

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

**Informovanost veřejnosti o drogové problematice v okrese**  
**České Budějovice**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce  
JUDr. Milan Kučera, Ph.D.

2008

Autor  
Bc. Lucie Kozlová

## ABSTRACT

Addictive drugs are all around us and they have become a part of our lives. The issue of drug abuse is of critical importance, global, and difficult to solve. Typically, drugs are categorized as tolerated or not tolerated by society, and more or less risky. It is vital, therefore, to know the attitude of public to the issue. Lots of drug abuse causes have already been revealed, just like the reasons why some users develop addiction while others do not. In all probability the abuse of drugs or the addiction development cannot be put down to a single background factor. Everything will depend on personality traits of the individual, on his or her environmental conditions, and on specific effects of the drug. Since I take much interest in these issues, I have chosen for my thesis the subject of *Public awareness of drug abuse issues in the District of České Budějovice*. I investigated what people knew about drug abuse at the District where I live; their opinions of drug abuse; whether they believed that drug abuse deteriorated social position of an individual; whether they believed it boosted the rate of crime; if people were informed about facilities assisting recovery from drug addiction within the District of *České Budějovice*; and, last but not least, whether they suspected what drugs could come in their way here.

The thesis aimed to examine what people knew about the drug abuse issues in the *České Budějovice* District. This objective has been met. Fifty three percent of respondents were found well informed on the subject, while the remaining 47% lacked the information.

The survey was to prove or disprove hypothesis that the public was unaware of organizations providing help to drug addicts - the hypothesis was not confirmed since 51% of respondents were informed about the relevant organizations and 49% were not. Another hypothesis predicted that the public could not tell the illegal drugs from the legal ones - it was not confirmed as the public was found sufficiently informed. The hypotheses expecting the public to believe that drug abuse drives crime and deteriorates the addict's social position were confirmed by the bulk of respondents living in the District of *České Budějovice*. Ninety nine percent of the respondents

believed the drug abuse pushed up the crime rate and 95% were of the opinion that it affected the addict's social position.

As follows from the survey, the public in the *České Budějovice* District was relatively well informed of the drug abuse issues, though the differences encountered between awareness and unawareness of the subject were just minor.

I intend to release the thesis as an information source for the general public (in the form of brochures, internet publications or periodicals); moreover, I want to offer the results to organizations engaged in the drug abuse treatment and to students of the University of South Bohemia to serve as training material. The public will find a wealth of important drug-related information in the paper, while the addiction treating organizations will be prompted to fill the gaps still existing in information available to the general public.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích .....

podpis studenta

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla velmi poděkovat mému vedoucímu práce panu JUDr. Milanu Kučerovi, za jeho rady a pomoc při zpracování diplomové práce. Také bych ráda poděkovala občanskému sdružení PREVENT a Policii ČR v Českých Budějovicích za poskytnutí důležitých informací pro diplomovou práci.

## OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Drogy.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Základní pojmosloví.....	9
1.1.2 Příznaky užívání drog.....	11
<b>1.2 Prevence v drogové problematice.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Primární prevence.....	13
1.2.2 Sekundární prevence.....	13
1.2.3 Terciální prevence.....	13
<b>1.3 Drogová závislost.....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Znaky závislosti.....	15
1.3.2 Psychická závislost.....	16
1.3.3 Fyzická závislost.....	17
1.3.4 Stádia užívání drog.....	17
<b>1.4 Legální a ilegální drogy.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Drogy legální.....	19
1.4.2 Drogy ilegální.....	27
1.4.3 Principy efektivní léčby.....	43
<b>1.5 Sociální a zdravotnické dopady drog na společnost.....</b>	<b>44</b>
<b>1.6 Drogová politika.....</b>	<b>46</b>
1.6.1 Složky drogové politiky.....	46
1.6.2 Typy drogové politiky.....	47
1.6.3 Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na rok 2005-2009...49	
<b>1.7 Drogová situace Jihočeského kraje.....</b>	<b>52</b>
<b>1.8 Organizace zabývající se drogovou problematikou v okrese Č. Budějovice...53</b>	
1.8.1 Občanské sdružení PREVENT.....	53
1.8.2 Občanské sdružení Háječek – kontaktní centrum.....	55
1.8.3 Modrá spirála naděje a zdravotnická záchranná služba.....	55

1.8.4	<i>Magistrát města – odbor sociálních věcí</i> .....	56
1.8.5	<i>Probační a mediační služba ČR, Policie ČR a Městská policie</i> .....	56
1.8.6	<i>Organizace okresních měst Jihočeského kraje</i> .....	57
<b>2.</b>	<b>CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>59</b>
2.1	<i>Cíl práce</i> .....	59
2.2	<i>Hypotézy</i> .....	59
<b>3.</b>	<b>METODIKA</b> .....	<b>60</b>
3.1	<i>Metoda výzkumu</i> .....	60
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	60
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>61</b>
<b>5.</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>99</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>114</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>116</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>123</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>124</b>

## ÚVOD

Drogy jsou všude kolem nás, staly se součástí našich životů. Jde o celosvětový problém, který je těžko řešitelný. Drogy posuzujeme z hlediska tolerance či netolerance společnosti a podle míry rizik spojených s jejich užíváním. Užívání drog je závažným problémem. Je velice důležité znát postoje, které má veřejnost k této problematice. Doposud bylo zjištěno mnoho důvodů užívání drog společností a také proč se někteří uživatelé stanou na nich závislí. Nepravděpodobné je, že by užití drog nebo drogovou závislost způsoboval konkrétní společný faktor. Záleží na osobnostních vlastnostech jedince, na působení okolí a konkrétních účincích drogy.

Česká republika se od poloviny 90 let stala v tomto smyslu zemí spotřebitelskou, i když transit a produkce nevytizela, bohužel stále probíhá. Otevření hranic a nástup demokracie z počátku 90 let znamenalo i změnu v rozsahu zneužívaných látek. Vznik drogových scén, kde se setkávají uživatelé a prodejci s drogami na veřejných místech v centrech větších měst, svoboda tisku a bulváry ve společnosti vytvořili klamavý pocit novosti drogové problematiky a jejích hrůzných rozměrů, protože pro tisk a další média jsou drogy atraktivním tématem. Trvalo delší čas, než bylo vytvořeno odborné i ekonomické zázemí pro hodnotný popis situace (52).

Drogová problematika mě velice zaujala, a proto jsem si vybrala jako téma diplomové práce *Informovanost široké veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice*. Zajímalo mě, jaké znalosti má veřejnost o drogách v okrese, kde mám vlastní bydliště. Jaké názory mají lidé v tomto směru, zda si myslí, že drogy ovlivňují sociální postavení jedince ve společnosti, zda se zvyšuje kriminalita a zda vědí jaké organizace se zabývají touto problematikou v okrese Č. B., ale samozřejmě také, s jakými drogami se mohou kdekoliv setkat.

Diplomovou práci bych ráda poskytla jako informační materiál pro širokou veřejnost a dále bych výsledky této práce nabídla organizacím zabývajícím se drogovou problematikou. Domnívám se, že veřejnost zde nalezne mnoho důležitých informací o drogách a organizace zabývající se touto problematikou získají hodnoty, dle kterých mohou doplnit nedostatky v informování široké veřejnosti.



## 1. SOČASNÝ STAV

Jedním z vážných současných společenských problémů je bezesporu užívání drog. S tím souvisí témata jako závislosti, léčba, prevence, ale i represe, či program Harm reduction, který minimalizuje rizika a škody spojené s užíváním drog (49).

### 1.1 Drogy

Jde o jakékoliv syntetické či přírodní látky, které mění jednu nebo více tělesných či psychických funkcí po vpravení do živého organismu (28). Působí psychotropně a jsou schopny vyvolat závislost (58). Podle komise odborníků Světové zdravotnické organizace je tento výrok definován takto „Jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu, nebo více jeho funkcí“. Definice zahrnuje veškeré substance nebo hmotné látky, které jsou působící na centrální nervovou soustavu, ať jde o substance syntetické či přírodní (11).

Pojem droga vychází z francouzského slova „drogue“, které má svůj původ z arabského „durana“ znamenající léčivo. V českém jazyce má droga význam buď jako „omamující prostředek“ či „dráždiví přípravek“ (11).

Lidé v bohatých i chudých zemích stále sdílejí touhu pomocí léků a drog měnit své vědomí. Zásadním problémem je, že dochází k zneužívání drog z důvodu příležitostné konzumace, aniž by si to lidé uvědomovali. Zdraví lidé mnohdy pokračují v užívání nadměrných dávek drogy i přesto, že jim ztlačně ničí zdraví, zasahují do rodinného života a omezují jejich schopnosti pracovat. Závislost na drogách je v různé míře a každá droga má jiné riziko vzniku závislosti. Největší riziko vzniku závislosti na droze je u kokainu, heroinu a nikotinu, o něco nižší je v případě alkoholu, konopných drog a amfetaminů (14). Přehled pomůcek k užívání drog je uveden v příloze 5.

#### 1.1.1 Základní pojmosloví

##### *časná intervence*

Jejím cílem je zahájit léčbu, co nejrychleji. Je méně časově náročná a zlepšuje následky léčení (28).

### *Detoxikace*

Jejím cílem je pomoci organismu, zbavit se jedovatých látek, posoudit stav a překonat odvykací obtíže. Nejde o léčbu celkovou, ale pouze o počáteční léčbu. Často se detoxikace provádí při hospitalizaci nebo v dobře kontrolovaném prostředí, aby nedocházelo ke zneužívání (28, 38).

### *Epidemiologie*

Věda která se zabývá výskytem chorob a jejími činiteli. PhDr. L. Csémy a hygieničtí pracovníci se u nás v České republice věnují epidemiologii návykových nemocí (28).

### *Intoxikace*

Otrava, ovlivnění látkou. Přechodný stav po psychoaktivní látce, který vede k poruchám vědomí, chování a dalších psychofyziologických funkcí či reakcí (28).

### *Krizová intervence*

Jedná se o okamžitou pomoc odborníka v případech, kdy se člověk nachází ve stavu akutní nouze (28).

### *Mediální gramotnost*

Schopnost inteligentně využívat sdělovací prostředky a čelit reklamě na návykové látky, které se často objevují v médiích (28).

### *Motivační trénink*

Technika, která se používá při léčbě návykových nemocí. Napomáhá uvědomit si výhody zdravého způsobu života a nevýhody související s braním drog. Je důležitý i v prevencích (28).

### *Prevalence*

Výskyt dané choroby či užívání určité návykové látky v populaci během určitého období. Celoživotní prevalence znamená počet lidí v populaci, kteří mají např. zkušenost s určitou návykovou látkou, kdykoliv během svého života (28).

### *Prevence*

V širším slova smyslu jde o intervenci, která je určená k zamezení nebo snížení výskytu a rozšiřování škodlivých účinků nealkoholových drog a alkoholu. Světová zdravotnická organizace (WHO) prevenci rozlišuje takto: primární prevence,

tj. předcházení užití u osob, které dosud s drogou nejsou v kontaktu; obvykle ztotožňovaná s prevencí bez dalšího přívlastku, sekundární prevence, tj. předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají; obvykle používána jako synonymum pro poradenství a léčení, terciární prevence, tj. předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog (57).

#### *Předávkování*

Neboli otrava návykovou látkou. Nastává při zneužití drogy vyšší koncentrace, než měl uživatel v úmyslu, či se jednalo o jinou drogu než se domníval (28).

#### *Substituční léčba*

Je jednou z možností léčby závislosti na opiátech a v České republice má poměrně dlouhou tradici. Je určena pro klienty, kteří nejsou ochotni nebo schopni plně abstinovat. Mezi nejužívanější látky pro substituční léčbu je celosvětově uznávaný metadon, následně buprenorfinem a LAAM (28).

#### *Závislost*

Znamená potřebu drogy, jejích účinků a člověk se tudíž stává být nesvobodným vzhledem k droze, na níž je závislý. Drogovou závislost lze rozdělit na fyzickou neboli tělesnou a psychickou neboli duševní (11).

#### *Zdraví*

Stav úplné psychické, fyzické a sociální pohody, podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) (28).

### **1.1.2 Příznaky užívání drog**

Lze říci, že samotné příznaky a účinky nealkoholových drog se rozeznávají hůře. Reakce lze do určité míry pozorovat na koordinaci pohybů, při větší intoxikaci marihuanou bývá koordinace narušená. U pervitinu se reakce zrychlují, opiáty mají naopak tendenci rychlost spíše snížit a pohyby změkčit. Jako další příznak může být u marihuany zčervenání bělma v očích. Většina odborníků získává časem určitou zkušenost s hodnocením zornic u toxikomanů, zvláště heroin může vyvolat změněnou reakci oka na světlo, která se projeví stažením zornic. Jako další příznak můžeme určit

zvýšenou agresivitu, která může svědčit o užití stimulancií. Výraznější známky užívání jsou samozřejmě u rozpouštědel. Zde je markantní zápach vycházející z dechu a oblečení. Vždy je však třeba mít na mysli to, že pokud užívání drog bude potřebovat uživatel skrýt, což obvykle chce a je ještě schopen racionální kontroly v tomto ohledu, může dosáhnout velkého mistrovství a při běžném pohledu jeho blízcí z počátku nic nepoznají (8).

Varovnými signály jsou nejčastěji náhlé změny nálad a netypické reakce na určité situace. Zhoršování prospěchu ve škole a problémy v zaměstnání. Změna přátel a vyhledávání jiného prostředí než dříve. Výrazná změna v oblékání a stylu hudby, skrývání a zakrývání (např. tmavé brýle na očích, dlouhé rukávy). Častá vyčerpanost, únava a spavost (např. tělesná pasivita u heroinistů patří k celkovému obrazu i jejich životního stylu). Lži a předstírání jsou jedním z typických příznaků narušení osobnosti závislého. Překvapivě rychle nastupující sexuální aktivita, která se u předtím uzavřených nebo stydlivých mladých lidí neobjevovala. Tento rychlý nástup sexuální aktivity může vypovídat o tom, že k potlačení rozpaků a povzbuzení užívají drogy. Izolace od rodiny, kdy si člověk vytváří hranici mezi sebou a zbytkem rodiny. Snížené sebevědomí, propady a krize, neúspěchy jsou taktéž možnými příznaky. Chybějící léky či alkohol v domácnosti jsou taktéž typické a mnoho uživatelů heroinu uvádí, že předtím než začali užívat heroin, pili mnoho alkoholu. Ztrácející se věci a peníze, jedinec je schopen pro drogu krást. Nález drog nebo pomůcek k jejich užívání (např. papírky, stříkačky, jehly). I když uživatel při těchto odhaleních velice často zapírá, měli bychom zvážit fakt, že je zde riziko závislosti, pokud už nevznikla a snaha pomoci je zde velice důležitá (8).

## **1.2 Prevence v drogové problematice**

Prevenci lze obecně porozumět jako předcházení nemoci či předcházení zhoršení nemoci a nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného jedince (52). Prevence je velice důležitá v drogové problematice. Ochrana a prevence se musí realizovat v oblasti nebezpečné nabídky, poptávky, popřípadě dostupnosti drog, s účelem snížení všech těchto oblastí (11).

### ***1.2.1 Primární prevence***

Cílovou skupinou na kterou se primární prevence zaměřuje, je dosud nezasažená populace. Primární protidrogová prevence představuje v České republice část protidrogové politiky (52). Do této prevence patří realizace preventivních programů, které jsou zaměřené na širokou veřejnost, na rizikové skupiny obyvatel a jejich cílem je zabezpečit, aby nedocházelo ke zneužívání omamných látek. Jde o preventivní činnost v oblasti odstraňování škodlivých návyků, jako např. alkoholismus, gamblerství a jiné, zaměřující se na děti, mládež, školu, volnočasové aktivity, rodinu, nápravná zařízení a různá pracoviště (49).

Střediska pro primární prevenci byla zřízena za účelem spolupráce mezi sebou s cílem ochrany a prevence před zneužíváním psychotropních a omamných látek. S tím souvisí důležitost tzv. intermediátorů, kteří jsou z řad rodičů, pedagogů, vrstevníků, policistů, zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří působí na výchovu závislých osob či skupiny ohrožené závislostí (11).

### ***1.2.2 Sekundární prevence***

Tato prevence je zaměřená na jednotlivce, kteří už mají zkušenost s drogou, užívají ji krátkodobě či dlouhodobě. Jejím cílem je poskytování pomoci v závislosti nebo při léčbě (11). Dále prostřednictvím kvalitních programů léčby a resocializace pomoci osobám užívajícím drogy napomáhá vést smysluplný a spokojený život (52).

Zde je důležitá včasná intervence a zvýšená dostupnost péče. Takto zaměřené programy podporuje a garantuje vláda. Dále podporuje vzdělávání pracovníků kvalitně a v patřičném rozsahu, kteří pak mohou poskytovat nebo už poskytují efektivní služby. Vláda také zajišťuje funkce informačních drogových systémů, včetně registrování problémových drogových uživatelů (11).

### ***1.2.3 Terciální prevence***

Zaměřuje se na ty uživatele drog, kteří nechtějí a nebo nejsou schopni užívání drog opustit. Zaměřuje se na omezení, zabránění recidivy v užívání drog a snaží se

minimalizovat sociální dopady této problematiky na jedince, který je závislostí postižen (38, 52).

Těžištěm sekundární i terciální prevence je postavení na poradenské činnosti, léčbě, práci sociálních pracovníků a působnosti ministerstva zdravotnictví, práce a sociálních věcí. Služby, které mohou závislé osoby využívat, jsou např. kontaktní centra, detoxikační centra, ambulantní a lůžková péče, zdravotně-sociální a sociální péče. Důležité jsou programy prevence proti šíření infekčních onemocnění mezi drogovými uživateli. Resocializační programy a programy následné péče pro osoby drogově závislé (11).

### **1.3 Drogová závislost**

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí: závislost je skupina fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (26). Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“ (26). Diagnóza závislosti by se běžně měla určit jen tehdy, pokud došlo ke třem nebo více následujícím jevům během jednoho roku (26).

*Znaky (jevy) závislosti jsou:*

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)
- zhoršené sebeovládání
- somatický (tělesný) odvykací stav
- růst tolerance
- zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků (26).

### ***1.3.1 Znaký závislosti***

#### *Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving či bažení)*

Je touha cítit, prožívat účinky psychoaktivních látek, se kterými měla osoba v minulosti zkušenost. Psychické bažení má samozřejmě objektivní projevy, jako jsou nálezy, které se týkají aktivace určitých částí mozku (např. mozeček, limbický systém atd.) Dále oslabení paměti, abnormální nález na elektretinogramu, zhoršuje se postřeh (prodlužuje se reakční čas), zvyšuje se aktivita potních žláz a snižuje se kožní teplota, také dochází ke zvýšenému slinění (zejména u závislých na alkoholu) a zhoršuje se koordinace pohybů (26).

Bažení je nepříjemné v tom, že snižuje kognitivní funkce, což způsobuje špatné rozhodování. Riziko recidivy se u bažení zvyšuje, ale nemusí to tak být pokaždé. Za některých okolností může vést ke zvýšené opatrnosti, ale také se stává, že se závislé osoby v budoucnosti vyhýbají nebezpečným situacím, prostředí a nebo se na ně lépe připraví, aby nedocházelo ke zmíněné recidivě (26).

#### *Zhoršené sebeovládání*

Při užívání látky, pokud jde o začátek, ukončení nebo o změnu množství látky, vznikají potíže se sebeovládáním. Zhoršené sebeovládání úzce souvisí s bažením, ale i tak jsou tyto znaky rozdílné. Některý člověk může mít při bažení zhoršené sebeovládání nebo naopak jde o samostatné znaky (26).

Zhoršené sebeovládání bez předchozích příznaků bažení je typické za těchto okolností. Klienti (závislé osoby) si špatně uvědomují sami sebe a jsou velice emotivní. V tomto případě jim lze doporučit psychoterapii, relaxační techniky a další, aby se naučili lépe vnímat své tělo. Dalším ukazatelem je nadměrná únava a dlouhodobé vyčerpání, kterému klient může zabránit změnou životního stylu. Asi nejčastější příčinou bažení a nedostatečného sebeovládání bývá to, že k recidivě dochází rychleji ve vysoce rizikovém prostředí (restaurace, rockové kluby atd.). Jde o prostředí, které má klient spojené s návykovým chováním. Také se stává, že některé osoby mají tendenci bažení potlačovat a tím vzniká úzkost, která může zesílit bažení a snížit sebeovládání. Zhoršené sebeovládání se jednoznačně týká chování, ale bažení je spíše subjektivním příznakem (26, 23).

### *Somatický (tělesný) odvykací stav*

Pro stanovení odvykacího stavu musí být splněna určitá kritéria. Vysazení nebo zredukování látky před nedávným časem po dlouhodobém užívání návykových látek či po opakovaných recidivách. Dalším kritériem jsou příznaky, které nejsou vysvětlitelné psychickou či behaviorální poruchou a tělesným onemocněním nezávislým na užívání návykové látky (26).

### *Růst tolerance*

Jde o projev, kdy člověk dosahuje stejného účinku pouze, když si vezme větší dávku a nebo také, pokud si dá stejnou dávku jako vždy, ale účinek je nižší. Není zcela jasné, jak tolerance vzniká. Jednou z možností je nižší reaktivita centrálního nervového systému na návykové látky. Další možností je rychlejší odbourávání návykové látky, ale také zde působí psychologické vlivy (26).

### *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*

Je důležitou a často se vyskytující známkou závislosti a jde o zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ku prospěchu užívané návykové látky, navýšené množství času za účelem získání nebo užívání látky, či zotavení se z účinků látky. Shánění, aplikace a zotavení se z látky zabere desítky hodin týdně, a proto je důležité po léčbě zaplnit klientův čas různými aktivitami, které napomáhají k jeho celkovému zotavení a udržení odolnosti (26).

### *Pokračování užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*

Pro diagnostikování toho to znaku nám slouží informace, či dokumentace, že byl klient informován o škodlivých následcích návykových látek. Ovšem pokud tomu tak nebylo a klient nemá žádné tyto informace, nebude se jednat o znak závislosti. Jestliže však bude po získání informací pokračovat v užívání drogy, jedná se o znak závislosti. I tento znak je úzce propojen s předchozími znaky (26).

## **1.3.2 Psychická závislost**

Psychická složka závislosti je mnohem závažnější, hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než pevnou vůli. Právě tato složka je důvodem, proč existují léčebná zařízení, jako například terapeutické komunity, doléčovací centra pro



drogové závislosti. Tato část je příčinou častých recidiv i po několikaleté abstinenci. Její zvládnutí může trvat mnoho měsíců až let a často vyžaduje zásadní změny myšlení, postojů, chování, společenských vztahů, změny prostředí, ve kterém se uživatel doposud nacházel a životního stylu vůbec (22).

### ***1.3.3 Fyzická závislost***

Adaptace organismu na užívanou látku. Pokud je tato adaptace narušena vynecháním dávky, objevují se abstinenci příznaky, které mohou být v různé intenzitě a mohou mít mnoho projevů podle vlastností užití látky. Fyzická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivým užitím drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji již zmiňovaného stavu. Odvykací stav je nepříjemný, může ohrozit i život uživatele, ale odeznívá během několika dní. Jeho zvládnutí může být medicínsky náročné, je třeba dodržení doporučeného postupu. Velmi vážný tělesný odvykací stav paradoxně vyvolávají některé léky (benzodiazepiny, barbituráty) a alkohol. K vážným komplikacím zde dochází mnohem častěji a rozvinutý odvykací stav není prakticky možné zvládnout bez hospitalizace. Pokoušet se zvládnout bez lékaře delirium tremens což je odvykací stav u alkoholu, je vysloveně nebezpečné (6, 22).

### ***1.3.4 Stádia užívání drog***

#### *Experiment*

Uživatel bere drogy s druhými osobami, jenom pokud je mu to nabídnuto, poznává euforické zážitky, se kterými již neměl zkušenosti. Jeho zdraví není nijak narušeno, pracovní způsobilost a výkonnost není rovněž ovlivněna. Tento druh užívání nezasahuje ani do financí experimentátora. Co se týče emocionální sféry, převažuje spíše zvědavost. Jedná se o zřídka a sporadické užívání. Jedinec drogu užije ne vícekrát než pětkrát za svůj život jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek. V nejčastějším případě jde o konopné drogy (52).

#### *Stádium aktivního vyhledávání*

Toto stádium je charakteristické tím, že uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí. Začíná si vytvářet vlastní zdroje

a zásoby drog, dělí se s druhými osobami, které berou drogy s ním. Zdravotní stav toto stádium většinou vážně nenarušuje, ale dostávají se první dojezdy a kocoviny. Pracovní aktivita je v některých případech dotčena, uživatel si sám kupuje drogy a přichází o své finance. Na psychiku droga působí tak, že uživatel vyhledává slast, ale prožívá již i dysforie (52).

#### *Stádium zaujetí drogou*

Spotřeba drog stále narůstá a tím ubývají finance za nákup drog. Život uživatele se značně mění, distancuje se od původního prostředí a přehodnocuje, mění své postoje. Objevují se poruchy výživy, uživatel je podrážděný, unavený a trpí poruchami spánku. V pracovním prostředí podává horší výkony, mívá výpadky, jeho vzhled je neupravený, uživatel mění svůj vzhled a distancuje se od druhých. Na pocitové úrovni jsou časté změny nálad, uživatel se pokouší kontrolovat situaci a jsou přítomny nepříjemné stavy (52).

#### *Stádium závislosti*

Uživatel se setkává s lidmi, kteří také berou drogy, jsou jeho přáteli. Užívání drog je nucené a nezbytné. Bere často i o samotě, nepotřebuje své okolí a často užívá již vysoké dávky drog. Zdravotní stav je narušen mnohočetnými fyzickými i duševními problémy. Přichází o zaměstnání a má výrazné finanční problémy. Často lže, krade, sám prodává drogy a vypůjčuje si peníze na dluh. Uživatel je plně zaujat drogami, překonává pocity viny (52).

### **1.4 Legální a ilegální drogy**

Mezi nejčastěji užívané legální, zákonné drogy v České republice patří stejně jako v ostatních evropských státech alkohol a tabák (55), dále mezi ně řadíme těkavé látky, léky a kofein. Užívání alkoholu i tabáku je celospolečensky tolerováno a problémy s tím spojené jsou naopak podceňovány. Ilegální, nezákonné drogy jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb. o návykových látkách. Užívání ilegálních drog má ve většině evropských zemí rostoucí trend. Drogy už od počátku věků způsobují lidstvu problémy ať už jde o drogy legální či ilegální (52) (viz příloha 3).

### ***1.4.1 Drogy legální***

#### **Tabák**

Pochází z usušených listů rostliny rodu *Nicotiana*, jehož nepopulárnější druh je *Nicotiana tabacum*, který má svou původní vlast v Americe. V České republice se na prodej tabákových výrobků vztahují omezení daná zákonem. Například tabákové výrobky nesmějí být prodány mladým lidem pod 18 let (59).

Kouř, který uživatelé vdechují do plic, obsahuje obrovské množství různých chemických sloučenin ve formě plynů a tuhých částic. Tuhé částice jsou nikotin, benzen a dehet. Plynná fáze obsahuje oxid uhelnatý, formaldehyd a čpavek. Dehet je složením tmavá melasovitá hmota, která se tvoří při chladnutí, kondenzaci kouře a je nositelkou chuti a vůně. V Evropské unii je zakázáno vyrábět cigarety s obsahem dehtu vyšším než 12 mg. Nikotin je velmi silnou účinnou látkou, která je v tabáku obsažená a je to jeden z nejtoxičtějších jedů. Při kouření se uvolňuje do kouře, dostává se do organismu s kapičkami dehtu, naštěstí se většina nikotinu spálí a do těla se dostane pouze velmi malé množství z 2 mg nikotinu, který je obsažen v jedné cigaretě. Smrtelná dávka čistého nikotinu je přibližně 60 mg. V koncentracích u cigaret působí jako mírné stimulant a zvyšuje krevní tlak a puls. Nikotin je po dlouhých výzkumech považován za příčinu závislosti na tabáku, avšak jeho účinek na psychiku je popisován různě. Například pocit uvolnění, povzbuzení, odstranění nervozity a napětí, není dosud plně objasněn. Oxid uhelnatý je nevyhnutelným důsledkem spalování, které probíhá během kouření a jedním z jeho účinků je snížení schopnosti krve přenášet kyslík, což má za následek až 15 % deficit kyslíku (59).

Nikotin má podle výzkumů různorodé účinky a záleží i na jeho dávce, kterou kuřák organismu poskytuje. Uvádí se, že nižší dávky způsobují povzbuzení, vyšší dávky uklidnění, ale to není výzkumy stoprocentně ověřené. Negativní účinky jsou bledost, studený pot, nevolnost, závrať, bolesti hlavy v případě nadměrného užití. Užívání tabáku může vyvolat závislost, které se člověk obtížně zbavuje. Jednou z nejzávažnějších chorob v souvislosti s kouřením, je rakovina plic. Další z vážných onemocnění je rozedma plic, kdy se zužují plicní cévy a část plicní tkáně je zničená. Dále jsou to kardiovaskulární onemocnění, artérie přivádějící krev do srdečního svalu se

ucpou nebo zúží, obvykle vinou usazenin z mastných kyselin nebo krevních sraženin. Srdeční sval je více namáhán sníženým přísunem kyslíku. Kouření také napomáhá k zahušťování krve a vytváření sraženin. Infarkt je výsledkem úplného ucpání koronární artérie, protože srdeční sval nedostane svou běžnou zásobu kyslíku, jeho část odumírá. Onemocnění cév v jiné oblasti než srdeční je také častější u kuřáků. Kouření má negativní vliv na pokožku, pleť obličeje rychleji stárne a objevuje se akné. U žen může být ohrožena plodnost, průběh těhotenství a zdraví novorozence. U mužů kouření ovlivňuje potenci. Negativní dopad má kouř i na pasivní kuřáky nebo nekuřáky, kteří jsou nuceni dýchat vzduch nasycený cigaretovým kouřem (44). Prvními oběťmi pasivního kouření jsou děti kuřáků, u nichž bylo prokázáno, že trpí častěji zánětem průdušek a dalšími chorobami dýchacích cest. Při odvykání může mít pravidelný kuřák příznaky jako je podrážděnost, nervozita, neklid, bolesti hlavy, deprese, žaludeční potíže, pocení, poruchy spánku, které mohou přejít časně, ale mohou i dlouhou dobu přetrvávat. Člověk může přibrat na hmotnosti. Někteří jedinci uvádí i pocit snížení tělesného i duševního elánu, což je víceméně subjektivní (59).

## **Alkohol**

Sloučenina, která získaná kvašením cukru. Chemická látka, která je intoxikujícím prvkem v pivu, vínu, lihovinách, které jsou často v naší společnosti užívané, je ethylalkohol neboli ethanol. Alkohol se zdá být méně nebezpečnou látkou než ve skutečnosti je, jelikož je obecně tolerován. Jeho užívání je sice omezeno některými zákony, nicméně je v našich zemích pro většinu populace legálně dostupný. Zajímavá je historie užívání, kdy o alkoholu lze prohlásit, že tu byl od samého počátku. Dějiny pití alkoholu jsou neodmyslitelně spojeny s dějinami lidstva a je typická spjitost užívání alkoholu se společenskými událostmi v minulosti i v současnosti. Ve společnosti má alkohol pevné místo a nelze ho jednoduše vykázat. Co se týká návykového potenciálu a rizik užívání alkoholu, pohybuje se v rovině tvrdých drog a je o to nebezpečnější, že jeho užívání je všeobecně tolerováno nebo dokonce i podporováno (59).

Alkohol působí na centrální nervový systém, který všeobecně tlumí, přestože se alkohol považuje za životabudič. Už po požití malého množství jsou patrné účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Ovlivňuje vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra dýchání a krevní oběhu, což může vést až ke smrti. Velice nebezpečné jsou kombinace s jinými tlumivými látkami (59).

V psychické sféře odstraňuje zábrany, to přispívá k všeobecně rozšířené domněnce, že podporuje sexuální funkce, ale opak je pravdou, potence je při užití většího množství alkoholu snížena. Odstranění zábran může způsobit šťastnější atmosféru ve společnosti, kde se užívá alkohol, protože je zbavena zátěže etikety. Uvolnění zábran může vést ke vzrušeným emocionálním projevům, agresivitě, která se může projevit až v surových a krutých násilných činech. Někdy má člověk také více sebevědomí. Dalšími znaky jsou vážnější poruchy pozornosti, poruchy řeči „setřelá řeč“ a poruchy rovnováhy „vrávorání“, ztráta sebekontroly, které se pak stupňují a přidává se spavost, nevolnost a zvracení. V závažnějším případě hluboký spánek přechází do bezvědomí a při smrtelné otravě alkoholem až k udušení v důsledku útlumu mozkových center, které řídí dýchání a krevní oběh (59).

Kocovina, která následuje po požití alkoholu, je způsobena narušením minerálního a vodního hospodářství a metabolismu, nevyspáním, účinky alkoholu na mozek atd. Je vhodné doplnit minerály a tekutiny. Chronické užívání je dlouhotrvající zneužívání alkoholu, které se projevuje jak ve fyzické, tak i v psychické oblasti a vede až k závislosti na alkoholu, která je svou závažností srovnatelná se závislostí na opiátech a projevuje se fyzickými abstinenciálními příznaky. Z hlediska fyzického poškození je nebezpečná alkoholická podvýživa, alkoholik trpí nechutenstvím, jehož příčinou je chronický zánět sliznice žaludku vyvolaný nadměrným pitím. Alkohol dále poškozuje obzvláště játra, jeden z nejdůležitějších a nenahraditelných orgánů těla. Játra alkohol odbourávají a jeho neustálý přísun je zatěžuje, část buněk odumírá a je nahrazována vazivem, vzniká cirhóza jater (tvrdnutí), která je nejčastější příčinou smrti u alkoholiků. Při závažných potížích s játry a záněty nervů je důležitá včasná léčba podmíněná abstinencí od alkoholu. Imunita organismu je také oslabena, roste riziko infekcí a nádorového bujení. Psychické poruchy se mohou objevit jako součást

abstinenčního syndromu nebo jako potíže přicházející v průběhu chronického pití. Jedná se o podrážděnost, žárlivost, vztahovačnost, závažné poruchy paměti, alkoholickou demenci při postupném odumírání mozkových buněk, těžké deprese se sklony k sebevraždám. Nejznámějšími poruchami jsou třes. Ve spojitosti s abstinenčním syndromem a při náhlém přerušení užívání alkoholu, vzniká třes, který je u mnohých alkoholiků záminkou k rannímu pití, aby třesavku odstranili. Dalšími projevy jsou úzkost, podrážděnost, slabost, u některých případů krátkodobé halucinace, zrakové i sluchové. Dramatický a závažný je stav delirium tremens, který nastupuje po přerušení těžkého abúzu alkoholu. Postižený má děsivé halucinace, třese se, je dezorientovaný, objevuje se pocení, nevolnost, zvracení, zvýšení krevního tlaku, pulsu. Tento stav může být životu nebezpečný, pokud není poskytnutá kvalifikovaná pomoc. Ustupuje přibližně po několika hodinách, ale může také trvat až tři dny. Při vysazení alkoholu se může objevit i alkoholická epilepsie, někdy se při snížení přísunu alkoholu při chronickém užívání dostavuje alkoholová halucinóza, kdy dochází k halucinacím vizuálním a sluchovým, ale bez příznaků deliria. Může se rozvinout až do podoby připomínající schizofrenii.

Bezpečnou dávkou pro zdravého dospělého člověka je podle expertů Světové zdravotnické organizace dávka do cca 20 g 100 % lihu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), což je přibližně do 0,5 l piva nebo 200 ml vína, 50 ml destilátu. Organismus dětí a dospívajících odbourává alkohol pomaleji, děti a dospívající mívají menší hmotnost, a proto i malé množství může vyvolat u dítěte těžkou otravu. U dětí a mladých lidí se alkoholová závislost vytváří podstatně rychleji (59).

## **Léky**

Tvoří velkou skupinu látek. Látkovou závislost vyvolává mnoho preparátů, které ovlivňují centrální nervový systém. Nejčastěji ji vyvolávají látky snižující strach a napětí (anxiolytika), látky způsobující euforii, zvyšující tělesný i duševní výkon a látky měnící smyslové vnímání. Mezi nejobvykleji zneužívané skupiny látek patří benzodiazepiny, barbituráty, antidepresiva a antipsychotika (39).

Hlavním společným účinkem je útlum centrální nervové soustavy. Po užití dochází k ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmazanou až blábolivou řečí.

Může dojít k ataxii (tzv. pohybové nekoordinovanosti), vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému bezvědomí neboli kómatu. Chronické užívání vede k psychické a fyzické závislosti na určité návykové látce, a to i u uživatelů, kteří jí používají jako lék na lékařský předpis. Při chybění látky se objevuje odvykací syndrom, který je charakteristický nespavostí, neklidem, zvýšenou mrzutostí až agresí, ale také znovuoobjevením bolesti či jejím vystupňováním, zvláště po vysazení opioidních analgetik. Objevují se křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes a bolesti svalů. Může také docházet ke zhoršení prostorového vnímání, udržení pozornosti a v krajních případech se může vyvinout i epileptický záchvat (39).

**Benzodiazepiny** jsou nejpoužívanější psychofarmaka v medicíně, prakticky všechna dnes užívaná anxiolitika patří do této skupiny a jedná se o poměrně mladou skupinu léků, které byly syntetizovány až v tomto století. Dobře se vstřebávají z trávicího traktu, většina látek se v těle metabolizuje na biologicky aktivní metabolity a prodlužuje se doba účinku. V moči je možné prokázat benzodiazepiny, případně jejich metabolity, i po delší době. V případě dlouhodobě působících preparátů a dlouhodobějšího užívání řádově i po několika týdnech. Benzodiazepiny jsou relativně málo toxické, předávkovat se jimi není snadné, ale pokud jsou užity s jinou látkou, která vyvolává nebo posiluje útlum CNS, může stačit malá dávka ke smrtelnému předávkování (39, 59).

Benzodiazepiny mají vlastní vazební místo na receptorovém komplexu pro kyselinu gama-aminomáselnou (GABA - hlavní tlumivý mediátor v mozku) a posilují účinek GABA na receptor (tzv. GABA útlumový receptor), jejímž výsledným efektem vazby je útlum centrálního nervového systému (59).

Pro svůj všestranný účinek mají v lékařství mnohostranné použití jako sedativa, hypnotika, anxiolytika, antiepileptika, spasmolitika a jiné. Odstranění strachu a úzkosti je jedním z hlavních důvodů zneužívání benzodiazepinů. Jejich antidepresivní účinky pozitivně ovlivňují patologicky změněnou (smutnou) náladu, tento efekt mají jen některé preparáty skupiny. Mají také amnestický efekt, což je krátkodobá ztráta paměti, využívána při krátkodobých nepříjemných lékařských výkonech. Dále myorelaxační

účinek, snižující svalové napětí. Mezi benzodiazepiny patří Rohypnol, Diazepam, Valium, Lexaurin, Neurol a jiné (59) (rozdělení viz. Příloha 7).

