

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Lucie POKORNÁ

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U MLÁDEŽE

(Preventing abuse of addictive substances among youths)

Autor: Lucie Pokorná

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka

Studijní program: Sociální pedagogika, specializace pro výchovně vzdělávací praxi

Datum odevzdání: 29.4.2007

Děkuji Mgr. Miroslavu Procházkovi za metodické vedení a nezbytnou pomoc při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za poskytnutí odborných konzultací a studijních materiálů a ředitelům středních škol, kteří mi umožnili provést dotazníkové šetření.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a uvedla veškeré použité prameny a použitou literaturu.

V Praze dne 1. dubna 2007

Lucie Pokorná

ANOTACE

Bakalářská práce „Prevence zneužívání návykových látek u mládeže“ je mimo úvodu a závěru členěna do tří hlavních částí. První část práce specifikuje návykové látky, charakterizuje současnou drogovou scénu v České republice a rozsah a trendy v užívání nelegálních drog mládeží. Druhá část seznamuje s protidrogovou politikou ČR, která uznává komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup při uplatňování tří základních strategií. Těmi jsou snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog), snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace) a snižování rizik s jejich užíváním spojených (harm reduction). Hlavní důraz je kladen na primární prevenci v rodině a ve škole. Třetí část obsahuje projekt průzkumu, výsledky jeho provedení a vyhodnocení postojů mládeže k užívání drog a drogové prevenci. V závěru jsou shrnuty nejdůležitější poznatky a odhalené nedostatky prevence.

ABSTRACT

The bachelor's thesis „Preventing abuse of addictive substances among youths“ is, aside from the introduction and conclusion, organized into three main sections. The first section specifies addictive substances, characterizes the current drug scene in the Czech Republic, and the extent of and trends in use of illegal drugs among youths. The second section introduces the anti-drug policies of the Czech Rep., which utilize a complex, multidisciplinary, and balanced approach, in the application of three basic strategies. These strategies are the reduction of the availability of drugs (the controlled sale and distribution of legal drugs, and the suppression of illegal distribution of non-legal drugs), the reduction of the demand for drugs (primary prevention, treatment, and re-socialization), and the reduction of the risks associated with drug use (harm reduction). The main emphasis is placed on primary prevention in the family, and in schools. The third section contains a research project, the results of which assess the attitudes of youths toward drug use and drug prevention. The conclusion summarizes the most important findings and uncovered short-comings of prevention.

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	PROBLÉM S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI V ČR	11
2.1	Základní terminologie	11
2.2	Spektrum drog	18
2.2.1	Skupina stimulačních drog	18
2.2.2	Konopí a jeho produkty	21
2.2.3	Halucinogeny	23
2.2.4	Těkavé látky	25
2.2.5	Skupina opiátů	26
2.3	Česká drogová scéna	29
2.4	Drogy a mládež	32
3	PREVENCE PROBLÉMU PŮSOBENÝCH NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI	36
3.1	Protidrogová politika ČR	38
3.1.1	Snižování nabídky	41
3.1.2	Harm reduction	42
3.1.3	Snižování dostupnosti návykových látek	43
3.2	Primární prevence v rodině	46
3.3	Primární prevence ve škole	50

4	PRŮZKUM POSTOJŮ STUDENTŮ SŠ K DROGÁM A DROGOVÉ PREVENCÍ	55
4.1	Podmínky dotazníkového šetření	55
4.2	Popis zkoumaného vzorku	56
4.3	Vlastní realizace dotazníkového šetření	57
4.4	Výsledky průzkumu	58
4.5	Trendy užívání drog a drogové prevenci mezi lety 1999 a 2007 ...	75
4.6	Vyhodnocení postojů mládeže	81
5	ZÁVĚR	85
6	SEZNAM LITERATURY	89
7	PŘÍLOHY	92

1 ÚVOD

Drogy provázejí vývoj naší civilizace od samého počátku, jsou neoddělitelným prvkem našeho současného života a není důvodu se domnívat, že v budoucnu dojde k nějakým významným změnám. V historickém pojetí bylo jejich užívání úzce spjata s náboženskými a kmenovými rituály, při kterých s přírodními drogami manipulovali jen kněží či šamani mající znalost účinků i rizik s užitím drog spojených. Na rostliny s omamným účinkem bylo nahlíženo jako na dar bohů, prostřednictvím nichž lze komunikovat se světem mrtvých, s nadpřirozenými bytostmi či získat hlubší poznání sebe sama. Přírodní drogy také zastávaly významné postavení v oblasti léčitelství, některé z nich jsou v medicíně používány dodnes. Tím, že drogy byly posvátné a přístupné jen vybraným skupinám osob, nedocházelo k jejich nekontrolovatelnému požívání širším okruhem osob. Rituální užívání přírodních omamných látek bylo funkčním obranným mechanismem proti masivní konzumaci drog širokou populací.

V moderní době charakteristické závratným technickým rozvojem světa, a tím i ztrátou některých tradičních životních hodnot však k masové konzumaci drog dochází. V 19. a 20. století jsou objeveny nové syntetické drogy, které představují mnohem větší zdravotní a sociální rizika. Moderní doba přináší na drogový problém nový pohled a to pohled globální. Globalizace drogového problému souvisí zejména s vytvořením světového černého trhu s drogami, který je mezi světovými nelegálními trhy první co do rozsahu a po obchodu se zbraněmi druhý co do finančního obratu. Drogovým problémem jsou ovlivněny prakticky všechny země světa, některé produkcí, jiné pak tranzitem či spotřebitelským místem určení. Postkomunistické země včetně bývalého Československa byly chráněny před drogovou epidemií do jisté míry železnou oponou, v současnosti tomu tak již není. Počátkem 90. let byla Česká republika především zemí tranzitní, ve které však

rychle mezinárodní drogové kartely vybudovaly své odběratelské sítě. Nejohroženější skupinou obyvatelstva se, jako jinde ve světě, stala mládež. Mladí lidé vzhledem k malému množství životních zkušeností, dosud nestabilnímu žebříčku hodnot, touze po experimentátorství a všeobecnému podceňování tohoto problému snáze podléhají tlaku nabídky drog. Tím jsou vystaveni nejen většímu riziku vzniku drogové závislosti, ale i zdravotním a sociálním dopadům, které jsou s konzumací drog úzce spjaty. Užívání drogy má u jedince za následek ztrátu funkční hodnoty, ztrátu forem chování, upadání do society až antisociety. Zpravidla s sebou přináší problémy v rodinných vztazích, ve škole či v zaměstnání. Konzumace drog obecně souvisí s vyšším výskytem bezdomovectví, rodinných problémů, nezaměstnanosti a nižšího nebo nedokončeného vzdělání. Jedním z nejzávažnějších sociálních důsledků užívání drog je páchaní trestné činnosti. Sledovanými zdravotními důsledky jsou pak především předávkování drogami a úmrtí za přítomnosti drog a infekční onemocnění spojené s užíváním drog (AIDS, hepatitis B a C). Kumulace těchto problémů často vede až k sociální exkluzi uživatele drog. Drogový problém tedy nelze vnímat jen jako problém státu, nýbrž jako problém, který se dotýká každého z nás. Nutné je si uvědomit, že neexistuje žádná typická drogová osobnost. Problémy s návykovými látkami nemají pouze jednu příčinu, ale vznikají na základě nepřetržitých a pokračujících interakcí na mnoha úrovních. Přispívá k nim zejména nefunkční rodinné prostředí, nedostatečné vedení ve škole, celospolečenské klima, nedostatek kvalitních zájmů a možností smysluplného využívání volného času i snadná dostupnost drog. Tyto oblasti ovlivňují nejvíce vznik drogového problému, zde je prevence nejdůležitější, avšak, podle mého názoru, stále nedostatečná. Za účinnou považuji takovou koncepci, která vychází z vyváženého uplatňování prevence a represe a neopomíjí ani ty, kteří se doposud nerozhodli pro život bez drog.

Domnívám se, že drogy by v žádném případě neměly být demonizovány, přístup k nim by měl být realistický, vycházející z objektivních znalostí jejich

pozitivního přínosu v oblasti medicíny, ale především rizik či nebezpečí, které jsou s jejich konzumací nedílně spjaty. Drogy byly, jsou a i nadále budou součástí naší společnosti, je pouze na nás, jak se s nimi naučíme zacházet.

Ve své práci bych chtěla nahlédnout na pozitivní i negativní účinky jednotlivých drog, které jsou u nás mládeží užívány a poukázat na vývoj i současný stav v této oblasti a na možnosti řešení drogové problematiky prostřednictvím protidrogové politiky ČR. Pozornost budu směřovat na možnosti preventivních aktivit v rámci rodiny a školy a zjištění rozsahu a účinnosti současné prevence zaměřené na nejohroženější skupinu naší společnosti, jejíž součástí je i studující mládež.

2 PROBLÉM S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI V ČR

2.1 Specifikace návykových látek

Pro snazší orientaci v problematice drog a drogových závislostí je třeba vysvětlit několik základních pojmů.

V roce 1969 byla Světovou zdravotnickou organizací (WHO) označena za *drogu* „jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do lidského organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“. Definice zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznáno postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní nebo umělé (Nožina, M., 1997).

Podle Presla můžeme za drogu považovat „každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- 1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku;
- 2) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.

Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy.”(Presl, J., 1994, str. 14)

Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolat závislost jsou součástí našeho každodenního života. Na základě těchto dvou kritérií bychom mezi ně řadili alkohol v celé jeho šíři, počínaje pivem, v jehož konzumaci se řadíme na první místa světové spotřeby, přes víno až k destilátům, ale tím výčet nekončí. Výše uvedenou definici také splňuje i káva, čaj, čokoláda, kakao, tabák nebo nejrůznější léky o jejichž drogových účincích netřeba též pochybovat. Vstoupíme-li do běžného obchodu a potravinami, zjistíme, že drogy tvoří podstatnou část současné nabídky. Jde o drogy společností tolerované, tedy o *drogy legální*. Pro jejich legalizaci měl nesporný význam kulturní a společenský úzus, historický vývoj, v jehož průběhu se tyto drogy postupně staly tolerovanou součástí našeho životního stylu, naší tradice. Úplná a naprostá abstinence od jakékoliv psychotropní látky, tj. striktní a trvalé

odmítání kávy, čaje, tabákových výrobků nebo alkoholu v jakékoliv podobě a při jakékoli příležitosti, je v naší společnosti spíše výjimkou. Z těchto důvodů došlo v běžném chápání a interpretování termínu „droga“ k významovému posunu. Legální psychotropní látky se z termínu vytrácejí a jsou jím téměř výlučně označovány látky, které splňují, stejně jako výše jmenované, základní definici, ale jsou v naší společnosti zákonem zapovězeny, resp. je zakázána jejich výroba a distribuce, tedy *drogy nelegální*.

Další, v problematice drogových závislostí používané pojmy jsou užívání (konzumace, úzus), nadužívání nebo méně přesně zneužívání (abúzus) a závislost.

Každá droga je spojena s různou mírou efektu a rizika. Právě podle míry rizika, které představuje vznik závislosti, se drogy dělí na tzv. „měkké“ a „tvrdé“, resp. „lehké“ a „těžké“. Tento způsob dělení je značně nepřesný, u nás ale stále rozšířený. V Holandsku je používán vhodnější a srozumitelnější způsob dělení na *drogy s akceptovaným, přijatelným rizikem* a *drogy s rizikem nepřijatelným*. První skupina je charakteristická tím, že drogy sem řazené lze v podstatě konzumovat – užívat v přijatelných intervalech a přijatelných množstvích, aniž by v neúnosné míře došlo ke vzniku závislosti či k jiným negativním důsledkům. I když v určitém procentu populace ke ztrátě kontroly a vzniku závislosti nebo tělesnému poškození dojde, toto procento není pro společnost natolik alarmující, aby zavedla přísná restriktivní opatření a tím se pokusila situaci kontrolovat.

Příkladem tzv. lehkých drog je třeba káva, tabákové výrobky všeho druhu, produkty konopí (marihuana, hašiš) a také v naší společnosti droga číslo jedna – alkohol. Zde je již ale hranice sporná. Podle negativního účinku při jeho nadužívání na tělesné a duševní zdraví patří alkohol kamsi na rozhraní „lehkosti“ a „tvrdosti“. Konzumace alkoholu, tj. jeho užívání v přiměřeném množství a při vhodných příležitostech, je v naší společnosti běžným a tolerovaným jevem. Třebaže v našich podmínkách není naprostá abstinence běžná, kontrolu nad pitím ztrácí a do závislosti propadá jen asi 3 – 4 % populace. Na druhé straně ovšem *nadužívání (abúzus)* alkoholu, i když nedejde přímo ke vzniku závislosti, může být pro organismus vysoce rizikové. Razantní účinky na jaterní tkáň, žaludeční a střevní

sliznici apod. jsou již příznaky drogové „tvrdosti“. Tím se dostáváme ke skupině druhé, tedy k tzv. drogám tvrdým. U nich je vznik závislosti jednoznačně vysokým, neakceptovatelným rizikem.

Zde se dostáváme k dalšímu důležitému pojmu, a tím je *drogová závislost*. Během let vznikla řada definic a pojetí drogové závislosti nebo závislosti na návykových látkách, mezi základní však patří definice WHO. Tou je syndrom závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definován takto: „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. 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 znovuoobnovení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat láku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);

- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užití látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek.

Statistický kód syndromu závislosti je značen F1x.2, kdy na místo x před desetinnou tečkou se doplňuje látka, takže jednotlivé druhy závislosti se kódují následovně:

F10.2 Závislost na alkoholu;

F11.2 Závislost na opioidech (např. heroin);

F12.2 Závislost na kanabioidech;

F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikech (tlumivých lécích);

F14.2 Závislost na kokainu;

F15.2 Závislost na jiných stimulancích, včetně kofeinu a pervitinu;

F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA čili ecstasy);

F17.2 Závislost na tabáku;

F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech;

F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách” (Nešpor, K., 2000, str. 14-15).

Jednotlivá kritéria závislosti mohou být podle Presla (1994, str. 11) vyjádřena u různých typů drog různou intenzitou, některá mohou i chybět. U některých není příliš patrna tendence ke zvyšování dávek, u dalších není přítomen výraznější abstinenční syndrom. Obecně lze konstatovat, že drogy s vysokým potenciálem vzniku závislosti (opiáty) způsobují v nižší míře tělesné a psychické

poškození organismu a zase naopak. Drogy se sníženým rizikem vzniku závislosti jsou nevypočitatelné svým účinkem a riziko poškození organismu je značně vysoké.

Základní vlastností každé drogy je schopnost proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale také postupně se stát součástí jeho látkové přeměny. Organismus si na původně novou látku při opakovaném setkávání postupně zvyká, což vede ke dvěma projevům. Jednak dochází u většiny drog k tzv. *vzestupu tolerance*, tedy k tomu, že organismus reaguje za určitou dobu na původní množství nedostatečně. To je příčinou nutnosti zvyšovat dávky k dosažení očekávaného efektu (typické pro opiáty). Za druhé dochází k tomu, že nedostatek drogy je prožíván jako nepříjemný stav. Jde o *syndrom abstinence (odnětí)*. Tento stav vzniká poznenáhlu, plíživě. Bezdrogový stav je vnímán jako obtížný a nepříjemný, droga se stala subjektivně vzato nutností – objevil se syndrom abstinence. Tento syndrom může být psychický nebo fyzický. Psychická závislost se projevuje touhou, přáním po opětovném prožitku účinku drogy, který navozuje příjemný psychický stav, nebo následně zabrání vzniku nepříjemných pocitů či rozladu při nedostatku drogy. Fyzická závislost se projevuje různými tělesnými potížemi – např. epileptické záchvaty, křeče, zvracení, pocení, atd.

Závislost má stádium periodické (opakující se) nebo chronické (trvalé), má psychickou a somatickou dimenzi projevující se různými abstinenčními příznaky (viz výše). Rizikovými faktory vzniku závislosti jsou věk, osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu a vlivy vnějšího prostředí (např. tradice, dostupnost, sociální model známého člověka, nefunkční rodina apod.) Drogová závislost vzniká postupně, ale mnohem kratší dobu než závislost na alkoholu. Poškozuje jedince biologicky, psychicky i sociálně.

Důsledky závislosti

Závislost, která vede k nadměrnému užívání psychoaktivních látek, poškozuje člověka psychicky, biologicky i sociálně.

Psychoaktivní látky působí na smyslové ústrojí a ústřední nervovou soustavu, mění prožívanou skutečnost. Jejich zneužívání je doprovázeno zrakovými

a sluchovými halucinacemi, poruchami spánku, děsivými sny, depresivními stavy, úzkostmi, poruchami paměti, dezorientací v čase i prostoru, nejistotou, náladovostí, rozladěností a sebeklamem dále pak se mohou objevit pocity pronásledování a sebevražedné myšlenky. Je zde také větší riziko onemocnění duševní chorobou. Jestliže vážné duševní problémy (např. halucinace a pocity pronásledování) trvají i po odeznění účinku drogy, hovoříme již o toxické psychóze. Její nebezpečnost je spatřována v tom, že vzniká po velmi krátké době po prvním kontaktu s drogou. Během celého průběhu trvá nebezpečí sebevraždy. Při chronických intoxikacích nalézáme značný úbytek inteligence, apatii, bezradnost a paranoiditu.

Somatické důsledky na zdraví jedince se projevují hlavně oslabením imunitního systému, což má za následek častější podlehnutí organismu infekcím, kožním nemocím, dochází k poškození sliznic, k onemocnění a poškození jater, k poruchám trávicího systému, srdečním nemocím (např. zánět srdeční nitroblány nebo srdeční selhání). Nemoci mají obecně těžší průběh. Úrazy a dopravní nehody jsou častější. Nitrožilní aplikace vede k devastaci žilního systému, při nerespektování hygienických pravidel vznikají zánětlivá ložiska po vpiších. Za nejzávažnější somatické následky však můžeme považovat především riziko infekce hepatitidy a HIV, epileptické záchvaty, akutní intoxikaci s následkem smrti či trvalého poškození CNS.

Sociální důsledky často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí. Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, postupně přestává plnit svoje povinnosti, přestává chodit do zaměstnání nebo do školy. Vlivem závislosti se mění vztahy s lidmi, které se projevují bezohledností, klamáním s cílem získat drogu, v rodině a partnerských vztazích dochází kvůli drogám ke konfliktům a častým hádkám, k násilí. Závislý člověk se stává nespolehlivým, sobeckým a necitelným k potřebám ostatních lidí. Není schopen udržet či navázat hlubší kvalitnější citový vztah, nakonec přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi. Závislý člověk ztrácí většinu svých sociálních rolí, nakonec přetrvává a dominuje pouze role narkomana s pouze jedním cílem: získat drogu a užít ji. Běžným důsledkem závislosti na psychoaktivních látkách je

také trestná činnost. Finanční náročnost drogy, změna osobnosti a hodnotového systému narkomana zvyšují pravděpodobnost trestné činnosti závislých lidí. Kriminální chování je většinou spojeno s drogou (výroba a distribuce drog, prostituce, krádeže a vloupání zaměřené na získání drogy, násilné trestné činy pod vlivem drogy apod.) (Nešpor, 2000).

2.2 Spektrum drog

Je celá řada členění nelegálních drog, včetně těch nejexotičtějších, dle historického pojetí či jejich účinků na lidský organismus. V této práci se zaměřím na obecné rozdělení drog do skupin podle jejich základních charakteristik, následně pak popíšu jednotlivé typy drog, které se v současné době vyskytují na české drogové scéně (příloha č. 1).

2.2.1 Skupina stimulačních drog

Jde o drogy, jejichž základním efektem je celková stimulace, tedy povzbuzení. Z toho pramení jejich velká oblíbenost jak ve světě, tak i v České republice. Do této skupiny řadíme alkaloid kokain a syntetické látky skupiny amfetaminu a fenmetrazinu. V odborné literatuře je účinek popisován následovně: „Po jejich požití se dostavuje euforie spolu s ústupem únavy, potřeby spánku, chuti k jídlu. Zvyšuje se představitivost, aktivita, zlepšuje se sebevědomí. Při předávkování dochází až k chaotickému myšlení a agitovanosti.” (Vaníček, P. a kol., 2000, str. 21) Jsou charakteristické poměrně vysokou návykovostí – vyvolávají psychickou závislost, která vede k nutkavé potřebě opakovaného užívání. Fyzická závislost se při užívání příliš nevyskytuje. Po různě dlouhé době nadměrného užívání se objevuje paranoidní, později paranoidně halucinatorní syndrom (stíha), přecházející až do tzv. toxické psychózy.

Metamfetamin (pervitin) patří mezi typické drogy české drogové scény (příloha č. 2). Ač by se díky masmédiím mohlo zdát, že jde o český vynález, není tomu tak. Tato droga pochází z Japonska, kde byla poprvé syntetizována v roce 1888. Na Západ se dostala až v roce 1929. Za druhé světové války byla používána pro vojenské účely – japonští sebevražední piloti kamikadze či němečtí parašutisté. V Československu se však opět podařilo přípravek znovu objevit a vyvinout jeho výrobu v podmínkách domácích laboratoří (Nožina, M., 1997).

Pervitin se vyrábí přímo z efedrinu nebo léků obsahujících efedrin, nebo pseudoefedrin, jako jsou u nás volně prodejné přípravky MODAFEN, NEUROFEN,

STOPGRIP nebo PARALEN PLUS, za využití dalších chemických látek dostupných v maloobchodním prodeji. I když výroba této drogy není příliš složitá, vyžaduje znalosti na úrovni chemické průmyslovky. Na černém trhu se vyskytuje velké množství produktu, zabarveného do žluta či fialova, což svědčí o nedokonalém čištění v průběhu výroby nebo o tom, že konečného produktu nebylo vůbec dosaženo a je nabízen pouze jeho „mezistupeň“. V tom tkví jedno z velkých rizik, neboť nebezpečí poškození organismu těmito nečistými drogami je mnohem vyšší než když je aplikován čistý produkt. Dalším rizikem, který pervitin představuje, je jeho tradice nitrožilní aplikace. Nutno však dodat, že experimentující mládež již volí šetrnější metodu a tou je šňupání. Jde o módní vlnu typickou pro návštěvníky nejrozličnějších klubů, diskoték a podobných akcí.

Prvotní psychotropní efekt pervitinu je výrazný, příjemný, a proto vysoce žádaný. Podobně jako u ostatních amfetaminů dochází k celkovému povzbuzení, odstranění únavy, pocitu zvýšení psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídce představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale také k uvolnění zábran. Právě disproporce mezi sebehodnocením a realitou pak může mít tragické následky.

Dalším rizikem je, že po určité, individuálně různě dlouhé dochází prakticky u každého konzumenta pervitinu k zásadním proměnám psychiky. Toxikomani tento stav dobře znají a mají pro něj i slangový výraz „stíha“. Jde o rozvoj duševní poruchy způsobené právě stimulační drogou – paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu v rámci vznikající toxické psychózy. Ta bývá charakterizována hlubokými změnami v chování, vizuálními, sluchovými a hmatovými halucinacemi. Ty mohou být spojeny s pocitem paniky, agrese a nutkáním ke zvláštnímu nenormálnímu chování. Jak dochází k prohlubování poruchy, zvyrazňují se i příznaky. Přetrvává pocit ohrožení. To vše směřuje k iracionálnímu jednání, panickým útekům i zdánlivě sebeobranným útokům. Východiskem je často i sebevražda. Jde o onemocnění srovnatelné s jinou psychickou chorobou – schizofrenií.

