

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Monika Catherine Neumanová**

**Role primární prevence v prevalenci užití  
ilegálních drog**

*Bakalářská práce*

Praha 2008

Autor práce : **Monika Catherine Neumanová**

Vedoucí práce : **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Oponent práce :

Datum obhajoby :

Hodnocení :

## **Bibliografický záznam**

NEUMANOVÁ, Monika Catherine. *Role primární prevence v prevalenci užití ilegálních drog*. Praha : Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008. 54 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Abstrakt**

Oblastí primární prevence se většinou zabývají ve svých pracích spíše studenti pedagogických fakult, kde se věnují konkrétním programům. Věnujeme-li se této problematice v rámci společenských věd, je myslím poměrně vhodné pojmout ji více zeširoka. V první řadě je namístě zdůvodnění, proč řešit problém drogové závislosti v sociálním rámci. Dále je vhodné zabývat se tím, jak sociální problém vznikal a jakým způsobem ovlivňuje život ve společnosti. Klíčovou otázkou v této oblasti je, jaké máme možnosti k omezení výskytu tohoto problému. Jednou z těchto možností je primární prevence. V této práci jsou rozebrány zásady, které je třeba dodržet, aby byla politika primární prevence efektivní, jednotlivé úrovně, na kterých je primární prevence prováděna, aktéři, kteří se na ní podílí a řada dalších relevantních informací. Práce stručně vymezuje problém drogové závislosti, nabízí možnosti, jak tento problém řešit a nastiňuje konkrétní metody, které máme k dispozici v oblasti primární prevence.

## **Abstract**

The primary prevention issues are usually more covered by the thesis of pedagogical faculty students, which are predominantly focused on the relevant details of prevention programs. If we follow the topic in the view of social science, it is probably advisable to broaden the scope of our interest. Firstly it is essential to give reasons for the fact, why we analyse the problem of drug addiction within sociological approach. Furthermore it's important to deal with, how the social problem arised and how it influences the life of our society. The key question in this part of research is, what are our possibilities and tools to minimize the occurence of this problem. One of them is primary prevention. In this thesis it is specified, what principles must be accomplished in order to have primary prevention efficient, what are the levels on which the primary

prevention is carried out, what actors play the major roles and many other relevant information. Briefly speaking this thesis defines the problem of drug addiction, offers the possibilities how to resolve it and introduces the particular methods of primary prevention.

## **Klíčová slova**

Drogy, ilegální drogy, represe, prevence, primární prevence, protidrogová politika, ohrožení jedinci, programy primární prevence, aktéři primární prevence

## **Keywords**

Drugs, illegal drugs, repression, prevention, primary prevention, antidrug policy, individuals in danger, primary prevention programs, actors of primary prevention

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 14.5.2008

Monika Catherine Neumanová

## Obsah

Úvod.....	- 14 -
Výzkumné cíle a otázky.....	- 16 -
Použité metody zpracování.....	- 17 -
1. Teoretická východiska.....	- 18 -
1.1. Definice pojmů.....	- 19 -
1.2. Historie vzniku sociálního problému drogové závislosti.....	- 20 -
1.3. Důsledky zneužívání ilegálních drog.....	- 22 -
1.3.1. Zdravotní důsledky toxikomanie.....	- 22 -
1.3.2. Sociální důsledky toxikomanie.....	- 23 -
1.4. Jak můžeme snížit počet uživatelů drog.....	- 25 -
1.4.1. Represe.....	- 26 -
1.4.2. Prevence.....	- 27 -
1.5. Primární prevence.....	- 28 -
1.5.1. Nespecifická primární prevence.....	- 28 -
1.5.2. Specifická primární prevence.....	- 29 -
1.6. Forma programu primární prevence.....	- 29 -
1.6.1. Jednorázové preventivní programy.....	- 29 -
1.6.2. Dlouhodobé preventivní programy.....	- 31 -
1.7. Obsah programu primární prevence.....	- 33 -
1.8. Efektivní primární prevence.....	- 34 -
Lektor primární prevence.....	- 35 -
1.9. Ohrožení jedinci.....	- 36 -
1.9.1. Biologický předpoklad.....	- 37 -
1.9.2. Tlak okolí.....	- 38 -
1.9.3. Postoj rodičů.....	- 38 -
1.9.4. Další faktory ovlivňující jedincovy sklony k závislosti.....	- 39 -
2. Nové dělení preventivní politiky podle EMCDDA.....	- 40 -
3. Národní strategie protidrogové politiky.....	- 42 -
4. Primární prevence v ČR.....	- 44 -
5. Analýza aktérů primární prevence.....	- 44 -
5.1. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.....	- 45 -
5.2. Ministerstvo financí.....	- 46 -
5.3. Ministerstvo obrany.....	- 46 -
5.4. Ministerstvo vnitra.....	- 46 -
5.5. Ministerstvo zdravotnictví.....	- 47 -
5.6. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.....	- 47 -
5.7. Další aktéři primární prevence.....	- 48 -
6. Hodnocení účinnosti primární prevence v rámci ČR.....	- 49 -
Závěr.....	- 52 -
Resumé.....	- 54 -
Použitá literatura.....	- 55 -
Seznam příloh.....	- 57 -
Přílohy.....	- 58 -

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra sociologie a sociální politiky

**PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Monika Catherine Neumanová

**Předpokládaný název práce :**

Role primární prevence v prevalenci užití ilegálních drog

**Vstupní diskuze poznávacího problému :**

Látky, které dnes známe pod souhrnným označením ilegální drogy, provází lidstvo odnepaměti. První zmínka o léčebných účincích psychoaktivních látek pochází z Číny zhruba z období 3000 let př.n.l. Po celá tisíciletí však nebyly ilegální drogy vnímány jako ohrožení, nýbrž spíše jako prostředek, který uleví od bolesti. K jejich zneužívání sice docházelo již od pradávna, ale nešlo o nikterak masový nebo znepokojivý jev. Jako společenský problém byly drogy označeny až ve 20. století, kdy si lidé patrně začali uvědomovat, že důsledky drogové závislosti nejsou pouze individuálního charakteru, nýbrž se týkají nás všech, celé společnosti. Z tohoto důvodu se domnívám, že je třeba řešit drogovou tematiku v rámci společenských věd.

**Námět práce :**

Jelikož je problematika ilegálních drog velmi rozsáhlá, je třeba nejprve vymezit, kterými tématy se budu ve své bakalářské práci zabývat. Jak je patrné z názvu práce, hlavní oblastí mého zájmu je politika primární prevence. Nicméně, abych tuto oblast zasadila do širšího rámce, vymezila jsem si tematiku celkem tři :

- 1) Příčiny prvního užití nelegální drogy.
- 2) Dopady drogové závislosti.
- 3) Řešení problému drogové závislosti.

Příčin prvního užití nelegální drogy je povícero, například stres, deprese a další negativní psychické stavy. Nejčastějším důvodem pro první užití nelegální drogy je ale experiment. Z tohoto důvodu si myslím, že je nezbytné se intenzivněji zabývat politikou primární prevence (viz. dále v textu).

Jak již bylo uvedeno, důsledky závislosti na ilegálních drogách jsou negativního rázu. Dále je třeba tyto důsledky rozdělit na dvě oblasti, a sice zdravotní a sociální. Zdravotní rizika, která jsou spojena s dopady na celou společnost, se týkají možného šíření infekčních chorob mezi jedince, kteří drogy nezneužívají. Mezi sociální rizika pak patří například změny základních životních hodnot či narušování mezilidských vztahů, což přináší negativní ekonomické dopady spojené s kriminalitou páchanou drogově závislými a léčbou drogově závislých.

V souvislosti s touto úvahou se nabízí otázka, jak můžeme bránit vzniku závislosti na ilegálních drogách. Tyto způsoby jsou dva : buď můžeme potlačit poptávku (prevence) nebo nabídku (represe). Fakta týkající se represe ve své práci zmíním pouze okrajově, intenzivněji se budu věnovat prevenci. Prevenci v oblasti drogové politiky můžeme dělit na primární, sekundární a terciální. Ústředním tématem mojí bakalářské práce je pouze prevence primární, jejímž základním cílem primární prevence je snížení počtu mladých lidí užívajících návykové látky a vytváření protidrogových postojů.

Na jedince můžeme působit ve třech různých rovinách, a tudíž i politiku primární prevence vymezujeme ve třech oblastech. Mluvíme-li o působení na nejvyšší úrovni, máme na mysli makroprostředí, čili mediální kampaně apod. Vzhledem k tomu, že jsou tyto způsoby ovlivňování lidí neadresné, můžeme tvrdit, že účinnější působení můžeme zajistit primární prevencí na střední úrovni (mezoprostředí), kde zohledňujeme specifika menších cílových populací. Ovšem nejúčinnější jsou programy na místní úrovni (mikroprostředí), kde se cílová populace ještě velmi zúží. V mikroprostředí jsou využívány např. přednášky, besedy a peer programy. Tímto dělením a konkrétními technikami na jednotlivých úrovních se budu ve své práci zabývat podrobněji.

Je zřejmé, že problému drogové závislosti je třeba předcházet a rizika s ním spojená řešit. Tato řešení ovšem nepřijímáme pouze v rámci rodinného kruhu, nýbrž je přijímají i reprezentanti veřejné politiky. Vzhledem k členství ČR v Evropské unii není problém projednáván pouze na národní úrovni, ale také na úrovni nadnárodní. Ve své



práci uvedu různé strategie a akční plány, které mají pomoci řešit problém drogové závislosti a k jejich zhodnocení využiji příslušné bilanční zprávy, jež podávají informace o tom, jak byla implementace plánů úspěšná.

Cílem preventivního boje proti drogové závislosti je zejména snížit počet dětí a mladistvých experimentujících s drogami a poskytnout včasnou a profesionální pomoc rodinám, které řeší problémy spojené s užíváním drog. Dále je třeba vytvořit ucelený systém vzdělávání v oblasti protidrogové politiky, aktivně se podílet na tvorbě aktivit a programů k potlačování nabídky po drogách, a to v horizontu národním i mezinárodním. Velmi důležité je také zapojit do prevence užívání drog celou společnost, zabezpečit odpovídající finanční zdroje, zvyšovat odbornou způsobilost pracovníků v oblasti protidrogové problematiky a zavést určité reformy v oblasti veřejné správy.

### **Pracovní cíle a otázky :**

V souvislosti s výše uvedeným námětem mé bakalářské práce jsem vymezila následující výzkumné otázky :

- Které situace mohou vést k tomu, že jedinec užije drogu? Na koho směřovat primární prevenci?
- Jaké techniky primární prevence se používají v praxi a jaká je jejich účinnost? V kterých oblastech je vhodné tento systém změnit?
- Co je třeba změnit, podle názorů představitelů veřejné politiky, aby se snížila prevalence užívání (užívání) ilegálních drog?

