vyrábí masově s použitím snadno dostupných výchozích chemikálií. Nadnárodní seskupení výrobců a překupníků drog využívají nejnovější technologie a policejní orgány s nimi jen obtížně drží krok. Velké znepokojení vyvolává vzrůstající počet dětí závislých na drogách a šíření epidemie HIV/AIDS či Hepatitis B a C mezi intravenózními uživateli drog, tj. osobami vpravujícími si drogy do žil injekčním stříkačkami. Ke změnám na drogové scéně dochází tak rychle, že nejen výzkumy, ale i národní strategie či programy protidrogové politiky na ně reagují až se značným zpožděním. Nepřekvapí proto, že je tomuto problému trvale věnována velká pozornost nejen jednotlivými státy, ale i nadnárodními institucemi. Je přitom stále více zřejmé, že jde o problém, který není řešitelný bez důkladně provázané mezinárodní spolupráce.

Kvalifikované vyhodnocení a řešení daného problému vyžaduje, aby stejná pozornost jako údajům byla věnována také prostředí, v němž k užívání drog dochází. Jaké další skutečnosti jsou společensky významné? Sestává tento problém pouze z toho, že mladí lidé užívají příliš mnoho nelegálních omamných a psychotropních látek nebo je třeba se zabývat slabinami systému školství? Dochází ke snižování významu role rodičů? Je snad hlavním přispívajícím faktorem nezaměstnanost? Jsou k dispozici příležitosti pro trávení volného času? Je zásadním problémem narušení sociálního zázemí osob užívajících drogy a je šance ho znovu vytvořit? Může něco vyřešit přísná represe a pokud ano, do které sféry jí napřímít?

Řešení problému drog vyžaduje pečlivou analýzu všech těchto aspektů, ale i mnohem více. Je nezbytné pečlivě vybudovat filozofickou základnu celkové protidrogové strategie a pak ji důsledně a komplexně promítat do všech činností zvolených pro řešení problému zneužívání omamných a psychotropních látek.

Z uvedeného je zřejmé, že jde o velice komplexní problém, který má řadu různých dimenzí.

Je třeba se snažit o nalezení co největší rovnováhy přístupu k řešení problému zneužívání drog. Výzkumy napovídají, že důležité je zajistit, aby se pozornosti dostalo všem aspektům tohoto problému, protože pro zneužívání drog neexistuje všelék. O rovnováhu je třeba usilovat zejména ve vztahu prevence, pomoci, represe a léčby. To v praxi znamená soustředit se na činnosti spojené se snížením poptávky po drogách, ale nezanedbávat ani jiné aspekty daného problému, tedy také postih za porušení stanovených zákazů.

Postoj naší společnosti vůči návykovým látkám je rozporný. Tradiční je u nás požívání alkoholu, které si naše společnost postupem času ritualizovala. Rychle narůstající zneužívání nealkoholových drog tj. omamných a psychotropních látek je většinou naší populace vnímáno jako značné ohrožení dalšího společenského vývoje. Ale objevují se i názory, že tyto látky mohou být zdrojem tělesné, duševní či sexuální síly.

Trávníčková uvádí, že současná vysoká dynamičnost společenského života se výrazně promítá do reálných podmínek života mladistvých, vytváří určité tlaky a napětí, jenž pro ně nejsou vždy snadno zvládnutelné. U dětí a mladistvých, jako u potencionálních konzumentů, je často vyvoláván dojem, že konzumace drog odstraní jejich obavy a potíže. Mladí lidé přicházejí do prvního kontaktu s drogami většinou v době, kdy je jejich osobnost nezralá, nahodilé skutečnosti pro ně mnohdy hrají velkou roli a často řeší problém vlastní identity. Pokud berou drogy, neumí si představit, o co v životě přicházejí, protože mají cíle adekvátní jejich věku a proces dosažení sociální zralosti je individuální (31).

Mladistvý hodnotí svět kolem sebe nejen na základě vlastní osobní zkušenosti a informovanosti, ale i podle názorů sociálních skupin, v nichž se pohybuje. Většina mladistvých potřebuje častý, neformální kontakt se svými vrstevníky - partou. Zájmy a činnost těchto neformálních skupin závisí na tom, co bylo příčinou jejich vzniku. Riziková jedinci inklinují nejvíce k partě, kde bývají převážně osoby bez dostatečného

společenského kontaktu, mající pocit odcizení a vydědění ze společnosti, vedoucí často k absolutnímu odmítání všech "oficiálních" hodnot a autorit.

Parta je místem pro uspokojení potřeby odlišnosti, stává se místem tolerujícím sociálně nepřijímané chování a uspokojujícím potřebu sociální akceptace a sounáležitosti. Významně formuje chování mladistvého, neboť v partě se dělá to, "co se nosí", bez ohledu na užitek. Tento nebezpečný trend má svůj význam i při rozšiřování abusu drog. Zejména konzumace tzv. tanečních drog jako je LSD, různé tripy a extáze, se stává oblíbeným způsobem trávení volného času mládeže, která neodmítá možnost vyzkoušet si účinky omamných či psychotropních látek.

Je známým faktem, že k šíření abusu drog dochází nejčastěji mechanismem napodobování, či přímým sváděním jedince v rámci neformálních skupin, případně je experimentování s drogou nezbytnou podmínkou členství v partě. Drogy se staly téměř běžnou součástí života části mladé generace, jejich způsobu trávení volného času a relaxace. Způsoby konzumace a typ převládajících drog silně ovlivňují strukturu a vnitřní vztahy toxikomanických skupin.

Skupiny tohoto druhu jsou často uváděny jako akcelerující činitel abusu drog i delikventního jednání. Obvykle zde nechybí ani filozoficko-ideologické zdůvodňování abusu drog. Požívání drog se pro mnohé jedince stává znakem nekonformnosti a paradoxně i „svobody“. Droga je v těchto partách prezentována jako nekonvenční prostředek úniku od běžných povinností, od společensky žádoucích požadavků, jako prostředek proti konzumnímu způsobu života a konformní společnosti, případně jako vhodný projev protestu.

Zneužívání drog se pro specifickou část mládeže stává bohužel generační záležitostí, tím, co je "nezbytné" k životu. Objevují se skupiny mládeže, jejichž životní styl je úzce spojen s abusem drog. Tyto specifické skupiny - subkultury - se odlišují od dominantní kultury, navzájem se prolínají a vytvářejí skupinky, které se liší v mnoha dimenzích, zejména v míře odmítání majoritní společnosti. Pojem subkultura se zatím nedočkal přesné definice a od 40. let, kdy byl použit ve společenských vědách, bývá používán jako označení typologické kategorie, nebo dílčí varianty většího kulturního celku a konečně také jako jakási kontrakultura, tedy subkultura protestu v protikladu

k většímu celku, negující některé hodnoty dominantní kultury a vstupující s ní do konfliktu. Specifickým prvkem každé subkultury je stupeň intenzity společného sdílení hodnot, cílů a zájmů, včetně způsobů chování a životního stylu.

Obecné prvky subkulturního života jsou spojeny i s životním stylem toxikomanů, kteří si je často vůbec neuvědomují, či je naopak přehnaně deklarují. Toxikomanickou subkulturu lze zařadit mezi ty alternativní skupiny, které se vědomě odlišují v každodenním životním způsobu i vědomém sebevymezení a plánovitě nepřijímají životní styl majoritní skupiny, nebo dokonce předurčují svým členům přijímat a zaujímat krajní stanoviska ke společnosti. Jde o specifickou formu odmítnutí sociální identifikace, s vnucenou formou sociální existence. Nejistota z nezakotvenosti v širší struktuře společnosti vede toxikomany k relativní izolaci a vytváření vlastního společenství. Toxikomané, jako typická skupina hledající únik ze skutečnosti, vytvářejí v jistém slova smyslu vlastní subkulturu. Vytvářejí si vlastně náhradní svět, který je toxikomanovi srozumitelný a zároveň ho má chránit před vnějším světem. Hodnoty měnící se ve zřejmé závislosti na aplikovaném druhu látky, vlastní slang týkající se označení a manipulace s drogou, vlastní komunikační a výměnné resp. obchodní kanály, to vše vytváří vlastní specifický svět, pararealitu společně i individuálně prožívanou a chápanou. Toxikomanickou subkulturu lze dokonce charakterizovat vlastní výtvarnou, literární i hudební tvorbou, vznikající pod vlivem drog různého druhu. Ale většinu času této skupiny zabírá shánění drogy.

Odlišný způsob života a jiný systém hodnot související s abúzem drog, vyvolávají ve společenském okolí převážně odmítavé reakce, protože zvyk pohybovat se v dané realitě vlastního sociálního života neumožňuje většině občanů konfrontovat sebe sama se subkulturou jinak, než pouze prostřednictvím vlivu informací, které poskytují média.

Toxikomanické subkultury jsou jen zřídka statické, většinou se mění v průběhu doby. Zatímco centrální hodnota a hlavní role /prodavač, kupec, uživatel/ zůstávají poměrně konstantní, situační jednání, jako reakce na sociální tlak majoritní kultury, na tlak právních institucí, na módu ovlivňující volbu drogy a na dostupnost drog na černém trhu, se může značně měnit. Navíc jsou novinky v drogovém sortimentu ve

většině toxikomanických subkultur velmi oblíbeny. Nové drogy se opatřují a zkoušejí, a s nimi se rychle přijímají nové argotické pojmy a staré výrazy upadají v zapomnutí. Rovněž i doba a místo užívání drog může doznat změny. Na změny v toxikomanické subkultuře mají vliv i jednotliví členové referenční drogové skupiny, kteří participují na formování subkulturních aktivit.

Někteří experti se domnívají, že drogová subkultura, uchovávaná a rozvíjená v prostředí uzavřených skupin mladých toxikomanů, hraje při vzniku zneužívání, toxikomanického návyku, drogové závislosti i páčání drogových skupinových deliktů stejně významnou úlohu jako další vnější, sociogenní příčiny. Toxikomanické referenční skupiny se stávají živnou půdou vzniku drogové subkultury či subkultur, jejich argotu, symbolů, rituálů. Rozhodující je skutečnost, že normy jednání a hodnoty těchto nekonvenčních subkultur (drogových, delikventních, homosexuálních a dalších) jsou v mládežnické nebo vrstevnické kultuře široce známy.

Z dosavadních šetření lze doložit, že větší procento mladých toxikomanů pochází z řad městské mládeže. Město je pro abusus drog přirozeným prostředím, díky velkému počtu lidí, oslabené sociální kontrole a dalším možnostem, které městský život poskytuje. Způsob života na venkově je mnohem obtížnější. Vyžaduje daleko větší závazky a vazby k dané lokalitě ohledně času, práce, sociálních rolí atp. Naproti tomu město je i v zimě vhodným prostředím pro různé „alternativní“ způsoby života.

Abusus drog vychází často ze sociálního postavení a rolí, které hrají mladí lidé ve městech. Mladiství často nejeví zájem identifikovat se s kulturními hodnotami a vzorci společnosti. Sociální role formálně vymezené společností jsou pro ně nevyhovující. Vytvářejí si vlastní sociální strukturu a nabývají zároveň jiného, pro ně přijatelnějšího postavení v rámci své vlastní skupiny. Nevyznávají principy a hodnoty prosazované většinovým životním stylem. Hodnoty jako pořádek, rodina, čistota a morálka, skutečně nabývají poněkud ironického charakteru pro mladistvé, kteří vyrůstali v ne příliš dobře fungujících rodinách, v sídlištních aglomeracích, či v dalších místech, kde bylo možné velmi intenzivně nahlédnout na odvrácenou tvář města.

Ale bylo by značně redukcující tvrdit, že tyto hodnoty jsou odmítány pro svou podstatu. Pravdivější asi bude, že jsou odmítány v té podobě, v jaké jsou majoritní

společností předkládány. U většiny mladistvých jsou ve skutečnosti tyto hodnoty zakódovány a uznávány a jejich odmítání je v podstatě demaskováním proklamovaných norem majoritního způsobu života. Hodnoty vyznávané skupinou jsou obsaženy v celkovém zaměření skupiny a určité "vlastní" symbolice, která je často i výrazem beznaděje a opuštěnosti individua v moderním světě a celkově se zhoršujících podmínek uvnitř měst.

Jak již bylo řečeno i u nás se drogy stávají běžnou součástí života části mladé generace, jejich způsobu trávení volného času, mění jejich hodnotový systém, způsoby chování. Zajímavé je, zda lze podle názorů toxikomanů hovořit o alternativním - subkulturním způsobu života také na české drogové scéně - v Praze.

1.9.2 Názory, postoje a problémy jedinců závislých na drogách

Uváděné údaje prezentují názory toxikomanů tak, jak byly v rámci anonymního dotazníkového šetření získány v rámci jejich kontaktů s terapeutky a dalšími odbornými pracovníky. Poznatky byly získány z výzkumného šetření realizovaného Institutem pro kriminologii a sociální prevenci Praha (31).

Cílem realizovaného výzkumného šetření bylo zmapovat a prohloubit znalosti o jedincích, kteří byli v kontaktu s pražskými institucemi zaměřenými na pomoc toxikomanům. Pozornost byla soustředěna na ty jedince, kteří přišli do styku s drogami opakovaně a zneužívání jim způsobilo nesnáze v oblasti sociální (ať ve formě konfliktů s rodiči, partnerem, ve škole, či v zaměstnání), nebo souviselo s trestnou činností.

Účelem realizované dotazníkové sondy bylo zjistit některé názory, postoje a problémy mladých lidí, kteří delší dobu užívají drogy (interval užívání drog musel být delší než dva roky - získané údaje byly získávány anonymním dotazníkem a zpracovány podle speciálního počítačového programu pro statistickou analýzu dat SPSS).

Reakce sociálního okolí na informaci, že jedinec užívá drogy hraje důležitou roli v drogové kariéře každého toxikomana. Při dlouhodobém užívání drog dochází u jedince často k znehodnocení jeho sociálního statusu.

Negativně je změna postavení pocíťována v rodině, kde 27,4% respondentů uvedlo, že ztráta postavení mu vadí. I když 30,6% klientů ztratilo své postavení ve škole, pouze dalším 13,7% dotázaným to vadí. Zarážející je zjištění, že 54,8% dotazovaných problémových uživatelů drog uvedlo, že mezi vrstevníky své původní postavení neztratilo.

Déle trvající užívání drog nedává většinou časový ani finanční prostor k uspokojení jiných zálib či koníčků. Zjišťoval se i nejvyhledávanější způsob trávení volného času ve spojení s užíváním drog. Z původních zálib se respondenti nejčastěji věnovali sportu (31,5%), televizi (21,8%) a návštěvě hospod (20,2%). V současné době se respondenti věnují svým zájmům méně. Propad nastal u takových činností jako je sport, sběratelství, chov zvířat, sledování televize, návštěvy divadla či výstav, ale dokonce i hospod (někde došlo ke snížení na polovinu nebo dokonce na třetinu). Jediný koníček, který nedoznal významnější změny je zájem o hudbu. Nárůst nastal v návštěvnosti různých večírků. Získané údaje nekorespondují s tvrzením, že problémoví uživatelé drog se pro nedostatek peněz a motivace nedokáží nasměrovat na žádné zájmy. Ukazuje se, že je asi daleko složitější, zbavit se zažitého stereotypu toxikomanického života.

Podle mínění dotázaných je v České republice braní drog nejčastěji spojeno s jistým druhem zábavy /73,4%/, často s krádežemi /66,1%/ nebo obecně - dříve či později s kriminalitou /64,5%/. Výrazem vlastního životního stylu mladé generace je užívání drog podle 63,7% dotázaných, s hudbou drogy spojuje 51,6% a s vlastními rituály - pravidly 50,8% respondentů.

Poměrně rozšířený je i názor, že ten kdo bere drogy skončí na okraji společnosti /50,8%/. Na rozdíl od dříve uváděných informací, týkajících se přímo respondentů či jejich známých toxikomanů, spojují dotázaní užívání drog v obecné rovině často i s prostitucí /45,2%/, nebo s nutností podílet se na prodeji drog /41,1%/.

Přibližně třetina respondentů spojuje užívání drog s nechutí k převládajícímu kulturnímu stylu /38,7%/ či přímo se snahou změnit současnou společnost /28,2%/. Pro 21,8% dotázaných je užívání drog spojeno s protestem proti současné morálce tržní společnosti.

Souvislost s určitými slovními obraty, které ostatní většinou neznají, uvedlo 36,3% a s oblékáním 25% dotázaných. Přitom si musíme uvědomit, že lidé mají při tomto druhu otázek tendenci odpovídat podle toho, co se od nich čeká, případně zaměnit realitu s vlastním přáním. Odpovědi proto mohou být optimističtější než skutečnost.

1.9.3 Rituály a drogová subkultura

Rituály související s užíváním jednotlivých druhů drog měly a mají v různých lidských skupinách svou tradici.

Je pravděpodobné, že mladým lidem, zvláště ve velkých městech v současné době, rituály chybí. Právě užívání drog může zdánlivě tento nedostatek napravit. Způsob života i různé mýty s tím spojené, snadná nápodoba a zejména rituály vzbuzující pocit jistého elitářství, mohou mít pro mladého člověka téměř "neodolatelnou" přitažlivost, jak ostatně potvrzují i některé informace uváděné v předchozím textu.

Žádné rituály většinou nedodržuje 51,6% dotázaných problémových uživatelů drog. Pouze v partě se určitými pravidly řídí 25,0% respondentů a 22,6% dotázaných má užívání drog spojeno s určitými neměnnými pravidly a řídí se jimi.

Nejméně respondentů z daného souboru /2,4%/ se domnívá, že ti kteří berou drogy jsou lepší než ostatní lidi, které znají. Druhou krajní polohu tj., že jsou horší než ostatní lidé, zastává 11,3% dotázaných. Většinou respondentů jsou uživatelé drog charakterizováni pouze jako jiní /56,5%/, nebo cca 30% dotázaných dokonce mezi konzumenty drog a ostatními lidmi nevidí rozdíl.

Mírně nadpoloviční většina respondentů /54%/ se domnívá, že drogy jsou symbolem určité kultury a zároveň /51,6%/ je toho názoru, že také v České republice existuje "drogová" kultura.

Vyjma konkrétních informací uvedených v jiných souvislostech charakterizovali dotázaní drogovou kulturu převážně spojením s hudbu tj. určitý typ drogy je spojen s určitým hudebním stylem.

Podle jejich mínění je pervitin obvykle pro svůj budivý efekt oblíben hlavně mezi návštěvníky techno-house - rave parties.

Zajímavostí je, že účinky extáze se poněkud liší podle toho kde, v jakém prostředí je aplikována. O samotě působí relaxačně a meditačně. Často ji berou lidé v malých skupinkách či ve dvojicích pro zpestření nebo obnovení vzájemných vztahů, nebo prostě proto, že se chtějí bavit. Na "party" bývají účinky extáze spíše stimulující a společenské. V dané souvislosti Kučera uvádí, že kombinace drogy s hudbou a tancem dokáže v člověku navodit stav podobný transu, jaký lidé prožívají při kmenových rituálech či náboženských obřadech (17). Droga umožňuje splnutí hudby a pohybu a zprostředkovává radostný pocit skupinové oslavy, resp. sounáležitosti. V současnosti není těsnější vazba k určitému hudebnímu stylu.

Marihuana je na české klubové scéně běžně používanou drogou. Její uživatelé se většinou necítí jako toxikomané, protože kouření považují za naprosto normální. Kouření jointa s přáteli je malým rituálem. Často je tento rituál důležitější než intoxikace samotná. Konopí je považováno za afrodisiakum. Někteří lidé však naopak uvádějí, že konopí jejich sexualitu tlumí. Kouření "trávy" je nejvíce spojeno s regge a dalšími subkulturami.

Řada lidí navštěvující taneční kluby s *heroinem* experimentuje, ale jeho pravidelní konzumenti vyměňují zájem o společenský život za nutnost sehnat další dávku.

Verifikace teorie drogové subkultury je obtížně proveditelná, neboť rozhodující nezávislé proměnné, tj. normy jednání, jsou téměř nepřístupné přímému měření a kvantifikaci. Většinou se hodnotí a posuzují pouze z chování, jež má být objasněno /konzum hašiše, halucinogenů, heroínu/. Další problém spočívá v tom, že nevíme přesně proč a jak vznikají drogové subkultury a proč se mění.