„Pervitin a stimulační drogy vůbec jsou sice jako rekreační drogy vysoce žádané, ale těžko zvladatelné. Konzumenti pervitinu po určité době s touto drogou buď skončí (a tím končí s „tvrdými drogami” vůbec), nebo přecházejí k opiátům, kde závislost je vyjádřena ještě výrazněji, ale riziko toxické psychózy je v porovnání s pervitinem malé.” (Presl, J., 1994)

Extáze (ecstasy - MDMA) je „syntetický produkt derivovaný z amfetaminu, který vyvolává zvýšenou citlivost a vnímavost (chemicky 3,4-metylendioxiamfetamin). MDMA byl původně vyráběn v USA a používán jako lék v psychiatrii. Koncem 80. let byla jeho výroba zastavena.“ (Nožina, 1997, str. 31)

Tato droga je na černém trhu distribuována ve formě tablet či kapslí s nápadným designem pod různými označeními. Účinek extáze je zajímavý v tom, že jde o drogu, která tlumí agresivitu. Po polknutí dávky se dostavuje pocit solidarity, empatie a euforizace, prohlubuje se vzájemné porozumění. Kromě rizika užití nečisté drogy, která může být obohacena různými rizikovými příměsemi je hlavním nebezpečím možnost poškození psychiky. Opět jde o drogu mající schopnost vyvolat toxickou psychózu. Dalším rizikem je předávkování a dlouhodobé až nevratné poškození nervové soustavy. Extáze je zneužívána především mládeží na tzv. taneční scéně, kdy její účinek bývá právě hudbou stimulován.

Mezi přírodní stimulační drogy patří také alkaloid **kokain** (příloha č. 3). Získává se z listů keře koky pocházející z Jižní Ameriky. Psychoaktivní účinek látek obsažených v listech koky byl znám obyvatelům And již před čtyřmi tisíci lety. Tradičním způsobem užití bylo a dodnes zůstává žvýkání čerstvých kokových listů smíchaných s popelem pro povzbuzení tělesné síly a odstanění pocitu hladu a žízně. Kokain, jako aktivní složka listů koky, byl objeven až v roce 1855 a následně byl využíván jako lokální anestetikum.

V současnosti je koka i nadále využívána tradičním způsobem, tedy konzumací části sklizně přímo na místě domorodým obyvatelstvem, dále je pak část sklizně určena pro legální výrobu léčiv, avšak stále větší část putuje do zahraničí ve formě primitivně zpracované pasty, která je dále v nelegálních laboratořích chemickou cestou přetvářena na kokainhydrochlorid – kokain. Ten je na drogový

trh distribuován ve formě lesklého bílého vločkového prášku. Nejčastějším způsobem užívání kokainu je šňupání, ale ani nitrožilní aplikace nebývá výjimkou. Psychoaktivní účinky kokainu jsou v porovnání s pervitinem srovnatelné. Má euforizující a povzbuzující účinek, zvyšuje reaktivitu, fyzickou výkonnost, představivost a rozhodnost. Tlumí pocity únavy a potřebu spánku. Kokain je označován jako jedna z nejnebezpečnějších drog. Vyvolává silnou psychickou závislost - touha po droze je velmi silná a postupem času dochází ke vzniku toxické psychózy. Při delším užívání se vyvíjí obraz chronické otravy - vzniká kokainismus.

Crack je hrubozrnná tmavohnědá báze kokainu, která se objevila v Los Angeles kolem roku 1981 (příloha č. 4). Má mohutnější a rychlejší efekt a velmi rychle vyvolává závislost. Crack je kouřen ve zvláštních dýmkách nebo v cigaretách ve směsi s tabákem nebo marihuanou. Závislý jedinec potřebuje 20-30 dávek denně. Tato droga představuje hned několik nebezpečí. Je extrémně návyková - spojuje fyzickou i psychickou závislost, dále hrozí vysoké riziko předávkování. U intoxikovaného může vyvolat vysoký stupeň agrese provázený extrémní fyzickou silou, časté jsou též sebevražedné tendence. Dalším nebezpečím je i jeho výrazně nižší cena v porovnání s kokainem a rychlejší průběh devastace organismu.

2.2.2 Konopí a jeho produkty

Cannabis sativa (konopí seté) je jednoletá, dvoudomá robusní bylina pocházející původně z Indie (příloha č. 5). Konopí je jednou z nejstarších pěstovaných plodin s širokým využitím. Z konopí se vyráběly oděvy, rohože, lana a provazy, konopná semena pak byla důležitým zdrojem bílkovin a z nich získávaný olej sloužil ke svícení. Tato rostlina byla též pěstována pro své omamné účinky. Doklady o pěstování konopí jsou staré více než 5000 let. Užívání produktů konopí (marihuana, hašiš) bylo historicky spojeno s náboženskými obřady, v hinduistickém a islámském náboženství nahrazují konopné produkty alkohol jak rituálně, tak kulturně. Jedná se pravděpodobně o vůbec nejrozšířenější psychotropní drogu, jejíž užívání se rozšířilo po celém světě.

Účinnou látkou je 9-tetra-hydrocannabinol (THC), která je nejvíce koncentrována v horních listech rostlin a v samičích květech. Sušením rostlin se získává **marihuana** (obsahuje běžně 3-5 % THC), z pryskyřice pak hnědá tuhá hmota - **hašiš** (až 40 % THC). Kanabisová pryskyřice je sbírána a hnětena do formy kvádrů, tablet, koulí nebo kostek. Před vyschnutím bývá balena do celofánu. V této formě bývá distribuována na černém trhu. Zabarvena může být nejen do různých odstínů hnědi, může mít i tmavě zelené až černé zabarvení, dle místa původu (příloha č. 6). Dalším produktem z konopí je **hašišový olej** – kanabisový derivát se zhruba 20 % obsahem THC. Je to hustá lepkavá hmota tmavohnědé až téměř černé barvy (příloha č. 7).

„**Skank**“ je druh marihuany s vysokým obsahem THC. Začal se k nám dovážet nebo z dovezených semen pěstovat poměrně nedávno.

Nejčastější formou užití marihuany a hašiše je kouření buď čistého produktu, nebo společně s tabákem v ručně stočených cigaretách (jointy) či speciálních dýmkách. Též bývají přidávány do nápojů, cukrovinek a pečiva. Účinek drogy po kouření se projevuje zhruba po 15 minutách, po orálním užití během 30 minut s tím, že doba účinku je dvojnásobná (cca 6 hod.) nežli po dávce získané kouřením. Rychlejšího účinku je však dosaženo kouřením. Hašišový olej se mísí s cigaretovým tabákem anebo aplikuje na cigaretový filtr.

Po užití drogy se dostavuje nejprve stav sevřenosti a úzkosti, který je následně vystřídán euforií a pocitem vnitřní blaženosti. V tomto stadiu dochází k bezdůvodné veselosti, provázené neztišitelným smíchem. Konzument zažívá naplněné radosti, který může být doprovázen i pocity ostychu, strachu a viny. Též dochází k zostření sluchových a chuťových vjemů, k iluzím. Po odeznění účinku drogy se dostavuje únava, lhostejnost a otupělost.

Dlouhodobé zneužívání drog z konopí vede k celkovému chátrání organismu, projevujícího se tělesnou sešlostí a morálními defekty, které jsou spojené se změnou povahových vlastností jako je zlostnost a agresivita.

Ačkoli konopí patří mezi celosvětově nejvíce zneužívané drogy, představuje též potenciální zdroj látek využitelných v lékařství. Dle odborné literatury byl jeho

léčebný účinek prokázán v pokročilém onemocnění AIDS nebo rakovinou, ale také při poruchách pohybového ústrojí a ochrnutí, depresích, nevolnosti i zvracení po prodělané chemoterapii. Pozitivní výsledky se projevují i při léčbě drogové a alkoholové závislosti (Valíček, P. a kol., 2000).

2.2.3 Halucinogeny

Jde o skupinu látek jak přírodních, tak i syntetických, jejichž základním efektem je kvalitativní změna vědomí. „Po požití těchto drog dochází často k výrazným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání. Objevují se zrakové a sluchové halucinace, projevy depersonalizace, deformace času a prostoru. Bývají přítomny zvláštní vjemy barev a zvuků, zvuky mohou být např. vnímány barevně. Mohou se dostavit exaltické prožitky splynutí s přírodou a vesmírem, ale i hrůzné vjemy natolik intenzivní a hodnověrné, že si jim postižená osoba snaží uniknout bez ohledu na možné zranění nebo smrt. U halucinogenů se příliš neobjevuje ani psychická ani fyzická závislost, rizikem je zde krajní nevypočitatelnost jejich efektu.” (Valíček, P. a kol., 2000, str. 21)

Právě pro tyto nevyzpytatelné účinky byly odpradáвна halucinogeny vždy spjaty s náboženskými rituály. Zásah do psychiky je tak silný, že rituální užívání, které je pod stálou kontrolou osoby (šamana) s hlubokou znalostí věci se stává jednoznačným obranným mechanismem.

Mezi u nás nejvíce užívané halucinogeny patří LSD (tzv. „tripy“) distribuované na černém trhu ve formě papírků napuštěných touto látkou, z přírodních pak psilocybin - droga obsažená v houbě Psilocybe Bohemica (Lysohlávka česká). Mezi méně užívané řadíme muchomůrky a rostliny z čeledi lilkovitých.

Psychotropní účinky **LSD** (lysergamid, derivát kyseliny lysergové) byly objeveny více méně náhodou ve Švýcarsku v roce 1943, krátce po objevení kyseliny lysergové. LSD se začal vyrábět průmyslově a byl využíván při výzkumných experimentech zaměřených na odhalení příčin vzniku schizofrenie a možnostech

jeho terapeutického využití. Tyto experimenty na poli psychiatrie byly zastaveny pro nevyzpytatelnost účinků a možné riziko vzniku tzv. latentní psychózy. Tato droga byla ve světě nejvíce rozšířena v 60. a 70. letech 20. století. K jejímu masivnímu zneužívání docházelo především v USA v éře „hippie“, kde byla po jistou dobu společností tolerována. V současné době se opět zvyšuje jeho obliba, ale již s nižším obsahem účinné látky.

Halucinogenní houby při výčtu u nás užívaných halucinogenů nelze opominout. Jsou užívány sezónně a u určité skupiny populace se těší značné oblibě. Do této skupiny řadíme především houby z rodu lysohlávek, mezi nejznámější patří lysohlávka česká (*Psilocybe bohemica*), lysohlávka kopinatá (*Psilocybe semilanceolata*) a lysohlávka modrající (*Psilocybe cyanescens*). Psychoaktivní látkou v nich obsaženou je psilocybin. Požívají se hlavičky hub, a to jak čerstvé, tak sušené, též se nakládají či vaří (pije se i vývar). Užívání této drogy má také svá rizika. Jedním z nich je problematický odhad účinné látky. Ten může být v každé jednotlivé houbě různý, čímž se zvyšuje riziko předávkování.

Další skupinou halucinogenních hub jsou muchomůrky. V našich podmínkách je znám sběr muchomůrky červené (*Amanita muscaria*) a muchomůrky tygrované (*Amanita pantherina*). Obsahují muskarin, muscimol a kyselinu lysergovou. Tyto účinné látky jsou získávány louhováním, po jejich užití se z těla opětovně vylučují v moči, která je následně používána k další intoxikaci.

V poslední době se u nás opět vyskytly případy intoxikací po užití durmanu obecného (*datura stramonium*), rulíku zlomocného (*atropa belladonna*) a blínu černého (*hyoscyamus niger*), tedy **rostlin z čeledi lilkovitých**. Obsahují alkaloidy atropin a skopolamin. Rostliny této čeledi jsou po celém světě již po staletí využívány k léčebným a rituálním účelům, ale právě neznalost jejich účinků může vést k fatálním následkům - mohou způsobit trvalé duševní následky, při vyšších dávkách i smrt.

Účinek halucinogenů je odvislý od typu a množství účinné látky. Nízké dávky účinné látky vyvolávají změny v emotivitě, dochází k euforizaci, stimulaci a k prožitkům lehkých poruch vnímání - zostřenému vnímání barev a zvuků. Avšak

ne vždy je prožitek příjemný. Až plné dávky vyvolávají halucinogenní účinek. Mění se vnímání prostoru, času, barev a zvuků. Zvyšuje se fantazie. Mohou být prožívány pocity nereálnosti ve vnímání sebe sama (depersonalizace) a skutečnosti (derealizace).

Největším rizikem halucinogenů je nevyzpytatelnost jejich efektu. Poruchy vnímání a duševní obtíže se mohou objevit i po odeznění intoxikace, tzv. flashback. Jde o stav jako po požití drogy, i když droga požitá nebyla. Ten může nastat až do jednoho roku po poslední intoxikaci.

2.2.4 Těkavé látky

Jde o skupinu organických rozpouštědel, u nás reprezentovanou především toluenem. Tyto látky již při pokojové teplotě uvolňují molekuly, které ve vyšší koncentraci poškozují látky organického původu. Např. toluen se přes plíce dostává do mozku, kde rozpouští tuk mozkových buněk. Ty pak odumírají. Dále jsou zasažena játra, srdce, plíce a ledviny. Těkavé látky mohou způsobit jejich vážné poškození.

Zneužívání organických rozpouštědel, tzv. „čichání" (sniffing) je charakteristické zejména pro děti a mladší dospívající. Často bývá prováděno ve skupinách a je spojeno s drobnými krádežemi, apod. Nejčastějším způsobem užívání je vdechování z igelitových pytlíků, do nichž je vložen kus tkaniny nebo vaty namočené v inhalantu, případně vdechování pod dekou. Inhalování přímo z plechovky bývá méně časté. Očekávaným efektem, které čichání navozuje, je stav jakéhosi „polospánku“ či „polovědomí“ doprovázeného živými „barevnými“ sny. Nebezpečí těchto drog spočívá v jejich dostupnosti (nízká cena, volný prodej), ale především v razantním destruktivním účinku na lidský organismus. Následkem dlouhodobého užívání vzniká závislost, dochází k poškození životně důležitých orgánů a mozku, tříštění inteligence a rozpadu osobnosti.

Největším rizikem však je těžko odměřitelná přesná dávka. Tím se markantně zvyšuje riziko nechtěného předávkování, kdy již toxikoman není

schopen zabránit dalšímu přísunu drogy (např. pod dekou) a nadále setrvává v prostředí prosyceném organickými rozpouštědly. Spánek se postupně prohlubuje do bezvědomí, kómatu a dochází k zástavě dechu a oběhu. Naprostá většina úmrtí prokazatelně u nás spojená s předávkováním drogou, není zapříčiněna pervitinem nebo heroinem, ale právě toluenem. Rizika spojená s touto drogou nejsou tedy pro společnost akceptovatelná (dle holandského modelu) - jde o jednu z nejtvrdějších drog.

2.2.4 Skupina opiátů

Opiáty jsou léky původně získávané z opia, z nichž nejznámější je morfin a kodein. Jsou charakteristické analgetickým účinkem, pro který byly a jsou stále v medicíně používány. Později byly nahrazovány syntetickými přípravky se stejnými nebo silnějšími účinky a menším rizikem vzniku závislosti. Mezi opiáty patří řada léků, pro jejichž zacházení platí zvláštní předpisy.

Opiáty jsou charakteristické schopností vyvolat poměrně rychle výraznou fyzickou závislost projevující se abstinenčním syndromem tzv. opiátového typu (bolestí svalů a kloubů, pocení, slzení a průjem).

Pěstování máku pro jeho léčebné a omamné účinky má tisíciletou tradici. Opium bylo od nepaměti užíváno jako lék nebo jako omamná droga umožňující chvilkový únik od reality. Jeho užívání nebylo nikdy spjato s náboženskými rituály. Nejvýznamnější z rodu *Papaver*, mák je druh *Papaver somniferum album* (mák setý) pocházející z Malé Asie, odkud se postupně rozšířil na Dálný východ, do Indie a Číny, v Evropě je pěstován až v 17. století.

Opium je získáváno mělkým nařezáváním zelených nezralých makovic zhruba 15-20 dnů po opadu okvěti (příloha č. 8). „Z mléčnic uložených ve stěnách makovic prýští bílá šťáva (latex), která na vzduchu rychle zasychá a hnědne. Nařezávání se provádí k večeru zvláštními noži s paralelně uloženými břity tak, aby se stěna makovice neprořízla. Časně ráno druhého dne se opium z povrchu tobolek seškrabává, upravuje do briket nebo bochníků o hmotnosti 0,5 – 1,5 kg a jako

takové přichází na trh.“ (Valíček, P. a kol., 2000, str. 75) Ke sklizni 1 kg surového opia je třeba asi 20 tisíc makovic.

Mezi přírodní deriváty opia patří morfin a kodein (příloha č. 9). Polosyntetickým derivátem je pak heroin (příloha č. 10).

Morfin byl prvně získán z opia v roce 1803. Je to bezbarvý krystalický prášek bez zápachu, s hořkou chutí, který časem tmavne. V opiu se nachází v koncentraci od 4 do 21 %. I přes vysokou návykovost je stále využíván v lékařství pro svůj výrazný účinek při tišení bolesti. Zneužívání morfinu není pro naši společnost tradiční, ohroženou skupinou jsou převážně jen profesionální zdravotníci.

Kodein (metylmorfin) je další z přírodních derivátů opia. Poprvé byl izolován v roce 1932 jako nečistota vyskytující se ve várce morfinu. V opiu se nachází v menším množství než morfin (v koncentraci od 0,7 do 2,5 %) a má slabší účinek. Používá se k tišení kašle, má analgetické účinky.

Braun je tradiční opiát naší drogové scény, který byl nejvíce zneužíván v období socialistického Československa. Jedná se o sytě hnědou tekutinu (příloha č.2), která se vyrábí podomácku z běžně dostupných léčiv obsahujících kodein. Jde o velmi účinnou směs derivátů kodeinu (dikodid, dihydrokodeinon, hydrokodon), která má srovnatelný účinek jako heroin. I když je v současné době zneužívání této drogy na ústupu (do popředí se dostává právě heroin), má i nadále své skalní příznivce. Uživatelé braunu je preferován jeho silnější euforizační efekt a zároveň ve srovnání s heroinem jeho slabší efekt tlumivý. Dalším specifickým braunu je jeho nitrožilní užívání, a to i při prvních experimentech.

Heroin (diacetylmorfin) byl syntetizován v roce 1898 a původně byl využíván ve farmacii při výrobě léků proti kašli, též se s ním experimentovalo jako s lékem proti závislosti na morfinu. Na základě zjištění, že jde o návykovou látku, byla jeho výroba zastavena a heroin se stal ilegální drogou. Mezi deriváty opia se právě heroin vyznačuje nejvyšší návykovostí.

Na černém trhu s drogami je heroin distribuován ve dvou formách. Jako „bílý prášek“ (white dust), který se vzhledem podobá hladké mouce. Je získáván

diacetylací morfinu. Druhou formou je „hnědý cukr“ (brown sugar) mající podobu malých rudohnědých granulí. Je získáván diacetylací morfinu s přísadami kofeinu a dalších ředících substancí. Na cestě od výrobce ke spotřebiteli je však průběžně ředěn, a proto je těžké při jeho aplikaci odhadnout množství účinné látky – hrozí riziko předávkování.

Častým způsobem užití opiátů je velmi riziková nitrožilní aplikace, Mezi „šetrnější“ způsoby pak patří šňupání či kouření, nebo inhalace drogy z nahřáté aluminiové folie.

„Obecně lze psychotropní efekt opiátů popsat jako celkově zklidňující. Nastává stav příjemného pasivního prožívání okamžiku spojeného s odstraněním naléhavosti problémů běžného života.“ (Presl, J., 1994, str. 24)

2.3 Česká drogová scéna

Drogová scéna v ČR, ale i v zahraničí prochází v posledních letech zásadními změnami v charakteru a struktuře. Na rozdíl od let devadesátých již nelze vymezit specializace konkrétních etnických skupin vůči jednotlivým druhům drog. Etnické a národnostní hledisko u pachatelů drogové trestné činnosti oproti dřívějším letům ustupuje do pozadí a vznikají velké zločinecké konglomeráty, kdy se dříve konkurenční skupiny výrobců a distributorů drog různých etnik a národností spojují a kooperují. Drogy se mezi skupinami vyměňují a dnes není například výjimkou podíl etnických Albánců na dovozu kromě tradičního heroinu i kokainu či efedrinu, na organizaci výroby metamfetaminu a jeho vývozu do zahraničí.

Dle výroční zprávy Národní protidrogové centrály za rok 2005 lze současnou situaci v oblasti zneužívání nelegálních návykových látek na území ČR charakterizovat následujícími skutečnostmi:

- Přetrvávající trend užívání konopných produktů mladými lidmi, kteří vzhledem k celospolečenskému klimatu nepokládají tyto produkty za zdravotně či sociálně nebezpečné.
- Zneužívání volně dostupných léků obsahujících pseudoefedrin (Modafen, Paralen, Nurofen Stopgrip) k nelegální výrobě metamfetaminu.
- Výrazný nárůst zneužívání a nelegální distribuce Subutexu a porušování pravidel substituční léčby, kdy si uživatelé aplikují tuto látku nitrožilně.
- Zvýšení poptávky po kokainu.
- Snížení kvality drog při koncové distribuci, zejména u heroinu.
- Zneužívání léčiv kodeinové řady k nelegální výrobě opiátu, slangově označovaného jako „braun“.

Hlavní trasy na Českou republiku

K patnáctiletému výročí Národní protidrogové centrály (NPC) její ředitel, plk. JUDr. Jiří Komorous v časopisu Týden (č. 45/2006) uvedl, že za dobu existence

NPC bylo zadrženo třináct tun drog a více než dva a půl tisíce pachatelů. Uvedené množství však činí pouze 20 % z české produkce drog. Dále vyjmenoval hlavní trasy distribuce drog vedoucích přes Českou republiku. Jedná se o balkánskou heroinovou cestu, nizozemskou cestu syntetických drog, jihoamerickou kokainovou dráhu a afgánskou heroinovou dálnici.

Hlavní trasou dovozu heroinu do České republiky je nadále tzv. Balkánská cesta. Zásadní postavení v obchodu s heroinem si udržuje kosovoalbánská komunita a Turci, kteří se podílejí na organizaci dovozu heroinu do celé Evropy. Tato trasa se stále více využívá i pro přepravu kokainu, efedrinu a syntetických látek. Dle policejních statistik byla jako nejčastější forma přepravy zásilek zjištěna doprava prostřednictvím kurýrů v úkrytech v osobních vozidlech. Řada zásilek je následně dále distribuována do západní Evropy, zejména do Německa a severských zemí, a to v kilogramových množstvích.

Obchod s cannabisem je charakterizován zvyšující se poptávkou po marihuaně s vysokým obsahem účinné látky THC (až kolem 30 %). Tuzemští pěstitelé jsou schopni tzv. hydroponním způsobem produkovat značné množství kvalitní marihuany a začíná se objevovat hašíš z domácí produkce. Zdrojovou zemí pro semena, hydroponní technologie, pomůcky k hydroponnímu pěstování rostlin i výsledný produkt je především Nizozemsko. Konopné produkty se dále přímo dováží, nejvíce z Maroka a Španělska.

Metamfetamin (pervitin) a extáze patří v České republice po marihuaně k nejvíce zneužívaným drogám. Obliba pervitinu je důsledkem přetrvávající poměrně snadné výroby v domácích laboratořích, tzv. varnách a srovnatelných účinků s kokainem za poměrně nižší cenu za dávku. Pervitin je vyráběn převážně občany ČR. Distribuce je následně organizována jak českými občany, včetně romského etnika, tak i skupinami osob z bývalé Jugoslávie a Sovětského svazu. Čistota drogy na černém trhu je odvislá od čistoty prekurzoru, ze kterého se vyrábí. Vyšší čistoty pervitinu je zpravidla dosaženo při výrobě přímo z efedrinu, než pseudoefedrinu či léčiv obsahujících efedrin, jako jsou volně prodejné přípravky Modafen, Paralen nebo Nurofen Stopgrip. Pervitin určený pro zahraniční odběratele

dosahuje čistoty až 90 %. Cesty vývozu směřují do sousedních států, především pak SRN, kde i nadále přetrvává trend obliby této drogy. Zde je distribuován v čisté bílé krystalické formě pod označením „KRYSTAL”. Cena metamfetaminu se v ČR pohybuje dle kvality a odebraného množství v rozmezí 600 až 1200 Kč za 1 g, zatímco v Německu kolem 65 euro za 1 g.