Tyto otázky zároveň úzce souvisí s pracovními cíli, které jsou následující :

- Zasadit politiku primární prevence do širšího kontextuálního rámce (ohrožení jedinci, proč se zabývat drogovou tematikou v rámci společenských věd a veřejné politiky, historický vývoj, ...).
- Analyzovat a diskutovat současnou národní politiku primární prevence (úrovně, formy, metodologické principy ad.).
- Komparace akčních plánů ČR i EU (hlavně v aspektech primární prevence).

## **Teoretická východiska :**

Hlavní teoretické východisko, které aplikuji ve své bakalářské práci, je koncept sociálních deviací, jenž chápe sociální problém jako závažnou odchylku od obecně přijatých norem. Tyto odchylky mají negativní dopad na okolí devianta a z toho důvodu se jedná o společenský problém. Okolí devianta je ale zároveň příčinou společenského problému, protože může sociální deviace buď tlumit nebo naopak podněcovat.

Další teoretický přístup, ze kterého budu vycházet, bude teorie konformity. Tato teorie je, dle mého názoru, z hlediska politiky primární prevence velmi důležitá, protože říká, že jedinec je vystaven tlaku (všichni už drogu zkusili, ale já ne) a tento tlak nakonec způsobí, že se člověk přizpůsobí převažujícím či dominantním názorům (drogy jsou fajn), požadavkům, normám (brát drogy je normální) skupiny či společnosti v níž člověk žije, a potlačení projevů vlastních.

S uvedeným pojetím konformity se pojí i symbolický interakcionismus, jehož zastánci vyznávají názor, že sociálním deviacím se učíme v interakcích. Opět se tak dostáváme k okolí jedince a znovu je vyzdvížena důležitost primární prevence.

Jelikož se budu zabývat nejen experimentem, jakožto nejčastějším důvodem pro prvotní užití drogy, ale i jinými příčinami, je pro moji bakalářskou práci důležitý i model veřejných arén, který chápe sociální problémy tak, že existují jen v interakci s jinými sociálními problémy.

Jako poslední důležité východisko, které použiji, bude teorie socializace. Tento přístup použiji opět v souvislosti s primární prevencí. Jádrem teorie socializace je totiž fakt, že na nás působí socializační činitelé. Mezi hlavní socializační činitele řadíme rodinu, školu, vrstevníky, média, sousedy, náboženství ad. Tito a řada dalších činitelů působí na naši osobnost. V oblasti drogové problematiky pak můžeme tuto teorii aplikovat tak, že působení těchto činitelů má rozhodující vliv na skutečnost, zda drogu užijeme či nikoliv a zda se následně staneme drogově závislími.

## **Předpokládané metody zpracování a předběžná struktura práce :**

Abych mohla navrhnout strukturu své práce, již jsem provedla rešerši informací a sestavila jsem strom problémů. Dále provedu historickou analýzu společenského problému závislosti na ilegálních drogách, kterou realizuji, stejně jako ostatní části

práce, na základě vyhodnocení zpráv o problému prostřednictvím sekundární analýzy dokumentů, dat a statistik. Budu tudíž analyzovat rozmanitou literaturu o drogové problematice, na internetu vyhledám aktuální informace a budu analyzovat kvantitativní a kvalitativní data. Na základě rozboru existujících i plánovaných politik provedu komparaci národních a mezinárodních plánů, a tudíž se jistě neobejdu ani bez modifikací existujících řešení.

Podle mé současné představy bude struktura mé práce následující : V úvodu své práce stručně uvedu dlouhou historii problematiky ilegálních drog, definuji problém psychické a fyzické závislosti a zanalyzuji jejich příčiny. Dále nastíním koncept sociální deviace a budu se zabývat tím, jak předcházet tomu, aby k sociální deviaci drogové závislosti došlo. Velká část mojí práce bude o politice primární prevence, kterou zde poměrně obsáhle představím a na základě získaných poznatků také zhodnotím. Pojednám i o negativních důsledcích, které jsou spojené s užíváním drog. V závěrečné části práce pak rozeberu možná řešení na úrovni národní a nadnárodní politiky.

### **Orientační seznam užití literatury :**

Arterburn, S., Burns, J. *Drogy klepou na dveře*. 1. vyd. Brno : Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.

Císařová, D., Sovová, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2.vyd. Praha : Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4.

Csémy, L. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) : výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-94-3.

Dvořák, V. Nešpor, K. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. 1. vyd. Praha : Armex, 1998. ISBN 80-902283-9-9.

Grónský, L. aj. *Racionální protidrogová politika : Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách : drogy a jejich účinky : rizika zvyšující užívání drog : léčba : problémové situace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9.

- Hartnoll, R. *Drogy a drogové závislosti : propojování výzkumu, politiky a praxe : co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-45-5.
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-18-4.
- Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- Kolektiv autorů. *Mládež – drogy – společnost*. 1. vyd. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1997. ISSN 0862-4461.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví : návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009, určený pro celospolečenskou diskusi*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004.
- Mravčík, V., Orliková, B., Sadílek, P. *Poradenská činnost v oblasti závislosti poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-89-7.
- Neumanová, M.C. *Sociální problém : drogová závislost 2007*
- Presl, J. *Drogová závislost*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.
- Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
- Švand, K. *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. 1. vyd. Praha : Volvox Globator, 2003. ISBN: 80-7207-508-X.
- Úřad vlády České republiky. *Bilanční zpráva o plnění úkolů z národní strategie protidrogové politiky 2001-2004*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-73-0.
- Úřad vlády České republiky. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí : příručka o efektivní školní drogové prevenci*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.
- Úřad vlády České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0.

Úřad vlády České republiky. *Protidrogová strategie EU na období 2005-2012*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-64-1.

Úřad vlády České republiky. *Protidrogový akční plán EU na období 2005-2008*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-57-9.

Úřad vlády České republiky. *Užívání drog v EU : legislativní přístupy*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-50-1.

Úřad vlády České republiky. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-99-4.

[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

<http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=210&acc=enb>

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

<http://www.emcdda.europa.eu>

[http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp\\_uvod.html](http://www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp_uvod.html)

<http://www.msmt.cz>

[http://is.muni.cz/th/64767/pedf\\_m/Diplomova\\_prace-verze\\_do\\_isu.pdf](http://is.muni.cz/th/64767/pedf_m/Diplomova_prace-verze_do_isu.pdf)

[http://is.muni.cz/th/9192/pedf\\_m/diplomova\\_prace\\_-\\_teoreticka\\_cast.pdf](http://is.muni.cz/th/9192/pedf_m/diplomova_prace_-_teoreticka_cast.pdf)

[http://is.muni.cz/th/84474/pedf\\_m/diplomova\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/84474/pedf_m/diplomova_prace.pdf)

[http://is.muni.cz/th/74700/ff\\_b\\_b2/Dana\\_Kostkova.bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/74700/ff_b_b2/Dana_Kostkova.bakalarska_prace.pdf)

[http://is.muni.cz/th/92839/pedf\\_b/bakalarska\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/92839/pedf_b/bakalarska_prace.pdf)

<http://www.seminarky.cz/Socialni-deviace-v-nasi-spolecnosti-5113>

<http://referaty-seminarky.cz/drogy-2>

## Úvod

Látky, které dnes známe pod souhrnným označením ilegální drogy, provází lidstvo odnepaměti. První zmínka o léčebných účincích psychoaktivních látek pochází z Číny zhruba z období 3000 let př.n.l. Po celá tisíciletí však nebyly ilegální drogy vnímány jako ohrožení, nýbrž spíše jako prostředek, který uleví od bolesti. K jejich zneužívání sice docházelo již od pradávna, ale nešlo o nikterak masový nebo znepokojivý jev. Jako společenský problém byly drogy označeny až ve 20. století, kdy si lidé patrně začali uvědomovat, že důsledky drogové závislosti nejsou pouze individuálního charakteru, nýbrž se týkají nás všech, celé společnosti. Z tohoto důvodu se domnívám, že je třeba řešit drogovou tematiku v rámci společenských věd.

Jelikož je problematika ilegálních drog velmi rozsáhlá, je třeba nejprve vymezit, kterými tématy se budu ve své bakalářské práci zabývat. Jak je patrné z názvu práce, hlavní oblastí mého zájmu je politika primární prevence. Abych tuto oblast zasadila do širšího rámce, budu se zabývat i příčinami prvního užití nelegální drogy a dopady drogové závislosti.

Příčin prvního užití nelegální drogy je povícero, například stres, deprese a další negativní psychické stavy. Nejčastějším důvodem pro první užití nelegální drogy je ale experiment. Z tohoto důvodu si myslím, že je nezbytné se intenzivněji zabývat politikou primární prevence (viz. dále v textu).

Důsledky závislosti na ilegálních drogách jsou negativního rázu a je možné je dělit do dvou oblastí, a sice zdravotní a sociální. Zdravotní rizika, která jsou spojena s dopady na celou společnost, se týkají možného šíření infekčních chorob mezi jedince, kteří drogy nezneužívají. Mezi sociální rizika pak patří například změny základních životních hodnot či narušování mezilidských vztahů, což přináší negativní ekonomické dopady spojené s kriminalitou páchanou drogově závislými a léčbou drogově závislých.

V souvislosti s touto úvahou se nabízí otázka, jak můžeme bránit vzniku závislosti na ilegálních drogách. Tyto způsoby jsou dva : buď můžeme potlačit poptávku (prevence) nebo nabídku (represe). V současnosti můžeme zaznamenat velkou snahu v oblasti národní i mezinárodní protidrogové politiky o to, aby byly využívány obě tyto možnosti, já však ve své práci fakta týkající se represe zmíním pouze okrajově,

intenzivněji se budu věnovat prevenci. Prevenci v oblasti drogové politiky můžeme dělit na primární, sekundární a terciální. Ústředním tématem mojí bakalářské práce je pouze prevence primární, jejímž základním cílem je snížení počtu mladých lidí užívajících návykové látky a vytváření protidrogových postojů.

Cílem preventivního boje proti drogové závislosti je zejména snížit počet dětí a mladistvých experimentujících s drogami a poskytnout včasnou a profesionální pomoc rodinám, které řeší problémy spojené s užíváním drog. Dále je třeba vytvořit ucelený systém vzdělávání v oblasti protidrogové politiky, aktivně se podílet na tvorbě aktivit a programů k potlačování nabídky po drogách, a to v horizontu národním i mezinárodním. Velmi důležité je také zapojit do prevence užívání drog celou společnost, zabezpečit odpovídající finanční zdroje, zvyšovat odbornou způsobilost pracovníků v oblasti protidrogové problematiky a zavést určité reformy v oblasti veřejné správy.