K této problematice Trávníčková podotýká, že určitým nedostatkem teorií, koncepčních modelů i vlastních empirických výzkumů je, že ke zkoumané osobě je přístupováno jen jako k abstraktní jednotce či modelovému zástupci, který má být příkladem resp. vzorem vstupu do procesu drogového konzumu a rostoucí participace na normách jednání, rolích, rituálech a argotu. Ve skutečnosti je třeba počítat s tím, že daný jedinec je nositelem mnohonásobných společenských rolí (31).

Na užívání nealkoholových drog bylo v České republice dlouho nahlíženo spíše jako na sociální fenomén. Nyní velice rychle dostává podobu právního problému spolu s tím, jak se revolta životním stylem proměňuje v obyčejné neadaptované až antisociální chování.

Lze konstatovat, že zatímco v minulosti pocházely rizikové skupiny mládeže zpravidla z dysfunkčních a neúplných rodin na nižší sociokulturní úrovni a rodin nepřizpůsobivých /včetně rómských/, v současnosti je existence rizikových skupin mládeže rozložena bez výjimky, i když diferencovaně, v celé společenské struktuře bez ohledu na společenské postavení rodičů či ekonomické a sociální podmínky rodin.

1.10 Rizikové užívání drog, zdravotní důsledky a snižování škod

Hartnoll ve vztahu k nadepsanému tématu konstatuje, že odhady prevalence problémového užívání drog vycházejí hlavně z technik vyvinutých pro mapování užívání heroínu anebo injekčního užívání drog. Již méně se osvědčují u ostatních vzorců problémového užívání drog, zahrnující například užívání kokainu, syntetických drog, konopí nebo polymorfní užívání drog v kombinaci s alkoholem nebo léky (12). To se částečně týká definice problémového užívání drog, částečně datových zdrojů a metodologie. Analogicky toho víme již méně o rizikových faktorech a přirozeném vývoji ostatních vzorců problémového užívání drog.

1.10.1 Mládež

Mládež je základním stavebním kamenem každého národa. Mnoho mladých lidí experimentuje s různými drogami, ale většina toto období přežije a dozraje v řádné členy společnosti. Je tedy třeba se snažit, aby tímto obdobím prošli bezpečně a ve zdraví. Údaje z poslední doby naznačují, že se v posledních letech užívání nelegálních drog ve světě zvyšuje, což platí zejména pro cannabis a kokain. Není tedy vhodná doba blahopřát si k úspěchu preventivní činnosti.

Zvláštní pozornost vyžaduje „riziková“ část mládeže. Tato skupina, do níž patří zejména bezdomovci a děti z narušených rodin, nemá k dispozici ochranu, jakou by měla poskytovat rodina, ať už z důvodu vlastní volby (protože utekla z domova) nebo odmítnutí (protože jim rodiče nedovolí zůstat doma) anebo protože je jejich rodina nefunkční (zpravidla kvůli konfliktním vztahům mezi jejich rodiči). Tato skupina je charakteristická vysokým stupněm užívání všech drog, který dosahuje až 60% pro některé nelegální látky a prakticky 100% pro legální drogy (alkohol a tabák).

Česká republika se prostřednictvím svého programu protidrogové vládní politiky soustřeďuje na rizikovou mládež již mnoho let (konkrétně od roku 1993, kdy byl přijat první z těchto programů). Výsledky tohoto úsilí jsou zjevné v řadě rozsáhlých iniciativ, které se konají po celé zemi (zmínit lze například tzv. „Minimální preventivní programy“ prevence zneužívání návykových látek, jež jsou od roku 1998 postupně realizovány na všech typech škol v rámci celé ČR). Sotolář upozorňuje, že problém se však doposud zdaleka nepodařilo vyřešit. Zásadní je potřeba zaměřit se na něj z multidisciplinárního hlediska. Je zjištěno, že projekty, které se soustřeďují pouze na jedno hledisko, mají omezené výsledky. Je také důležité zahrnout do řešení tohoto problému samotnou mládež. To znamená spolupráci s mladými lidmi ve všech oblastech – konzultacemi, při strategickém plánování, zavádění, sledování a hodnocení celkové strategie do praxe i při realizaci dílčích iniciativ (27).

1.10.2 Nitrožilní (intravenózní) injekční uživatelé drog

Tato skupina si vyžaduje zvláštní pozornost mimo jiné s ohledem na skutečnost, že šířením epidemie HIV/AIDS, resp. Hepatitis B, C, vzniklo mnohem vyšší riziko nejen pro ně, ale i pro širší veřejnost. Zdravotní následky zanedbání rozšiřování těchto chorob jsou nesmírné. Společnost tento problém nemůže ignorovat a předpokládat, že se vyskytuje pouze v určitých specifických skupinách, kterým se lze vyhnout, jako jsou například homosexuálové. Dnes se hranice smazávají a dramaticky vrůstá rozšíření této hrozby i do populačních skupin, které byly dříve považovány za bezpečné. Přitom hlavní nápor epidemie HIV/AIDS je stále před námi.

Někteří autoři konstatují, že v České Republice je určitým příslibem do budoucna to, že jsme ve svém přístupu poměrně pokrokoví. Již od roku 1995 podporují místní a vládní úřady programy výměny jehel a injekčních stříkaček. Od roku 1998 jsou programy tzv. „Harm reduction“ – programy snižování následků a rizik spojených s užíváním drog – standardní součástí protidrogové strategie ČR. Již devět let existuje celostátní strategie protidrogové politiky. Nicméně riziko dalšího šíření infekčních krví přenosných nemocí, včetně HIV a AIDS, pravděpodobně nebude zažehnáno nikdy, dokud se budou vyskytovat rizikové druhy chování – v daném případě injekční užívání drog. Vzhledem k tomu, že tyto nemoci neuznávají zeměpisné hranice, žádná země by se neměla vůči nim považovat za imunní. Jediná možná cesta je zaměřit se na ně ze všech možných hledisek a vyvíjet aktivity i přímo uvnitř populace intravenózních uživatelů drog (27).

1.10.3 Ženy

Ženy tvoří většinu populace, ale výzkumy se jich týkají nepoměrně málo. Přestože mají specifické potřeby, většinou se s nimi zachází jako s muži, to jest, očekává se od nich, že budou užívat tytéž služby a léčebné programy.

Ženy neužívají alkohol a drogy ve stejné míře jako muži, ale mají větší sklon ke kouření (zejména mladé adolescentní dívky) a užívají legální drogy, buď léky na předpis nebo léky volně dostupné. Ženy mají větší sklon k problémům spojeným s pocitem méněcennosti a mohou být ovlivněny užíváním drog ze strany jejich mužských partnerů (zejména mladé ženy).

Hlavními problémy, kterými je třeba se zabývat, jsou nadměrné užívání léků na předpis, ocitnutí se v pozici oběti (například situaci bezmocnosti ve vztahu k mužskému partnerovi, což vede k nucenému užívání drog), nedostatek léčebných programů přizpůsobených specifickým potřebám žen i jejich často omezená časová dostupnost vzhledem k odpovědnosti za péči o děti.

Česká republika v jednání s touto populací neučinila významný pokrok. Nicméně postupně jsou připravovány či vznikají léčebné digramy, které pracují

speciálně se ženami. Jako příklad je možné uvést terapeutickou komunitu občanského sdružení Sananim v Karlově, určenou pro závislé ženy s dětmi.

1.10.4 Starší lidé

Starší lidé jsou viděni jako část populace, které zdravotníci předepisují příliš mnoho léků. Většinou je to činěno s nejlepšími úmysly, ale není to vždy nutné. Zdravotníci si často neuvědomují následky kombinace léků. Bohužel také často nepovažují starší osoby za dosti důležité, aby pro ně byly zavedeny zvláštní podmínky pro pomoc s problémem zneužívání drog.

Vzhledem k demografické situaci většiny zemí, lze očekávat, že se velká část populace v příštích letech přesune do skupiny starších lidí. Je proto důležité a aktuální, abychom se těmito problémy proaktivně zabývali již nyní.

1.11 Souběžné zdravotní poruchy uživatelů drog

1.11.1 Psychická a psychiatrická onemocnění uživatelů drog

Podstatná část populace, která zneužívá omamné a psychotropní látky, má současně určité psychické a psychiatrické problémy – podle odhadů je tomu tak až u 25% této populace. Tito lidé zpravidla při hledání pomoci narazí na odpor na obou stranách. Psychiatrická zařízení mohou požadovat, aby se před léčbou psychiatrických problémů nejdříve vyřešil problém zneužívání drog a zařízení pro řešení zneužívání drog mohou říci totéž o psychiatrických problémech. Tato paradoxní situace byla již popsána, ale dosud nebyla ve většině zemí úspěšně vyřešena.

Česká republika není v tomto směru výjimkou. Stále výrazněji vyvstává potřeba terapeutických programů, zaměřených na klienty s duálními diagnózami, tedy závislostí na omamných a psychotropních látkách kombinovaných s některými psychickými a psychiatrickými onemocněními. Tuto situaci je nezbytné řešit dalším vzděláváním a

zvyšováním odborné kvalifikace pracovníků stávajících terapeutických komunit provozovaných převážně nevládními organizacemi integrujícími v sobě péči o oba zmíněné typy postižení osob užívajících drogy. V současné době je takových programů citelný nedostatek. Jedním z těchto programů, které zvládají přístup k uvedené cílové populaci klientů je například terapeutická komunita při Psychiatrické léčebně Bílá voda u Javorníka.

1.11.2 Infekční nemoci související s drogami

Jedním z vážnějších zdravotních důsledků užívání nezákonných drog (zejména injekčního) je přenos onemocnění HIV a dalších infekčních nemocí, zejména hepatitidy C a B. Souvislost mezi injekčním užíváním drog a přenosem nemocí je jasně prokázána. Hlavním cílem opatření v oblasti veřejného zdraví se tedy stalo snižování injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní. Studie rovněž poukazují na souvislost mezi užíváním drog a vysoce rizikovým sexuálním chováním, z čehož vyplývá stále větší potřeba probojovat protidrogová opatření se strategiemi veřejného zdraví zaměřenými na sexuální zdraví. Monitorování na evropské úrovni probíhá tak, že jsou údaje o infekčních nemocech shromažďovány stálými informačními zdroji, kde může být injekční užívání drog uvedeno jako rizikový faktor. Dále jsou prováděny zvláštní studie zaměřené na populace uživatelů drog v různých prostředích.

1.11.2.1 HIV a AIDS

V současné době uvádí většina zemí nízký počet nově diagnostikovaných infekcí HIV připisovaných injekčnímu užívání drog. Země s dlouhodobě nízkým počtem infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog mohou být předmětem zkoumání, jaké faktory vedou k tomuto stavu. Touto otázkou se zabývá současný protidrogový plán EU a je také v centru pozornosti koordinované studie EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost). Není však důvod ke spokojenosti. Španělsko a Itálie, kde mezi injekčními uživateli drog došlo k epidemii HIV, neposkytují národní údaje z hlášení případů HIV, což výrazně snižuje vypovídací hodnotu těchto údajů o

celkové situaci v Evropské unii. Údaje z některých zemí navíc vedou k obavám, že přinejmenším u některých populací injekčních uživatelů drog může docházet k nárůstu počtu osob trpících infekcí HIV.

Se zavedením vysoce účinné antiretrovirové léčby („highly active antiretroviral treatment“, HAART), která se používá od roku 1996 a účinně zastavuje rozvoj AIDS u osob infikovaných HIV, se údaje o výskytu AIDS staly méně přínosným ukazatelem přenosu HIV. I nadále však ukazují celkové zatížení symptomatickým onemocněním a navíc představují důležitý ukazatel o zavádění a pokrytí léčby HAART mezi injekčními uživateli drog. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace bylo pokrytí léčbou HAART u pacientů, kteří potřebují léčbu, v zemích západní Evropy vysoké (přes 70 %), avšak ve většině zemí východní Evropy (včetně Estonska, Litvy a Lotyšska) mělo omezenější rozsah. Novější údaje o pokrytí touto léčbou naznačují, že došlo k výraznému zlepšení situace. Všechny členské státy a kandidátské země EU mají nyní pokrytí alespoň 75 %. Konkrétní údaje o dostupnosti této léčby mezi injekčními uživateli drog však nejsou k dispozici a čas ukáže, zda se lepší pokrytí projeví snížením výskytu AIDS mezi injekčními uživateli drog v Estonsku a Lotyšsku. Ve všech čtyřech západoevropských zemích nejvíce postižených AIDS (tj. ve Španělsku, Francii, Itálii a Portugalsku) došlo k poklesu výskytu této choroby.

1.11.2.2 Hepatitida typu B a C

Hepatitida B

Prevalence markerů viru hepatitidy typu B (HBV) se rovněž značně liší jak v rámci jednotlivých zemí, tak mezi nimi. Nejúplnější údaje jsou k dispozici pro protilátky anti-HBc, což naznačuje historii infekce. V letech 2003 – 2004 byly hlášeny vzorky injekčních uživatelů drog s prevalencí přes 60 % v Itálii a Polsku, zatímco vzorky s prevalencí pod 20 % byly hlášeny z Belgie, Irska, Kypru, Rakouska, Portugalska, Slovinska, Slovenska a Spojeného království.

Hepatitida C

Údaje o prevalenci protilátek HCV u mladých injekčních uživatelů drog (osob mladších 25 let) jsou k dispozici ze 14 zemí, ačkoli v některých případech se jedná o malé vzorky. Mezi výsledky jsou velké rozdíly, přičemž některé země vykazují vysoké i nízké údaje u různých vzorků. Nejvyšší prevalence mezi mladými injekčními uživateli drog v letech 2003 – 2004 (přes 40 %) byla zjištěna ve vzorcích z Řecka, Rakouska, Polska, Portugalska, Slovenska a Spojeného království a nejnižší prevalence (pod 20 %) ve vzorcích Belgie, Řecka, Kypru, Maďarska, Malty, Rakouska, Slovinska, Finska, Spojeného království a Turecka.

1.11.2.3 Prevence infekčních nemocí

Při snižování šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog se osvědčila řada opatření v oblasti veřejného zdraví a panuje stále větší shoda, že největší naději na úspěch má komplexní přístup k poskytování služeb v této oblasti. Z historického hlediska se diskuse z velké části zaměřovala na prevenci infekce HIV mezi injekčními uživateli drog, zároveň je však stále více vnímána nutnost účinných opatření zaměřených na omezení šíření hepatitidy a nezbytnost prevence šíření infekčních nemocí mezi injekčními uživateli drog. Je třeba poznamenat, že účinnost byla nejvíce prokázána v oblasti prevence infekce HIV mezi injekčními uživateli drog. Velké množství dostupných důkazů naznačuje, že opatření mohou být považována za účinná a dostupnost všech typů léčby poskytuje ochranu (Farrell a kol., 2005; WHO, 2005). Od poloviny 90. let 20. století se opatření na evropské úrovni vyznačovala nárůstem poskytování léčby drogové závislosti, což se obecně zdá být jeden z faktorů přispívající k relativně optimistické situaci, která v současné době v Evropě v oblasti epidemického šíření HIV mezi injekčními uživateli panuje.

Léčba je pouze jednou součástí komplexního přístupu k prevenci HIV. Další postupy zahrnují poskytování široké škály informací, vzdělávání a komunikační aktivity, dobrovolné poradenství a testování na infekční onemocnění, vakcinaci, distribuci sterilních injekčních potřeb a jiných profylaktických prostředků. Tato opatření mohou spolu s léčebnými službami poskytovanými zdravotnickým personálem v nízkoprahových institucích nebo dokonce na ulici pomoci nastavit nebo zlepšit

komunikaci s aktivními uživateli drog a jejich sexuálními partnery, pokud se týká rizik a prevence zdravotních důsledků užívání drog.

1.11.2.4 Typy programů výměny injekčních jehel a stříkaček

Třebaže většina evropských zemí nyní distribuci sterilních injekčních potřeb provádí, způsob a rozsah poskytovaných služeb se v jednotlivých zemích liší. Nejobvyklejší model je poskytování služeb na stálém místě, zpravidla ve specializovaném středisku protidrogových služeb. Tento typ služeb je často doplněn mobilními službami, jejichž cílem je dostat se k uživatelům drog v prostředí komunity.

V osmi zemích jsou nabízené služby výměny injekčních jehel a stříkaček doplněny o automaty na jejich výměnu nebo prodej. Tyto služby jsou však omezené pouze na několik málo míst, přičemž pouze Německo a Francie hlásí v tomto směru větší aktivitu (asi 200 automatů v Německu a 250 ve Francii). Jedinou zemí Evropské unie, v níž je výměna injekčních jehel a stříkaček běžně dostupná ve vězeňském prostředí, je Španělsko. V roce 2003 zde byly tyto služby poskytovány ve 27 věznicích. Další zemí Evropské unie, která vykazuje činnost v této oblasti, je Německo, kde je poskytování těchto služeb omezeno na jednu věznici.

Geografické pokrytí poskytovaných služeb se zvyšuje také prostřednictvím výměnných programů v lékárnách. Dostupnost čistých injekčních stříkaček se může rovněž zvýšit prodejem stříkaček v lékárnách. Prodej stříkaček bez předpisu je povolen ve všech státech Evropské unie, s výjimkou Švédska, ale někteří lékárníci nejsou ochotni stříkačky prodávat, a jiní dokonce aktivně odrazují uživatele drog od pravidelných návštěv svých provozoven. Oficiálně organizované sítě pro výměnu a distribuci stříkaček v lékárnách existují v devíti evropských zemích (v Belgii, Dánsku, Německu, Španělsku, Francii, Nizozemsku, Portugalsku, Slovinsku a Spojeném království), ale účast na těchto programech se značně liší.

V daném kontextu nutno zmínit, že dle výroční zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost je v Portugalsku zapojena téměř polovina lékáren (45 %), zatímco v Belgii je to méně než 1 %. V Severním Irsku je v současné době výměna injekčních jehel a stříkaček organizována výhradně

prostřednictvím lékáren. Pro některé injekční uživatele drog může být nákup stříkaček v lékárnách hlavním zdrojem kontaktu se zdravotnickými službami, což skýtá možnost využít toto konkrétní místo pro další služby. V rámci rozšiřování úlohy lékáren je důležitá motivace a podpora lékárníků při rozvoji služeb nabízených uživatelům drog, ale v současné době provádí výraznější investice v této oblasti pouze Francie, Portugalsko a Spojené království (7).

1.12 Minority

Řada zemí má velké populace menšinových etnických skupin (v Evropě například obyvatelstva romského původu, v Americe domorodých Indiánů, v Austrálii a na Novém Zélandu Maorů), kteří mají vážné a specifické problémy. Mladí lidé z těchto skupin jsou z hlediska ohrožení problémy spojenými s alkoholem a užíváním omamných a psychotropních látek výrazně zranitelnější, než ostatní mládež. Kritickým problémem se pro tyto osoby staly rovněž epidemie HIV a AIDS.

Česká republika dlouhodobě věnuje velkou pozornost specifickým problémům etnických menšin, zejména pak romského obyvatelstva. To se týká i problému zneužívání drog. Přes počáteční rozpaky si řada programů získala důvěru uživatelů drog z romské menšiny. V současné době již existují i programy, které se zaměřují specificky na rómské uživatele drog. Jako příklad lze uvést terénní program výměny injekčních stříkaček a drog realizovaný občanským sdružením Host na území Prahy.

Zatímco o nutnosti postihování nedovoleného obchodu s drogami není celosvětově sporu, právní úprava užívání nelegálních drog a jejich držení samotnými uživateli je předmětem několik let trvajících diskuzí jak na mezinárodní, tak na národní úrovni.

V mnoha zemích EU lze vysledovat aktuální trend rozlišení trestního postihu případů, kdy se jedná o nakládání s drogami čistě za účelem osobní potřeby, od případů ostatních, kdy se s drogami obchoduje nebo nakládání s nimi zasahuje další osoby.

Dochází tedy ke zmírnění sankcí nebo k ústupu od trestního stíhání například u nakládání s drogou pro vlastní potřebu, a to zejména s cílem nekriminalizovat uživatele

drog jako takové. Trestní právo většiny zemí EU rozlišuje sankce rovněž v závislosti na druhu drogy, a to podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti. Z tohoto hlediska jsou v praxi nejčastěji odlišeny konopné drogy od drog ostatních, existují ale i rozlišení do tří a více kategorií.