Závislost vzniká po několika měsících pravidelného užívání, zvláště u osob, které užívají krátkodobě působící benzodiazepiny. Pokud jsou léky užívány v dávkách, které převyšují dávky obvykle užívané při léčbě, vzniká závislost rychleji. Rychlý je také rozvoj tolerance k účinkům léku, který vede ke zvyšování dávek, aby bylo dosaženo žádoucího účinku. Závislost na nich vzniká plíživě a je jak psychická, tak i fyzická. Psychická závislost může být poměrně silná, srovnatelná se závislostí na opiátech. Tělesná závislost je také velmi silná, abstinční syndrom může být i život ohrožující (39).

Abstinční syndrom nastupuje za dobu 24 hodin po vysazení benzodiazepinů krátkodobě působících a za týden po vysazení dlouhodobě působících. Abstinční syndrom vrcholí s délkou užívání, velikostí dávek, kratším vylučovacím poločasem užívaného léku, rychlejším vysazením. Pokud jsou léky užívány ve vyšších dávkách, je rozumné léky vysazovat za hospitalizace na specializovaném oddělení. Ambulantně se obvykle detoxifikace nepodaří, nebo je zatížena velkým rizikem. Vysazení léků i po krátkodobém užívání, je někdy doprovázeno tzv. rebound fenoménem., při němž dochází k návratu obtíží, který měl nemocný před užíváním. Někdy se mohou obtíže vrátit dokonce s větší silou, než jaké byly před nasazením léků. V lehčích případech abstinčního syndromu dochází k nespavosti, třesu, podrážděnosti, nevolnosti, může se objevit pocit ztráty duševního zdraví a obavy ze zešílení. Někdy se vyskytuje zvýšené svalové napětí, křeče, pocení. Stav je spíše nepříjemný, než-li nebezpečný. V těžších případech se vyskytují epileptické záchvaty, halucinace, mohou se objevit i psychotické obtíže. Na těžší odvykací stavy je možné i zemřít, často pro nakumulování epileptických záchvatů (status epilepticus) (59, 34).

**Barbituráty** jsou léky se sedativním, antiepileptickým, hypnotickým a protikřečovým účinkem. V dnešní době relativně málo používaná skupina léků, běžněji se s nimi můžeme setkat v preparátech, které jsou složené (Spasmoveralgin). Barbituráty byly odvozeny od kyseliny barbiturové, která byla objevena v roce 1964 německou farmaceutickou společností Bayer. Vyskytují se v podobě tablet, ampulí,



čípků nebo kapslí. Obvykle jsou podávány ústy, ale k některým léčebným účelům také injekčně (39, 40).

Jsou mnohem nebezpečnější než skupiny benodiazepinů, hlavně při předávkování, které může být častěji smrtelné. Závislost vzniká také plíživě, poměrně snadno a odvykací stav může být smrtelný (39).

Mezi barbituráty řadíme například Thiopental (injekční preparát, který je používaný pro úvod do celkové anestézie), Phenobarbital (lék užívaný proti epileptickým záchvatům) (39).

*Antidepressiva* jsou léky, které se užívají pro zlepšení patologicky změněnou náladu. Jsou často užívány, protože depresí trpí značná část běžné populace. Onemocnění však často není časně a správně diagnostikováno. Přibližně 5-10 % lidí zažilo ve svém životě depresivní epizodu (39).

Užívání látek této skupiny je méně časté než u benzodiazepinů a barbiturátů. Některé látky mohou vyvolávat těžkou otravu, pokud jsou užity ve větší dávce. Modernější preparáty jsou v tomto případě poměrně bezpečné. Tento typ léků má odlišný princip účinku než například benzodiazepiny, zde účinek nastupuje až po několika dnech či týdnech užívání, a proto závislost vzniká velmi zřídka (39).

*Antipsychotika* jsou používána jako léky při léčbě psychotických poruch, které patří mezi nejtěžší duševní onemocnění. Zneužívání preparátů této skupiny je vzácné (39).

### **Těkavé látky**

Jde o specifický druh toxikománie, který se nazývá „sniffing“ nebo také „fetování“ a je velice nebezpečné. Uživatel si snaží navodit euforii, při které dochází k intoxikaci s rozdílem několika vdechů navíc. Omámená osoba toto už nerozlišuje a věc, ve které měla těkavou látku k použití, z blízkosti dýchacích cest neodstraní. Někdy si uživatelé napomáhají tím, že si do igelitového sáčku vloží věc s těkavou látkou a přetáhnu si jej přes hlavu. Není zde výjimkou úmrtí i při prvních pokusech užití těchto látek (4).

Látky takto užívané jsou rozpouštědla, takže dochází k značným poškozením. Toulen se například dostává přes plíce krví do mozku a tam rozpouští tuk mozkových buněk, které následovně odumírají. Při dlouhodobém a intenzivním užívání se to projevuje na chování jedince. Dlouhodobé užití se pozná při pitvě. Také je zde možnost vzniku agresivního chování, které není odpovídající podnětům, které ho vyvolaly (4).

Za poslední dobu se bohužel mladí lidé k tomuto velice nebezpečnému a zdraví poškozujícímu způsobu užívání omamných látek vrací. Zneužívání rozpouštědel můžeme rozpoznat pokud se objevuje pobledlost, nevolnost, poruchy vnímání, rozjařenost či naopak útlum. Dalšími znaky jsou rozšířené zornice, zarudlé oči, z dechu a oděvu je cítit chemikálie. Při delším zneužívání se objevují poruchy krvetvorby, paměti, poškození mozku, ohrožení srdce a dýchacích cest. Jaterní testy jsou zvýšené a v okolí úst a nosu se vyskytuje vyrážka. Odumírání nervových buněk má za následek poruchy rovnováhy, problémy s chozením po rovné čáře, problémy s myšlením, pamětí a schopností vyrovnat se s běžnými problémy. Dochází k poškození jater, ledvin a k atrofii šedé kůry mozkové (4).

**Toulen** je typickým zástupcem těkavých látek. Je to homolog benzenu, který má vyšší narkotický účinek, nevede však k útlumu kostní dřeně. Stanovení v moči se provádí podle obsahu kyseliny benzoové a hippuronové. Příznaky intoxikace jsou podobné opilosti. Euforická fáze je kratší a předávkování je snadnější. Uživatelé charakteristicky sladce zapáchají, zvláště dech je cítit po organickém rozpouštědle. Organická rozpouštědla jsou z hlediska užívání velmi nebezpečné látky. Nebezpečí spočívá v tom, že při intoxikaci těmito látkami je poměrně těžké odhadnout dávku, hlavně vzhledem ke způsobu užívání. Také poškození vnitřních orgánů je značné, nejzávažnější je však poškození mozku. Velice často dochází k nevratným změnám, vážnému poškození neuronů a dochází k úbytku intelektu. Abstinence sice stav stabilizuje a mírně vylepší, ale značná část poškození přetrvává. Užívání organických rozpouštědel je méně časté, než užívání jiných tvrdých drog (39, 16).

**Poppers** je známý název pro různé alkyl nitrity (včetně isobutyl nitritu, butyl nitritu a amylnitritu). Isobutyl nitrit a butyl nitrit se prodávají jako speciální čisticí prostředky na kůži, bývají přítomny také ve většině osvěžovačů vzduchu. Amyl nitrity

se používají v určitých lécích pro kardiaky, bývají součástí některých čichacích afrodisiak ze sexshopů. Poppers se užívají čicháním výparů přímo z lahviček, účinek se dostavuje během několika vteřin a obvykle trvá 1-2 minuty. Způsobují různé stavy jako euforii, sexuální touhu, omámenost, malátnost, bolesti hlavy. Uvolňují hladké svalstvo bohaté na krev (např. konečník, vagina), proto je používají zejména homosexuálové, pro usnadnění análního styku. Některé studie ukazují, že nitrity snižují funkčnost imunitního systému ještě několik dní po užití. Způsobují prudké snížení krevního tlaku a zvýšení pulsu, proto je nebezpečné je kombinovat se stimulanty. Jejich užívání představuje zvýšené riziko pro jedince s oslabeným imunitním systémem, pro chudokrevné uživatele, rovněž pro těhotné a zejména pro lidi, kteří za sebou mají mozkovou příhodu (59).

#### **1.4.2 Drogy ilegální**

##### **Konopné drogy**

Konopí neboli Cannabis patří mezi látky s halucinogenním účinkem a je rozšířené v Indii. Psychoaktivní jsou Cannabis sativa (Linné), Cannabis ruderalis (Janischewsky) a Cannabis indica (Lamarck), vedle nich existují ještě další druhy, které však mají minimální obsah psychotropních látek a jsou určeny pro průmyslové využití. Konopné drogy jsou užívány především kouřením, často s příměsí tabáku. V menším měřítku se objevuje také perorální užití, obvykle jako součást pokrmů nebo nápojů různého druhu. Omezení z hlediska úpravy představuje rozpustnost účinných látek především v oleji, tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě. Účinné látky, obsažené v užívaných produktech konopí, byly identifikovány až v roce 1964, kdy bylo zjištěno, že psychicky aktivními látkami jsou dnes nazývané cannabinoidy. Mezi užívané konopné drogy patří marihuana, hašiš a hašišový olej (4, 16).

Při požití se prvotní příznaky dostaví přibližně za 30 minut, vstřebávání je pomalé. Vrcholného efektu je dosaženo po 1 – 5 hodinách, odeznívá až po několika hodinách a stává se, že ještě 24 hodin po požití si uživatel může stěžovat na poruchy vyvolané intoxikací. Intoxikace požitím látky ústy má závažnější průběh. Celý průběh

intoxikace bývá vnímán jako nepříjemně protahovaný a netrpělivý uživatel se stále „přikrmuje“, protože efekt nastupuje pomalu (39).

Typická pro konopnou intoxikaci je deformace vnímání času. Čas se zdá být delší, vše je jakoby zpomalené a i velmi krátký okamžik se může zdát, jakoby trval celé hodiny. Ve většině případů je intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která občas může přejít do bouřlivého a nezadržitelného smíchu. Agresivní či depresivní rozlady, stejně tak jako panické a úzkostné stavy, tzv. „bad trip“ se objevují výjimečně a spíše u osob k tomu disponovaných. Celkový stav je podobný mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií. Intoxikace konopím se může projevit i nevolností až zvracením. Úzkostné stavy jsou popisovány pouze zřídka. Někdy může dojít k plynulému přechodu od žádoucích účinků k účinkům nežádoucím. Při velmi častém a dlouhodobém užívání se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí, jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. Mezi fyzické příznaky typické pro užití konopných drog patří, sucho v ústech, zvýšená chuť k jídlu (obvykle na sladké) a často se objevuje zarudnutí očí (16, 39).

Při špatném naladění, tedy například při déletrvajícím depresi z rozchodu s partnerem nebo při intoxikaci na místě, které je nepříjemné, anebo s lidmi, kteří jsou nepříjemní, neznámí, může dojít k rozvoji paranoidního stavu, kdy má uživatel pocit, že je ostatními sledován, že se na něj stále dívají, pozorují ho a hodnotí. U predisponovaných osob s vytvořenou či vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů nebo stavů úzkosti a napětí. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebevraždy či naopak agrese k okolí. Občas k tomu může dojít při nepřipravenosti k požití velmi vysoké dávky. Konzument vlastně nikdy přesně neví, kolik účinné látky pozře. Velmi výjimečně u disponovaných jedinců nebo při velmi vysoké dávce a dlouhodobém užívání může dojít k mírným stavům zmatenosti. Ty za určitých okolností mohou přejít až do psychotické roviny, projevit se stavem zmatenosti, dezorientace, poruch myšlení, emocí atd. V případě delšího přetrvávání těchto stavů je nutné posouzení psychiatrem (39).

*Marihuana* se vyskytuje na drogové scéně velice dlouho, její užívání bylo relativně už v období před listopadem 1989. V devadesátých letech její užívání akcelerovalo. V minulosti byla distribuována spíše v rámci malých společenství, která se dělila o rostliny vlastního pěstění a nejednalo se tedy o klasický obchod s drogami. Situace se za poslední dobu změnila, obchoduje se s marihuanou i s hašišem (39, 53).

Je to směs sušených listů, větviček, květů, semen a palic. Barva je dle kvality zpracování od spíše tmavě zelené až skoro k černozelené (v případě vlhkého sběru, rychlého sušení tedy nesprávné přípravy). V kvalitnější droze převažují palice rostliny, naopak droze se slabším účinkem jsou užívány stonky a listy. Marihuana se většinou kouří v podobě cigarety, která má konický tvar a nazývá se joint. Avšak užívání jako příměsí do pokrmů je také obvyklé (39).

Při standardním zpracování je látka v menších kouscích, jemně se lepících k sobě, s velmi charakteristickým aroma. Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka a marihuana vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná. Marihuana domácí produkce se podle oblasti původu pohybuje v mezích 2-8% obsahu aktivních, účinných látek. Zahraniční pak v rozmezí 6-14% a speciálně upravená až 18 % a ve výjimečných případech obsahuje i více. Účinnou látkou marihuany je THC neboli tetrahydrocannabinol (16).

U marihuany nelze hovořit o abstinčních příznacích a fyzické závislosti v klasickém slova smyslu. U dlouhodobých kuřáků bývá psychická závislost spojená s životním stylem, způsobem trávení volného času a relaxace. Abstinence může způsobit určitou rozladěnost a je potřeba velkého úsilí ke změně životního stylu s ní spojené. Je nevhodné marihuanu kombinovat s jinými psychotropními látkami, včetně alkoholu. Rizika spojená s užíváním konopných drog se násobí (39).

*Hašiš* je konopná pryskyřice, která obvykle obsahuje malou část květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, přecházející do tmavě hnědé (záleží na čistotě). Někdy se barevně liší podle původu. V českých zemích nejčastěji světle hnědý z Maroka a tmavě hnědý z Afghánistánu atd.. Droga se většinou kouří například v malých dýmkách a nebo se užívá v pokrmech. Obsah aktivních látek (THC) v hašiši

může být až okolo 40%. To současně určuje i základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potenciálních rizik spojených s jejich užíváním (39).

**Hašišový olej** je produktem vzniklým destilací marihuanových listů, který se nejčastěji užívá kouřením, obvykle ve skleněné dýmce. Pro intoxikaci dostačuje minimální množství tohoto produktu. V České republice hašišový olej nebývá dostupný (39).

Uživatelé marihuany nebo hašiše často z vlastní iniciativy nevyhledávají odbornou pomoc v zařízeních pro problémové uživatele drog a závislé. Při masivním rozšíření zejména marihuany není již výjimkou kontakt, který je iniciovaný rodinou, školou nebo motivovaný výskytem psychických komplikací. Kromě uvedené skupiny (přicházející pod nátlakem rodiny, školy, partnera apod.), se jedná taktéž o skupinu klientů tvořenou nezkušenými uživateli, kteří spíše experimentují a u nichž droga během intoxikace vyvolá nečekaný a nepříjemný stav. Tito klienti často přicházejí s nejistotou, zda se mu nemohlo během intoxikace něco stát a zda nebude mít nějaké následky. V těchto případech je často zcela dostačující citlivá poradenská intervence, na kterou může eventuálně navázat krátkodobá psychoterapie zaměřující se na práci s důvody, které klienta vedly k experimentům s drogou (16).

### **Stimulační látky**

Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika), budivé látky nebo také psychomotorické stimulanty jsou chemicky různorodou skupinou látek s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém (39). Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, crack, kokain a někdy je mezi ně řazena i extáze (má kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický). Mezi legální stimulanty patří látky s mnohem mírnějším efektem a to káva a čaj (39, 59).

Jsou to takové látky, jejichž účinek je povzbuzující a euforizující. Používají se k všeobecnému povzbuzení a k odstranění únavy. Vyšší dávky způsobují silné vzrušení, nespavost, křeče a třes. Některé ze stimulačních látek mohou způsobit poruchy některých orgánů a vedou ke vzniku výrazné závislosti. Jsou zátěží pro celý organismus, zejména pro kardiovaskulární systém. Mezi negativní účinky patří například arytmie srdce, která může vést až k úmrtí. Rychle probíhající, tedy akutní

otravy mohou vyvolat i závažné duševní poruchy, jako například rozvoj paranoidně-halucinatorního syndromu (4). Psychostimulancia všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu), především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Vyvolávají také metabolické změny, při nichž dochází k výraznému zhubnutí (59).

**Pervitin** genericky metamfetamin, je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokrystalického bílého prášku bez zápachu a hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta nebo fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě (varu). Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh a červený fosfor. Nedokonalým varem může syntéza skončit ve fázi meziprojektu, což zvyšuje riziko pro uživatele (59). Běžné dávky se pohybují v rozmezí 50 až 250 mg. Literatura však popisuje užívání denních dávek nad 1 gram. Látky ze skupiny budivých aminů se používají (používaly) i jako léky, ovšem v dávkách daleko nižších. Nejvyšší povolená dávka je asi 3x menší než zmíněných 50 mg. Účinek nastupuje u intravenózní - nitrožilní aplikace ihned, u sniffingu (šňupání) za 5-10 minut, při užití per os (polykáním) do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace pervitinem zmizí za 8 - 24 hodin. Z těla se vylučuje močí, z velké části nezměněn po dobu několika dní (v moči se objevuje již za 20 min. po aplikaci). Biologický poločas (tedy doba, za kterou tělo vyloučí polovinu látky) je 12 - 34 hodin. Jeho identifikace laboratorními metodami v moči je možná při častém užívání až 3 týdny, při občasném užívání do jednoho týdne, z krve je možné užívání pervitinu zjistit 1 až 3 dny (39).

Pervitin v centrálním nervovém systému zvyšuje koncentraci mediátorů (látek, které přenášejí elektrické vzruchy mezi neurony) monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v synapsích (tedy ve spojení nervových buněk). Po odeznění účinků, dochází k vyčerpání mediátorů, což je příčinou nepříjemného stavu, tzv. dojezd. Pervitin je psychomotorické stimulant, které zřetelně ovlivňuje motoriku, ale samozřejmě i psychické funkce. Užívání vede k euforii, snižuje únavu, působí nechutenství (anorexii) a navozuje stereotypní chování. Pervitin v těle uvolňuje zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo,

způsobuje motorický neklid a typická je tzv. "vykroucenost". Zvyšuje krevní tlak, puls a stoupá dechová frekvence. Zornice jsou rozšířené (mydriáza). Zvyšuje riziko křečí a organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Také zvyšuje pozornost a soustředěnost, zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po jeho užití nastupuje euforie, člověk má pocit sebejistoty a rozhodnosti, nemá potřebu spánku. Metamfetamin působí anxiogenně, může navodit strach a úzkost. Po odeznění účinků se dostavuje deprese s hlubokými pocity vyčerpání, vztahovačností a celkovou skleslostí. Při chronické intoxikaci nebo při užití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza ve formě paranoidně-halucinatorního syndromu. Psychotické stavy podobné schizofrenii a stavy zmatenosti. Objevují se poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při prvním požití je typická bolest v čele a úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku (vegetativní nervový systém, kdy při jeho aktivaci dochází k přípravě organismu na reakci útok a útek), dále se projevuje neklidem, hyperaktivitou, hyperreflexií. Předávkovaný uživatel pociťuje těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1-2 hod. Při dlouhodobém užívání nebo po jednorázovém požití velmi vysoké dávky pervitinu mohou vznikat psychotické stavy podobné schizofrenii nebo paranoidní bludy. Abstinční syndrom je pouze psychický. Kombinováním pervitinu s jinými drogami nebo léky je větší pravděpodobnost nežádoucích účinků. Život ohrožující je užití spolu s antidepresivy (39, 40).

**Kokain** vlastní alkaloid byl izolován roce 1859. Pro medicínu kokain jako lokální anestetikum objevil Sigmund Freud. V roce 1878 začal Bentley kokainem léčit morfinisty a tím bylo přispěno k rozšíření kokainismu (39).

Kokain je tropanový alkaloid, jehož výchozí látkou pro jeho syntézu je aminokyselina arginin. V medicíně se využívá ve formě Cocainum chloratum, nebo hydrochloricum (bílé šupinovité, lesklé krystaly bez zápachu, s nahořklou chutí a znecitlivující jazyk). Obvyklým způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, které se však v našich podmínkách nevyskytují. Žvýkači denně spotřebují přibližně 25 - 50 g kokových listů (0,05 - 0,1 g kokainu). Kokain se nejběžněji užívá šňupáním, injekční aplikace je méně častá. Množství přijaté drogy je různé, od desetin gramu do 20 - 30 g denně. Kokain je zdrojovou surovinou, která slouží při výrobě cracku. Užívání kokainu



představuje značnou zátěž pro kardiovaskulární systém, je zde velké riziko srdečních a mozkových příhod. Nástup účinku se somaticky projevuje vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulsu, pocením, nevolností a rozšířením zornic (mydriasiou). Při prvním užití má uživatel pocity většinou spíše nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení, bledost), teprve opakované užívání drogy vede k euforii. Uživatel kokainu neboli kokainista je veselý, družný, s příjemnými halucinacemi, dostavuje se touha po pohybu a zvýšeném výkonu. U některých uživatelů se objeví lenivá snivost spojená s halucinacemi a jde o stav připomínající hypomani. Intoxikovaný je často na první pohled nápadný přebytkem energie, hovorností, hyperaktivitou až agitovaným neklidem. Dostavuje se euforie, velmi nápadné jsou poruchy chování, vymizení jakýchkoliv zábran. Vystupňovaný sexuální pud je zdrojem nymfomanického chování u žen, u mužů také roste chuť, ale velmi často klesá schopnost pud ukojit. Kokain je silné anorektikum (snižuje chuť k jídlu) a výsledná anorexie často vede k nápadné, viditelně nezdravé hubenosti, organismus trpí podvýživou. Dlouhodobé šňupání vede k poškození, poleptání nosní sliznice, mohou se objevit i nekrózy (místní odumření) v oblasti nosu, postižení či ztráta čichu je pravidlem. Při těžké akutní otravě se objevují záškuby a křeče, slábne krevní oběh a stoupá teplota těla. Otrávený nakonec kolabuje a umírá z důvodu ochrnutí dýchacího centra. Dlouhodobé užívání se děje typicky v tazích a chronická otrava vede k vzestupu tolerance k euforizujícím účinkům, současně nastupují stavy úzkosti, paniky, běžné jsou psychotické epizody paranoidního charakteru (toxické psychosy). Typické bývají tělové halucinace, při nichž má uživatel kokainu dojem, že je napaden hmyzem. Postižený trpí pocity, že je sledován, které mohou vést až k agresivitě nebo sebevraždě. Toxická psychóza po vysazení drogy většinou bez následků odeznívá, ale také se stává, že u disponovaných osob může přetrvávat (39, 59).

Kokain nevyvolává závislost tělesnou, ale o to mocnější je závislost psychická. Odvykání probíhá v několika fázích. Bezprostředně po vysazení se objevuje únava, často několikadenní spánek, který je přerušován epizodami bdělosti se silným hladem a příjmem velkého množství potravy. Dostavuje se deprese, úzkost, svět je pro abstinujícího bezútěšně šedivý a mohou se dostavit sebevražedné myšlenky. V další fázi

se abstinující mírně zrestauroval, odpočinul, nasýtil se a dostavuje se silná touha po droze, přičemž často dochází k relapsům. Přetrvávají deprese, dostavuje se podrážděnost, někdy nastupují poruchy spánku. Trvá řádově několik dnů až týdnů. Fáze mírnějších obtíží, kdy depresivní chování postupně odeznívá, touha po aplikaci drogy slábne, i když se občas dostavuje v neztenčené síle. Běžně trvá několik týdnů až měsíců. Podpůrná farmakologická léčba obvykle není nutná, je spíše nevhodná. Při silné depresivní atace se doporučují antidepressiva a někdy je možné pokusit se o farmakologickou podporu látkami, které specificky zlepšují metabolismus nervových buněk (nootropika). Toxická psychosa často odezní sama při pouhém vysazení drogy, ale při vážnějších potížích nebo dlouhém průběhu se užívají neuroleptika (antipsychotika). Při poškození nosní sliznice se používá nosní olej s vitaminy (39).

**Crack** Vzniká chemickou úpravou kokainu. Je vhodný ke kouření, také se kouří ve směsi s marihuanou. Jde o relativně levnou formu kokainu. U nás se na drogové scéně vyskytuje spíše zřídka. Vyznačuje se velmi rychlým nástupem účinku a snadným vznikem závislosti. Jednorázová dávka bývá okolo 10 - 120 mg. Biologická dostupnost je 20 -30 % při intranasální aplikaci (aplikuje se hydrochlorid), ve formě volné base tedy crack 6 - 32 %. Rychlost nástupu účinku je závislá na formě podání. Účinky kokainu trvají poměrně krátce, už po třiceti minutách ustupují, poločas vylučování je 0,7-1,5 hodiny, záleží na užití dávce. Možnost detekce v moči je např. u kokainu jen asi 3-6 hodin, jeho metabolity můžeme zachytit maximálně do 3 dnů (9, 39).

## **Halucinogeny**

Psychedelika, delirogeny, fantastika jsou skupinou drog, syntetických i přírodních, které jsou charakteristické zásadním efektem, což je kvalitativní změna vědomí. Tedy látky vyvolávající halucinace, které lze definovat jako zdánlivé vjemy, které vznikají bez jakýchkoliv podnětů. U člověka, který je uživatelem halucinogenů, jde však o skutečné vjemy. Objevují se halucinace zrakové a sluchové, dále depersonalizace, derealizace, zdeformování pojmu o čase a prostoru. Dostavují se příjemné prožitky, ale i hrůzné vjemy, které jsou tak intenzivní a důvěryhodné, že mohou uživatele dovést k úrazu či smrti, při útěku před nimi (4, 11).

Při jejich užívání je důležitý aktuální stav (set) a okolnosti, které jsou spojeny s uživatelským vjemem místa a lidí kolem (setting). Pokud jsou set i setting dobré, je pravděpodobné, že i intoxikace proběhne příznivě. Pokud jsou okolnosti nepříznivé, intoxikace tomu odpovídá, nepříznivému zážitku se říká „bad trip“. Intoxikovaného je nezbytné vyvést z prostředí, které vnímá jako rizikové, aby se uklidnil. Doporučuje se také všem, kteří "bad trip" prožili, aby se dalším intoxikacím raději vyhýbali (39, 59).

Objektivními projevy užívání těchto látek jsou rozšířené zornice, zčervenání pokožky, zrychlení pulsu a dochází k velkým výkyvům krevního tlaku. Chování je rozmanité, ale velmi podobné chování při užívání alkoholu. Klesá sebekontrola a rozvíjí se paranoidní stav. Při dlouhotrvajícím a opakovaném užívání halucinogenů vznikají těžké defekty osobnosti, poškození duševního i tělesného zdraví. Jde o nejméně předvídatelné drogy. Poruchy vnímání a duševní problémy mohou přetrvávat i po době, co odezněla intoxikace. Intoxikaci lze ve většině případů přerušit aplikací antipsychotik (4, 9, 11).

**LSD** neboli kyselina d-lysergová nepatří mezi drogy vhodné k užití "pro zábavu", pro svou razanci a předem nevypočitatelný efekt. Jde o silný halucinogen, který se aplikuje v tzv. tripech a mikrotripech (papírky napuštěné LSD). Nástup intoxikace se většinou ohlásí pocity závratí, nevolnosti a zvracením. Somatickými změnami je zvýšení krevního tlaku, pulsu, teploty, objevuje se rozšíření zornic a intoxikovaný se více potí. Nezkoušeného uživatele může stav překvapit. Trvalé psychické následky, ale i sebevražedné pokusy nejsou výjimečné. Účinné dávky jsou od 0,000 05 gramu, jedná se tedy o látku, která je mimořádně účinná. Látka však nevyvolává závislost, riziko je poměrně malé, ale při častém užívání dochází k osobnostním změnám (59).

Specifickým rizikem intoxikace LSD jsou tzv. "flashbacky" (v překladu záblesky paměti), jedná se o návrat stavu prožitého při intoxikaci s určitým časovým odstupem. Obvykle je v literatuře uváděn 1 rok, může to však být i déle. Flashbacky bývají často krátkodobé, několikaminutové nebo vteřinové, ale průběh může být co do délky a intenzity shodný s intoxikací. Flashbacky se někdy objeví jednorázově, jindy zase přicházejí opakovaně. Stav může vzniknout bez jakékoliv příčiny, pravděpodobně

se jedná o reakci na vyvolávající podnět nebo soubor vyvolávajících podnětů, které stav vyprovokují. Jako podnět flashbacku se může například stát modelová situace, ve které u uživatele docházelo k intoxikaci a nebo může zůstat skrytý (59).

Obyčejně však nedochází ke ztrátám kontroly, jako je tomu například u závislosti na alkoholu. Často se po opakovaných intoxikacích objevují změny v sebepojetí a sebehodnocení. Někdy se vyskytuje přetrvávající vztahovačnost, úzkost a ztráta kontaktu s realitou, změna v odhadu vzdálenosti, koordinace a rozlišování barev. Uživatelé se vztahují ke světu až s filozoficky moudrým náhledem, pro normální život bývají ovšem často nepoužitelní (59).

V souvislosti s LSD se často mluví o poškození genetické informace lidských buněk. Pro vznik poškození není údajně důležitý počet intoxikací, ale jen to, jestli intoxikace proběhla. K poškození tedy dochází již po první intoxikaci, další už na kvantitu poškození (chromozomových aberací) nemají tak významný vliv. Kombinace s dalšími halucinogeny samozřejmě zvyšuje pravděpodobnost poškození (39).

**Lysohlávky** řadíme mezi přírodní halucinogeny s velmi bohatou historií. Důkazy o jejich užívání můžeme nalézt především ve střední a jižní Americe. Již středověcí objevitelé zmiňují indiánské obřady, během nichž byly užívány malé černé houby, kterým indiáni říkali „nanacatl“ a které navozovaly opilost a halucinace. Důkazy o existenci užívání hub jsou však mnohem starší. Kameny, které zobrazují houby jako postavy s klobouky na hlavách pocházejí z období okolo 1 000 až 500 let př.n.l. Houbové obřady ve své tradiční podobě přetrvaly až do dnešní doby. V našich zeměpisných oblastech je tradiční halucinogenní houbou spíše muchomůrka červená (39, 40).

Účinnými látkami jsou méně účinný, ale stálejší psilocybin a psilocin, který se rychle rozpadá, v sušených houbách není prakticky přítomen. Jde o indolové alkaloidy. Psilocybin je účinný od dávky kolem 0,5 mg, asi 10 mg je průměrná dávka, 150 mg maximální dávka. Letální dávka psilocybinu je přibližně 17 gramů. V praxi to znamená, že účinná dávka je od několika kusů plodnic a maximální účinek je dosažitelný po požití 10 až 20 kusů plodnic. Horní hranice představuje velmi vysokou dávku a její další zvyšování intoxikaci prodlužuje, než aby docházelo k zesílení. V dávkování je třeba být

velice opatrný, protože „rozjetou“ intoxikaci je obtížné přerušit. Vzhledem k rychlosti nástupu účinků, opouští houby žaludek už v době před dosažením maximálního účinku. Pravděpodobnost, že by vyzvracení žaludečního obsahu pomohlo zmírnit intoxikaci, je malá (39, 40, 59).

První příznaky intoxikace se objevují po 10 – 45 minutách, závisí to na způsobu aplikace. Pokud jsou houby dobře rozžvýkané a ponechané delší dobu v ústech, intoxikace nastupuje rychleji a se silnějším účinkem. Pokud jsou houby spolknuty, nástup účinku bývá pozvolnější a maximální účinek je menší. Proto se účinné látky lépe vstřebávají z dutiny ústní. Začátek intoxikace je spíše nepříjemný, dostavuje se neklid, jindy zase mírná ospalost spojená se zíváním. Mohou se také vyskytnout bolesti hlavy, poruchy koordinace podobné jako při opilosti, vzácně křeče, třes či pocení. Psychicky je změno vnímání reality, postupně se ztrácejí časoprostorové souvislosti. Osoby v okolí mají deformované tváře a mění se i vnímání těla intoxikovaného. Zesiluje se vnímání zvuků a barev. V lepším případě přichází euforie, pocity štěstí a v horším případě deprese, podrážděnost, pocit „šílenství“. Změna časového vnímání způsobuje, že je příjemná intoxikace vnímána jako krátká a naopak nepříjemná je nekonečná. Intoxikovaný může mít pocit, že nikdy neskončí a již se mu nevrátí zdravý rozum. Často se přechodně dostavuje nevolnost a zimnice, ale při příjemném průběhu intoxikace následují pocity celkového tělesného uvolnění. Prohloubení intoxikace přináší zrakové halucinace, výše zmíněnou změnu vjemu časoprostoru, avšak výjimečný není ani psychotický stav spojený s depersonalizací. Ztráta kontaktu s realitou a falešné představy mohou dovést uživatele k nehodám a úrazům. Intoxikace obvykle odeznívá náhle a lze ji přerušit i některými psychofarmaky, například neuroleptiky. Vrchol intoxikace nastupuje po 1 – 2 hodinách, následuje přibližně 2 hodiny trvající plató a obvykle za 5 - 6 hodin od začátku odeznívají hlavní příznaky. K normě se intoxikovaný uživatel vrací po 12 hodinách. Uvedené doby jsou závislé na požité dávce. Jak intoxikace probíhá je závislé na vnímavosti a osobnosti uživatele, ale i na vnitřních a vnějších okolnostech (set a setting). U lysohlávky, stejně jako u jiných halucinogenů platí, že jejich efekt do značné míry „katalyzuje“ to, co se aktuálně děje.

Vstupovat do intoxikace v nevhodné společnosti nebo v duševní nepohodě, může způsobit její nepříznivý průběh (39, 59).

Po odeznění intoxikace se může stav vracet, tedy výše zmiňovaný flash back. Někdy jen jako krátkodobý záblesk, jindy na delší období. Takové stavy jsou vnímány většinou jako nepříjemné, nemají tendenci sami zmizet. Často je pak nezbytná návštěva psychiatra. U lysohlávek, stejně jako u jiných drog i alkoholu, platí, že čím více se kombinuje, tím větší riziko nepříznivých následků nastává (59).

**Extáze - MDMA** svým účinkem spadá na pomezí stimulancií a psychedelik neboli halucinogenů. Psychoterapeuti a uživatelé, kteří s MDMA mají zkušenosti, ji označují jako empatogen, zvyšuje prý schopnost vcítit se do druhého. Z hlediska drogového trhu patří látka do skupiny designer drugs, tedy látky, které mají shodný účinek s některou drogou, byly ale vyrobeny tak, aby byly legální (39). V roce 1914 byla MDMA poprvé syntetizována a poté patentována jako anorektikum (33). Extáze je typická párty droga, která je užívána většinou v klubech za doprovodu patřičné hudby. Uživatel extáze ve většině případech intenzivně tančí, někdy až do naprostého vyčerpání, buď nepocítuje vyčerpání vůbec, nebo je tento varovný pocit přehlušen příjemnými prožitky. To může mít za následek i závažné tělesné poškození (39).

Chemický název je 3,4-metylendioxy-N-metylamfetamin, odtud zkratka MDMA. V čisté formě je tato látka bílá, krystalická a silně hořká. Na trhu je obvykle dostupná ve formě tablet či kapslí, které jsou různorodé. Typicky bývá z jedné strany reliéfní obrázek, například vytačené e, holubice, delfín, květina a z druhé strany zlomová rýha. Na tabletách je často vidět, že se nejedná o tovární výrobek. Obsah účinné látky bývá v průměru mezi 80-150 mg (průměrná, "doporučená" dávka), tablety s dávkami okolo 200 mg jsou velmi silné. Složení tablet nebývá standardní. MDMA obsahuje jen část účinných látek, mnohé jsou i bez účinné látky a některé obsahují jiné amfetaminy, efedrin nebo kofein. Mohou se však také vyskytovat potenciálně nebezpečné kombinace (efedrin s inhibitory MAO). Běžná dávka se pohybuje mezi 80 - 150mg. Po per os (ústí) užití je látka vstřebávána sliznicí trávicího traktu a je distribuována krví do celého organismu. Účinek nastupuje od 0,5 - 1 hodiny, k odeznění dochází po 4 - 6 hodinách. Eliminační poločas je kolem 6 hodin, biotransformací neboli

zmetabolizování vzniká po průchodu játry MDA a obě látky jsou pak vylučovány ledvinami. Detekce v moči je možná při občasném užívání přibližně 1 týden, při intenzivním užívání do 14 dnů a z krve je to jen 1 až 3 dny. Kombinování extáze s jinými drogami nebo léky zvyšuje nežádoucí účinky. Podle dostupných zdrojů uživatelů je většinou kombinována s jinými látkami pro dosažení silnějšího efektu. Podle literatury je typická kombinace s jinou látkou této skupiny 2C-B, ale vzhledem k výrazně větší razanci druhé látky se pak efekt extáze příliš neprojeví. Užití spolu s MAO inhibitory (antidepresivi) je život ohrožující (39, 59).

Hlavním místem působení je mozek. Kromě ovlivnění psychiky dochází taktéž k vlivu na somatické funkce. Nástup účinku se obvykle projeví neklidem, mírnou zmateností. Somaticky se může objevit tachykardie (zrychlení srdečního tepu). Neklid a zmatenost v další fázi obvykle ustoupí, nastává fáze pocitu klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady. Při použití o samotě je uživatel obvykle schopen zvýšeného intelektuálního výkonu. Při použití v páru jsou typické pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého, ale nefunguje jako afrodiziakum. U mužů může dokonce snižovat schopnost erekce a oddalovat ejakulaci. Pro efekt MDMA je typická určitá mírnost intoxikace, halucinace jsou nepravděpodobné, dostaví se jen mírně zostřené vnímání a celková psychická i fyzická stimulace. Somaticky má MDMA podobné účinky jako jiné amfetaminy. Vzestup krevního tlaku, pulsu, vzestup svalového napětí, rozšíření zornic. Doprovodným efektem bývá nechutenství, nepříjemné pocení a napětí žvýkacích svalů. Potenciálně vážné mohou být nežádoucí účinky extáze. Ovlivnění vegetativního nervového systému s sebou nese změny tepelné regulace a absence pocitu žízně, která může vést k přehřátí organismu, zvláště při užití na párty. Při tanci člověk produkuje značné množství tepla a může dojít k přehřátí organismu, k poškození vnitřních orgánů a postižený může i zemřít. Dlouhodobé a časté užívání může vyústit v toxickou psychózu. Druhý den po užití extáze se většinou dostavuje kocovina, která je ve srovnání s poalkoholovou mírnější a poněkud jiného typu. Má podobu únavy, bolesti svalů a kloubů, někdy deprese (smutek, úzkost) v podstatě opak prožitků při intoxikaci. Může trvat i několik

dní. Jako u jiných psychotropních látek i při užívání MDMA existuje riziko vzniku závislosti a toxické psychózy (59).