## Výzkumné cíle a otázky

V mé bakalářské práci jsem vymezila následující výzkumné cíle :

- Uvést problémy, které se pojí s drogovou závislostí a zjistit které z nich jsou nejpálčivější pro oblast společenských věd.
- Diskutovat možnosti, které máme k dispozici v rámci veřejné politiky k tomu, aby počet závislých na ilegálních drogách byl co nejnižší.
- Na základě dostupných poznatků vyhodnotit současnou primární prevenci v České republice (úrovně, formy, metodologické principy ad.).
- Zjistit které skupiny obyvatel jsou náchylnější k užití drog.
- Analyzovat, kdo a jakým způsobem se podílí na protidrogové politice (hlavně politice primární prevence) v České republice.

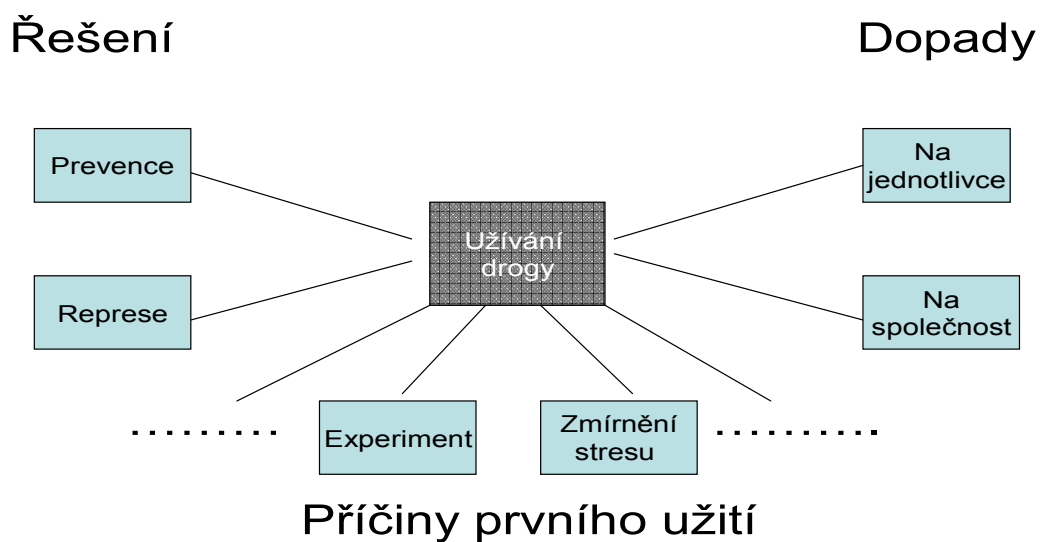
Tyto cíle zároveň úzce souvisí s výzkumnými otázkami, které jsou následující :

- Proč jsou ilegální drogy sociální problém?
- Jak můžeme snížit počet závislých na ilegálních drogách?
- Jaké techniky primární prevence se používají v praxi a jaká je jejich účinnost? V kterých oblastech je vhodné tento systém změnit?
- Které situace mohou vést k tomu, že jedinec užije drogu? Komu věnovat zvláštní pozornost v primární prevenci?
- Které subjekty se v České republice podílí na politice primární prevence a jak?
- Je primární prevence v České republice účinná?



## Použité metody zpracování

Abych mohla navrhnout strukturu své práce, již jsem provedla rešerši informací a sestavila jsem strom problémů.



Hlavní metodou, kterou užiji ve své práci bude vyhodnocení zpráv o problému prostřednictvím sekundární analýzy dokumentů, kvalitativních i kvantitativních dat a statistik. Dále užiji analýzu aktérů, která mi poslouží k tomu, abych zjistila, které subjekty jsou odpovědné za protidrogovou politiku, konkrétněji pak za oblast primární prevence.

## 1. Teoretická východiska

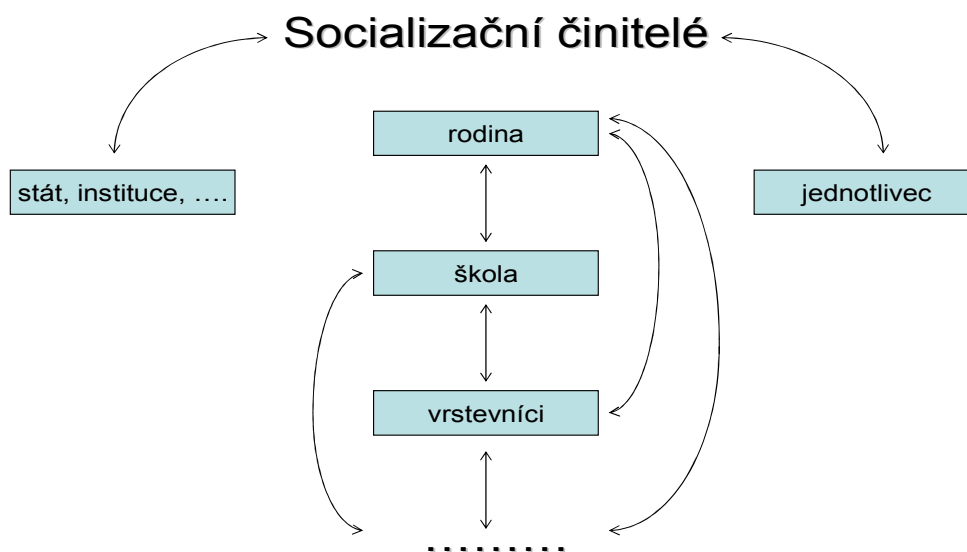
Hlavní teoretické východisko, které aplikuji ve své bakalářské práci, je koncept sociálních deviací, jenž chápe sociální problém jako závažnou odchylku od obecně přijatých norem. Tyto odchylky mají negativní dopad na okolí devianta a z toho důvodu se jedná o společenský problém. Okolí devianta je ale zároveň příčinou společenského problému, protože může sociální deviace buď tlumit nebo naopak podněcovat.

Další teoretický přístup, ze kterého budu vycházet, bude teorie konformity. Tato teorie je, dle mého názoru, z hlediska politiky primární prevence velmi důležitá, protože říká, že jedinec je vystaven tlaku (všichni už drogu zkusili, ale já ne) a tento tlak nakonec způsobí, že se člověk přizpůsobí převažujícím či dominantním názorům (drogy jsou fajn), požadavkům, normám (brát drogy je normální) skupiny či společnosti v níž člověk žije, a potlačení projevů vlastních.

S uvedeným pojetím konformity se pojí i symbolický interakcionismus, jehož zastánci vyznávají názor, že sociálním deviacím se učíme v interakcích. Opět se tak dostáváme k okolí jedince a znovu je vyzdvížena důležitost primární prevence.

Jelikož se budu zabývat nejen experimentem, jakožto nejčastějším důvodem pro prvotní užití drogy, ale i jinými příčinami, je pro moji bakalářskou práci důležitý i model veřejných arén, který chápe sociální problémy tak, že existují jen v interakci s jinými sociálními problémy.

Jako poslední důležité východisko, které použiji, bude teorie socializace. Tento přístup použiji opět v souvislosti s primární prevencí. Jádrem teorie socializace je totiž fakt, že na nás působí socializační činitelé. Mezi hlavní socializační činitele řadíme rodinu, školu, vrstevníky, média, sousedy, náboženství ad. Tito a řada dalších činitelů působí na naši osobnost.



V oblasti drogové problematiky pak můžeme tuto teorii aplikovat tak, že působení těchto činitelů má rozhodující vliv na skutečnost, zda drogu uijeme či nikoliv a zda se následně staneme drogově závislími.

### **1.1. Definice pojmů**

Ve své práci budu často používat některé pojmy, o kterých se domnívám, že je vhodné je blíže definovat.

Ústředním pojmem, který je v práci užit, je “droga“. Množství definic tohoto pojmu je nepřehledné. Hojně používaná definice je ta, že drogou je jakákoli omamná psychotropní látka (OPL), která způsobuje závislost. Jak je všeobecně známo, drogy můžeme rozdělit na legální (alkohol a tabák) a nelegální (čili ilegální – například kokain, heroin, pervitin, LSD, marihuana ad.). Předmětem mé práce budou pouze drogy ilegální, které jsou charakteristické tím, že je zakázána jejich výroba a distribuce.

Dalším velmi důležitým pojmem pro mou práci je “zneužívání drog“ (nebo také “škodlivé užívání návykových látek“ či “abúzus“), což je podle mezinárodní klasifikace nemoci „vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Poškození může být tělesné (např. u

případů žloutenky při nitrožilní aplikaci látek) nebo duševní (např. epizody depresivní poruchy). Tato diagnóza vyžaduje, aby užívání mělo za následek aktuální poškození duševního nebo somatického zdraví uživatele.“

Pokud člověk zneužívá ilegální drogy opakovaně během relativně krátké doby, propadne pak drogové závislosti (neboli toxikomanii). „Drogová závislost obecně znamená, že člověk ve stavu závislosti přestal být svobodný vůči droze – vytvořil si na ni vazbu, stala se součástí jeho života. Drogu potřebuje, aby se cítil či □fungoval□ dobře.“ [Nožina, M., str. 12]

Závislost může být buď psychická nebo fyzická. Psychická závislost je „posedlost uspokojením určité potřeby, ať už se jedná o sebeuspokojení či únik před skutečnými nebo jen domnělými nesnázi.“ [Evans, K., str. 28]

Závislost fyzická pak vzniká z důvodu, že „návykové látky přináší rychlou a účinnou úlevu od nesnázi a bolesti, zároveň však vyvolávají fyziologickou toleranci vyžadující pro zachování jejich účinku zvýšené dávky či opakované užívání. Tyto dvě vlastnosti vedou k trvalé potřebě drogy (...). Náhlé vysazení drogy vyvolává zásadní převrat v chemickém složení těla a vede k abstinenčnímu syndromu (...), který je charakteristickou známkou závislosti.“ [Evans, K., str. 27-28]

Propadne-li člověk závislosti na ilegálních drogách, je dosti možné, že se z něj stane “problémový uživatel drog“, což je podle definice Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) ten, kdo užívá drogy injekčně a/nebo dlouhodobě či pravidelně užívá opiáty a/nebo drogy amfetaminového typu a/nebo kokainu.