Obchod s extází je charakterizován častějším výskytem nových forem a složením této syntetické drogy. Na nelegálním trhu se častěji objevují tablety „falešné extáze”, která je vyráběna z různých druhů léčiv, a to i v domácích podmínkách. Na české drogové scéně byl také zaznamenán výskyt tablet „duhovek”, obsahujících účinnou látku mCPP, která však nepatří mezi látky kontrolované Organizací spojených národů, a není tudíž uvedena v přílohách zákona o návykových látkách. Jde o nebezpečnou halucinogenní látku s účinky podobnými látce MDMA. Extáze je do České republiky dovážena z Nizozemí, Belgie a Polska. Cena extáze se pohybuje v rozmezí od 50 do 200 Kč za 1 tabletu. Přeprava je realizována formou menších zásilek za využití drobných kurýrů, kteří používají automobilovou či vlakovou dopravu.

Obchod s kokainem není zatím na české drogové scéně příliš rozšířen. Vysvětlením může být ta skutečnost, že pro české konzumenty jde pořád o luxusnější drogu, jejíž cena se pohybuje v rozmezí 2000 až 2500 Kč za 1 g dle kvality a odebraného množství. Ač byl v roce 2005 zaznamenán nárůst poptávky po této droze, i nadále je Česká republika při dopravě a distribuci kokainu především tranzitní zemí. Kokain je dovážen především v malých zásilkách ze zemí Jižní Ameriky a jeho další distribuce po Evropě probíhá po Balkánské cestě. (*Zdroj: Výroční zpráva NPC 2005*)

2.4 Drogy a mládež

V problematice drog patří mládež k nejohroženějším. Vyrůstající trend užívání návykových látek mládeží se stal celosvětovým problémem. Užívání drog mezi mladými lidmi se ve vyspělých zemích rozšířilo v poválečném období ekonomického rozvoje, v západních evropských zemích pak narůstá od 60. let 20. století. Potřeba mapování rozsahu užívání drog v populaci byla logickou reakcí společnosti na zvyšující se sociální a zdravotní důsledky, které s užíváním drog úzce souvisí. V České republice byl tento fenomén zaznamenán a je průběžně sledován od 90. let 20. století.

Jednou z nejvíce využívaných forem získávání informací se stala školní dotazníková šetření. Do této kategorie patří i mezinárodní projekt ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), která byla poprvé realizována v roce 1995 pod záštitou Rady Evropy (Pompidou Group) ve 26 evropských zemích. Druhá vlna výzkumu proběhla v roce 1999 a zúčastnilo se jí již 30 zemí. Zatím poslední sběr dat se uskutečnil v roce 2003 při účasti 35 evropských zemí. Mezinárodní projekt koordinuje Švédská rada pro informace o alkoholu a drogách (CAN). Česká republika se projektu účastní již od jeho počátku, tedy od roku 1999. Mezinárodní výzkum je zaměřen na skupinu mládeže 16letých, kdy český soubor byl složen z 2962 jedinců v roce 1995, 2579 v roce 1999 a 3172 v roce 2003. V roce 2003 byla v rámci ESPAD realizována také Národní studie o užívání drog (NASUD), ve které bylo zahrnuto více než 15000 dotázaných. Získaná data touto studií byla určena pouze pro domácí potřeby. Jejím cílem bylo porovnání rozdílů v užívání drog v širším kontextu dospívání, tj. porovnat situaci u dospívajících ve věku 16 a 18 let, a zároveň poskytnout dostatečně velký soubor pro regionální srovnání na úrovni krajů ČR. Na přímém řešení projektu v roce 2003 participovalo vedle Psychiatrického centra Praha (PhDr. Ladislav Csémy) Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Mgr. Pavla Lejčková), Lékařské informační centrum s

agenturou INRES-SONES (PhDr. Petr Sadílek) a Státní zdravotní ústav (MUDr. Hana Sovinová).

Jednou z velkých předností tohoto projektu je srovnatelnost dat z jednotlivých period výzkumu, tedy možnost porovnat výsledky získané v roce 2003 s výsledky z let 1999, 1995 a sledovat tak vývojové trendy v rozsahu užívání nelegálních drog jak v ČR (příloha č. 11), tak i v ostatních evropských zemích.

Trendy mezi léty 1995 a 2003 v užívání drog u dospívajících v ČR

Na základě výsledků provedených studií ESPAD v letech 1995, 1999 a 2003 byl potvrzen očekávaný trend rozdílného vývoje v oblasti užívání různých typů nelegálních drog mezi mládeží. Na jedné straně dochází k nárůstu zkušeností s marihuanou a extází, na straně druhé k poklesu zkušeností s užíváním zdravotně a sociálně mnohem rizikovějších drog heroinu a pervitinu. V posledních letech dochází ke zmenšování rozdílů mezi pohlavími, významné rozdíly však přetrvávají mezi jednotlivými typy škol a mezi regiony.

V rámci celoživotní prevalence užívání nelegálních drog byly respondenty po celé sledované období nejčastěji uváděny zkušenosti s užitím konopných drog. Alespoň jednu osobní zkušenost s marihuanou nebo hašišem uvedlo 21,8 % dotázaných v roce 1995 a 34,6 % v roce 1999. Mezi lety 1999 a 2003 nebyl nárůst tak strmý. V roce 2003 uvedlo užití marihuany či hašiše 43,6 % dotázaných. Na dalších místech se objevují zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (11,1 %), užití léků v kombinaci s alkoholem (11,5 %), čichání rozpouštědel (9 %) a užití extáze (8,3 %). Zkušenosti s halucinogeny (6 %), amfetaminy (4 %) a s opiáty (2 %) jsou méně časté.

Při sledování celoživotní prevalence užití nelegálních drog je pozitivním trendem odklon mládeže od drog s vysokým rizikem nebezpečnosti (pervitin, heroin), avšak alarmující je velký nárůst užití extáze. Další neradostnou skutečností je stále se zvyšující procento mladých lidí, kteří během života užili jakoukoliv drogu. V roce 1995 šlo o 22,7 % a v roce 2003 již o 43,8 %. Podobná situace byla

zaznamenána v roce 2003 u prevalence opakovaného užívání (častěji než 5krát), kdy mezi lety 1995 a 2003 vzrostl výskyt opakovaného užívání drog 2-5krát. Největší výskyt byl zaznamenán u marihuany, kde vzrostl pětinasobně. Jedná se tedy o negativní trend, kdy výrazně narůstá počet mladých lidí s vyšším ohrožením přímými i nepřímými riziky užívání drog (předávkování, infekce, úrazy).

Pozitivním trendem je zastavení poklesu věku první zkušenosti s drogou, což lze konstatovat ze zjištění, že mezi 1999 a 2003 se nezvýšil podíl těch, kteří drogu zkusili do svých 13 let.

Dalším sledovaným jevem byly rozdíly v užívání návykových látek mezi pohlavími. Zatímco užívání marihuany je častější u chlapců, užívání pervitinu a heroínu je o trochu vyšší u dívek. Dívky také častěji užívají léky se sedativním účinkem. Současný trend však směřuje k vyrovnávání poměru mezi pohlavími.

Další rozdíly v prevalencích užívání drog souvisejí s typem navštěvované školy. Užívání drog je více rozšířené a zaznamenává větší nárůst mezi studenty středních odborných učilišť (jakoukoliv nelegální drogu užilo více než 55 % studentů), zatímco mezi studenty středních škol s maturitou byla celoživotní prevalence užití drogy 43 % a mezi studenty gymnázií 31 %. Rozdíly mezi školami existují v užívání konopných i nekonopných látek. I když v období let 1995 až 2003 byl zaznamenán nárůst užívání drog mezi studenty gymnázií, je však stále nejnižší v porovnání s ostatními typy škol. Výsledky průzkumu tedy směřují ke skutečnosti, že rozšířenost zkušeností s drogami je v nepřímé úměře s akademickými aspiracemi studentů. Nízká úroveň vzdělání či studijních aspirací patří mezi sociodemografické rizikové faktory.

Porovnáním regionálních rozdílů v prevalencích užívání návykových látek lze konstatovat, že mezi dlouhodobě nejvíce exponované oblasti patří oblast severních Čech (Ústecký kraj), oblast severní Moravy a hlavního města Prahy. Vývojovým trendem v této oblasti je jak zmenšování rozdílů mezi regiony, tak i vyrovnávání dostupnosti drog.

Součástí studie bylo i provedení odhadu počtu dospívajících ve věku 15-19 let, kteří se již dostali do kontaktu s drogou. Na základě výskytu zkušeností s

drogami v reprezentativním vzorku byl proveden přepočet na celkovou populaci mladistvých. Podle takto provedeného odhadu mělo nějakou zkušenost s drogou 325 tisíc mladých lidí, opakovanou (více než 5 krát) pak 180 tisíc. Nejčastěji šlo o zkušenost s marihuanou a extází. Ačkoli se oproti roku 1999 celkově zvýšil počet mladých lidí vystavených působení drogy, což je sice jev nežádoucí, pozitivum lze spatřovat v okolnosti, že počet mladých lidí, kteří opakovaně užívali heroin nebo pervitin se výrazně nezvýšil (Csémy, L. a kol., 2006).

3 PREVENCE PROBLÉMU PŮSOBNÝCH DROGAMI

Užívání nelegálních drog v současné společnosti dosahuje stále větších rozměrů. Nelegální drogy nejsou v našich podmínkách tradiční, nemají kulturní ani historické kořeny. I experimentování s drogou je považováno za napojení na drogovou společnost a směřuje k odsunutí jedince na periferii společnosti, do společenství marginálních skupin. V podstatě se jedná o kriminalizované chování, které je většinovou společností odmítáno jako nežádoucí. Užívání nelegálních drog může vést nejen ke vzniku závislosti, neopominutelným nebezpečím je však také zvýšené riziko úrazů, otravy a vzniku infekcí a fyzického nebo psychického poškození organismu.

Proč tedy lidé v takové míře užívají drogy? Pro určitou skupinu lidí, převážně pro mladé, může jít o určitou rebelii, podle Presla (1994) jde o přitažlivost rizika vyjádření odporu vůči většinové normě. Avšak odpověď na tuto otázku není až tak jednoduchá.

Problémy s drogami nemají jen jednu příčinu. Jde vždy o souhru celé řady faktorů, působících na toho kterého jedince. „Příčina experimentu s drogou, braní drog i vznik závislosti leží vždy někde ve vzájemné kombinaci těchto okruhů:

- osobnostní charakteristiky – dědičnost;
- vlivy prostředí;
- přítomnost drogy a její charakteristiky“. (Presl, J., 1994, str.48)

Osobní charakteristiky – mezi faktory zvyšující riziko užívání drog u dětí a mládeže patří především duševní poruchy a poruchy chování, setkání s návykovými látkami v mladém věku, poškození mozku při porodu, úrazy hlavy, dlouhodobé bolestivé onemocnění, nedostatek vhodných způsobů pro zvládání stresových situací, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nízké sebevědomí, výrazně

převažující příjemné pocity po návykových látkách, nízká schopnost vzdorovat nepříznivému vlivu okolí, agresivita a špatné sebeovládání, nízká inteligence.

Vlivy prostředí – jde o faktory, které se podílejí na vzniku problémů s návykovými látkami nejvýznamněji. Do této skupiny lze v podstatě zařadit všechno, co nás obklopuje, co formuje náš postoj k světu, jako například veřejné mínění, masmédia, zaměstnání, vrstevníci, parta, přátelé, možnosti trávení volného času, ale nejvýznamnější vliv na vytváření vlastního postoje má rodina a následně škola.

Přítomnost drogy a její charakteristiky – sledujeme její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace.

3.1 Protidrogová politika ČR

Při tvorbě národních protidrogových politik jednotlivých států zaujímají klíčový význam především tři mezinárodní úmluvy Organizace spojených národů týkající se omamných a psychotropních látek:

- 1) Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb., ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.);
- 2) Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.);
- 3) Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.) (Kalina K. a kol., 2003, str. 54).

V těchto základních mezinárodních úmluvách je zakotvena povinnost smluvních stran důsledně kontrolovat výrobu drog, další nakládání s nimi omezit na nezbytně nutnou míru, zakázat jejich nelegální výrobu, pěstování, dovoz, vývoz, distribuci, obchod a držbu a porušení těchto zákazů trestně stíhat.

Česká republika se k těmto závazkům vyplývajícím z Úmluv OSN přihlásila v roce 1993, kdy byl přijat první vládní dokument „Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993-1996“, který se stal základem národní protidrogové politiky a je nadále rozvíjen a aktualizován. V dokumentu se vláda přihlásila k vyváženému přístupu ve smyslu Globálního akčního plánu OSN z roku 1991, který stojí na rovnováze represe a prevence, tj. primární prevence, harm reduction, léčby a resocializace. I když byly z počátku programy harm reduction do určité míry vládou negovány, v současné době tvoří jeden z pilířů protidrogové politiky České republiky.

Současná protidrogová politika České republiky je realizována na základě Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009, schválené usnesením vlády č. 1305 v prosinci 2004 a navazujícího akčního plánu na období 2005-2006, schváleného usnesením vlády č. 886 v červenci 2005. Strategie navazuje na předešlé tři koncepční dokumenty o protidrogové politice vlády (z let 1993-1996, 1998-2000 a 2001-2004) a jejím dominantním principem na uvedené období je ochrana zdraví. Obsahově i časově koresponduje s protidrogovou strategií EU – Cesta vpřed z května 2004 a s programem WHO Zdraví pro všechny v 21. století. Na její tvorbě se podílí jak zástupci veřejné správy na centrální a krajské úrovni, tak i představitelé odborné obce.

„Národní strategie deklaruje, že Česká republika uznává komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup k řešení problému užívání drog, který vychází ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních, který staví na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií moderní protidrogové politiky. Těmi jsou:

- snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog),
- snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů),
- snižování rizik s jejich užíváním spojených (harm reduction).

Tyto strategie jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se.“ (Národní strategie protidrogové politiky 2005-9, str. 5)

Na základě vyváženého uplatňování těchto tří základních strategií byly vytyčeny dva hlavní cíle:

- Potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog.
- Snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

Specifické cíle protidrogové strategie jsou i nadále zaměřeny na předcházení problémovému užívání heroinu a pervitinu a s ním spojeným zdravotním a sociálním rizikům pro jednotlivce a společnost a na předcházení a snižování užívání konopných a syntetických drog typu extáze. Preventivní programy jsou zaměřeny na intenzivní poskytování informací o zdravotní škodlivosti a rizicích spojených s užíváním těchto látek, zejména mladým lidem a širší veřejnosti (dle přijatého konceptu WHO - Zdraví pro všechny v 21. století).

Klíčovými subjekty protidrogové politiky státu jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, věcně příslušná ministerstva, Policie ČR, celní správa, dále pak jednotlivé kraje a obce a odborné společnosti a nestátní neziskové organizace.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) původně vznikla jako Meziresortní protidrogová komise, kterou vláda zřídila v roce 1993 usnesením č. 446 jako svůj poradní a koordinační orgán v otázkách protidrogové politiky. V souladu s Akčním plánem OSN z roku 1991 Rada systémově řeší drogovou problematiku. Zabezpečuje součinnost resortů odpovědných za realizaci dílčích opatření a plnění úkolů, vyplývajících z mezinárodních smluv, jimiž je ČR vázána. Soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace, podklady a návrhy pro tvorbu a uplatňování jednotné protidrogové politiky vlády a koordinuje plnění úkolů na mezinárodní, centrální, krajské a místní úrovni. Podílí se na koordinaci krajských a regionálních protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí krajů a měst,

které zastávají významnou úlohu v přenosu úkolů a poznatků z centrální na místní úroveň a zpět.

Ostatní subjekty protidrogové politiky se následně řadí pod jednotlivé oblasti protidrogové politiky. Základními oblastmi jsou již výše zmiňované čtyři pilíře vyváženého přístupu, tvořící základ protidrogové politiky ČR.

3.1.1 Snižování poptávky

Strategie a programy zaměřené na snižování poptávky jsou zaměřeny především na snížení zájmu o užívání drogy. Ke snížení poptávky jsou využívány preventivní a edukační programy, které se zaměřují na odvrácení uživatele nebo potenciálního uživatele od experimentování s drogami a od jejich následného užívání. Dále sem řadíme poradenské a léčebné programy zaměřené na abstinenci, snižování frekvence užívání nebo dávek drogy. Do této skupiny patří také programy nabízející vzdělávání nebo léčbu jako alternativu trestu a v neposlední řadě též sociální opatření ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog jako je záškoláctví, šikana, vandalizmus, nezaměstnanost a jiné. Tyto všechny strategie a programy zaměřené na snížení poptávky po drogách jsou v rámci Národní strategie protidrogové politiky rozděleny do dvou základních úrovní takto:

1) Primární prevence – je zaměřena na předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo alespoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií. Zahrnuje vytváření optimálních podmínek pro bio-psycho-sociální vývoj jedince, na kterém se podílí celá společnost. Gestorem této oblasti je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které spolupracuje s dalšími subjekty, jimiž jsou především Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo

zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo financí. V této oblasti prevence má nezastupitelné místo především rodina.

2) Léčba a resocializace (dle členění WHO - sekundární prevence) – soustřeďuje se na předcházení vzniku, rozvoji a přetrvání závislosti u osob, kteří jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislými. Zahrnuje včasnou intervenci, poradenství a léčení. Oblast sekundární prevence je doménou především Ministerstva zdravotnictví.

3.1.2 Snižování rizik – HARM REDUCTION (HR)

Programy harm reduction (v odborné literatuře někdy řazené do terciární prevence) jsou zaměřeny na snižování možných zdravotních a sociálních rizik a dopadů užívání drog na uživatele v daný čas nerozhodnuté pro život bez drog, a na společnost. Patří sem sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, ale i prevence zdravotních rizik u neabstinujících klientů. HR zahrnuje programy výměny injekčních jehel a stříkaček, distribuci kondomů, zdravotní a sociální pomoc, poradenství a edukaci. Do rámce HR patří také podávání náhradní drogy (substituce, např. metadon) nebo původní drogy (heroin) pod lékařským dohledem. Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit tak smrtelným rizikům nebo kriminalizaci. Zásadní roli v oblasti snižování rizik zaujímá Ministerstvo zdravotnictví, které dále spolupracuje s Ministerstvem práce a sociálních věcí a to především v rovině poskytování sociální podpory, resocializace v terapeutických komunitách, v poskytování chráněného bydlení a možnosti pracovního uplatnění včetně případné rekvalifikace.

Na všech úrovních prevence, tedy na snižování poptávky se podílí poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby, které bývají často poskytované

nestátními neziskovými organizacemi. Mezi nejznámější patří Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně a A.N.O. – Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí.

3.1.3 Snižování dostupnosti návykových látek

Obecně pojem snižování dostupnosti (nabídky) zahrnuje širokou škálu aktivit směřujících k zastavení či omezení výroby a distribuce omamných a psychotropních látek, přípravků a prekurzorů, které jsou vyjmenovány v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů a v nařízení vlády č. 192/1988 Sb., o jedech a některých jiných látkách škodlivých zdraví. Mezi základní opatření ke snižování nabídky patří:

- 1) administrativní kontrola** - zabraňuje úniku legálních drog používaných v medicíně jako léčiva či ve výzkumu, prekurzorů a pomocných látek na nezákonný trh. V rámci této kontroly jde o taková opatření, kdy výroba, pěstování, dovoz a distribuce omamných a psychotropních látek podléhají přísným omezením a jsou prováděny na základě povolení (licence). Veškeré nakládání s nimi je přísně evidováno a průběžně kontrolováno. Dále zakazuje držbu drog bez zákonného povolení.
- 2) zákonná represe** - zaměřena na eliminaci trestné činnosti v oblasti produkce, tranzitu a obchodu. Vykonává trestní postih osob, které neoprávněně, tj. mimo zákonný rámec daný v ČR zákonem o návykových látkách, s OPL zacházejí a dopouštějí se tak trestných činů. V rámci postihu drogových deliktů je nutné rozlišovat dvě skupiny pachatelů a jimi spáchaných trestných činů. Do první skupiny řadíme členy organizovaných skupin (často mezinárodního charakteru),

kterí se dopouštění drogových trestných činů za účelem finančního zisku, do druhé pak uživatele, dostávající se do konfliktu se zákonem.

Účinnost strategie snižování nabídky a dostupnosti drog tedy předpokládá přijetí takových legislativních a správních opatření, které vycházejí z poznání aktuálního vývoje drogové problematiky a reagují na změny drogové scény a to jak na mezinárodní bázi, tak následně na úrovni jednotlivých států. V ČR jsou drogové delikty vymezeny zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, trestním zákonem (zejména v § 187 až § 188a) a zákonem o přestupcích v § 29 a § 30.

Aktéry snižování nabídky jsou především ministerstvo vnitra, spravedlnosti, financí a zdravotnictví.

Ministerstvo spravedlnosti odpovídá za tvorbu legislativních návrhů v oblasti trestního práva a vytváří podmínky pro činnost soudů a státních zastupitelství ve věcech týkajících se drogové kriminality. Dále prostřednictvím Vězeňské služby ČR realizuje systémová opatření, jejichž cílem je zabránit průniku drog do vězeňských objektů. Ministerstvo spravedlnosti zabezpečuje také činnost Probační a mediační služby, odklony v trestním řízení nebo alternativy trestu odnětí svobody.

Ministerstvo vnitra se podílí na regulaci opatření potlačování nabídky ilegálních drog, na vymáhání práva při nezákonné distribuci drog legálních a na potírání kriminality páchané v souvislosti s užíváním všech typů drog činností Policie ČR a dalších specializovaných útvarů. Celorepublikovou strukturu tvoří odborníci a specializovaná pracoviště Služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV) na všech úrovních, specializovanými pracovišti jsou Národní protidrogová centrála SKPV a krajské expozitury.

Ministerstvo financí odpovídá za efektivní financování programů protidrogové politiky jak na centrální, tak i na místní úrovni. Prostřednictvím Celní

správy v oblasti potlačování nabídky drog vykonává činnost zaměřenou zejména na odhalování nelegálních zásilek drog směřujících z/do zahraničí a dále odpovídá za kontrolu a evidenci legální produkce máku setého a konopí, tj. zemědělských plodin obsahujících OPL. Dále stanovuje pravidla financování neziskové sféry ze státního rozpočtu.

Ministerstvo zdravotnictví se podílí na snižování dostupnosti omamných a psychotropních látek činností Inspektorátu OPL, který je pověřen výkonem kontroly zákonného zacházení s OPL a prekurzory, povolováním zacházení s OPL, spoluprací s orgány OSN a kompetentními orgány partnerských zemí. Nezastupitelné místo zde zastává též Hygienická služba ČR, která na základě informačního systému poskytuje důležité podklady pro racionální formování drogové politiky státu.

3.2 Primární prevence v rodině

Rodina je primárním činitelem socializace v raném věku dítěte a od té doby má trvalý a významný vliv na vývoj a sebepojetí dítěte. Zprostředkovává kontakt mezi dítětem a společností. „Primární funkce rodiny spočívá v tom, že již od narození ovlivňuje vývoj dítěte, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a zapisují se trvale do duševního života dítěte. Jedinec si sebou do života odnáší základní pojetí citů a modely chování jako své vlastní dispozice či sklony. Zprostředkující funkce rodiny spočívá také v tom, že v jejím společenství získává jedinec základní stupnici hodnot, jejichž prostřednictvím se připravuje na společenský život. Socializační funkce rodiny jsou velice široké. Rodina jednak zajišťuje uspokojování biologických potřeb dítěte, zajišťuje podmínky pro jeho zrání a růst, ale připravuje jej také na přijetí rolí a vzorů jednání. Z tohoto základu se rozvíjí vědomě řízená výchova – utváření návyků, sebekontrola, učení, přijetí disciplinovaných forem jednání, očekávání odměn či trestů apod. Tím se právě v rodině kladou základy výchovy mimo rodinu.” (Kot’a J., 2004, str. 38)

Tím se dostáváme k rodičovské výchově samotné. Jaká by tedy výchova dítěte měla být, aby z dítěte dozrál samostatný a zodpovědný jedinec, zvládající budoucí problémy bez použití návykových látek. Tedy aby socializace jedince do společnosti byla úspěšná?