### **Opiáty (opioidy)**

Skupina těchto látek, jak již vyplývá z názvu, je odvozena od opia, zaschlé šťávy nezralých makovic. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má chemickou strukturu blízkou morfinu. Morfin je nejdůležitější účinnou látkou a hlavním alkaloidem opia. Opioidy působí na organismus prostřednictvím opioidních receptorů. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (morfin) nebo jako léky proti kašli, které tlumí kašlací reflex (kodein). Mechanismus účinku je dán vazbou látky na opioidní receptory, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému. Organismus sám vytváří endogenní opioidy (př. endorfiny, enkefaliny), které se váží na tyto receptory a moduluji některé funkce organismu, především reakci na bolest. Opiáty tedy tlumí centrální nervový systém. Potlačují percepční (vnímání), lokalizační (schopnost určení místa), psychickou a emocionální složku bolesti, působí sedaci, ospalost a euforii. Také tlumí funkce dechového centra a to je velice závažné. Svým centrálním účinkem zpomalují dechovou frekvenci a snižují dechový objem, může dojít i k zástavě dechu, pak je nezbytné okamžitě zahájit řízené dýchání. Tlumí centrum pro kašel, mohou vyvolat zvracení, může dojít ke vdechnutí žaludečního obsahu a k těžkému zápalu plic. Dále vyvolávají miózu, tedy stažení zornice do typické velikosti špendlíkové hlavičky a centrálně také hypotermii neboli pokles tělesné teploty. Tlumí aktivitu hladkého svalstva a tím vyvolávají zácpu, retenci moče, dočasnou sterilitu uživatelů opioidů. Zároveň snižují zájem o sexuální aktivity (39, 43).

Na všechny uvedené účinky se v odlišné míře vytváří tolerance, tedy stav, kdy po opakovaném užívání látky, dochází k přivykání a dávky se musí zvyšovat za účelem, dosažení potřebného účinku. Po delší době pravidelného užívání látky, je možné dosáhnout takových dávek, které přecházejí smrtelnou hranici pro zdravého jedince, který drogu nikdy neužil. Tolerance po vysazení opioidů rychle klesá na původní úroveň, takže pokud si jedinec po delší abstinenci vezme stejnou dávku, na kterou byl zvyklý před abstinencí, může se snadno předávkovat. Opiáty jsou vysoce návykové látky



u nichž vzniká závislost psychická i fyzická. Při odvykacích stavech dochází k zrcadlení účinků. Zácpu zastoupí průjem, místo stažení zornic se zornice rozšíří. Nastupují bolesti kloubů, pocení, husí kůže, rýma atd. Trvání odvykacího stavu je odlišné, závisí na délce vylučování drogy, která je u každé látky rozdílná. U Subutexu se objeví první příznaky druhý až třetí den a jeho průběh je méně dramatický než u heroinu, jen málokdy ohrozí člověka na životě. U heroinu nastupuje přibližně po deseti hodinách po poslední aplikaci, trvá deset dní a vrcholnými jsou druhý a třetí den. Neustálý koloběh obstarávání drogy a poruchy, které užívání doprovázejí, mohou vést až k sebevraždě.(3)

**Heroin** je hnědý prášek nebo kameny, které jsou omamně vonící. K aplikaci dochází nejčastěji injekčně (i.v. – intra vaskulárně), ale lze jej inhalovat z aluminiové fólie, šňupat, kouřit i polykat. Účinkuje pouze několik hodin (59).

Závislost na heroinu vzniká poměrně rychle, přibližně po několika málo měsících pravidelného užívání. Závislost má složku, jak fyzickou, tak psychickou. Fyzická závislost se vyznačuje vzestupem tolerance a potřebou zvyšování dávek heroinu. Psychická závislost se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným pocitu touhy po droze (39).

Při intoxikaci dochází k sedaci a příjemné euforii, která častěji podléhá toleranci než jiné účinky. Opioidy také mohou vyvolat dysforii neboli rozlad, ke které dochází spíše u žen. Bývá spojena s neschopností koncentrace, nevolností a zvracením. Prvními příznaky intoxikace jsou hučení v uších, svědění, teplo v obličejí a nevolnost. Intoxikovaný jedinec se poškrabuje po celém těle, povrchně dýchá a zornice jsou zúžené (mióza). Při chronickém užívání je nejvíce zasažena oblast charakterových vlastností uživatele, intelekt je zpravidla nepostižen. Závislý je bez vůle, ztrácí libido a potenci, je líný, může mít deprese, pravidelné však bývají pseudohalucinace při usínání. Dalšími příznaky jsou nespavost, člověk je unavený a často se u něho vyskytují apatie střídající se s podrážděností. V případě, že není dodržována správná životospráva, dochází k podvýživě a k celkové sešlosti. Imunitní systém je oslaben a proto dochází k častým infekcím, které souvisí s nesterilní injekční aplikací drogy (39).

**Subutex® (buprenorfin)** se okolo roku 2002 a 2003 stal jednou z nejpopulárnějších drog opiátového typu na našem trhu. Můžeme říci, že z části

drogových scén vytlačil heroin i přes to, že účinek Subutexu je možné charakterizovat jako méně "zábavný" v porovnání s heroinem. Oblíbenost Subutexu pravděpodobně zvýšila špatná kvalita heroinu, nedostupnost heroinu a dobrá dostupnost léku, který bylo možné do září roku 2003 získat na obyčejný lékařský předpis (50). Nyní je Subutex předepisován na tzv. opiátový recept s modrým pruhem, který je přísněji kontrolován. Jde o tablety, které jsou určeny k rozpuštění pod jazykem, užívané při substituční léčbě. Cena na černém trhu převyšuje prodejní cenu v lékárně osmkrát až desetkrát (59).

Účinnou látkou Subutexu je buprenorfin. Jde o návykovou psychotropní látku s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu, jejíž pravidelné užívání ústí v závislost. A však užívání je mnohem méně rizikové, než užívání heroinu. Buprenorfin se dobře vstřebává z dutiny ústní, ale při užívání nesmí být polknut, protože v trávicím traktu je metabolizován enzymy na neúčinné metabolity ještě ve stěně střevní. Efekt léku nastupuje během několika desítek minut a vrcholu dosahuje během 1 - 1,5 hodiny. Pokud je správně užíván, je jeho užívání mnohem méně rizikové než u heroinu. Jedná se o farmakum, takže se zde vylučuje obsah škodlivých příměsí, které jsou běžně identifikovatelné u ilegálně vyráběných drog. Pokud je však nakupován na černém trhu a k aplikaci dochází injekčně, jsou jeho rizika srovnatelná s jinými drogami užívanými injekčně (59).

**Opium** je zaschlá šťáva nezralých makovic. Předtím než na vzduchu zaschne má bílou barvu, která rychle zhnědne a omamně voní. Aplikuje se nejčastěji injekčně, vyvolává poměrně silnou reakci v místě vpichu a mohou vznikat abscesy. Výskyt infekcí je taktéž častý, protože často dochází k aplikaci opia přímo na poli za nevhodných hygienických podmínek. Opium se dá i kouřit či požívat ve formě čajů a odvarů. Nejúčinnějším alkaloidem je morfin, jehož účinek je ostatními alkaloidy (např. kodein, papaverin) modifikován (39).

Morfin výrazně tlumí bolest, vyvolává euforii a způsobuje celkový útlum mozku, to má za následek uklidnění až narkotický spánek se zvláštními barevnými sny. Vedlejším a velmi obávaným účinkem útlumu je riziko zástavy dechu pro ovlivnění dechového centra. Morfin dráždí centrum pro zvracení, také způsobuje ochabnutí

hladkého svalstva vedoucí ke zpomalení pohybu potravy ve střevech, k zácpě a k problémům s močením. Morfin výrazně ovlivňuje pohlavní funkce. Muži i ženy ztrácejí zájem o sex, ženy při pravidelném užívání přestávají ovulovat a pravděpodobnost otěhotnění je minimální. Muži mívají po užití opiátů problémy s erekcí a bývá snížena i schopnost ejakulace, jak je již uvedeno výše (39).

Kodein je slabší analgetikum, které působí jako výborný lék ke ztlumení kašle. Jinak jsou jeho účinky podobné morfiu, ale jsou mnohem slabší (59).

Papaverin účinkuje pouze periferně a používá se jako lék proti křečím hladkého svalstva. Po injekční aplikaci do žíly může dojít k poruchám srdečního rytmu, zpomalení pulsu a snížení krevního tlaku (59).

Závislost při užívání opia vzniká shodným mechanismem jako při užívání jiných opioidů a i odvykací stav je stejný (59).

**Braun** patří chemicky mezi polosyntetické opioidy. Jde o specifickou českou drogu, která je vyráběna v domácích laboratořích z léků obsahujících látku kodein. Výsledkem je hnědý roztok určený k injekční aplikaci. Účinkuje jen několik hodin a má poněkud nižší potenciál pro závislosti než heroin. V druhé polovině 90. let byl braun z české drogové scény zcela odstraněn heroinem, avšak v dnešní době je zmiňován jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu (39).

**Metadon** je roztok používaný při substituční léčbě pokročilých závislostí opiátového typu. K aplikaci dochází orálně, ale v zahraničí se používá i injekční forma. Látka je dostupná pouze ve specializovaných substitučních centrech, není k dostání v lékárnách, a to ani na lékařský předpis (39).

### **1.4.3 Principy efektivní léčby**

Tyto principy léčby představují jakýsi ideál, kterému je třeba se přibližovat. Ne pro každého se hodí každá léčba. Pro klienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvýhodnější a uspokojuje jeho individuální potřeby. Léčba by měla reagovat na různé potřeby klienta, včetně psychologických, sociálních, právních a zdravotních. Léčba by měla být rychle dostupná, dostatečně pružná a reagující na měnící se potřeby klienta (26, 38).

Pro efektivní léčbu je kriticky důležité její trvání, delší léčba obvykle přináší lepší výsledky. Léčba by měla také zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy. U velké části klientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků. Klienti, kteří trpí nejen závislostí, ale i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí (26).

Detoxikace, která napomáhá překonat odvykací stav, je pouze počátečním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt. Efektivní léčba však nemusí být dobrovolná. Pokud klient léčbu přijme, setrvá v ní a má podporu ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů, je její výsledek těmito ukazateli příznivě ovlivněn. V průběhu léčby je třeba kontrolovat, zda nedochází k porušování abstinence (26).

Léčba by měla taktéž zahrnovat i vyšetření na infekční choroby, hepatitidy, tuberkulózu, HIV/AIDS a další, které jsou v populaci závislých častější. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakování procesu léčby. Například účast ve svépomocných skupinách po léčbě zkvalitňuje výsledky léčby (26).

## **1.5 Sociální a zdravotní dopady drog na společnost**

### *Situace v České republice*

Užívání pervitinu a heroinu se stabilizovalo, počet uživatelů především heroinu se snižuje. Mladí lidé mají dostatek objektivních informací o rizicích různých drog. Pozastavil se pokles věku prvních zkušeností s nelegálními drogami. Uživatelé pervitinu a heroinu stárnou, a to svědčí o snižujícím se přílivu jejich nových uživatelů. Rekreační a experimentální užívání konopných a tanečních drog (extáze) narůstá, ale v posledních letech se tento nárůst zpomalil (49). Spotřeba alkoholu a tabáku stále narůstá jak v obecné populaci, tak mezi mladými lidmi (5). Výskyt HIV/AIDS je u uživatelů drog stabilizován na velmi nízké úrovni, hlášený výskyt virových hepatitid mezi injekčními uživateli drog klesá a prevalence virových hepatitid mezi uživateli drog je relativně nízká ve srovnání s průměrem v jiných zemích Evropské Unie. Počet úmrtí na předávkování drogami také klesá (49).

Síť služeb v oblasti drogové problematiky je stabilizovaná a zahrnuje široké spektrum nabídek od primární prevence, přes terénní služby a nízkoprahová kontaktní

centra, po ambulantní či pobytová léčebná a resocializační centra. Regionální dostupnost služeb je relativně dobrá až na některé výjimky. Kapacita léčby ve věznicích se také zvyšuje. Léčba je dostupná bez čekací doby s výjimkou některých substitučních center pro nezletilé uživatele a služeb pro matky s dětmi (49).

Dostupnost alkoholu a tabáku je pro mladistvé a nezletilé osoby prakticky neomezená, což je v rozporu s platným zákonem a ukazuje na nedostatky v jeho vymáhání. Existuje odpovídající legislativa, která umožňuje tvrdý postih obchodníků s ilegálními drogami. Policie se nezaměřuje na uživatele drog prioritně (49).

Subjektivně vnímaná dostupnost u heroinu a pervitinu je nižší, u extáze a marihuany se zvyšuje. Ve společnosti roste podíl lidí, kterým byla ilegální droga někdy nabídnuta. Nabídka drog převyšuje poptávku po drogách a nijak výrazně neklesá. O tom svědčí dlouhodobě ustálené ceny drog, u některých dokonce pokles jejich ceny (7, 49).

Počet odhalených a stíhaných trestných činů nezákonné výroby a distribuce drog se zvyšuje (49). Mezi trestnými činy, které jsou páčány pod vlivem drog dominují činy násilné, loupeže a krádeže (51). V posledních letech lze v drogové kriminalitě sledovat trend nárůstu podílu pervitinu a pokles podílu konopných látek, ale i dalších drog (např. extáze). Přechovávání drog pro vlastní potřebu je častěji postihováno jako přestupek než jako trestný čin (3).

Některé výzkumy potvrzují propojenost mezi výskytem zvýšené míry rizikových environmentálních faktorů (demografické, socioekonomické ukazatele a kvalita prostředí) a zvýšeným výskytem užívání drog, včetně jeho nepříznivých dopadů, které se liší mezi kraji. V krajích, kde je po drogách větší poptávka a jsou dostupné, je vyšší koncentrace služeb pro uživatele drog, jež odpovídá zvýšené poptávce po službách. Finanční prostředky na služby prevence a léčby uživatelů drog jdou ze státního rozpočtu. Jsou poskytovány diferencovaně a přiměřeně různým potřebám a podmínkám krajů ČR. Z hlediska výskytu socioekonomických, demografických rizikových faktorů a užívání drog lze české kraje rozdělit do pěti skupin:

- Příznivé sociodemografické prostředí i situaci v užívání drog vykazují kraje Královéhradecký, Vysočina, Pardubický, Olomoucký a Zlínský, zčásti i Jihomoravský.

- Průměrný stav zdravotních, demografických ukazatelů a příznivou situaci v užívání drog vykazují kraje Středočeský a Jihočeský.
  - Velmi nepříznivé demografické prostředí je v Karlovarském a Libereckém kraji, koncentrují se v nich problémové sociální jevy, ale situace v užívání drog je průměrná. V určité míře vykazuje podobné charakteristiky i kraj Moravskoslezský.
  - Ústecký kraj se vyznačuje jak velmi nepříznivými demografickými ukazateli, tak i velmi nepříznivou situací v užívání drog.
  - Pro hlavní město Prahu je charakteristické horší sociální prostředí, koncentrace kriminality a trestných činů a velmi nepříznivá situace v užívání drog.
- Ve všech krajích úzce spolupracují protidrogoví koordinátoři s koordinátory měst a obcí. Kraje mají vlastní strategie v oblasti drogové problematiky. Spolupráce státu a krajů je na dobré úrovni, pro kterou však chybí dostatečná legislativní opora (49).

## **1.6 Drogová politika**

Proč někteří lidé novou politiku odsuzují a někteří podporují. Obhájci nové drogové politiky by neměli být tolik překvapeni vysokým počtem lidí, kterým činí obtíže přijmout změny, jež politiku provázejí (37). Každou společnost formulují hluboce zakořeněná přesvědčení, jako hodnoty lidského života, zdraví, práva a svobodné volby. Ale také politické cíle a prostředky, kterými jich dosáhneme. Tyto tři části by měly být logicky uspořádané v dobře navržené politice (17).

### ***1.6.1 Složky drogové politiky***

Řídící silou drogové problematiky jsou tržní mechanismy jako jsou nabídka, poptávka a volná soutěž o místo na černém trhu, který nemá formální pravidla. I zde se nabídka s poptávkou vzájemně propojuje. Nabídka odpovídá na potřeby uživatelů a sama je stimuluje. Poptávka využívá nabídky k uspokojení svých potřeb, zároveň ale své potřeby zvyšuje a rozšiřuje, čímž pomáhá dodavatelům k většímu zisku. Je tedy potřeba komplexnosti drogové politiky, která se odráží v míře globálních, nadstátních, státních, regionálních a lokálních protidrogových politik (52).

Složky neboli intervence protidrogových politik se obvykle člení do dvou okruhů, a to preventivního a represivního (52).

#### *Prevence*

Realizace preventivních programů, které jsou zaměřeny na širokou veřejnost a na rizikové skupiny obyvatel s cílem zabezpečit, aby nedocházelo ke zneužívání omamných látek. Jde o preventivní činnost v oblasti odstraňování škodlivých návyků, jako např. alkoholismus, gamblerství a jiné, zaměřující se na děti, mládež, školu, volnočasové aktivity, rodinu, nápravná zařízení a jiná zařízení. Boj proti drogám a prevence jejich užívání se staví proti velkému soupeři, drogovému průmyslu (11, 52). V preventivním působení se obecně rozlišují tři stupně a to prevence primární, sekundární, terciální, které jsou popsány v kapitole 1.3 Prevence v drogové problematice.

#### *Represe*

Široká škála aktivit, jejíž cílem je zastavit nebo podstatně omezit výrobu a distribuci nelegálních drog. Je zaměřena na výrobce, dopravce a distributory drog. Represe v sobě obsahuje vždy základní dva prvky, prohibiční a regulační. Jsou vždy přítomny oba, ale v různých státech jsou vyjádřeny odlišně, například podle modelu či typu drogových politik (52).

#### *Prohibice*

Znamená vynucování a kontrolu absolutního zákazu jakéhokoliv nakládání s některými drogami, případně udělování sankcí za porušení takovýchto zákazů (52).

#### *Regulace*

Znamená omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské škody co možná nejnižší a vyloučení drog z některých situací. Mezi regulační opatření lze zařadit také zákazy reklamy a jiných forem zvyšování poptávky po drogách (52).

### **1.6.2 Typy drogové politiky**

Typy drogové politiky jsou do značné míry určeny proklamativním cílem společnosti ve vztahu k zneužívání drog, charakterem realizovaných opatření a definicí problému, které daná společnost pro užívání drog a jejich uživatele používá. Cohen

uvádí tři základní modely (rok 1997) a to represivní model, model minimalizace rizik a škod a model kulturní integrace (52).

#### *Represivní model*

Jeho cílem je potlačit užívání veškerých nelegálních drog. Pro zastánce tohoto modelu znamená drogový problém více či méně problém (celoživotní) drogové prevalence, tedy počtu osob, které během svého života přišly alespoň jednou do kontaktu s jakoukoliv nelegální drogou. Otázkou je, jak takový model legitimizovat. Nejúčinnějším způsobem, jak dosáhnout cíle represivní drogové politiky, by bylo všechny známé uživatele drog vyřadit a tak jejich počet a prevalenci přiblížit nule. Problém však zůstává, že taková logika byla už několikrát v historii v souvislosti s různými látkami nastolena a v některých zemích převládá dodnes. Právě tyto země neboli země tzv. Zlatého trojúhelníku (Thajsko, Barma, Laos) však patří mezi největší producenty nezákonných drog a prevalence užívání drog je v nich vysoká. Dalším příkladem jsou Spojené státy, země s nejrepresivnější drogovou politikou ze států západní kultury. Politika má nejvyšší životní prevalenci v užívání nelegálních drog a i další ukazatele, například problémové užívání, zdravotní poškození, sociální škody, mluví v neprospěch jejího přístupu (52).

#### *Model minimalizace rizika a škod*

Je dalším typem drogové politiky. Jedním z dílčích cílů modelu dále zůstává snížení užívání všech zákonných i nezákonných drog, jelikož důraz se již neklade na trestní zásahy proti uživatelům, ale na prevenci potencionálně škodlivých účinků užívání drog a pohybu drog. Snížování prevalence současného užívání drog je tedy vnímáno jak jeden z prostředků pro snížení škod, nicméně se připouští, že užívání drog existuje od dávných dob a bude existovat i nadále. Politiky, které se řídí tímto modelem, bude jako měřítko úspěšnosti nejspíše zajímat počet uživatelů drog, kteří jsou postiženi psychickými, zdravotními a socioekonomickými škodami (52).

#### *Model kulturní integrace*

U tohoto modelu drogové politiky je obecným cílem podřídít užívání drog normálním regulačním mechanismům, které si společnosti vyvinuly, aby kontrolovaly přijatelné chování a přiřazovaly chování jeho význam (52).



### ***1.6.3 Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na rok 2005 – 2009***

Jihočeský kraj v roce 2002 vytvořil svou vlastní krajskou strategii, která samozřejmě navazovala na strategii národní, a tu pak tři roky uplatňoval a evaluoval. Vychází z dokumentů usnesení vlády České republiky číslo 1305 ze dne 22. 12. 2004 (Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009) a usnesení vlády číslo 886 ze dne 13. 7. 2005 (Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009), s návazností na usnesení zastupitelstva Jihočeského kraje č. 498/2002/ZK ze dne 15. 10. 2002 (Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2002 až 2004) a jsou průběžně aktualizovány (41) (viz příloha 6).

Od 1.1.2006 vzniklo na odboru sociálních věcí a zdravotnictví nové oddělení, které spojilo agendy 4 pracovníků úřadu - oddělení prevence a humanitních činností. Dokument Strategie protidrogové politiky je základní koncepcí oddělení pro jednotlivé agendy, jednou z jeho agend je protidrogová politika Jihočeského kraje. Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2005-2009 byla již v září roku 2005 připomínána odborníky z celého Jihočeského kraje. Zástupci zadavatelů služeb, obcí s rozšířenou působností měli připomínky, které byly do dokumentu implementovány a v současnosti je mnohé z předkládané problematiky již dostatečně ošetřeno. Tato koncepce navazuje na předešlou strategii a je také už realizována. Má svůj akční plán, stanovující rozsah úkolů, dodržování termínů provedení a výsledné výstupy. Usnesením ze dne 20. 6. 2006, zastupitelstvo Jihočeského kraje schválilo koncepci oddělení prevence a humanitních činností. Termín minimální síť je v tomto dokumentu používán pro dokument, který popisuje rozložení protidrogových služeb na území Jihočeského kraje tak, aby patřičně plnily své funkce na nejvyšší odborné úrovni v souladu s aktuálními vědeckými poznatky, zákony a strategickými dokumenty na národní úrovni. Dále, aby byly protidrogové služby poskytované v přiměřené míře dostupné svým klientům. Dalším hlediskem je mapování potřebnosti služeb a efektivita vynakládání veřejných prostředků (41).

Tato strategie se opírá o zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a o změny některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů, jako omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující. Dále zákon č. 37/1989 o ochraně před alkoholismem

a jinými toxikománii, který byl od 1.1.2006 nahrazen zákonem č.379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změny souvisejících zákonů. Dalším zákonem o který se koncepce opírá je zákon č.129/2000 Sb. o krajích a návaznými zákony jsou: zákon č. 218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže, zákon č.128/2000 Sb. o obcích a další (41) (viz příloha 2).

#### *Oblast Primární prevence*

Cílem této oblasti je účinná koordinace primární prevence s jasně vymezenými kompetencemi subjektů poskytujících služby, participujících v oblasti primární prevence. Jako indikátory jsou určeny závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog a drogové problematiky v Jihočeském kraji, smlouvy o veřejném závazku, monitoring a evaluace (hodnocení) primární prevence. Strategií v oblasti primární prevence je aktivní uplatňování koordinace dané oblasti a realizace důležitých optimalizačních změn (10). Mezi hlavní aktivity patří vydefinování minimální sítě drogových služeb pro oblast, která je specifická pro primární prevenci na určité období a včlenění specifické primárně preventivní aktivity menších kontaktních center do modelu víceúčelových zařízení a jejich začlenění do minimální sítě drogových služeb v této podobě (41).

#### *Oblast Léčba a následná péče*

V této oblasti je hlavním cílem optimalizace sítě, která bude účinná. Účinný standard kvality a koordinace v oblasti léčby drogových závislostí a následné péče na základě analýzy potřeb s jasně vymezenými kompetencemi zúčastněných subjektů. Strategií oblasti léčby a následné péče je definování minimální sítě drogových služeb a navázání finančních prostředků při deklaracích závazků za službu, při splnění certifikace kvality služeb, realizace úprav minimální sítě v případech analýzami zjištěných nedostatků a koordinace využívání odborného souhrnu schopností. Mezi hlavní aktivity oblasti patří vytvoření systému podpory a financování, který navazuje na definovanou minimální síť služeb a realizovanou certifikaci kvality služeb. U externích poskytovatelů služeb smluvně navázat finanční prostředky přednostně na jihočeské klienty a deklarovat veřejný závazek za danou službu (41).

### *Oblast Snižování rizik – Harm Reduction*

Cílem je účelná optimalizace sítě, určitý standard kvality a koordinace v oblasti snižování rizik. Jako indikátory jsou počet certifikovaných programů, smlouvy o veřejném závazku a závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog 2005-2006. Zvyšování kvality poskytovaných služeb, celkové hodnocení kvality a nastavení služeb jsou strategií pro tuto oblast. Mezi aktivity je zařazeno nastavení víceletého financování pro certifikované programy a na služby zahrnuté do minimální sítě drogových služeb v kraji. Další aktivitou je upravit a zjednodušit systém financování u těchto certifikovaných programů. Také vytvoření smluv pro poskytovatele drogových služeb o převzetí veřejných závazků za určitou službu v daném regionu (41, 49).

### *Oblast Vzdělávání a koordinace*

Cílem je koordinace nastavení optimální minimální sítě drogových služeb Jihočeského kraje jako odezvy na analyticky podložený, odborný a politický postoj. Indikátory oblasti vzdělávání a koordinace jsou existence spádové mapy, množství certifikovaných programů, počet setkání spolupracujících odborníků. Strategie zahrnuje nastavení optimální, nové, standardizované, evaluované zakázky správcem sítě a zajištění propojení sítě včetně spádových území (41).

### *Oblast Informací - výzkumu a hodnocení*

Cílem je jednotný sběr dat u projektů minimální sítě služeb Jihočeského kraje. Aktivní změny ve výkaznictví a Závěrečné zprávy o stavu ve věcech drog v Jihočeském kraji jsou indikátory v této oblasti. Účelem strategie je, vyvolat jednání o nastavení centrálního výkaznictví pro dané oblasti, zároveň upravit výkaznictví projektů minimální sítě, včetně těch co nevyžadují dotace. Dále prostřednictvím závěrečných zpráv mapovat drogovou situaci jako veřejnou informaci (41).

### *Oblast Financování*

Cílem je, jak už z názvu vyplývá, financovat protidrogovou politiku ve všech oblastech protidrogové strategie Jihočeského kraje. Jejimi indikátory jsou v tomto odvětví minimální síť drogových služeb Jihočeského kraje a závěrečná zpráva o stavu ve věcech drog za dané období. Strategie oblasti financování zahrnuje rozpočtové, základní a jednoduché financování hlavního proudu certifikovaných drogových služeb

minimální síť drogových služeb Jihočeského kraje a dále grantové řešení financování ostatních programů (41).

### **1.7 Drogová situace Jihočeského kraje**

Drogová scéna celého Jihočeského kraje je vymezena demografickými ukazateli, které dotvářejí sociální klima a zároveň i půdu pro určité patologické jevy. Největší město České Budějovice je drogovým epicentrem, kterým prochází mezinárodní drogová cesta. Dále jsou zde větší města s otevřenou drogovou scénou, jako je například Tábor, Písek a další okresní města víceméně s polootevřenou drogovou scénou. V Jihočeském kraji a jeho jednotlivých okresech naopak nalezneme i specifická, drogově problematická místa s dlouhodobou drogovou tradicí. Obvykle se jedná o oblasti víkendových rekreací především prachaticko a vimpersko, v oblasti prostituce česko-krumlovsko, nebo se jedná o konkrétní města s nijak vysokým počtem obyvatel (přibližně 10 000), kde není otázka důvodu kumulace drogového problému zatím zodpovězena. V Jihočeském kraji je možné sledovat zneužívání prakticky všech typů drog. Přetrvává narůstání problémů v oblasti požívání alkoholických nápojů u mladistvých, a to i v případech, kdy nebyla dosažena věková hranice 15 let, které většinou zachytávají nemocnice, oddělení ARO a JIP. Taktéž přetrvává i mírná stabilizace v oblasti těkavých látek a problematika pronikání drog do romské populace. Roste počet kontaktů či experimentů s marihuanou u školní mládeže, jde o jakýsi trend mezi mladými lidmi. Ve většině regionů Jihočeského kraje je hlášeno v největší míře sestupně v následujícím pořadí: zneužívání alkoholu, tabáku, marihuany, pervitinu, subutexu a heroinu. Významné je zajisté i zneužívání těkavých látek a léků. Problematická je také situace kolem subutexu. Subutex je často vydáván neorganizovaně většinou privátními lékaři bez navazující spolupráce, což postrádá veškeré znaky léčby, i když je toto jako léčba představeno. Pouze několik zařízení poskytuje kvalitní substituční léčbu (41).

Rozsah problémového užívání drog v Jihočeském kraji taktéž odpovídá celorepublikovým průměrům. Například střední míra prevalence problémových

uživatelů nealkoholových drog je různě odhadnuta v rozmezí 3,6 - 3,8 problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let (41).

## **1.8 Organizace zabývající se drogovou problematikou v okrese České Budějovice**

Dosavadní síť poskytovatelů zajišťovala na území celého Jihočeského kraje celou řadu drogových služeb. Vlivem pečlivé realizace Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2002-2004 se kraji podařilo po reformě státní správy stabilizovat síť poskytovaných služeb v krajském měřítku. Síť těchto služeb je pravidelně mírně rozvíjena, upravována a přizpůsobuje se celorepublikovým požadavkům a trendům drogové scény. V okrese České Budějovice je několik organizací, které poskytují služby od primární až po terciální prevenci (41).

### ***1.8.1 Občanské sdružení PREVENT***

*Jihočeský streetwork* – Sdružení vzniklo v roce 2002 se sídlem v Českých Budějovicích. Zabývá se terénní činností v krajském městě České Budějovice a menších městech Jihočeského kraje. Projekt se zaměřuje na terénní sociální práci s nitrožilními uživateli drog a na prevenci zneužívání syntetických drog (PZSD) př. na tanečních akcích, které probíhají v Jižních Čechách (20, 31).

Filosofie tohoto programu vychází z pragmatických přístupů, mezi které patří Harm Reduction, který se snaží minimalizovat sociální a zdravotní rizika související s užíváním drog ve smyslu zaměření se na individuální potřeby klienta. Dále Public Health neboli ochrana veřejného zdraví, který vychází ze sociologie, epidemiologie a veřejné politiky zdraví, zabývající se ochranou nezasažené populace. Chrání populaci před závažnými přenosnými infekčními chorobami (hepatitida B, C a AIDS). Dalším přístupem je Bio-psycho-socio-spirituální model, který používá medicínskou terminologii a diagnózy, ale zároveň se opírá o koncept zdraví, který je definovaný podle WHO - stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady (31).

Cílovou skupinou jsou klienti, kteří užívají nelegální drogy, nejsou v kontaktu se službami zprostředkovávajícími Harm Reduction a se sociálními nebo zdravotními

zařízeními. Do cílové skupiny například patří rekreační uživatelé drog, uživatelé drog nitrožilně, uživatelé tanečních drog a romští uživatelé. Těmto skupinám klientů jsou poskytovány služby, jako jsou výměnný program, krizová intervence, motivační trénink, zdravotní ošetření, sociální a právní poradenství a další (20, 31).

*Jihočeské substituční centrum* – centrum vzniklo v roce 2004 jako nestátní zdravotnické zařízení, které poskytuje své služby v rámci substituční léčby. První klienti byli přijati v září roku 2007, jde tedy o velice mladé a nadějně zařízení (31).

Substituční centrum poskytuje komplexní substituční léčbu klientům, kteří jsou závislí na opiátech. Smyslem této služby je klienta opět začlenit do běžného života. Poskytuje mu sociální a zdravotnickou péči (sociální poradenství, doprovod na úřadech, doprovod k lékaři, léčba metadonem a subutexem, ale také poradenství a terapie pro blízké klientů) (20). Program centra je rozčleněn podle možností a povinností klientů. Od denních docházek po docházky třikrát týdně u metadonové léčby a dvakrát týdně u subutexové léčby, ale také záleží na dohodě a potřebách klienta. Docházka by měla být dodržována a je doprovázena stanoveným počtem negativních toxikologických testů, intenzivním psychoterapeutickým vedením a zvýšenými nároky (31).

*Centrum následné péče* – je určeno pro klienty, kteří mají ve své anamnéze závislost na návykových látkách, dále absolvovali léčbu, jsou abstinující nejméně po dobu tří měsíců, již dosáhli věku patnácti let a potřebují podporu, motivaci při návratu do plnohodnotného života. Délka terapie se odvíjí od potřeb klienta a většinou je stanovena na šest až osm měsíců. Mezi služby toho centra je též možnost chráněného bydlení, které je poskytnuto po dobu šesti měsíců (20).

Obsahem programu jsou skupinové a individuální psychoterapie, motivační trénink, služby zaměstnanosti, rehabilitace, volnočasové aktivity a prevence relapsu.

*Poradna pro problematiku drog a závislostí* – tato poradna má individuální provozní dobu, která se převážně řídí dle telefonické domluvy. Poskytuje poradenství, psychoterapii a to individuální či skupinovou formou. Poskytuje rodinnou a skupinovou terapii, arteterapii a motivační trénink (20). Výroční zpráva o. s. PREVENT je uvedena v příloze 5.

### ***1.8.2 Občanské sdružení Háječek – kontaktní centrum***

Centrum má své sídlo v Českých Budějovicích, je charakteristické kontaktní a doléčovací službou pro drogové závislosti. Bylo založeno v roce 1998 a je členem Sekce Harm Reduction a nízkoprahových zařízení A. N. O. Jde o klinické pracoviště Jihočeské university Zdravotně sociální fakulty. V roce 2006 certifikační tým udělil tomuto zařízení certifikát odborné způsobilosti. Hlavními aktivitami je provoz nízkoprahového zařízení pro uživatele drog a terénní práce v oblasti České Budějovice (20).

Cílovou skupinou klientů využívajících centra jsou děti a mládež ohrožená drogami, rodiče a partneři drogově závislých, dále uživatelé, kteří si drogu aplikují injekčně. Základním principem centra je anonymita klientů a tím dochází k odstranění stigmatizace z návštěv odborných institucí. Práce vychází z principu Veřejného zdraví, díky kterému lze řešit problémy z hlediska biopsychosociálního. Minimalizuje sociální, zdravotní rizika a způsobené škody užíváním drog v jakékoliv fázi závislosti nebo léčby. Ideálem je dovést uživatelé k trvalé abstinenci. Poskytuje pomoc ve směru navázání a udržení kontaktu s klientem a vytváření důvěry. Snaha změnit rizikové chování klienta, motivovat ho v postupu k léčbě a pomoc v zabezpečení základního zdravotního a hygienického komfortu. Dále poskytuje poradenství, krizovou intervenci v těžkých životních situacích a šíří informace o drogové problematice mezi laickou a odbornou veřejnost (20).

### ***1.8.3 Modrá spirála naděje a Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje***

*Modrá spirála naděje* – tato organizace sídlí v Českých Budějovicích a svou činnost zahájila v květnu roku 2000. Provozní doba je jedenkrát za čtrnáct dní v lichých týdnech. Jde o svépomocnou rodičovskou skupinu, ve které mají rodiče možnost získat radu, hovořit o svých vlastních problémech spojených se závislostí na drogách svých dětí. Rodiče zde mají prostor pro vzájemné naslouchání, předávání si zkušeností a pocitu, že nejsou jediní, kteří mají takový problém. Tato podpora je velmi důležitá, neboť závislost neohrožuje pouze dítě, ale celou rodinu (18, 62). Je zde poskytováno

osobní poradenství rodinám v takovéto krizi, ale i pomoc prostřednictvím telefonické krizové intervence, která je provozována nonstop (20).

*Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje* – tato služba sídlí taktéž v Českých Budějovicích a je provozována 24 hodin denně. Činností záchranné služby je záchytná protialkoholní stanice a dětský detox (20).

#### ***1.8.4 Magistrát města, odbor sociálních věcí***

Tento odbor zajišťuje výkon státní správy v rozšířené a přenesené působnosti prostřednictvím oddělení pomoci v hmotné nouzi, oddělení sociálně právní ochrany dětí a oddělení dávek pro zdravotně postižené osoby. Dále výkon samosprávy města České Budějovice v sociální oblasti prostřednictvím oddělení sociální pomoci (20, 60).

Oddělení sociální pomoci poskytuje pomoc i v drogové problematice a to tak, že zajišťuje protidrogovou prevenci včetně poradenství, ale také prevenci kriminality. Spolupracuje s ostatními městy ČR v rámci programu tzv. Zdravé město a je koordinátorem spolupráce neziskových organizací města České Budějovice. Oddělení sociálně právní ochrany dětí podle zákona č. 359/1999 sb. o sociálně právní ochraně dětí a zákona č. 94/1964 sb. o rodině, poskytuje např. poradenství a zabezpečuje děti, které užívají návykové látky (kurátoři pro děti a mládež) (60). Dále s touto problematikou souvisí Mimořádná okamžitá pomoc, řešící situace osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Jsou zde zahrnuty i osoby, které jsou po ukončení léčby chorobných závislostí. Odbor sociálních věcí magistrátu města České Budějovice má svého protidrogového a romského koordinátora (60).

#### ***1.8.5 Probační a mediační služba ČR, Policie ČR a Městská policie***

*Probační a mediační služba ČR* – své středisko má také v Českých Budějovicích, které organizuje a kontroluje výkony alternativních trestů a opatření. Smyslem je mimosoudní urovnání trestního sporu mezi poškozenou osobou a osobou obviněnou. Organizuje a vykonává výchovná a trestní opatření u mladistvých osob a také zprostředkovává probačního úředníka pro děti mladší patnácti let (20).



Služba se snaží pachatele začlenit do společnosti bez toho, aby dále porušoval zákony. Obnovuje respekt ke společnosti a seberealizaci pachatele. Zapojuje pachatele do procesu tzv. vlastního odškodnění, snaží se obnovit jeho důvěru ve spravedlnost a aby získal pocit bezpečí. Velice důležitá je ochrana společnosti tím, že řeší rizikové a konfliktní stavy spojené s trestním řízením. Do této skupiny pachatelů, obviněných osob (klientů) spadají i drogově závislé osoby (61).

*Městská policie České Budějovice* – zřizuje programy, které se zabývají prevencí kriminality, jako jsou programy pro děti, mládež i seniory. Jde o besedy a akce bezpečnostně preventivního charakteru. Městská policie kontroluje podávání alkoholu mladistvým a nezletilým osobám. Například na rok 2008 jsou naplánované akce pro studenty středních škol a učilišť o drogové problematice, šikaně a sebeobraně (20).