1.13 Úmrtnost a úmrtí související s drogami

1.13.1 Úmrtnost problémových uživatelů drog

Většina informací o úmrtnosti problémových uživatelů drog v Evropě se týká uživatelů opiátů. Úmrtnost související s jinými formami užívání drog je mnohem méně známá, zůstává však důležitou otázkou veřejného zdraví. Kolektivní studie, zahájená v rámci projektu EMCDDA, zkoumala úmrtnost uživatelů opiátů přijatých do léčby v osmi evropských lokalitách. Studie zjistila velmi vysokou úmrtnost uživatelů opiátů ve srovnání s jejich vrstevníky – šestkrát až dvacetkrát vyšší u mužů a desetkrát až padesátkrát vyšší u žen. V šesti sledovaných lokalitách (v Amsterdamu, Barceloně, Dublinu, Londýně, Římě a Vídni) bylo podle odhadů 10-23 % všech úmrtí dospělých ve věku 15-49 let způsobeno užíváním opiátů, zejména předávkováním, AIDS a externími příčinami (nehody, sebevraždy). Přibližně jedna třetina těchto úmrtí souvisejících s drogami byla způsobena předávkováním. Tento poměr byl však vyšší ve městech s nízkou prevalencí infekce HIV mezi injekčními uživateli drog a je pravděpodobné, že s rozšířením dostupnosti vysoce účinné antiretrovirové léčby (HAART) dojde ke zvýšení.

Kohortová studie úmrtností provedená v České republice zjistila, že úmrtnost uživatelů simulantů byla 4-6krát vyšší (standardizovaný index úmrtnosti, SMR) než u běžné populace, zatímco úmrtnost uživatelů opiátů byla 9-12krát vyšší. Francouzská kohortová studie, která sledovala osoby zadržené za užívání heroinu, kokainu nebo cracku, zjistila úmrtnost mužů 5krát vyšší a úmrtnost žen 9,5krát vyšší než u běžné populace, ovšem s klesající tendencí.

Jak uživatelé opiátů stárnou, úmrtnost se zvyšuje s tím, jak se k úmrtím z předávkování a jiných externích příčin (např. sebevražda a násilí) přidávají úmrtí způsobená chronickými stavy (cirhózou, rakovinou, chorobami dýchacích cest, endokarditidou, AIDS) (národní zprávy Nizozemska, 2004 a 2005, Zdravotnické služby města Amsterdamu). Navíc mohou k vysoké úmrtnosti uživatelů drog podstatným způsobem přispívat i životní podmínky této skupiny (např. bezdomovectví, duševní onemocnění, násilí, špatná výživa). Onemocnění AIDS související s nitrožilním užíváním drog bylo dále příčinou 1 528 úmrtí v roce 2002, ačkoli tento údaj je pravděpodobně podhodnocený. Další příčiny úmrtí souvisejících s drogami, jako jsou onemocnění (např. hepatitida), násilí a nehody, se vyhodnocují mnohem obtížněji, pravděpodobně však představují velký počet úmrtí. Podle odhadů je možné připsat 10-20 % úmrtí mladých dospělých v evropských městech užívání opiátů (viz. výše). K tomu bychom měli přičíst úmrtnost související s jinými formami užívání drog, kterou je však velmi obtížné vyčíslit.

1.13.2 Úmrtí související s drogami

Úmrtí související s drogami je složitý pojem. V některých zprávách se tento výraz používá pouze pro úmrtí způsobená účinky psychoaktivních látek, zatímco jinde tento pojem zahrnuje rovněž úmrtí, při nichž užívání drog hrálo nepřímou nebo vedlejší úlohu (dopravní nehody, násilí, infekční onemocnění). Z odhadů nedávné zprávy, která se zabývala typy újmy způsobenými nezákonným užíváním drog ve Spojeném království, vyplývá, že hlavní újmou spojenou s užíváním drog jsou úmrtí (MacDonald a kol., 2005). V této části a v protokolu EMCDDA se výraz „úmrtí související s drogami“ používá pro úmrtí způsobené užitím jedné nebo více drog, k němuž zpravidla došlo krátce po požití látky/látek. Další výrazy používané pro popis těchto úmrtí jsou „předávkování“, „otravy“, „úmrtí vyvolaná drogou“ nebo „náhlá úmrtí související s drogami“

V letech 1990-2003 uváděly země EU každý rok 6 500 až 9 000 úmrtí, což celkově představuje více než 113 000 úmrtí během tohoto období. Tyto údaje je možné

považovat za minimální odhad vzhledem k tomu, že v mnoha zemích pravděpodobně dochází k podhodnocení uváděných hodnot. Úmrtnost populace v důsledku užívání drog se v jednotlivých evropských zemích velmi liší a pohybuje se v rozmezí od 0,2 do 50 úmrtí na milion obyvatel (průměrně 13 úmrtí). Ve většině zemí se pohybuje v rozmezí od 7 do 30 úmrtí na milion obyvatel, přičemž míra převyšující 25 úmrtí byla zjištěna v Dánsku, Estonsku, Lucembursku, Finsku, Spojeném království a Norsku (7).

1.13.3 Snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami

Oslovení neléčených populací uživatelů drog a vytvoření cest pro komunikaci je nezbytnou podmínkou pro osvětu o rizicích a vedení i zprostředkování přístupu ke službám, včetně léčby. Výzkum okolností předávkování podpořil rozvoj intervencí, které se zaměřují na vysoce rizikové situace nebo osoby.

Takovými opatřeními lze dosáhnout významného snížení počtu úmrtí, která lze připisat na vrub okamžitým účinkům užívání drog. Úlohu různých intervencí při snižování náhlých úmrtí v souvislosti s užíváním drog shrnula nedávná zpráva EMCDDA (EMCDDA, 2004d). Protože většina úmrtí z předávkování v Evropě se týká heroínu, zvýšení podílu léčených uživatelů heroínu lze vnímat jako preventivní opatření proti předávkování. Nedávný mírný obrat v trendu v úmrtích z předávkování zaznamenaný v některých členských státech může být způsoben řadou faktorů. K nim patří pokles v prevalenci a injekčním užívání, posílení preventivních snah, zvýšení dostupnosti léčby, příjmu pacientů a jejich udržení v léčbě a pokud možno omezení rizikového chování.

Profil opatření aplikovaných ve většině zemí podporuje odborný názor na použití různých intervenčních strategií ke snížení počtu úmrtí předávkováním drogou a pokládá substituční léčbu závislosti na opiátech za nejpřínosnější přístup.

Dalšími důležitými opatřeními ve většině evropských zemích jsou opatření zaměřená na informace, osvětu a komunikaci. Šíření osvěty o rizicích a pokynů, co dělat proti předávkování, prostřednictvím tištěných materiálů nebo dalších forem (letáků, internetových stránek, kampaní v masových médiích) je běžné nebo převládá

v 19 zemích. Podle národních kontaktních míst je méně běžný přístup, kde je do postupů poradenství a léčby systematicky začleněno posouzení individuálních rizik a kdy jsou organizována skupinová sezení s osvětou o rizicích a opatření pro uživatele drog,

Celou jednu širokou kategorii aktivit lze definovat jako „intervence před propuštěním z věznic“. Ty sahají od prostého šíření informací přes poradenství o rizicích předávkování a jeho prevenci až po zahájení substituční léčby ve věznicích nebo pokračování v této léčbě. Aktivita spadající do této škály opatření však ve třinácti zemích našly uplatnění jen zřídka a v dalších pěti zemích vůbec ne (Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko a Švédsko). Ve Španělsku, Itálii a Spojeném království patří intervence ve věznicích mezi převládající postupy k řešení problematiky náhlých úmrtí souvisejících s drogami. Místní podmínky rizik spojených s injekční aplikací drog na veřejnosti vedly k otevření aplikačních a uživatelských místností s odborným dohledem ve čtyřech zemích EU a v Norsku. Jejich cílovými skupinami jsou silně marginalizovaní a rizikům vystavení injekční uživatelé drog z ulice (EMCDDA, 2004c) (7).

1.14 Užívání drog v prostředí zábavy

1.14.1. Prostředí taneční hudby

Průzkumy ukazují, že mladí lidé pohybující se v prostředí taneční hudby ve srovnání se svými vrstevníky s desetkrát větší pravděpodobností vyzkoušeli stimulační drogy. V některých případech hlásily přibližně dvě třetiny pravidelných návštěvníků klubů, že tyto látky vyzkoušely minimálně jednou v životě.

Více než 60 % pravidelných návštěvníků klubů dotazovaných v některých zábavných zařízeních ve Francii, Itálii a Spojeném království uvedlo, že již vyzkoušelo kokain. Na druhou stranu více než polovina pravidelných návštěvníků klubů dotazovaných v České republice, Francii, Maďarsku, Nizozemsku a ve Spojeném

království uvedla, že již v životě vyzkoušela extázi – drogu, která je ve všech tanečních zařízeních všeobecně populárnější než amfetaminy.

Méně často užívanými, nicméně pravidelně hlášenými drogami na klubové scéně, jsou ketamin a GHB. Podle některých výzkumů v životě již vyzkoušelo ketamin více než 7 % respondentů v České republice. Pokud jde o halucinogenní drogy, vysoký počet uživatelů byl zaznamenán při terénních průzkumech v České republice, kde 45 % respondentů již v životě vyzkoušelo LSD, a ve Francii, kde 55 % respondentů již vyzkoušelo halucinogenní houby.

1.14.2 Klubová turistika a užívání drog v době dovolených

Podle zprávy jsou uživatelé drog, kteří tráví volný čas v zábavních podnicích, většinou mladí, nepohybující se na okraji společnosti, jsou zaměstnaní nebo studují a mají zajištěný příjem. Uspokojivá kupní síla spolu s možností využít cestování za nižší náklady a otevřené vnitřní hranice v rámci EU společně podpořily rozvoj klubové scény a s ní související turistiky.

Podle průzkumů vyzkouší mladí lidé s větší pravděpodobností drogu na své zahraniční dovolené, případně ji na dovolené užívají častěji než obvykle. Ve Španělsku se v největší míře rekreační užívání drog objevuje v blízkosti turistických destinací kolem Středozemního moře. Ve Švédsku, kde je úroveň užívání drog ve srovnání s evropskými standardy nízká, bylo v jedné studii zjištěno, že mladí lidé, kteří vyzkoušejí nelegální drogy, tak ve 23 % případů učinili poprvé mimo Švédsko. Při rozhovorech s mladými lidmi, kteří se vraceli z Ibizy, bylo v rámci studie o situaci ve Spojeném království zjištěno, že četnost užívání všech druhů drog byla na dovolené vždy vyšší než v domácím prostředí. Např. více než třetina uživatelů extáze (37 %) v průběhu dovolené užila drogu pět nebo více dní z týdne – jedná se o četnost pětkrát vyšší než je běžné.

1.15 Prevence a životní styl

V oblasti prevence užívání drog došlo k „posunu paradigmatu“ směrem k důrazu na životní styl, který ovlivňuje způsob trávení volného času mladých lidí, a směrem k ovlivňování jejich postojů, že užívat drogy je normální.

Pracovníci v oblasti prevence využívají internet, aby oslovili (potenciální) mladé uživatele drog „v jejich vlastním světě“, a snaží se je přimět ke kritickému zhodnocení uživatelských zvyklostí a k posouzení rizik spojených s užíváním drog. Nicméně podle EMCDDA je stále zřejmější, že preventivní přístup založený na informování nebo přesvědčování jednotlivců nemůže fungovat sám o sobě. Proto se objevují komplexní strategie zaměřené na dané prostředí jako celek, mezi něž patří například zákazy určitých reklamních sdělení, zásady bezpečného provozování klubů a udělování licencí na konkrétní akce. Záměrem těchto opatření je neutralizovat agresivní propagaci legálních i nelegálních látek a narušit vnímání kouření, pití alkoholu a konzumace nelegálních drog jako něčeho, co je znakem „pohody“, „dospělosti“ nebo „vzpoury“. Tyto přístupy, které se již v některých zemích osvědčily, se zaměřují na změnu dostupnosti legálních drog a regulaci prostředí, ve kterém ke konzumaci drog dochází.

Ředitel agentury EMCDDA Wolfgang Götz k dané problematice uvádí: „Pro příliš mnoho mladých Evropanů je konzumace drog a většího množství alkoholu nedílnou součástí dobře stráveného večera. Pokud se nám nepodaří v myšlení mladých lidí tuto přímou asociaci mezi konzumací drog a zábavou přerušit, zdravotní a sociální náklady dosáhnou značné výše. Aby se nám to však podařilo, musíme spolupracovat se zábavním průmyslem v zajištění maximálně možné bezpečnosti zábavních zařízení, která mladí lidé navštěvují. Musíme však rovněž navázat kontakt s mladými lidmi samotnými, abychom se ujistili, že z pohodlnosti nebudou ignorovat dlouhodobé škody, které mohou drogy a alkohol napáchat. Především musíme nabourat zavádějící přesvědčení, že „více znamená lépe“ a nahradit je jiným přístupem, a sice že i bez chemických pomocníků je možné se dobře bavit (7).

1.16 Trestněprávní dopady abusu omamných a psychotropních látek

1.16.1 Alternativní opatření určená osobám užívajícím drogy

Trestná činnost osob závislých na omamných a psychotropních látkách je často motivována snahou získat prostředky na jejich obstarání, takže když nedojde k léčbě této závislosti hrozí dlouhodobě její recidiva. Přístup k řešení těchto věcí a zejména případů postihu za přechovávání omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu by proto měl být citlivě vyvážený a diferencovaný, zaměřený na odstranění příčin trestné činnosti a prevenci jejího opakování. Zásadně by v rámci něho měla být upřednostňována resocializace, případně léčba osob závislých na uvedených látkách, před přísným trestněprávním postihem. Je proto třeba zajistit možnost alternativního postihu osob závislých na těchto látkách.

Zahraniční úpravy vycházejí z toho, že není účelné těmto osobám ukládat nepodmíněné tresty odnětí svobody, a preferují možnost vázat výrok o trestu na to, zda se pachatel podrobí příslušnému léčení. Naše právní úprava toto řešení rovněž umožňuje. Soud má možnost uložit *léčení* jako alternativu k potrestání pachatele některým z trestů, přičemž v rámci daném našimi procesními a hmotněprávními předpisy se tak může stát v souvislosti s rozhodnutím o podmíněném zastavení trestního stíhání podle § 307 trestního řádu (a to i v přípravném řízení), o upuštění od potrestání podle § 25 trestního zákona a o podmíněném upuštění od potrestání podle § 26 trestního zákona. Kromě toho může být osvědčení se obviněného ve zkušební době podmíněného zastavení trestního stíhání a podmíněného upuštění od potrestání vázáno i na podrobení se jinému vhodnému terapeutickému zacházení.

Efekt působení léčby a dalších forem terapeutického zacházení s osobami užívajícími omamné a psychotropní látky může výrazně posílit vhodné využití specifických metod probační práce, zvláště probačního dohledu. Jeho smyslem je na jedné straně kontrola chování odsouzeného – specificky významná u osob užívajících omamné a psychotropní látky, u nichž stále hrozí riziko návratu k předchozímu

životnímu stylu v „drogové“ komunitě – a na druhé straně jejich vedení k životu bez konfliktu se zákonem a pomoc v krizových situacích.

Sokolář konstatuje, že ve vztahu k trestně stíhaným osobám užívajícím drogy lze v zásadě použít všech alternativ k potrestání nepodmíněným trestem odnětí svobody. Účelné je, aby využití těchto možností bylo koordinováno Probační a mediační službou. Zároveň by v této souvislosti měla být posílena role nevládních organizací v oblasti prevence a léčby, ale i vytváření podmínek pro efektivní uplatnění alternativ k potrestání. Právě jejich činnost by mohla vytvořit podmínky pro využití široké nabídky zcela specifických alternativních programů umožňujících diferencovaný přístup prakticky ke každému pachateli. V praxi by mohlo jít vedle léčby závislosti na alkoholu a drogách například o různé rekvalifikační kurzy, programy sociálního výcviku a převýchovy, programy zdokonalování sociálních dovedností, projekty realizace obecně prospěšných prací, programy psychologického poradenství, reintegrační programy kombinující kurzy sociálních dovedností, psychoterapie a výcvik zaměřený na získání určitých pracovních dovedností apod. (27).

Zvláště velkou pozornost je třeba věnovat mladistvým pachatelům. Důležité je vytvářet pro ně přitažlivé programy jako alternativy, které by je odvedly od trávení volného času v rizikovém prostředí zvyšujícím pravděpodobnost, že u nich budou přetrvávat problémy s drogami a dojde k recidivě trestné činnosti. Mezi taková prostředí patří například bary a video herny, v nichž mladiství přichází do styku s drogami, jakož i osobami, které se zabývají nelegální činností a představují negativní vzory v chování. Obecně formulovaná přiměřená omezení spočívající v zákazu návštěv takových zařízení je vhodné kombinovat s povinností účasti v určitých pozitivně motivujících alternativních programech. V praxi může jít například o intervenční programy v podobě letních táborů pro mládež, o různé uměleckoprůmyslové programy (například práce v produkčních skupinách sbírajících a zpracovávajících informace prostřednictvím videoprogramu) nebo o účast na rekvalifikačních programech a specifických kursech pro hledání zaměstnání a pro zlepšení sociálních dovedností, které se mohou příznivě odrazit na jejich příjmu i společenském postavení. Celkově může pro ně jít o příležitost pro osobní růst a zlepšení finanční situace.

Specifickou komplikaci představuje to, že značná část pachatelů trestných činů užívajících drogy má současně problémy v různých oblastech. Zpravidla mají značně narušené sociální zázemí, nedostatek legálních zdrojů finančních příjmů, jen obtížně se orientují v běžných životních situacích, ztrácí základní sociální dovednosti, obtížně se zapojují do pracovního procesu, při snaze o omezení užívání drog trpí abstinenčními příznaky a zároveň mívají psychiatrické problémy. Při hledání pomoci pak často naráží na odpor na všech stranách. V dané souvislosti je dle Sotoláře rovněž nutné řešit kompetenční spor zdravotnických a sociálních zařízení o posloupnosti řešení psychiatrických problémů a problémů závislosti, kdy psychiatrická zařízení požadují, aby se před léčbou psychiatrických problémů nejdříve vyřešil problém zneužívání drog a zařízení věnující se řešení zneužívání drog říkají totéž o psychiatrických problémech. K dispozici pro ně je navíc jen omezený okruh rekvalifikačních kursů a programů věnovaných zlepšování jejich sociálních dovedností. Řešení této paradoxní situace je třeba hledat v lepší integraci kombinovaných programů pro léčení souběžných zdravotních potíží – v daném případě zejména psychiatrických problémů a závislosti na drogách – a v jejich provázání s probačními resocializačními programy (27).

1.16.2 Možnosti a meze trestněprávního postihu drogových deliktů

Výroba drog, obchodování s nimi a konzumace drog představují vážný celosvětový problém, který se nevyhýbá žádnému státu, bez ohledu na jeho ekonomickou vyspělost, kulturu, historii či geografickou polohu. Jde o problém, který má své aspekty zdravotní, sociální, kulturní, ekonomické, bezpečnostní a další. Drogová problematika je též významným kriminogenním faktorem – drogy jsou častou příčinou trestné činnosti různého druhu. Nejde jen o vlastní drogové delikty spočívající v nelegální výrobě drog, manipulaci s nimi, jejich zneužívání atd., ale rovněž o trestné činy páchané v souvislosti s drogami – od deliktů majetkových, přes trestné činy proti svobodě, životu a zdraví až po organizovaný zločin.

Vzhledem k tomu většina států považuje nelegální výrobu drog, jejich distribuci a další způsoby nakládání s nimi za trestné činy a proto k potlačování negativních jevů

souvisejících se zneužíváním drog pak využívá i represivních metod, včetně trestního postihu. Proto také základní mezinárodní normy vztahující se k drogám vycházejí ze skutečnosti, že v nelegální výrobě, distribuci a zneužívání drog je třeba spatřovat trestné činy a jako takové je postihovat též trestněprávní represí. Jde především o úmluvy přijaté na půdě OSN, a to Jednotnou úmluvu o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách, Úmluvu o psychotropních látkách z roku 1971 a Úmluvu proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988.