Za správný typ výchovy je v odborné literatuře uváděn ten, který je někde uprostřed mezi autoritářskou a liberální výchovou a je nazýván výchovou autoritativní. Rodiče uplatňující tento styl výchovy jsou vůči dítěti přijímající, očekávají od něj zralé chování, poskytují mu jasná pravidla, které sami respektují a zároveň očekávají, že budou akceptována i dítětem. Povzbuzují dítě k vyjádření vlastního názoru a dokáží vyjádřit i svůj vlastní. Neváhají upustit od požadavků poslušnosti a disciplíny a trestů užívají pouze tehdy, když se dítě chová nesmyslně

nebo nerozumně. V takovýchto domácnostech pak mají jak rodiče, tak děti vyvážená práva a povinnosti, což tvoří základ tohoto stylu výchovy. Děti vyrůstající v takovémto prostředí bývají samostatné a sebevědomé, jsou zodpovědné a přátelské, dokáží ovládat agresí. Tyto děti jsou sice méně ohroženy návykovými látkami, ale riziko drogového problému tu stále je. Minimalizace rizika předpokládá znalost a uplatňování základních preventivních zásad, jimiž jsou podle Nešpora tyto:

1. Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
2. Umět s dítětem o návykových látkách hovořit.
3. Předcházet nudě.
4. Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat.
5. Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
6. Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti.
7. Posílit sebevědomí dítěte.
8. Spolupracovat s dalšími dospělými (Nešpor, 1996, str.22).

K získání důvěry dítěte je důležité, aby rodiče měli na dítě pravidelně čas, uměli mu naslouchat a při hovoru respektovat základní pravidla. Být pozorný k mimoslovním projevům dítěte, umět vhodně v rozhovoru povzbudit, vyjádřit pochopení pro dětské problémy a též umět poradit. Důležité je též umět přiznat omyl či nevědomost, v žádném případě by rodiče neměli dítěti lhát. To vše pak vytváří zdravé prostředí pro utváření pevných vztahů důvěry mezi dítětem a rodiči, v rámci kterých se dítě spíše dokáže svěřit se závažnými problémy.

Dosažením určitého věku dítěte by měl být řešen na obecné úrovni i problém návykových látek. Rodiče by se neměli bát poskytnout dítěti základní informace o návykových látkách, čímž mohou předejít falešným interpretacím, které by mohly

dítě negativně ovlivnit. V těchto debatách by neměl být vysloven striktní zákaz, pracovat by se mělo spíše s vysvětlením, proč by děti neměly začínat s drogami a proč právě člověk ve stádiu vývoje je více ohrožený než dospělý. Přísný zákaz mnohdy mívá opačný následek. Postoj k návykovým látkám by měl být negativní a podpořen příkladem rodičů.

Jedním z často uváděných důvodů, proč dítě či mladý člověk drogu okusí, bývá nuda a lenivá zvědavost. Tomu lze zabránit, pokud rodiče podporují dítě v kvalitních zábavách mimo rodinu. Produktivní trávení volného času a styk s vrstevníky, kteří nepijí a neužívají drogy, vytváří tlak na jedince, směřující k tomu, že dítě může přijmout postoje zdánlivě neakceptovatelné. Pravidlem by mělo být také to, že rodiče nebudou dítě nutit, ale výběr záliby, koníčku či sportu ponechají na potomkovi. Předcházet nudě se dá i posílením vazeb na rodinu, např. začleněním dítěte do výkonu domácích prací či sdílením společné zábavy.

Předpokladem zdravého vývoje dítěte je stanovení a dodržování pravidel v rodině. Je omylem se domnívat, že děti touží po neomezené svobodě a domácím chaosu za stálé změny požadavků a pravidel. Proto by v rodině měla být stanovena i zdravá pravidla týkající se návykových látek. Mezi tato pravidla patří žádný alkohol nebo drogy u nezletilých, předem dané a logicky související důsledky jejich porušení, neústupnost vůči vydírání, právo na kontrolu a pravidlo informovanosti.

Zdravé sebevědomí pomůže dítěti řešit stávající problémy bez drog a alkoholu. Nedostatečná sebedůvěra, pocity méněcennosti a vnitřní tenze patří mezi rizikové faktory vzniku drogového problému. Dítě, které si věří, se dokáže lépe prosadit mezi vrstevníky a snáz odmítne negativní vzory. Vývoj zdravého sebevědomí dítěte lze podpořit pochvalou, a to i za snahu, pomocí při výběru rozumných cílů a poskytnutím přiměřené odpovědnosti.

Dítě by se mělo také naučit tomu, že se vrstevníkům nemusí přizpůsobovat za každou cenu, že lze za určitých okolností odmítnout. Aby dítě za určité okolnosti

dokázalo říci ne, musí být zdravě sebevědomé. Proto je třeba podporovat individualitu dítěte, pomoci mu nalézt jeho jedinečnost. Zde může být uplatněn i příklad rodiče jako nositele pozitivních hodnot. Těmito hodnotami jsou především respekt vůči tělesnému a duševnímu zdraví, jeho ochrana a podpora, schopnost ovládat se a být odpovědný za své jednání a v neposlední řadě okolnost, že rodiče alkohol ani jiné drogy nezneužívají.

Pro uplatňování těchto zásad v rodině je také nutné znát věkovou připravenost dítěte. Tu lze shrnout do několika základních období:

➤ Od narození do 1 roku

Dítě je závislé na dospělém člověku, vytváří se vazba mezi matkou a dítětem. Ta je v pozdějším věku důležitá pro vytvoření důvěry k okolí. Prevencí citové deprivace je přiměřeně pečující a laskavá matka.

➤ Od 1 do 3 let

Dítě začíná prosazovat svoji vůli. Chování rodičů by mělo být klidné a vřelé. Mělo by dítěti ukazovat, že je v pořádku, že se chce prosadit, ale že jsou i určitá omezení.

➤ Od 3 do 6 let

Dítě se seznamuje s vnějším okolím rodiny. V tomto období by se dítě mělo seznamovat s hodnotou zdraví, které je třeba chránit. Mělo by si osvojit co zdraví prospívá a co naopak škodí.

➤ Od 7 do 12 let

Informace o zdraví by měli být konkrétnější a postupně je přeměňovat v pravidla a návyky. Cílená prevence proti škodám působeným návykovými látkami by měla začít v tomto období. Účinnost prevence se zvýší, je-li zahájena 2-3 roky před prvním kontaktem s drogou.

➤ Od 13 do 22 let

Důležitou roli sehrává vrstevnická skupina. Ta může pomoci se návykovým látkám vyhnout, nebo naopak představuje nebezpečí. Rodiče by měli být zdrojem informací a povzbuzovat k samostatnosti a sebedůvěře. Právě tato skupina mládeže je nejvíce ohrožena návykovými látkami.

3.3 Primární prevence ve škole

Škola zaujímá v životě jedince významné postavení. Je dáno tím, že dítě ve škole pravidelně tráví několik hodin denně po mnoho let. V součinnosti s rodinou se podílí na vytváření hodnotového systému jedince, výrazně ovlivňuje jeho budoucí životní dráhu a způsoby rozhodování. Škola a školská zařízení vůbec jsou často jediným prostředím, ve kterém lze systémově a koordinovaně působit na jedince. Škola tedy zastává jednu z nejdůležitějších úloh v oblasti prevence vzniku drogového problému.

Školní primární prevence vychází ze Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008, jejímiž hlavními cíli na toto období jsou zejména výchova ke zdravému životnímu stylu a rozvoj a podpora sociálních kompetencí. V oblasti protidrogové primární prevence bylo ministerstvo usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na mezíresortní úrovni. Systém školské primární prevence je zajišťován na vertikální úrovni krajskými školními koordinátory, metodiky prevence a školními metodiky prevence.

Základním dokumentem, který v současné době legalizuje provádění preventivních aktivit na školách je Minimální preventivní program, který je

zpracován pod názvem Škola bez drog a je součástí Koncepce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT. Je závazným opatřením pro uplatňování protidrogové politiky ve školách a školských zařízeních. Hlavní zásady tohoto programu lze shrnout do několika bodů:

- systémová a koordinovaná strategie;
- aplikování preventivních aktivit v dostatečně raném věku;
- věkově přiměřené, různorodé a aktivizující metody;
- nabízení pozitivních alternativ chování a životních cílů;
- výcvik sociálně psychologických dovedností včetně odmítání nabídky;
- využívání peer-prvků;
- nabídka aktivit pro smysluplné využívání volného času;
- respektování rizikových faktorů;
- aktuálnost a pravdivost poskytovaných informací;
- informování o poradenských možnostech;
- sledování efektivity opatření (Kalina, K., 2003, str. 302).

Minimální preventivní program vypracovává školní metodik prevence ve spolupráci se všemi pedagogy, vedením školy a ostatními nepedagogickými pracovníky. Respektuje specifika školského zařízení a regionu, míru problémů ve vztahu k drogám mezi dětmi a mládeží. Jeho součástí je i školní řád, ve kterém je jasně vyjádřen postoj zařízení k drogám legálním i nelegálním a následné kroky a opatření při jeho porušení. Efektivnost programu dále předpokládá spolupráci s rodiči a jinými institucemi a organizacemi, podílejícími se na jeho realizaci. Jeho součástí je i přehled a nabídka volnočasových aktivit. Hlavní částí programu je pak stanovení konkrétní strategie naplňování primární protidrogové prevence ve výchovně vzdělávacím procesu.

Existují dvě základní skupiny preventivních programů:

- **jednorázové preventivní akce** s celou řadou různých forem, jako jsou např. komponované programy, přednášky, besedy, filmy, brožury, publikace, jejichž cílem je poskytování informací o drogách a o rizicích, které souvisejí s jejich užíváním. Jako efektivní se ukazují spíše jako doplněk dlouhodobých programů.

Interaktivní seminář – interaktivní formou zprostředkovává informace z oblasti problematiky užívání návykových látek, sociálních a zdravotních důsledcích souvisejících s jejich užíváním a s možnostmi, kam se obrátit v případě nastalých potíží.

Vzdělávací seminář – aktivita informačního charakteru zaměřená na jedno konkrétní téma (např. formy efektivní primární prevence, rizikové a protektivní faktory vzniku závislosti, apod.).

Komponovaný pořad – kombinuje uměleckou formu (např. film, divadelní představení s tematikou užívání návykových látek) s následnou diskusí s odborníky v oblasti prevence.

Beseda – jednorázová aktivita, při které lektor rozhovorem s posluchači zjišťuje jejich znalosti, názory a postoje a podle jejich úrovně se zaměřuje na konkrétní témata, odpovídá na dotazy a dává prostor pro vyjádření jednotlivých osob ve skupině.

Přednáška – odborný výklad ryze informativního charakteru, který předpokládá aktivní zapojení cílové skupiny, zaměřený na konkrétní téma (např. přehled návykových látek, jejich účinky a rizika, legislativní aspekty užívání drog, apod.)

- **dlouhodobé interaktivní programy** se zaměřují především na rozvoj osobnostních dovedností (rozhodování, zvládání obtížných životních situací,

stanovení jasných cílů), sociálních dovedností (asertivitu, schopnost odolat tlaku vrstevníků) a postojů a jsou realizovány jako součást výchovně vzdělávacího procesu na školách.

Peer programy – Jejich principem je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování. Význam anglického slova „peer” (vrstevník) je mnohem širší. Je to někdo, s nímž se cílová populace může ztotožnit. Určitou roli hraje nejen věk, ale i např. sociální situace nebo zaměstnání. Jestliže se cílová populace s nositeli preventivního programu ztotožní, poměrně snadno nabyté dovednosti uplatní v praxi. Tento program se jeví jako nejefektivnější především u normální populace, selhává však u jedinců se zvýšeným rizikem. Podle Nešpora je toto selhání dáno tím, že „problémový jedinec nebude vnímat svého neselhávajícího vrstevníka jako skutečného „peera”, tedy člověka ve stejné situaci a téže sociální skupiny. Nemůže se s ním tedy dost dobře ztotožňovat a použít jeho pozitivní model chování.” (Nešpor, K., Csémy, L., 1996, str. 24-25)

Edukativní program – ucelený vzdělávací program, který zahrnuje teoretickou přípravu a základní informace z oblasti problematiky užívání návykových látek, případně prohlubování získaných znalostí, předávání aktuálních informací a nácvik praktických dovedností.

Dlouhodobý komplexní program primární prevence – kontinuální, komplexní a interaktivní program, jehož součástí je vedle problematiky návykových látek a jiných sociálně nežádoucích jevů i rozvoj sociálních dovedností.

Program primární prevence pro rizikové skupiny/osoby (program včasné intervence) – cílený program primární prevence pro skupiny osob/jedince, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti, tj. jsou více ohrožené než zbytek populace.

Aby byl zvolený program primární prevence efektivní, musíme znát cílovou skupinu, pro kterou je určen. Tou může být běžná populace bez rozdělování na méně či více rizikové skupiny. V tomto případě by měl program odpovídat věkovému složení dané populace, např. žáci základních škol, studenti středních škol, atd. Dalšími cílovými skupinami mohou být rizikové skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti a jiných sociálně nežádoucích jevů (např. třídy s rizikovými skupinami žáků, žáci speciálních škol, střední zdravotní personál, atd.) a rizikové jedinci se zvýšenou mírou výskytu rizikových faktorů (např. děti závislých rodičů, hyperaktivní děti, děti s problematickým postavením ve skupině, atd.), u kterých je třeba aktivity zaměřovat přímo na konkrétní osoby. Dalšími faktory efektivity jsou vhodně vybraná forma programu (krátkodobý/dlouhodobý), obsah programu (příloha č. 12) a dobré naplánování a řádné provedení.

4 PRŮZKUM POSTOJŮ STUDENTŮ STŘEDNÍCH ŠKOL K DROGÁM A DROGOVÉ PREVENCI

V dotazníkovém šetření se chci zaměřit na zjištění aktuálních informací o rozsahu užívání nelegálních návykových látek mezi studenty pražských středních škol a uplatňované školní drogové prevenci. Pozornost bude věnována názorům studentů na účinnost jednotlivých preventivních aktivit a oblasti, ve kterých považují prevenci za nedostačující. V neposlední řadě bych chtěla postihnout důvody vedoucí k experimentu s drogou, věk prvního užití drogy a častost opakovaného užívání drog. Konstrukce dotazníku, výběr a složení respondentů bude vycházet z výzkumu realizovaného v roce 1999, jehož cílem bylo zjištění stavu rozšíření návykových látek u mládeže a zjištění účinnosti různých preventivních strategií (Pokorný, T., Hradec Králové, 1999). Dodržení stejných podmínek realizace dotazníkového šetření umožní neskreslené porovnání výsledků a možnost vyhodnocení trendů v oblasti užívání drog a drogové prevence mezi lety 1999 a 2007.

Předpoklady (hypotézy):

1. Předpokládám, že drogy jsou nabízeny většímu počtu studentů než v roce 1999.
2. Předpokládám, že počet experimentátorů s drogou se zvyšuje v přímé úměře ke zvyšujícímu se tlaku nabídky drog a jejich počet stoupá.
3. Předpokládám, že studenti experimentují a případně užívají převážně drogy s akceptovatelným rizikem, tedy drogy z konopí.
4. Předpokládám, že nejúčinnější preventivní aktivitou je aktivní využití volného času.

4.1 Podmínky dotazníkového šetření

Za podklad pro vytvoření dotazníkového formuláře jsem použila dotazník z výzkumu realizovaného v roce 1999 (příloha č. 13), jehož cílem bylo zjištění stavu rozšíření návykových látek u mládeže a zjištění účinnosti různých preventivních strategií. Tento dotazník jsem rozšířila o otázky zaměřené na vlastní zkušenosti respondentů s jednotlivými nelegálními návykovými látkami. Celoživotní zkušenost a četnost opakovaného užívání drog (ročně, měsíčně, týdně a denně) byla sledována u konopných drog, LSD, pervitinu, cracku, kokainu, heroinu, extáze, halucinogenních hub, těkavých látek a tisících prostředků nebo sedativ bez lékařského předpisu. Zároveň byla sledována zkušenost s injekčním užitím drog. Dále byly sledovány také skutečnosti, v kolika letech došlo k první zkušenosti a která droga byla užitá jako první. V oblasti drogové prevence bylo dotazníkové šetření rozšířeno o otázku postihující realizaci jednotlivých preventivních aktivit na sledovaných školách.

Dotazníkový formulář (příloha č. 14) měl celkem 2 strany a 11 otázek. Použité otázky byly uzavřené, u některých s možností více odpovědí.

Použitím dotazníkového formuláře z předchozího výzkumu bylo docíleno možnosti sledovat trendy užívání nelegálních návykových látek mládeží a drogové prevence, k nimž došlo od roku 1999.

4.2 Popis zkoumaného vzorku

Na základě sdělených informací realizátorem výzkumu v roce 1999 bylo dotazníkové šetření provedeno na stejných pražských středních odborných školách a s početně srovnatelným souborem studentů třetích ročníků, tedy s věkovou skupinou 17-18letých. V roce 1999 bylo dotázáno celkem 240 studentů, z toho 123

chlapců a 117 dívek. Pro zpracování tohoto průzkumu bylo shromážděno celkem 245 vyplněných dotazníků od 121 chlapců a 124 dívek.

Realizace průzkumu na stejných školách, se srovnatelným počtem studentů a jejich složení podle pohlaví umožní nezkreslené porovnání výsledků s výzkumem z roku 1999.

4.3 Vlastní realizace dotazníkového šetření

Při osobním jednání s řediteli jednotlivých pražských středních škol byl osvětlen záměr dotazníkového šetření a dohodnut postup realizace sběru dat. Vzhledem k časové náročnosti a programu výuky bylo dohodnuto, že sběr dat bude proveden učiteli při výuce předmětů, ve kterých bude téma drogové prevence následně zhodnoceno. Ředitelé škol pozitivně nahlíželi na skutečnost, že bude proveden srovnatelný výzkum, který byl na školách realizován již v roce 1999, umožňující sledování vývoje trendů v oblasti drog a drogové prevence. Závěrem bylo dohodnuto následné poskytnutí výsledků šetření, které budou školou využity v rámci uplatňování školní drogové prevence.

Ředitelům škol (v některých školách i přímo učitelům) byly předány dotazníkové formuláře a zapečetěná schránka s otvorem pro vhození vyplněných dotazníků pro zajištění anonymity respondentů. Vlastní sběr dat byl realizován v ucelených třídních kolektivech. Přístup učitelů i žáků hodnotím jako pozitivní vzhledem k vysoké návratnosti a minimálnímu výskytu nevyplněných otázek.

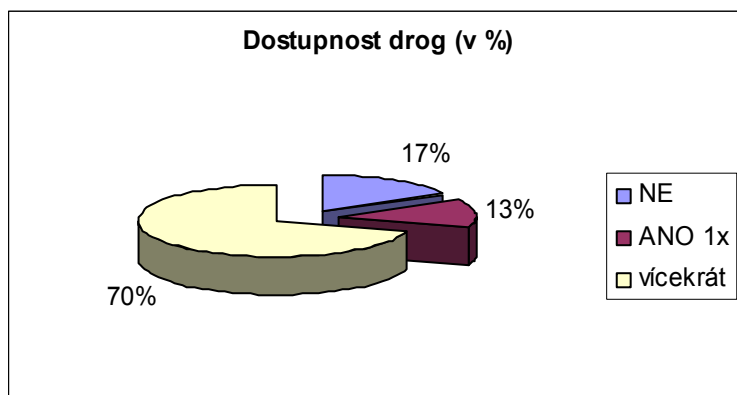
4.4 Výsledky průzkumu

Otázka č. 2 zjišťuje, jaký tlak je v současné době na mladé lidi vyvíjen nabídkou drog a tedy i jejich dostupnost. Tabulka č. 1 uvádí absolutní počet studentů a umožňuje porovnání rozdílů podle pohlaví. Obrázek č. 1 graficky znázorňuje procentní počet bodů uváděných u jednotlivých odpovědí.

Tabulka č. 1

Nabídka drog	Muži	Ženy	Celkem
NE	19	23	42
ANO 1x	15	16	31
vícekrát	87	85	172

Obrázek č. 1



Z celkového počtu dotázaných přišlo do kontaktu s drogou 203 studentů, tj. plných 83 %, pouze 42 (17 %) nebyla droga nikdy nabídnuta. Droga byla nabídnuta 84 % chlapců a 81,5 % dívek. Opakovaně byla nabízena 70 % respondentů, chlapcům o

necelá 4 % častěji. Rozdíly mezi pohlavími jsou nepatrné. Dostupnost drog lze tedy hodnotit jako vysokou.

Otázka č. 3 byla zaměřena na získání poznatků, kde bývá droga studentům nejčastěji nabízena, při jakých příležitostech. Studenti zde mohli uvádět i více možností, protože jsem vycházela z předpokladu, že byli nabídkou drogy osloveni vícekrát. V tabulce č. 2 jsou uvedeny všechny kladné odpovědi u jednotlivých možností.

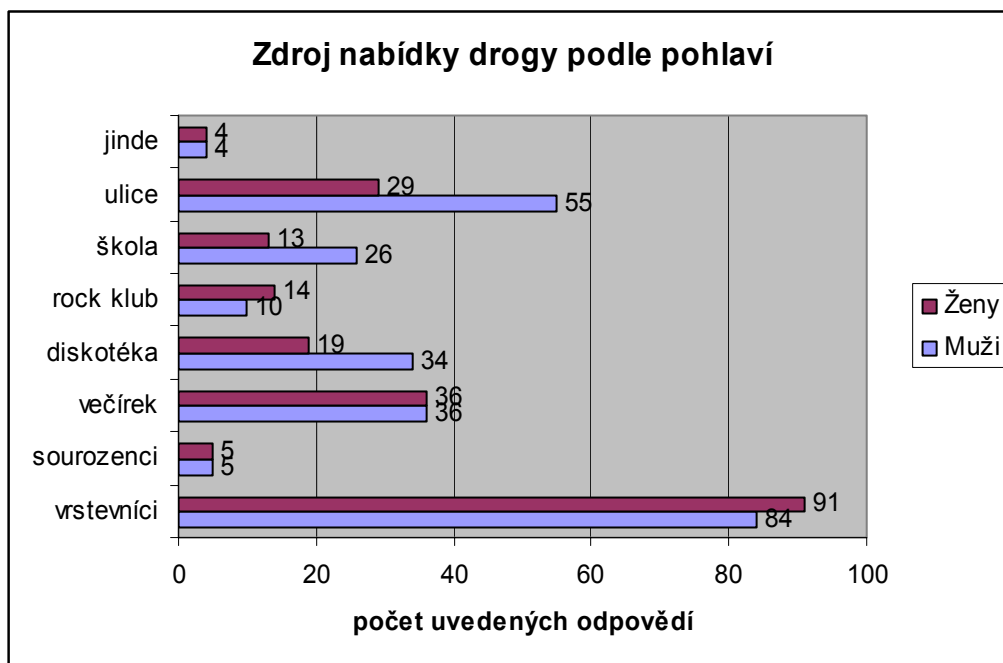
Tabulka č. 2

Zdroj nabídky	Muži	Ženy	Celkem
vrstevníci	84	91	175
sourozenci	5	5	10
večírek	36	36	72
diskotéka	34	19	53
rock klub	10	14	24
škola	26	13	39
ulice	55	29	84
jinde	4	4	8

Hlavním zdrojem získání drog jsou vrstevníci, prostřednictvím nichž by drogu mohlo získat až 175 studentů, častěji byly osloveny ženy. Druhým nejvíce uváděným místem nabídky je ulice, kde bylo osloveno 84 studentů. V těsném závěsu pak následují večírky a jiné hudební akce. Na těchto místech bývají častěji osloveni muži. Pozitivním zjištěním je umístění školního prostředí, které jako místo nabídky drog uvedlo celkem 39 studentů, což po sourozencích je druhé nejmeně časté místo nabídky. Nejčastěji byly studenty kombinovány jako zdroje nabídky drogy vrstevníci, večírky a hudební akce, za jiné zdroje byla uváděna hospoda, z čehož lze vyvozovat případné kombinování návykových látek s alkoholem.

Obrázek č. 2 znázorňuje rozdíly mezi zdroji nabídky návykových látek podle pohlaví. Ženy bývají častěji osloveny vrstevníky, avšak rozdíl není příliš markantní. Mužům je droga nabízena více na ulici a ve škole a to téměř 2x častěji než ženám.

Obrázek č. 2



Otázka č. 4 zjišťuje první zkušenosti s drogami, tedy jaký typ drogy a v kolika letech studenti zkusili.