*Policie České republiky* – okresní ředitelství České Budějovice, Preventivně informační skupina, která se zabývá drogovou problematikou ve městech celého Jihočeského kraje, ale především drogovou problematikou měst a obcí okresu České Budějovice (20).

#### **1.8.6 Organizace okresních měst Jihočeského kraje**

*Občanské sdružení PREVENT „Primární prevence pro region Strakonice“* - tento projekt vznikl v roce 2006, jeho principy jsou pomáhat s tvorbou preventivních programů na školách, pomáhat s volbou obsahů a realizací primárně preventivních aktivit. Do aktivit programu dále patří také oblast získávání finančních zdrojů, která je pro mnoho škol velmi zatěžující. Aktivity odpovídají standardům v primární prevenci, je dodržena odbornost, dlouhodobost, interaktivnost, tvořivost a pružnost (31).

*Občanské sdružení PREVENT - Krizové a kontaktní centrum Strakonice* bylo založeno v roce 1999 ve Strakonících. Smyslem práce Krizového centra je být k dispozici lidem, kteří se ocitnou v aktuální životní krizi. Snahou je celkové zklidnění situace klienta, nabídka adekvátních služeb v rámci zařízení, popřípadě zprostředkování příslušných služeb a institucí klientovi v rámci sociální sítě Jihočeského kraje.

Kontaktní centrum v rámci sekundární prevence se snaží minimalizovat zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním drog na straně uživatelů těchto látek (princip Harm Reduction). Na druhé straně je cílem i ochrana společnosti (princip Public Health). V regionu je poskytována i terénní péče např. Blatná, Volyně, Vodňany. Dále *Krizové a kontaktní centrum v Prachaticích* s terénním programem v regionu a pobočkou ve Vimperku (31).

*Arkáda, sociálně psychologické centrum* - od října roku 2005 funguje Krizové centrum, Linka důvěry, Rodinná poradna, Program Pět P a ambulantní služby pro klienty ohrožené závislostí (poradenství, terapie, rodičovské skupiny, A-skupina, M-skupina). Finanční podpora Města Písku pomohla zkvalitnit prostorové zázemí a to umožnilo rozvoj služeb pro klienty ohrožené závislostí (drogy, alkohol, hrací automaty). Zahnuje i kontaktní centrum s terénním programem v regionu a pobočkou v Milevsku (2).

*Kontaktní centrum Auritus s terénním programem* – pro město Tábor a jeho region, pod vedením farní charity Tábor (12).

*Streetwork Český Krumlov a Kaplice, protidrogová poradna "U BOUDY"* - Centrum pro pomoc dětem a mládeži, o.p.s.. Pozůstal po optimalizaci a zániku místního kontaktního centra, které bylo neefektivní (12).

*Kontaktní a poradenské centrum Citadela* - v Třeboni s terénním programem i v Jindřichově Hradci a Českých Velenicích. V Třeboni toto centrum ukončilo svou činnost v červnu 2006 pro potřebu přemístění centra do Jindřichova Hradce (12).

*Dlouhodobá léčba v terapeutických komunitách* - v Němčicích, Karlově, Podcestném mlýnu, které jsou součástí sítě služeb od roku 2004 (12).

*Krátkodobá a střednědobá léčba včetně možnosti detoxikace v psychiatrické léčebně Červený dvůr* (součást minimální sítě Jihočeského kraje od roku 2003) a psychiatrická léčebna Lnáře (12).

*Ambulantní léčba* - poskytována v soukromých ordinacích psychiatrů a psychologů a Ambulantní poradna drogových závislostí v Českých Budějovicích, v Jindřichově Hradci a Strakonici (12).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Cíl práce**

Zjistit informovanost široké veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice.

### **2.2. Hypotézy**

Pro dosažení vytyčeného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

**H1:** Veřejnost nemá přehled o organizacích, které poskytují pomoc v oblasti drogové problematiky.

**H2:** Veřejnost není schopna vymezit legální a ilegální drogy.

**H3:** Podle veřejnosti užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti.

**H4:** Veřejnost se domnívá, že drogy mění sociální postavení jedince ve společnosti.

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Metoda výzkumu**

V diplomové práci je k ověřování zadaných hypotéz zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Použitá technika sběru dat je dotazník. Skladba dotazníku je vytvořena na základě obsahové analýzy sekundárních dat.

Úvodní část dotazníku zahrnuje oslovení, představení se respondentům, vysvětlení důvodu výzkumu a základní instrukce vyplnění dotazníku. První oddíl otázek se týká identifikačních znaků respondentů, druhý oddíl otázek je zaměřen na znalosti respondentů o drogové problematice, jejich názory a informovanost. Závěr dotazníku zjišťuje, zda má společnost znalosti v rozdělení drog na legální/ilegální drogy a členění podle jednotlivých druhů drog. Celkem je dotazník sestaven z 24 otázek. Dotazník obsahuje otázky otevřené, uzavřené a kontrolní. Vyplnění dotazníku je anonymní a zcela dobrovolné.

Sebraná data jsou vyhodnocena procentuálně a výsledky výzkumu graficky zpracovány v programu Microsoft Excel.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

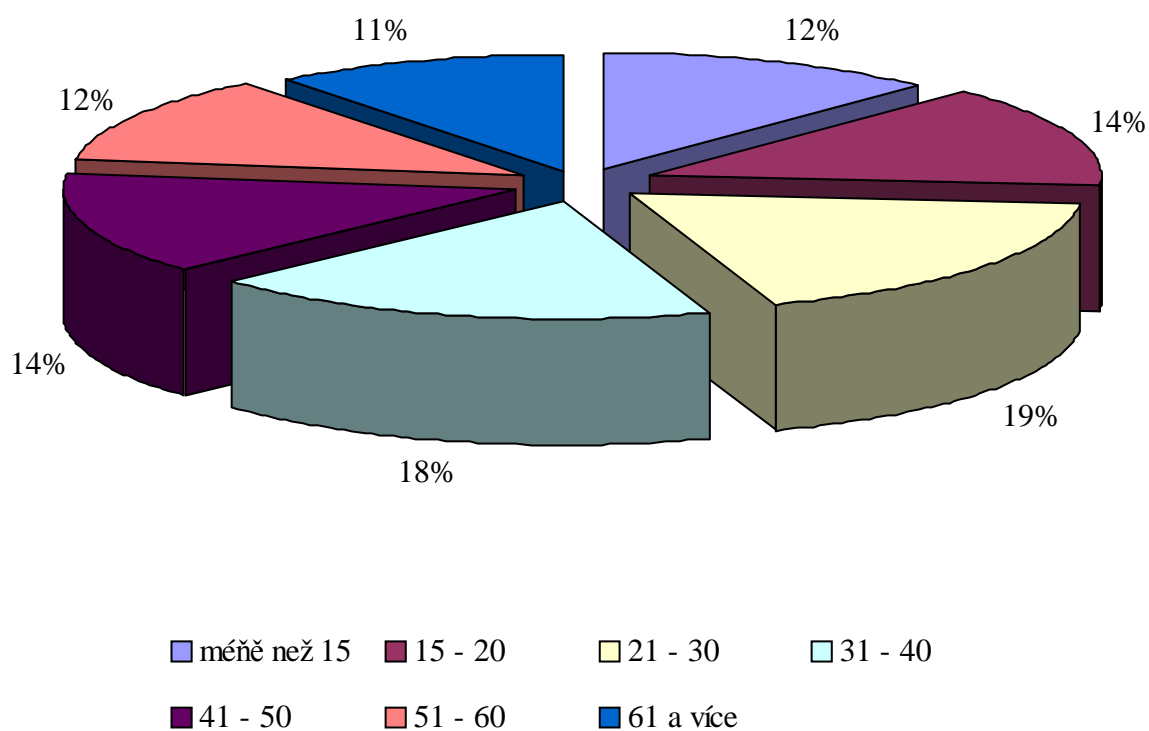
Výzkumný soubor tvoří veřejnost, žijící v okrese České Budějovice. Hlavním kritériem pro zařazení do výzkumného souboru je trvalé bydliště respondenta v okrese České Budějovice. Do výzkumného souboru byli respondenti vybráni metodou náhodného stratifikovaného výběru. Výzkum byl prováděn v měsících listopad 2007 až únor 2008.

Během výzkumu bylo rozdáno celkem 400 dotazníků, z nichž se 349 vrátilo zpět. Z tohoto počtu bylo 55 dotazníků vyplněno nedostatečně, a proto musely být vyřazeny. Výzkumný soubor tedy tvořil 294 respondentů, žijících v okrese České Budějovice. Vyhodnocením uvedených počtů bylo zjištěno, že procentuální podíl návratnosti dotazníků činil 87 %, z toho k výzkumu bylo použito 73 % dotazníků.

## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

### Graf 1: Věk respondentů (v %)

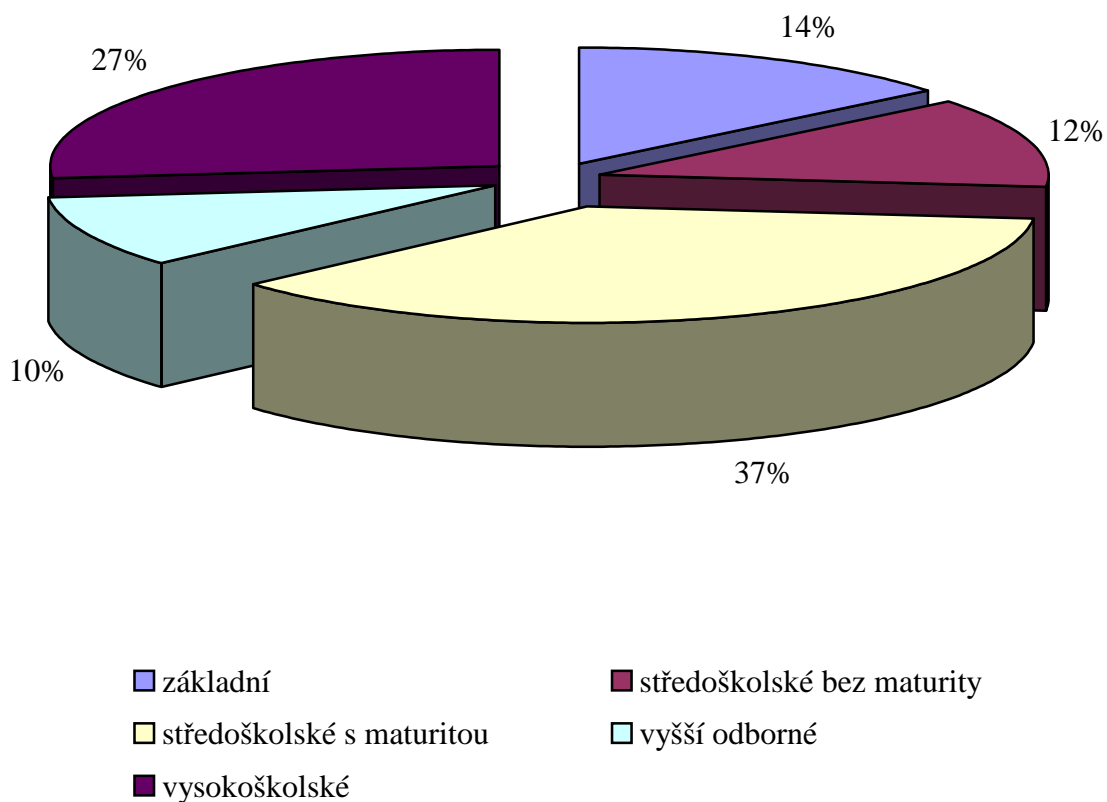
Z 294 (100 %) respondentů je 36 (12 %) respondentů ve věku méně než 15 let, 42 (14 %) respondentů je ve věku 15 – 20 let, 55 (19 %) respondentů je ve věku 21 – 30 let, 54 (18 %) respondentů je ve věku 31 – 40 let, 42 (14 %) respondentů je ve věku 41 – 50 let, 36 (12 %) respondentů je ve věku 51 – 60 let a 29 (11 %) respondentů ve věku 61 let a více.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 2: Vzdělání respondentů (v %)**

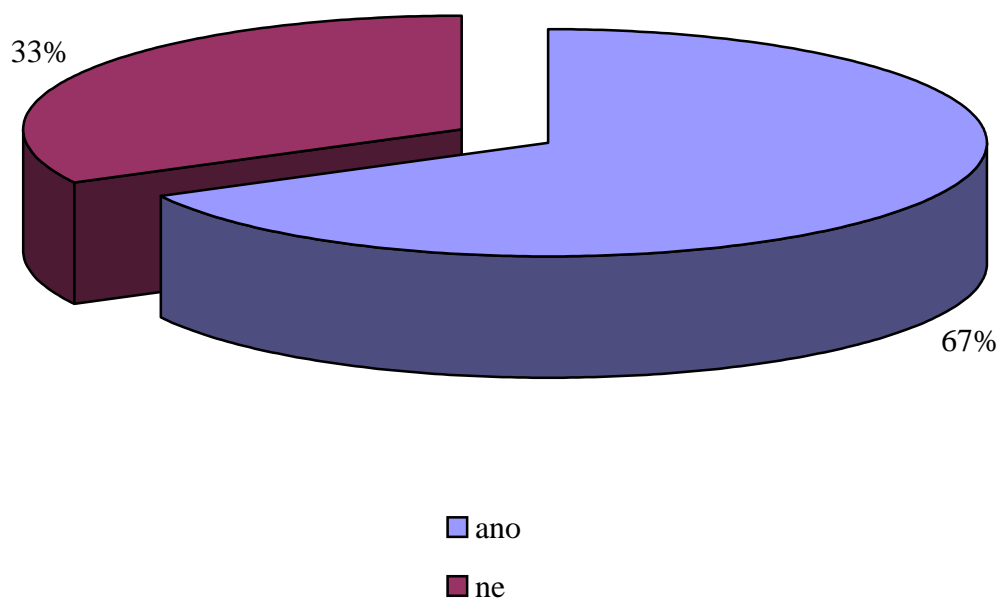
Z 294 (100 %) respondentů má 42 (14 %) respondentů základní vzdělání, 36 (12 %) respondentů má středoškolské vzdělání bez maturity, 108 (37 %) respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 30 (10 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání a 78 (27 %) respondentů má vysokoškolské vzdělání.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 3: Zkušenosti respondentů s drogou (v %)

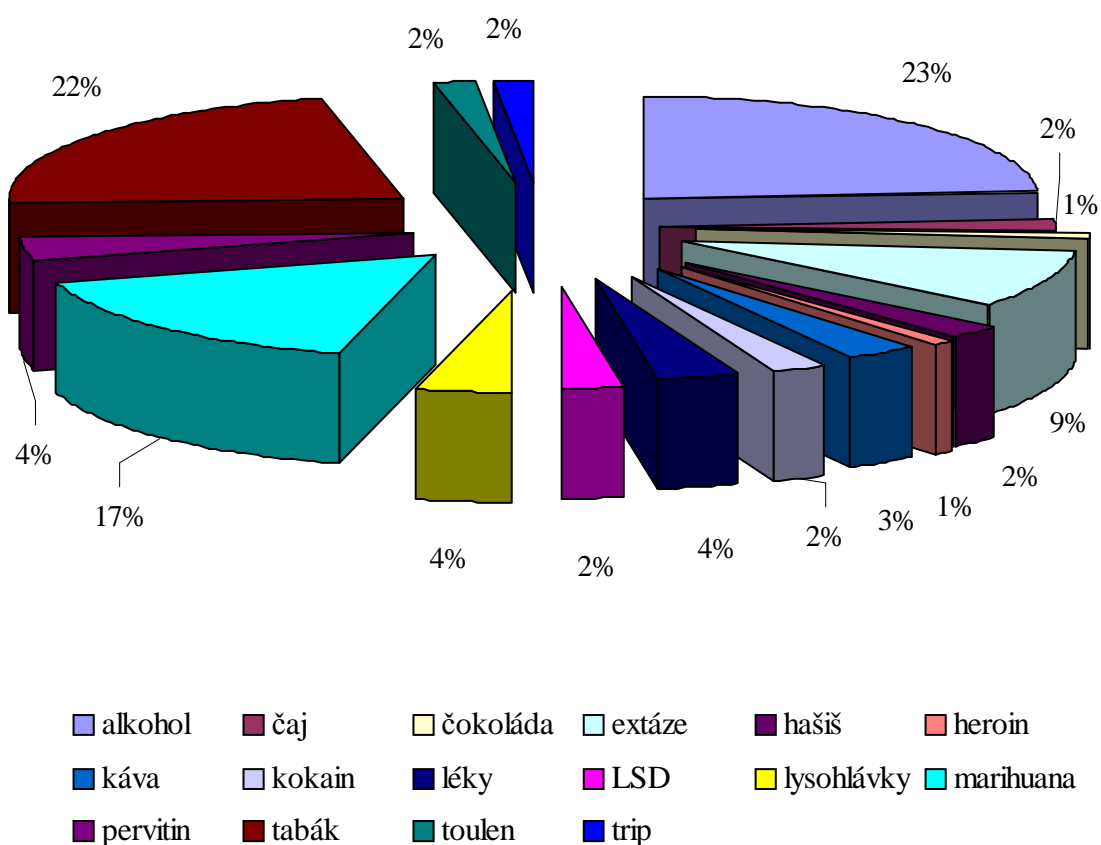
Z 294 (100 %) respondentů se 198 (67 %) respondentů setkala s drogou, 96 (33 %) respondentů se doposud s drogou neseťkalo.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 3a: Zkušenosti s drogami (v %)**

Respondenti, kteří v grafu 3 odpověděli ano, zde uváděli více odpovědí. Celkem 762 (100 %) odpovědí. 183 (23 %) odpovědí zastupuje alkohol, 171 (22 %) odpovědí tabák, 127 (17 %) odpovědí zastupuje marihuana, 69 (9 %) odpovědí zastupuje extáze, 27 (4 %) odpovědí zastupují léky, 29 (4 %) odpovědí lysohlávky, 28 (4 %) odpovědí pervitin, 22 (3 %) odpovědí káva, 19 (2 %) odpovědí LSD, 18 (2 %) odpovědí hašiš, 17 (2 %) odpovědí zastupuje kokain, 13 (2 %) odpovědí toulén, 13 (2 %) odpovědí čaj, 12 (2 %) odpovědí trip, 7 (1 %) odpovědí heroin, a 7 (1 %) odpovědí zastupuje čokoládu.

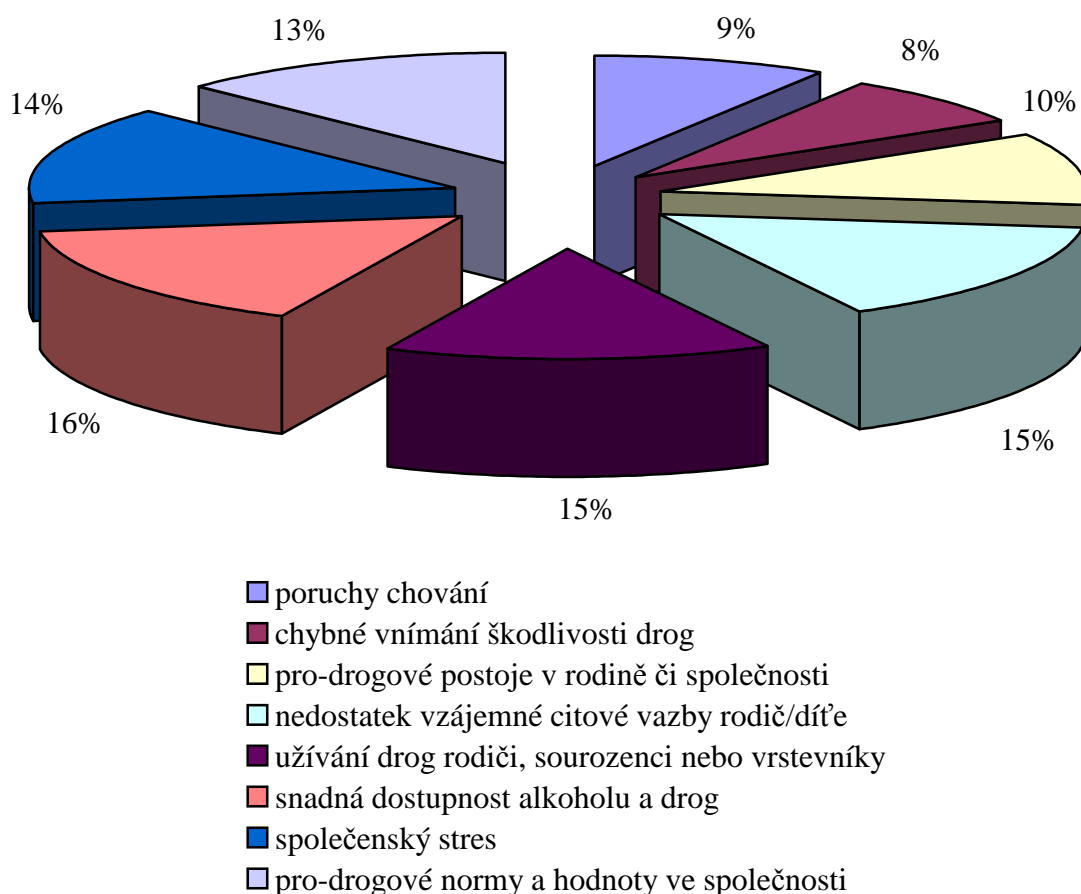


Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf 4: Faktory zvyšující riziko užívání drog (v %)**

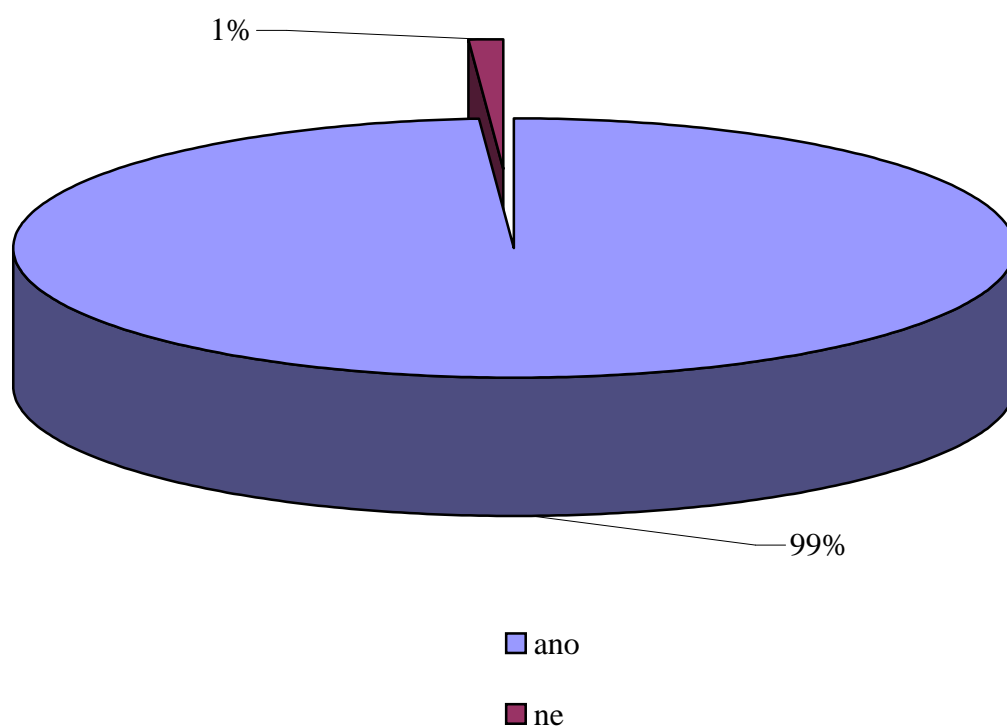
Zde mohli respondenti označit více možností, na otázku odpovídalo 294 respondentů, od kterých bylo získáno 1842 odpovědí. Ve 293 (16 %) případech byla označena snadná dostupnost alkoholu a drog, ve 271 (15 %) případech užívání drog rodiči, sourozenci nebo vrstevníky, ve 282 (15 %) případech nedostatek vzájemné citové vazby rodič/dítě, ve 266 (14 %) případech byl označen společenský stres, ve 233 (13 %) případech pro-drogové normy a hodnoty ve společnosti, ve 193 (10 %) případech pro-drogové postoje v rodině či společnosti, ve 162 (9 %) případech byly jako riziko užívání drog označeny poruchy chování a ve 142 (8 %) případech chybné vnímání škodlivosti drog.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 5: Důležitost prevence v drogové problematice (v %)**

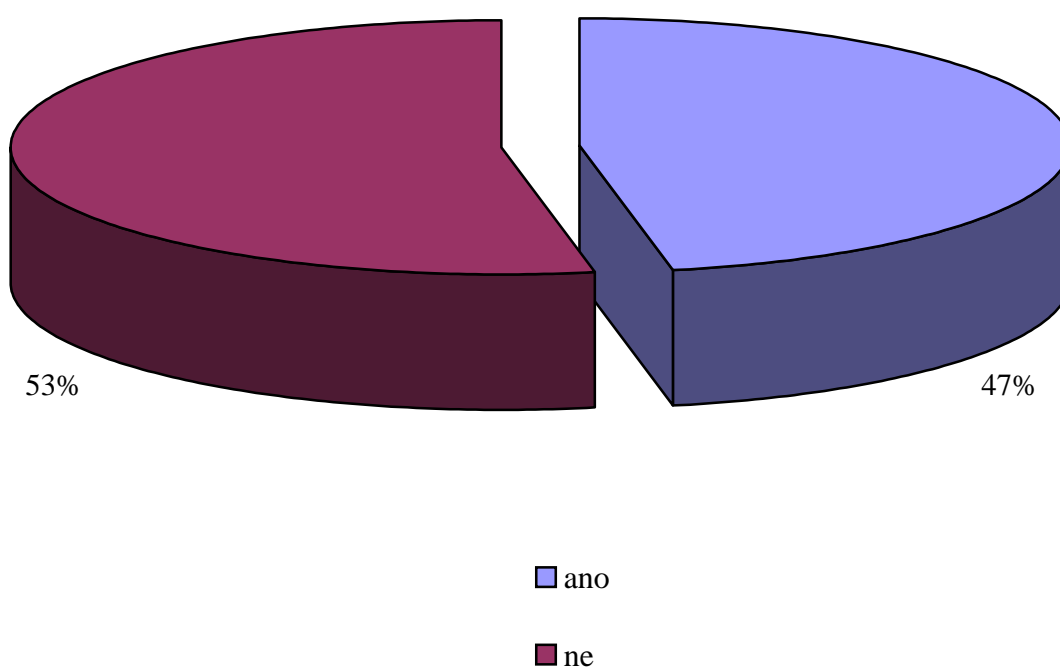
Z 294 (100 %) respondentů, si 291 (99 %) respondentů myslí, že je prevence v drogové problematice důležitá, 3 (1 %) respondenti si myslí, že prevence v drogové problematice není důležitá.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 6: Informovanost o druzích prevence (v %)

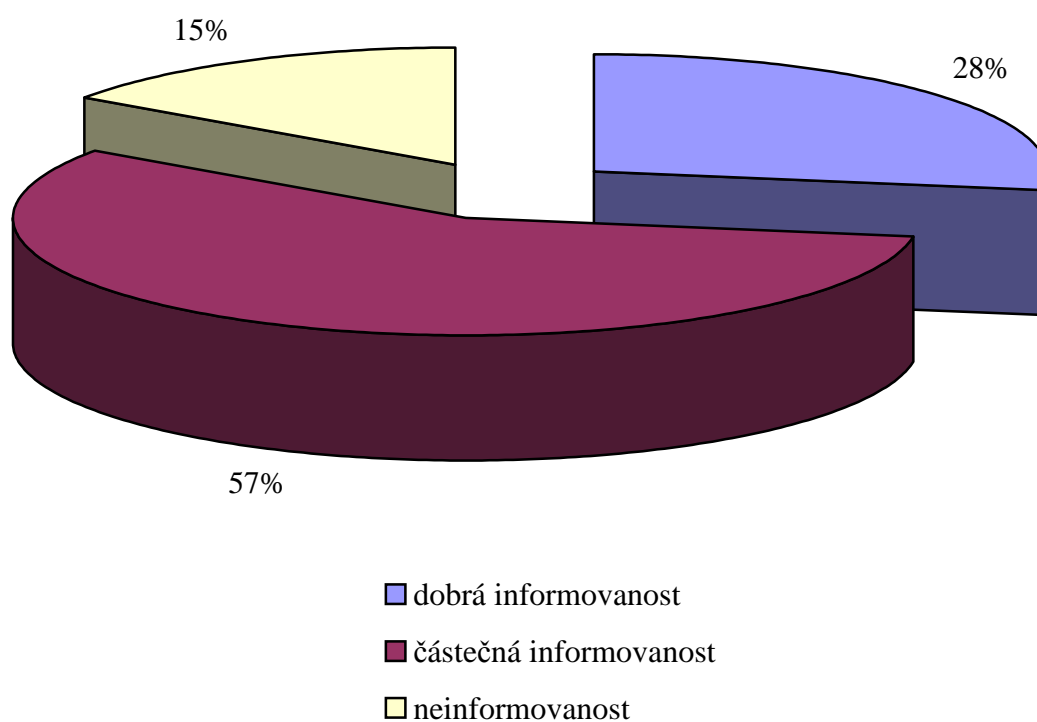
Z 294 (100 %) respondentů 138 (47 %) respondentů uvedlo možnost ano, tedy znají druhy prevence, 156 (53 %) respondentů uvedlo možnost ne, tedy neznají druhy prevence.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 6a: Uvedení druhů prevence (v %)

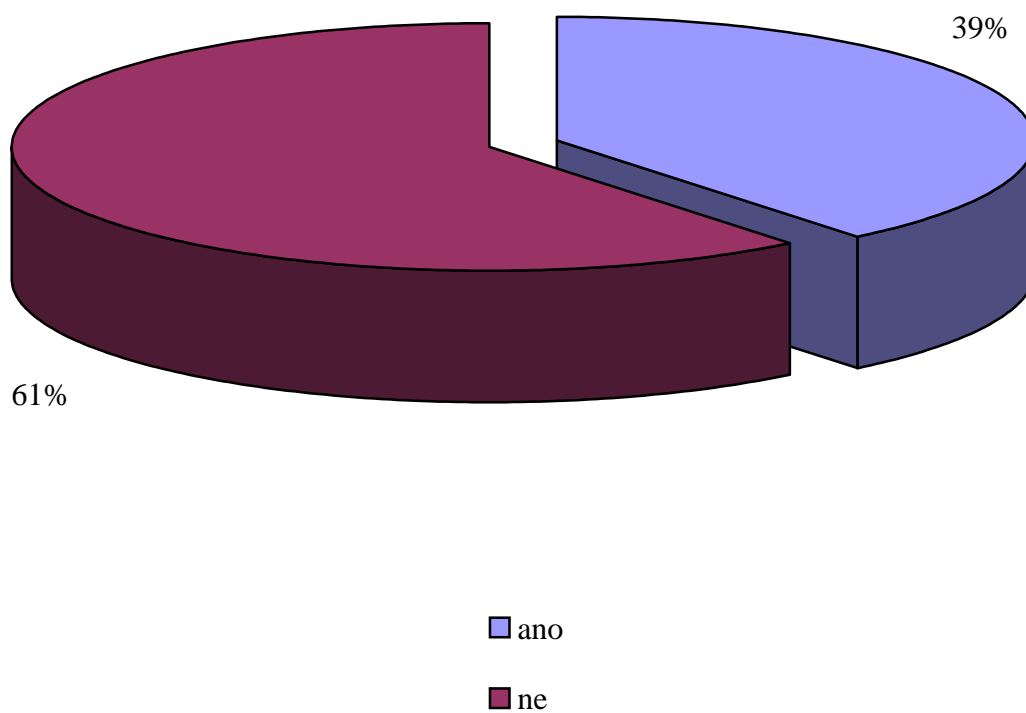
Ze 138 (100 %) respondentů je 38 (28 %) respondentů dobře informováno, 79 (57 %) respondentů je částečně informováno a 21 (15 %) respondentů není informováno.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 7: Informovanost o programu Harm reduction (v %)

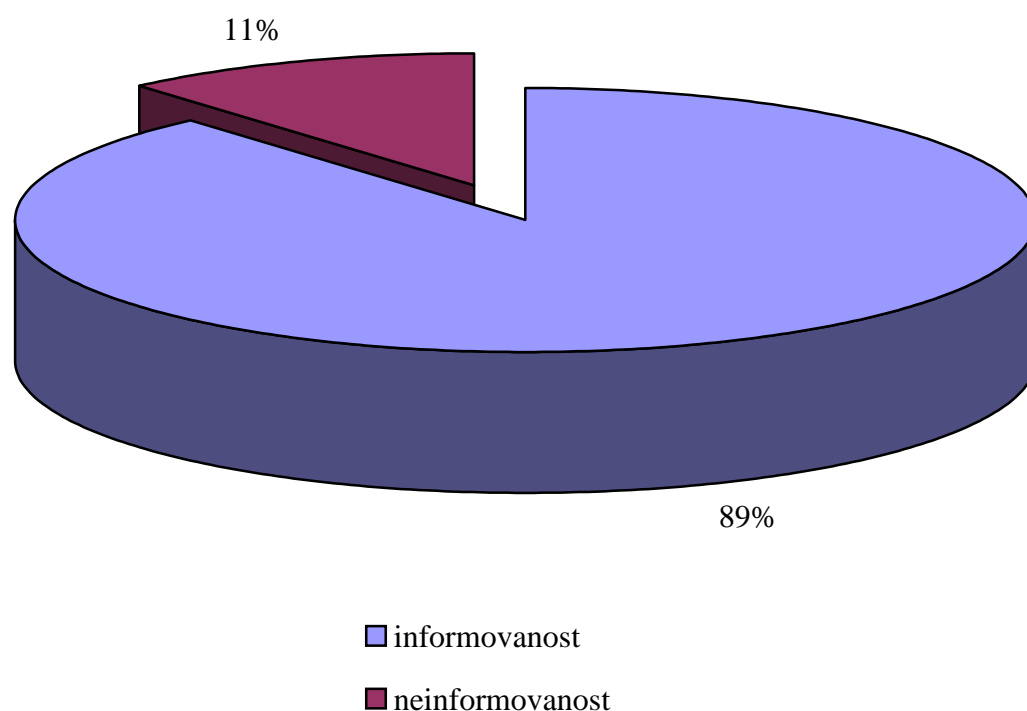
Z 294 (100 %) respondentů 115 (39 %) respondentů uvedlo možnost ano, vědí co znamená program Harm reduction, 179 (61 %) respondentů uvedlo možnost ne, nevědí co znamená program Harm reduction.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 7a: Význam programu Harm reduction (v %)**

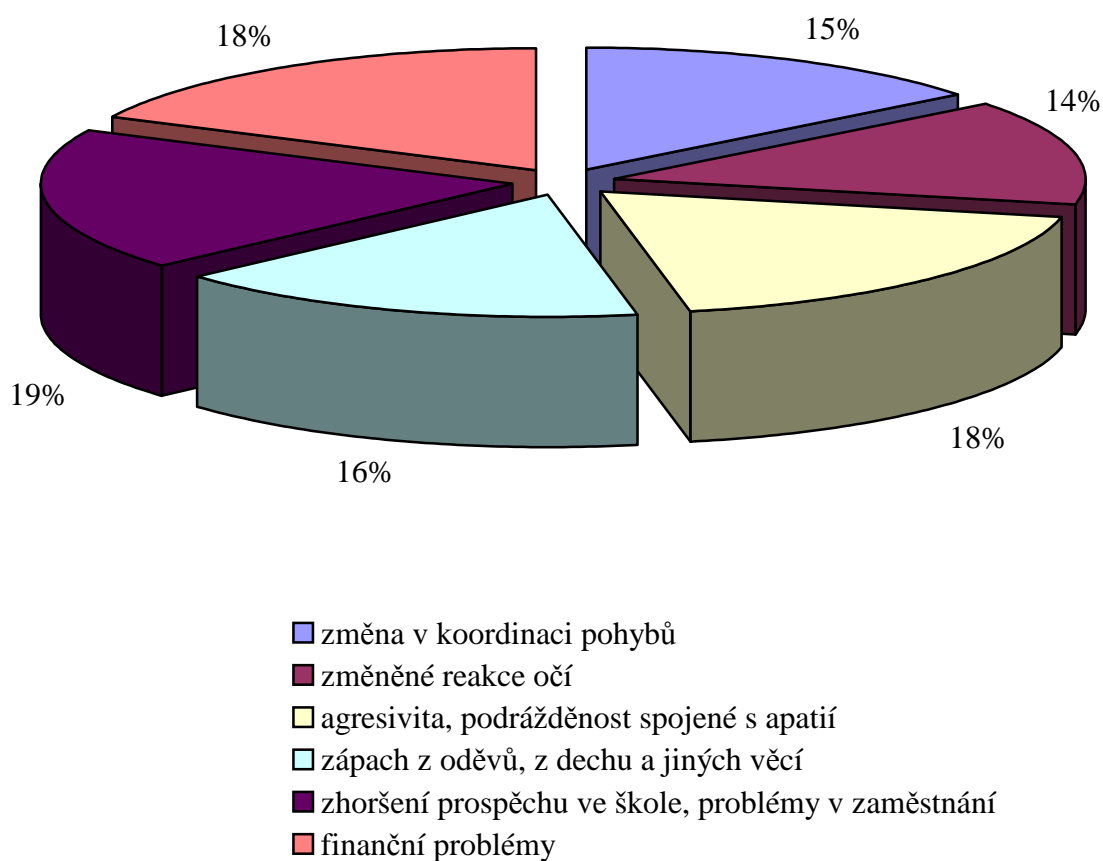
Ze 115 (100 %) respondentů je dobře informováno 102 (89 %) respondentů, kteří označili možnost omezovat rizika spojená s užíváním drog, jako význam programu Harm reduction, 13 (11 %) respondentů není informováno o významu programu Harm reduction, nesprávně označili možnost legalizace drog a nové dělení drog.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 8: Varovná znamení užívání drog (v %)**

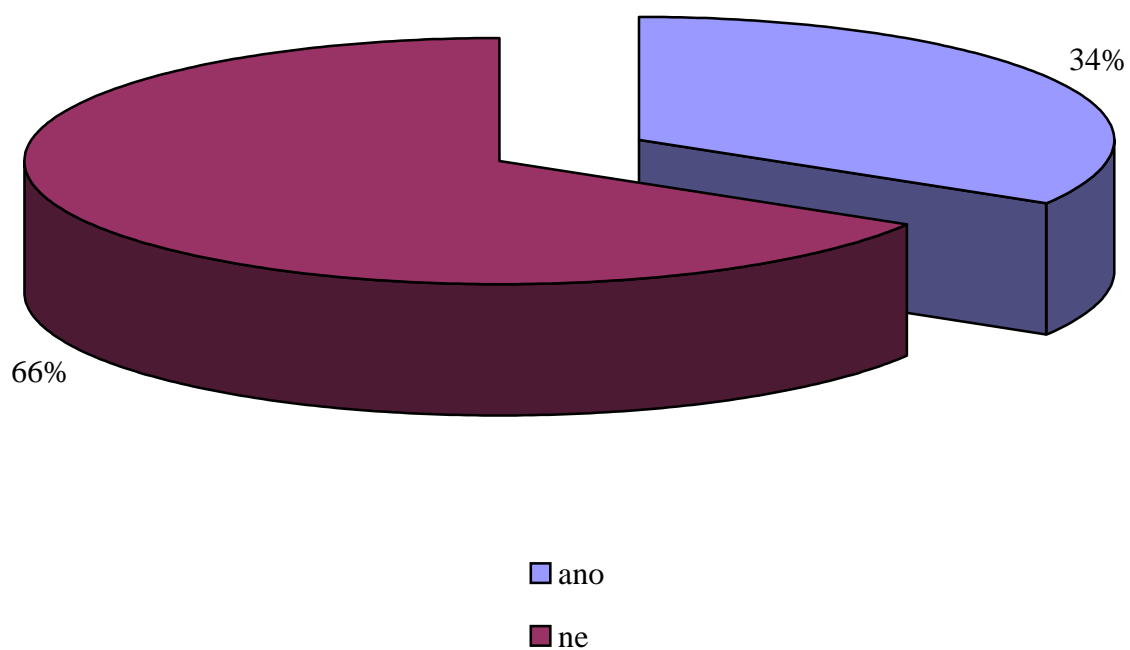
Zde mohli respondenti označit více možností, na otázku odpovídalo 294 respondentů, od kterých bylo získáno 1538 odpovědí. Ve 291 (19 %) případech bylo označeno zhoršení prospěchu ve škole, problémy v zaměstnání, ve 286 (18 %) případech agresivita, podrážděnost spojená s apatií, ve 273 (18 %) případech užívání drog finanční problémy, ve 251 (16 %) případech zápach z oděvů, z dechu a jiných věcí, ve 224 (15 %) případech byla označena změna v koordinaci pohybů a ve 213 (14 %) případech změněné reakce očí.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 9: Znalost respondentů o fázích závislosti (v %)**

Z 294 (100 %) respondentů 99 (34 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké jsou fáze závislosti a 195 (66 %) respondentů označilo možnost ne, tedy nevědí jaké jsou fáze závislosti.