1.17 Rizikové chování injekčních uživatelů drog

Z prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených v České republice multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002 až 2004 vyplynulo, že 558 (77,1%) ze 760 injekčních uživatelů někdy aplikovalo použitou injekční stříkačkou (104 z nich použilo stříkačku výhradně po svém partnerovi, naopak 158 (20,8 %) nesdílelo nikdy. Poprvé aplikovalo použitou stříkačkou během posledního měsíce 6,4% dotázaných (37 osob), během posledního roku 33,2 % dotázaných. Jiné nástroje potřebné pro injekční užívání použilo po někom 77,9 %, nikdy to neučinilo 20,7 % osob.

V zahraničí někdy injekčně užilo drogu 21,5 % - 163 osob, 12,7 % (96 osob) z dotázaných sdílelo někdy injekční stříkačku s cizincem. Celkem 25,1 % dotázaných si je vědomo, že použilo, a 38,8 % že nepoužilo stříkačku po VHC pozitivním, zbylých 36,1 % to neví.

Téměř 40 % respondentů má zkušenost s pobytem ve vazbě nebo výkonu trestu. Procento vězněných stoupá s věkem a dobou, která uplynula od prvního injekčního užití, Muži mají zkušenost s vězněním podstatně častěji než ženy (53,2 % oproti 14,8 %). Naopak nebyla u respondentů prokázána výrazná souvislost mezi vězněním a vzděláním, národností nebo etnickou příslušností. Zkušenost s injekční aplikací ve vězení uvedlo 120 (40,8 %) z 294 dotázaných s pobytem ve vězení v anamnéze a 10 z nich uvedlo, že injekčně aplikovalo ve vězení poprvé v životě. (18) Lze předpokládat,

že jen minimální část injekčních aplikací ve vězení probíhá čistou stříkačkou; možnost sterilní aplikace ve vězení je tedy téměř nulová a pravděpodobnost sdílení vysoká. Pobyť ve vězení se také ukázal jako jeden z vůbec nejsilnějších předpovědních faktorů onemocnění virovou hepatitidou C.

1.18 Terapie a základní pojmy

Vlastní terapie ve smyslu psychiatrické péče je definována stupni: detoxikace (detoxifikace), odvykací léčba, ambulantní doléčování.

1.18.1 Detoxikace

Je téměř nefunkční v rámci ambulantních podmínek, ústavně je pak zajištěna v rámci detoxikačních jednotek. Psychofarmakoterapie je základním prostředkem pomoci, ordinace substitučních preparátů doplněná o psychofarmaka ke tlumení doprovodných abstinčních projevů, afektivních zvrátů, poruch myšlení vystupňovaných do psychotické dimenze. Zodpovědným koordinátorem léčby může být jen psychiatr s erudií v příslušném oboru. Speciálně nárůst frekvence psychotických projevů při abusu drog, rozšíření spektra duálních diagnóz tuto nezastupitelnost jen podporuje.

1.18.2 Odvykací léčba

Střednědobá ústavní intervence zaměřená na psychickou stabilizaci pacienta a jeho přípravu pro sociální integraci. Petr v této souvislosti konstatuje, že jednou z částí léčby je celková změna náhledu, motivace k abstinenci, uvědomění si potřeby přehodnotit dosavadní existenci. To jsou problémy cílené pro psychoterapeutické ovlivňování a vedení. Psychická stabilizace, eliminace abstinčních projevů, rovnováha myšlení, impulzivity, rozpoznání potřeby substituce, nastavení udržovací

psychofarmakoterapie v případě potřeby – to jsou úkoly pro psychiatrii. Složení terapeutického týmu a jeho rovnováha je zde určující pro aktivitu celého programu (23).

Psychiatr je zde spíše koordinátor a jeho odpovědnost je dána zdravotnickým rámcem, farmakoterapií a potřebou rozpoznat psychopatologické souvislosti a odlišit je od nezájmu či odmítání léčby.

1.18.3 Ambulantní doléčování

Zde je výrazná disproporce mezi teorií a praxí. Charakteristika ambulantní péče, jak je definovaná, je excelentní, postihuje komplexní psychoterapeutickou, sociální, biologickou léčbu. Tým pracovníků ambulance je školený, je schopen poskytovat specifickou a specializovanou péči a pomoc. Realita psychiatrických ambulancí je ale zcela odlišná. Tým je zpravidla redukován na jednoho lékaře, většinou bez sestry či terapeuta a péče je omezena na návštěvu 1x za dva měsíce a zajišťuje předpis nejnnutnější medikace. Přitom posudková činnost, rozhodování o schopnosti práce, řízení motorových prostředků, výchovy dětí, studiu atd. leží pouze na psychiatrovi. Bez širší znalosti pacienta je pak posudkový závěr schematický a neodpovídající aktuální realitě (23).

Zvláštní kapitolu pak tvoří substituce jako jedna z metod doléčování. Aktuální situace s možností preskribce buprenorfinu praktickými lékaři dokazuje katastrofální nepochopení souvislostí léčby toxikomanů jak organizátory zdravotnictví, tak samotnými lékaři. Výsledkem uvolnění preskribce buprenorfinu je pouze jeho rozšíření mezi ilegální drogy a existují pouze jednotlivci mezi pacienty, kteří tuto formu léčby dodržují pod dohledem praktických lékařů.

Lze tak uzavřít, že ambulantní forma léčby závislých je sice propracovaná, psychiatrie jako obor je schopen ji realizovat s velmi dobrou historickou zkušeností z provozu ordinací poradenství pro alkoholismus a toxikománie, ale realizace této fáze léčby je omezena finančními možnostmi společnosti.

V rámci posuzování stavu jednotlivce s problémem abusu drog a návykových látek je specifická kapitola – soudní psychiatrie, forenzní posouzení stavu. Díky rozsahu oboru psychiatrie je jen málo odborníků, kteří jsou schopni postihnout obor jako celek. Soudní psychiatrie nerozlišuje potřebu specifické průpravy pro obor alkoholismu a toxikománie, jak je tomu v případě sexuologie či dětské psychiatrie. Výsledkem je pak často forenzní expertiza uzavřená doporučením ochranné soudní léčby, kterou doporučuje psychiatr, který léčbu toxikomana nikdy neviděl, neprováděl a vůbec není informován o aktuální odborné situaci. Například o skutečnosti, že se na nástup k ústavní léčbě čeká několik let nebo, že ambulantní léčbu odmítají provádět psychiatrické ambulance pro neúměrné organizační zatížení či vyčerpání stanovených finančních limitů.

Specializace v rámci oboru psychiatrie zahrnuje také léčbu návykových chorob. Podaný přehled jen naznačuje potřebu této specializace a aktualizaci odborných informací a systému péče.

1.19 Vězeňské prostředí a možnosti drogových intervencí

Otázku, zda užívání drog vede ke kriminalitě, nebo naopak, zatím nikdo uspokojivě nezodpověděl. Není však pochyb o velice těsném spojení mezi těmito dvěma způsoby chování. Například údaje ze Spojených států amerických ukazují, že až 80 % tamějších pachatelů trestné činnosti má problémy s nelegálními drogami nebo alkoholem nebo bylo pod vlivem drog nebo alkoholu při spáchání trestného činu (Gondles, 2005). Výzkum v Anglii a Walesu (Holloway, Bennett, Lower, 2004) prokázal přítomnost nelegálních drog v těle u 69 % zatčených osob, z nichž velká většina uváděla spojitost mezi svým užíváním drog a pácháním trestné činnosti (29). V České republice nejsou k dispozici spolehlivé údaje o podílu uživatelů drog ve vězeňské populaci. Při testování osob nastupujících výkon trestu v pražských věznicích bylo v roce 2004 získáno 24 % pozitivních testů a při testování osob ve výkonu vazby a trestu, prováděném ve stejném roce ve všech 35 věznicích, byl nález pozitivní u 4 %

vězňů. Podle některých odhadů (Miovský, Sochůrek a Gajdošíková, 2003) se podíl osob užívajících ve vězení opakovaně nelegální drogy pohybuje mezi 20 a 30 %.

Pro oblasti zdravotnictví a sociálních služeb vyplývají z uvedených skutečností dvě hlavní skupiny otázek. Na jedné straně jsou to otázky z oblasti veřejného zdraví: Jaká zdravotní rizika přináší populace uživatelů drog ve vězení pro společnost? Jakým způsobem je možné tato rizika snižovat? Jak se tato rizika liší od těch mimo vězení? Jak je možné nasměrovat uživatele drog ve vězení k abstinenci a snížit tak riziko jejich recidivy? Je možné aplikovat existující léčebné programy do vězeňského prostředí? Na tyto otázky se snaží nalézt uspokojivou odpověď vězeňské systémy za pomoci různých vědeckých disciplín. Abychom mohli nahlédnout složitost této problematiky, je užitečné podívat se na ni očima samotných uživatelů drog vstupujících do vězení.

1.19.1 Situace uživatelů drog po vstupu do vězení

Uvěznění jedince dlouhodobě užívajícího drogy znamená většinou výrazný životní zlom jak pro něj, tak pro jeho nejbližší okolí. Je vytržen ze všech každodenních vztahů, ve kterých se do té doby pohyboval, a umístěn do prostředí, kde má jen velmi omezené možnosti svobodně se rozhodnout s kým a jak bude trávit čas. Tento silný zásah do jeho identity často vede k obecným otázkám po dalším životním směřování. Nucená abstinence, vnímaná těsná souvislost mezi užíváním drog a uvězněním mohou být důvodem pro více či méně vágně formulované rozhodnutí přestat brát drogy. To bývá dále podporované i ze strany rodinných příslušníků a blízkých, kteří mu v průběhu návštěv připomínají, jaké negativní důsledky mělo jeho užívání drog pro okolí.

Zdálo by se tedy, že abstinence po výstupu z vězení je společným cílem jak daného jednotlivce, tak jeho okolí, zkrátka ideální výchozí pozice pro úspěšné zvládnutí drogového problému. Existuje ovšem celá řada překážek, které se tomuto cíli staví do cesty, a vysoká míra jak drogové, tak kriminální recidivy ukazuje, že jsou často jen velice obtížně překonatelné. Škvařilová k tomuto uvádí, že samotný pobyt ve vězení a soužití s vězeňskou subkulturou vede spíše ke vzdálení než přiblížení jedince většinové

společnosti. Jak si všimli někteří sociologové (Goffman, 1961; Foucault, 1999; Bourdieu, 1997), vězení prohlubuje a neustále stvrzuje delikventní identitu a vyvolává sociální exkluzi. Výrazné komplikace přináší také výstup z vězení. Goffman popisuje tzv. výstupní úzkost („anxiety on release“), která se vyznačuje pocity dezorientace, zmatku a nejistoty a může vést k bezprostřednímu drogovému relapsu, tzn. k opětovnému upadnutí do předešlého stavu nemoci po nastalém zlepšení (26). Navíc jedinec náhle opouští prostředí, které utvářelo jeho rozhodnutí abstinovat a často se vrací tam, kde je takové rozhodnutí irelevantní, mezi subkulturou uživatelů drog. Je to jedna z mála skupin, kde může získat svým pobytem ve vězení určitou prestiž. V rámci většinové společnosti „se propadá na dno“ (Goffman, 1961). Jeho delikventní identita je i po výstupu udržována a zviditelňována prostřednictvím rejstříku trestů, verbálního projevu, povinnosti navštěvovat určité úřady apod. Významnou komplikaci také představují finanční dluhy, které ve vězení často ještě narůstají. Původní optimismus pramenící z předpokladu, že se ve vězení koncentruje mnoho motivovaných uživatelů drog, na které lze snadno působit a „vyléčit je ze závislosti“, je tedy vystřídán skeptickým postojem (29).

1.19.2 Nedobrovolná, soudně nařízená léčba

Rozmach drogových soudů a využívání léčby drogové závislosti jako alternativy k trestu znovu rozpoutaly diskuse o účinnosti nedobrovolné léčby. Radikální tábor odpůrců tohoto typu léčby tvrdil, že nedobrovolná léčba nemůže fungovat, protože na počátku musí být vždy motivace a zájem jedince se léčit; tento přístup měl zastánce i mezi českými odborníky. Jiná část odborníků a výzkumných pracovníků upozorňovala, že dlouhodobé výsledky nedobrovolně léčících se pacientů jsou z hlediska drogové a kriminální recidivy srovnatelné se skupinou dobrovolných pacientů. Přehnaný důraz kladený na motivaci může podle nich znevýhodňovat některé uživatele drog, kteří by mohli mít z léčby stejný prospěch jako ostatní.

Trochu světla do této oblasti vnesl rozsáhlý celoevropský výzkum QCT (Quasi Compulsory Treatments), jehož kvalitativní část se zabývala způsoby jakými je léčba

nařizována a vstupem klienta do léčby (Oeuvcray, 2004). Studie zjistila vysokou míru variability v léčebných alternativách k trestu, stejně tak jako ve způsobech, jakými je léčba pro konkrétního klienta vybírána a nařizována a kdy jí klient nastupuje – jestli před nebo až po rozhodnutí soudu. Jako nejčastější problémy autoři uvedli nedostatečnou komunikaci mezi zdravotně-sociálním a trestněprávním systémem, slabou koordinaci jednotlivých složek systému a nedostatečnou pozornost věnovanou důležitým přechodům a fázím v léčbě.

Ve srovnání s běžnou populací je počet uživatelů drog ve vězení podstatně vyšší. Podle výroční zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti za r. 2005 je celoživotní prevalence užívání drog mezi vězni podle většiny provedených studií v EU vyšší než 50 %; v jednotlivých státech se pohybuje mezi 22 a 86 % (EMCDDA, 2005). Velká část uživatelů drog po nástupu do vězení sice užívání drog omezí nebo s ním přestane, mnoho vězňů však pokračuje v užívání drog i po uvěznění a někteří z nich drogy ve vězení začnou užívat nebo si je aplikovat nitrožilně. Údaje o užívání drog přímo ve vězení se zjišťují obtížně a jsou poměrně nepřesné. Podle EMCDDA uvádí 8 až 60 % vězňů, že během pobytu ve vězení užívali drogy, a až 42 % uvádí jejich pravidelné užívání. Podle údajů národních monitorovacích středisek činí podíl vězňů, kteří si během pobytu ve vězení aplikovali drogy nitrožilně, až 34 % (EMCDDA, 2005).

Tyto údaje nastolují téma přístupu uživatelů drog ve vězení ke sterilním potřebám pro nitrožilní aplikaci drog a poukazují na značná rizika šíření infekčních nemocí. Současně vyvolávají otázku opodstatněnosti omezování některých forem péče v takto epidemickém prostředí.

1.19.3 Harm reduction ve věznicích

1.19.3.1 Počátky Harm reduction ve věznicích

V souvislosti s nebezpečím infekčních onemocnění vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) již na konci 80. let doporučení, obsahující výčet kroků, které by

měly doprovázet zavádění strategií harm reduction ve vězení (WHO, 1987). WHO doporučila zejména:

- Zajištění pravidelného přísunu (aktualizovaných) informací vězeňskému personálu o AIDS a jiných infekčních onemocněních.
- Distribuci informačních materiálů pro vězně o AIDS/HIV, rizicích (a rizikových způsobech) užívání drog a homosexuálních kontaktů ve vězení.
- Zajištění dostupnosti kondomů ve vězení.
- Zvážení zavedení programů distribuce čistých jehel a stříkaček v rámci zdravotní péče ve vězení, pokud jsou tato opatření v daném státě zavedená mimo vězení.
- Zajištění dostupnosti HIV testů a nabídka před- a po-testového poradenství.
- Odmítnutí izolace a segregace uživatelů drog ve vězení (např. při jejich zaměstnávání).
- Dodržování obecných hygienických standardů ve věznicích.

Podrobnější směrnice byly o deset let později vytvořeny Evropskou sítí pro prevenci HIV/AIDS a hepatitidy ve vězení (dnešní ENDIPP). Vycházejí z předpokladu, že ve vězení by měli mít lidé stejný přístup ke zdravotní péči jako na svobodě. Vzhledem k vysoce rizikovému prostředí je potřeba se intenzivněji zaměřit na prevenci infekčních onemocnění (důsledné epidemiologické sledování, přístup k čistému injekčnímu náčiní, očkování a léčbě závislosti včetně substituční terapie) (ENDIPP, 1999).

1.19.3.2 Současný stav zavádění strategie harm reduction do věznic

Situace, pokud jde o zavádění strategií harm reduction, v evropských i světových věznicích však stále není uspokojivá. Jako nejčastější námitky proti výměnným programům ve vězení jsou uváděny zvýšení násilí, použití jehel jako zbraní, nárůst (injekčního) užívání drog, snížení významu abstinenčně orientovaných služeb. Nejnovější poznatky však konstatují, že tyto obavy nebyly naplněny (Lines, R. a kol., 2006)

Jako první zavedlo programy výměny jehel ve věznicích Švýcarsko v r. 1992. Rozhodlo se pro limitovaný počet 7 věznic, které tyto služby nabízely. V Německu byly

tyto programy zastaveny kvůli politickým tlakům. Španělsko je tak jediným státem EU, kde jsou výměnné programy zavedeny (a to ve všech věznicích) (Lines, R. a kol., 2006). K rozvoji těchto služeb dochází v Moldávii, Kyrgyzstánu a překvapivě také Bělorusku. Kyrgyzstán dosáhl plného pokrytí všech 11 věznic výměnnými programy. Zavedení programů výměny jehel ve vězení se zvažuje také v Lucembursku, Austrálii a Kanadě.

Shrnutí a vyhodnocení přibližně dvou set nezávislých studií týkajících se výměny jehel ve věznicích přineslo mimo jiné následující závěry (WHO, 2006a):

- Využívání sterilního náčiní injekčními uživateli drog výrazně přispívá ke snížení rizika nákazy virem HIV.
- V důsledku výměnných programů nedošlo k nárůstu významných nezamýšlených negativních důsledků – nárůstu (injekčního) užívání drog, snížení věku uživatelů.
- Výměnné programy jsou nákladově efektivní a přinášejí i další významná pozitiva (větší záchyt problémových uživatelů, zvýšení počtu léčených osob).
- Účinky dezinfekčních prostředků na snižování infekce HIV nebyly přesvědčivě prokázány.
- Výměnné programy samy o sobě nestačí omezit výskyt infekce HIV mezi injekčními uživateli drog.

Kromě výměnných programů jsou v rámci strategie harm reduction ve věznicích využívány informace a vzdělávání, dobrovolné testování a poradenství, distribuce kondomů a chlorových dezinfekčních přípravků a substituční terapie (příp. preskripce opiátů) (WHO, 2006b).

1.19.3.3 Harm reduction ve vězeňském systému ČR

Strategie harm reduction, tedy minimalizace rizik, spojených s užíváním (nelegálních) drog, kdy plná abstinence od psychoaktivních látek není vnímána jako cíl, ale jen jako jeden z možných prostředků, není ve vězeních v ČR prováděna. V zařízeních pro výkon trestu a vazby v ČR neexistují ani pilotní projekty výměny

jehel, ani vzdělávání o méně rizikových způsobech užívání drog, ani možnost legálního pořízení sterilního náčiní k užívání drog.

Pro prostředí vězeňství navrhuje Světová zdravotnická organizace širší definici harm reduction: „Termín harm reduction ve vztahu k ochraně veřejného zdraví ve věznicích označuje přístup, jehož cílem je předcházet negativním zdravotním dopadům, souvisejícím s určitým typem chování (např. injekční aplikací drog), s pobytem ve vězení a s přeplněností věznic, jakož i negativním dopadům na duševní zdraví, popřípadě tyto dopady snižovat“ (WHO, 2005). Zohledníme-li tuto specifickou definici, pak je třeba se zmínit zejména o projektu substituční léčby závislosti na opiátech, jehož pilotní fáze byla 1. dubna 2006 spuštěna ve dvou věznicích (Praha Pankrác a Příbram). Substituční léčba je standardní léčebnou modalitou, jejímž cílem je úplná abstinence pacienta od nelegálních opiátů; k tomu používá farmakoterapii plnými agonisty nebo částečnými agonisty opiátových receptorů, doprovázenou intenzivní nefarmakologickou léčbou (psychoterapie, vzdělávání, atd.) Jedná se o látky, které působením na neuronový receptor vyvolávají shodné reakce jako porovnávaná skutečná droga (1).