## **1.2. Historie vzniku sociálního problému drogové závislosti**

Chemické substance, které dnes známe pod pojmem “ilegální drogy“, provázejí lidstvo od samého počátku jeho existence. Přestože nemůžeme s jistotou určit, zda byly drogy poprvé užity k náboženským rituálům nebo k léčení nemocí, víme, že užívání drog z těchto dvou důvodů mají počátek přibližně ve stejné době. Tento fakt je možné doložit za pomoci nejrůznějších textů, a to hlavně náboženských (včetně Starého zákona).

První drogou, počátek jejíhož užívání můžeme s určitostí datovat, je opium, které používali jako lék již Sumerové v roce 5000 př.n.l. Ve 14. st.př.n.l. se pak znalost opia rozšířila do Egypta a o století později i na Krétu. Víme také, že byly známy nejen léčebné účinky opia, ale i opojné. V Sumeru se totiž pro opium používal ideogram HUL, který se překládá jako "radost" nebo "veselí" a na Krétě byly nalezeny starověké sošky "bohyní máku a makovic", které mají v obličeji zvláštní výraz extáze.

„Jednou z nejstarších kulturních rostlin lidstva je i konopí. Pochází pravděpodobně z centrální Asie odkud se rozšířilo do Afriky a do Číny. Před asi 5000 lety je konopí v Knize léčiv čínského lékaře Sheng-Nunga popisováno jako droga proti zácpě, revmatismu, malárii a dalším potížím. I v indické literatuře (kolem roku 800 př.n.l.) je konopí uváděno jako lék proti mnoha nemocím a zároveň je popisováno i jeho užití v duchovní sféře, např. při uctívání boha Višnu.“

[\[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm\]](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

Přestože byly drogy zneužívány odnepaměti, nevyvolával tento fakt mezi lidmi po několik tisíciletí masovější znepokojení, což mohlo být „jednak proto, že jejich užívání bylo vyhrazeno určitým osobám a jednak proto, že bylo vázáno na daleko přísnější strukturování času, které určovalo, že nebyly užívány každodenně, pravidelně, ale mimořádně jako prostředek k 'bohy schválené či vyžádané' extázi či transcendenci.“  
[Mládež – drogy – společnost, str. 52]

K masovějšímu zneužívání drog začalo docházet až v 19. století, kdy se začal velmi rychle rozvíjet farmaceutický průmysl, ve kterém se postupně izoluje široké spektrum drog. „Další dosud neznámé rozměry účinků některých drog přinesl převratný vynález injekční jehly (1853). Takže opět původně léčebné využití intravenózní aplikace látek zároveň také rozšiřuje možnosti a bohužel i nebezpečnost zneužívání drog. Na přelomu století a ve dvacátých letech pak pozorujeme další nárůst drogových závislostí. Současně prudce narůstají i společenské komplikace a dopady zdravotní i sociální. V této době se začínají mezinárodní jednání o narkotikách (opiové konference v Šanghaji - 1909, Haagu - 1912 a Ženevě - 1925) a postupně vznikají v jednotlivých zemích protidrogové zákony.

Od počátku 20. století společenské hodnocení postupně vede k rozdělení drog na legální (alkohol, nikotin) a nelegální (např. kokain, heroin, konopí). Výroba nelegálních

drog je zakázána a trestána (např. výroba heroinu je od r. 1925 nelegální) nebo v případě důležitých léčiv jsou velmi přísněna pravidla zacházení s těmito látkami. Postupně dochází k nárůstu ilegálních překupnických mezinárodních organizací, k ilegální syntéze řady nových drog (zejména nové halucinogeny a stimulancia). V roce 1961 byla uzavřena mezinárodní jednotná dohoda OSN o zákazu všech drog lidem škodlivých (Single Convention on Narcotic Drugs), posílená dalšími pozdějšími dohodami. Závislosti na omamných látkách (včetně závislosti na alkoholu a nikotinismus) začínají být posuzovány jako chronická onemocnění CNS. Stále výrazněji je podporován výzkum mechanismů závislosti a snahy o léčení a prevenci závislostí. Přesto se ve světě stále zvyšuje počet lidí závislých na drogách, obohacuje se spektrum užívaných drog.“

[[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)]

### **1.3. Důsledky zneužívání ilegálních drog**

Abychom si lépe uvědomili dosahy, které má zneužívání ilegálních drog, je užitečné uvést, jaká rizika jsou s ním spojená. V úvodu mé práce jsem tato rizika rozdělila na zdravotní a sociální. Věnujme se nejprve důsledkům zdravotním.

#### **1.3.1. Zdravotní důsledky toxikománie**

Dokážeme-li se povznést nad skutečnost, že v roce 2006 zemřelo 212 lidí na předávkování ilegálními drogami a na dalších 145 úmrtích se drogy podílely [Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str.38-39], měli bychom se minimálně věnovat zdravotním důsledkům, které mohou ohrozit jak přímo nás, tak naši rodinu, přátele nebo jiné zdravé jedince, kteří drogy neužívají. Mezi infekční choroby, které jsou mezi narkomany nejrozšířenější, patří hepatitida a HIV.

Pokud na tomto místě uvedu, že „výskyt HIV mezi injekčními uživateli je podle dostupných studií a monitorovacích systémů (...) hluboko pod 1 %“ [Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str.1], možná se pozastavíte nad tím, proč je vůbec riziko HIV zmíněno, když je výskyt tohoto viru mezi problémovými uživateli drog tak nízké. Seznámíme-li se avšak se situací v Itálii, Španělsku nebo Francii, jistě velmi oceníme výměnný program injekčních stříkaček a jehel a možnost

koupě těchto nitrožilních aplikátorů v lékárnách. Výskyt nemoci AIDS se totiž v těchto lokalitách u toxikomanů pohybuje okolo 40 % [Riesel, P., str.38], což mi přijde nealarmující, ale přímo děsivé a ještě děsivější je představa, jak by situace v ČR vypadala jinak, kdyby v loňském roce nebylo vyměněno téměř 4 milióny stříkaček a jehel (viz. příloha 1).

Bohužel relativně příznivá situace v počtu nakažených toxikomanů HIV nekopíruje situaci nakažených hepatitidou. I když výsledky lokálních studií a monitorování vykazují v posledních letech výrazné snížení výskytu hepatitidy C, procento nakažených toxikomanů je stále poměrně vysoké (cca 20 %). Je ovšem otázkou, zda by tyto výsledky byly obdobné i při provedení celonárodní studie, která naposledy proběhla v letech 2002-2003, kdy byl výskyt hepatitidy C zjištěn u 35 % testovaných toxikomanů. [Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 1]

Pokud se domníváte, že Vám nehrozí riziko přenosu infekční choroby nechráněným pohlavním stykem s nakaženým toxikomanem, připomeňme si, že bohužel ne zcela ojedinělým jevem je výskyt použitých jehel například na dětských pískovištích. Pokud po shlédnutí celkové statistiky infekcí rozšířených mezi injekčními uživateli drog (viz. příloha 2), nabudete dojmu, že riziko přenosu infekce při styku s použitou jehlou je relativně nízké, zděsit nebo naopak uklidnit Vás může statistika konkrétních regionů (viz. příloha 3). V této statistice totiž můžeme pozorovat, že zatímco v regionu Zlínském, Jihomoravském, Vysočina, Libereckém a Královéhradeckém je výskyt hepatitidy C u injekčních uživatelů drog 0 %, v Praze je to 33,3 % a v Ústeckém kraji 23,9 %.

Jak již ale bylo uvedeno, rizika spojená s toxikománií nejsou pouze zdravotního rázu, ale i sociálního, a ty už se opravdu týkají úplně všech.

### **1.3.2. Sociální důsledky toxikomanie**

Mezi sociální důsledky toxikomanie patří například změny základních životních hodnot, narušování mezilidských vztahů a nárůst společenských nákladů. Toxikománie se kromě toxikomana (nebo toxikomanky) samotného primárně dotýká jeho (či její)

rodiny, přátel a sekundárně pak i okolí. Pro všechny zmíněné je závislost blízkého člověka na ilegálních drogách bezesporu břemenem, které může být tak velké, že dojde k sociální exkluzi závislé osoby a ta pak skončí například jako bezdomovec.

Míníme-li nárůstem společenských nákladů finanční výdaje, je nejhorším ekonomickým důsledkem trestná činnost, kterou v souvislosti s ilegálními drogami můžeme dělit do několika skupin [Racionální protidrogová politika, str. 15-33] :

- páčání trestných činů pod vlivem nezákonných drog
- páčání trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy
- násilné, zstrašující a korumpující chování obchodníků s drogami
- doprovodná finanční kriminalita (tzv. praní špinavých peněz)
- drogy a korupce (podplácení představitelů kontrolních orgánů)

Věnujme se nyní více druhému bodu, tedy páčání trestných činů za účelem obstarání prostředků na nezákonné drogy.

Drogově závislý člověk potřebuje na zakoupení “dávky“ mezi 1.000 – 10.000 Kč denně, a tak se jen velmi stěží vyhne trestné činnosti. Uvědomíme-li si, že počet problémových uživatelů drog je v ČR cca 30 tisíc (viz. příloha 4) a „průměrný narkoman závislý na tzv. □ tvrdých drogách □ ukradne nebo jiným nezákonným způsobem získá zboží za cca 10 000 Kč denně“ [Racionální protidrogová politika, str. 24], je snadné si spočítat, že nás drogově závislí připraví o 300 miliónů denně, což odpovídá přibližně 110 miliardám ročně. Kdyby se tedy tento jev podařilo odstranit, úspora nákladů by byla vyšší než je roční deficit státního rozpočtu. Kromě výše této částky je také znepokojující následující tabulka [Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 63] :



tabulka 8-6: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na vybraných trestných činech v r. 2006 (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)

Trestný čin	Zjištěné trestné činy			Objasněné trestné činy		
	Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog		Všechny (počet)	Spáchané uživateli drog	
		Podíl (%)	Počet		Podíl (%)	Počet
Vraždy loupežné	23	10,0	2	22	10,0	2
Loupeže	4 613	20,3	936	2 064	20,3	419
Úmyslné ublížení na zdraví	5 765	4,6	262	4 709	4,6	214
Vydírání	1 292	5,4	70	1 043	5,4	56
Omezování a zbavení osobní svobody	289	2,4	7	202	2,4	5
Porušování domovní svobody	2 203	14,8	326	1 480	14,8	219
Krádeže vloupáním*	53 503	24,8	13 286	10 671	24,4	2 599
Krádeže prosté*	151 136	35,1	52 977	25 828	26,7	6 892
Nedovolená výroba a distribuce OPL	2 248	72,0	1 618	2 123	72,0	1 528
Zanedbání povinné výživy	11 571	2,9	331	11 570	3,0	331
Zpronevěra	2 905	11,8	341	2 656	12,0	312
Podvod	5 186	21,1	1 096	4 225	21,0	893
Neoprávněné držení plat. karty	7 908	37,1	2 930	1 372	37,0	508
<b>Celkem vybrané trestné činy</b>	<b>248 642</b>	<b>29,8</b>	<b>74 183</b>	<b>67 965</b>	<b>20,6</b>	<b>13 978</b>

Pozn.: \*Odhadovaný podíl krádeží vloupáním a krádeží prostých byl získán z údajů o podílu jednotlivých typů krádeží rozlišovaných v policejních výkazech ESKK (15 typů krádeží vloupáním a 16 typů krádeží prostých). Proto se podíly trestných činů spáchaných uživateli drog u těchto dvou základních typů krádeží pro zjištěné a objasněné trestných činů liší.