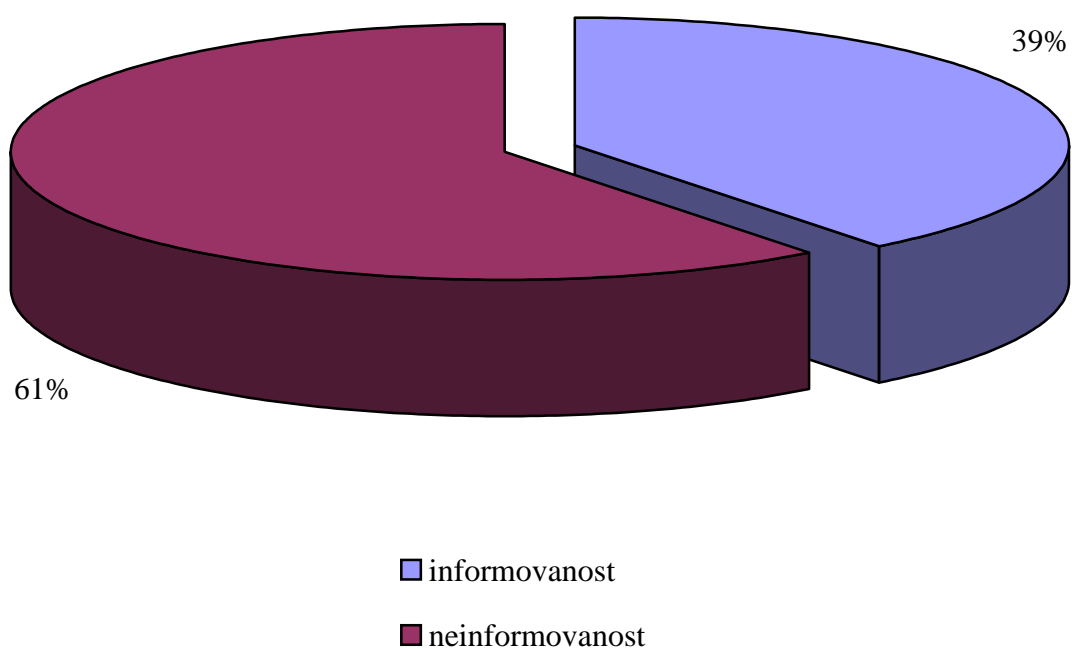


Zdroj: Vlastní výzkum



### Graf 9a: Informovanost o fázích závislosti (v %)

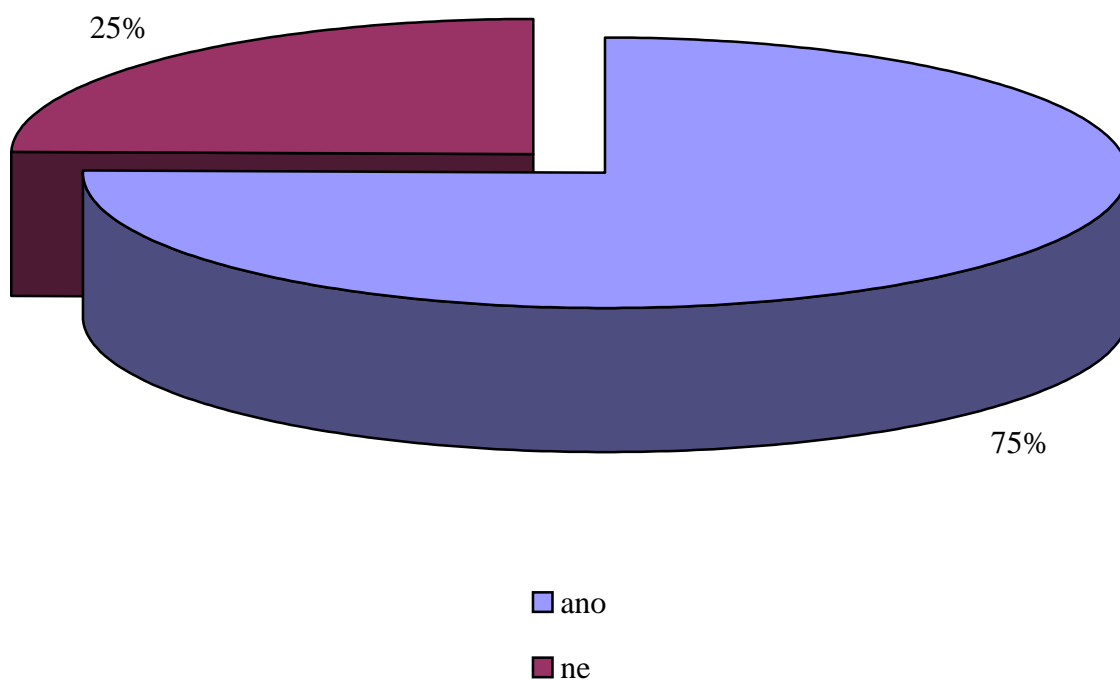
Z 99 (100 %) respondentů je 39 (39 %) respondentů dobře informováno a 60 (61 %) respondentů není informováno.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 10: Informovanost, zda je trestné užívání drog v ČR (v %)**

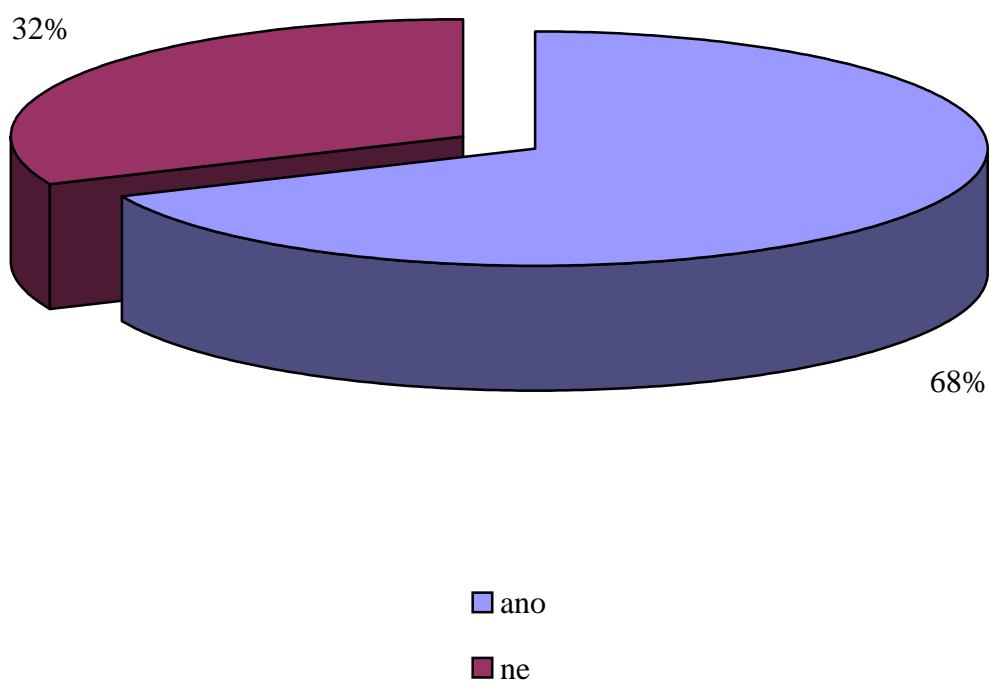
Z 294 (100 %) respondentů 221 (75 %) respondentů označilo možnost ano, nejsou dobře informováni o trestu za užívání drog v ČR a 73 (25 %) respondentů označilo možnost ne, tedy jsou dobře informováni o trestu za užívání drog v ČR.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 11: Informovanost, zda je trestné držení ilegálních drog pro vlastní potřebu (v %)**

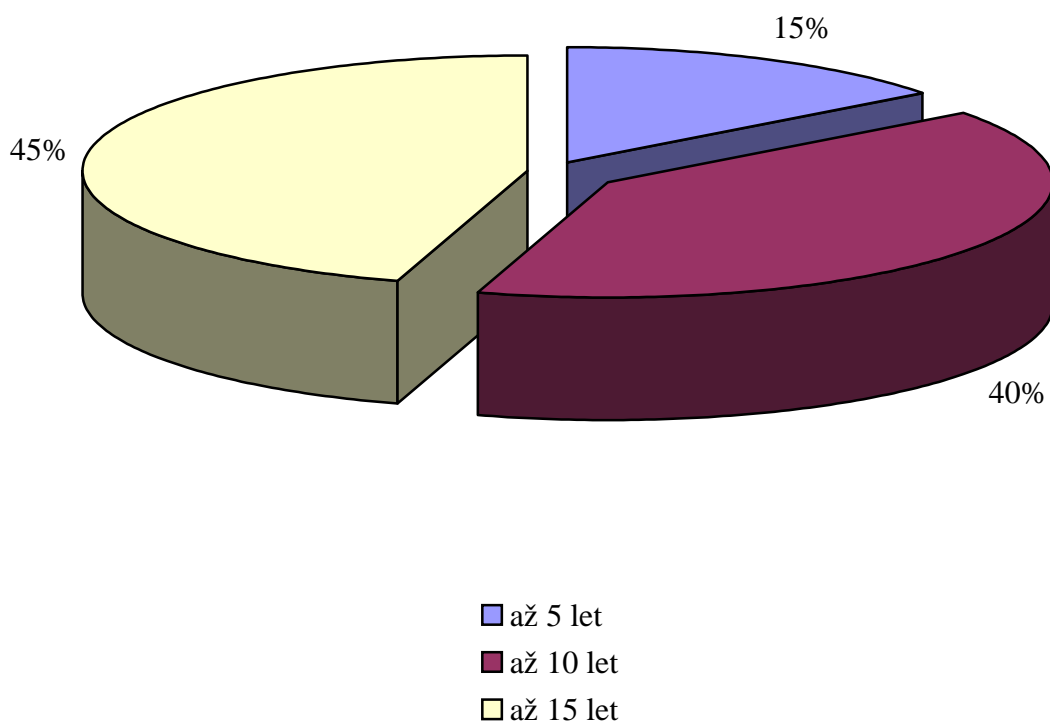
Z 294 (100 %) respondentů 201 (68 %) respondentů označilo možnost ano, jsou dobře informováni o trestu za držení ilegálních drog pro vlastní potřebu a 93 (32 %) respondentů označilo možnost ne, nejsou dobře informováni o trestu za držení ilegálních drog pro vlastní potřebu.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 12: Informovanost o maximálním trestu odnětí svobody za obchod s drogami v ČR (v %)**

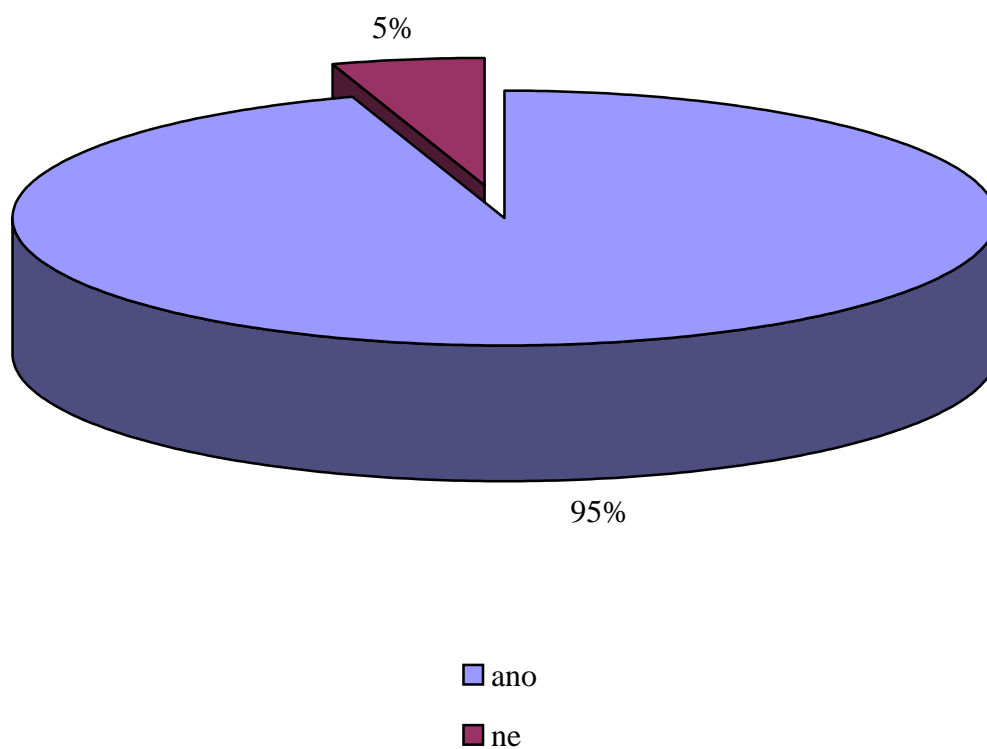
Z 294 (100 %) respondentů 43 (15 %) respondentů označilo možnost maximálního trestu za obchod s drogami v ČR až 5 let – nejsou dobře informováni, 118 (40 %) respondentů označilo možnost maximálního trestu za obchod s drogami v ČR až 10 let – nejsou dobře informováni a 133 (45 %) respondentů označilo možnost maximálního trestu za obchod s drogami v ČR až 15 let – jsou dobře informováni.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 13: Povědomí o změně sociálního postavení jedince ve společnosti (v %)**

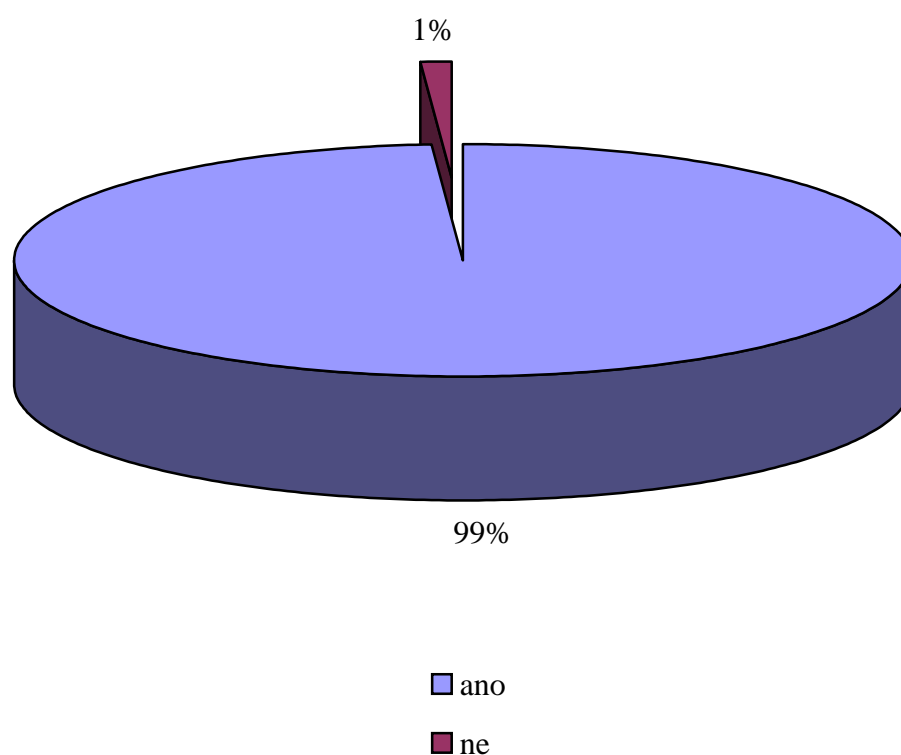
Z 294 (100 %) respondentů 279 (95 %) respondentů označilo možnost ano, drogy mění sociální postavení jedince ve společnosti a 15 (5 %) respondentů označilo možnost ne, drogy nemění sociální postavení jedince ve společnosti.



Zdroj: Vlastní výzkum

#### Graf 14 Povědomí o vlivu užívání drog na zvýšení kriminality ve společnosti (v %)

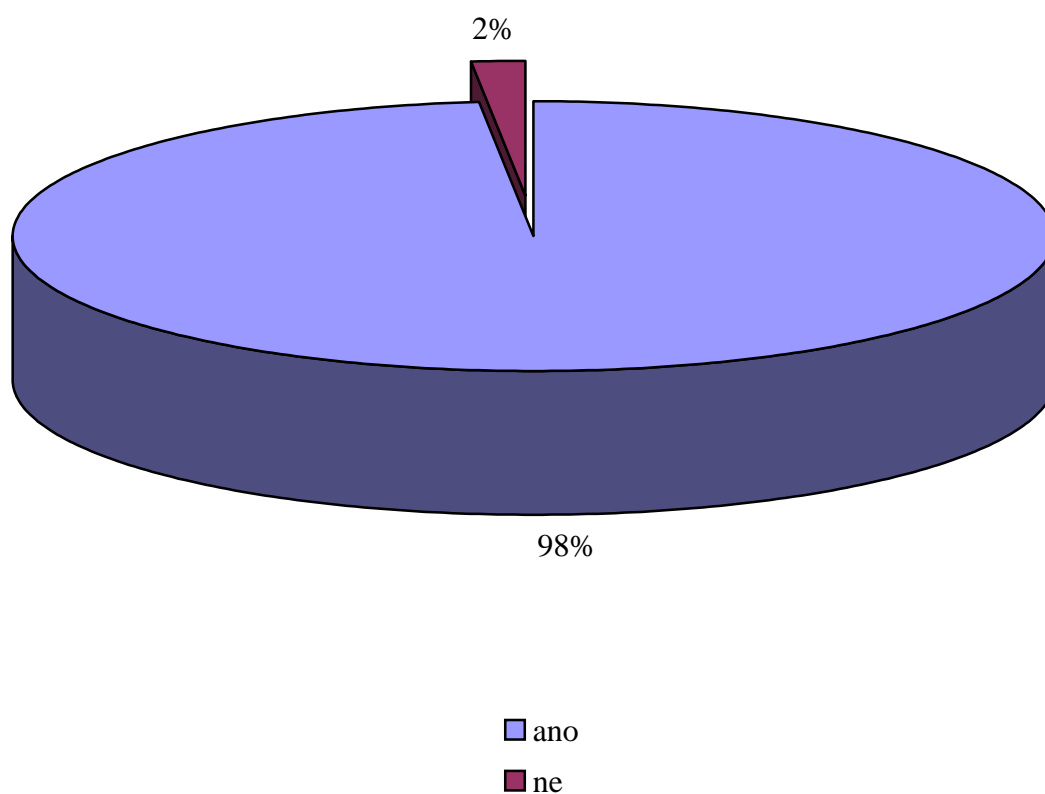
Z 294 (100 %) respondentů 291 (99 %) respondentů označilo možnost ano, užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti a 3 (1 %) respondenti označili možnost ne, užívání drog nezvyšuje kriminalitu ve společnosti.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 15: Dostupnost drog v dnešní době (v %)**

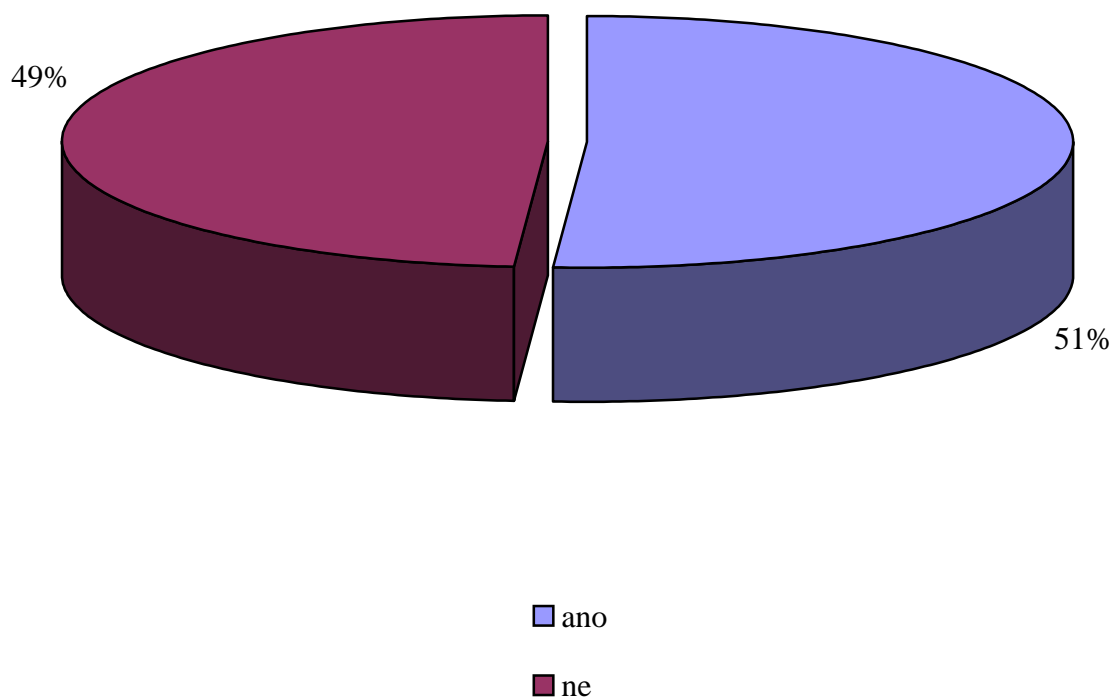
Z 294 (100 %) respondentů 289 (98 %) respondentů označilo možnost ano, drogy jsou v současnosti snadno dostupné a 5 (2 %) respondentů označilo možnost ne, drogy nejsou v současnosti snadno dostupné.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 16: Informovanost o organizacích poskytující pomoc v drogové problematice (v %)**

Z 294 (100 %) respondentů 150 (51 %) respondentů označilo možnost ano, znají organizace poskytující pomoc v drogové problematice a 144 (49 %) respondentů označilo možnost ne, neznají organizace poskytující pomoc v drogové problematice.

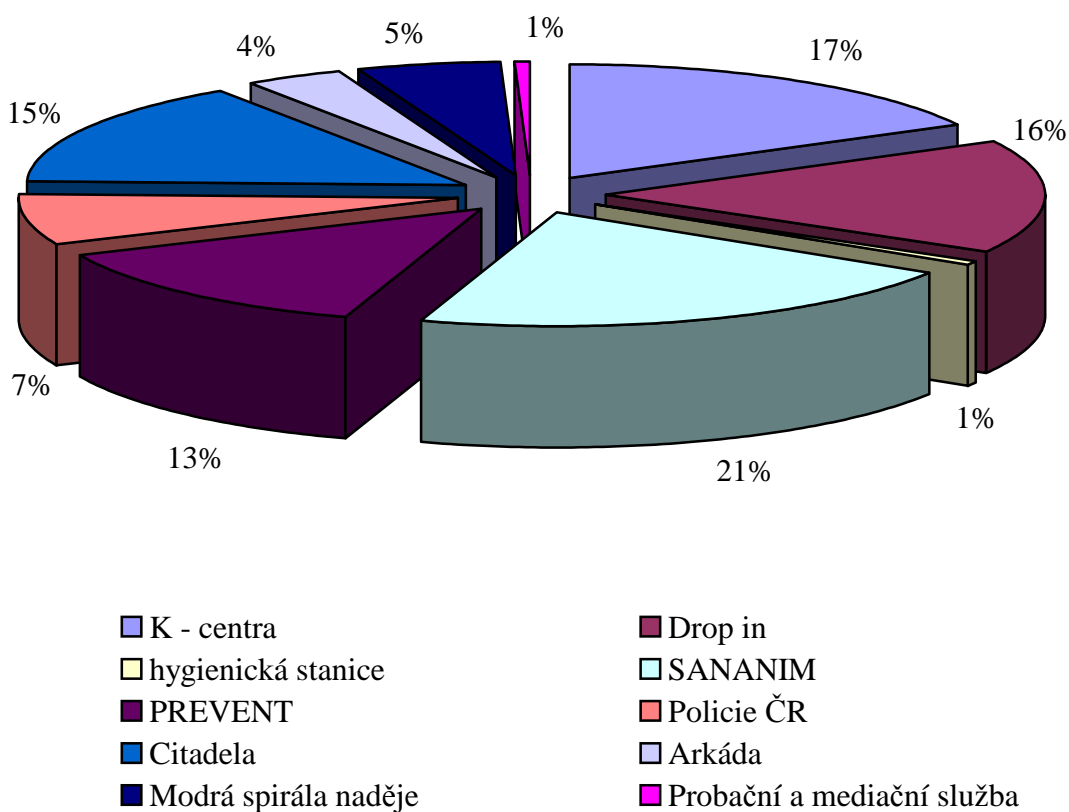


Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf 16a: Organizace poskytující pomoc v oblasti drogové problematiky (v %)**

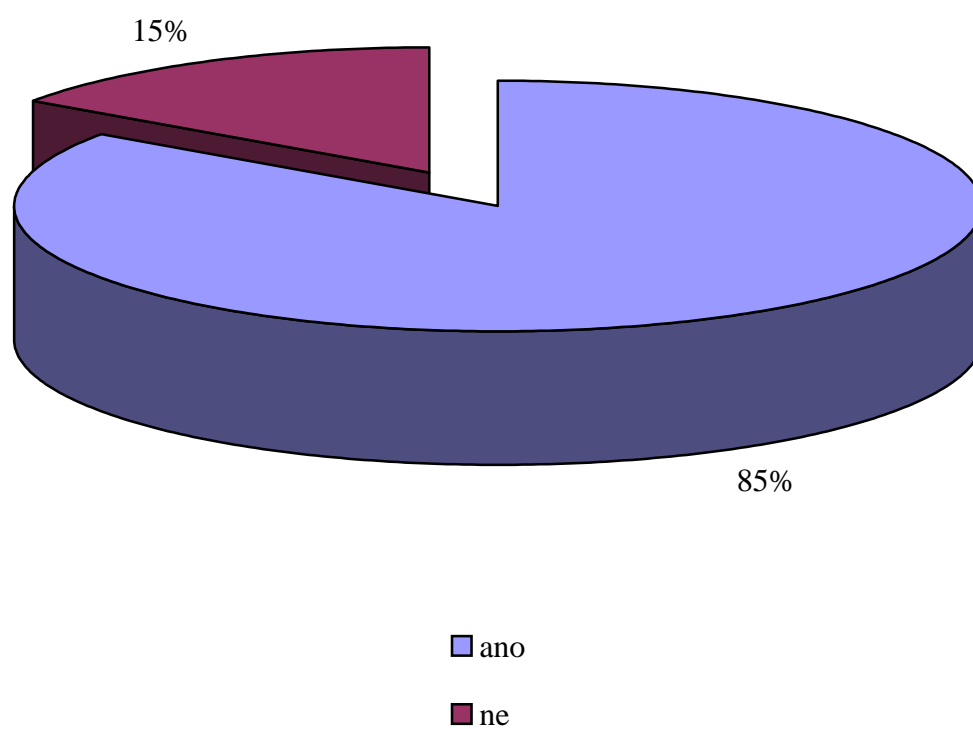
Zde mohli respondenti uvést více možností, na otázku odpovídalo 150 (100 %) respondentů, od kterých bylo získáno 731 odpovědí. Ve 154 (21 %) případech byla uvedena organizace SANANIM, ve 126 (17 %) případech K-centra, ve 117 (16 %) organizace Drop in, ve 109 (15 %) organizace Citadela, v 97 (13 %) případech organizace PREVENT, v 53 (7 %) případech byla uvedena Policie ČR, v 39 (5 %) organizace Modrá spirála naděje, v 27 (4 %) případech organizace Arkáda, v 5 (1 %) případech hygienická stanice a ve 4 (1 %) případech byla uvedena Probační a mediační služba.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 17: Znalost legálních drog (v %)

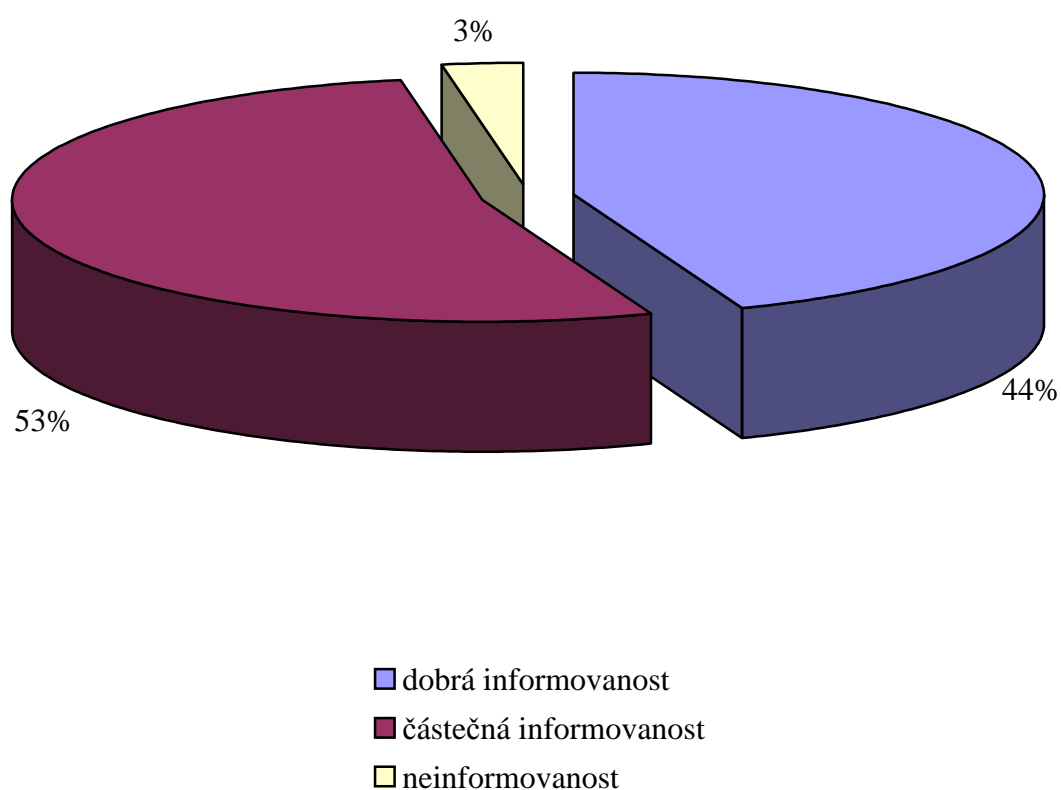
Z 294 (100 %) respondentů 249 (85 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi legální drogy a 45 (15 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi legální drogy.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 17a: Informovanost o legálních drogách (v %)**

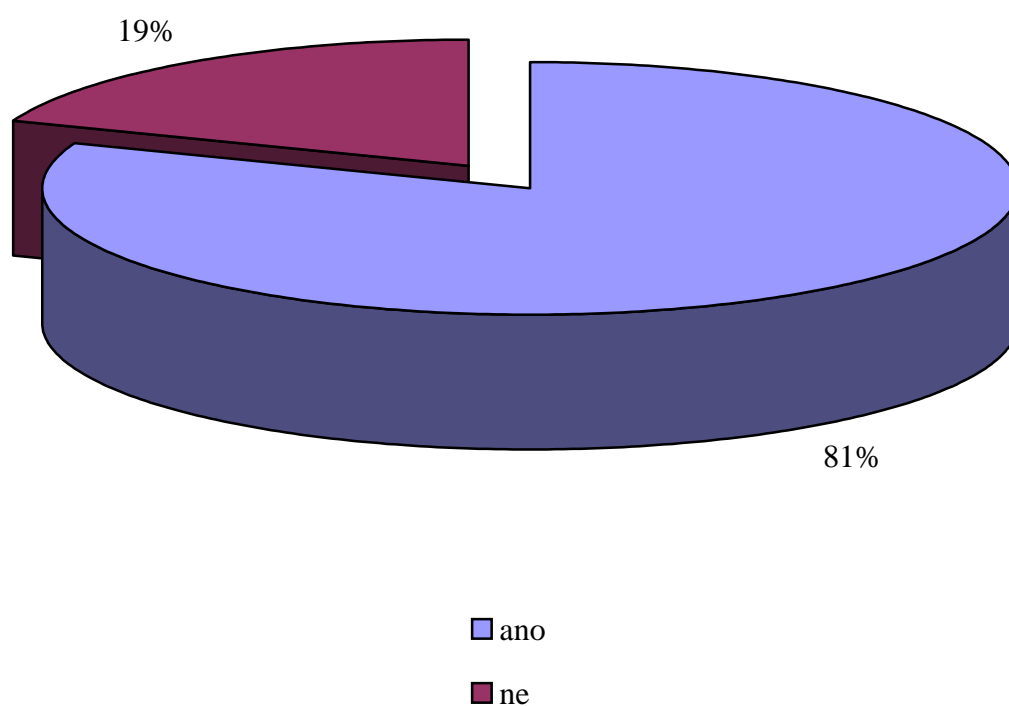
Z 249 (100 %) respondentů je 110 (44 %) respondentů dobře informováno, 132 (53 %) respondentů je částečně informováno a 7 (3 %) respondentů není informováno.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 18: Znalost ilegálních drog (v %)

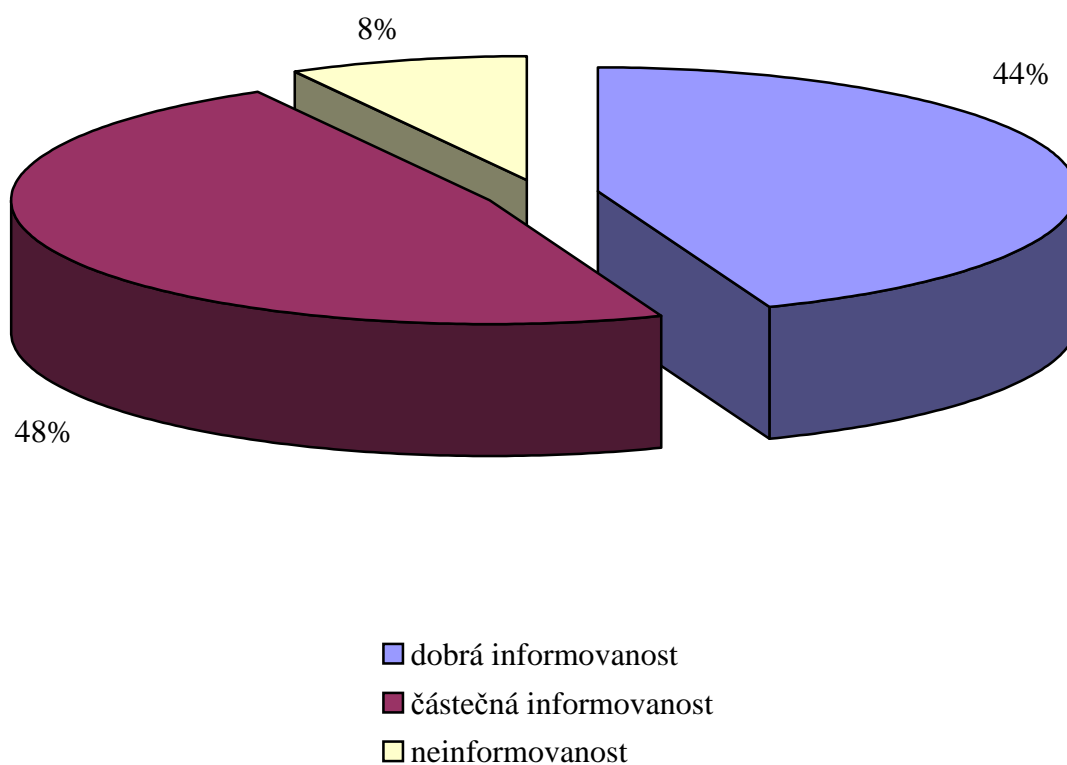
Z 294 (100 %) respondentů 238 (81 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi legální drogy a 56 (19 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi legální drogy.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 18a: Informovanost o ilegálních drogách (v %)