Tato standardní léčba v sobě nicméně obsahuje prvky harm reduction; ten nejviditelnější spočívá ve faktu, že je přijímána i chronickými, těžkými pacienty, kteří mají potíže s jinými léčebnými režimy (asistovaná nebo „suchá“ detoxifikace, vězeňské programy využívající model terapeutické komunity apod.). Tak významně snižuje riziko přenosu krevních virových onemocnění v prostředí věznic. Substituční léčba se dosud týká jen nemocných opiátovou závislostí; pro závislé uživatele stimulačních drog, jichž se předpokládá ve věznicích ČR vyšší počet (Zábranský, 2003), podobná alternativa dosud neexistuje.

1.19.4 Situace v České republice – drogové služby ve vězení

Služby prevence, léčby a následné péče pro uživatele drog se v ČR rozvíjely od roku 1990. Koncem 90. let existoval poměrně ucelený systém preventivních programů, služeb harm reduction a léčby. Dostatečně nebyla pokryta oblast služeb pro uživatele drog ve vězení a právního poradenství pro uživatele drog. Pracovníci nízkoprahových a

léčebných programů začali klienty ve věznicích navštěvovat v rámci řádných návštěv a udržovali s nimi písemný kontakt. Začala se rozvíjet komunikace s vedením jednotlivých věznic a začaly vznikat první projekty zaměřené výhradně na práci s klienty ve vězení.

1.19.4.1 Přehled rozvoje drogových služeb ve vězení

- 1997 – první přímé kontakty ve vězení a sociálně-právní podpora klientů v konfliktu se zákonem; přístup do věznic prostřednictvím Vězeňské duchovenské péče a na základě dohod s řediteli věznic.
- 1997-2000 – vznik prvních samostatných projektů Sdružení Podané ruce, o.s. SANANIM a o.s. Laxus.
- 2001-2003 Phare Twinning Project „Posílení národní protidrogové politiky“ – v rámci pracovní skupiny „Vězeňství“, došlo k navázání spolupráce mezi nestátními neziskovými organizacemi a Generálním ředitelstvím Vězeňské služby České republiky.
- 2002 – zahájení oficiálního dialogu o spolupráci na drogových službách ve vězení mezi Vězeňskou službou České republiky a Asociací nestátních organizací. Asociace nestátních organizací je dobrovolná, profesní, odborná, nezávislá a nepolitická asociace, která slouží jako střešní organizace nestátních neziskových organizací v oblasti prevence, péče, léčby a resocializace drogových závislostí.
- 2003 – založení pracovní skupiny „Klient v konfliktu se zákonem“, sdružující poskytovatele drogových služeb z řad nestátních neziskových organizací zaměřené na služby pro problémové uživatele drog ve vězení.
- 2003 – založení odborné sekce Drogové služby ve vězení Asociace nestátních organizací; cílem je zejména vytvoření koncepce a metodiky služeb ve vězení, vzdělávání, výměna zkušeností a garance kvality služeb.
- 2004-2006 – došlo k rozvoji dalších programů nestátních neziskových organizací zabývajících se službami pro drogově závislé ve věznicích; v r. 2006 působí v 16 z celkového počtu 35 věznic. Ve většině věznic je

spolupráce formalizována na základě písemné dohody mezi danou věznicí a nestátní neziskovou organizací. Intenzita spolupráce se pohybuje od jednoho dne měsíčně až po dlouhodobé celodenní působení až 4 dny v týdnu v dané věznicí.

1.19.4.2 Projekt drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno

Projekt Drogové služby ve vězení Sdružení Podané ruce Brno je nejdéle existujícím a nejrozsáhlejším projektem zaměřeným na práci s klienty v konfliktu se zákonem. Oficiální začátek projektu se datuje od r. 1997, přípravná fáze probíhala v letech 1995-1996. V projektu pracují v současné době čtyři odborní pracovníci – psycholog, sociální pracovník a dva speciální pedagogové. Působnost projektu je v Jihomoravském kraji, ve věznicích Kuřim a Břeclav a ve vazební věznicí Brno.

Cílem projektu je dosáhnout pozitivních změn ve vývoji životního a sociálního scénáře problémových uživatelů drog ve vězení, podpořit pozitivní potenciál jejich rodin a přirozených komunit, vytvářet kontinuální vztah ke klientovi a zajišťovat návaznost služeb v následné péči.

Projekt nabízí zejména individuální a skupinové poradenství a terapii, motivační trénink, krizovou intervenci, case management a další služby. Klade důraz na kontinuitu péče a zprostředkovává a také sám zajišťuje odbornou pomoc klientům po výstupu z vězení. Nedílnou součástí projektu je spolupráce s pracovníky vězeňské služby a se subjekty v oblasti návazné a postpenitenciární péče (probační a mediační služba), sociální kurátoři, kontaktní a léčebná zařízení, aj.).

V r. 2005 byly služby poskytnuty 303 klientům a 43 rodinným příslušníkům. V r. 2005 pokračovalo ve spolupráci s projektem 54 % klientů propuštěných z vězení, z nichž 43 % nastoupilo do ambulantní či rezidentní léčby.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je analýza zneužívání omamných a psychotropních látek, zkoumání druhových aspektů těchto závislostí a studium související popř. navazující trestné činnosti. Bakalářská práce je zaměřena na zjišťování vlivu omamných a psychotropních látek na delikvenci osob, projevy společenského chování a dopady do osobní sféry života jedince, jakož i na jeho nejbližší prostředí.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Nejčastěji užívanou drogou mezi studenty středních škol je marihuana.

Hypotéza 2

Mladí lidé, kteří pravidelně nebo občasně užívají drogy se dopouštějí trestné činnosti častěji než mladí jedinci, kteří drogy neužívají.

3. Metodika výzkumu

Autorkou byl zvolen kvantitativní výzkum, realizovaný prostřednictvím dotazníkového šetření. Šetření bylo prováděno na středních školách v Českých Budějovicích. Sběr dat byl proveden v dubnu roku 2007 a probíhal v časovém úseku jednoho týdne. Nástrojem sběru dat byl standardizovaný dotazník, jenž následovala obsahová sekundární analýza dat v rámci porovnání výsledků vybraného vzorku respondentů.

Dotazník je zaměřen na rizikovou skupinu mladistvých a respondentů ve věku blízkém věku mladistvých (dle konstantní soudní judikatury 18-20 let). Obsahuje

standardizovaný soubor otázek, které jsou koncipovány především jako zavřené a polootevřené. Jeho vypracování respondenty probíhalo zcela anonymně do předtištěného formuláře. Sběr dat byl realizován učiteli v rámci jejich vyučovacích hodin. V případě jakékoliv nejasnosti měli žáci možnost obrátit se na vyučujícího, který jim poskytl potřebné vysvětlení. Za tímto účelem proběhla vždy před předložením dotazníků respondentům mezi autorkou a vyučujícím konzultace. Dotazníky byly předloženy šedesáti respondentům, když tento počet byl autorkou vyhodnocen jako dostatečně reprezentativní. Všechny dotazníky byly vráceny. Jejich úplnost a specifická věrohodnost se jeví jako dostatečné, a proto byly zahrnuty do výzkumné materie.

První část dotazníku je zaměřena na sociální a rodinné zázemí respondentů, jejich výsledky a motivaci v rámci školního vzdělávání. V tomto směru byly dotazníkovým šetřením zjišťovány údaje o rodině respondentů a skutečnosti vztahující se k osobě respondenta, jakož i k jeho psychosociálnímu vybavení. Druhá část je poté zaměřena na oblast drogové problematiky, především otázky obecného povědomí o tomto tématu, na subjektivní přístup respondentů k této problematice a specifikaci vlastních zkušeností, zejména z hlediska aplikace jednotlivých omamných a psychotropních prostředků respondenty a její četnosti. Třetí část výzkumu se poté zabývá problematikou zneužívání omamných a psychotropních látek mladými lidmi a její spojitostí s trestnou činností páchanou těmito osobami.

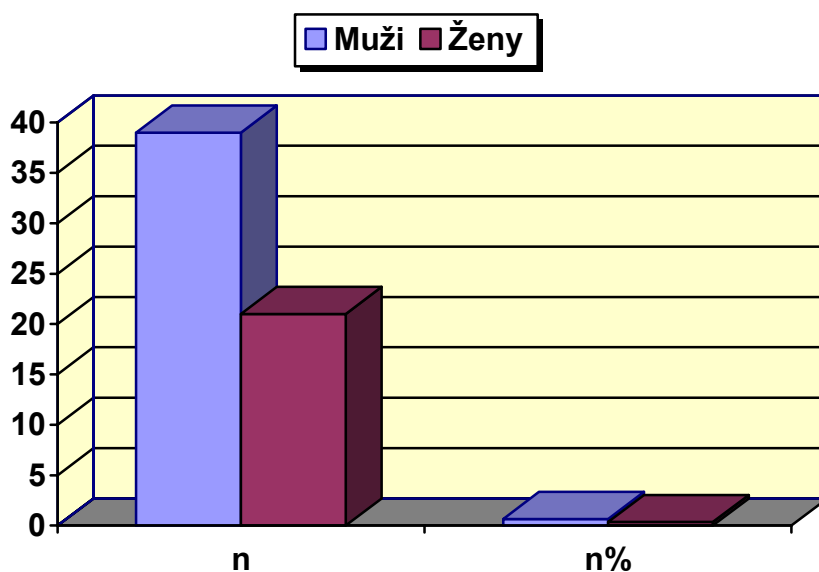
4. Výsledky

Tabulka č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

	n	n%
Muži	39	65%
Ženy	21	35%
Celkem	60	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví (absolutní čísla a procenta)



Zdroj: Vlastní výzkum

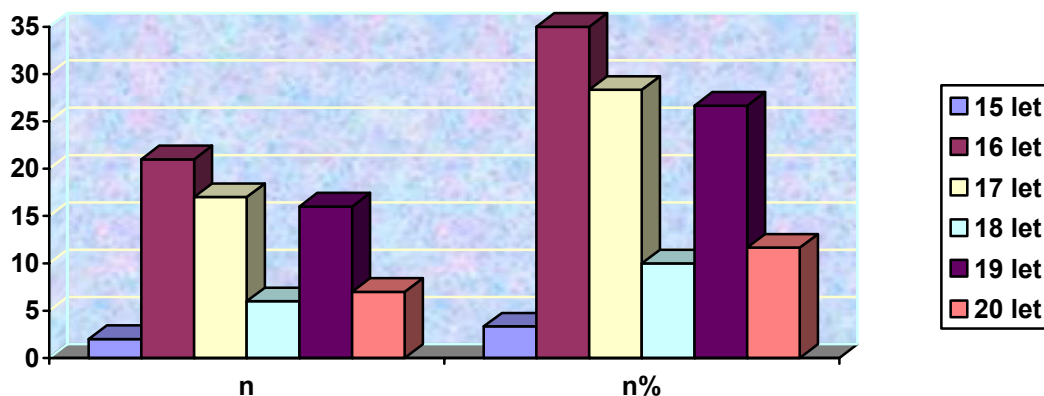
Procentuální zastoupení respondentů ve zkoumaném vzorku tvoří 39 osob mužského pohlaví (65 %) a 21 osob ženského pohlaví (35 %).

Tabulka č. 2: Věkové rozmezí oslovených respondentů

	n	n%
15 let	2	3,3
16 let	21	35,0
17 let	8	13,3
18 let	6	10,0
19 let	16	26,7
20 let	7	11,7
Celkem	60	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2: Věkové rozmezí oslovených respondentů (v%)

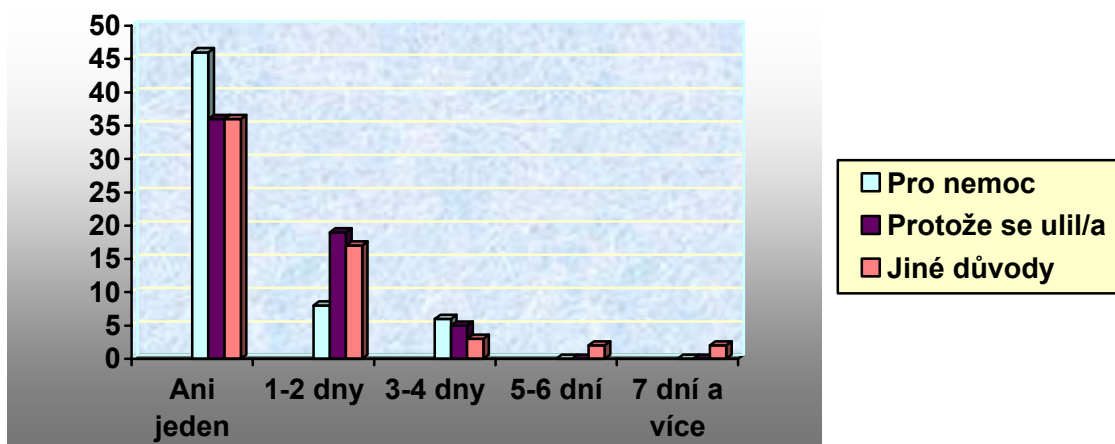


Zdroj: Vlastní výzkum

Z oslovených respondentů je nejvíce osob ve věku 16 let. Druhou nejpočetnější skupinou z hlediska věku, jsou respondenti jimž je 19 let. Nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby ve věku 15 let.

Pro objasnění příčin antisociálního či kriminálního jednání mladistvých osob bylo v první řadě nutné zaměřit se na sociální, rodinné zázemí respondentů, jejich výsledky a motivaci v rámci školního vzdělávání. V tomto směru byly dotazníkovým šetřením zjišťovány údaje o rodině respondentů (dosažené vzdělání otce a matky, socioekonomický status rodiny, vzájemné vztahy v rodině atd.). Dále pak byly zjišťovány skutečnosti vztahující se k osobě respondenta, jeho psychosociálnímu vybavení.

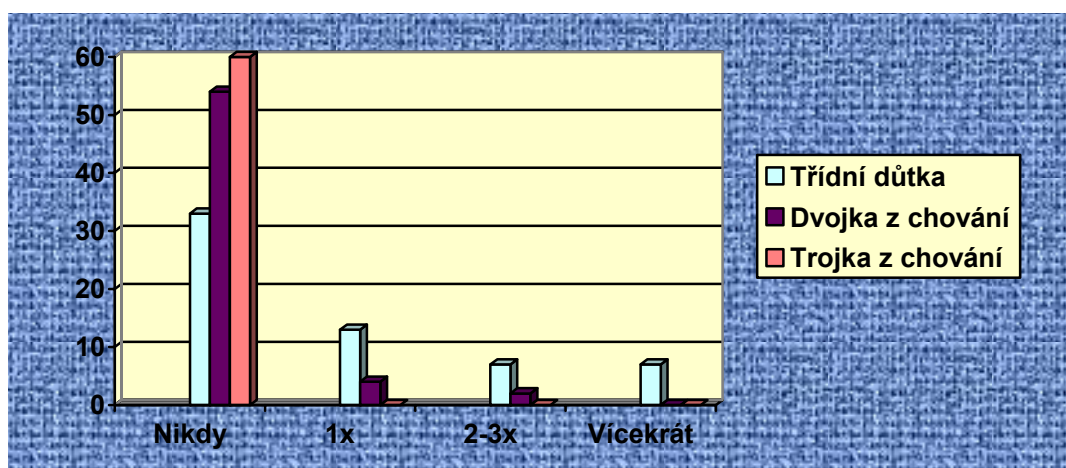
Graf č. 3: Počet zameškaných dnů (perioda 30 dnů)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů chybělo 1-2 dny, protože se „ulili“ (19 osob), 3-4 dny nejvíce zameškali respondenti pro nemoc (6 osob). Pět dní a více chyběli dotázaní z jiných důvodů (4 osoby).

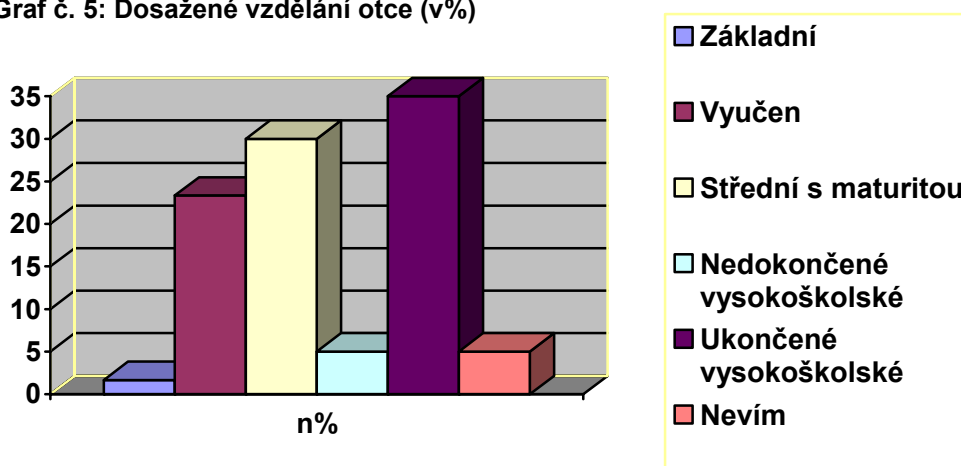
Graf č. 4: Sankce použité vůči respondentům ze strany školy (za dobu dosavadní školní docházky)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že žádný z respondentů neměl za dobu své školní docházky natolik závažné problémy s chováním, aby musel být sankcionován trojkou z chování. Dvojkou z chování bylo potrestáno 6 respondentů. Na 27 dotázaných bylo výchovně působeno třídní důtkou.

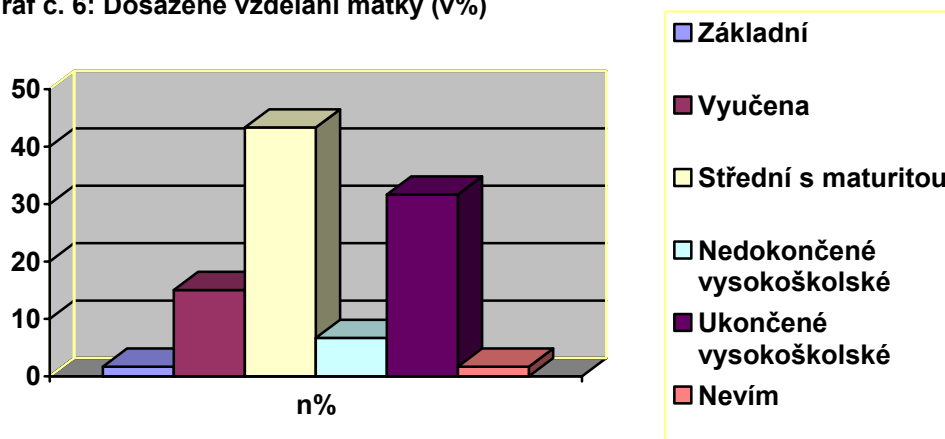
Graf č. 5: Dosažené vzdělání otce (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji dosaženým vzděláním otce je vzdělání vysokoškolské, jenž mělo 21 otců (35,00 %). Středního vzdělání s maturitou pak dosáhlo 18 otců (30,00 %). Nejméně početnou skupinou jsou pak z tohoto pohledu otcové, kteří mají pouze základní vzdělání (1,66 %).

Graf č. 6: Dosažené vzdělání matky (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z provedeného výzkumu pak dále vyplývá, že nejčastěji dosaženým vzděláním matky je vzdělání střední s maturitou, když toto bylo zjištěno u 26 matek (43,3 %). Druhým nejčastějším dosaženým vzděláním matek respondentů bylo ukončené vysokoškolské vzdělání, kterého dosáhlo 19 z nich (31,7%). Nejméně početnou skupinou jsou pak z tohoto pohledu matky, které mají pouze základní vzdělání (1,66 %).