Když se do této tabulky podíváme, může nás alespoň trochu uklidnit to, že kriminální činy, které drogově závislí páchají, jsou většinou povahy majetkových trestných činů. Tato skutečnost je ovšem uklidňující pouze pokud přehlédneme 13 286 vloupání (i kdyby jich bylo “pouze“ těch 2599 objasněných) a 2 loupežné vraždy. Celkově z tabulky vyplývá, že z uvedené trestné činnosti v roce 2006 spáchali uživatelé drog 20-30 %.

Zajímavá může být dále statistika podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech vybraných trestných činech v roce 2006 podle krajů. Z této statistiky můžeme vyčíst, že se v Ústeckém kraji tento podíl blíží 50 %, v Praze je to pak 33,2 %, oproti tomu ve Zlínském kraji a kraji Vysočina je to okolo 5 % (viz. příloha 5). Skutečnost, že v Praze a Ústeckém kraji páchá trestnou činnost nejvíce drogově závislých (myšleno v procentuálním poměru), nejspíše můžeme připsat faktu, že je v těchto lokalitách největší koncentrace problémových uživatelů drog (8-10 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 – viz. příloha 6).

#### **1.4. Jak můžeme snížit počet uživatelů drog**

Po přečtení předchozí kapitoly se jistě ptáte, cop je možné udělat, aby počet toxikomanů byl co nejmenší. Bojovat proti užívání drog můžeme dvojitým způsobem, a sice prevencí nebo represí.

### 1.4.1. Represe

Represí rozumíme všechna opatření, která vedou ke snížení nabídky drog. Tato oblast spadá pod Ministerstvo vnitra a také Ministerstvo spravedlnosti, tedy pod výkonnou, zákonodárnou a soudní moc. V moci zákonodárců je, aby stanovili, jaké tresty za výrobu, distribuci či přechovávání ilegálních drog lze vyměřit. Na této úrovni se také řeší, zda postihovat či nepostihovat držení drog pro osobní potřebu. Na základě toho, že zákonodárci vymezí, co je trestné, nastupují představitelé moci výkonné, hlavně pak policie a celní správa. Úkolem policistů a celníků v oblasti ilegálních drog je zjistit, kdo drogy vyrábí a prodává, sledovat tyto jedince, rozkrývat tak sítě drogových mafí a zatknout co nejvíce jejich představitelů. Soudci pak na základě platných zákonů vyměří tresty odnětí svobody.

Já osobně se domnívám, že represivní politika má ve společnosti své nezastupitelné místo, ale také myslím, že není v její moci výrazně snížit počet uživatelů drog. Účinnost represivní politiky je mizivá. Velmi uznávaný drogový odborník a spoluzakladatel *Střediska prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN o.p.s.*, PhDr. Ivan Douša o tomto tématu říká : „Určitá represe svoje místo samozřejmě má, byl bych však velmi opatrný. Na povrch teď vyplavala čísla, která mě děsí. Represe u nás byla účinná v pouhých 0,25 procenta případů a přitom na ní bylo vynaloženo přibližně 1,5 mld. korun.“ [<http://www.dropin.cz/zmedii.shtml?x=172839>]

Dále se domnívám, že represivní opatření mohou někdy i uškodit. Jako jeden příklad za všechny může jistě dobře posloužit prohibice, která byla v USA v letech 1919-1933. Důsledkem zákazu distribuce a konzumace alkoholu nebylo bohužel snížení jeho spotřeby, ale pouze zvýšení kriminality, protože vzniklo nespočet pouličních gangů. Kdybychom tedy represivní opatření ještě zvýšili, mohlo by to mít i tento nezamýšlený důsledek.

Co by se ale, dle mého názoru, stalo jistě, že by se drogy více “ředily“ a “vařily podomácku“. Nevím, jestli by se spotřeba drog snížila, ale dokážu si představit, že jejich cena by šla rapidně nahoru, a tak by se stejně rapidně zvýšila i kriminalita, která je spojená s potřebou “vydělat“ peníze na drogu. Osobně ale neshledávám tento důsledek nejhorším. Právě díky příměsím, které by se do drog přidávaly by také exponenciálně rostlo nebezpečí, které užitím drogy vzniká.

Pokud Vám připadá, že to je problém těch, co drogy berou, pak je asi na místě se zastavit nad statistikou uživatelů drog. Podle Evropské školní studie (ESPAD) jsme totiž v Evropě a USA země, kde nejvíce šestnáctiletých zkusilo jakoukoliv ilegální drogu. Mezi chlapci je to **48 %** a mezi děvčaty **40 %!** (viz. příloha 7) Když vidíme tyto statistiky, možná si už přestaneme dokola opakovat větu, kterou si rodiče často říkají předtím než musí se svým potomkem vyhledat odbornou pomoc, a sice : “Nám se to stát nemůže.“

Jelikož se tedy z výše uvedených důvodů domnívám, že represivní politika není nejlepším řešením, rozhodla jsem se více věnovat prevenci, která ponechává rizika spojená s užíváním ilegálních drog na nás a naší vůli.

### **1.4.2. Prevence**

Drogová prevence má za cíl předcházet nemoci (“primární prevence“) nebo předcházet zhoršení nemoci (“sekundární prevence“) nebo předcházet zhoršení celkového stavu nemocného (“terciární prevence“). Z těchto cílů můžeme také určit, že zatímco za primární prevenci je hlavně zodpovědné Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, za sekundární a terciární prevenci je to Ministerstvo zdravotnictví.

Nyní krátce přiblížím sekundární a terciární prevenci a primární prevenci se budu věnovat posléze.

„Obecným cílem intervencí sekundární prevence užívání všech typů návykových látek je snížit poptávku po užívaných látkách. Usiluje tedy o to buď zastavit užívání, vést ke snížení užívání, ke snížení počtu uživatelů nebo ke snížení počtu problémových uživatelů. Cílovou skupinou sekundární prevence je ta část populace, jež návykové látky již užívá – ať už formou experimentu, rekreačně, příležitostně nebo problémově.“

[<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/90/200/Drogova-politika-teoreticky-uvod.html>]

Terciární prevenci jsem se již krátce věnovala v části týkající se negativních důsledků zneužívání drog, a sice když jsem vyzdvihla pozitivní důsledky programu výměny jehel a injekčních stříkaček. Tato opatření, jakož i další metody týkající se snižování nepříznivých zdravotních důsledků spojených s užíváním psychotropních a

omamných látek, jsou jedním ze dvou pilířů terciární prevence. Tato sféra je zaměřena především na injekční uživatele drog, protože ti jsou největším rizikem pro společnost.

Druhou oblastí, které se terciární prevence věnuje, je resocializace bývalých závislých (nebo těch, kteří se ze závislosti aktuálně léčí), přičemž resocializací je myšleno usnadnění návratu do "běžného" života a snaha zabránit možné recidivě (tj. návrat k návykovému chování po určitém čase bez drogy).

## **1.5. Primární prevence**

Primární prevence zahrnuje aktivity, které by měly vést ke změně názorů a chování lidí tak, aby se u nich riziko závislosti snížilo na minimum. Konkrétně si primární prevence klade tři stěžejní cíle :

- a) předejít užívání drog u co největšího počtu lidí
- b) oddálit dobu, kdy k užití poprvé dojde
- c) „ovlivnit chování cílové populace tak, aby v okamžiku, kdy začne návykové látky užívat, je užívala co nejméně rizikově

Cílovou skupinou (primární) prevence je část populace, jež návykové látky (dosud) neužívá.“

[<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/90/200/Drogova-politika-teoreticky-uvod.html>]

Primární prevenci můžeme dělit na specifickou a nespecifickou.

### **1.5.1. Nespecifická primární prevence**

Nespecifická primární prevence se týká aktivit, které napomáhají snížit riziko vzniku závislosti, ale netýkají se přímo drog, pouze obecné snahy zlepšit životní styl všech zúčastněných. To je možné především prostřednictvím nejrůznějších zájmových kroužků, sportovních akcí apod. Těmto aktivitám se věnují děti i mládež s vrstevníky, jsou jimi stmelováni a jelikož plní i řadu dalších pozitivních funkcí (např. organizace volného času, rozvoj nadání, pohybových aktivit atp.), jejich existence by měla smysl i v případě, že by neexistovala možnost drogové závislosti.

### **1.5.2. Specifická primární prevence**

Oproti nesespecifické primární prevenci je specifická primární prevence zaměřena přímo na tematiku ilegálních drog. Větší pozornost je v této oblasti preventivního působení věnována těm skupinám populace, které se jeví jako ohroženější než skupiny jiné (viz. kapitola "Ohrožení jedinci").

Specifickou primární prevenci můžeme dále dělit, podle počtu velikosti a typu cílové populace. Je-li cílová populace velmi široká, například i celá Česká republika, jedná se o specifickou primární prevenci na nejvyšší úrovni (působíme tedy v makroprostředí). V této oblasti se hojně využívají například mediální kampaně a podobné plošně působící nástroje. Vzhledem k tomu, že jsou tyto způsoby ovlivňování lidí neadresné, je možné tvrdit, že účinnější působení lze zajistit na střední úrovni (v mezoprostředí), kde zohledňujeme specifika menších cílových populací. Ovšem neúčinnější jsou pochopitelně programy na místní úrovni (v mikroprostředí), kde se cílová populace ještě velmi zúží. V mikroprostředí jsou využívány např. přednášky, besedy a peer programy.