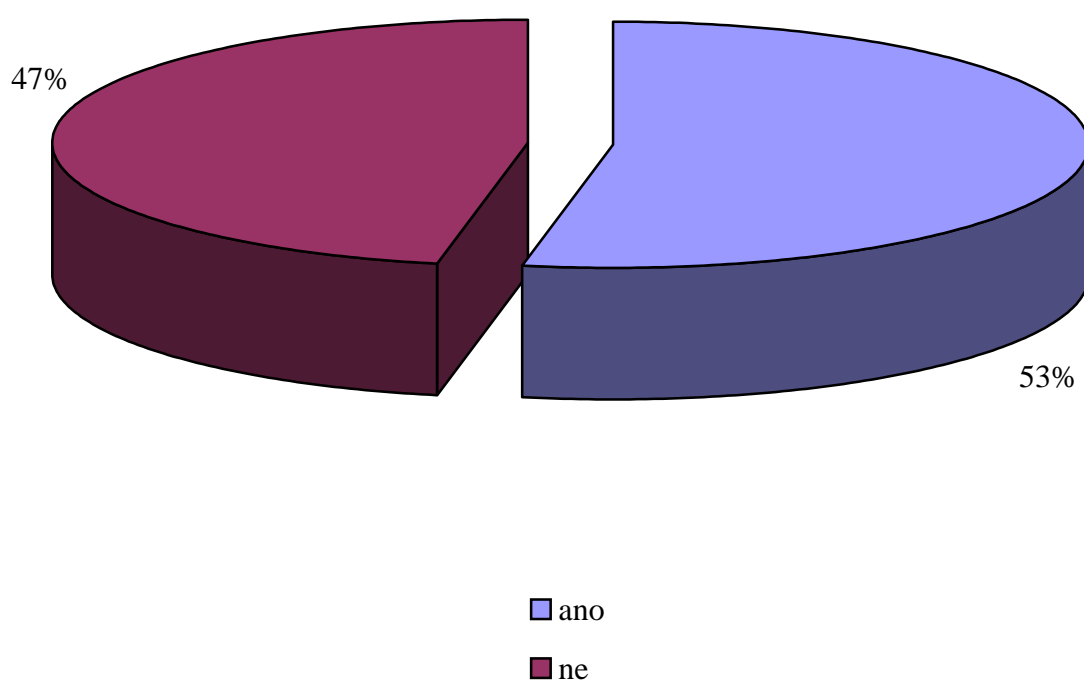
Z 238 (100 %) respondentů je 105 (44%) respondentů dobře informováno, 114 (48 %) respondentů je částečně informováno a 19 (8 %) respondentů není informováno.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 19: Znalost respondentů o halucinogenech (v %)**

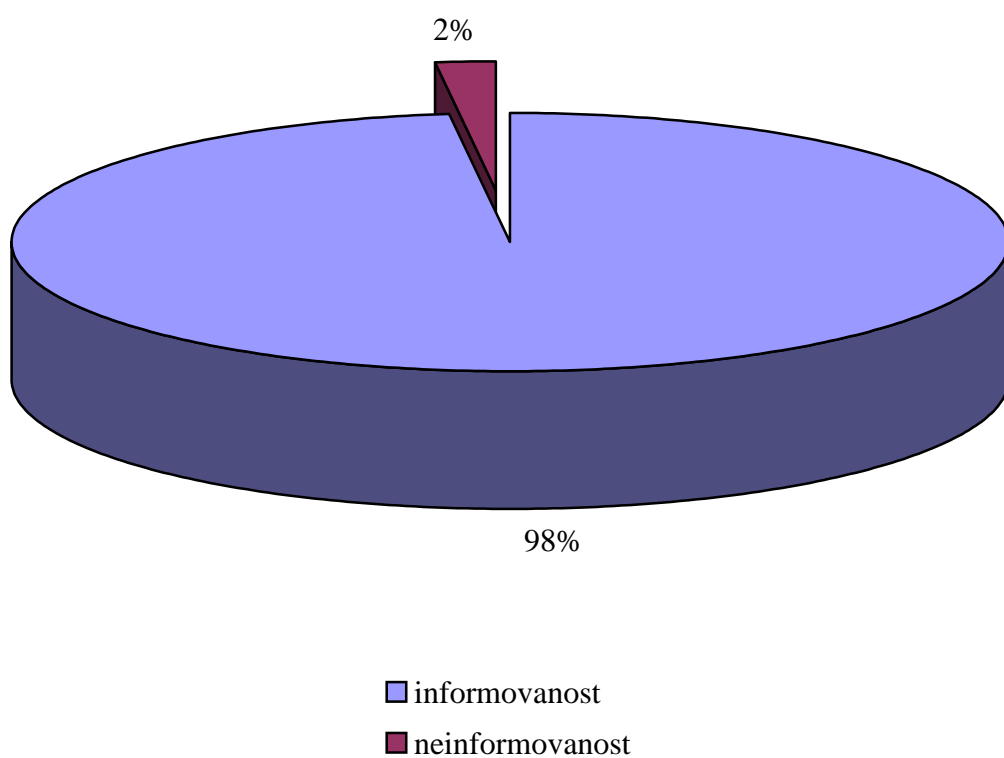
Z 294 (100 %) respondentů 156 (53 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi halucinogeny a 138 (47 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi halucinogeny.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 19a: Informovanost o halucinogenech (v %)

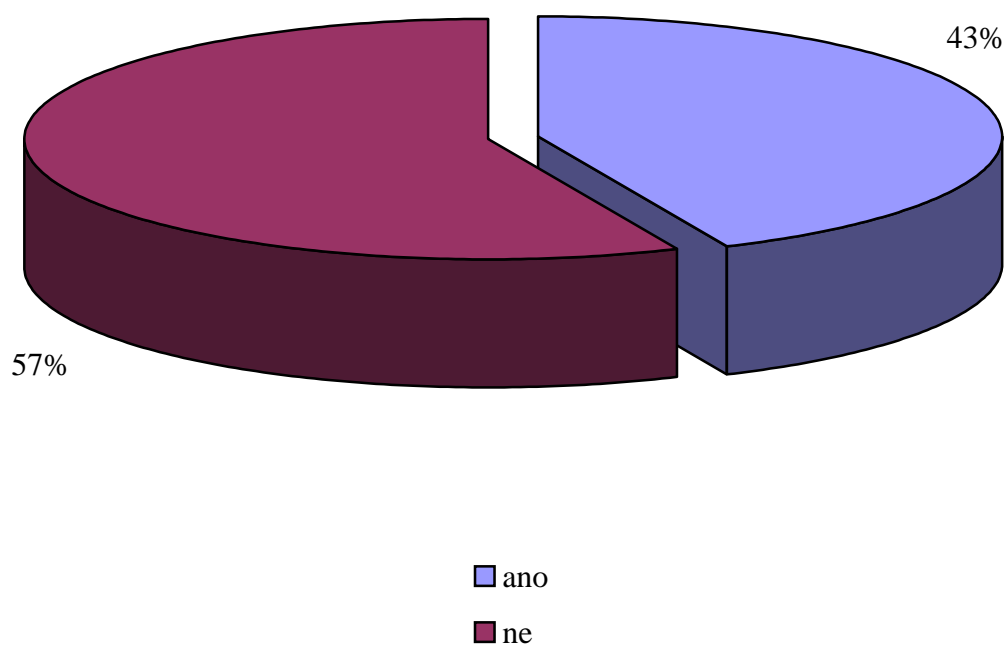
Ze 156 (100 %) respondentů je 153 (98 %) respondentů informováno o halucinogenech a 3 (2 %) respondenti nejsou informováni o halucinogenech.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 20: Znalost respondentů o stimulanciích (v %)**

Z 294 (100 %) respondentů 127 (43 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi stimulancia a 167 (57 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi stimulancia.

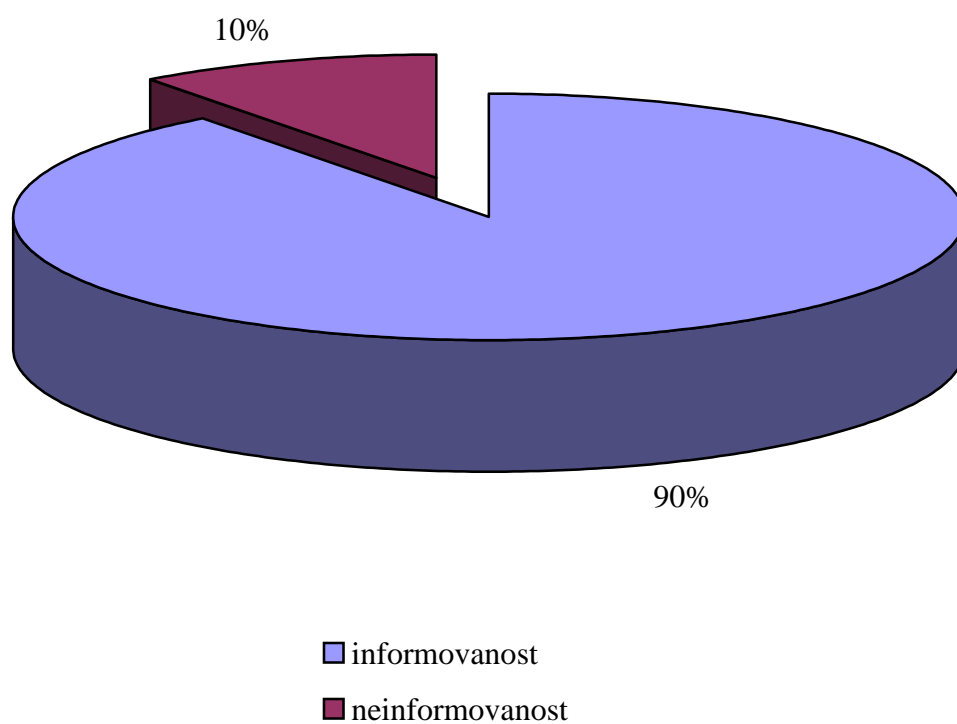


Zdroj: Vlastní výzkum



### Graf 20a: Informovanost o stimulaciích (v %)

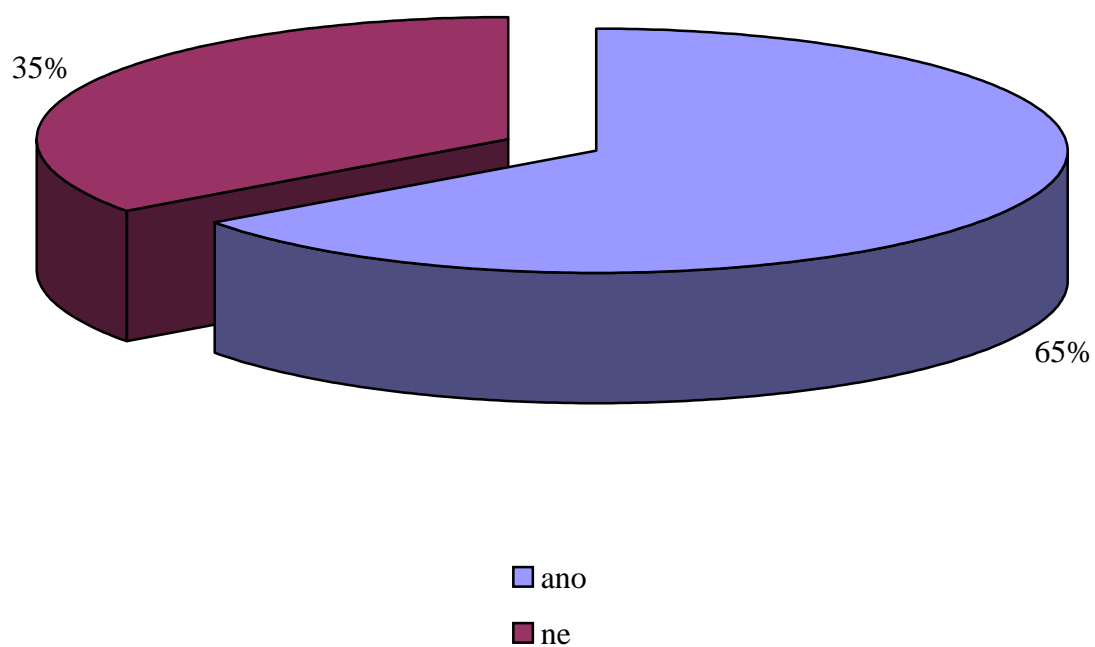
Ze 127 (100 %) respondentů je 114 (90 %) respondentů informováno o stimulaciích a 13 (10 %) respondentů není informováno o stimulaciích.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 21: Znalost respondentů o tanečních drogách (v %)**

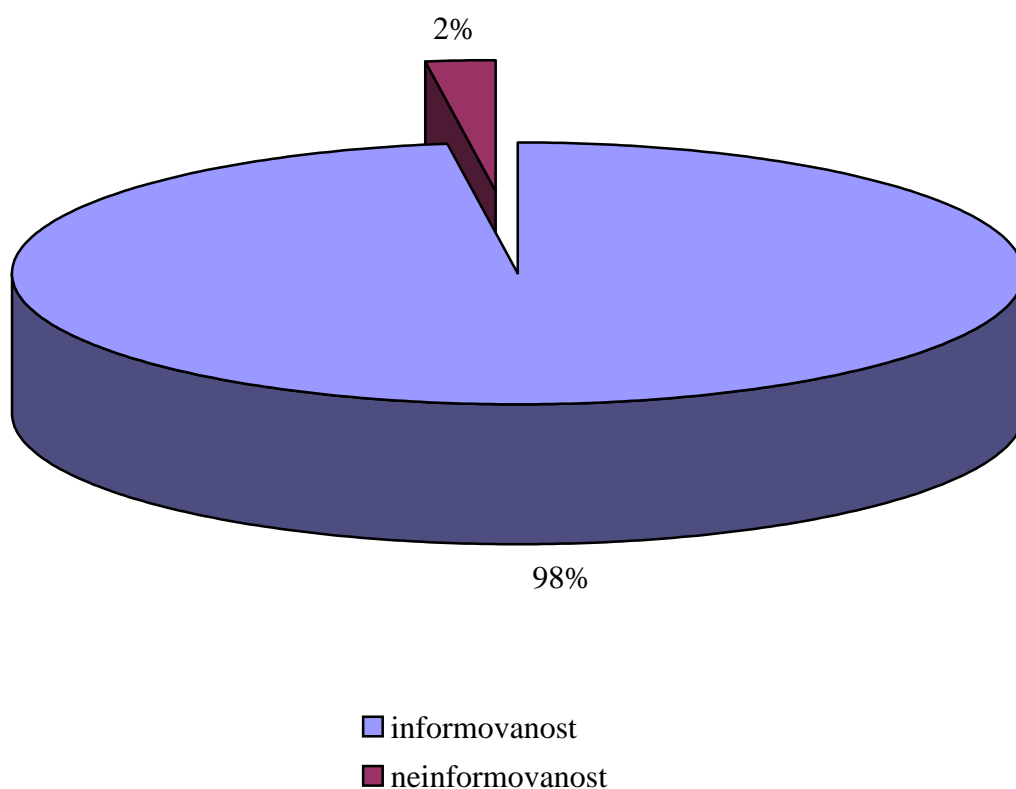
Z 294 (100 %) respondentů 191 (65 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi taneční drogy a 103 (35 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi taneční drogy.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 21a: Informovanost o tanečních drogách (v %)

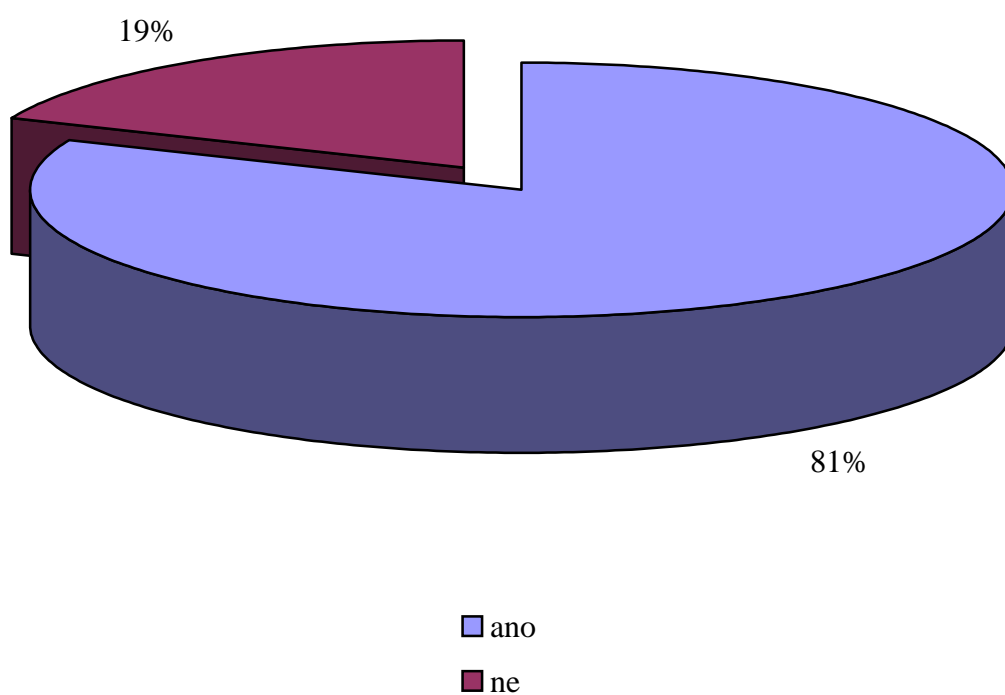
Ze 191 (100 %) respondentů je 187 (98 %) respondentů informováno o tanečních drogách a 4 (2 %) respondentů není informováno o tanečních drogách.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 22: Znalosti o konopných drogách (v %)**

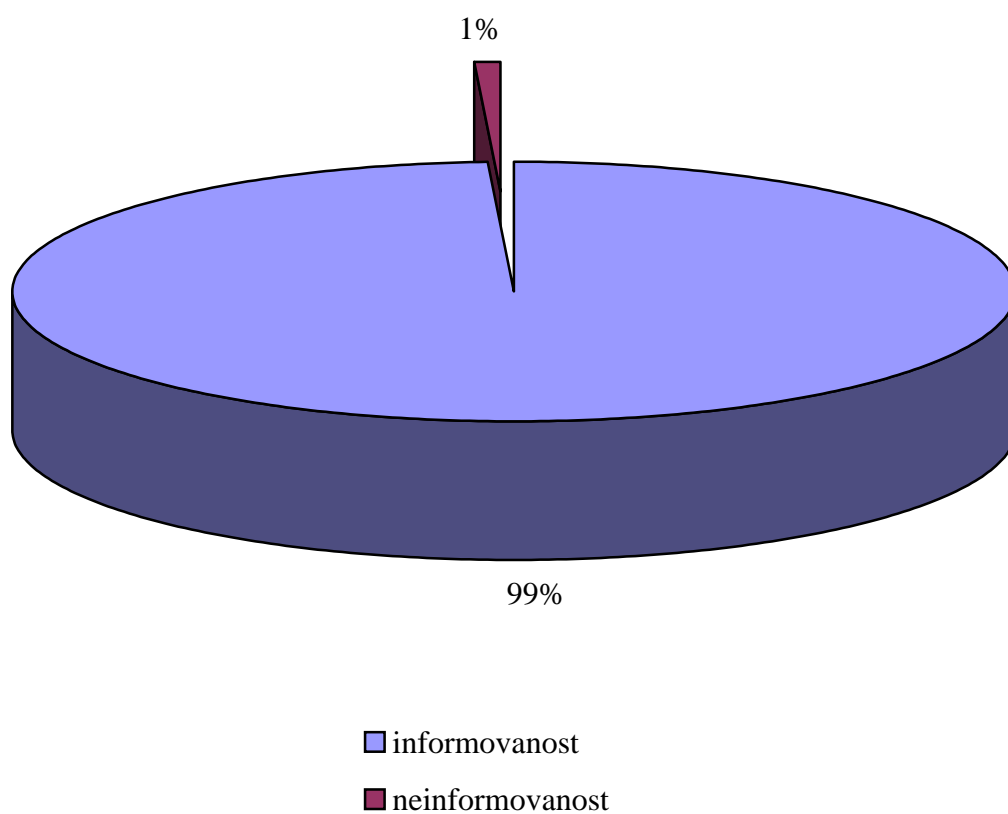
Z 294 (100 %) respondentů 239 (81 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi konopné drogy a 55 (19 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi konopné drogy.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 22a: Informovanost o konopných drogách (v %)

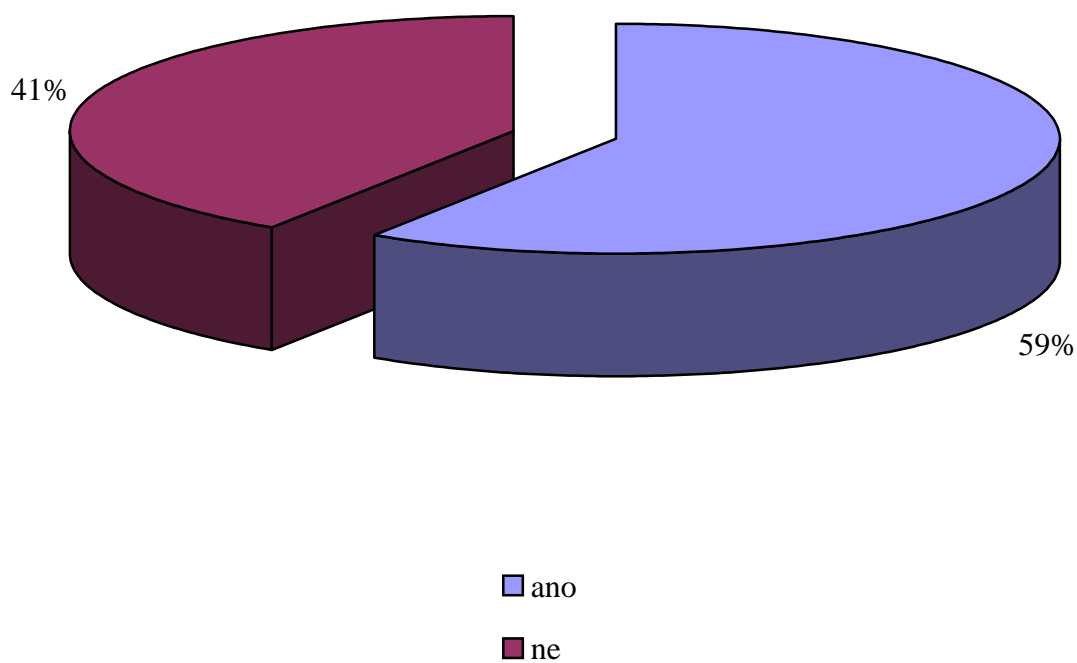
Z 239 (100 %) respondentů je 237 (99 %) respondentů informováno o konopných drogách a 2 (1 %) respondenti nejsou informováni o konopných drogách.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 23: Znalosti o opiátech (v %)

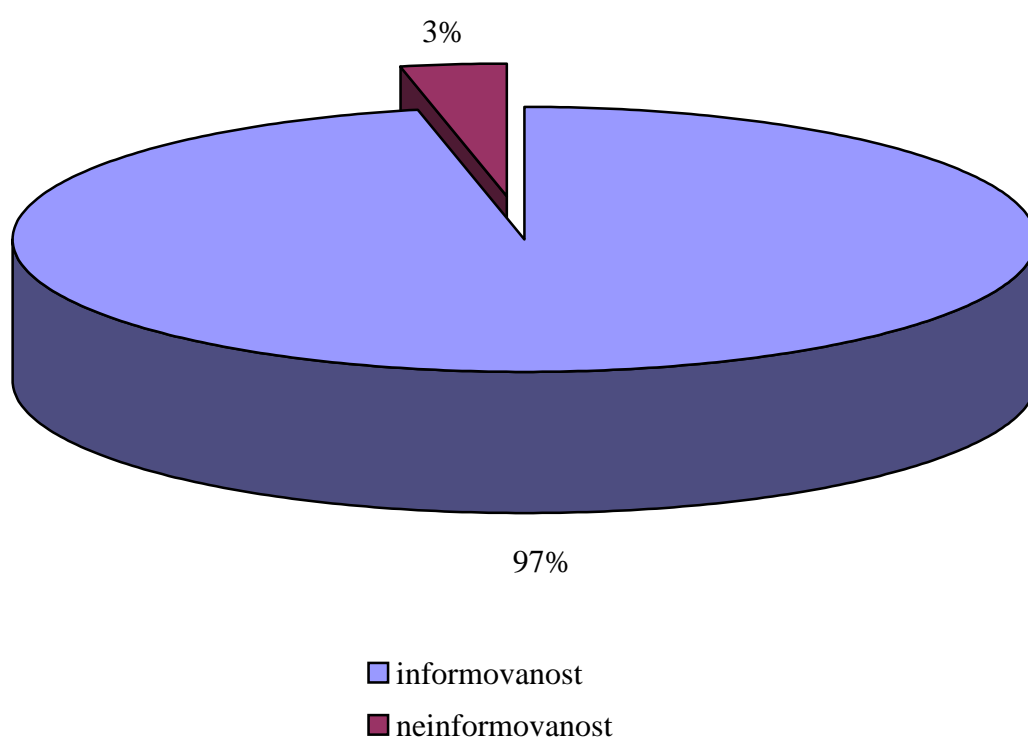
Z 294 (100 %) respondentů 174 (59 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi opiáty a 120 (41 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi opiáty.



Zdroj: Vlastní výzkum

### Graf 23a: Informovanost o opiátech (v %)

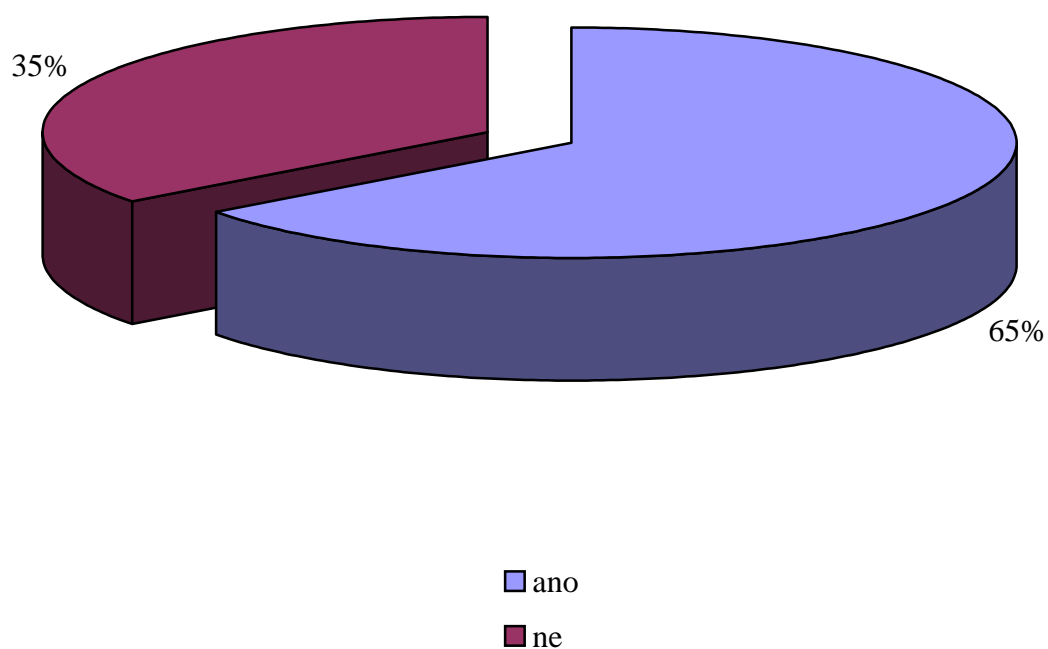
Ze 174 (100 %) respondentů je 168 (97 %) respondentů informováno o opiátech a 6 (3 %) respondentů není informováno o konopných drogách.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 24: Znalosti o těkavých látkách (v %)**

Z 294 (100 %) respondentů 190 (65 %) respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi těkavé látky a 104 (35 %) respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi těkavé látky.

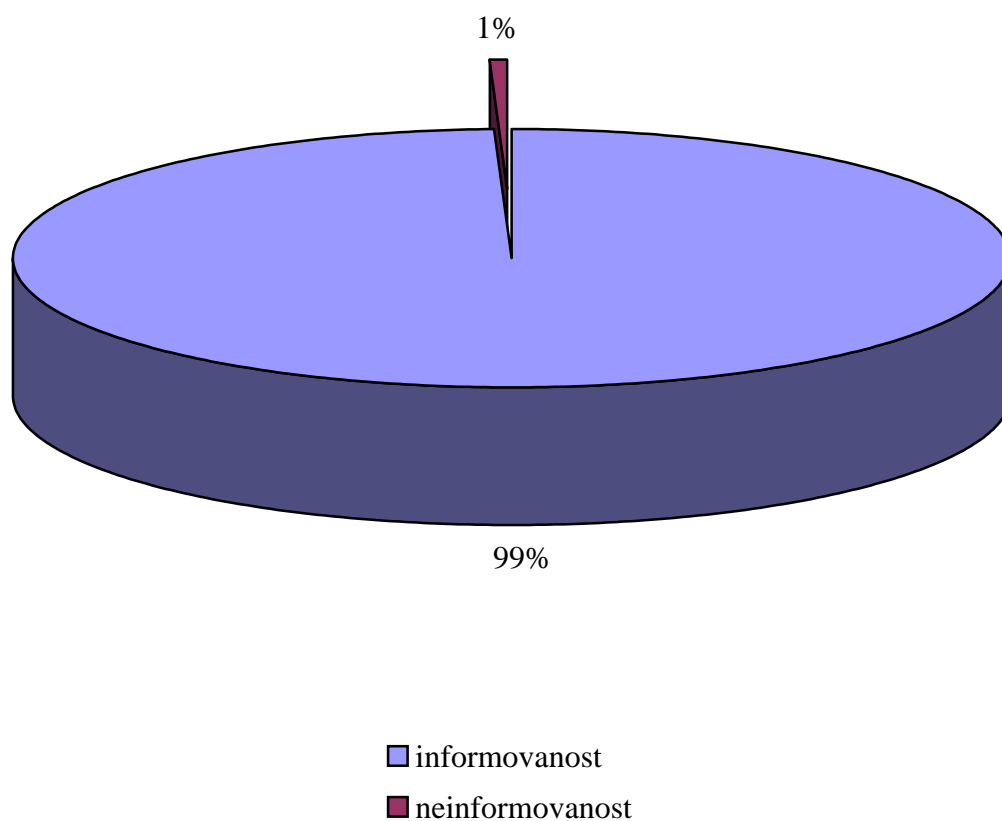


Zdroj: Vlastní výzkum



**Graf 24a: informovanost o tĕkavých látkách (v %)**

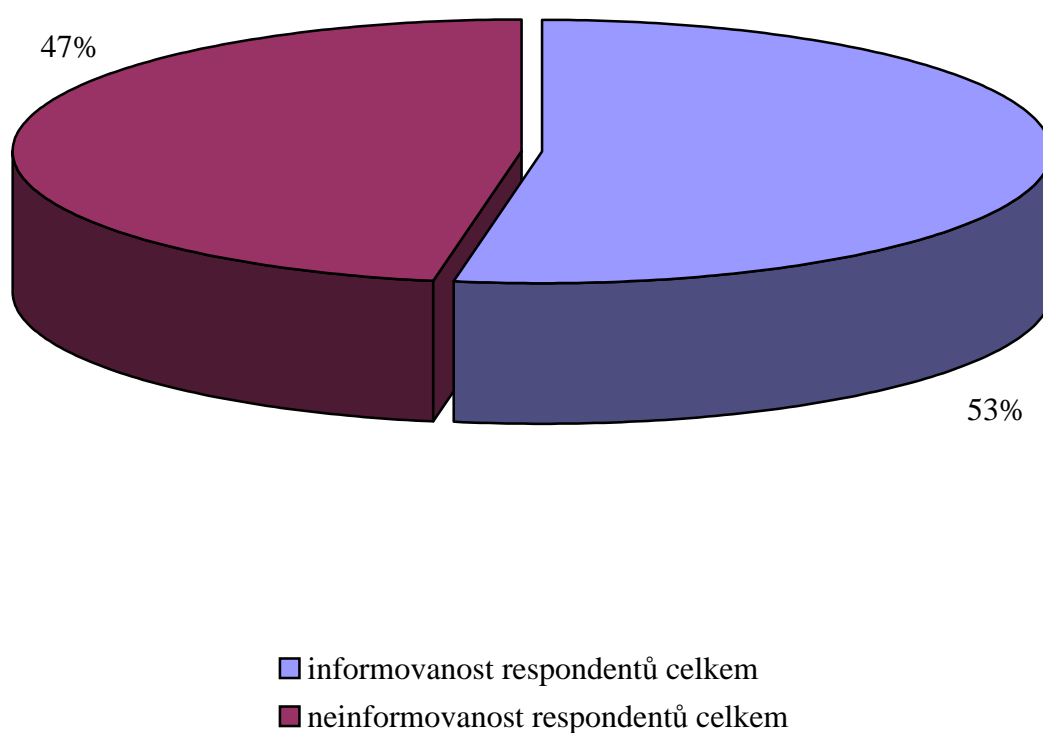
Ze 190 (100 %) respondentů je 189 (99 %) respondentů informováno o tĕkavých látkách a 1 (1 %) respondent není informován o tĕkavých látkách.



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 25: Celková informovanost respondentů (v %)**

Z 294 (100 %) respondentů je 155 (53 %) respondentů informováno o drogové problematice a 139 (47 %) respondentů není informováno o drogové problematice.



Zdroj: Vlastní výzkum

## 5. DISKUZE

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit informovanost veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice, zda má veřejnost přehled o organizacích, které poskytují pomoc v oblasti drogové problematiky, jestli je schopna vymezit legální a ilegální drogy. Dále názory veřejnosti, zda užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti a mění sociální postavení jedince. Rozdáno bylo 400 dotazníků, z nichž se vrátilo 349 zpět. Z tohoto počtu bylo 55 dotazníků vyplněno nedostatečně, tudíž jsme pracovali s 294 dotazníky, což představuje 73 % všech rozdaných dotazníků. Dotazník byl sestaven z 24 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci respondentů (věk, vzdělání a zkušenosti s drogou). Další oblast otázek (4 – 12) byla zaměřena na znalosti a informovanost respondentů o rizicích a varovných znameních užívání drog, druzích prevence, programu Harm reduction a legislativě drogové problematiky. Otázky (13 – 16) zahrnují názory veřejnosti na změnu sociálního postavení ve společnosti, na kriminalitu v souvislosti s užíváním drog a dostupnost drog v současnosti. Závěrečné otázky (16 – 24) se týkají informovanosti (znalostí) veřejnosti o organizacích zabývajících se drogovou problematikou a o druzích drog. Na některé otázky byla možnost více odpovědí (4, 8, 17, 18).

Otázky č. 1 a 2 (graf 1, 2) se týkaly věku a vzdělání respondentů. Věkové zastoupení respondentů bylo následující: 19 % respondentů bylo ve věkovém rozmezí 21 – 30 let, 18 % respondentů bylo ve věkovém rozmezí 31 – 40 let, 14 % respondentů bylo ve věku 41 – 50 let a 15 – 20 let, 12 % respondentů ve věkovém rozmezí méně než 15 let a ve věku 51 – 60 let, zbylých 11 % respondentů, kteří byli dotazováni, bylo ve věku 61 let a více. Za nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 37 % respondentů středoškolské vzdělání s maturitou, 27 % respondentů označilo vysokoškolské vzdělání, 14 % respondentů uvedlo základní vzdělání, 12 % respondentů středoškolské vzdělání bez maturity a 10 % respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání. Tyto otázky byli kladeny za účelem dokreslení charakteristiky dotazovaných respondentů.

Třetí otázka (graf 3 a 3a) zjišťovala, zda se respondent během svého života setkal s drogou a o jakou drogu se jednalo. Zajímalo nás kolik respondentů má zkušenosti s drogami a jaké drogy jsou nejvíce respondenty vyzkoušeny. S drogou se

setkalo 67 % z oslovených respondentů a 33 % respondentů se doposud s drogou nesetkalo. Domnívali jsme se, že bude procentuální zastoupení respondentů, kteří se s drogou již setkali větší. Tyto výsledky jsou zřejmě ovlivněny tím, že někteří respondenti mohli mít strach uvést, že mají zkušenost s drogou, i když mezi drogy řadíme látky, se kterými se někteří z nás běžně setkáváme (např. káva a čaj). Respondenti měli možnost libovolně odpovědět s jakými drogami se setkali. Největší procentuální zastoupení 23 % zaujímají alkohol a 22 % tabák. Také marihuana byla více uváděna v odpovědích respondentů, objevila se v 17 %. Další odpovědí byla extáze, která se objevila v 9 %, 4 % zastoupení měli léky, lysohlávky, pervitin a ve 3 % byla uvedena káva. Respondenti také uváděli za zkušenost s drogou z 2 % čaj. LSD, trip a toulén byli taktéž uvedeni ve 2 %. Pouhé 1 % z uvedených odpovědí zastupoval heroin a čokoláda. Tyto výsledky zkušeností s drogou se přibližně shodují s údaji uváděnými v literatuře, kde Viktor Mravčík ve studii z roku 2002 uvedl jako nejčastější zkušenosti společnosti s marihuanou, hašišem a extází (47).

V otázce č. 4 (graf 4) byli respondenti dotazováni, co podle jejich názoru zvyšuje riziko užívání drog. Zde mohli respondenti označit více možností, na otázku odpovídalo 294 respondentů, od kterých bylo získáno 1842 odpovědí. V 16 % byla označena snadná dostupnost alkoholu a drog, v 15 % byla zvolena možnost nedostatek vzájemné citové vazby rodič/dítě a stejné procentuální zastoupení mělo užívání drog rodiči, sourozenci nebo vrstevníky. Dalších 14 % odpovědí zastupoval důvod zvyšující riziko užívání drog společenský stres, 13 % pro-drogové normy a hodnoty ve společnosti a 10 % zaujali pro-drogové postoje v rodině či společnosti. V 9 % byla uvedena odpověď poruchy chování a na posledním procentuálním místě měla své zastoupení v 8 % možnost - chybné vnímání škodlivosti drog. Tyto odpovědi jsou procentuálně poměrně vyrovnané, všechny tyto uvedené možnosti jsou startujícími faktory pro užívání drog. Souhlasím s nejvíce uvedenou možností, že jsou drogy snadno dostupné, především alkohol a tabák, protože jde o drogy legální. I když je podle zákonů České republiky zakoupení alkoholových a tabákových výrobků povoleno až od osmnácti let, v mnoha případech tomu tak není. Z vlastní zkušenosti vím, že v mnoha prodejnách či v pohostinstvích jsou tyto výrobky prodávány bez kontroly občanských

průkazů a mladiství mají neomezený přístup k drogám, přestože jde o drogy legální. Také citové vazby mezi dítětem a rodiči jsou v tomto směru velmi důležité. Domnívám se, že má především rodinné zázemí vliv na rozhodnutí jedince. Pokud se člověk ocitne například v nějaké krizové situaci a nemá se na koho obrátit se svým problémem, může jako řešení zvolit drogu, která se tak stává jeho přítelem a později nepřítelem. Pokud má však podporu rodiny a přátel, toto riziko se snižuje (51). V dnešní době jsou na společnost kladeny vysoké nároky. Nadměrný a dlouho trvající stres zvyšuje riziko problému s alkoholem a dalšími návykovými látkami. Na druhé straně není nadměrný stres rozhodně podmínkou rozvoje závislosti, ale je to jeden z rizikových faktorů, který k závislosti přispívá (54). Je také třeba zdůraznit, že ne každý stres způsobí pití alkoholu nebo zneužívání drog, jak uvádí Karel Nešpor (30). Problémy s drogami netížily předcházející generace tolik jako tu dnešní (1). Samozřejmě i pro-drogové postoje v rodině a společnosti ovlivňují vznik závislosti. Rodiče, kteří jsou uživateli drogy, dle studií geneticky zvyšují riziko vzniku závislosti například na alkoholu až čtyřikrát. Závislost u rodičů ještě neznamena, že se závislost automaticky vytvoří i u potomka (29). Příčiny užívání drog souvisí s psychickými dispozicemi, fyzickými dispozicemi, sociálním a rodinným prostředím, ve kterém člověk vyrůstal a doposud žije (39). Rizikové faktory ohrožují každého z nás, jak uvedl Richard Hartnoll v knize Drogy a drogové závislosti (48).