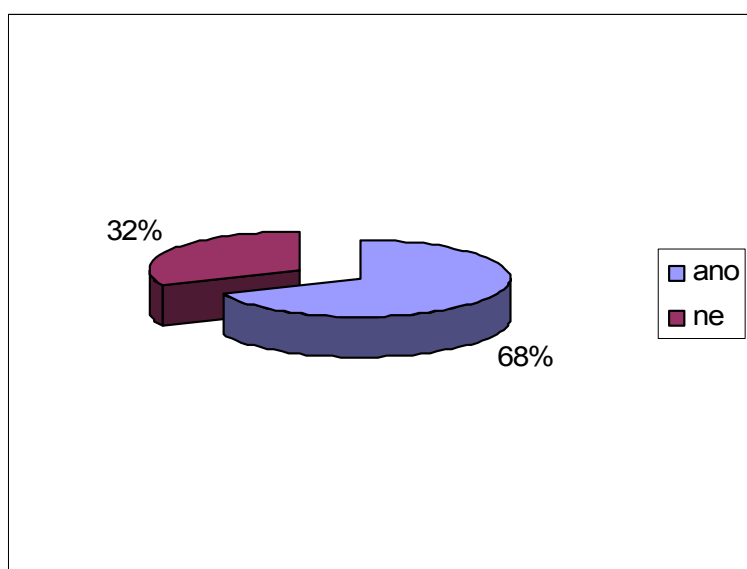
Tabulka č. 3: Vztahy v rámci rodiny a vůči přátelům (v %)

	Velmi uspokojivé	Uspokojivé	Ani uspokojivé ani neuspokojivé	Spíše neuspokojivé	Zcela neuspokojivé
Matka	53,3 %	31,7 %	11,5 %	1,7 %	1,7 %
Otec	43,3 %	38,3 %	5,0 %	5,0 %	8,3 %
Přátelé	63,3 %	30,0 %	5,0 %	0,0 %	1,7 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Vztahy v rámci rodiny a vůči přátelům vyjadřuje tabulka č. 3, ze které vyplývá, že za velmi uspokojivé označuje 38 respondentů (63,3 %) vzájemný vztah s přáteli. Vztah k matce má za velmi uspokojivý více než polovina (53,3 %) respondentů. Nejvíce neuspokojivé se respondentům jeví vztahy s otci (8,3 %), zatímco ve vztahu k matce a přátelům označilo vztahy za zcela neuspokojivé pouze 1,7 %.

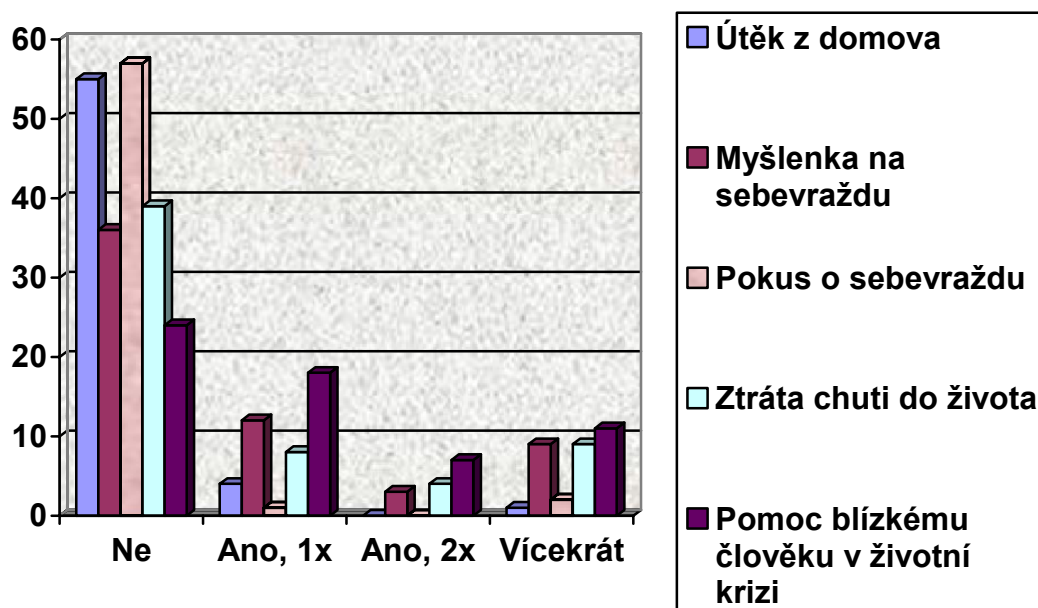
Graf č. 7: Rozdělení respondentů podle toho, zda byli vychováni oběma rodiči



Zdroj: Vlastní výzkum

Je zřejmé, že převážná většina respondentů byla vychovávána oběma rodiči (68 %). Jedním z rodičů pak bylo vychovááno 32 % respondentů.

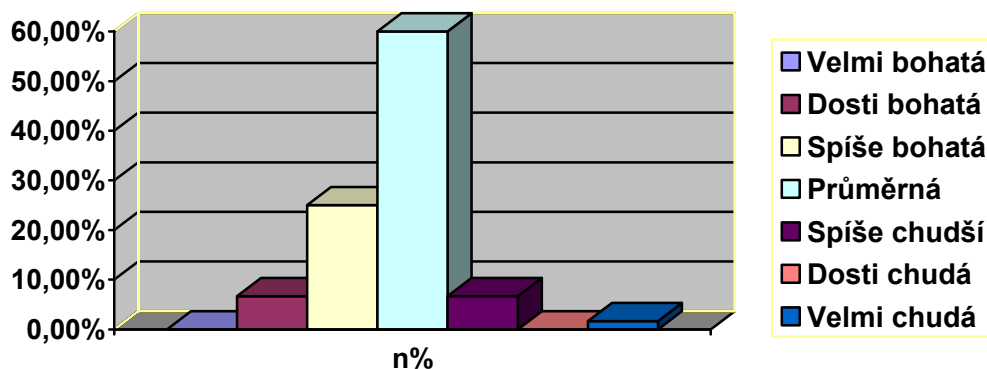
Graf č. 8: Četnost závažných zátěžových životních situací



Zdroj: Vlastní výzkum

Z hlediska četnosti závažných zátěžových životních situací respondentů, lze konstatovat, že poměrně značné množství dotázaných již přemýšlelo o sebevraždě (24 osob), přičemž o její realizaci se pokusili tři klienti, z nichž dva dokonce opakovaně.

Graf č. 9: Materiální situace rodiny respondentů (v%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů považuje svou rodinu za průměrně bohatou (60 % dotázaných). Počet respondentů, kteří hodnotí svou rodinu za poměrně bohatou dosahuje 25 %. Ani jeden z respondentů neoznačil svou rodinu za velmi bohatou. Pouze jeden subjekt má zato, že pochází z velmi chudé rodiny.

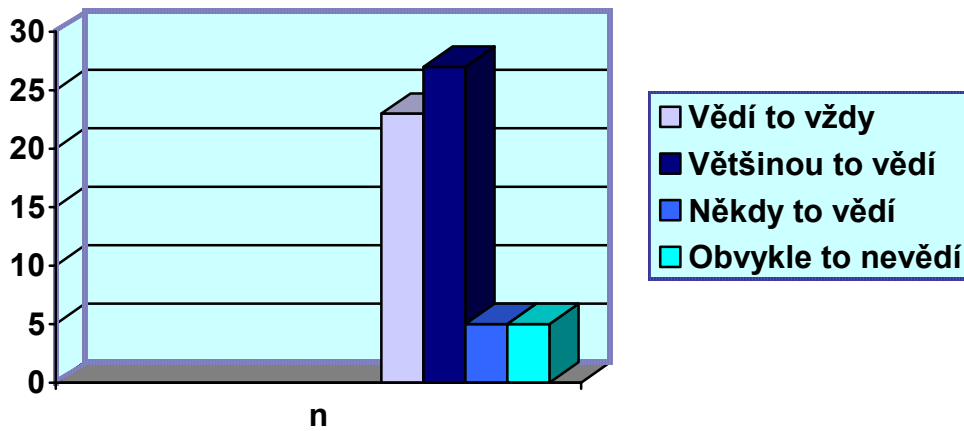
Tabulka č. 4: Spokojenost respondentů s jednotlivými hodnotami

	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Něco mezi	Spíše nespokojen	Velmi nespokojen
S finanční situací rodiny	18	22	14	3	3
Se svým zdravotním stavem	19	28	9	3	1
Sám/a se sebou	16	28	15	1	0
S vyhlídkami osobního upl. v budoucnosti	10	28	19	1	2

Zdroj: Vlastní výzkum

V této souvislosti je třeba uvést, že výrazná většina respondentů vyjadřuje spokojenost s finanční situací rodiny, svým zdravotním stavem, sami se sebou i s vyhlídkami osobního uplatnění v budoucnosti.

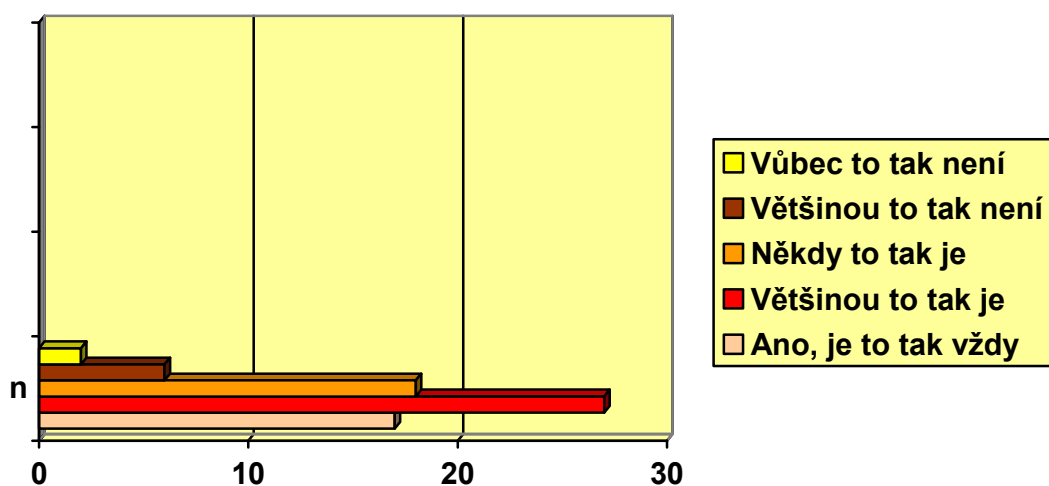
Graf č. 10: Odpověď na otázku, zda rodiče respondentů vědí, kde tráví víkendové večery



Zdroj: Vlastní výzkum

Rodiče klientů ve většině případů vědí, kde jejich děti tráví víkendové večery (27 osob). Pouze pět respondentů uvedlo, že jejich rodiče nemají povědomost o tom, kde se o víkendových večerech nacházejí.

Graf č. 11: Odpověď na otázku, zda v rodině panuje příznivá atmosféra



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti se v 27 případech vyjádřili v tom smyslu, že v jejich rodině panuje většinou příznivá atmosféra, důvěra a pochopení. Absolutní nespokojenost v tomto směru uvedli pouze dva respondenti.

Další fáze výzkumného šetření byla již zaměřena přímo na oblast drogové problematiky, především se jednalo o otázky obecného povědomí o této problematice (znalost jednotlivých druhů drog), o subjektivní přístup k předmětné problematice a vyjádření vlastních zkušeností, zejména z hlediska aplikace jednotlivých omamných a psychotropních prostředků respondenty, její četnosti a časové genezi ve vztahu k věku respondentů.

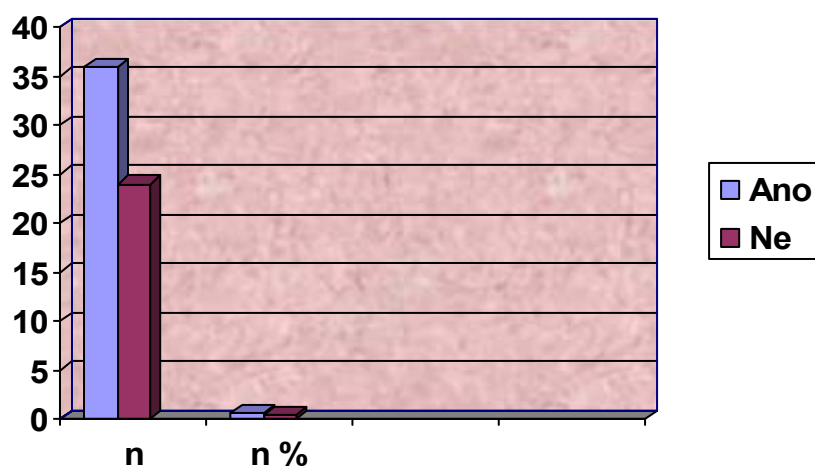
Tabulka č. 5: Znalost jednotlivých druhů drog ze strany respondentů (v %)

	Respondenti jimž je droga známa	Respondenti jimž není
Léky na uklidnění, sedativa	81,7 %	18,3 %
Marihuana nebo hašiš	100,0 %	0,0 %
LSD	87,9 %	12,1 %
Pervitin (amfetaminy)	100,0 %	0,0 %
Krak	71,7 %	28,3 %
Kokain	87,9 %	12,1 %
Relevin	8,3 %	91,7 %
Heroin	87,9 %	12,1 %
Extáze	87,9 %	12,1 %
GHB	15,0 %	85,0 %
Metadon	30,0 %	70,0 %
Halucinogenní houby	95,0 %	5,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu znalostí respondentů o jednotlivých drogách je možno konstatovat, že 100 % tázaných zná marihuanu nebo hašiš a pervitin. Na opačném pólu stupnice se pak umístily relevin s 8,3 % a GHB s 15 %.

Graf č. 12: Odpověď na otázku, zda respondenti chtěli zkusit některou z uvedených drog



Zdroj: Vlastní výzkum

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že některou z výše uvedených drog by chtělo vyzkoušet 36 respondentů, tj. 60 %. Zbylá část (40 %) respondentů uvedla, že žádnou drogu zkusit nechce.

Tabulka č. 6: Četnost aplikace marihuany nebo hašiše

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	Vícekrát
Za celý život	16	14	8	6	4	2	10
Za posledních 12 měsíců	32	13	4	2	2	1	6
Za posledních 30 dní	44	7	3	0	2	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Alespoň jednou v životě vyzkoušelo marihuanu nebo hašiš 44 respondentů, z nichž 10 užilo tyto látky více než 39x.

Tabulka č. 7: Četnost aplikace pervitinu

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	Vícekrát
Za celý život	55	3	0	0	0	0	2
Za posledních 12 měsíců	57	1	0	0	0	2	0
Za posledních 30 dní	58	0	2	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Alespoň jednou v životě vyzkoušelo pervitin 5 respondentů, z nichž 2 užili tuto látku více než 39x.

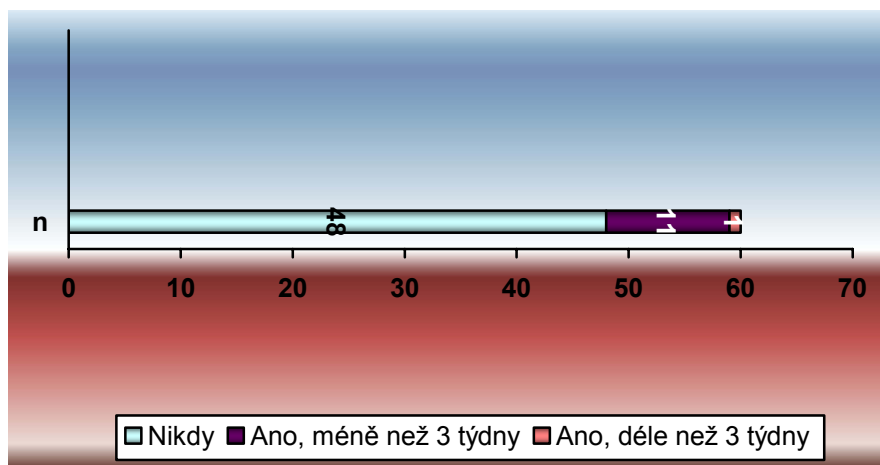
Tabulka č. 8: Četnost čichání těkavé látky

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	Vícekrát
Za celý život	52	6	2	0	0	0	0
Za posledních 12 měsíců	57	3	0	0	0	0	0
Za posledních 30 dní	59	1	0	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Alespoň jednou v životě čichalo těkavé látky 8 respondentů. Více než 3x užili tuto látku 2 klienti.

Graf č. 13: Počet respondentů, kteří užívali léky na uklidnění na předpis lékaře



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze zkoumaného souboru nikdy neužívalo léky na uklidnění na předpis lékaře 48 respondentů. Tyto léky naopak užívalo 12 osob, z nichž jedna déle než tři týdny.

Tabulka č. 9: Subjekt od něhož respondent drogu získal

Subjekt	Počet respondentů
Dal mi ji sourozenec	0
Dal mi ji kamarád	24
Dala mi ji neustanovená osoba	0
Dal mi ji cizí člověk	0
Dali mi ji ve skupině přátel	16
Koupena od přítele	1
Koupena od neustanovené osoby	0
Koupena od cizího člověka	1
Od jednoho z rodičů	1
Vzal/a jsem si jí doma bez dovolení rodičů	2
Nic z uvedeného	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji respondenti drogu získali od kamaráda, který jim ji daroval (24 dotázaných). Dalším častým způsobem získání drogy je pak darování ve skupině přátel (16 dotázaných). Patnáct respondentů nikdy neužilo drogu.

Z výzkumu dále vyplynulo, že ve 43 případech byla první drogou, kterou respondenti užívali marihuana, pouze v jednom případě se jednalo o tišící prostředky nebo sedativa užívané bez lékařského předpisu.

Tabulka č. 10: Důvody, které vedly respondenty k užití drogy.

Důvod	Počet respondentů
Chtěl/a se dostat do nálady	10
Nechtěl/a stát mimo partu	5
Neměl/a co dělat	4
Byl/a zvědavý/á	29
Chtěl/a zapomenout na starosti	3
Z jiných důvodů	2
Nevzpomíná si	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším důvodem požití drogy byla zvědavost (29 respondentů z celkového souboru těch, kteří někdy drogu měli). Významný je pak i počet respondentů, kteří se pomocí drogy chtěli dostat do nálady (10 respondentů). Na druhé straně jedním z nejméně častých důvodů aplikace drogy byla překvapivě potřeba zapomenout na starosti (pouze 3 respondenti).

Tabulka č. 11: Věk v němž respondenti poprvé zkusili omamnou látku.

	Nikdy	11 let a dříve	12 let	13 let	14 let	15 let a později
Opil/a se alkoholem	3	4	3	7	27	16
Kouřil/a cigarety denně	31	1	2	6	5	15
Zkusil pervitin	55	0	0	0	1	4
Užíval/a léky na uklidnění (bez doporuč.lékaře)	54	0	0	0	0	6
Zkusil marihuanu	15	1	0	1	9	34
Zkusil LSD	56	0	0	0	0	4
Zkusil krak	59	0	0	0	0	1
Zkusil kokain	57	0	0	0	0	3
Zkusil heroin	59	0	0	0	0	1
Zkusil extázi	54	1	0	0	1	4
Zkusil halucinogenní houby	52	0	0	0	1	7
Zkusil GHB	60	0	0	0	0	0
Užil drogy injekčně	60	0	0	0	0	0
Čichal prchavé látky	53	0	1	0	2	4
Požil alkohol s prášky	45	0	1	0	3	11
Zkusil anabolické steroidy	56	0	0	0	0	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná většina respondentů se poprvé opila alkoholem ve 14 letech (27 klientů), nikdy se neopili pouze 3 dotázaní. Pervitin užil jeden respondent ve 14 letech, čtyři respondenti v 15 letech, majoritní většina (55 dotázaných) tuto drogu nikdy neužila. Specifickou kategorií je užívání marihuany, když tuto zkusilo celkem 44 respondentů ze zkoumaného vzorku, z toho 34 po dosažení 15 roku věku. S látkou GHB a drogami užívanými injekčně nemá zkušenost nikdo z dotázaných.