## **1.6. Forma programu primární prevence**

O některých programech primární prevence jsem se již zmínila v předchozí subkapitole, nyní bych je ráda rozčlenila do dvou základních typů :

- 1) Jednorázové preventivní programy
- 2) Dlouhodobé preventivní programy

### **1.6.1. Jednorázové preventivní programy**

Ti z nás, kteří chodili na základní a střední školu po "Sametové" revoluci, mají jistě bohaté zkušenosti s jednorázovými preventivními programy. Děti jsou vystavovány působení těchto programů celkem pravidelně. Pokud jste se jich účastnili, jistě si pamatujete, že jsme tyto programy příliš neregistrovali a vnímali jsme hlavně to, že nám odpadla hodina fyziky nebo nějaký jiný předmět. Tato skutečnost koresponduje s názory odborníků, kteří tvrdí, že pokud jsou jednorázové preventivní programy zařazovány do programu dětí bez kontextu, jsou takřka k ničemu. Důvodem je to, že nesplňují základní

kritéria efektivní primární prevence, což je dlouhodobost a všestrannost (viz. níže). Bohužel ale existuje mnoho organizací, které aplikují tyto programy nesprávně. V takovém případě může jednorázový preventivní program dokonce i uškodit. „Např. přednáška pro dospívající někdy ještě vzbudí jejich zájem a chuť experimentovat s drogami.“ [Nešpor, K., Csémy, L., str. 20] Je-li však jednorázový preventivní program doplňkem dlouhodobého programu primární prevence, má svůj význam. Tyto akce probíhají zpravidla ve škole nebo v dětských domovech. S obdobnou akcí se můžeme setkat i na jiných místech (například i na dětském táboře, zájmovém kroužku nebo jinde), v tom případě se ale většinou jedná o neefektivní prevenci, jelikož můžeme těžko předpokládat, že by se jednalo o doplněk dlouhodobého působení.

Jednorázové preventivní programy mají charakter přednášky, besedy nebo komponovaného pořadu. V následující části jsou jednotlivé typy programů stručně charakterizovány a řazeny od nejméně efektivních až po nejefektivnější (dle pyramidu učení – příloha 8) :

#### 1.6.1.1. Přednášky

Na přednášku přijde lektor jakožto odborník poučit děti nebo mládež například o druzích drog, jejich účincích, následcích, o důvodech proč lidé drogy užívají a jak se pak mění jejich osobnost v důsledku vzniku závislosti, o tom, jak brzy závislost vzniká a o řadě dalších důležitých informací. Po odborném výkladu může (a měl by být) vyhrazen prostor pro dotazy a případnou diskuzi.

#### 1.6.1.2. Besedy

Besedy jsou na rozdíl od přednášek interaktivní a předpokládají aktivní zapojení cílové skupiny. Lektor (případně lektori – často bývají dva) s dětmi nebo mládeží na začátku besedy většinou zavede rozhovor na téma ilegálních drog, kdy zjišťuje, jaké mají děti znalosti a názory. Tímto způsobem lektor mapuje prostředí a přizpůsobuje charakter informací, které dětem (mládeži) předá. Beseda většinou trvá dvě vyučovací hodiny a bývá delší než přednáška, je totiž třeba, aby všichni dostali prostor k diskuzi a otázkám. Kromě debaty se do besed většinou zahrnují nejrůznější hry, aby byla beseda efektivnější.

### 1.6.1.3. Komponované pořady

„Komponované pořady využívají kromě mluveného slova přednášejících a diskuse také promítání filmů, dramatických či hudebních vstupů a her diváků. Do této kategorie lze zařadit i samostatný dramatický útvar.

Tyto pořady lze rozdělit do následujících skupin :

- a) Promítání filmu (buď naučného nebo více publicistického), po něm následuje beseda nebo jen odpovědi na dotazy.
- b) Film a dotazy, ale proložené hudebním vystoupením známého interpreta nebo vystoupením známé osobnosti třeba z oblasti sportu.
- c) Film, dotazy, hudba + aktivní zapojení posluchačů přehráváním různých situací a jejich řešení.“ [Kalina, K. a kol., str.301]

### 1.6.2. Dlouhodobé preventivní programy

Dlouhodobý (nebo také komplexní) program primární prevence je „kontinuální, komplexní a interaktivní program, jehož součástí je vedle problematiky návykových látek a jiných sociálně nežádoucích jevů i rozvoj sociálních dovedností.“

[<http://www.prevcentrum.cz/cz/top-menu/primarni-prevence/efektivni-program-primarni-prevence/>] Tyto programy můžeme dělit následujícím způsobem :

1. Dlouhodobý program pro předškolní věk (3-6 let)
2. Dlouhodobý program v raném školním věku (6-12 let)
3. Dlouhodobý program pro 2. stupeň základních škol (12-15 let)
4. Program pro střední školy (15-18 let)
5. Program pro dospělou populaci

Přičemž každý z těchto programů má své specifické cíle a prostředky.

„Cílem primární prevence v předškolním věku je zakotvit zdraví jako důležitou životní hodnotu, kterou je třeba chránit. Uvědomovat si možná nebezpečí a možnosti, jak se těmto nebezpečím vyhýbat. Součástí primární prevence v tomto věku je podpora vytváření zdravých sociálních vztahů mimo rodinu. Z tohoto důvodu programy pro děti předškolního věku spadají především do oblasti nespecifické primární prevence.“

[<http://www.prevcentrum.cz/cz/top-menu/primarni-prevence/cile-pp>]

V raném školním věku jsou pak rozvíjeny sociální dovednosti a dovednosti jak chránit své zdraví. Tento program má doplňovat látku probíranou v předmětu Prvouka. Od čtvrté třídy jsou děti v rámci tohoto programu informovány o škodlivosti alkoholu a začíná se probírat i problematika ilegálních drog. Dětem se vysvětlí proč lidé drogy berou, jak vzniká závislost na nich a také se nacvičuje situace, kdy je dítěti nabídnuta droga a je mu vysvětleno, jak ji odmítnout. V této fázi se ještě s dětmi neprobírají konkrétní druhy drog, protože zatím není třeba je zatěžovat příliš mnoha informacemi. Jde především o dovednosti a postoje, nikoliv o vědomosti.

Větší povědomí o typu drog a jejich účincích mají žáci na druhém stupni základní školy. V tomto období má své nezastupitelné místo specifická primární prevence. Dětem jsou vysvětlena konkrétní zdravotní a sociální rizika, které s sebou nese užívání drog. Dále jsou jim podány informace o tom, jak lze konkrétně pomoci drogově závislým, například i tak, že jsou seznámeni s hlavními organizacemi, které působí v České republice, kam se mohou drogově závislí obrátit o pomoc v různých situacích a hlavně pak když se rozhodnou, že už nadále nechtějí drogy brát.

V tomto období (tedy ve starším školním věku) ale samozřejmě nejde jen o to, žákům předávat informace. I zde je kladen velký důraz na sociální dovednosti. Protože se žáci nacházejí v nejsložitější fázi dospívání, je třeba jim pomoci v mezilidských vztazích, rozhodování, řešení konkrétních problémů, nebo v komunikaci obecně. Dále je rozvíjena velmi důležitá dovednost, které se děti učí již v mladším školním věku, a sice schopnost odolat tlaku okolí.

Posledním obdobím, kdy se na děti (resp. mládež) působí, je na střední škole. V tomto věku už mají studenti dobrý přehled v tématické drogy ze základní školy, takže se jejich současné dovednosti a znalosti pouze uvedou do širších souvislostí a příliš nového se nedozvědí. Pro tuto etapu působení primární prevence jsou charakteristické „peer programy“, jejichž jádrem je „aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování.“ [Kalina, K. a kol., str. 308] Přestože je prokázána vysoká účinnost těchto programů, odborníci nejsou v názoru na tyto programy jednotní, a to hlavně kvůli složité realizaci. Dalším problémem je pak fakt, že peer programy jsou téměř neúčinné u rizikových skupin. Ohrožené děti totiž nevnímají peera tak, jak by měli, a sice jako příslušníka



stejné sociální třídy, který je ve stejné situaci. Členové rizikové skupiny se s peerem nemohou ztotožnit, protože je v tomto případě pozitivní model chování až příliš pozitivní.

Také na dospěléou populaci primární prevence působí, je to však složité a nepříliš efektivní, protože dospělí už nechodí do školy, kde je možnost působit dlouhodobě a komplexně. Na dospělé můžeme působit prostřednictvím mediálních kampaní nebo například informačními materiály vyvěšenými u lékařů, na veřejných místech a podobně. V těchto kampaních jde především o to, poskytnout objektivní informace, které mohou být užitečné hlavně těm, kteří neabsolvovali ve vzdělávacím procesu programy primární prevence a mohou tedy mít o drogách určité zkreslené představy. Je tedy třeba i dospělým poskytnout možnost, aby se dozvěděli, jak snadno může drogová závislost vzniknout, a co může způsobit zdraví člověka i jeho sociálnímu životu.

### **1.7. Obsah programu primární prevence**

V předchozí kapitole již bylo nastíněno, co všechno je obsahem primární prevence a které její oblasti jsou klíčové v určitém věku. Nyní si stručně v bodech shrňme, co všechno primární prevence zahrnuje :

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

[\[http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=47\]](http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=47)

## 1.8. Efektivní primární prevence

Některé zásady efektivní primární prevence již byly uvedeny, ale je třeba je sumarizovat a konkretizovat.

Prvním předpokladem pro efektivní primární prevenci je **kontinuita působení**, která umožňuje rodičům a pedagogům vytvořit si k dětem důvěrnější vztah. Pokud totiž učitelé najdou k dětem cestu, je celý program primární prevence mnohem efektivnější. Kontinuitou působení také rozumíme to, že na sebe jednotlivá témata navazují, vzájemně se doplňují a také opakují, ale na vyšší úrovni.

Druhou zásadou je **komplexnost**. Pokud chceme, aby bylo působení primární prevence komplexní, musíme spojit specifickou primární prevenci s primární prevencí nespecifickou. Konkrétně se tedy musíme zaměřit na to, abychom dětem nejen poskytovali dostatek informací o návykových látkách, ale i rozvíjeli jejich sociální dovednosti. Dětem nestačí, aby věděli, co je pervitin a jaké může v organismu napáchat škody, ale je třeba posílit jejich sebevědomí, aby byli schopni čelit tlaku vrstevníků, a tak odolat nabídce drogy.

Třetím předpokladem pro efektivní primární prevenci je **práce v malé skupině**. Čím menší totiž skupina je, tím spíše můžeme s dětmi navázat dialog a reagovat na podněty každého účastníka debaty beze spěchu a s citlivostí. Maximální počet dětí, který je vhodný pro aktivity spojené s primární prevencí, je 30. Pokud pracujeme se školním kolektivem, není vhodné pracovat více než s jednou třídou, i kdyby byl splněn požadavek na maximální velikost skupiny. Jedná se totiž o dvě odlišné skupiny, které mohou mít jiné potřeby, vědomosti a pravděpodobně také mezi sebou používají jiný způsob komunikace.