Otázka č. 5 (graf 5) zkoumala, zda si respondenti myslí, že je prevence v drogové problematice důležitá. Nadměrná většina 99 % respondentů odpověděla ano, prevence v drogové problematice je důležitá, pouhé 1 % respondentů je názoru, že prevence v drogové problematice důležitá není. Podle literatury je prevence v drogové problematice velice důležitá, snaží se předejít problémům a následkům spojených se zneužíváním návykových látek, případně zamezit jejich rozšíření a minimalizovat jejich dopad, ale také pomoc v oblasti poradenství a léčby (21).

Otázka č. 6 (graf 6 a 6a) byla zaměřena na znalosti a informovanost veřejnosti o druzích prevence. 53 % respondentů uvedlo možnost ne, tedy neznají druhy prevence a 47 % respondentů uvedlo možnost ano, znají druhy prevence. Pro zjištění informovanosti respondentů byla použita kontrolní otázka. Pokud uvedli možnost ano,

znají druhy prevence, museli své odpovědi doplnit. Domnívám se, že pro laickou veřejnost není jednoduché zodpovědět tři základní druhy prevence, a proto jsem se chtěla přesvědčit do jaké míry jsou v této kategorii informovaní. Dále jsem si zvolila kritéria, podle kterých jsem určila stupeň respondentovi informovanosti. Pro dobrou informovanost musely být všechny druhy prevence uvedeny (primární, sekundární a terciální prevence), aby byla vyhodnocena částečná informovanost, stanovila jsem kritérium uvedení jednoho až dvou druhů prevence a pokud nebyla doplněna žádná odpověď nebo byla zodpovězena nesprávně a jestliže byla označena možnost ne, jsem zhodnotila jako neinformovanost. Největší procentuelní zastoupení mělo 57 % respondentů, kteří jsou částečně informováni, 28 % respondentů je plně informováno a 15 % respondentů informováno není. Mnoho respondentů uvádělo pouze primární prevenci proto je částečná informovanost nejvíce zastoupená. Primární prevence je taktéž nejvíce zdůrazňována v mnohé literatuře a je uváděna jako nejdůležitější složkou, s tímto názorem souhlasím. Jde o systém aktivit a služeb, které se zaměřují na spolupráci s jedincem a s celou populací za účelem předcházet a omezovat výskyt společensky nežádoucího chování (21).

V otázce 7 (graf 7 a 7a) bylo zjišťováno, jak je veřejnost informována o programu Harm reduction, který je důležitou součástí protidrogové politiky v celosvětovém měřítku. 61 % respondentů označilo možnost ne, nevědí co znamená program Harm reduction a 39 % respondentů uvedlo možnost ano, vědí co znamená program Harm reduction. Toto procentuelní zastoupení mě nepřekvapilo, naopak jsem se domnívala, že možnost ne uvede ještě více respondentů, kteří nebudou mít povědomí o významu tohoto programu. Myslím si, že tato otázka nebyla pro respondenty jednoduchá. Pro kontrolu byla vytvořena podotázka, kde jsem uvedla tři možnosti, ze kterých měli respondenti na výběr. Pro vyhodnocení informovanosti jsem si opět určila daná kritéria. Pokud byli respondenti informováni, uvedli jako význam programu Harm reduction – omezování rizik s užíváním drog a to v 89 %. Jestliže uvedli jako význam programu legalizaci drog, nové dělení drog a označili možnost ne, byli vyhodnoceni jako neinformovaní. Neinformovaných bylo pouhých 11 % z dotazovaných respondentů. Program Harm reduction bere na vědomí, že užívání legálních a ilegálních

drog je součástí našeho světa a proto volí spíše přístup minimalizace škodlivých účinků drog, než jejich pouhé ignorování nebo jejich zavržení. Zaručuje uživatelům drog a těm, kteří drogy užívali uplatnit svůj hlas při vytváření programů a služeb, které jsou pro ně určeny. Služby by měly utvrzovat snahu uživatelů minimalizovat poškození spojená s užíváním návykových látek (10).

Osmou otázkou (graf 8) bylo zjišťováno, jaká varovná znamení jsou podle respondentů typická pro užívání drog. Zde byla možnost označení více odpovědí. Všechny možnosti, které jsou uvedeny v dotazníku jsou správné, jak uvedl Martin Hajný ve svém článku (8). Na tuto otázku odpovídalo 294 respondentů, od kterých bylo získáno 1538 odpovědí. Největší procentuelní zastoupení ze získaných odpovědí od respondentů 19 % měla možnost zhoršení prospěchu ve škole a problémy v zaměstnání. 18 % měla možnost finanční problémy a agresivita, podrážděnost spojená s apatií, v 16 % byla označena možnost zápach z oděvů, z dechu a jiných věcí. V 15 % byla uvedena odpověď jako varovné znamení užívání drog změna v koordinaci pohybů, ve 14 % změněné reakce očí. Nejvíce respondentů uvádělo zhoršení prospěchu ve škole, problémy v zaměstnání, tuto možnost označilo celých 291 respondentů. Domnívala jsem se, že bude laickou veřejností nejvíce volena možnost zápach z oděvů, z dechu a dalších věcí. U nealkoholových drog se samotné účinky rozeznávají špatně (8). Reakce lze do určité míry pozorovat na koordinaci pohybů, například při větší intoxikaci marihuanou je koordinace narušená, u pervitinu se zrychlují reakce a opiáty mají tendenci rychlost spíše snížit a pohyby změkčit. Po užití marihuany bývá časté zčervenání bělma v očích a mnozí odborníci získají časem určitou zkušenost s hodnocením zorniček toxikomanů. Zvláště heroin může vyvolat neobvyklou reakci oka na světlo, která se projeví stažením zornic. Zvýšená agresivita zase může být ve spojitosti s užitím stimulancí, podrážděnosti spojené s apatií lze spojovat s užitím marihuany nebo jako projev abstinenčních příznaků u opiátové závislosti. Při užívání těkavých látek a alkoholu je markantní zápach vycházející z dechu, oblečení nebo některých věcí, jak je uváděno v literatuře (8).

Otázkou č. 9 (graf 9 a 9a) bylo zjišťováno, zda by respondenti věděli, jaké jsou fáze neboli stádia závislosti. Podotázkou jsem kontrolovala, jestli opravdu mají znalosti

v rozdělení závislosti podle jejích fází, jestli jsou tedy v tomto směru informováni. 66 % respondentů rovnou označilo možnost ne, tedy nevědí jaké jsou fáze závislosti a tudíž nejsou informováni. Zbýlých 34 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké jsou fáze závislosti a dělení doplňovali v podotázce. Pro určení kvality informovanosti jsem si určila kritéria. Aby respondenti splnili kritérium pro informovanost, museli doplnit 3 až 4 fáze závislosti (fáze experimentu, fáze aktivního vyhledávání, fáze zaujetí drogou a fáze závislosti). Pro zařazení do neinformovanosti splnili kritérium: označili hned v první části možnost ne, uvedli špatnou odpověď, neodpověděli vůbec a nebo doplnili jednu či dvě fáze. 61 % respondentů není informováno a 39 % respondentů je informováno. Tato otázka nebyla pro respondenty jistě jednoduchá. Ještě než jsem se osobně začala zajímat o tuto problematiku, nevěděla jsem přesně jaké jsou fáze či stádia závislosti a díky tomu jsem tuto otázku položila laické veřejnosti. Zajímalo mě jak jsou v této oblasti informováni a proto mě výsledek informovanosti překvapil, očekávala jsem menší %. V knize Karel Nešpor uvádí dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí závislost, jako skupinu fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (26).

Informovanost respondentů o tom, zda je trestné užívání drog v České republice mapovala desátá otázka (graf 10). 75 % respondentů označilo možnost ano, nejsou tedy dobře informováni o trestu za užívání drog v České republice a 25 % respondentů označilo možnost ne, tedy jsou dobře informováni o trestu za užívání drog v České republice. Podle legislativy České republiky a států Evropské unie není v České republice trestné užívání drog stejně jako například v Dánsku, Itálii, Řecku, Rakousku a Švédsku. Ve Velké Británii a Irsku není užívání drog trestné, až na výjimku užívání opia a ve Španělsku se ukládá pokuta pouze za užívání drog na veřejnosti (42). Je zřejmé, že Česká republika je v oblasti právní úpravy ve srovnání se zeměmi Evropské unie přibližně uprostřed v oblasti postihu za užívání drog (pouze 4 země mohou trestat, avšak využívají především jiných forem, zbývajících 11 zemí netrestá, stejné je to i v České republice, jak uvedla autorka článku Legislativa v ČR a ostatních států EU, Darina Skokanová (42).



Otázka č. 11 (graf 11) se týkala trestu za držení drog pro vlastní potřebu. Zjišťovala jsem informovanost respondentů v tomto směru. 68 % dotazovaných respondentů označilo možnost ano, držení drog pro vlastní potřebu je trestné a tudíž jsou dobře informováni, protože zvolili správnou odpověď. 32 % respondentů označilo možnost ne, z čehož vyplývá, že tato část dotazované veřejnosti není informována o trestu za držení drog pro vlastní potřebu. Novela trestního zákona z r. 1997 zavedla trestný čin držení drogy pro vlastní potřebu (§ 187a trestního zákona) a podle tohoto ustanovení je trestně postižitelný ten, kdo bez povolení pro sebe přechovává některou z uvedených látek v množství větším než malém. Za to mu hrozí peněžitý trest nebo trest odnětí svobody až na dvě léta. Odnětím svobody na jeden rok až pět let může být pachatel potrestán, jestliže spáchá uvedený čin ve větším rozsahu. Ve srovnání s trestným činem podle § 187 trestního zákona tedy jde o čin mírněji trestný. Stanovení konkrétního množství, představující u jednotlivých látek - množství větší než malé, ponechává zákon na výkladu a rozhodnutí soudu (na soudní judikatuře). Držení drogy pro vlastní potřebu v množství menším než malém, naplňuje skutkovou podstatu přestupku na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1 písm. j) zákona o přestupcích (ustanovení nově začleněno současně s novelizací trestního zákona v r. 1997) (35).

Otázkou č. 12 (graf 12) jsem mapovala, jaká je informovanost dotazované veřejnosti v oblasti trestu odnětí svobody za obchod s drogami v České republice. 45 % respondentů označilo možnost maximálního trestu za obchod s drogami v České republice až 15 let a na tuto otázku odpověděli správně, tudíž jsou informováni. Dalších 40 % respondentů označilo možnost maximálního trestu za obchod s drogami v České republice až 10 let a tato odpověď není správná, a proto nejsou informováni, stejně jako 15 % respondentů, kteří označili možnost maximálního trestu odnětí svobody za obchod s drogami v České republice až 5 let. Z těchto výsledků vyplývá, že je 55 % respondentů neinformováno a 45 % informováno v této oblasti. Jako je tomu v České republice, tak i v dalších zemích Evropské unie jsou maximální délky trestu odnětí svobody za obchod s drogami až 15 let, například Portugalsko, Německo a Itálie. Některé země mají dokonce trest odnětí svobody až doživotí, například Irsko,

Lucembursko, Řecko a Velká Británie, ale naopak Rakousko a Dánsko mají nejvyšší maximální trest odnětí svobody za obchod s drogami do 5 až 6 let (42).

Třináctá otázka (graf 13) zkoumala povědomí veřejnosti o vlivu drog na změnu sociálního postavení jedince ve společnosti. 95 % respondentů označilo možnost ano, domnívají se, že drogy mění sociální postavení jedince ve společnosti a 5 % respondentů označilo možnost ne, podle nich drogy nemění sociální postavení jedince ve společnosti. Osobně se domnívám, že drogy ovlivňují sociální postavení jedince ve společnosti a to z důvodu, že jedinec, který drogy užívá je ohrožen například ztrátou zaměstnání, finančními problémy, které s tím úzce souvisejí. Jedinec se dostává do jiné společnosti, vyhledává společenství osob, které mají podobné problémy jako on sám a tudíž opouští prostředí, ve kterém se doposud nacházel (27). Jsou ovlivněny uživatelovi emoce, dochází ke ztrátě pocitu sounáležitosti s rodinou a k celkové změně jeho myšlení. Souhlasíme s Romanem Němcem, že jsou drogy problémem naší společnosti, zasahují do mnoha sfér našeho života a zaslouží si mimořádnou pozornost, zejména pak ve spojení s mladou generací. Mládež je do značné míry stoupencem liberalizace čehokoli, tedy i drog, aniž by reflektovala celý komplex příčin a důsledků tohoto problému. Ochránit děti a mládež před omamnými a psychotropními látkami je důležitý a velmi těžký úkol pro nás pro všechny, protože důsledky nenesou jenom jednotlivci, rodina, užší sociální skupina, ale právě celá společnost. Drogy jsou schopny negativně ovlivňovat široké spektrum lidských aktivit, od hospodářství, přes sociální prostředí, politiku až po zdravotnictví (25).

Otázka č. 14 (graf 14) se týkala zjištění, zda si respondenti myslí, že užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti. Převážná většina 99 % dotazovaných respondentů označila možnost ano, domnívají se, že užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti. Pouhé 1 % respondentů označilo možnost ne, podle nich užívání drog nezvyšuje kriminalitu ve společnosti. Drogově závislý potřebuje značné finanční prostředky na uspokojení své potřeby a jelikož ve většině případů není ekonomicky soběstačný, řeší tuto situaci nejen tím, že si prostředky obstarává v rodině drobnými krádežemi, ale zejména pak protispolečenskou činností, například dealerstvím a dalšími kriminálními aktivitami (např. krádeže, přepadení), jak uvádí v knize Drogy, kriminalita

a prevence Renata Štablová (45). Jedinec se vlivem drogové závislosti zásadně mění, dochází k postupnému narušení osobnosti. Jediným motivem pro uživatelské jednání se postupně stává potřeba obstarání drogy a nebo prostředků na její získání (25). Mezi trestnými činy, které jsou páčány pod vlivem drog dominují činy násilné, loupeže a krádeže (51).

Otázkou č. 15 (graf 15) jsem se respondentů dotazovala jaký je jejich názor. Zda se domnívají, že jsou drogy v současné době snadno dostupné. V 98 % respondenti označili možnost ano, drogy jsou v současnosti snadno dostupné a pouhá 2 % respondentů označila možnost ne, drogy nejsou v současnosti snadno dostupné. Podle mého názoru jsou drogy velice snadno dostupné i přes legislativní opatření, především alkohol a tabák. I když je zakázáno prodávat tyto výrobky osobám mladším osmnácti let, často je tomu naopak. Ze zkušenosti vím, že prodejci tato omezení mnohdy porušují. Zejména z důvodu zisku z alkoholu a tabákových výrobků tato omezení nerespektují a prodávají je mladistvím, přestože jim hrozí značné pokuty. Osobně jsem se setkala s případem, kdy byl alkohol prodán osobám mladším osmnácti let, i přestože provozovatelé prodejny užívají varovné cedule s nápisem – zákaz prodeje alkoholu a tabákových výrobků osobám mladším osmnácti let. Česká republika se velmi často stává terčem kritiky ze strany Světové zdravotnické organizace (WHO) pro svou shovívavost vůči konzumaci alkoholu mladistvými a poslední zprávy dokonce hovoří o tom, že u nás alkohol konzumují už jedenáctileté děti. Kritici za to nedávají vinu pouze rodičům, ale hlavně prodejcům a výrobcům alkoholu. V této souvislosti často zmiňují snadnou dostupnost alkoholu a jeho nízké ceny. Iniciativa zodpovědných pivovarů ve spolupráci se sdružením HO.RE.KA ČR proto přichází s projektem „Přibrzdi, nezletilým nenaléváme“ zaměřeným na problematiku konzumace alkoholu mladistvými osobami. Tento projekt má pomoci majitelům restaurací, aby se lépe zorientovali v současné legislativě, týkající se tohoto tématu a uměli včas a správně reagovat, pokud se dostanou do situace, že po nich mladistvý vyžaduje podání či prodej alkoholického nápoje (13). Některé zákony, které souvisí s prodejem alkoholu a tabákových výrobků: zákon č. 379/ 2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně

souvisejících zákonů – účinný od 1.1. 2006, dále zákon č. 200/1990 o přestupcích - § 30 a také zákon č. 140/1961 trestní zákon § 218 (46), podávání alkoholických nápojů mládeži (15).

Otázka č. 16 (16 a 16a) se týkala znalostí, tedy informovanosti respondentů o organizacích, které poskytují pomoc v oblasti drogové problematiky. Tato otázka byla položena obecně, neorientovala se pouze na organizace s působností v okrese České Budějovice. Myslím si, že je důležité mít informace alespoň o nějaké organizaci, která jedinci potřebujícímu pomoc doporučí organizaci v místě jeho bydliště. 51 % respondentů označilo možnost ano, znají organizace poskytující pomoc v drogové problematice a 49 % respondentů označilo možnost ne, neznají organizace poskytující pomoc v drogové problematice. Výsledky jsou velice vyrovnané. U této otázky byla použita otázka kontrolní, kde respondenti, kteří označili možnost ano, museli doplnit organizaci, kterou znají. Dotazovaní respondenti mohli uvést více možností, na otázku odpovídalo 150 respondentů (výše uvedených 51 %, která označila možnost ano), od kterých bylo získáno 731 odpovědí. Ve 22 % odpovědí byla uvedena organizace SANANIM, v 17 % odpovědí byla uvedena K-centra, 16 % zastupovala odpověď-organizace Drop in, 15 % uvedených odpovědí měla organizaci Citadela, 13 % organizace PREVENT, v 7 % odpovědí byla uvedena Policie ČR, v 5 % organizace Modrá spirála naděje, ve 4 % organizace Arkáda, a pouhé 1 % odpovědí zastupovaly odpovědi - Probační a mediační službu a hygienická stanice. Všichni dotazovaní respondenti, kteří u otázky šesté označili možnost ano, uvedli alespoň jednu organizaci, která působí v drogové problematice a tudíž jsou informováni. Velice mě překvapila odpověď organizace Citadela (K –centrum), která svou působnost ukončila v polovině roku 2006 (32) a přesto byla uvedena v 15 %. Naopak K – centrum Háječek, které působí v Českých Budějovicích neuvedl jmenovitě jediný respondent, byla uvedena K – centra pouze obecně. Největší procentuelní zastoupení měla odpověď občanské sdružení SANANIM. Organizace SANANIM je největší nestátní organizací v České republice poskytující služby v oblasti péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách. Jednotlivé projekty tohoto sdružení dnes zabezpečuje v osmi dlouhodobých programech více než 95 zaměstnanců a 40 externích spolupracovníků. Také poskytuje profesionální

pomoc a léčbu osobám ohroženým drogovou závislostí, provozuje síť programů a služeb vytvářejících komplexní systém prevence a léčby drogových závislostí. Dále se zabývá rozvojem spolupráce na místní, ale i centrální úrovni při plánování a realizaci protidrogové politiky, včetně rozvoje zahraniční spolupráce a rozvojem změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí, vzděláváním laiků a profesionálů v oblasti drogových závislostí (59). Také občanské sdružení PREVENT mělo značné procentuelní zastoupení, z čehož vyplývá, že má veřejnost informace o tomto centru, které má sídlo v Českých Budějovicích. Hlavním cílem tohoto sdružení je snížení sociálně patologických jevů. Ve svém poslání podporuje zdravý způsob života, rozvoj osobnosti směrem k plnohodnotnému prožívání a nabídka pozitivních forem trávení volného času (31). Myslím si, že jsou tyto organizace velice důležité a veřejnost by měla být průběžně informována o jejich činnostech.

Sedmnáctou otázkou (graf17 a 17a) jsem zjišťovala povědomí veřejnosti o tom, zda vědí jaké drogy mají zařadit mezi drogy legální. 85 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi legální drogy a 15 % respondentů označilo možnost ne, tedy nevědí jaké drogy patří mezi legální drogy. Kontrolní otázkou jsem respondenty, kteří uvedli možnost ano, požádala, aby z uvedených možností označili ty, které považují za látky patřící do legálních drog. Tento způsob mi zaručil, přesné zhodnocení informovanosti respondentů v této oblasti. Taktéž jsem stanovila kritéria stupňů informovanosti. Pokud byly uvedeny 4 správné možnosti, zhodnotila jsem je jako dobrou informovanost, 2 až 3 správné možnosti nebo 4 správné + navíc špatná – částečná informovanost a pokud byla uvedena 1 možnost nebo žádná, hodnotila jsem výsledek jako neinformovanost. Z 249 (100 %) respondentů je 44 % respondentů dobře informováno, 53 % respondentů je částečně informováno a 3 % respondentů nejsou informováno. Pro zajímavost bych uvedla, že mnoho respondentů vynechávalo těkavé látky a naopak jako legální drogy označili konopné drogy. V České republice patří mezi běžné legální drogy alkohol, tabák, těkavé látky, léky a kofein. Legální drogy ve většině zemí podléhají mimořádnému legislativnímu, celnímu a daňovému režimu - většinou na ně bývá uvalena spotřební daň, jak tomu je i u nás. Některé drogy (zvláště látky tlumící bolest) jsou přístupné pod lékařským dohledem jako léky (56).

Otázka č. 18 (graf 18 a 18a) naopak zkoumala povědomí veřejnosti o tom, zda vědí jaké drogy mají zařadit mezi drogy ilegální. 81 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi legální drogy a 19 % respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi legální drogy. Kontrolní otázkou jsem respondenty, kteří uvedli možnost ano, požádala, aby z uvedených možností označili ty, které považují za látky patřící do ilegálních drog. Tento způsob zaručil, přesné zhodnocení informovanosti respondentů v této oblasti. Taktéž jsem stanovila kritéria stupňů informovanosti. Pokud bylo uvedeno 5 správných možností, hodnotila jsem je jako dobrou informovanost, 2 až 4 správné možnosti nebo 5 správných + navíc špatná – částečná informovanost a pokud byla uvedena 1 možnost nebo žádná, hodnotila jsem výsledek jako neinformovanost. Z 238 (100 %) respondentů je 44% respondentů dobře informováno, 48 % respondentů částečně informováno a 8 % respondentů není informováno. Podle výsledných dat lze říci, že je veřejnost značně informována o ilegálních i legálních drogách. Veřejnost má povědomí o dělení drog dle legalizace.

Otázky č. 19 a 20 (graf 19, 19a a 20, 20a) hodnotily znalosti a informovanost respondentů o halucinogenech a stimulantích. Respondenti měli uvést, zda vědí jaké drogy patří mezi halucinogeny a stimulantia. Pomocí kontrolní otázky jsem zjistila jaká je skutečná informovanost, protože museli drogu doplnit. U halucinogenů 53 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi halucinogeny a 47 % respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi halucinogeny. Z respondentů, kteří označili možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi halucinogeny, je 98 % informováno o halucinogenech a 2 % respondentů nejsou informována o halucinogenech. Zde bylo stanoveno kritérium: pokud uvedli 1 a více drog, jsou informováni a pokud neuvedli žádnou nebo špatnou odpověď, nejsou informováni. Stejně kritérium platí u stimulantích. Zde 43 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi stimulantia a 57 % respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi stimulantia. Z respondentů, kteří označili možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi stimulantia, je 90 % respondentů informováno o stimulantích a 10 % respondentů není informováno o stimulantích. Jako nejčastější drogy patřící do skupiny halucinogenů byly uváděny lysohlávky, LSD a do skupiny stimulantích pervitin

a kokain. Mohu říci, že respondenti většinou uváděli pouze jeden druh drogy a ve většině případech se jednalo o drogy, které jsem již zmínila. Jak uvádí v literatuře, typickými zástupci stimulancí jsou látky pervitin (metamfetamin), amfetamin, crack, kokain a někdy je mezi ně řazena i extáze a typickými zástupci halucinogenů jsou LSD, lysohlávky a extáze (34).

Otázkami č. 21 a 22 (graf 21, 21a a 22, 22a) byly zjišťovány znalosti a informovanost respondentů o tanečních drogách a drogách konopných. Pomocí kontrolní otázky byla zjištěna skutečnost, jaká je informovanost respondentů. Respondenti opět museli doplnit drogu, o které se domnívají, že patří do dané skupiny. U drog tanečních 65 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi taneční drogy a 35 % respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi taneční drogy. Z respondentů, kteří označili možnost ano, je 98 % respondentů informováno o tanečních drogách a 2 % respondentů není informováno o tanečních drogách. U konopných drog 81 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi konopné drogy a 19 % respondentů označilo možnost ne. Z respondentů, kteří označili možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi tyto drogy, je 99 % respondentů informováno o konopných drogách a 1 % respondentů informováno není. Zde bylo stanoveno stejné kritérium jako u předešlých otázek. Pokud respondenti uvedli 1 a více drog, jsou informováni a pokud neuvedli žádnou drogu nebo špatnou odpověď, tak informováni nejsou. Z výsledných dat lze pozorovat, že je veřejnost informována o drogách těchto skupin. Dále si myslím, že nejznámější taneční drogou je extáze, kterou respondenti ve většině odpovědí uváděli. Ve slangové mluvě bývá označována názvy jako éčko, extoška, koule, pilule či koláč (34) a i s tímto označením jsem se u několika odpovědí setkala ve vyplněných dotaznících. Tato droga je řazena mezi taneční drogy, drogy rekreační a se jedná o takové užívání, kdy jedinec danou drogu užívá pouze za účelem rekreace (např. taneční párty – house party) (19). Pokud se zmíním o drogách konopných, mohu říci, že největší zastoupení v uvedených odpovědích měla marihuana a po ní následoval hašiš. Souhlasím s Kamilem Kalinou, který uvádí, že jsou na černém trhu zneužívány především marihuana a hašiš.

Posledními otázkami č. 23 a 24 (graf 23, 23a a 24, 24a), které se týkaly znalostí druhů drog, bylo zjišťováno jaké drogy respondenti řadí mezi opiáty a těkavé látky. Hodnocení informovanosti u těchto otázek probíhalo stejným způsobem jako u otázek předešlých. Opět byla zvolena kontrolní otázka, kde respondenti doplnili danou drogu, pokud původně odpovídali, že znají drogy, které patří do opiátů a těkavých látek. Kritéria hodnocení úrovně informovanosti byla taktéž stejná. Co se týče znalostí respondentů o zařazení drog do skupiny opiátů: z 294 tedy 100 % respondentů uvedlo 59 % respondentů možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi opiáty a 41 % respondentů označilo možnost ne, nevědí jaké drogy patří mezi opiáty. Z respondentů, kteří označili možnost ano, je 97 % respondentů informováno o opiátech a 3 % respondentů nejsou informovány opiátech. Pro zajímavost, nejčastější odpovědí bylo opium, heroin a pouhý jeden respondent uvedl metadon neboli syntetický opioid v lékařství užívaný jako analgetikum a pro léčbu závislosti na narkotikách (36). Z dalších zjištění, vyplývá informovanost respondentů o těkavých látkách. 65 % respondentů označilo možnost ano, vědí jaké drogy patří mezi těkavé látky a 35 % respondentů označilo možnost ne. Z respondentů, kteří vědí jaké látky patří do skupiny látek těkavých je 99 % informováno o těkavých látkách a 1 % respondent informováno není. V převážné většině byl uváděn toulén, jako těkavá látka. Toulén je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog (těkavých látek) u nás. Počet uživatelů inhalačních drog je v ČR poměrně stabilní. Uživatelé relativně brzy s užíváním přestávají a často pak přecházejí na jiné návykové látky. S účinností od 15. června 2006 je uvádění toluenu na trh nebo do omezeno vyhláškou č. 221/2004 Sb., ve znění č. 540/2006 Sb. Výrobky (toluén, lepidla, barvy ve sprejích) s obsahem toluenu vyšším než 0,1 % mohou být uváděny na trh a do oběhu jen pokud nejsou určeny k prodeji spotřebitelům (fyzickým osobám nepodnikajícím) (24).

Na závěr byla vyhodnocena celková informovanost respondentů (graf 25). Jelikož je cílem této diplomové práce - zjistit informovanost veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice, zpracovala jsem veškeré otázky zabývající se znalostmi a informovaností respondentů. Po zpracování všech otázek, které tyto skutečnosti mapovaly, vyplynula následující výsledná data. 53 % respondentů je



informováno v oblasti drogové problematiky a 47 % respondentů v této oblasti informováno není. Tato výsledná data mě velmi překvapila svou vyrovnaností. Domnívala jsem se, že veřejnost okresu České Budějovice bude spíše neinformována.

## 6. ZÁVĚR

Drogová problematika je velice diskutované téma. Společnost se v současné době s drogami často setkává, drogy jsou snadno dostupné, přestože se legislativa České republiky snaží šíření drog bránit. Již od nízkého věku mají lidé zkušenosti s drogami a to nejen s legálními, ale i ilegálními. Lidé, kteří se s drogou během svého života nesešli a problémy s drogami ve svém okolí nezaznamenali, většinou nemají potřebu se o tuto problematiku zajímat. Pokud se později s drogou setkají, jsou překvapeni co vše droga způsobuje, jak těžké je před drogou uniknout a nejsou schopni nalézt vhodnou formu pomoci. Měli bychom si však uvědomit, že s drogami se může setkat každý z nás, a proto je v tomto směru velice důležitá informovanost společnosti, tedy preventivní opatření.

Cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost široké veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice. Cíl práce byl splněn.

Hypotéza: Veřejnost nemá přehled o organizacích, které poskytují pomoc v oblasti drogové problematiky nebyla potvrzena.

Hypotéza: Veřejnost není schopna vymezit legální a ilegální drogy nebyla potvrzena.

Hypotéza: Podle veřejnosti užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti byla potvrzena.

Hypotéza: Veřejnost se domnívá, že drogy mění sociální postavení jedince ve společnosti byla potvrzena.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že veřejnost v okrese České Budějovice je spíše informována o drogové problematice, přestože byl rozdíl mezi informovaností a neinformovaností minimální. Přehled veřejnosti o organizacích, které se zabývají drogovou problematikou mě mile překvapil, veřejnost je informována o těchto organizacích. Síť služeb poskytujících pomoc v této problematice se stále rozvíjí a přizpůsobuje se celorepublikovým požadavkům a trendům drogové scény. Samozřejmě informovanost veřejnosti o ilegálních a legálních drogách (prevence, znalost účinků drog, rizik, příčin vzniku závislosti a jaké drogy do jaké skupiny řadíme)

je také důležitá. Lze říci, že veřejnost České Budějovice má znalosti o dělení drog dle legalizace a je informována. Také předpoklad, že podle veřejnosti užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti a že drogy mění sociální postavení jedince, potvrdila značná část oslovených respondentů okresu České Budějovice.

Diplomovou práci bych ráda poskytla jako informační zdroj pro širokou veřejnost (formou brožur, publikací na internetu, či časopisu), dále bych výsledky této práce nabídla organizacím, které se zabývají drogovou problematikou a jako výukový materiál pro studenty Jihočeské univerzity. Veřejnost zde nalezne mnoho důležitých informací o drogách a organizace zabývající se touto problematikou získají hodnoty, dle kterých mohou doplnit nedostatky v informování široké veřejnosti.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARTERBURN, S., BURNS, J. *Drogy klepou na dveře*. 1. vyd. Brno : Nová naděje, 2001. 211 s. ISBN 80-86077-03-9.
2. ARKÁDA. *Arkáda – sociálně psychologické centrum*. (online) Platný <http://www.arkadacentrum.cz/page.php?paragraph=2>, Leden 23, 2008
3. BARTOŠOVÁ, R., CHOMYNOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, B. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, roč. pátý, č. 5. ISSN 1214-1089.
4. BORNÍK, M. *Drogy, co bychom o nich měli vědět*. 1. vyd. Praha : Themis, 2001. 31 s. ISBN 80-85821-98-2.
5. CSÉNY, L. a kol. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80-76734-94-3.
6. DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matek a novorozencov*. České Budějovice : Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university v Č, Budějovicích, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-408-8.
7. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Užívání drog v EU : Legislativní přístupy*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. 48 s. ISBN 80-86734-50-1.
8. HAJNÝ, M. *Varovná znamení užití drog*. (online) Platný <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=147&list=147&shw=100125>, Leden 12, 2008

9. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská Universita, 2005. 52 s. ISBN 80-7040-815-4.
10. HARM REDUCTION. *Drogy a dnešní svět, Harm reduction*. (online) Platný <http://www.drogy.web3.cz/harmreduction.html>, Březen 28, 2008
11. HEJDA, J. *Drogy : Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*. 1. vyd. Jindřichův Hradec : RAIN reklamní agentura s. r. o., 2000. 156 s. ISBN 80-245-0080-9.
12. INFORMAČNÍ CENTRUM PRO MLÁDEŽ ČESKÝ KRUMLOV. *Centrum pro pomoc dětem a mládeži, o. p. s.*. (online) Platný <http://www.icmck.cz/index.php3?page=listkat&submenu>, Únor 27, 2008
13. INICIATIVA ZODPOVĚDNÝCH PIVOVARŮ. *Projekt: Přibrzdi, nezletilým nenaléváme*. (online) Platný <http://www.iniciativapivovaru.cz/webmagazine>, Duben 1, 2008
14. IVERSEN, L. *Léky a drogy : Průvodce pro každého*. 1. vyd. Praha : Dokořán, s. r.o., 2006. 143 s. ISBN 80-7363-061-3.
15. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
16. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
17. KOLEKTIV AUTORŮ. *Drogy na předpis : lékařská preskripce narkotik*. 1. vyd. Olomouc : Votobia, 1998. 418 s. ISBN 80-7198-332-2.

18. KOVÁRNOVÁ, Š. Modrá spirála naděje – České Budějovice (online) Platný <http://www.c-budejovice.cz/CZ/04/SocialWork/NotForProfitOrganisation/2005>, Březen 3, 2008
19. KUBŮ, P. *Rekreační užívání a taneční drogy.* (online) Platný <http://www.drogovaporadna.cz/oldchat.php?id=7>, Únor 13, 2008
20. MAGISTRÁT MĚSTA ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Průvodce sociálními službami města České Budějovice.* Č. Budějovice: Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice, 2008. 56 s. Brožura.
21. MARÁDOVÁ , E. *Prevence závislosti.* 1. vyd. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-70-9.
22. MINAŘÍK, J. *Závislost.* (online) Platný <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty>, Prosinec 21, 2007
23. MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie.* 1. vyd. Brno : Masarykova universita v Brně, 2001. 46 s. ISBN 80-210-2511-5.
24. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO. *Těkavé látky - podrobně.* (online) Platný <http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/legalnidrogy/tekavel/>, Červen 14, 2007
25. NĚMEC, R. *Drogy.* (onlivne) Platný <http://www.policie-kr.webgarden.cz/drogy>, Březen 25, 2008
26. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost.* 3. dopl. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

27. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka vydána pro Ministerstvo zdravotnictví ČR*. 5. rozš. vyd. Praha : Sdružení FIT IN, 2006. 151 s.
28. NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. rozš. vyd. Praha : Sání zdravotnický ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X.
29. NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý - Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. (online) Platný [http://www.geocities.com/dr\\_nespor/tyka06dw.doc](http://www.geocities.com/dr_nespor/tyka06dw.doc), Listopad 25, 2007
30. NEŠPOR, K. *Alkohol, jiné návykové látky a stres*. (online) Platný . [http://www.semstim.estranky.cz/clanky/o-navykovych-latkach-drogach\\_alkoholu\\_koureni\\_/alkohol\\_-jine-navykovove-latky](http://www.semstim.estranky.cz/clanky/o-navykovych-latkach-drogach-alkoholu-koureni_/alkohol_-jine-navykovove-latky), Listopad 27, 2007
31. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT. *Jihočeský streetwork, Jihočeské substituční centrum*. (online) Platný <http://www.os.prevent.cz/jsw/index.html>, Prosinec 12, 2007
32. OBLASTNÍ CHARITA TŘEBONĚ. *Kontaktní a poradenské centrum Citadela* (online) Platný <http://www.trebon.charita.cz/citadela.html>, Prosinec 2, 2007
33. PÁLENÍČEK, T., KUBŮ, P., MRAVČÍK, V. *Nové syntetické drogy : Charakteristika a hlavní rizika*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády ČR, 2004. 40 s. ISBN 80-86734-26-9.
34. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.

35. POLICIE ČR. *Sbírka interních aktů řízení policejního prezidia České republiky*. ročník 2006. Praha: 2006. částka 99 s.
36. PRESTON, A. *Drogy na předpis II. : Vše o metadonu*. 1. vyd. Olomouc : Votobia, 1999. 165 s. ISBN 80-7198-383-7.
37. RADA EVROPSKÉ UNIE. *Protidrogová strategie EU na období 2005 - 2012*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. 27 s. ISBN 80-86734-64-1.
38. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
39. SANANIM o.s., a kolektiv autorů *Drogy : Otázky a odpovědi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
40. SHAPIRO, H., HÁČIK, L. *Drogy : obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha : Svojk a s.r.o., 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
41. SCHWARC, Š. - krajský protidrogový koordinátor. *Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2005 - 2009*. 1. vyd. Č. Budějovice : Krajský úřad Jihočeského kraje - odbor sociálních věcí a zdravotnictví, 2004. 121 s.
42. SKOKANOVÁ, D. *Legislativa v České republice a ostatních státech Evropské Unie: Drogy a zákon*. (online) Platný  
<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=118&list=118&shw=100108>, Únor 7, 2008



43. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., SADÍLEK, P. *Zdraví a škodlivé návyky*. 1. vyd. Praha : Sátní zdravotnický ústav, 1999. 56 s. ISBN 80-7071-141-8.
44. SOVINOVÁ, H., CSÉNY, L. *Kouření a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 15 s. ISBN 80-7071-230-9.
45. ŠTABLOVÁ, R. a kol. *Drogy, kriminalita a prevence*. 1. vyd. Brno: Policejní akademie České republiky, 1999. 202 s. ISBN 80-7251-018-5.
46. TRESTNÍ ZÁKON ČÍSLO 140/1961 SBÍRKY. *Trestné činy*. (online) Platný <http://www.trestni-rizeni.com/Trestneciny/trzak.htm>, Prosinec 28, 2007
47. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Srovnávání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2004. 94 s. ISBN 80-86734-5.
48. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha : Rada Evropy, 2005. 96 s. ISBN 80-867-34-45-5.
49. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 30 s. ISBN 80-86734-39-0.
50. VERSTER, A., BUNIN, E., MRAVČÍK, V. *Buprenorfin : Rozbor kritických otázek*. 1. vyd. v jazyce českém. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6.
51. VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.