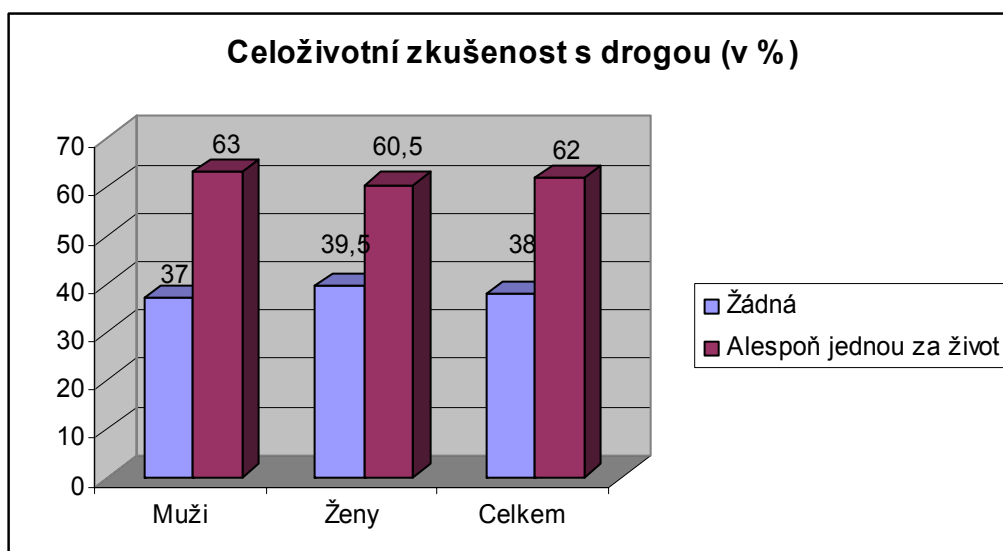
Tabulka č. 3 (absolutní počet)

Zkušenost s drogou	Muži	Ženy	Celkem
Žádná	45	49	94
Alespoň jednou za život	76	75	151

Tabulka č. 3 ukazuje, že z celkového počtu 245 dotázaných alespoň jednou za život užilo drogu 151 osob (62 %), z toho 76 chlapců (50 %) a 75 dívek (50 %). Drogu nikdy neužilo 94 dotázaných (38 %), z toho 45 chlapců (48 %) a 49 dívek (52 %). Celoživotní zkušenost s drogou podle pohlaví zachycuje obrázek č. 3.

Za alarmující považují zjištění, že z celkového počtu těch, kterým byla droga nabídnuta (203 studentů) ji užilo $\frac{3}{4}$ dotázaných, tj. 74 %. Rozdíly mezi pohlavími nebyly zaznamenány.

Obrázek č. 3

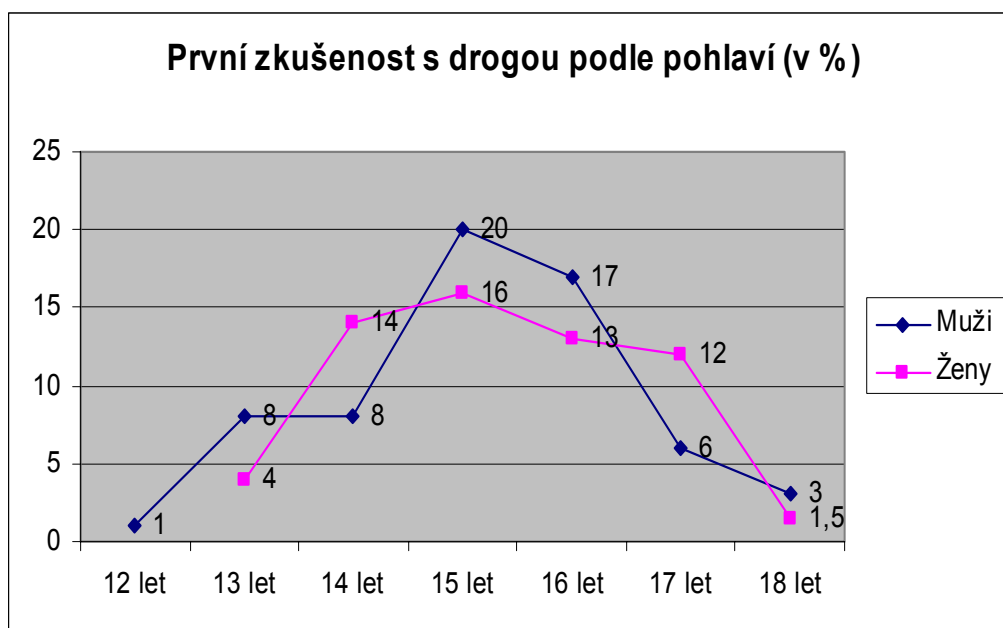


Tabulka č. 4 První zkušenost s drogou podle pohlaví (absolutní počet)

Věk	Nikdy	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let	18 let
Muži	45	1	10	10	24	20	7	4
Ženy	49	-	5	17	20	16	15	2
Celkem	94	1	15	27	44	36	22	6

K prvním zkušenostem s drogami dochází nejčastěji ve věku 14-16 let. Tabulka č. 4 ukazuje, že pokud jde o věk první zkušenosti, existují rozdíly podle pohlaví. Chlapci začínají experimentovat dříve a ve větším počtu oproti dívkám, které chlapce o polovinu převyšují pouze ve 14 a 17 letech. Tato skutečnost je graficky znázorněna na obrázku č. 4.

Obrázek č. 4



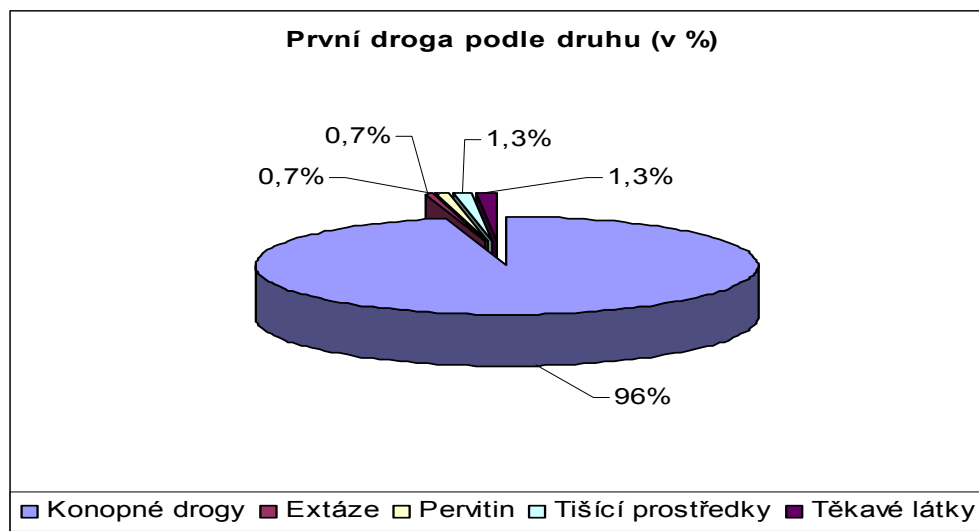
Tabulka č. 5 ukazuje, že zdaleka nejčastěji bývá první nelegální drogou marihuana, resp. drogy z konopí. Z obrázku č. 6 je patrné, že marihuana reprezentuje 96 % prvních zkušeností s nelegálními drogami. Rozdíly mezi chlapci a dívkami při volbě první drogy (kromě marihuany) jsou následující: téměř 3 % chlapců volí extázi a pervitin, které u dívek nebyly zaznamenány. Dívky naopak ve stejném procentuálním zastoupení mají první zkušenost s tišícími prostředky a sedativy. Těkavé látky jsou v uvedené skupině studentů zastoupeny 1 chlapcem a 1 dívkou,

tedy celkem 1 %. Kromě zmíněného pervitinu je pozitivním zjištěním ta skutečnost, že první užitou drogou nejsou drogy s vysokým společenským rizikem (heroin, kokain, crack).

Tabulka č. 5: Která droga byla první (v %)

Droga	Muži	Ženy	Celkem
Konopné drogy	96	96	96
Extáze	1,3	0	0,7
Pervitin	1,3	0	0,7
Tišící prostředky	0	2,7	1,3
Těkavé látky	1,3	1,3	1,3

Obrázek č. 6



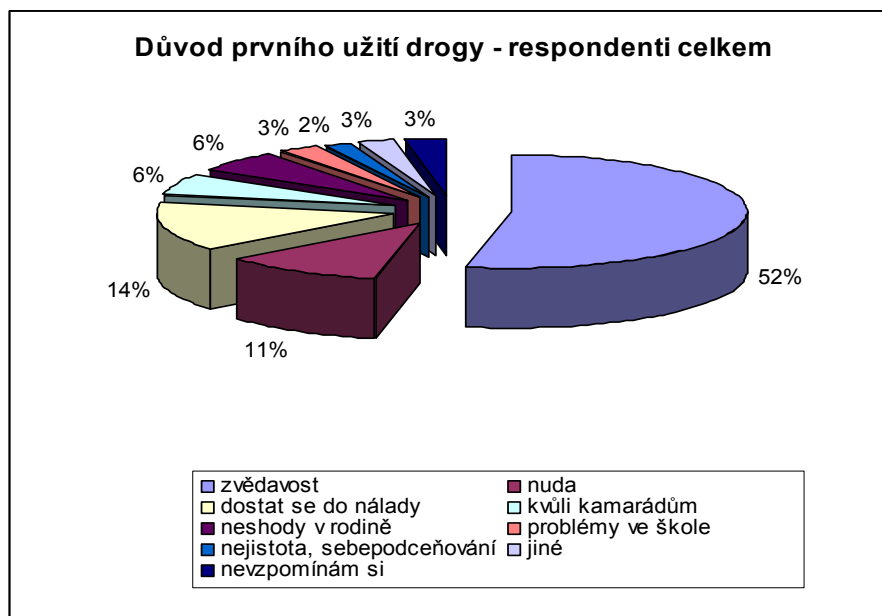
Otázka č. 5 osvětluje důvody pro první užití drogy. Průzkum prokázal, že nejčastějším důvodem prvního experimentu s drogou je zvědavost (52 % ze studentů, kteří někdy drogu užili), následuje touha dostat se do nálady (14 %), nuda

(11 %), snaha zapomenout na problémy (8 %) a netrhat partu (6 %). Zatímco u chlapců převažují důvody jako nuda, touha dostat se do nálady a tlak party, u dívek patří mezi časté důvody zvědavost, ale též snaha zapomenout na starosti či nejistota a sebepodceňování. Také 4 % dívek si na důvod prvního užití drogy nevzpomíná. Mezi jinými důvody byla uváděna opilost a deprese.

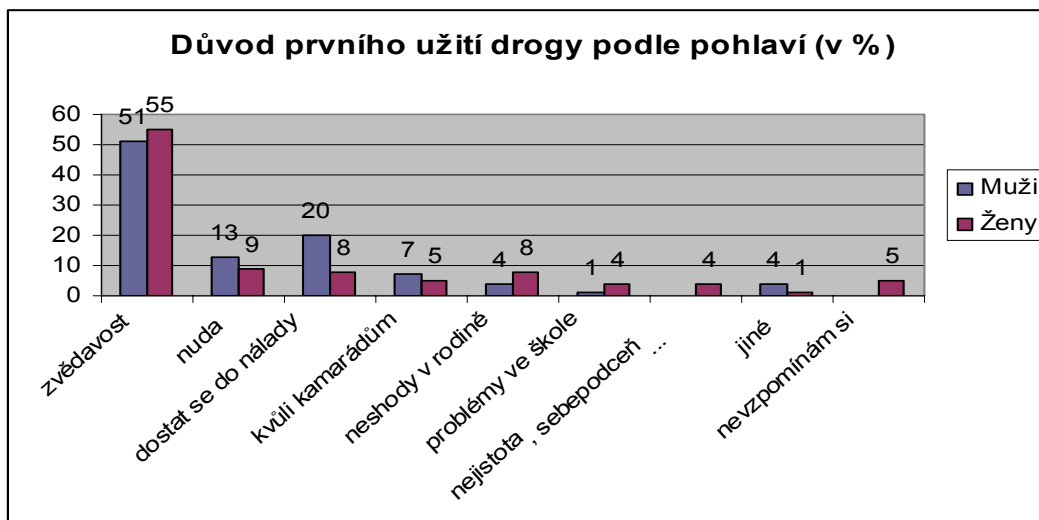
Tabulka č. 6 Kontext prvního kontaktu s drogou (absolutně)

Důvod	Muži	Ženy	Celkem
zvědavost	39	41	80
nuda	10	7	17
dostat se do nálady	15	6	21
kvůli kamarádům	5	4	9
neshody v rodině	3	6	9
problémy ve škole	1	3	4
nejistota, sebepodceňování	-	3	3
jiné	3	1	4
nevzpomínám si	-	4	4

Obrázek č. 7



Obrázek č. 8

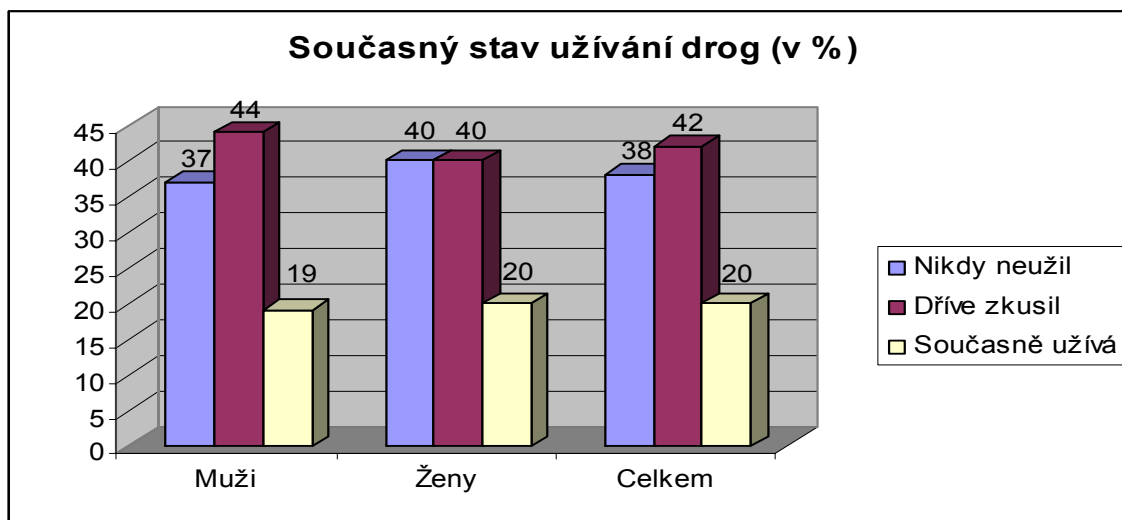


Otázka č. 6 zjišťuje rozsah užívání drog ve sledovaném vzorku mladých lidí. Z celkového počtu studentů nemá s drogou žádnou zkušenost 94 osob, z toho 45 chlapců a 49 žen. S drogou experimentovalo celkem 103 studentů, ale v současné době žádnou neužívají. Jde o 53 mužů a 50 žen. Opakované užívání bylo zaznamenáno u 23 mužů a 25 žen, tedy celkem u 48 studentů. Rozdíly podle pohlaví jsou minimální, žádnou zkušenost s drogou má o 3 % více žen, muži naopak více experimentují (o 4 % více). V kategorii opakovaného užívání, kde je předpoklad určitého časového vymezení (tabulka č. 8), jsou o jeden procentní bod více zastoupeny ženy (viz tabulka č.7, grafické znázornění obr. č.9)

Tabulka č. 7

užití drogy	Muži		Ženy		Studenti celkem	
	absolutně	procenta	absolutně	procenta	absolutně	procenta
nikdy nezkusil	45	37	49	40	94	38
má zkušenost	53	44	50	40	103	42
opakovaně užívá	23	19	25	20	48	20

Obrázek č. 9



Tabulka č. 8 ukazuje, jak často a jaký typ drogy sledovaný vzorek studentů užívá. Sleduje rozdíly podle pohlaví (absolutně) a uvádí procentuální rozsah užívání jednotlivých drog v rámci celého zkoumaného vzorku studentů.

Tabulka č. 8

	Muži (absolutně)				Ženy (absolutně)				Studenti celkem (%)			
	r.	m.	t.	d.	r.	m.	t.	d.	ročně	měs.	týdně	denně
Častost užití												
Konopné drogy	6	5	7	5	8	10	6	1	5,7	6,1	5,3	2,4
LSD	5				1	2			2,4	0,8		
Kokain	1	2							0,4	0,8		
Crack					1				0,4			
Extáze	3	1	1			2			1,2	1,2	0,4	
Halucinogenní houby	5				3				3,3			
Tišící látky, sedativa							2				0,8	
Těkavé látky		2								0,8		

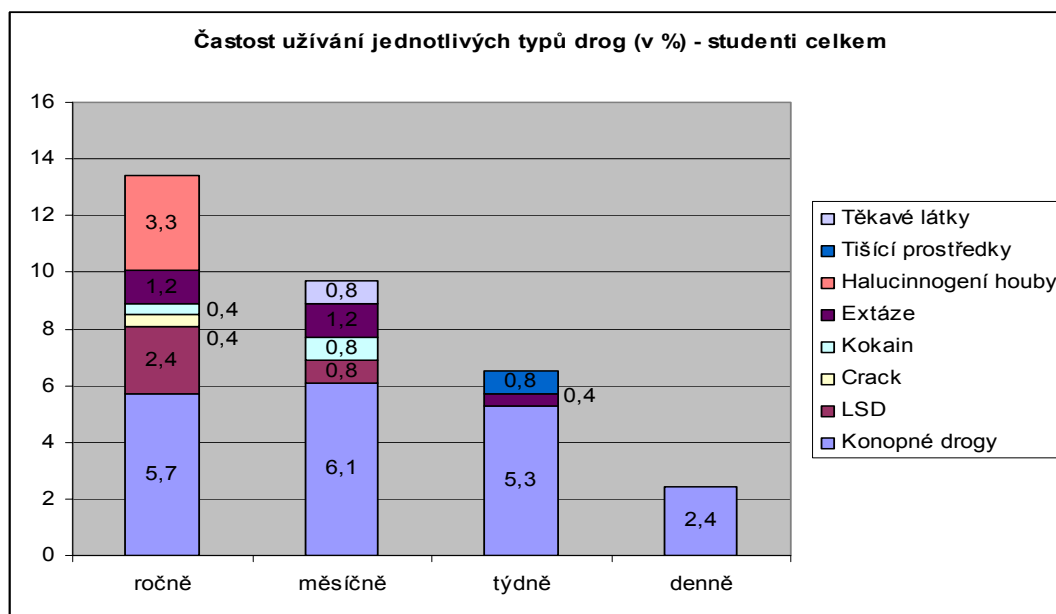
Ze skupiny studentů, kteří v současné době užívají nějakou drogu, jich 100 % užívá marihuanu, resp. drogy z konopí. Z této skutečnosti vyplývá, že marihuanu lze považovat za hlavní drogu, ostatní jsou užívány jen jako doplňkové. Marihuanu současně s nějakou další drogou užívá 8 mužů a 5 žen.

Po marihuaně následuje sezónní konzumace halucinogenních hub (3,3 % z celkového počtu studentů), o něco méně je užíváno LSD (3,2 %) a extáze (2,8 %). (viz obrázek č.10)

Sledováním rozdílů podle pohlaví bylo zjištěno, že užití kokainu a těžkých látek bylo zaznamenáno pouze u mužů, naopak pouze u žen užití cracku a tišících látek, sedativ.

Za pozitivní zjištění lze považovat, že nebyl zaznamenán nitrožilní způsob aplikace drogy, taktéž užívání drog s vysokým společenským rizikem – heroinu a pervitinu. Mladí lidé v současné době upřednostňují marihuanu, resp. konopné drogy, které lze považovat za drogy s akceptovatelným rizikem.

Obrázek č. 10



Otázka č. 7 zjišťuje názory studentů na účinnost jednotlivých preventivních aktivit. Studenti zde mohli uvádět i více možností, protože jsem vycházela z předpokladu, že neupřednostňují pouze jednu z nabízených možností. V tabulce č. 9 jsou uvedeny všechny kladné odpovědi u jednotlivých preventivních aktivit.

Tabulka č. 9

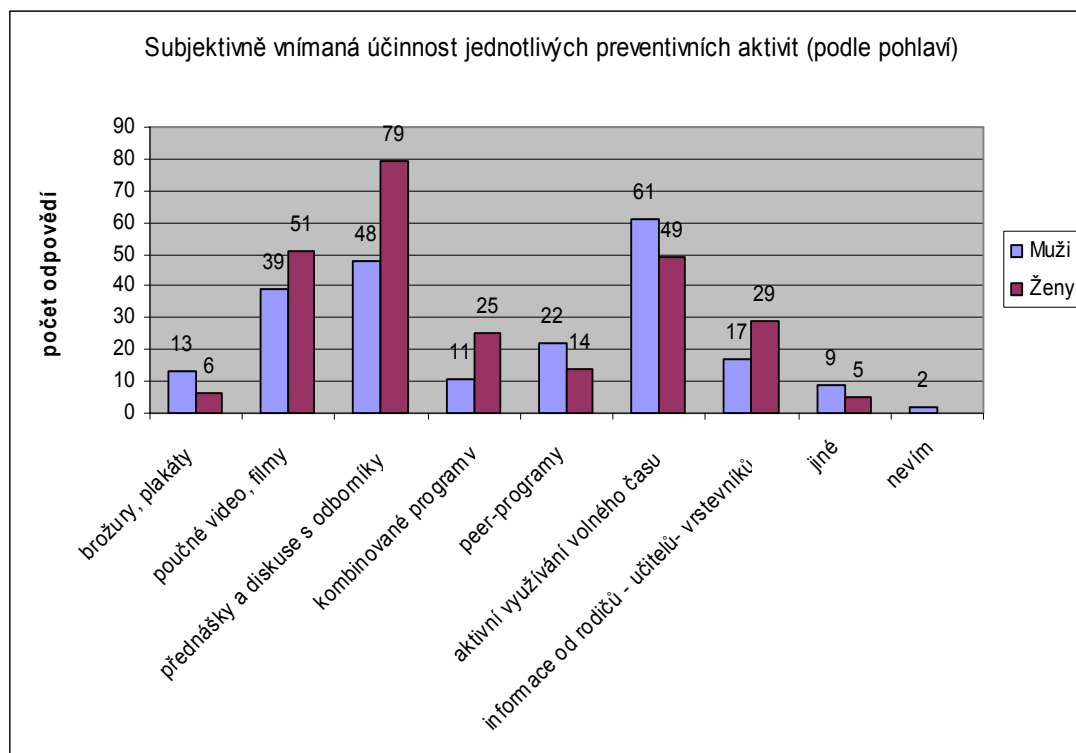
Typ preventivní aktivity	Muži	Ženy	Celkem
brožury, plakáty	13	6	19
poučné video, filmy	39	51	90
přednášky a diskuse s odborníky	48	79	127
kombinované programy	11	25	26
peer-programy	22	14	36
aktivní využívání volného času	61	49	90
informace od rodičů - učitelů- vrstevníků	17	29	46
jiné	9	5	14
nevím	2	-	2

Z pohledu studentů je jako neúčinnější spatřována preventivní aktivita formou přednášek a diskusí s odborníky, kterou uvedlo 127 dotázaných, na dalších místech následují se stejným počtem odpovědí (90) volnočasové aktivity a promítání filmů s protidrogovou tematikou. Informace od rodičů, učitelů a vrstevníků jsou studenty na pomyslném žebříčku úspěšnosti řazeny na 3. místě, následují peer-programy a programy kombinované. Za nejméně účinné preventivní strategie jsou studenty uváděny informace poskytované formou plakátů a naučných brožur. Kromě uvedených preventivních aktivit měli studenti možnost uvést vlastní návrhy. Zde muži zmiňovali náboženství, členství v mládežnické skupině, ale také legalizaci drog či tvrdší represivní opatření. Ženy uváděly jako možnost účinné preventivní

aktivity terapii, což odpovídá té skutečnosti, že právě ženy přichází do kontaktu s drogou v důsledku stresu (vnitřní tenze) z neřešených problémů.