Čtvrtou zásadou je **teoretická i praktická připravenost realizačního týmu**. Ti, kteří vykonávají primární prevenci musí mít minimálně středoškolské vzdělání s maturitou a projít specializovanou přípravu pro práci v této oblasti. V této přípravě se pracovníci jednak učí teoretickým znalostem v oblasti drogové problematiky a jednak si nacvičují praktické dovednosti při práci se skupinou, kde lektoři využívají i neverbální techniky. (Konkrétní požadavky na osobnost a vlastnosti lektora uvedu v kapitole 14.1.)

Pátým předpokladem efektivní primární prevence je **kontext**. Dobře směřovaná primární prevence musí reflektovat specifika dané lokality a také je třeba spolupracovat

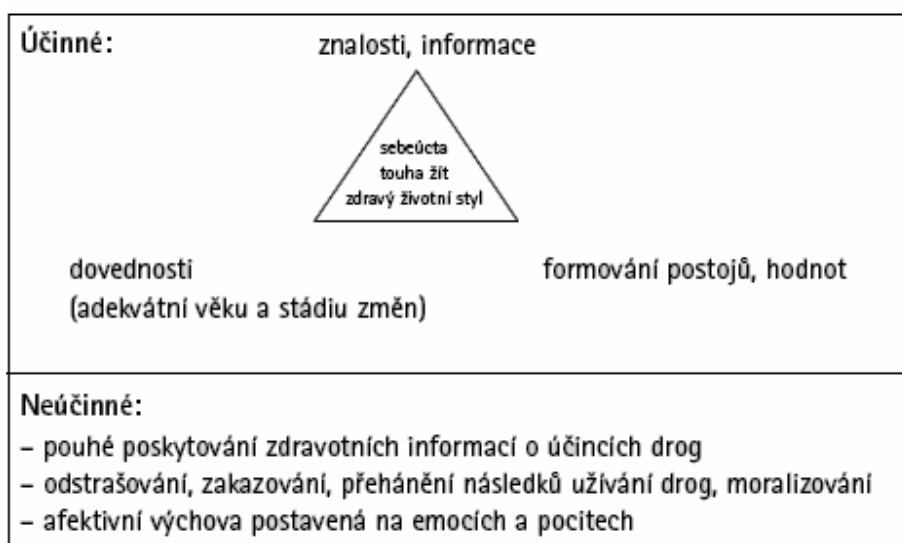
s pedagogy, rodiči a nejbližším sociálním okolím cílové skupiny. Předtím než je program primární prevence zahájen, je třeba, aby se lektoři blíže seznámili se situací, jaká v cílové skupině panuje, aby byli lépe připraveni na problémy, které mohou vyvstat.

Zásada kontextuálnosti navazuje a mírně se překrývá se zásadou šestou, kterou je **cílenost a adekvátnost**. Chceme-li tento předpoklad splnit, je třeba přizpůsobit metodiku a aktivity primární prevence konkrétní cílové skupině. Jednou z věcí, kterou je například třeba zjistit, je, jaké vědomosti v oblasti primární prevence již skupina má.

Dalšími důležitými faktory v této oblasti jsou : **flexibilita** (lektoři mají mít přehled o nejnovějších trendech a událostech na drogové scéně), **nabídka pozitivních alternativ** (podpora zdravého způsobu života, rozvoj sociálních dovedností apod.), **možnost kontaktu v odborném zařízení, interaktivita, jasný a strukturovaný program, aktivní účast cílové populace, včasný začátek aj.**

Zjednodušeně lze shrnout účinné a neúčinné složky primární prevence následujícím grafem :

Obr. 1: Účinné a neúčinné složky primární prevence



Zdroj: Analýza MPP (2000)

[Kalina, K. a kol., str. 294]

### **Lektor primární prevence**

Povolání lektora primární prevence je poměrně náročné a vyžaduje určité specifické osobnostní charakteristiky, které můžeme dělit do tří oblastí. [Kalina, K. a kol., str. 330] Prvním předpokladem pro toto povolání je **odbornost** pracovníka.

Druhým předpokladem je pak **emocionální stabilita** lektora. Třetí a poslední požadavek se týká **sociální kompetentnosti**.

Požadavky na odbornost můžeme dále ještě rozdělit do dvou oblastí. První z nich jsou teoretické předpoklady, kde jde hlavně o to, aby měl lektor dostatečné znalosti v drogové problematice, poskytoval objektivní informace a byl flexibilní. Druhou sférou jsou pak pedagogicko-psychologické dovednosti, kde je důležitý profesionální přístup, protidrogový postoj, zdatnost v komunikaci a organizaci, smysl pro humor a citlivost.

Emocionální stabilita lektora je důležitá, stejně jako u každého učitele. V primární prevenci snad ale ještě více, protože pokud lektor selže, může to mít fatální důsledky. V tomto povolání je třeba velké sebeovládání, aby lektor zvládl stresové situace a citové vypětí. Dětem je třeba v každé situaci pozorně naslouchat, být empatický a adekvátně reagovat na jejich podněty.

Sociální kompetence zahrnuje sociální citění, schopnost spolupráce, orientaci v mezilidských vztazích a podobně.

## **1.9. Ohrožení jedinci**

Aby byla primární prevence efektivní, je třeba rozdělit cílovou populaci, na kterou chtějí programy primární prevence působit na "normální" populaci a na ty, u kterých je pravděpodobnost zneužívání drog vyšší než u ostatních. Jak již bylo uvedeno, primární prevence se zaměřuje především na děti, mládež a mladé dospělé, proto se v této kapitole budeme věnovat přednostně jim.

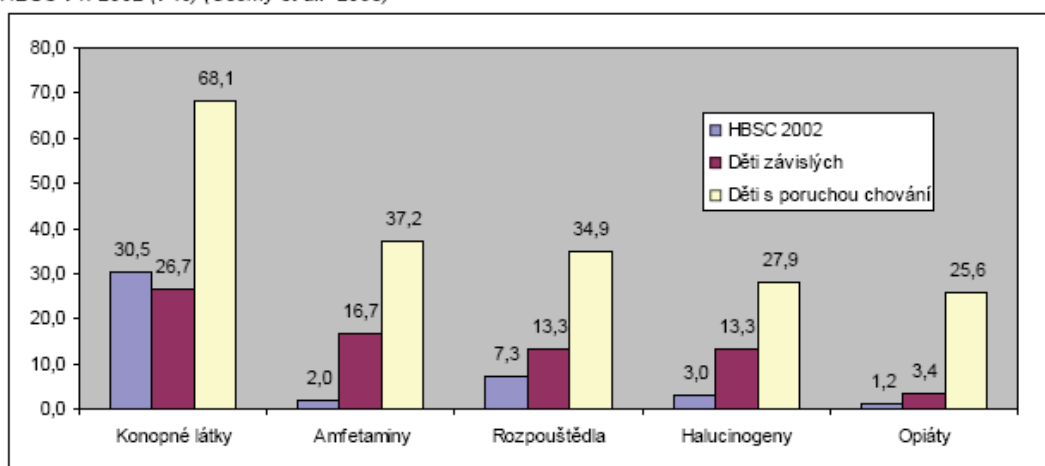
Podle autorů Arterburna a Burnse [Drogy klepou na dveře, str. 41-46] můžeme rozdělit hlavní faktory, které ovlivňují, zda se dítě stane závislým na ilegálních drogách, do šesti skupin :

1. biologický předpoklad
2. tlak okolí
3. postoj rodičů
4. životní krize
5. deprese
6. vztah rodičů k dětem

### 1.9.1. Biologický předpoklad

První faktor, který poměrně výrazně ovlivňuje sklon člověka k závislostem je biologický předpoklad. Pokud můžeme určit, u kterých jedinců je biologický předpoklad (tj. genetické predispozice), že se stanou závislími, můžeme se pak na tyto jedince soustředit a věnovat jim v primární prevenci větší péči než ostatním “normálním“ dětem. Nejrůznějšími výzkumy bylo zjištěno, že dvě skupiny dětí mají k užívání ilegálních drog vyšší sklony. Jednak jsou to děti s poruchou chování a dále pak děti závislých rodičů. K posouzení pravdivosti tohoto tvrzení jsou k dispozici data z roku 2003 [Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 81-82], kde jsou uvedeny počty dětí (v procentech), které mají zkušenosti s nelegálními drogami. Děti jsou rozděleny do tří skupin :

obrázek 12-1: Zkušenosti s nelegálními drogami: děti závislých a děti s poruchou chování ve srovnání s výsledky studie HBSC v r. 2002 (v %) (Csémy et al. 2003)



V prvním sloupci můžeme vidět, kolik procent dětí v České republice má zkušenosti s ilegálními drogami. V druhém sloupci jsou pak ty děti, jejichž rodič byl léčen pro alkoholismus a ve třetím sloupci jsou děti, které byly v péči zdravotního nebo výchovného zařízení pro poruchy v chování a které zároveň měly v anamnéze útěky od rodiny.

Zaměříme-li se nejprve na poměr prvního a druhého sloupce, můžeme pozorovat, že počet dětí, které mají zkušenosti s drogami a jejichž rodič byl léčen ze závislosti na alkohol, oproti počtu dětí, které mají zkušenosti s drogami, ale jejichž rodiče nebyli léčeni pro závislost na alkoholu, je přibližně osmkrát vyšší u amfetaminů, více než čtyřikrát u halucinogenů, téměř třikrát u opiátů a téměř dvakrát u rozpouštědel.

Interpretovat poměr mezi prvním a třetím sloupcem v číslech, myslím ani není třeba. Pouhým okem vidíme propastné rozdíly mezi počtem dětí, které mají zkušenost s drogami a nemají poruchy chování a dětí, které mají zkušenost s drogami a mají poruchy chování. Tento nepoměr je až **jednadvacetinásobný**, a to u zkušeností dětí s opiáty. Na závěr je třeba dodat, že děti, zkoumané ve studii "Health Behaviour in School-Aged Children" (viz. první sloupec) byly starší než děti, jejichž odpovědi jsou zaznamenány v druhém a třetím sloupci, takže rozdíly, které jsou už teď propastné, by byly nejspíše ještě větší, kdyby byly zkoumané děti stejně staré.