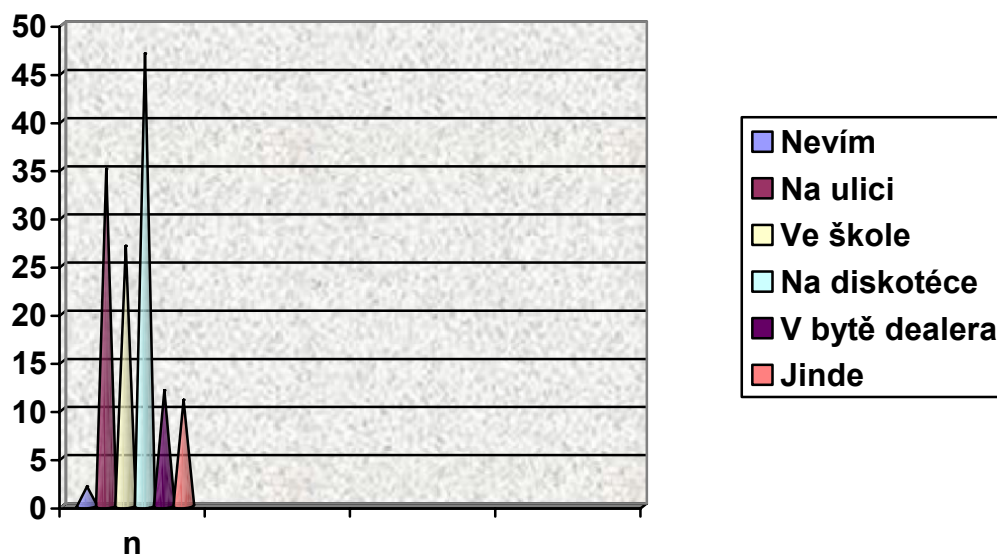
Tabulka č. 12: Údaje o požívání drog přáteli

	Nikdo	Málokdo	Několik	Většina	Všichni
Kouří cigarety	0	1	20	38	1
Pije alkoholické nápoje	0	0	0	28	32
Se opije alespoň 1x za týden	1	11	28	14	6
Kouří marihuanu nebo hašiš	5	21	22	12	0
Bere LSD nebo jiný halucinogen	46	11	3	0	0
Bere pervitin (jiné amfetaminy)	44	11	4	1	0
Bere léky na uklidnění (bez doporučení lékaře)	43	16	1	0	0
Bere kokain nebo krak	52	3	3	2	0
Bere extázi	45	11	3	1	0
Bere heroin	55	5	0	0	0
Čichá těkavé látky (Toluen apod.)	43	6	1	0	0
Požívá halucinogenní houby	30	23	6	1	0
Bere GHB	57	3	0	0	0
Užívá alkohol s prášky	36	23	0	1	0
Bere anabolické steroidy	45	12	3	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

V této souvislosti uvedlo 32 respondentů, že všichni jejich přátelé pijí alkoholické nápoje, 28 dotázaných pak sdělilo, že alkohol pije většina jejich kamarádů. Pouze pět respondentů nemá žádné kamarády, kteří by kouřili marihuanu nebo hašiš. Dále bylo zjištěno, že téměř polovina klientů zná někoho, kdo konzumuje halucinogenní houby.

Graf č. 14: Místo kde je dle respondentů možné opatřit marihuanu



Zdroj: Vlastní výzkum

Místem, kde lze nejnáze opatřit marihuanu je dle vyjádření respondentů diskotéka (47 dotázaných). Marihuanu je dále možno získat na ulici (35 dotázaných) a ve škole (27 dotázaných). Pouze 2 respondenti nevěděli kde lze marihuanu získat.

Tabulka č. 13: Otázka zda-li měl respondent některý z následujících problémů.

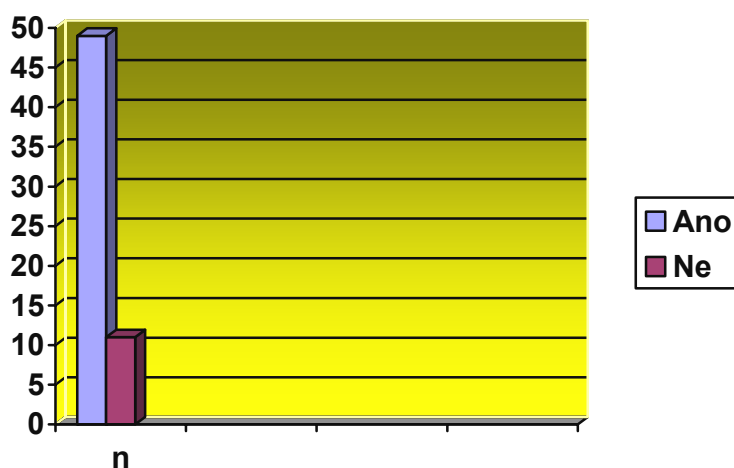
	Nikdy	Ano, kvůli alkoholu	Ano, kvůli Drogám	Ano, z jiných důvodů
Hádka nebo spor	6	12	2	40
Rvačka	22	11	1	26
Nehoda nebo zranění (úraz)	16	8	1	35
Ztráta peněz nebo cenností	18	16	1	25
Poškození předmětů či oděvu	13	23	2	22
Problémy ve vztazích s rodiči	26	7	1	26
Problémy ve vztazích s přáteli	28	5	3	24
Problémy ve vztazích s učiteli	35	0	1	24
Snížená výkonnost ve škole	21	14	3	22
Oběť loupeže nebo krádeže	44	3	2	11
Nesnáze s policií	42	9	1	8
Přijetí do nemocnice nebo JIP nebo do krizového centra	50	0	1	9
Sexuální zkuš., již poté litoval/a	46	9	1	4
Sex bez ochrany	40	4	0	16

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že v souvislosti s alkoholem bylo nejčastějším problémem respondentů poškození předmětu či oděvu (23 dotázaných). Ve vztahu k drogám se vyskytují problémy ve vztazích s přáteli (3 osoby) a snížená výkonnost ve škole (3 osoby).

Třetí část výzkumu se zabývá zneužíváním omamných a psychotropních látek mladými lidmi, zejména pak hodnotí vzájemné souvislosti mezi užíváním těchto látek a trestnou činností páchanou mladými jedinci.

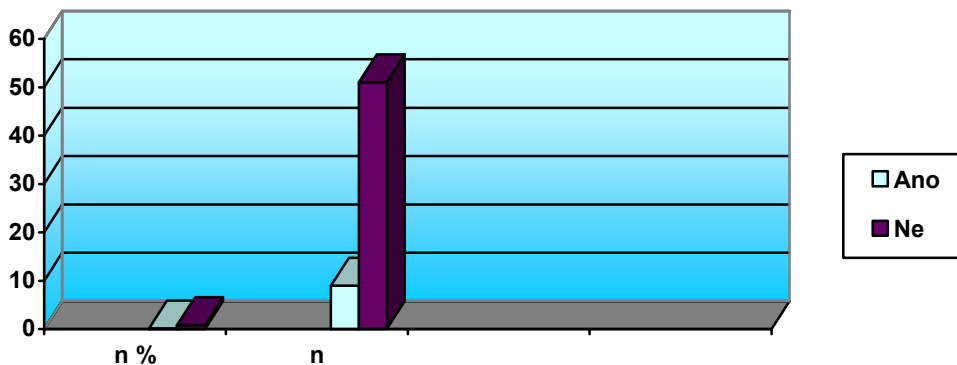
Graf č. 15: Názory respondentů na otázku, zda se drogově závislí dopouštějí trestné činnosti za účelem opatření finančních prostředků na drogy.



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná většina oslovených respondentů má za to, že drogově závislí se dopouštějí trestné činnosti za účelem opatření finančních prostředků na drogy (téměř 82 dotázaných).

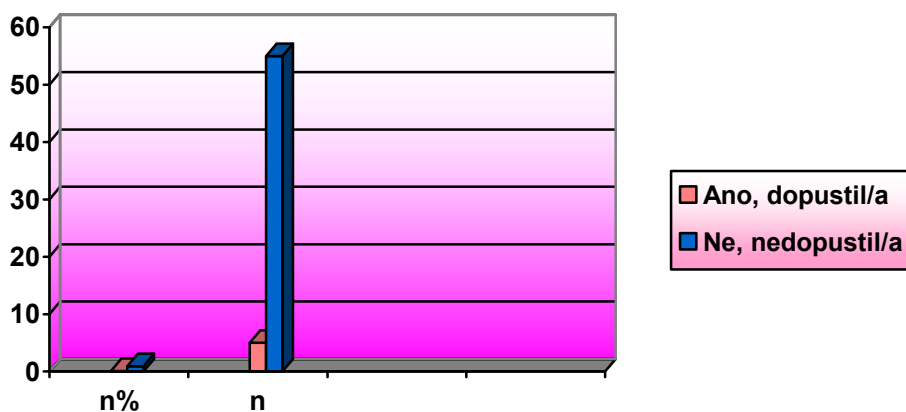
Graf č. 16: Rozdělení respondentů podle toho, zda se již dostali do konfliktu se zákonem.



Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedený graf znázorňuje rozdělení klientů, podle toho zda se již dostali do konfliktu se zákonem, tj. bylo proti nim vedeno trestní či přestupkové řízení. Kladně v této souvislosti odpovědělo 15% respondentů. Naopak problémy se zákonem nemělo nikdy 85% dotázaných.

Graf č. 17: Rozdělení respondentů podle toho, zda se dopustili trestné činnosti v souvislosti s požitím omamné látky.



Zdroj: Vlastní výzkum

V souvislosti s požitím omamné látky se trestné činnosti dopustilo 8,3% respondentů. Převážná většina klientů se takto specifikované trestné činnosti nikdy nedopustila (téměř 92% osob ze zkoumaného vzorku).

5. Diskuze:

V první řadě je třeba vyhodnotit procentuální zastoupení respondentů ve zkoumaném vzorku. Ten tvoří 39 osob mužského pohlaví (65 %) a 21 osob ženského pohlaví (35 %). Z oslovených respondentů je nejvíce osob ve věku 16 let. Druhou nejpočetnější skupinou z hlediska věku, jsou respondenti jimž je 19 let. Nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby ve věku 15 let. Z výzkumu vyplynulo, že k užívání drog v rámci zkoumaného souboru více inklinovaly ženy. Lze též shrnout, že s přibývajícím věkem respondentů stoupá počet osob, které užívají omamné a psychotropní látky. Většina klientů oproti předpokladům nezkusila drogu před dovršením patnáctého roku věku.

Z výzkumu dále vyplývá, že nejčastěji dosaženým vzděláním otce je vzdělání vysokoškolské, jenž mělo 35,00 % otců z výzkumného souboru. Středního vzdělání s maturitou pak dosáhlo 30,00 % otců. Nejméně početnou skupinou jsou pak z tohoto pohledu otcové, kteří mají pouze základní vzdělání (1,66 %). Z realizovaného výzkumu je pak dále zřejmé, že nejčastěji dosaženým vzděláním matky je vzdělání střední s maturitou, když toto bylo zjištěno u 43,33 % matek. Druhým nejčastěji dosaženým vzděláním matek respondentů bylo ukončené vysokoškolské vzdělání, kterého dosáhlo 31,66 % matek. Nejméně zastoupenou skupinou jsou pak z tohoto pohledu matky, které mají základní vzdělání (pouze 1,66 %). V rámci provedeného výzkumu nebylo prokázáno, že zneužívání omamných a psychotropních látek mělo souvislost s vzdělanostní úrovní rodiny.

Vztahy vůči přátelům označuje za velmi uspokojivé 63,3 % dotázaných. Vztah k matce má za velmi uspokojivý 53,3 % respondentů. Nejvíce neuspokojivé se respondentům jeví vztahy k otci (8,3 %), zatímco ve vztahu k matce a přátelům označilo vztahy za zcela neuspokojivé pouze 1,7 % dotázaných. Tento stav zřejmě úzce souvisí s pubescentním obdobím geneze jedince a lze konstatovat, že s přibývajícím věkem je možno vysledovat zlepšení vztahů s rodiči a zpřetrhání vazeb s některými vrstevníky. Převážná většina respondentů byla vychovávána oběma rodiči (68 %). Jedním z rodičů pak bylo vychováváno 32 % respondentů. Z výzkumu pak v obecné rovině vyplynulo, že respondenti vychovávaní pouze jedním rodičem mají větší sklon k požívání drog.

Tuto skutečnost lze u respondentů vychovávaných pouze matkou dávat do souvislosti s absencí výchovného působení otce, který v rodině plní funkci přísného a korigujícího subjektu. Respondenti se v 27 případech vyjádřili v tom smyslu, že v jejich rodině panuje většinou příznivá atmosféra, důvěra a pochopení. Absolutní nespokojenost v tomto směru uvedli pouze dva respondenti. Nejvíce respondentů považuje svou rodinu za průměrně bohatou (60 % dotázaných). Počet respondentů, kteří hodnotí svou rodinu za poměrně bohatou dosahuje 25 % dotázaných. Ani jeden z respondentů neoznačil svou rodinu za velmi bohatou. Pouze jeden respondent má zato, že pochází z velmi chudé rodiny. V rámci výzkumu nebyla zjištěna souvislost mezi ekonomickou situací rodiny a užíváním drog. Na tuto skutečnost má dle názoru autorky vliv i to, že nižší sociálněekonomický status rodiny je v řadě případů kompenzován vyšší pozorností vůči potomkům, který ve svém důsledku vede k náležitému osvojení sociálních vzorců a norem.

Z hlediska četnosti závažných zátěžových životních situací respondentů, lze konstatovat, že poměrně značné množství dotázaných přemýšlelo již o sebevraždě (24 osob), přičemž o její realizaci se pokusili tři klienti, z nichž dva dokonce opakovaně. U těchto jedinců lze ve většině shledat jistou psychickou labilitu, která hraje určitou roli v rámci obecně zvýšeného výskytu konzumace drog, který byl u této skupiny respondentů zaznamenán. Je třeba uvést, že výrazná většina respondentů vyjadřuje spokojenost a to jak s finanční situací rodiny, svým zdravotním stavem, sami se sebou i s vyhlídkami osobního uplatnění v budoucnosti.

Rodiče klientů ve většině případů vědí, kde jejich děti tráví víkendové večery (27 osob z šetřeného souboru). Pouze pět respondentů uvedlo, že jejich rodiče nemají povědomost o tom, kde se o víkendových večerech nacházejí. U rodičů, kteří nevědí kde jejich potomci tráví večery lze předpokládat nedostatečný zájem o výchovu dítěte a z toho pramenící nedostatečné výchovné působení. To se pak projevuje u celkově zvýšené tendence ke zneužívání návykových látek, který byl v rámci výzkumu zaznamenán.

Z výzkumu dále vyplývá, že žádný z respondentů neměl za dobu své školní docházky natolik závažné problémy s chováním, aby musel být sankcionován trojkou

z chování. Dvojkou z chování bylo potrestáno 6 respondentů. Na 27 dotázaných bylo výchovně působeno třídní důtkou. Vyšší míra zneužívání omamných látek pak byla zaznamenána právě u subjektů, kteří byli v minulosti potrestáni dvojkou z chování.

Z pohledu znalostí respondentů o jednotlivých drogách je možno konstatovat, že 100 % tázaných zná marihuanu nebo hašiš a pervitin. Na opačném pólu stupnice se pak umístily relevin s 8,3 % a GHB s 15 %. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že některou z výše uvedených drog by chtělo vyzkoušet 60 % respondentů. Zbylá část (40 %) dotázaných uvedla, že žádnou drogu zkusit nechce.

Z výzkumu dále vyplynulo, že ve 43 případech byla první drogou, kterou respondenti užili marihuana, pouze v jednom případě se jednalo o tišící prostředky nebo sedativa užívané bez lékařského předpisu. Alespoň jednou v životě vyzkoušelo marihuanu nebo hašiš 44 respondentů, z nichž 10 užilo tyto látky více než 39x. Pervitin zkusilo 5 respondentů, z nichž 2 užili tuto látku více než 39x. Jednou za život čichalo těkavé látky 8 respondentů, více než 3x užili tuto látku 2 klienti. Obecně lze tedy konstatovat, že nejčastěji aplikovanou drogou je marihuana. Lze dokonce uvést, že v současné době je její užívání pro mladou generaci jakýmsi „módním trendem“. U výše uvedených „tvrdých drog“ nebyla zaznamenána vysoká četnost jejich užívání. Vzhledem k jejich nebezpečnosti pro osobu uživatele a posléze i pro jeho sociální okolí lze však i zjištěný výskyt těchto považovat za znepokojující. Místem, kde lze marihuanu opatřit nejsnáze je dle vyjádření respondentů diskotéka (47 dotázaných). marihuanu je dále možno získat na ulici (35 dotázaných) a ve škole (27 dotázaných). Pouze 2 respondenti nevěděli kde lze marihuanu získat.

Ze zkoumaného souboru nikdy neužívalo léky na uklidnění na předpis lékaře 48 respondentů. Tyto léky naopak užívalo 12 osob, z nichž jedna déle než tři týdny. Zajímavou se v této souvislosti jeví skutečnost, že převážná většina klientů, kteří uvedli, že užívali léky na uklidnění, má zkušenost s drogami.

Nejčastěji respondenti drogu získali od kamaráda, který jim ji daroval (24 dotázaných). Dalším častým způsobem získání drogy je pak darování ve skupině přátel. Tento způsob získání uvedlo 16 dotázaných. Ve většině případů se jednalo o darování

marihuany. Tato skutečnost potvrzuje výše uvedený závěr autorky, že v současné době je užívání této „lehké“ drogy pro mladou generaci jakýmsi „módním trendem“.

Nejčastějším důvodem požití drogy byla zvědavost (29 dotázaných z celkového souboru těch, kteří někdy drogu měli). Významný je pak i počet respondentů, kteří se pomocí drogy chtěli dostat „do nálady“ (10 dotázaných). Tento údaj je možné dávat do spojitosti s věkem respondentů, když v tomto období geneze lidského individua jsou zvýrazněny psychické rysy, jako například zvědavost či touha po poznání dosud nevyzkoušeného. Současně je toto období vývoje charakterizováno značnou mírou bezstarostnosti, čímž lze relevantně vysvětlit, že jedním z nejméně častých důvodů aplikace drogy byla překvapivě potřeba zapomenout na starosti, kterou uvedli v rámci výzkumu pouze tři dotázaní.

Převážná většina respondentů se poprvé opila alkoholem ve 14 letech (27 klientů), nikdy se neopili pouze 3 dotázaní. Pervitin užil jeden respondent ve 14 letech, čtyři respondenti v 15 letech, majoritní většina (55 dotázaných) tuto drogu nikdy neužila. Specifickou kategorií je užívání marihuany, když tuto zkusilo celkem 44 respondentů ze zkoumaného vzorku, z toho 34 po dosažení 15. roku věku. S látkou GHB a drogami užívanými injekčně nemá zkušenost nikdo z dotázaných. Je tedy možno konstatovat, že primárním je u zkoumaných osob požívání alkoholu a marihuany, oproti tomu s užíváním tzv. tvrdých drog má zkušenost zhruba 10% respondentů. První zkušenost s těmito látkami je u klientů zaznamenávána okolo patnáctého roku věku.

Výše uvedená zjištění jsou potvrzována tvrzeními 32 respondentů z výzkumného vzorku, že všichni jejich přátelé pijí alkoholické nápoje, 28 dotázaných pak sdělilo, že alkohol pije většina jejich kamarádů. Pouze cca 10% respondentů nemá žádné kamarády, kteří by kouřili marihuanu nebo hašiš. Dále bylo zjištěno, že téměř polovina klientů zná někoho, kdo konzumuje halucinogenní houby.

K problematice zneužívání omamných a psychotropních látek mladými lidmi a její spojitosti s trestnou činností páchanou těmito osobami lze uvést následující: Zhruba 15% respondentů ze zkoumaného souboru uvedlo, že v minulosti měli problémy se zákonem, tedy bylo proti nim vedeno trestní řízení či přestupkové řízení. Z provedeného výzkumu lze vysledovat, že téměř všichni tito respondenti mají zkušenost s drogami. U

pěti respondentů bylo zjištěno, že se dopustili trestné činnosti v souvislosti s požitím nějaké omamné látky. Tři případy měly souvislost s alkoholem, když respondenti se pod jeho vlivem dopustili trestného činu výtržnictví podle ustanovení § 202 trestního zákona či ublížení na zdraví podle ustanovení § 221 a násl. trestního zákona. K charakteru této trestné činnosti lze uvést, že pod vlivem alkoholu došlo k eskalaci agresivity a následnému fyzickému konfliktu, zejména ve vztahu k vrstevníkům (obvykle k němu dochází na diskotékách, v hospodách a barech), či trestná činnost souvisela s dopravou (ublížení na zdraví spolujezdci motorového vozidla).