Zajímavý je též pohled na subjektivně vnímanou účinnost jednotlivých preventivních aktivit podle pohlaví. Muži oproti ženám upřednostňují volnočasové aktivity, peer-programy a brožury a plakáty, též jsou více kreativní v uvádění vlastních návrhů preventivních aktivit. Ženy naopak více upřednostňují přednášky a diskuse s odborníky, informace od rodičů, učitelů a vrstevníků, naučné filmy a videokazety, též kombinované programy. Ženy tedy upřednostňují komunikativní druhy preventivních aktivit (viz obrázek č. 11).

Obrázek č. 11



Otázka č. 8 zjišťuje, jaké preventivní akce jsou školou studentům poskytovány, resp. jaké preventivní akce škola realizuje. Opětne byla studentům poskytnuta

možnost uvést více možností, vycházejí z předpokladu, že na školách je realizováno více typů preventivních aktivit. Tabulka č. 10 uvádí jednotlivý počet kladných odpovědí studentů u těch preventivních aktivit, které na škole zaznamenali.

Tabulka č. 10

Typ preventivní aktivity	Muži	Ženy	Celkem
brožury, plakáty	45	66	111
poučné video, filmy	26	28	54
přednášky a diskuse s odborníky	93	39	132
kombinované programy	6	0	6
peer-programy	6	6	12
aktivní využívání volného času	6	1	7
informace od rodičů - učitelů- vrstevníků	41	41	82
žádná	6	13	19
nevím	5	12	17

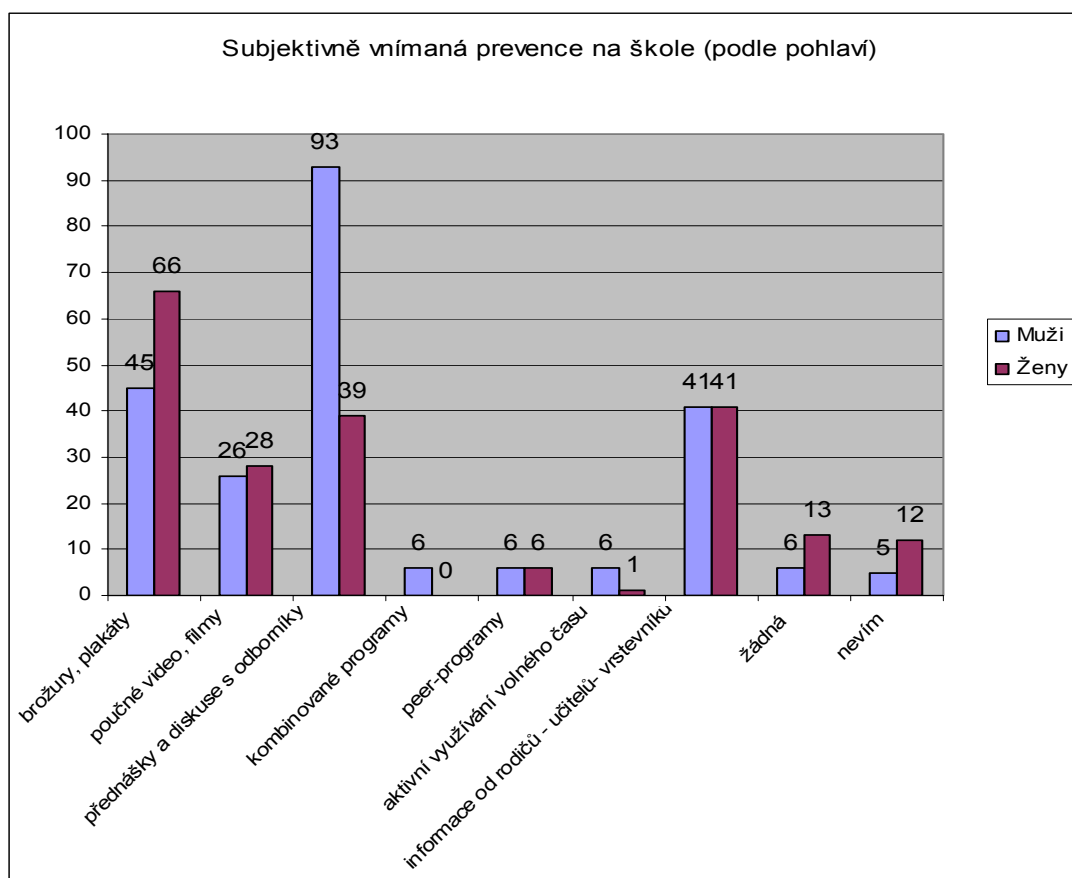
Mezi na školách nejvíce realizované preventivní aktivity patří jednoznačně přednášky a diskuse s odborníky, kterou uvedlo 132 studentů. Často uváděná byla též forma prevence prostřednictvím poskytování poučných brožur a plakátů. Tu na školách vnímá 111 studentů. Často uváděná forma byla také poskytování informací učiteli a filmy s drogovou tematikou. Na školách studenti téměř nezaznamenali peer-programy a kombinované programy. Školy též nerealizují volnočasové aktivity pro studenty. 36 studentů uvedlo, že na školách žádná prevence neprobíhá, nebo že o ní neví.

Z uvedených výsledků lze učinit závěr, že školy jsou soustředěny převážně na preventivní aktivity mající informativní charakter.

Zajímavé jsou též rozdíly podle pohlaví ve vnímání prevence na školách. Největší rozpor byl zaznamenán u preventivní aktivity přednášky a diskuse s odborníky, kterou na škole zaznamenalo 93 mužů, ale pouze 39 žen. Menší rozdíl se vyskytl

také u aktivity poučné brožury a plakáty, kterou naopak vnímají více ženy. Ty také častěji uváděly, že na škole žádná prevence není či o ní neví. Kombinované programy uváděli pouze muži. Grafické znázornění rozdílů ve vnímání prevence podle pohlaví poskytuje obrázek č. 12.

Obrázek č. 12



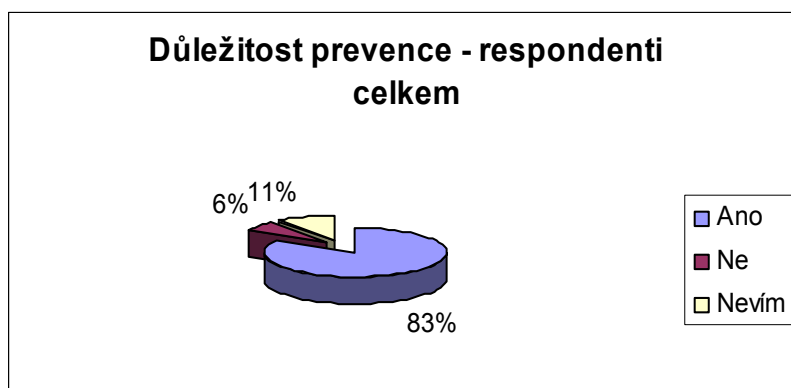
Otázka č. 9 je zaměřena na zjištění názoru studentů na význam drogové prevence, resp. zda si myslí, že je důležitá. Tabulka č. 11 uvádí počet studentů absolutně, procentuální vyjádření zachycuje obrázek č. 13.

Tabulka č. 11

	Muži	Ženy	Celkem
Ano	96	108	204
Ne	11	4	15
Nevím	14	12	26

Ženy pocítují potřebu prevence více než muži, ale v podstatě naprostá většina z dotázaných (83 %) o jejím smyslu nepochybuje. Pro 6 % studentů není prevence důležitá a 11 % neví.

Obrázek č. 13



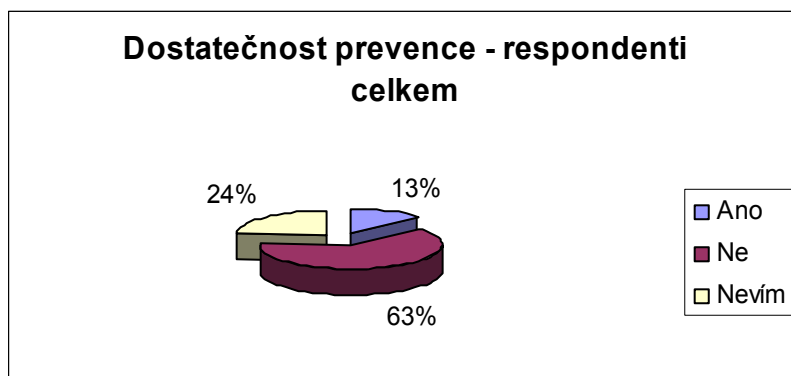
Otázka č. 10 zjišťuje dostatečnost drogové prevence. Následující tabulka opět uvádí absolutní počet studentů a obrázek č. 14 grafické znázornění v procentech.

Tabulka č. 12

	Muži	Ženy	Celkem
Ano	23	9	32
Ne	63	92	155
Nevím	35	23	58

Dostatečnost drogové prevence spatřuje pouze 32 studentů, tj. 13 % a 58 studentů (24 %) neví, resp. nedokáže posoudit. Plných 63 % dotazovaných se domnívá, že je nedostatečná, ženy tuto skutečnost pocítují výrazněji.

Obrázek č. 14



Otázka č. 11 poskytuje náhled na jednotlivé oblasti života, ve kterých by, dle mínění studentů, měla být drogová prevence výraznější. U této otázky byla dotazovaným poskytnuta možnost uvést více možností, studenti dokonce jednu přidali. V dotazníku 13 jedinců uvedlo, že prevence je nedostatečná ve všech uvedených oblastech.

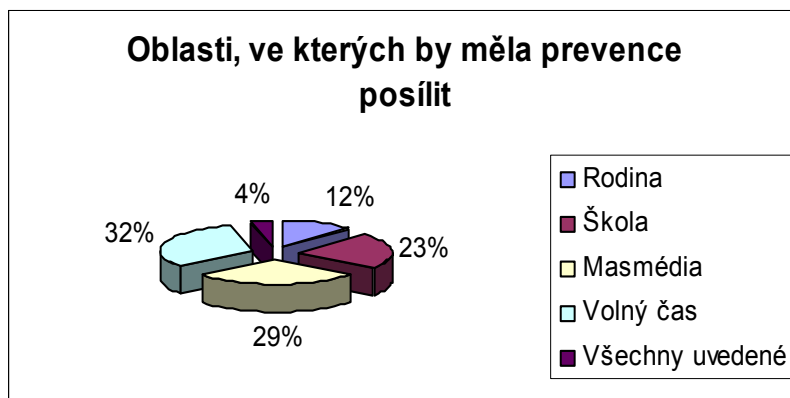
Tabulka č. 13

Oblasti prevence	Muži	Ženy	Celkem
Rodina	21	21	42
Škola	29	48	77
Masmédia	49	50	99
Volný čas	56	52	108
Všechny uvedené	6	7	13

Nejčastěji uváděnou oblastí, kde by prevence měla být posílena, tedy kde studenti vnímají prevenci jako nedostatečnou, byl volný čas. S přihlédnutím ke skutečnosti,

že podstatná část mladých lidí se k droze obrací z nudy lze vyvodit závěr, že studentům není poskytován dostatečný výběr volnočasových aktivit, nebo jsou pro smysluplné trávení volného času málo motivováni. Taktéž nahlíží i na masmédia. V uvedených dvou oblastech jsou rozdíly mezi pohlavími nevýrazné. Pozitivním zjištěním je umístění rodiny, kde preventivní aktivity považuje za nedostatečné jen 42 dotázaných. Zajímavý je též rozdíl ve vnímání prevence na škole, kterou o 19 dívek více považuje za nedostatečnou.

Obrázek č. 15



4.5 Trendy v užívání drog a drogové prevenci mezi lety 1999 a 2007

➤ Dostupnost drog - tlak nabídky na studenty

Tabulka č. 14 (v %)

Nabídka drog	Muži		Ženy		Celkem		Nabídka drog	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
NE	15	16	24	18,5	20	17	20	17
ANO 1x	12	12	23	13	17	13	80	83
vícekrát	73	72	53	68,5	63	70		

Z výše uvedených údajů lze konstatovat, že tlak nabídky drog, tedy i jejich dostupnost vzrůstá z 80 % na 83 %, tedy o 3 %. Významné jsou rozdíly podle pohlaví. U mužů jsou výsledky srovnatelné, u žen dochází k poklesu jednorázové nabídky drogy o 10 %, zároveň však také k nárůstu opakované nabídky téměř o 13 %. V roce 1999 přichází do styku s drogou o 9 % více chlapců než dívek, v roce 2007 je rozdíl už jen 2 %. Rozdíly mezi chlapci a dívkami se postupně vyrovnávají. Hlavní zdroje drog zůstávají po obě sledovaná období stejná. Drogy jsou nejvíce nabízeny a získávány mezi vrstevníky, na ulici a místech hudebních produkcí.

➤ Celoživotní prevalence užívání drog

Tabulka č. 15 (v %)

Zkušenost s drogou	Muži		Ženy		Celkem	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007
žádná	47	37	49	39,5	48	38
alespoň jednou za život	53	63	51	60,5	52	62

V roce 1999 uvedlo alespoň jednu zkušenost s drogou 52 % dotázaných, v roce 2007 již 62 %. Oproti roku 1999 se tedy počet studentů majících zkušenost s drogou

zvýšil o 10 %, což lze považovat za negativní trend. Rozdíly mezi chlapci a dívkami v letech 1999 a 2007 nejsou významné, zkušenost s drogou má o 2 % více chlapců. Mezi nejvíce užívané návykové látky patří stále drogy z konopí. Pozitivní změnou je snížení počtu studentů užívajících tvrdé drogy. Oproti roku 1999 nebyl zaznamenán mezi užívanými drogami heroin a pervitin, u ostatních drog lze konstatovat buď stagnaci vzhledem k roku 1999 (např. užívání LSD nebo čichání organických rozpouštědel), nebo dokonce pokles (sedativa, léky proti bolesti). V roce 2007 patří mezi nejvíce užívané drogy (mimo marihuany) halucinogenní houby a extáze. Porovnání změn u těchto drog mezi léty 1999 a 2007 nelze provést, jelikož v předchozím výzkumu nebyly tyto drogy sledované.

➤ **Srovnání stavu užití drog dvou orientačních sond (v %)**

Tabulka č. 16 (v %)

Použití drog	Muži		Ženy		Celkem		Nabídka drog	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
z celkového počtu	23	31	19	31	42	62	80	83
osloveno nabídkou	29	37	23	37	52	74	100	100
skupiny (M/Ž)	53	74	51	74	52	74		

Z porovnání je zřejmé, že v současné době přišlo do kontaktu s drogou o 20 % studentů více než v roce 1999, a to o 8 % více chlapců a o 12 % více dívek. Drogy jsou nabízeny celkově většímu počtu studentů o 3 %.

Z těch studentů, kterým byla droga nabízena ji použilo o 22 % více zájemců, to je navýšení zájmu o téměř ¼. Nabídky využilo o 8 % více chlapců a o 14 % více dívek.

Srovnáme-li pouze skupiny chlapců v roce 1999 a 2007, vidíme nárůst v užití drogy mezi chlapci o 21,5 %. Mezi skupinami dívek tento nárůst činí 23 %.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že rozdíly v užívání drog mezi pohlavími se zmenšují. Dívky ve sledovaných oblastech chlapce dohánějí.

➤ Důvody vedoucí k užití drogy

Tabulka č. 17 (v %)

Důvod užití drogy	Muži		Ženy		Celkem	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007
zvědavost	89	82	82	79	86	80
nuda	23	20	16	9	20	15
dostat se do nálady	*	33	*	12	*	22,5
kvůli kamarádům	16	8	4	8	11	8
neshody v rodině	4	5	2	12	3	9
problémy ve škole	2	1	0	5	1	3
sebepodceňování	4	0	6	7	5	3
dobrodružství	29	*	33	*	31	*
z jiných důvodů	*	1	*	5	*	3

* v roce 1999 nezkoumáno

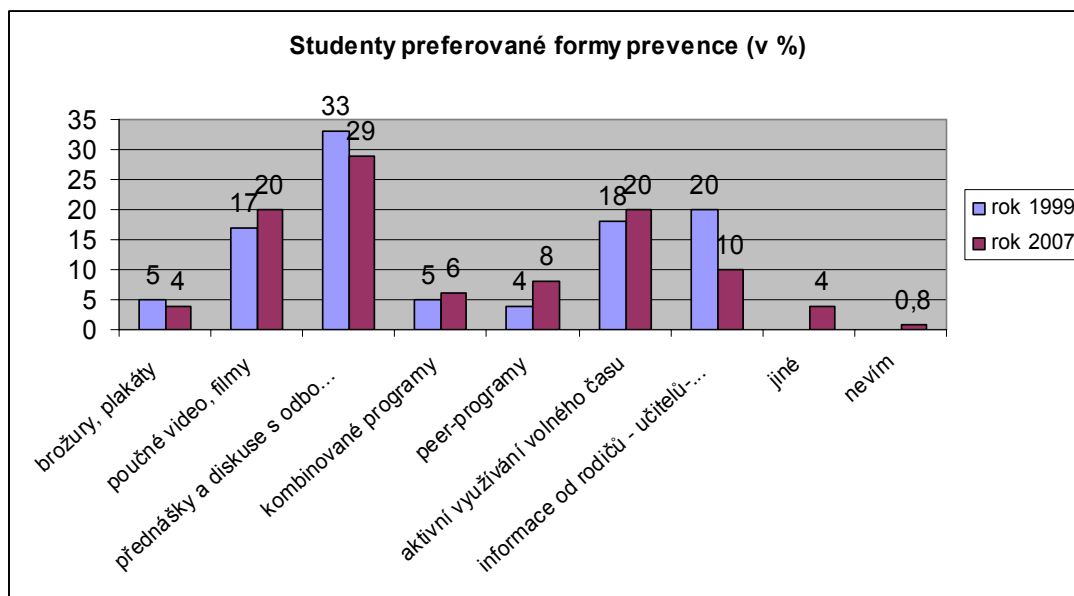
Porovnáním obou zkoumaných časových období lze konstatovat, že mezi stále nejčastěji uváděnými důvody užití drogy patří zvědavost, touha po dobrodružství, nebo též touha dostat se do nálady. Dalším často studenty uváděným důvodem užití drogy je nuda. Z výše uvedených údajů, které lze porovnat, vyplývá, že dochází k mírnému poklesu, ale přesto tyto důvody zůstávají hlavním motivem pro užití drogy. Více uváděnými důvody oproti roku 1999 jsou neshody v rodině a problémy ve škole. Dalším poznatkem je snížení vlivu vrstevnické party.

➤ Studenty preferované formy prevence

Pořadí preference jednotlivých preventivních aktivit během let nezaznamenalo žádných výrazných změn. Oproti roku 1999 jsou studenty více preferovány peer

programy (+4 %), filmy a video s drogovou tematikou (+3 %), volnočasové aktivity (+2 %) a kombinované programy (+1 %), naopak zájem poklesl u aktivity formou poskytování informací (-10 %) a přednášky a diskuse s odborníky (-4 %).

Obrázek č. 16



➤ Subjektivně vnímaná významnost drogové prevence

Tabulka č. 18 (v %)

Význam prevence	Muži		Ženy		Celkem	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Ano	90	79	96	87	93	83
Ne	10	9	4	3	7	6
Nevím	*	12	*	10	*	11

* v roce 1999 nezkoumáno

Výše uvedené údaje lze porovnat jen orientačně, neboť v roce 1999 nebyla studentům dána možnost odpovědi „nevím“, která v roce 2007 dotazovaným umožnila vyjádření ve smyslu „nejsem schopen posoudit“.

Z uvedených údajů přesto vyplývá, že více jak 4/5 studentů vnímá drogovou prevenci jako důležitou, dívky pocítují potřebu prevence více než chlapci za obě sledovaná období.

➤ **Subjektivně vnímaná dostatečnost drogové prevence**

Tabulka č. 19 (v %)

Dostatečnost p.	Muži		Ženy		Celkem	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Ano	20	19	10	7	15	13
Ne	80	52	90	74	85	63
Nevím	*	29	*	19	*	24

* v roce 1999 nezkoumáno

Výše uvedené údaje opětně lze porovnat jen orientačně, neboť v roce 1999 nebyla studentům dána možnost odpovědi „nevím“.

Jako dostatečnou shledává prevenci v letech 1999 a 2007 cca 14 % studentů, více muži. Za nedostatečnou ji považuje v roce 1999 plných 85 %, ale následně jen 63 % dotázaných v roce 2007. Nutné je však neopomenout 24 % studentů, kteří zvolili možnost odpovědi „nevím“. Z těchto zjištění lze tedy vyvodit závěr, že jednoznačně dostatečná je prevence pouze pro cca 14 % studentů, avšak podstatně větší část dotázaných vnímá drogovou prevenci jako nedostatečnou.

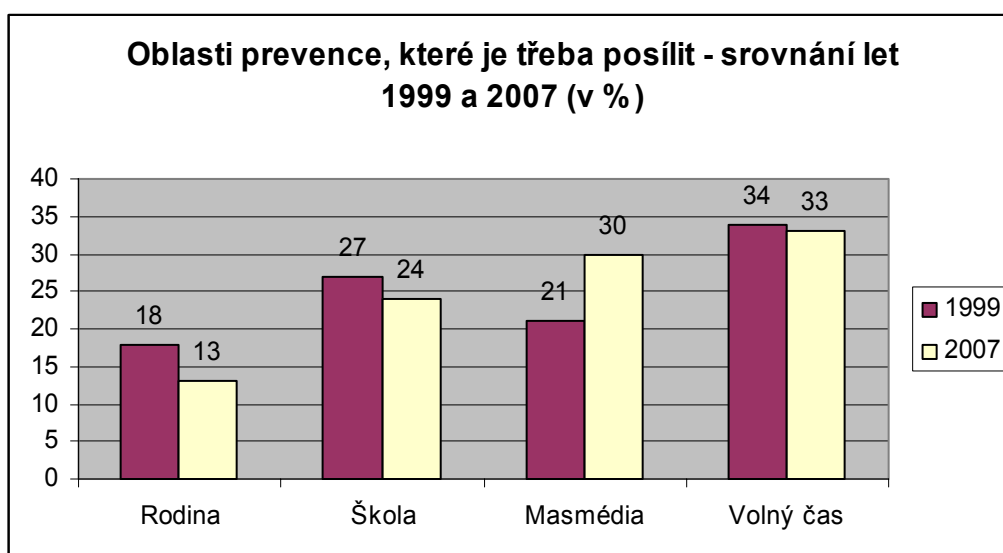
➤ **Nedostatečnost prevence dle jednotlivých oblastí**

V obou sledovaných obdobích studenti nejsilněji pocítují nedostatek prevence v možnostech využívání volného času. Rozdíl v procentním vyjádření jednotlivých let je nevýznamný.

Oproti roku 1999 byl zaznamenán mezi studenty pokles potřeby posílení prevence v oblastech rodiny (o 6 %) a školní prevence (o 3%), v oblasti médií naopak potřeba prevence vzrostla až o 9 %.

Chlapci v roce 1999 více pocítují potřebu posílení prevence v oblasti školy, dívky pak v oblastech volného času a masmédiích. V roce 2002 je naopak chlapci kladen největší důraz na nedostatek prevence ve formě volnočasových aktivit, dívky nejvíce postrádají prevenci v masmédiích. Rodina je v obou sledovaných obdobích uváděna na posledním místě a potřeba posílení prevence v této oblasti klesá. V této oblasti nebyly také zaznamenány žádné rozdíly podle pohlaví.

Obrázek č. 17



4.6 Vyhodnocení postojů mládeže

V provedeném dotazníkovém šetření jsem se zabývala náhodně vybranou skupinou studentů středních škol v Praze. **Předpoklad, že drogy jsou nabízeny většímu počtu studentů než v roce 1999 se potvrdil.** Droga byla nabídnuta celkem 83 % studentů. Oproti roku 1999 činí nárůst o +3 %. Opakovaně byla droga nabízena 70 % dotázaných (nárůst +7 %). Dostupnost drog, resp. tlak nabídky hodnotím jako stále vysoký, s tendencí růstu.