52. ZÁBRANSKÝ , T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
53. ZÁBRANSKÝ, T. *Teorie marihuany jako vstupní drogy : 12. konference SLNN a 45. AT konference*. 1. vyd. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2006. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
54. ŽALOUĐÍKOVÁ, J., HRUBÁ , D. *Normální je nekouřit I. díl*. 2. dopl. vyd. Brno : Paido, 2006. 69 s. ISBN 80-7315-135-9.
55. ŽALOUĐÍKOVÁ , I. A kol. *Normální je nekouřit II. díl*. 1. vyd. Brno : Paido, 2006. 93 s. ISBN 80-7315-128-6.
56. WIKIPEDIA. *Droga*. (online) Platný  
<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/drogy>, Listopad 9, 2007
57. [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/drogy\\_a\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/drogy_a_zavislosti)  
(online), Listopad 11, 2007
58. <http://www.antidrog.webzdarma.cz/index.htm> (online), Listopad 9, 2007
59. <http://www.sananim.cz>, portál organizace SANANIM (online), Říjen 5, 2007
60. <http://www.c-budejovice.cz/CZ/01/Administration/Divizion/OSV/>(online),  
Prosinec 20, 2007
61. [http://www.pmscr.cz/scripts/index.php?id\\_nad=21](http://www.pmscr.cz/scripts/index.php?id_nad=21) (online), Prosinec 18, 2007
62. <http://www.modráspirálanaděje.cz> (online), Leden 16, 2008

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Harm reduction

Epidemiologie

Intoxikace

Prevence

Závislost

Represe

Droga

## **9. PŘÍLOHY**

- Příloha 1     Dotazník
- Příloha 2     Zákon a drogy
- Příloha 3     Jednotlivé druhy drog
- Příloha 4     Pomůcky sloužící k užívání drog
- Příloha 5     Výroční zpráva 2006 o. s. PREVENT
- Příloha 6     Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje

## **Příloha 1: Dotazník**

Dobrý den vážení respondenti,  
dovolte mi, abych se představila, jmenuji se Bc. Lucie Kozlová a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university v Českých Budějovicích – obor Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás požádat, zda byste si udělal(a) trochu času a vyplnil(a) tento dotazník, který je součástí diplomové práce na téma „*Informovanost veřejnosti o drogové problematice v okrese České Budějovice*“. **Dotazník je anonymní** a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování mé diplomové práce. Diplomová práce by měla pomoci ke zlepšení informovanosti veřejnosti o drogové problematice. Děkuji Vám za trpělivost a spolupráci.

Bc. Kozlová Lucie

Instrukce:

Svoji odpověď, nebude-li uvedeno jinak, vyjádřete zakroužkováním příslušného písmene.

### **1) Kolik je Vám let:**

- a) méně než 15 let
- b) 15 - 20
- c) 21 - 30
- d) 31 - 40
- e) 41 – 50
- f) 51 – 60
- g) 61 a více

### **2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### **3) Setkali jste se již s drogou?**

- a) ano
- b) ne

**3a) Pokud ano, vyjmenujte prosím s jakou.....**

.....

**4) Co podle vás zvyšuje riziko užívání drog? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)**

- a) poruchy chování
- b) chybné vnímání škodlivosti drog
- c) pro-drogové postoje v rodině či společnosti
- d) nedostatek vzájemné citové vazby rodič – dítě
- e) užívání drog rodiči, sourozenci nebo např. vrstevníky
- f) snadná dostupnost alkoholu a drog
- g) společenský stres
- h) pro-drogové normy a hodnoty ve společnosti

**5) Myslíte si, že je důležitá prevence v drogové problematice?**

- a) ano
- b) ne

**6) Věděl(a) byste, jaké jsou druhy prevence?**

- a) ano
- b) ne

**6a) Pokud ano, prosím, vypište:.....**

**7) Věděl(a) byste, co znamená program Harm reduction?**

- a) ano
- b) ne

**7a) Pokud ano, prosím, označte:**

- a) legalizovat drogy
- b) omezovat rizika spojená s užíváním drog
- c) nové dělení drog

**8) Věděl(a) byste, jaká jsou varovná znamení užití drog? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)**

- a) změna v koordinaci pohybů
- b) změněné reakce očí
- c) agresivita, podrážděnost spojené s apatií
- d) zápach z oděvů, z dechu a jiných věcí
- e) zhoršení prospěchu ve škole, problémy v zaměstnání
- f) finanční problémy

**9) Věděl(a) byste, jaké jsou fáze závislosti?**

- a) ano
- b) ne

**9a) Pokud ano, prosím vypište.....**

.....

**10) Je trestné užívání drog v ČR?**

- a) ano
- b) ne

**11) Je trestné držení drog pro vlastní potřebu?**

- a) ano
- b) ne

**12) Jaký je možný maximální trest odnětí svobody za obchod s drogami v ČR?**

- a) až 5 let
- b) až 10 let
- c) až 15 let

**13) Myslíte si, že drogy mění sociální postavení jedince ve společnosti?**

- a) ano
- b) ne

**14) Myslíte si, že užívání drog zvyšuje kriminalitu ve společnosti?**

- a) ano
- b) ne

**15) Myslíte si, že jsou drogy v současné době snadno dostupné?**

- a) ano
- b) ne

**16) Znáte nějaké organizace, které poskytují pomoc v oblasti drogové problematiky?**

- a) ano
- b) ne

**16a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

**17) Věděl(a) byste, jaké drogy patří do legálních drog?**

- a) ano
- b) ne

**17a) Pokud ano, prosím, zaškrtněte:**

- a) alkohol
- b) léky
- c) tabák
- d) těkavé látky
- e) konopné drogy
- f) halucinogeny
- g) opiáty
- h) stimulancia
- i) taneční drogy

**18) Věděl(a) byste jaké drogy patří mezi ilegální drogy?**

- a) ano
- b) ne

**18a) Pokud ano, prosím, zaškrtněte:**

- a) alkohol
- b) léky
- c) tabák
- d) těkavé látky
- e) konopné drogy
- f) halucinogeny
- g) opiáty
- h) stimulancia
- i) taneční drogy

**19) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi halucinogeny?**

- a) ano
- b) ne

**19a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

**20) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi stimulancia?**

- a) ano
- b) ne

**20a) Pokud ano, prosím, vypište.....**



**21) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi drogy taneční?**

- a) ano
- b) ne

**21a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

**22) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi drogy konopné?**

- a) ano
- b) ne

**22a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

**23) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi opiáty?**

- a) ano
- b) ne

**23a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

**24) Věděl(a) byste, jaké drogy patří mezi těžké látky?**

- a) ano
- b) ne

**24a) Pokud ano, prosím, vypište.....**

## Příloha 2: Zákon a drogy

### Legislativa v ČR a ostatních států EU DROGY A ZÁKONY

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

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

\*\* držení pro vlastní potřebu není výslovně trestné, ale spadá obecně pod postih držení drog z titulu obchodování s nimi

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

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

Zdroj:

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=118&list=118&shw=100108>

## Současná právní úprava

### DROGY A ZÁKONY

Autor: MUDr. et PhDr. Kamil Kalina

#### **Fakta – o trestním postihu v souvislosti s drogami**

Užívání drog samo o sobě není v ČR trestné. Podle novely trestního zákona z r.1997 (§ 187a trestního zákona) je však trestné držení nezákonné drogy i pro vlastní potřebu v množství "větším než malém". Trest může být až 2 roky odnětí svobody, u trestného činu většího rozsahu až pět let.

Množství "malé" může být stíháno jako přestupek podle zákona 200/1990 Sb., §30. Toto „malé“ množství je pro jednotlivé drogy stanoveno v tabulkách, které jsou závazné pro státní zastupitelství a řídí se jimi policie. Tyto tabulky však nejsou závazné pro soudy, protože nejde o právní dokument, ale pouze o interní předpis policie a státního zastupitelství. Již předtím trestní zákon v §187 stanovil jako trestný čin výrobu nezákonných drog (tedy i pěstování marihuany), jejich dovoz, vývoz, překupnictví, prodej a držení za účelem distribuce. Totéž platí pro přípravky a pomůcky k výrobě drog, což upravuje § 188 téhož zákona. Paragraf 188a pak stanoví jako trestný čin šíření toxikomanie (svádění, podněcování, propagace).

K tzv. drogové kriminalitě patří i trestné činy, které páchají uživatelé drog, aby si opatřili drogu nebo finanční prostředky na ni; jsou to především krádeže, ale také zpronevěry, vloupání, padělání úředních listin apod. Někteří drogově závislí, aby získali drogu, pomáhají dealerům nebo sami s drogami obchodují – pak mohou být trestáni podle § 187. Skutečnost, že je někdo závislý na droze, ho nezbavuje trestní odpovědnosti; jestliže se však už léčí nebo má vážný úmysl se léčit, může k tomu soud při stanovení výše a formy trestu přihlídnout.

Jestliže je někdo zadržen pro podezření z trestného činu, může být v cele předběžného zadržení maximálně 48 hodin. Dále už nastupuje vazba, o níž rozhoduje soud. Podezřelý i svědek má právo na právní pomoc od samého počátku a nemusí vypovídat, pokud by to bylo v jeho neprospěch. Blízcí příbuzní podezřelého mohou, ale nemusí vypovídat jako svědci. Stejně tak mohou, ale nemusí podat trestní oznámení, pokud byl trestný čin spáchán na jejich majetku (např. krádež peněz či věcí v rodině).

Zdroj:

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=118&list=118&shw=100063>

### Příloha 3: Jednotlivé druhy drog

#### ILEGÁLNÍ DROGY

#### Halucinogeny

#### *Lysohlávký (Psilocybe)*



#### *Papírky, krystalky, tablety a kapsle s LSD*



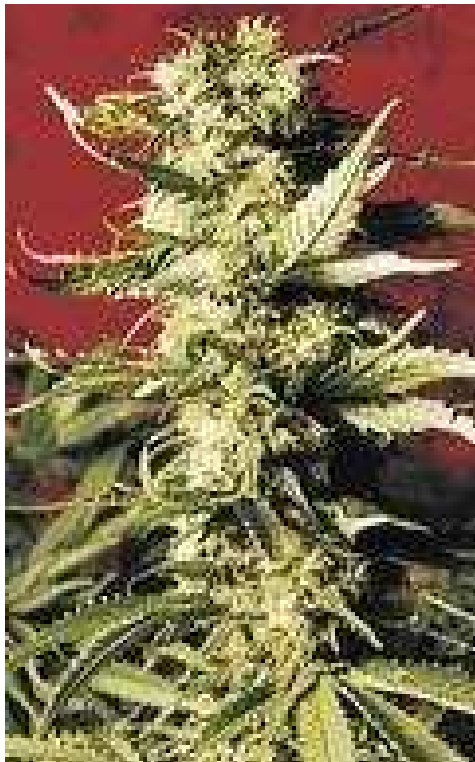
#### *Extáze (MDMA)*



Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.

## Konopné drogy

### *Marihuana*



### *Hašiš*



Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s.ISBN 978-80-239-9405-6.



## Stimulační drogy

### *Pervitin*



*Listy kokovníku (Erythroxylum coca)*



*Kokain*



Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.

## Opiáty

*Morfin (opiát chemickou strukturou podobný heroinu) a heroin.*



*Balení a tableta Subutexu s účinnou látkou buprenorfinem*



*Opium*



*Heroin*



*Heroin*



Zdroj: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/opiaty](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty)



## LEGÁLNÍ DROGY

Tlumivé léky

*Diazepam, Neurol, Lexaurin, Rivotril, Rohypnol, Codein, Subutex a Tramal (opiáty)*



Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.



## Těkavé látky



*Některé často zneužívané těkavé látky*

Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.

## Alkohol a tabák

### *Tabák*



### *Závislost na alkoholu*



Zdroj: [http://www.financnioviny.cz/kariera/index\\_view.php?id](http://www.financnioviny.cz/kariera/index_view.php?id)

#### Příloha 4: Pomůcky sloužící k užívání drog

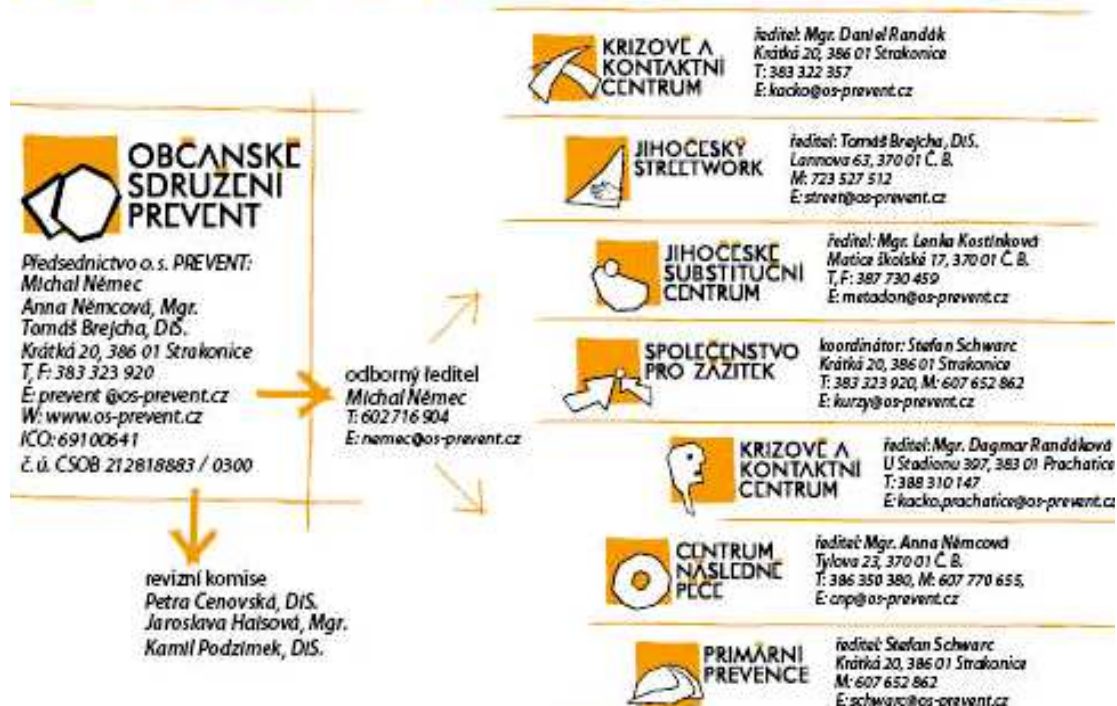


Zdroj: PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. 1. vyd. Písek : Arkáda, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.



**Příloha 5: Výroční zpráva 2006 o. s. PREVENT**

# STRUKTURA A ORGANIZACE



# PRIMÁRNÍ PREVENCE

Základní ideou současného projektu naší primární prevence je pomáhat s tvorbou preventivních programů na školách, s volbou jejich obsahu i s realizací preventivních aktivit. Patří sem také oblast získávání finančních zdrojů, která, jak chápeme, je pro mnoho škol velmi zatěžující.

Základní charakteristika aktivit programu odpovídá standardům v primární prevenci, tj. odbornost, dlouhodobost, interaktivnost, tvořivost, pružnost. Jako metody práce využíváme dramatické, zážitkové a týmové hry, jejich reflexe, nácvik různých situací, debaty nad problematikami a další. Zákům se dostanou i validní a aktuální informace o závislostech a drogách. Jedná se o tzv. specifickou prevenci. Programy se „šijí na míru“ škole.

## STATISTIKA

**Tab.1 Počty zúčastněných primární prevence na okrese Strakonice**

Počet škol	6
Počet školních tříd	41
Počet žáků	1029
Počet pedagogů	78

### Důležité události a postřehy roku

- Projekt jsme spustili po roční přestávce v preventivních aktivitách
- Programy jsme začali realizovat na podzim, v novém školním roce. Jednalo se o celodenní práci třídním kolektivem (5–7 hodin), většinou za přítomnosti a aktivního zapojení třídního učitele.
- Primární prevence patří k těm oblastem naší práce, která je veřejností nejlépe přijímána a vysoko hodnocena. Často slyším, že bychom se jí měli věnovat více a my bychom to velmi rádi dělali. Z druhé strany je to jedna z oblastí, na kterou je velmi obtížné získat dlouhodobé finanční prostředky. Měření a hodnocení výsledků prevence je obtížné a časově náročné. Dlouhodobá specifická prevence, realizovaná interaktivními metodami, která je nyní považována za neúčinnější je navíc velmi finančně nákladná.

# KRIZOVÉ A KONTAKTNÍ CENTRUM STRAKONICE

Tab. 1 Počty klientů a vyměněného injekčního materiálu

	2006	2005	2004
Klienti celkem (osob)	256	165	111
Z toho uživatelé drog	103	84	73
Z toho prvokontakty	95	113	76
Vyměněný injekční materiál (ks)	30 859	15 332	17 906

Tab. 2 Struktura klientely podle typu základní zneužívané drogy

Opiáty (heroin, subutex)	18
Pervitin	42
Extáze	0
Těkavé látky	1
THC	12

Tab. 3 Struktura realizované péče

PC	Realizované výkony	Počet osob, které danou(výkonů)	Počet kontaktů službu využily
1	Výměny	89	840
2	Individuální poradenství a terapie	46	149 / 60 min.
3	Skupinová terapie	6	17 / 60–90 min.
4	Krizová intervence	18	56 / 60 min.
5	Potravinový program	55	177
6	Hygienický servis	18	69
7	Kontaktní místnost	65	208
8	Testy HIV, VHC, VHB	17	17
9	Těhotenské testy	2	3
10	Zdravotní ošetření	11	34
11	Sociální servis, asistenční služba	5	6
12	Zprostředkování abstinenční léčby	15	39
13	Zprostředkování substituční léčby	4	8
14	Poradenské telefonáty	x	247
15	Celkový počet kontaktů		1414

STATISTIKA

Zdroj: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>



# KRIZOVÉ A KONTAKTNÍ CENTRUM PRACHATICE

STATISTIKA

**Tab. 1 Počty klientů KONTAKTNÍHO CENTRA a vyměněného injekčního materiálu**

	2006	2005	2004
Klienti celkem (osob)	228	203	234
Z toho uživatelé drog	158	120	97
Z toho prvokontakty	165	172	167
Vyměněný injekční materiál (ks)	5082	1606	1084

**Tab. 2 Struktura klientely podle typ základní zneužívané drogy**

Opiáty (heroin, subutex)	17
pervitin	80
extáze	0
Těkavé látky	1
THC	49
Léky (BZD...)	3

**Tab. 3 Struktura realizované péče kontaktního centra**

PC	Realizované výkony	Počet osob, které danou (výkonů)	Počet kontaktů službu využily
1	Výměny	114	833
2	Individuální poradenství a terapie	79	276 / 30 min.
3	Skupinová terapie a poradenství	5	5 / 60-90 min
	Rodinná terapie a poradenství	30	50 / 30 min
4	Krizová intervence	20	42
5	Potravinový program	70	151
6	Hygienický servis	1	4
7	Kontaktní místnost	30	61
8	Testy HIV, VHC, VHB	25	68
9	Sociální servis, asistenční služba	4	5
10	Zprostředkování a abstinenční léčby	6	8
11	Poradenské telefonáty	x	126
12	Informace	322	511
13	<b>Celkový počet kontaktů</b>		<b>1352</b>

**Tab. 4 Počty klientů a poskytnutých služeb KRIZOVÉHO CENTRA**

	2006	2005	2004
Počet klientů	34	48	73
Počet kontaktů	72	94	158
Poradenství	37	56	x
Krizová intervence	17	27	x
Rizový styk	6	x	x
Ambulantní terapie	x	10	x
Podání informací a jiné	15	8	x

**Tab. 5 Počty klientů a poskytnutých služeb LINKY DŮVERY**

	2006	2005	2004
Počet klientů	30	40	68
Počet kontaktů	63	65	84
Poradenství	20	25	x
Krizová intervence	8	10	x
Podání informací a jiné	27	22	x

Zdroj: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>

# JIHOČESKÉ SUBSTITUČNÍ CENTRUM

**Tab. 1 Počet klientů a struktura klientely**

	2006	2005
Klienti celkem (osob)	56	18
Počet substituovaných klientů	42	18
Z toho substituování buprenorfinem	29	11
Z toho substituování metadonem	13	7
Z toho prvních kontaktů	30	18

STATISTIKA

**Tab. 2 Struktura realizované péče**

PC	Realizované výkony	Počet osob, které danou službu využily	Počet kontaktů (výkonů)
1	Individuální poradenství a terapie	42	414/30 min
2	Sociální práce	23	40
3	Asistenční služba	2	2
4	Rodinná terapie a poradenství	8	16/30
5	Krizová intervence	12	23
6	Testy na přítomnost drog	33	139
7	Alkotest	3	15
8	Zprostředkování abstinenční léčby	7	7

Zdroj: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>



# CENTRUM NÁSLEDNÉ PÉČE

Tab. 1 Počet klientů a struktura klientely

		2006
Klienti celkem (osob)		15
Z toho klienti programu	chráněné bydlení	12
	ambulantní	3
Z toho	muži	12
	ženy	3
Z toho se základní drogu	Heroin	6
	Pervitin	6
	Alkohol	2
	jiné	1

STATISTIKA

Tab. 2 Struktura realizované péče

PC	Realizované výkony	Počet osob, které danou službu využily	Počet kontaktů (výkonů)/ délka trvání 1 kontaktu v minutách
1	Individuální poradenství a terapie	15	383 / 30
2	Skupinová terapie a poradenství	15	34 / 90
3	Pracovní terapie	12	152 / 60
4	Sociální práce	13	36
5	Asistenční služba	1	2
6	Rodinná terapie a poradenství	4	2 / 90
7	Krizová intervence	6	9
8	Testy na přítomnost drog	12	45
9	Zátěžový program	8	24 (dni)
10	Arteterapie	12	29 / 90
11	Socioterapie – edukativní a volnočasové programy	13	48 / 60

Zdroj: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>

# SPOLEČENSTVO PRO ZÁŽITEK

Společenstvo pro zážitek je skupina mladých lidí, s odborným vzděláním v oblasti zážitkové a zátěžové pedagogiky, která pod tímto jménem realizuje zážitkové, sebezpoznávací a adaptační kurzy i jiné volnočasové aktivity založené na silných prožitcích.

Je to specifická oblast práce o. s. PREVENT, která není zaměřena na uživatele drog a není sociální službou (na rozdíl od většiny ostatních aktivit sdružení).

Cile i průběh zážitkových kurzů jsou velmi různé. Mohou být sebezpoznávací, adaptační, teambuildingové i jiné a vychází buď z objednávky, anebo z představ lektorů. Každý kurz je jiný, jedinečný a neopakovatelný. Kurzy nabízejí programy z nejrůznějších oblastí – pohyb, tvořivé dílny, happeningy, diskuse, relaxační programy, rozjímání, sociodramata, ateliéry... Nenahraditelné místo v programu má hra v nejrůznějších podobách.

## Důležité události a postřehy roku

- Na přelomu srpna a září se uskutečnil velmi zajímavý a tvůrčí KURZ O KURZU kterého se zúčastnilo 14 zájemců o práci lektora zážitkové pedagogiky. Vzešlo z něj nejen spousta nových nápadů ale vyškolili jsme si zde hlavně několik nových kolegů, kteří s námi již v následujících měsících spolupracovali při realizaci adaptačních kurzů.
- Zájem o adaptační kurzy pro první ročníky středních škol či přechodové ročníky gymnázií v tomto roce výrazně stoupl. Spolupracovali jsem se 6 školami z Jihočeského kraje, celkem s 23 třídními kolektivy. Kurzy byly v letošním roce spojené s metaforou „Na jedné lodi“. Pomyslná čtyřletá plavba, která bude zakončena maturitou bude pro všechny příjemnější, když se od počátku naučí spolu vycházet, spolupracovat, lépe komunikovat a důvěřovat si.
- Zážitková a prožitková pedagogika či její různé variace a techniky jsou v posledních letech velmi oblíbenou metodou. I my ji rádi a s úspěchem používáme v jiných oblastech práce o. s. PREVENT (v primární prevenci, v terapeutickém programu Centra následné péče) a využíváme k tomu členy Společenstva pro zážitek.

# FINANCOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH AKTIVIT V ROCE 2006

## CENTRUM NÁSLEDNÉ PÉČE

Zdroje	částka
RVKP	322 000
MPSV	150 000
Krajský úřad Jihočeského kraje	525 000
Prevent vlastní činnost	89 978
<b>Celkem</b>	<b>1 086 978</b>

## KRIZOVÉ A KONTAKTNÍ CENTRUM STRAKONICE

Zdroje	částka
RVKP	525 000
MPSV	257 500
Krajský úřad Jihočeského kraje	394 000
Město Strakonice	75 000
Prevent vlastní činnost	35 385
<b>Celkem</b>	<b>1 286 885</b>

## KONTAKTNÍ CENTRUM PRACHATICE

Zdroje	částka
RVKP	233 000
MPSV	239 000
Krajský úřad Jihočeského kraje	299 000
Město Netolice	2 000
Město Vlachovo Březí	5 000
Město Volary	15 000
Město Vimperk	10 000
Prevent vlastní činnost	4 558
Grant 2005	75 000
<b>Celkem</b>	<b>882 558</b>

## KRIZOVÉ CENTRUM PRACHATICE

Zdroje	částka
MPSV	21 2400
Město Prachatice	30 000
Prevent vlastní činnost	51 758
Firma Katel	10 000
<b>Celkem</b>	<b>304 158</b>

## PRIMÁRNÍ PREVENCE

Zdroje	částka
Krajský úřad Jihočeského kraje	210 000
Spoluúčast škol	20 000
<b>Celkem</b>	<b>230 000</b>

## JIHOČESKÉ SUBSTITUČNÍ CENTRUM

Zdroje	částka
MZ	595 000
Krajský úřad Jihočeského kraje	564 620
Město České Budějovice	45 000
Prevent vlastní činnost	42 524
Grant 2005	38 620
<b>Celkem</b>	<b>1 247 144</b>

## JIHOČESKÝ STREETWORK

Zdroje	částka
RVKP	571 000
MPSV	328 100
Krajský úřad Jihočeského kraje	130 000+ 164 00
Město České Budějovice	8000
Město Soběslav	10 000
Město Bechyně	3 000
Nadace České Spořitelny	20 800
Prevent vlastní činnost	11 060
<b>Celkem</b>	<b>1 317 959</b>



**Vzdělávání metodiků**

Krajský úřad Jihočeského kraje 50 000

**Sonda do drogové scény a analýza potřeb regionu Jindřichohradecko**

Krajský úřad Jihočeského kraje 40 180

**Výkaz zisku a ztráty ve zjednodušeném rozsahu ke dni  
31. 12. 2006 (v celých tisících Kč)**

<b>A. náklady</b>		<b>B. výnosy</b>	
Spotřeba materiálu	1 222	Tržby z prodeje služeb	247
Spotřeba energie	43	Úroky	1
Spotřeba ostatních neskladových dodávek	13	Jiné ostatní výnosy	32
Opravy a udržování	86	Tržby z prodeje materiálu	1
Cestovné	143	Přijaté příspěvky	507
Ostatní služby	1 284	Provozní dotace	5 987
Mzdové náklady	3 106	<b>Výnosy celkem</b>	<b>6 774</b>
Zákonné sociální pojištění	992		
Zákonné sociální náklady	4		
Ostatní daně a poplatky	6		
Ostatní pokuty a penále	13		
Jiné ostatní náklady	34		
<b>Náklady celkem</b>	<b>6 946</b>		
		<b>C. Rozdíl (výnosy - náklady)</b>	<b>-172</b>

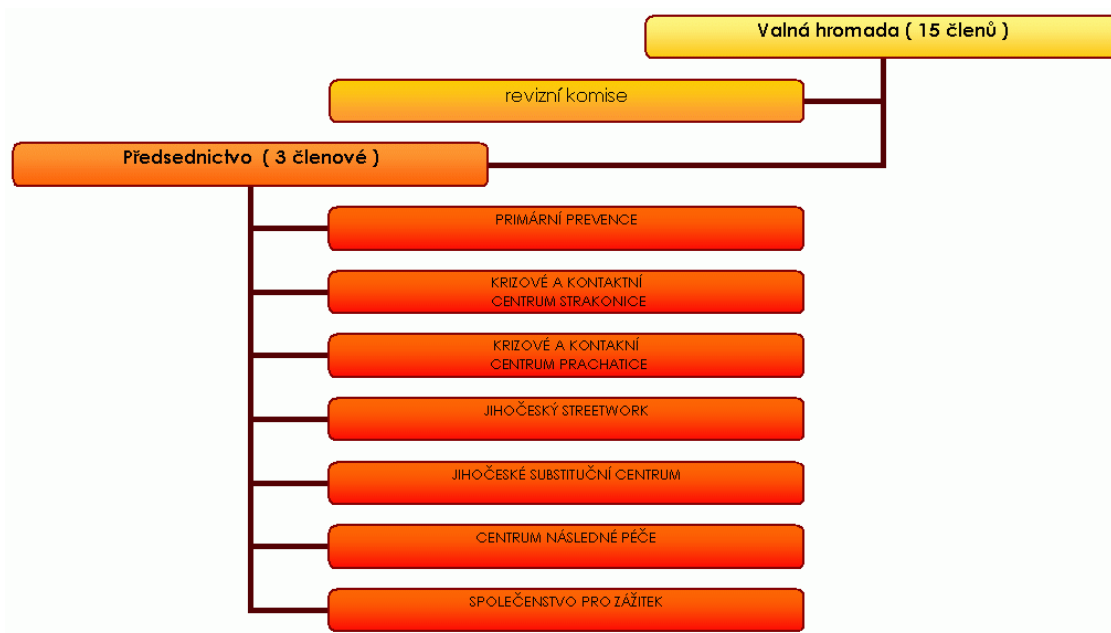
**Rozvaha ve zjednodušeném rozsahu ke dni 31. 12. 2006 (v celých tisících Kč)**

<b>Aktiva</b>	<i>stav k prvnímu dni účetního období</i>	<i>stav k poslednímu dni účetního období</i>
A. dlouhodobý majetek celkem	×	×
B. krátkodobý majetek celkem	509	741
I. zásoby celkem	5	15
II. pohledávky celkem	53	58
III. krátkodobý finanční majetek celkem	451	663
IV. Přechodné účty aktivní	×	5
<b>Aktiva celkem</b>	<b>509</b>	<b>741</b>

<b>Pasíva</b>	<i>stav k prvnímu dni účetního období</i>	<i>stav k poslednímu dni účetního období</i>
A. vlastní zdroje celkem	315	146
I. jmění celkem	141	318
II. výsledek hospodaření celkem	174	-172
B. cizí zdroje celkem	194	594
III. dlouhodobé závazky	×	×
IV. krátkodobé závazky	146	541
V. přechodné účty pasivní	48	53
<b>Pasíva celkem</b>	<b>509</b>	<b>741</b>



## Struktura o. s. PREVENT



Zdroj: <http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>

**Příloha 6: Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje**

*MINIMÁLNÍ SÍŤ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ  
JIHOČESKÉHO KRAJE - NA OBDOBÍ 2008 - 2010*

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje

*Oddělení prevence a humanitních činností*

**ODŮVODNĚNÍ POTŘEBNOSTI STANOVENÍ MINIMÁLNÍ SÍTĚ  
PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE  
ŠIRŠÍ ZÁKONNÝ RÁMEC:**

**Zákon č.129/2000 Sb. o krajích Samostatná působnost kraje § 14**

(1) **Do samostatné působnosti kraje patří záležitosti, které jsou v zájmu kraje a občanů kraje, pokud nejde o přenesenou působnost kraje.**

(2) **Do samostatné působnosti kraje patří zejména záležitosti uvedené v § 11, 35, 36 a 59, s výjimkou vydávání nařízení kraje, a dále záležitosti, které do samostatné působnosti svěří zákon. Zákon č.379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.**

§ 22 1/ Kraj v samostatné působnosti

a) **koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,**

b) **ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky,**

c) **podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití**

**těchto finančních prostředků,**

- d) zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora,
- e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem,
- f) zřizuje záchytné stanice v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví,
- g) koordinuje zřizování a činnost záchytných stanic zřizovaných obcemi v samostatné působnosti,
- h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

### **KONCEPČNÍ A STRATEGICKÉ DOKUMENTY JIHOČESKÉHO KRAJE:**

Prvotním strategickým dokumentem Jihočeského kraje se stal „**Program rozvoje územního celku Jihočeského kraje**“ (2001), na něj postupně navazovaly jeho Akční plány:

- Akční plán rozvoje kraje pro rok 2002 a další období,
- Akční plán obnovy a rozvoje Jihočeského kraje pro rok 2003,
- Akční plán rozvoje a přípravy Jihočeského kraje na vstup České republiky do Evropské unie pro rok 2004,
- Akční plán rozvoje Jihočeského kraje a využívání strukturálních fondů EU pro rok 2005,
- Akční plán rozvoje Jihočeského kraje pro rok 2006,
- Akční plán rozvoje Jihočeského kraje pro rok 2007

V současné době je ve fázi konečných úprav a konzultací nový programový dokument:

### **Program rozvoje kraje 2007 - 2013**

Prioritní osa: 2.Lidské zdroje a sociální soudržnost

Opatření 2.3. Sociální a zdravotní oblast

Operační cíl: Dostupná a účinná prevence soc. patologických jevů a protidrog. Prevence.

Aktivity:

- Dostupnost sociálních služeb a péče
- Kvalita sociálních služeb a péče v souladu s rozvojem sociálních služeb v kraji

- Podpora cílené prevence sociálně patologických jevů

### **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2008 – 2010**

Schválen usnesením zastupitelstva kraje č. 268/2007/ZK

**Priorita:** Koncepční zajištění drogových sociálních služeb na úrovni Jihočeského kraje (provázanost sociální a protidrogové politiky)

**Cíle opatření:** Aktualizace Krajské strategie protidrogové politiky na léta 2005 - 2009

Cílem je připravenost koncepčních dokumentů pro financování těchto služeb (na území kraje). Vzhledem k tomu, že dokument „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje“ je nedílnou součástí „Strategie“, jeho aktualizací se tato automaticky (v příslušných oblastech) aktualizuje. Při přípravě nové „Strategie“ bude aktuální stav SPRSS JčK reflektován automaticky.

#### **Aktivity naplňující opatření:**

Aktivita: Aktualizovat „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje“ s použitím výstupů SPRSS

Aktivita: Implementace finančních změn v souvislosti se zohledněním celého finančního systému včetně zohlednění certifikací kvality služeb.

Aktivita: Sledování, vyhodnocování a monitorování minimální sítě služeb

### **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2005 – 2009**

Usnesení 166/2006/ZK ze dne 20.6.2006 – Zastupitelstvo kraje schvaluje Koncepti oddělení prevence a humanitních činností (je součástí této koncepce) V tomto dokumentu je termín minimální síť používán pro dokument, popisující rozložení protidrogových služeb na území kraje tak, aby plnily svou funkci na nejvyšší možné odborné úrovni v souladu s aktuálními vědeckými poznatky a strategickými dokumenty na národní úrovni, a zároveň byly v přiměřené míře dostupné svým klientům. Dalším hlediskem je dostupnost služeb, mapování jejich potřebnosti a efektivita vynakládání veřejných prostředků.

### **PROTIDROGOVÉ SLUŽBY – VYMEZENÍ**

**Podle zákona o sociálních službách – Zákon č.108/2006 Sb.**



**Kontaktní centra, § 59** - Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách.

Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

**Terénní programy, § 69** - Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

**Terapeutické komunity, § 68** (včetně pobytových služeb následné péče) – Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

**Sociální poradenství** (včetně ambulantní složky následné péče), **§ 37 b) odborné sociální poradenství** - Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

#### **Podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP (2003)**

Systém udělování certifikací byl spuštěn v r.2006, zařízení jsou krom Speciálního standardu povinny se řídit i Obecným standardem. Pro žádost o dotaci ze státního rozpočtu je certifikace odborné způsobilosti služby povinná (RVKPP), MPSV ji pro účely svého dotačního řízení nevyžaduje, MZ se zavedením této povinnosti počítá u dotací na r.2009:

1. Detoxifikace
2. Terénní programy
3. Kontaktní a poradenské služby
4. Ambulantní léčba
5. Stacionární programy
6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Ambulantní doléčovací programy
9. Substituční léčba

### **Podle standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence (MŠMT 2006)**

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence uživatelů návykových látek je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným normám kvality a komplexnosti. Tyto normy jsou rozpracovány a schváleny Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Výborem pro udělování certifikací primární prevence uživatelů návykových látek při MŠMT.

### **FINANCOVÁNÍ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB**

**Podle zákona o sociálních službách – zákon č.108/2006 Sb.**

- Kontaktní centra, § 59, sociální služby bez úhrady nákladů, § 72
- Terénní programy, § 69, bez úhrady nákladů, § 72
- Terapeutické komunity (včetně pobytových služeb následné péče), § 68, úhrada za ubytování a stravu, § 76

### **Podle Zásad vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím**

**Postup při poskytování dotací:** Dotace se poskytuje do 70 % rozpočtových výdajů na schválený projekt. V odůvodněných případech může ústřední orgán doporučený procentní podíl dotace na projektu zvýšit.

**Spolupráce ústředních orgánů státní správy:** Ústřední orgány meziresortně koordinují poskytování dotací tak, aby nedocházelo k jejich duplicitnímu poskytování

na tutéž činnost. Současně sledují poskytování finančních prostředků s cílem jejich efektivního využití a slučování poskytnutých dotací.

### **Závěr:**

Poskytovatelé protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti sekundární a terciální prevence (Harm reduction, snižování rizik) jsou převážně NNO. Proto se na ně vztahují „Zásady vlády pro poskytování dotací ...“, které jim z centrální úrovně přiznávají maximální možnost financování nákladů na tyto služby ve výši 70%. Zároveň ale úhradu za

tyto služby nelze chtít od jejich uživatelů – jednak to vyplývá ze zákona o sociálních službách, jednak by to ani nebylo fakticky možné nebo proveditelné s ohledem na možnosti

a charakter cílové skupiny. Z toho vyplývá, že pokud by se organizacím podařilo z centrálních orgánů získat maximální možnou výši dotace na tyto programy, stejně jim zbývá dofinancovat svou činnost ve výši 30% potřebných nákladů na realizaci služby. Vyloučíme-li jako zásadní zdroj příjmů sponzoring (v této oblasti je to velmi nepravděpodobný a nejistý zdroj příjmů), zbývají veřejné rozpočty - krajů a obcí. Cílem tohoto dokumentu je tedy mimo jiné do budoucna vhodným způsobem rozložit toto spolufinancování mezi tyto dva zadavatele sociálních služeb v Jihočeském kraji tak, aby nebylo ohroženo poskytování těchto služeb, a zároveň aby jediná tíže jejich podpory neležela pouze na jednom z nich – na kraji.

### **Cílové skupiny projektů:**

**DĚTI A MLÁDEŽ:** Zaměření programů především na tři věkové kategorie: děti do věku 6 let (předškolní věk), děti ve věku povinné školní docházky (základní škola), žáci a studenti středních škol. Další cílovou skupinu tvoří **PEDAGOGIČTÍ PRACOVNÍCI** (případně další osoby, pracující s dětmi a mládeží) – jejich vzdělávání ve znalostech a dovednostech, spojených prevencí užívání drog (výchova ke zdravému životnímu stylu apod.).

Zdroj: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS),

Odbor soc. věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje Odd. prevence a humanitních činností