Co se týče názorů dotázaných na to, zda se drogově závislí dopouštějí trestné činnosti za účelem opatření finančních prostředků na drogy, záporně na tuto otázku odpovědělo pouze 10% dotázaných. Je tedy zřejmé, že většina respondentů si je i v tomto směru vědoma negativních dopadů závislosti na jedince. Přesto však, jak vyplývá z výše uvedených informací, 75% drogu někdy užilo. Tuto skutečnost lze dávat do souvislosti s nedostatečnou psychickou vyzrálostí osobnosti, kdy je možné se domnívat, že právě touha po „vyzkoušení něčeho zakázaného“ je jedním z motivačních faktorů prvotního užívání drog.

6. Závěr:

Tato bakalářská práce se zabývá současným stavem drogových závislostí české společnosti.

Sociální, zdravotní, ekonomické a kriminologické důsledky zneužívání omamných a psychotropních látek jsou závažným sociálně patologickým jevem. Rizika vzniku rozmanitých závislostí prostupují celou věkovou skladbu populace, závislost na omamných a psychotropních látkách je ohrožujícím stavem pro každé období geneze lidského individua. Drogová závislost ohrožuje a ničí sociální status jednotlivců i jejich komunit, způsobuje jejich vyčlenění z majoritní společnosti, jejíž normy neakceptují. Tito jedinci postupně ztrácejí nejen zmíněný společenský status, ale i kontakt se svým přirozeným sociálním prostředím, rezignují na získání, zvýšení či udržení kvalifikace, ztrácejí svoje pracovní uplatnění a ekonomickou samostatnost, rozpadá se jim partnerský a rodinný život, vznikají u nich psychické, psychiatrické a somatické zdravotní problémy, když tyto skutečnosti jsou gradací jejich životních selhání.

Dle názoru autorky práce jsou nejvýznamněji ohroženou skupinou děti a mladiství ve věku od 13 do 18 let, po nich pak následují mladí lidé, kteří již dosáhli způsobilosti k právním úkonům, nemají však dostatek životních zkušeností a v jejich chování se projevuje jistá nerozvážnost a lehkomyšlný přístup k životu, jakož i specifické sociální skupiny a lidé, kteří jsou více konfrontováni s životními problémy, módními výstřelky, jsou extrémně zatíženi stresem, mají potřebné finanční prostředky, vhodnou příležitost a drogy jsou pro ně snadno dostupné.

Práce se postupně zabývá vymezením závislostí, riziky vzniku a rozvoje závislostí, stádií aplikace postupně vytvářejícími stav závislosti, vymezením pojmů drogové závislosti, charakteristikou jednotlivých drog, globálním pojetím abusu drog jako světového problému, zdravotními následky užívání drog, prevencí infekčních onemocnění, užíváním drog v prostředí volného času a zábavy, trestněprávními dopady abusu drog, problematikou odvykací léčby, možností řešení drogových závislostí ve vězeňském prostředí a sociologickým šetřením názorů studentů na problematiku drogových závislostí zejména z hlediska jejich subjektivního přístupu k této problematice a specifikaci vlastních zkušeností, zejména z hlediska aplikace

jednotlivých omamných a psychotropních prostředků respondenty a její četnosti. Stranou neponechává ani sociální a rodinné zázemí respondentů, jejich výsledky a motivaci v rámci školního vzdělávání. Výzkum též zjišťuje postoje studentů středních škol k rizikům vzniku závislostí na omamných a psychotropních látkách spolu se zkoumáním jejich připravenosti vypořádat se s nebezpečím vytvoření závislosti.

Na závěr je třeba konstatovat, že autorkou stanovené hypotézy se v rámci výzkumu potvrdily. Z provedeného výzkumu jednoznačně vyplynulo, že mezi studenty středních škol je nejčastěji užívanou drogou marihuana. Současně bylo prokázáno, že mladí lidé, kteří pravidelně nebo občasně užívají drogy se dopouštějí trestné činnosti častěji než mladí jedinci, kteří drogy neužívají.

7. Seznam použité literatury:

- 1) Agonista. [online]. 2005-10-04 [cit.2007-05-02] Dostupné z http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/agonista
- 2) Běláčková, V. Mediální obraz drog v Evropské unii – Mediální témata ve výročních zprávách o drogách. In: Zaostřeno na drogy 1. Praha: 2007, Vol V, Iss 1, s. 1-12. ISSN 1214-1089
- 3) Brejcha, B.; Štablová, R. Drogy: vybrané kapitoly. Praha: Policejní akademie České republiky, 2005. 115 s. ISBN: 80-7251-186-6
- 4) Csémy, L. et. al. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) - Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN: 80-86734-94-3
- 5) Černý, M.; Lejčková, P. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek – Co funguje a nefunguje v primární prevenci. In: Zaostřeno na drogy 2. Praha: 2007, Vol V, Iss 2, s. 1-12. ISSN 1214-1089
- 6) Dysforie. [online]. 2006-08-11 [cit.2007-05-02] Dostupné z <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/38516-dysforie>
- 7) Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. Výroční zpráva 2006 – stav drogové problematiky v Evropě. In: Bulletin NPC. Praha: 2007, Vol XIII, Iss 1, s 3-18. ISSN 1211-8834
- 8) Gajdošíková, H.; Orlíková, B. Uživatelé drog v konfliktu se zákonem – Právní problémy související s užíváním drog. In: Zaostřeno na drogy 2. Praha: 2006, Vol IV, Iss 2, s. 1-8. ISSN 1214-1089
- 9) Gallá, M. et. al. Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí – Příručka o efektivní školní drogové prevenci. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 156 s. ISBN: 80-86734-38-2
- 10) Gohlert, Ch. Od návyku k závislosti. 1. vydání. Praha: Euromedica Grup, k.s.-ikar, 2001. 144 s. ISBN: 80-7202-950-9
- 11) Goodyer, P. Drogy + teenager. 1. vydání. Praha: Slovanský dům, 2001. 162 s. ISBN: 80-86421-44-9

- 12) Hartnoll, R. Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu a praxe – Co jsme se naučili a co bychom se ještě naučit měli. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 96 s. ISBN: 80-86734-45-5
- 13) Hejda, J.: Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení. Jindřichův Hradec: RAIN, 2000. 148 s. ISBN: 80-245-0080-9
- 14) Janík, A. Dušek, K. Drogy a společnost. 1.vydání. Praha: Avicenum, 1990. 344 s. ISBN: 80-201-0087-3
- 15) Kalina, K. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup, 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN: 80-86734-05-6
- 16) Kočí, P. Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR-12 let existence. In: Bulletin NPC. Praha: 2004, Vol X, Iss 1, s. 4-7, ISSN 1211-8834
- 17) Kučera, M., jr., Kučera, M., sr. Problematika technoparty v České republice. In Prevence úrazů, otrav a násilí, 2006, Vol. II, Iss 2, Jihočeský Inzert Expres, Dobrá Voda u Českých Budějovic, s. 95-108, ISSN 1801-0261
- 18) Mravčík, V. et.al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 103 s. ISBN: 80-86734-59-5
- 19) Národní protidrogová centrála. Výroční zpráva NPC za rok 2005. In: Bulletin NPC. Praha: 2006, Vol XII, Iss 2, s. 3-28, ISSN 1211-8834
- 20) Nešpor, K. Návyková chování a závislost. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. 140 s. ISBN: 80-7178-432-X
- 21) Nešpor, K. Dvořák, V. Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami. 1.vydání. Praha: Trivis, 1998. 98 s. ISBN: 80-902283-9-9
- 22) Neurotransmitter. [online]. 2006-02-19 [cit.2007-05-03] Dostupné z <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/195297-neurotransmitter>>
- 23) Petr, P.; Zdražilová, A. Kvalita života rodinných příslušníků drogově závislých osob. In: Závislosti a my. Praha: 2006, Iss 5, s. 11-15. ISSN 1213-8584

- 24) Polanecký, V. et. al. Léčení uživatelé drog v ČR za období 1995 – 2005. In: Bulletin NPC. Praha: 2006, Vol XII, Iss 3, s. 3-23. ISSN 1211-8834
- 25) Popov, P. Přehled drog a jejich účinků. 1. vydání. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1994. 15 s. ISBN: 80-7071-013-6
- 26) Relaps. [online]. 2006-08-11 [cit.2007-05-02] Dostupné z <http://encyklopedie.seznam.cz/search?s=relaps&sug=1>
- 27) Sotolář, A. et. al. Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Praha: Institut vzdělávání Ministerstva spravedlnosti České republiky, 2002. 718 s.
- 28) Sotolář, A. et. al. Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Kroměříž: Justiční akademie České republiky, 2003. 247 s.
- 29) Škvařilová, O. et.al. Drogové služby ve vězení – Možnosti drogových intervencí a spolupráce neziskových organizací a věznic. In: Zaostřeno na drogy 4. Praha: 2006, Vol IV, Iss 4, s. 1-8. ISSN 1214-1089
- 30) Štablová, R. Drogy, kriminalita a prevence. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. 205 s. ISBN: 80-7251-018-5
- 31) Trávníčková, I. Drogy a subkultura v Praze. In: Bulletin NPC. Praha: 2004, Vol X, Iss 1, s. 12-17, ISSN 1211-8834

8. Seznam použitých zkratk

- AIDS** – (Acquired Immunodeficiency Syndrome) – Syndrom získaného imunodeficitu
- A.N.O.** – Asociace nestátních organizací
- AT** – Alkoholismus a toxikomanie
- ČR** – Česká republika
- EMCDDA** – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
- ENDIPP** – (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison) – Evropský systém pro drogy a prevenci infekcí ve vězení
- GŘ VS ČR** – Generální ředitelství Vězeňské služby České republiky
- HAART** – (Highly active antiretroviral treatment) – Aktivní antiretrovirová terapie
- HBV** – Virus hepatitidy typu B
- HCV** – Virus hepatitidy typu C
- HIV** – (Human Immunodeficiency Virus) – Virus způsobující ztrátu obranyschopnosti u člověka
- IUD** – Injekční uživatelé drog
- NNO** – Nevládní nezisková organizace
- OSN** – Organizace spojených národů
- QCT** – (Quasi Compulsory Treatments) – Celoevropský výzkum
- SMR** – (Standardized Mortality Ratio) – Standardizovaný index úmrtnosti
- TrŘ** – Trestní řád
- TrZ** – Trestní zákon
- VHC** – Virová hepatitida typu C
- VS ČR** – Vězeňská služba České republiky
- WHO** – (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

9. Klíčová slova:

Droga

Kriminalita

Závislost

Trestná činnost

Abusus drog

Uživatel drog

10. Přílohy

Příloha č. 1:

DOTAZNÍK

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění přiloženého dotazníku pro účely výzkumu mé bakalářské práce, jejímž tématem je zneužívání omamných a psychotropních látek v kontextu navazujících aspektů trestné činnosti. Předdesílám, že výzkum je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely shora uvedené práce. Předem děkuji za odpovědi.

1. Jste:

- 1 Muž
2 Žena

2. Kolik je Vám let?

3. Kolik celých vyučovacích hodin jste ve škole chyběl/a za POSLEDNÍCH 30 DNÍ?

	Ani jeden	1-2 dny	3-4 dny	5-6 dní	7dní a více
a) Pro nemoc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Protože jste vynechal/a nebo se „ulil/a“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Z jiných důvodů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

4. Kolikrát za celou dobu dosavadní školní docházky jste měl/a níže uvedené problémy s chováním?!

	Nikdy	1krát	2-3krát	Více než 3krát
a) Třídní důtka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dvojka z chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Trojka z chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5. Jaké vzdělání má váš otec?

- 1 Základní
- 2 Je vyučený
- 3 Ukončil střední školu s maturitou
- 4 Nedokončené vysokoškolské
- 5 Ukončené vysokoškolské
- 6 Nevím

6. Jaké vzdělání má vaše matka?

- 1 Základní
- 2 Je vyučená
- 3 Ukončila střední školu s maturitou
- 4 Nedokončené vysokoškolské
- 5 Ukončené vysokoškolské
- 6 Nevím

7. Jaké jsou vaše vztahy k

	Velmi uspokojivé	Uspokojivé	Ani uspokojivé, ani neuspokojivé	Spíše neuspokojivé	Zcela neuspokojivé
a) matce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) otci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) k přátelům	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

8. Byl/a jste do svých 15 let vychováván(a) společně oběma vlastními rodiči?

- 1 Ano
2 Ne

9. Stalo se vám někdy..... (Označte jedno okénko v každém řádku.)

	Ne	Ano, 1 x	Ano, 2 x	Ano, vícekrát
a) že jste utekl/a z domova a byl/a pryč déle než jeden den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) že vás napadlo, že si něco uděláte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) že jste se pokusil/a o sebevraždu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) že jste úplně ztratil/a chuť žít	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) že jste blízkému člověku pomohl/a překonat těžkou živ.krizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

10. Jak dobře je na tom vaše rodina po stránce materiální ve srovnání s jinými rodinami ve vaší zemi?

- 1 Je velmi bohatá
2 Je dost bohatá
3 Je spíše bohatá
4 Je asi tak průměrná
5 Je spíše chudší
6 Je dost chudá
7 Je velmi chudá

11. Jak jste spokojen/a (Označte jedno okénko v každém řádku.)

	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Něco mezi	Spíše nespokojen	Velmi nespokojen
a) s finanční situací vaší rodiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) se svým zdravotním stavem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sám/a se sebou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) s vyhlídkami osobního uplatnění v budoucnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

12. Vědí vaši rodiče, kde trávíte sobotní večery?

- 1 vědí to vždy
- 2 většinou to vědí
- 3 někdy to vědí
- 4 obvykle to nevědí

13. Máte pocit, že v rodině v níž vyrůstáte, panuje ovzduší vzájemné důvěry, vstřícnosti a pochopení?

- 1 ano, je to tak vždy
- 2 většinou to tak je
- 3 někdy to tak je
- 4 většinou to tak není
- 5 vůbec to tak není

14. Slyšel/a jste někdy o následujících drogách? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku.)

	Ano	Ne
a) Léky na uklidnění, sedativa (např. Diazepam, Radepur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marihuana nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pervitin (amfetaminy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Krak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Relevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Metadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Halucinogenní houby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

15. Chtěl/a jste někdy zkusit některou z drog uvedených v předcházející otázce?

Ano	Ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

16. Kolikrát jste bral/a (pokud vůbec) marihuanu („trávu“) nebo hašiš? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	Vícekrát
a) Za celý život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Za posledních 30 dnů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

17. Kolikrát jste bral/a (pokud vůbec) pervitin nebo nějaké jiné amfetaminy? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	vícekrát
a) Za celý život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Za posledních 30 dnů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

18. Kolikrát (pokud vůbec) jste čichal/a nějakou těkavou látku (toluen, rozpouštědla atp.) pro její účinky? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku)

	Nikdy	1-2x	3-5x	6-9x	10-19x	20-39x	vícekrát
a) Za celý život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Za posledních 12 měsíců	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Za posledních 30 dnů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

19. Užíval/a jste někdy léky na uklidnění nebo sedativa, protože vám je předepsal lékař?

- 1 Ne, nikdy
- 2 Ano, ale ne déle než tři týdny
- 3 Ano, tři týdny nebo déle

20. Jak jste tuto látku získal/a?

- 1 Nikdy jsem neužil/a žádnou z látek uvedených v předchozí otázce 15
- 2 Od staršího bratra nebo sestry
- 3 Od kamaráda/ky
- 4 Od někoho, o kom jsem slyšel/a, ale neznal/a osobně
- 5 Od cizího člověka
- 6 Brala se ve skupině přátel
- 7 Koupena od přítele
- 8 Koupena od někoho, o kom jsem slyšel/a, ale neznal/a osobně
- 9 Koupena od cizího člověka
- 10 Od jednoho z rodičů
- 11 Vzal/a jsem ji doma bez dovolení rodičů
- 12 Nic z toho (popište prosím stručně, jak jste ji dostal/a)

21. Jakou drogu (pokud vůbec nějakou) jste zkusil/a POPRVÉ? (Označte jen jednu z uvedených možností.)

- 1 Nikdy jsem neužil/a žádnou z níže vyjmenovaných
- 2 Tišící prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu
- 3 Marihuana nebo hašiš
- 4 LSD
- 5 Pervitin, jiné amfetaminy
- 6 Krak
- 7 Kokain
- 8 Relevin
- 9 Heroin
- 10 Extáze
- 11 Halucinogenní houby
- 12 GHB
- 13 Nevím, co to bylo

22. Z jakého důvodu jste zkusil/a tuto drogu? (Z uvedených možností označte ty, které vás k tomu vedly.)

- 1 Nikdy jsem neužíval/a drogy uváděné v otázce 15
- 1 Chtěl/a jsem se dostat do nálady
- 1 Nechtěl/a jsem stát mimo partu
- 1 Neměl/a jsem co dělat
- 1 Byl/a jsem zvědavý/á
- 1 Chtěl/a jsem zapomenout na starosti
- 1 Bylo to z jiných důvodů, uveďte jakých:
- 1 Nevzpomínám si

23. V jakém věku (pokud vůbec) jste **POPRVÉ** zkusil/a následující věci? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku).

	Poprvé ve věku					
	Nikdy	11 let nebo dříve	12 let	13 let	14 let	15 let nebo později
a) Opil/a se alkoholem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kouřil/a cigarety denně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zkusil/a pervitin, amfetaminy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Užíval/a léky na uklidnění (bez doporučení lékaře)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Zkusil/a marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Zkusil/a LSD nebo jiný halucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Zkusil/a krak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Zkusil/a kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Zkusil/a heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Zkusil/a extázi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Zkusil/a halucinogenní houby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Zkusil/a GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Užil/a drogy injekčně (heroin, kokain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Čichal/a prchavé látky (toluen aj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Požil/a alkohol s prášky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Zkusil/a anabolické steroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

24. Podle vašeho odhadu, kolik z vašich přátel... (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku.)

	Nikdo	Málokdo	Několik	Většina	Všichni
a) kouří cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pije alkoholické nápoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) se opije alespoň jednou za týden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) kouří marihuanu nebo hašiš	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) bere LSD nebo jiný halucinogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) bere pervitin (jiné amfetaminy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) bere léky na uklidnění (bez dop.lék.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) bere kokain nebo krak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) bere extázi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) bere heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) čichá těkavé látky (toluen apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) jí halucinogenní houby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) bere GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) užívá alkohol s prášky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) bere anabolické steroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

25. Kdybyste si chtěl/a koupit marihuanu nebo hašiš, co myslíte, kde by se dala sehnat? (Můžete označit jednu nebo více možností.)

- 1 Neznám takové místo
- 1 Na ulici, v parku apod.
- 1 Ve škole
- 1 Na diskotéce nebo v baru apod.
- 1 V bytě dealera
- 1 Jinde, uveďte kde:

26. Měl/a jste někdy některé z následujících problémů? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku.)

	Nikdy	Ano, souviselo to s požitím alkoholu	Ano, souviselo to s požitím drog	Ano, nemělo to ale souvislost s požitím alkoholu ani drog
a) Hádka nebo spor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rvačka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nehoda nebo zranění (úraz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ztráta peněz nebo cenností	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Poškození předmětů nebo oděvu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problémy ve vztazích s rodiči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problémy ve vztazích s přáteli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Problémy ve vztazích s učiteli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Snížená výkonnost ve škole či práci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Oběť loupeže nebo krádeže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Nesnáze s policií	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Přijetí do nemocnice nebo JIP nebo do krizového centra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Sexuální zkuš., již jste poté litoval/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Sex bez ochrany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

27. Domníváte se, že drogově závislí se dopouštějí trestné činnosti, aby si tak opatřili finanční prostředky, jimiž pokrývají náklady spojené s užíváním drog?

- 1 ano
2 ne

28. Dostal/a jste již někdy do konfliktu se zákonem (bylo proti Vám vedeno trestní či přestupkové řízení)?

- 1 ano
2 ne

29. Dopustil/a jste se v souvislosti s požitím omamné látky trestné činnosti? Pokud ano uveďte stručně o co se jednalo.

1 ano

2ne