Drogy jsou stále nejsnáze dostupné ze dvou hlavních zdrojů, prostřednictvím vrstevníků bylo osloveno 175 studentů a pouličních dealerů pak 84 studentů. K omezení dostupnosti nezákonných drog měla přispět novelizace drogové legislativy, avšak z výsledků průzkumu lze vyvodit závěr, že toto očekávání nebylo naplněno. Tento závěr potvrzuje i jiný ukazatel, kterým je setrvalá cena nelegálních drog na černém trhu, z ekonomického pohledu nasvědčující dlouhodobému převisu nabídky nad poptávkou (Mravčík a kol., 2001).

Za závažnou považuji tu skutečnost, že stoupl počet studentů, kterým byla droga nabídnuta a kteří ji vyzkoušeli na 74 % (nárůst o +22 %). Toto zjištění potvrzuje můj **druhý předpoklad, že studenti s drogou experimentují častěji než v roce 1999.** V této oblasti byl také zaznamenán trend vyrovnání rozdílů mezi pohlavími. K prvním zkušenostem s drogami dochází nejčastěji ve věku 14 – 16 let. Chlapci začínají experimentovat dříve a ve větším počtu oproti dívkám, které chlapce o polovinu převyšují pouze ve 14 a 17 letech. Zdaleka nejčastěji bývá první nelegální drogou marihuana, resp. drogy z konopí. Marihuana reprezentuje 96 % prvních zkušeností s nelegálními drogami. Na dalších místech byly uváděny extáze a pervitin (obě po 0,7 %) pouze u chlapců, u dívek pak tišící prostředky nebo sedativa (1,3 %). Těžké látky reprezentují 1,3 % prvních zkušeností s návykovými látkami. Za pozitivní lze považovat zjištění, že necelé 1 % studentů vykazuje první

zkušenost s tvrdou drogou, nebo též drogou s neakceptovatelným rizikem, což svědčí o zvýšení povědomí o škodlivém a protispolečenském působení těchto drog.

Mezi nejčastější důvody užití drogy patří po obě sledovaná období zvědavost, touha po dobrodružství, nebo též touha dostat se do nálady. Dalším, studenty často uváděným, důvodem užití drogy je nuda. Oproti roku 1999 byl zaznamenán u těchto důvodů mírný pokles, ale přesto zůstávají hlavním motivem pro užití drogy. V této oblasti však hodnotím jako alarmující nárůst u motivu užití drogy kvůli neshodám v rodině 9 % (+6 %) a problémům ve škole 3 % (+2 %). Vzetí drogy se u tohoto procenta mladých lidí stalo způsobem, jak řešit nastalý problém, což oproti ostatním uváděným důvodům může nejsnáze vést ke vzniku závislosti. Mezi jinými důvody byla studenty uváděna opilost a deprese, která opět naznačuje možnost vzetí drogy z důvodu nevyřešených problémů.

Rozsah užívání drog studenty středních škol je následující. Z celkového počtu 245 studentů nemá s drogou žádnou zkušenost 38 % dotázaných. S drogou dříve experimentovalo, ale v současné době žádnou neužívá 42 % studentů. Tedy v současné době žádnou drogu neužívá celých 80 % dotázaných. Skupina studentů, kteří v současné době nějakou drogu užívají, činí z celkového počtu 20 % (48 osob). Rozdíl mezi chlapci a dívkami činí 1 procentní bod v neprospěch dívek. Absolutně nejvíce uváděnou drogou v této skupině studentů je marihuana, kterou v různých časových intervalech užívá celých 100 % mladých lidí. Chlapci uvádějí nejčastěji týdenní konzum, dívky pak měsíční. Z této skutečnosti vyplývá, že marihuanu lze považovat za hlavní drogu, ostatní jsou užívány jen jako doplňkové. Druhou nejvíce užívanou skupinou drog jsou halucinogeny. Halucinogenní houby sezónně užívá 8 studentů, tj. 3,3 % z celkového počtu dotázaných. Stejných hodnot dosahuje užívání LSD s uváděným ročním konzumem. Halucinogeny jsou více užívány chlapci. V těsném závěsu následuje extáze, jejíž opakované užívání nejčastěji v ročních a měsíčních intervalech uvádí 7 jedinců (3 %), opět více chlapci. Opakované užití

kokainu (1,2 %) a organických rozpouštědel (0,8 %) bylo zaznamenáno pouze u chlapců. Opakované užití tisících léků a sedativ bez lékařského předpisu (0,8 %) a cracku (0,4 %) bylo uváděno pouze dívkami. Za pozitivní lze považovat nízké hodnoty výskytu opakovaného užití tvrdých drog kokainu a cracku a též nulový výskyt užití heroinu a pervitinu. Také nebyl zaznamenán žádný případ nitrožilní aplikace drogy. Tyto výzkumem získané hodnoty potvrzují můj **třetí předpoklad, že studenti experimentují a případně užívají převážně drogy s tzv. akceptovatelným rizikem, tedy drogy z konopí.** Tvrdé drogy jsou pro dnešní mládež méně akceptovatelné než v roce 1999.

Druhá část výzkumu se zabývala drogovou prevencí. Převážná část dotázaných se domnívá, že prevence je důležitá 83 %, avšak nedostatečná 63 % respondentů. Důležitost prevence více vnímají studenti, kteří mají alespoň jednu zkušenost s drogou. Ti také více pohlíží na současnou prevenci jako na nedostačující a požadují její posílení. V současné době je podle respondentů nejhorší situace v oblasti možností aktivního a účelného využívání volného času (34 %). Oproti roku 1999 je tento stav beze změn, tedy z pohledu studentů setrvale neuspokojivý. S přihlédnutím ke skutečnosti, že podstatná část mladých lidí se k droze obrací z nudy, lze vyvodit závěr, že studentům není poskytován dostatečný výběr volnočasových aktivit, nebo jsou pro smysluplné trávení volného času málo motivováni. V oblasti preventivních aktivit poskytovaných masmédií byl zaznamenán zájem 30 % studentů, tedy nárůst o + 9 % oproti roku 1999. Studenti vnímají tuto oblast za druhou co do nedostatečnosti prevence. S přihlédnutím ke skutečnosti, kolik času současná mládež tráví u televize či internetu, není toto zjištění nevýznamné. Oproti roku 1999 byl mezi studenty zaznamenán pokles potřeby posílení prevence ve škole. Rodina je v obou sledovaných obdobích uváděna na posledním místě a potřeba posílení prevence v této oblasti klesá.

Poslední dvě oblasti naznačují, že školní i rodinná prevence začínají být efektivnější. Jde o pozitivní zjištění.

V současné době jsou studenty nejvíce preferované tyto preventivní aktivity: přednášky a diskuse s odborníky 33 % (oproti roku 1999 pokles zájmu o -3 %), aktivní využívání volného času 20 % (+2 %) a poučné filmy a video 20 % (+3 %). U ostatních preventivních aktivit byl oproti roku 1999 zaznamenán zvyšující se zájem o peer-programy 8 % (+4 %). Zájem studentů naopak poklesl u preventivní aktivity formou poskytování informací 10 % (-10 %). Brožury a plakáty a kombinované programy patří podle studentů k nejméně efektivním po obě sledovaná období. Studenti považují za nejúčinnější preventivní aktivitu přednášky a diskuse s odborníky, tedy můj **čtvrtý předpoklad, že nejúčinnější preventivní aktivitou je aktivní využití volného času, se nepotvrdil.**

V současné době jsou na školách jednoznačně nejvíce realizovány preventivní aktivity formou přednášek a diskusí s odborníky. Vzhledem k preferenci studentů lze toto zjištění považovat za pozitivní. Na druhém místě je studenty uváděna školní prevence formou brožur a plakátů. I když tato forma prevence je studenty nejméně preferovaná, domnívám se, že její úloha v rámci poskytování obecných informací je důležitá. Preventivní aktivita formou informací poskytovaných učiteli je studenty uváděna na třetím místě, z čehož lze odvodit, že drogová problematika bývá zařazena do jednotlivých vyučovacích předmětů. Škola také poskytuje studentům preventivní aktivitu formou filmů s drogovou tematikou. Za negativní však považuji zjištění, že školy nerealizují volnočasové aktivity, kterým studenti přikládají zásadní význam. Vytváření podmínek pro využívání volného času mládeže je jedním z hlavních, a dle mého názoru nejefektivnějších, opatření drogové prevence ve všech státech Evropské unie.

5 ZÁVĚR

Nelegální drogy patří mezi komodity, jejichž cena je vyšší než cena gramu čistého zlata a rozsah jejich užívání má v současné době charakter epidemie. Tuto skutečnost nelze ignorovat. Pro společnost je eticky i ekonomicky neúnosné připustit masové užívání drog, proto by měla stále hledat a co nejefektivněji využívat všechny dostupné prostředky, které mohou nepříznivou situaci udržet pod kontrolou a minimalizovat užívání nelegálních drog.

Ve své práci jsem se soustředila především na problematiku užívání drog mladými lidmi a to ze dvou důvodů. Mládež patří k nejohroženější skupině společnosti. Vzhledem k malému množství životních zkušeností, dosud nestabilnímu žebříčku hodnot, touze po experimentátorství a všeobecnému podceňování rizik s užíváním drog spojených snáze podléhá tlaku nabídky drog. Avšak na druhé straně je také nejsnáze ovlivnitelná v pozitivním slova smyslu, kdy vhodná primární prevence může předejít vzniku drogového problému vůbec či snížit rozsah užívání drog ve společnosti. Mladým lidem by se v oblasti prevence měla věnovat zvýšená pozornost, protože právě oni tvoří novou generaci, a jejich přístup a vnímání drogové problematiky bude v budoucnu významný.

Situace v České republice v užívání nelegálních drog mládeží je v současné době plně srovnatelná s ostatními evropskými státy. Toto zjištění přinesla Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) realizovaná v roce 2003. Nejvyšší celoživotní prevalence užití drogy byla zaznamenána u českých studentů (44 %), avšak z detailnější analýzy vyplynulo, že se ve většině případů jedná o jednorázový experiment s drogou a podíl pravidelných konzumentů nelegálních drog je na nízké úrovni. Též byly zaznamenány rozdílné trendy ve zkušenostech a postojích u tzv. „tvrdých“ drog a drog dalších. U heroínu a pervitinu byl zaznamenán pokles prevalence a zvýšení povědomí o škodlivém a

protispolečenském působení, naopak u marihuany, extáze a halucinogenů k tomuto příznivému trendu nedošlo. Právě drogy z konopí a extáze patří k nejvíce užívaným. Mnou provedený výzkum tento vývoj v oblasti užívání drog potvrzuje. Z celkového počtu 245 studentů nemá s drogou žádnou zkušenost 38 % dotázaných. S drogou dříve experimentovalo, ale v současné době žádnou neužívá 42 % studentů. Tedy v současné době žádnou drogu neužívá 80 % dotázaných. Celých 20 % studentů v různých časových intervalech opakovaně nějakou drogu užívá. Nejvíce rozšířenou drogou jsou produkty z konopí, za nimiž následuje extáze a halucinogeny. Za pozitivní lze považovat nízké hodnoty výskytu opakovaného užití tvrdých drog kokainu (1,2 %) a cracku (0,4 %) a též nulový výskyt užití heroinu a pervitinu. Také nebyl zaznamenán žádný případ nitrožilní aplikace drogy. **Studenti experimentují a případně užívají převážně drogy s tzv. akceptovatelným rizikem, tedy drogy z konopí.** Tvrdé drogy jsou pro dnešní mládež méně akceptovatelné. Tento zaznamenaný trend hodnotím jako pozitivní s tím, že uplatňované preventivní strategie zaměřené na poskytování informací o účincích a rizicích drog, které jsou na školách nejvíce realizovány, lze v tomto ohledu hodnotit jako efektivní.

Informativní formy prevence však nelze považovat za všehospásné, drogový problém sami nevyřeší. To předpokládá účinnou primární prevenci v rodinách a ve školách, kterou však v současné době nespátřuji jako dostatečnou. To potvrzují stále stoupající počty studentů experimentujících s drogami. Velký význam přikládám prevenci v oblasti volnočasových aktivit. Možnosti aktivního využívání volného času se zaměřením na zdravý způsob života nejsou různorodé a dostupné širokému počtu studentů (sport, kulturní a společenské akce). Na školách nejsou v dostatečné míře realizovány různé zájmové skupiny, sdružující mládež pod odborným vedením buď pedagoga nebo instruktora z řad rodičů, ale i studentů (turistika, míčové hry, počítačové kroužky, divadlo, apod.). Spolupráce rodičů a školy v utváření odpoledních a víkendových aktivit pro mládež je ve fázi zrodu. Též přístup studentů

k dalšímu studiu je velmi omezený, každoročně jsou odmítány desetitisíce mladých lidí schopných studovat. Přitom absolventi středních škol jen těžko nacházejí pracovní uplatnění. Osamostatnit se, převzít za sebe odpovědnost, plánovat svoji další kariéru a posléze založit rodinu je přirozený vývoj mladého člověka. Mladým lidem chybí dlouhodobé uskutečnitelné cíle.

Dalším problémem je snadná dostupnost drog. K omezení dostupnosti nezákonných drog měla přispět novelizace drogové legislativy ve smyslu zavedení trestnosti držení nelegálních drog pro vlastní potřebu, avšak z výsledků studie (Zábranský a kol., 2001) vyplývá, že očekávání nebylo naplněno. Tento závěr potvrzuje i jiný ukazatel, kterým je setrvalá cena nelegálních drog na černém trhu, z ekonomického pohledu nasvědčující dlouhodobému převisu nabídky nad poptávkou. Tato intervence neměla na drogovou problematiku v ČR žádný praktický dopad a z ekonomického pohledu je ztrátová a tedy z hlediska společenských nákladů nežádoucí (v letech 1999 a 2001 byly náklady na trestní proces s 235 pachateli odhadnuty na 37 miliónů Kč). Represivní přístup nulové tolerance k drogám není v současné době efektivním řešením. Represe zaměřená na eliminaci trestné činnosti v oblasti produkce, tranzitu a obchodu je však nezbytnou součástí protidrogové politiky ČR.

Podpora médií při vytváření veřejného mínění a protidrogové atmosféry ve společnosti, veřejnosti při zájmových činnostech mládeže, státu v přijímání legislativních opatření znemožňujících činnost drogových mafií a při vytváření zdravého životního prostředí i sportovních a kulturních zařízení dostupných široké veřejnosti, jsou podmínkou pro zlepšení současné situace. K omezení nárůstu experimentů a nových závislostí je jednoznačně rozhodující vyvážené uplatňování represe a prevence. Důraz by měl být kladem především na prevenci primární, která má nejvyšší účinnost a návratnost vložených finančních prostředků. Předpoklad efektivní primární prevence je podmíněn aktivní spoluprací rodičů a pedagogů na

všech úrovních škol. Prevence se musí stát plnohodnotnou součástí vzdělávacího systému a poskytovat trvale všem žákům a studentům pravdivé informace o účincích a rizicích s užíváním drog spojených.

Rozhodující je vždy odmítavý postoj mládeže. Mladý člověk musí umět říci drogám NE a musí vědět proč. Dnes to umí říci jen čtvrtina studentů, oproti polovině studentů v roce 1999, kterým byla droga nabídnuta. Mládež bez perspektiv a dlouhodobých uskutečnitelných cílů se stává snadnou obětí obchodníků s drogami.

Podle studie ESPAD má 33 000 mladých lidí ve věku 15 – 19 let opakovanou zkušenost s jinou drogou než s marihuanou. Riziko zdravotního poškození, šíření infekčních nemocí a zahájení kriminální kariéry jsou pro společnost neakceptovatelné a ekonomicky zatěžující. Změny tohoto nežádoucího stavu však nebude dosaženo bez široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních, která stojí na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování prevence a represe. Jen na základě efektivní spolupráce všech složek společnosti je možné drogový problém řešit úspěšně.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Borník, M. *Drogy. Co bychom o nich měli vědět*. Praha: Themis, 2001. ISBN 80-85821-98-2
2. Csémy L., Bejčková P., Sadílek P., Sovinová H. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-94-3
3. Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0135-9
4. Janík A., Dušek K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3
5. Jedlička, R., Klíma P., Kořa J., Němec J., Pilař J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
6. Kalina K. a kolektiv *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
7. Kalina K. a kolektiv *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
8. Mravčík, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-99-4
9. Mravčík, V. a kol. *Zaostřeno na drogy 5*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISSN1214-1089
10. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X
11. Nešpor K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6
12. Nešpor K., Pernicová H., Csémy L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8

13. Nešpor K., Dvořák V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. Praha: Armex Praha ve spolupráci s TRIVIS, Soukromou veřejnoprávní akademií a vyšší odbornou školou, 1998. ISBN 80-902283-9-9
14. Nešpor K., Csémy L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, a.s., 1993.
15. Nešpor K., Csémy L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2
16. Nešpor K., Millerová M. *Jak přestat brát drogy*. Praha: Sportpropag, 1997
17. Nožina M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X
18. Pokorný T. *Prevence zneužívání návykových látek u mládeže. Bakalářská práce*. Hradec Králové, 1999
19. Presl J. *Drogová závislost, Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF, 1994. ISBN 80-85800-18-7
20. Radimecký J. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí. Příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-38-2
21. Radimecký, J. a kol. *Zaostřeno na drogy 3*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISSN 1214-1089
22. Riesel P. *Lesk a bída drog*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9
23. Valíček P. a kolektiv *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: START, 2000. ISBN 80-86231-09-7
24. Zábranský, T. a kol. *Projekt analýzy dopadů novelizace drogové legislativy v ČR (Souhrnná závěrečná zpráva)*. Praha: ResAd, 2001
25. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-39-0
26. Národní protidrogová centrála SKPV PČR *Drogová scéna 2005*. Vyšlo jako příloha časopisu POLICISTA č. 6/2006. ISSN 1211-7943
27. Výroční zpráva PČR NPC SKPV za rok 2005 – interní materiál PČR

28. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 až 2008 – www.msmt.cz*

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Nealkoholové drogy

Příloha č. 2 - Pervitin, brown

Příloha č. 3 - Kokain

Příloha č. 4 - Crack

Příloha č. 5 - Marihuana

Příloha č. 6 - Hašiš

Příloha č. 7 - Hašišový olej

Příloha č. 8 - Opium

Příloha č. 9 - Kodein, morfin

Příloha č. 10 - Heroin

Příloha č. 11 - Vývojové trendy v užívání návykových látek v období 1995-2003
(studie ESPAD v roce 2003)

Příloha č. 12 - Preventivní programy

Příloha č. 13 - Dotazník použitý v roce 1999

Příloha č. 14 - Dotazník použitý v roce 2007

[illegible]

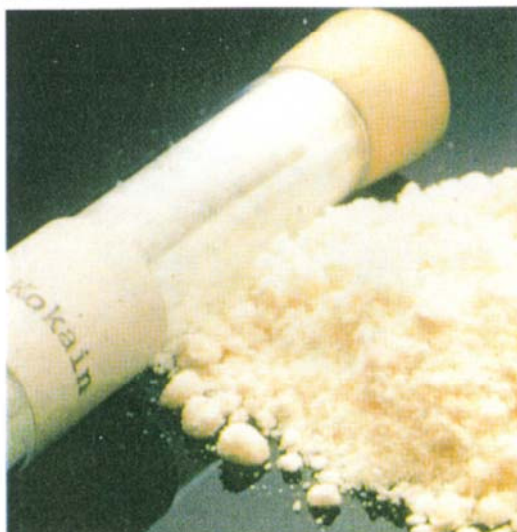


▲ Pervitin

▼ Flakon brownu



Kokain

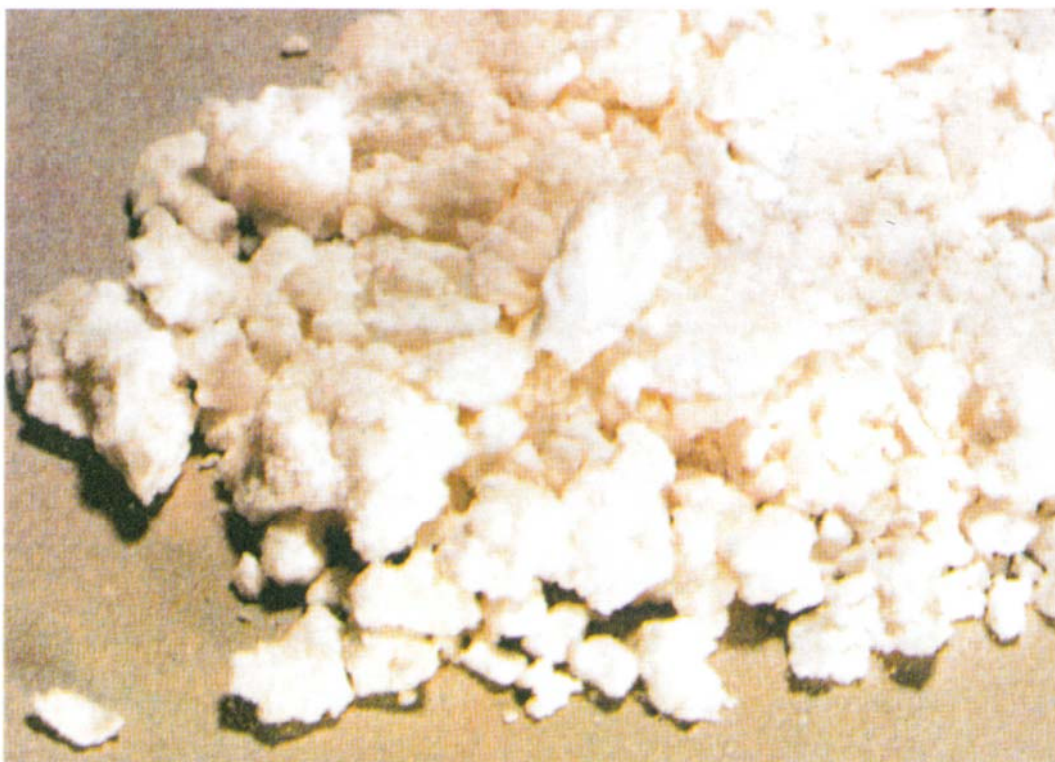


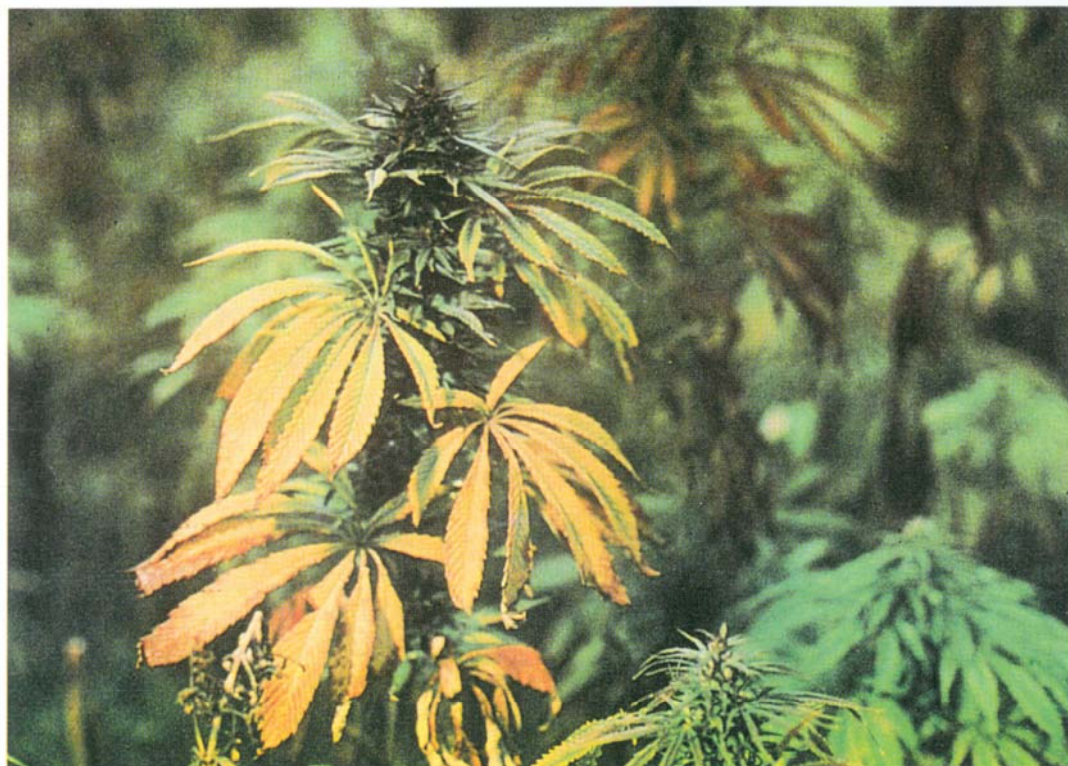
Koka





Crack





▲ Rostlina konopí

► Marihuana

▼ Marihuanové cigarety (joints)



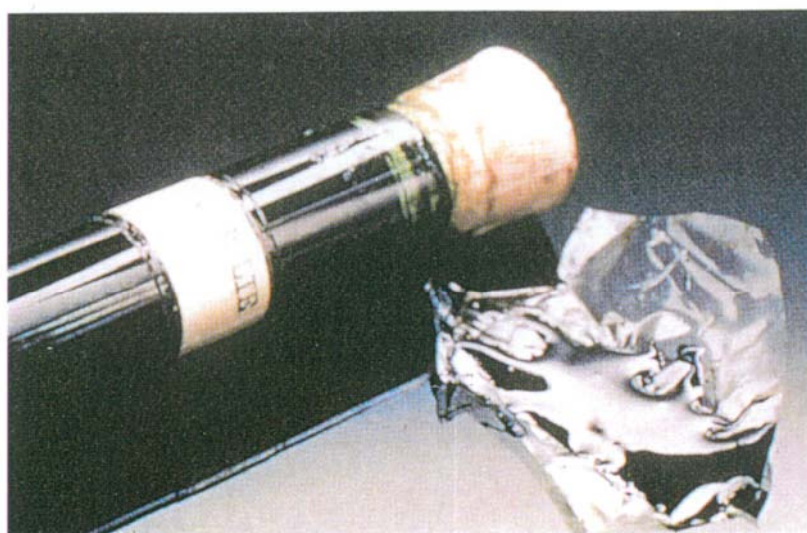
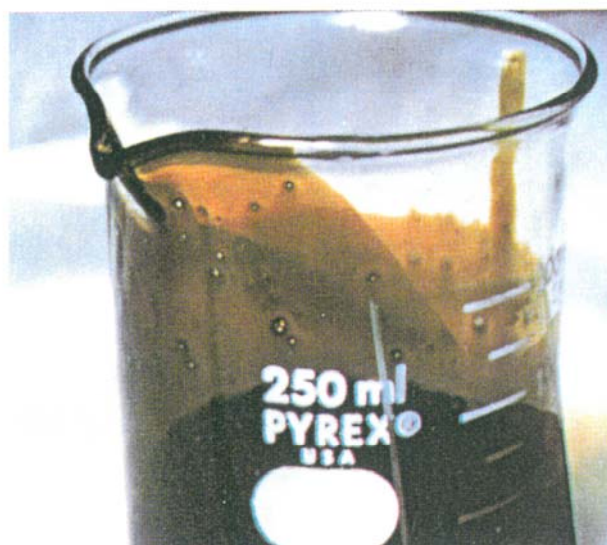


Hašíš



Příloha č. 7

Hašišový olej



Šťáva z naříznutých
makovic opiového máku



Surové opium



Kodein

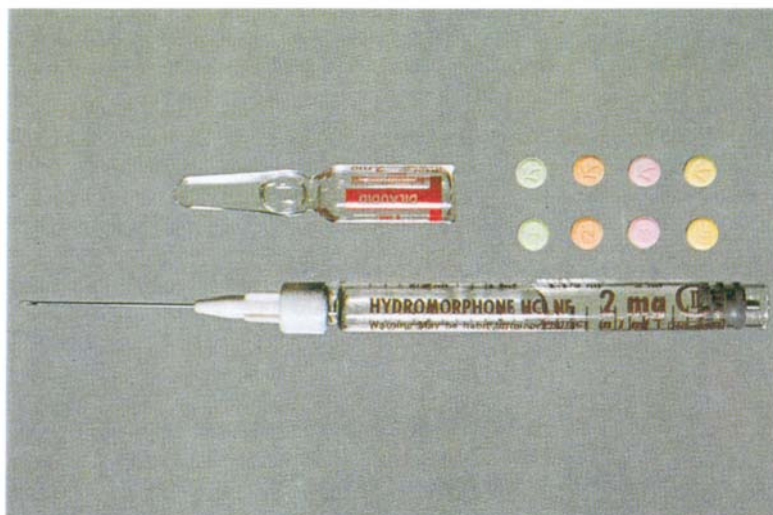


Morfin





▲ Heroin



◀ Hydromorfon

Glutethimid



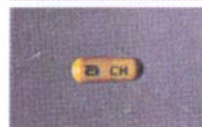
Glutethimid



Chlorhydrát



Barbituráty



Metaqualon



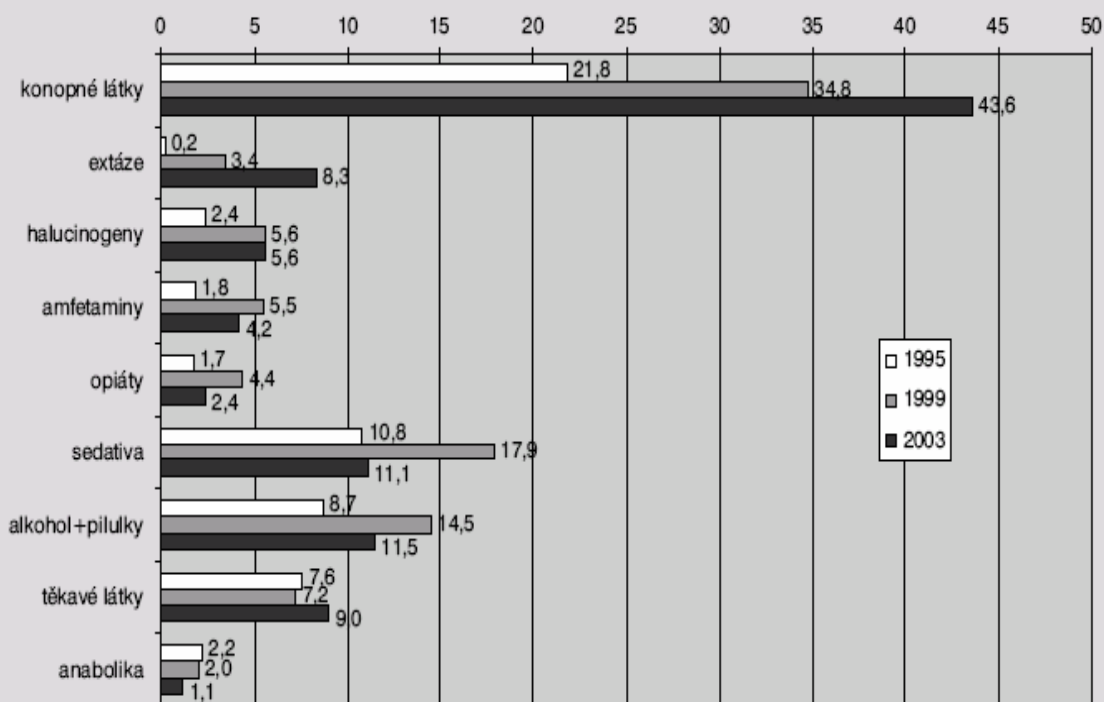
Příloha č. 11

Tato příloha byla zpracována z materiálů poskytnutých Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (studie ESPAD 2003 – vývojové trendy v užívání návykových látek v období 1995-2003).

Tabulka 4.4: Celoživotní prevalence užití nelegálních drog (v %)

Druh návykové látky	Studenti (celý soubor)		
	1995	1999	2003
Jakákoliv nelegální droga	22,7	34,9	43,8
Nelegální droga kromě konopných látek	4,3	9,0	11,2
Jakákoliv nelegální droga aplikovaná injekčně	1,0	1,4	0,6
Marihuana nebo hašiš	21,8	34,6	43,6
Opiáty (celkem včetně heroinu)	1,7	4,4	2,4
Amfetaminy (pervitin)	1,8	5,5	4,2
LSD nebo jiné halucinogeny	2,4	5,4	5,6
Extáze	0,2	3,4	8,3
Sedativa	10,8	17,7	11,1
Těkavé látky, rozpouštědla	7,6	7,2	9,0
Anabolické steroidy	2,2	2,0	1,1

Obrázek 4.1: Srovnání vývoje rozsahu užívání nelegálních drog (v %)



Tabulka 4.5: Výskyt opakovaného užívání za celý život (častěji než 5krát) (v %)

Druh návykové látky	Studenti (celý soubor)		
	1995	1999	2003
Jakákoliv nelegální droga	7,2	17,4	25,3
Nelegální droga kromě konopných látek	1,1	3,6	4,4
Marihuana nebo hašiš	6,4	16,2	23,2
Opiáty (celkem včetně heroinu)	0,4	0,8	0,4
Amfetaminy (pervitin)	0,2	1,3	1,3

Tabulka 4.7: Prevalence užití nelegálních drog podle pohlaví (v %)

Druh návykové látky	Chlapci			Dívky		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Jakákoliv ilegální droga	25,9	40,2	48,3	18,7	30,2	40,0
Nelegální droga kromě konopných látek	4,6	9,6	10,8	4,0	8,5	11,5
Jakákoliv nelegální droga aplikovaná injekčně	1,0	1,0	0,5	1,0	1,8	0,6
Marihuana nebo hašiš	25,2	40,1	47,8	17,6	29,8	40,0
Amfetaminy (pervitin)	1,7	5,0	3,2	2,0	6,0	5,1
LSD nebo jiné halucinogeny	2,6	6,5	5,9	2,2	4,5	5,3
Opiáty (včetně heroinu)	1,7	4,1	1,8	1,7	4,7	2,9
Sedativa	7,7	13,6	7,6	14,6	21,4	13,8
Těkavé látky	7,9	8,1	9,2	7,3	6,5	8,8
Anabolické steroidy	3,3	3,2	1,9	0,9	0,8	0,5
Extáze	–	3,7	8,2	–	3,2	8,4

Tabulka 4.8: Prevalence užití nelegálních drog podle typu školy (v %)

Druh návykové látky	Gymnázium			SŠ s maturitou			SOU		
	1995	1999	2003	1995	1999	2003	1995	1999	2003
Jakákoliv nelegální droga	15,2	28,6	31,0	19,6	33,5	42,6	27,4	41,2	55,2
Konopné látky	14,2	28,3	30,4	18,6	33,1	42,6	26,7	41,1	55,0
Nelegální droga kromě konopných látek	3,6	8,1	5,6	3,6	7,7	9,5	5,1	11,2	17,2

Dvanáct typů programů podle obsahu

Příloha č. 12

	Typ programu	Obsah programu	Aktivity	Mediátoři
1	<i>Informativní programy</i>	Zaměřují se na předávání znalostí o následcích užívání drog a rozvíjení toho, aby mladí věřili, že se užíváním drog člověk vystavuje riziku. Poskytují se informace o drogách, užívání a zneužívání drog včetně mýtů a pravd o užívání drog; často se zaměřují na biologické, chemické, historické a právní procesy. Pozornost se věnuje pozitivním i negativním účinkům na zdraví, sociálnímu prostředí daného jedince i jeho či jejímu duševnímu zdraví.	V těchto programech se využívá řada různých forem aktivit: např. přednášky, frontální vyučování, promítání filmů a videopořadů, diskuze a debaty.	Snaží se ovlivnit znalosti o drogách a následcích jejich užívání, zvyšovat přesvědčení, že jsou škodlivé a snižovat pocit, že jejich užívání má pozitivní účinky.
2	<i>Programy zaměřené na rozhodovací schopnosti</i>	Cílem je zlepšit schopnost studentů racionálně se rozhodovat ohledně užívání drog. Studenti se v nich učí strategiím pro identifikování problémů, nalézání řešení a výběr mezi alternativami.	Zahrnují nácvik dovedností. Tyto programy se ne vždy zaměřují na individuální užívání drog. Aktivity mohou být prezentovány ve formě přednášek, diskusí, hraní rolí a úkolů.	Snaží se ovlivnit a podporovat dovednosti pro racionální rozhodování a aplikování racionálních postupů při řešení problematických situací. Vycházejí z předpokladu, že se racionálními rozhodovacími dovednostmi snižuje riziko začátku užívání drog.
3	<i>Programy spojené se složením přísahy</i>	Podporují studenty v tom, aby slíbili nebo se zavázali, že nebudou užívat drogy (např. programy nekuřáckých tříd). Tento slib je někdy založen na morálních zásadách (drogy jsou pro společnost špatné, představují morální úpadek a zkázu)	Aktivity bývají řečnického charakteru („kázání“), složení slibu má často formu petice nebo smlouvy.	Snaží se ovlivnit užívání drog tak, že stimulují mladé, aby se sami zavázali k tomu, že nebudou užívat drogy.
4	<i>Programy zaměřené na vyjasňování hodnot</i>	Jejich cílem je pomáhat mladým prověřovat své osobní hodnoty a následky chování tak, že se jim předvede, že užívání drog není v souladu s osobními hodnotami.	Mohou zahrnovat aktivity, které jednotlivcům pomohou identifikovat existující hodnoty a zvolit soubor pozitivních hodnot. Do tohoto typu programů patří aktivity typu skupinové diskuze a využití připravených listů s otázkami a cvičeními (<i>worksheety</i>).	Cílem je ovlivňovat užívání drog a životní volby tak, že se na hlavní místo postaví individuální hodnoty dané osoby a rozvíjí se jeho či její přesvědčení, že užívání drog není v souladu s obecnými vlastními životními cíli.
5	<i>Programy zaměřené na stanovování cílů</i>	Vyučují dovednostem potřebným k stanovení a dosažení cílů a podporují studenty v tom, aby si osvojili postoj zaměřený na dosahování výsledků. Užívání alkoholu a dalších drog se prezentuje tak, že je v rozporu či nesouladu s takovými cíli. Proces stanovování cílů lze zasadit do realistického rámce prostředků, dovedností, času a odměn.	Využívají různé druhy instruktážních technik včetně didaktických technik a využití cvičebnic (<i>workbooků</i>). Dosažené výsledky někdy bývají odměňovány.	Snaží se ovlivnit užívání alkoholu a drog vytvořením strategie orientované na dosahování výsledků a motivaci k usilování o dosažení výsledků. Za vlivný faktor se navíc považuje aplikace dovedností pro stanovení a dosažení pozitivních životních cílů. Rozdíl mezi tímto přístupem a přístupem založeným na vyjasňování hodnot spočívá v tom, že stanovování cílů se soustředí na osvojování dovedností jak se rozhodovat, zatímco u programů zaměřených na vyjasňování hodnot je cílem stanovit priority a následně podle nich uspořádat životní volby.

6	Programy zaměřené na zvládání stresu	Cílem těchto programů je naučit studenty jak se vypořádat se stresem a jak jej zvládat v psychologicky obtížných situacích (např. konflikty, konflikty ve vztazích, rodinné problémy atd.). Nácvik dovedností někdy zahrnuje strategie ke snižování stresu a nalézání pozitivních alternativ užívání drog při konfrontaci se stresovými situacemi.	Zahrnují didaktické a diskuzní strategie. Důraz se často klade na techniky zvládání fyzického stresu (relaxace atd.). Dalšími nástroji jsou připravené listy s otázkami a cvičeními (<i>worksheets</i>).	Jejich cílem je ovlivnit užívání drog pomocí posilování osobního posouzení vlastních schopností vypořádat se s životními obtížemi a nácvikem dovedností jak se vypořádat s problémovými situacemi. Zároveň se očekává, že se vývoj užívání drog také ovlivní snížením míry vnímaného stresu.
7	Programy zaměřené na budování self-esteemu	Cílem je rozvíjet individuální cenění si sebe sama a <i>self-esteemu</i> . Studenti se učí přijímat neúspěchy a potíže a nevěnovat jim příliš pozornosti. Odrážejí se od sebeoznačování neúspěchu. Podporuje se zvýšené oceňování vlastní přirozené i rozvíjené síly a jedinečnosti.	Zahrnují aktivity zaměřené na zvyšování sebeuvědomění a <i>self-image</i> . Z aktivit uveďme diskuze a práci s cvičebnicemi.	Očekává se od nich, že sníží míru užívání drog zvyšováním <i>self-esteemu</i> studentů.
8	Programy zaměřené na nácvik dovednosti odolávat tlaku	Učí studenty schopnostem identifikovat a asertivně odolávat vnějšímu tlaku užívat drogy (od vrstevníků, sourozenců, rodičů / opatrovníků, dospělých, v médiích a reklamě).	Zahrnují různé aktivity a formy instruktáže, např. filmy a diskuze, které ukazují tlak ze strany vrstevníků. Zároveň do nich ale patří nácvik dovednosti odmítat s využitím diskusí a hraní rolí.	Cílem je ovlivnit začátek užívání a zneužívání rozvojem osobních dovedností jak odmítat nabízené drogy a zvýšením vlastní vnímané osobní zdatnosti odolat tlaku vrstevníků.
9	Programy zaměřené na nácvik životních dovedností	Vyučují široké sociální dovednosti včetně komunikačních a mezilidských dovedností a schopností řešit mezilidské konflikty. Tento přístup zahrnuje nácvik dovedností s širší možností uplatnění než jen při odmítání nabídnuté drogy.	Mohou zahrnout výcvik v obecné asertivitě a dovednostech jak komunikovat a řešit konflikty. Z instruktážních technik uveďme přednášky, diskuze a hraní rolí.	Cílem je ovlivnit začátek užívání drog zlepšením komunikačních dovedností a dovedností jak získat společenské přijetí. Rozvíjejí se i dovednosti jak řešit mezilidské problémy.
10	Programy zaměřené na stanovování norem	Cílem je stanovit konzervativní normy pro užívání drog. Jádrem tohoto přístupu je náprava mylných představ studentů o (vnímané vysoké) prevalenci a přijatelnosti užívání alkoholu a drog a zavedení konzervativních skupinových norem.	Zahrnují jak prezentování informací z průzkumů, tak z výzkumů veřejného mínění, probírání jejich výsledků a diskuse o přiměřenosti určitého chování (např. užívání drog). K zavedení nebo definování specifických standardů skupinového chování tento typ programu také využívá <i>peers</i> .	Snaží se ovlivnit začátek užívání drog snížením očekávání o prevalenci a přijatelnosti užívání a dostupnosti drog v sociálním prostředí vrstevníků.
11	Programy pomoci	Poskytují intervence a poradenství jak se vypořádat se životními problémy. Do programů pomoci jsou zapojováni <i>peers</i> , kteří studentům radí nebo je instruují v otázkách spojených s drogami a alkoholem.	Využívají <i>peery</i> , aby ve třídách stimulovali diskuzi. Důraz se klade na včasnou intervenci a referenci (do léčby).	Snaží se ovlivnit začátek užívání či zneužívání drog poskytováním sociální podpory ohroženým jedincům.
12	Programy na základě nabízení alternativ	Poskytují studentům aktivity, které nejsou kompatibilní s užíváním drog.	Zahrnují strukturované aktivity (např. sportovní aktivity) i předávání informací a podněcování k účasti na alternativních aktivitách.	Snaží se ovlivnit začátek užívání drog snížením doby vystavení rizikovým situacím a nácvikem dovedností nezbytných pro aktivity, které jsou v rozporu s užíváním drog (např. tělesné aktivity a pohybová koordinace).

Zpracováno podle holandského manuálu „Making schools a healthier place“, Trimbos Institut, Utrecht 2002

Zjištění stavu rozšíření návykových látek a prevence

(zaškrtni pravdivou odpověď)

1. **Byla ti někdy nabídnuta droga?**
 - ne
 - ano 1x
 - ano vícekrát

2. **Kde ti byla droga nabídnuta?**
 - od vrstevníků
 - na večíрку
 - na diskotéce
 - v rockovém klubu
 - ve škole
 - na ulici

3. **Jakou drogu jsi vyzkoušel - používáš?**

marihuana, hašiš, pervitin, efedrin, amfetamin, heroin, braun, kodein, opium, tripy, LSD, kokain, léky proti bolestem, tlumivé látky a léky na spaní, těkavé látky (čichání), jiné (uvedte jaké):

4. **Proč jsi se rozhodl použít drogu?**

zvědavost, dobrodružství, neshody s rodiči, problémy ve škole, sebepodceňování, nejistota, kvůli kamarádům, nuda, jiné (uvedte jaké):

5. **Jaké formy prevence se ti jeví jako nejúčinnější?**

informace od: rodičů - učitelů - vrstevníků - odborníků, plakáty, brožury, videokazety, filmy, přednášky a diskuze s odborníky, kombinované programy, Peer-programy, aktivní využívání volného času (dostupný sport, kultura, zájmová činnost atd.)

6. **Myslíš si, že je drogová prevence důležitá?** ano - ne

7. **Myslíš si, že je drogová prevence dostatečná?** ano - ne

8. **V jako oblasti je potřeba posílit prevenci?**

rodina - škola - masmédia - volný čas

9. **Jsem muž - žena**

Dotazník je zcela anonymní - nebude obsahovat vaše jméno, ani žádné jiné informace, které by vás mohly individuálně identifikovat. Jeho účelem je zjištění současného stavu rozšíření návykových látek a účinnost preventivních programů a následné porovnání výsledků s výzkumem provedeným v roce 1999. Zodpovězte proto, prosím, pravdivě na všechny otázky. **Děkuji vám předem za vaši účast.**

Správnou odpověď označ křížkem ☑ nebo doplň správný údaj.

1. Jste:

- ☐ Muž ☐ Žena
Kolik vám je let?

2. Byla vám někdy nabídnuta droga?

- ☐ Ne ☐ Ano, 1x ☐ Ano, vícekrát

3. Kde vám byla droga nabídnuta?

- ☐ od vrstevníků
☐ od sourozence
☐ na večíрку
☐ na diskotéce
☐ v rockovém klubu
☐ ve škole
☐ na ulici
☐ jinde (uvedte prosím kde)
.....

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

Kolik vám bylo let?

- ☐ Nikdy jsem neužil/a žádnou z látek níže uvedených
☐ Marihuana nebo hašíš
☐ LSD
☐ Pervitin, jiné amfetaminy
☐ Krak
☐ Kokain
☐ Heroin
☐ Extáze
☐ Halucinogenní houby
☐ Tišící prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu
☐ Těkavé látky (toluen aj.)
☐ Nevím, co to bylo

5. Z jakého důvodu jste zkusil/a tuto drogu?

- ☐ ze zvědavosti
☐ z nudy
☐ chtěl/a jsem se dostat do nálady
☐ kvůli kamarádům
☐ neshody v rodině
☐ problémy ve škole
☐ nejistota, sebepodceňování
☐ z jiných důvodů (uvedte jakých)
.....

- ☐ Nevzpomínám si

6. Užíváte v současné době nějakou drogu?

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, o jakou drogu se jedná a jak často ji užíváte?

a) Marihuana nebo hašiš

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

b) LSD

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

c) Pervitin, jiné amfetaminy

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

d) Krak

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

e) Kokain

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

f) Heroin

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

g) Extáze

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

f) Halucinogenní houby

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

i) Tišící prostředky nebo sedativa bez lékařského předpisu

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

j) Těkavé látky (toluen aj.)

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

k) Drogy užívané injekčně (heroin aj.)

☐ ročně ☐ měsíčně ☐ týdně ☐ denně

7. Jaké formy prevence se vám jeví jako nejúčinnější:

- a) ☐ brožury, plakáty
- b) ☐ poučné videokazety a filmy
- c) ☐ přednášky a diskuze s odborníky
- d) ☐ kombinované programy
- e) ☐ Peer-programy
- f) ☐ aktivní využívání volného času
- g) ☐ informace od rodičů - učitelů - vrstevníků
- h) ☐ jiné, uveďte prosím jaké

8. Jaké preventivní akce (z výše uvedených) jsou na vaší škole realizovány?

(Vypište je dle písmenného označení, např. a),c),d),, případně uveďte i jiné.)

9. Myslíte si, že je drogová prevence důležitá?

☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

10. Myslíte si, že je drogová prevence dostatečná?

☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

11. V které oblasti je, podle vašeho názoru, třeba prevenci posílit především?

☐ rodina ☐ škola ☐ masmédia ☐ volný čas

Děkuji za vyplnění a přeji krásný den!