### **1.9.2. Tlak okolí**

Druhým faktorem, který může ovlivnit, zda dítě užije drogu, a tak vznikne možnost budoucí závislosti, je tlak okolí. Na tomto místě je třeba vzpomenout a aplikovat jedno z teoretických východisek, které jsem si ke své práci zvolila, a sice teorii konformity, která se týká podrobení se vlivu sociálního prostředí. I když vypěstujeme v dítěti poměrně vysokou rezistenci a odpor k užívání ilegálních drog, jsou situace, ve kterých je pro něj (ni) těžší drogu odřici. V dospívání chce každý jedinec někam patřit. Bude-li se pohybovat v partě lidí, pro které je braní drog normou, bude čelit vnitřnímu tlaku, aby nevypadal jako "slaboch". Situace bude o to horší, bude-li v partě někdo, ke komu bude teenager cítit nějaké silnější citové vazby (ať už kamarád nebo někdo jiný, ke komu bude vzhlízet). V takovýchto situacích nemusí jít samozřejmě přímo o ilegální drogy, pro začátek postačí například tvrdý alkohol.

### **1.9.3. Postoj rodičů**

Třetím faktorem je postoj rodičů. Konkrétně to, zda před dítětem kouří nebo požívají jiné návykové látky. Dále pak to, jakým způsobem se staví ke konzumaci alkoholu u svého dítěte. Mnoho rodičů je v dnešní době poměrně benevolentní ke konzumaci alkoholu, kterou provádějí děti v přítomnosti svých rodičů. „Všechny studie ale potvrzují, že čím dříve děti s alkoholem nebo drogami začnou, tím větší je pravděpodobnost závislosti je, protože jim tyto látky slouží jako berličky přirozeného vývoje. Nenaucí se zvládat stres, bojovat s překážkami.“ [Arterburn, Burns str. 43]

Pokud tedy chcete snížit riziko vzniku závislosti u svého dítěte, nepodporujte ho v pití alkoholu (ani s dohledem dospělých), nekonzumujte před ním návykové látky nebo ještě lépe nekonzumujte návykové látky vůbec. Uvedená doporučení ale neznamenají, že byste se měli tématu drog v rozhovoru s dětmi vyhýbat. Právě naopak. Je důležité, abyste se svým potomkem otevřeně a citlivě o této problematice debatovali. Strategie, jakou v diskuzi zaujmete je samozřejmě neméně stěžejní. Jak asi máme všichni zkušenosti, v období puberty není vhodné dítě vychovávat k protidrogovým postojům cestou restrikcí.

#### **1.9.4. Další faktory ovlivňující jedincovy sklony k závislosti**

Čtvrtým spouštěčem pro vznik závislosti mohou být životní krize. Drogy jako útěcha mohou “dobře“ posloužit v případě ztráty nebo nemoci někoho blízkého, rozvodu rodičů nebo v mnoha jiných zátěžových situacích. Tato skutečnost platí u dospělých, kdy budou životní krize nejspíše tou nejčastější příčinou pro vznik závislosti na drogách. Pochopitelně ale platí i u dětí, což lze doložit například pomocí statistiky ze studie “The European School Project on Alcohol and Druha“ z roku 2003 (viz. příloha 9). V této statistice můžeme vyčíst, že počet dětí, které užívají návykové látky je nižší, pokud dítě pochází z úplné rodiny.

Mezi další dva faktory patří deprese a vztah rodičů k dětem. Tyto dva faktory není myslím třeba více rozebírat, protože jednak souvisí s faktorem životní krize potažmo deprese a jednak si každý z nás jistě uvědomí, že pokud dítě trpí depresemi nebo má špatný vztah s rodiči, pravděpodobnost, že podlehne návykovým látkám je vyšší.

Na závěr této kapitoly bych ještě ráda uvedla, že je velmi výrazně vyšší pravděpodobnost užití návykových látek pokud dítě toto chování pozoruje u staršího sourozence. Například v populaci dětí, jejichž starší sourozenci užívali drogy, užilo nelegální drogu 75,2 % dotázaných. Oproti tomu v populaci dětí, jejichž starší sourozenci drogy neužívají, užilo nelegální drogu “pouze“ 36,5 % dotázaných (viz. příloha 10).

## 2. Nové dělení preventivní politiky podle EMCDDA

V EMCDDA se nedávno rozhodli, že zruší zavedený systém dělení prevence na primární, sekundární a terciární a nahradí je prevencí všeobecnou, selektivní a indikovanou.

[<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=1568&sLanguageISO=EN>] Nepostupovala jsem ve své práci podle tohoto schématu z toho důvodu, že jde o nový model, který ještě není ani příliš znám, natož pak aby byl zažitý. Jelikož je ale preventivní politika jádrem mé práce, myslím, že by zde mělo být toto nové schéma alespoň nastíněno. „Tento nový rámec poměří rizika rozvoje užívání drog v určité populaci a rozsah intervencí. Každá kategorie popisuje cílové populace, u nichž se očekává, že jim jednotlivé intervence přinesou optimální prospěch.“ [McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M., str. 14] Velikost cílové skupiny v jednotlivých typech prevence znázorňuje následující schéma :



[Zaostřeno na drogy, str. 3]

Všeobecná primární prevence zahrnuje celou populaci bez dalších specifik. Selektivní primární prevence se pak zaměřuje skupiny, u kterých je zvýšené riziko propadnutí závislosti. Indikovaná primární prevence se zaměřuje přímo na konkrétní ohrožené jedince.



Osobně se domnívám, že tento model může být pro primární prevenci přínosem, problém je ale v tom, že na internetových stránkách EMCDDA nenajdeme pojem “všeobecná primární prevence“, ale pouze “všeobecná prevence“. Také je uvedeno, že toto schéma má nahradit primární, sekundární a terciární prevenci, ale bohužel mi není jasné jak, jelikož pokrytí problémů, které se s drogami pojí, se s dřívějším pojetím nepřekrývá. Tento zmatek nejspíše ještě nebyl vyřešen ani na úrovni naší národní politiky, jelikož jsem sice našla poměrně dost zdrojů, kde je toto schéma uvedeno, ale pojetí se liší, a to i v rámci jedné instituce. V roce 2007 vydal Úřad vlády dokument *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi : Přehled dostupných informací*, který napsali zahraniční autoři. V tomto dokumentu se uvádí, že všeobecná, selektivní a indikovaná prevence má nahradit prevenci primární, sekundární a terciární. Dále pak v roce 2007 vydal Úřad vlády časopis (Zaostřeno na drogy 2/2007) pod záštitou Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, kde čeští autoři uvádí toto nové dělení jako schéma pro specifickou primární prevenci. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy pak také v roce 2007 vydává dokument *Vybrané termíny primární prevence*, kde vysvětluje vše o preventivní politice, ale o tomto novém dělení se vůbec nezmiňuje. V dalších zdrojích českých dokumentů pak můžeme najít pojetí různé a na stránkách EMCDDA je stále avizováno, že jde o nahrazení primární, sekundární a terciární prevence. Doufám, že se tato nejasnost brzy vyřeší a preventivní politika pak díky tomu možná nabere nový, efektivnější směr.

### 3. Národní strategie protidrogové politiky

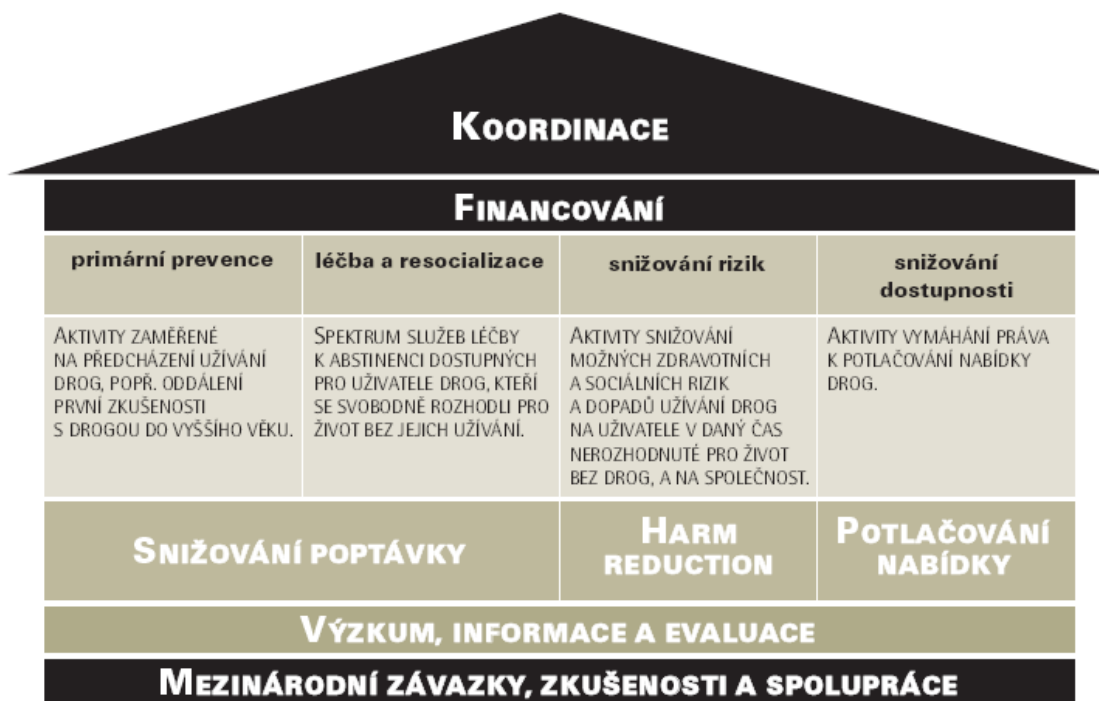
V další části textu bych se ráda vrátila k úvodu, kde bylo zmíněno, že je v současnosti kladen velký důraz na vyváženosti preventivních a represivních opatření. Tuto zásadu prosazuje ve své strategii jak Evropská unie, tak Česká republika. Jedním z důvodů, proč je kladen na tuto zásadu důraz, může být i fakt, že „v přímých výdajích na drogovou politiku v roce 1998 česká společnost vydala částku 2.3 mld. Kč, z čehož spotřebovaly 82 % (1.886 mld. Kč) trestně právní systém, 13 % (299 mil. Kč) léčba a rehabilitace uživatelů drog, 3 % (69 mil. Kč) prevence, po 1 % transakční náklady (23 mil. Kč) a náklady rodin uživatelů drog (23 mil. Kč).“

[\[http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=221&acc=enb\]](http://www.adiktologie.cz/articles.php?l=cz&cid=90&iid=221&acc=enb)

Toto rozložení financí není samozřejmě správné, a to například z důvodu nevyváženého poměru mezi vynaloženými prostředky a efektivitou represivních opatření.

Jako účinnou strategii směřující k řešení problémů spojených s užíváním drog tedy podle Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy přístup, který vychází ze široké společenské, mezíresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních a který je postavený na čtyřech pilířích, které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito pilíři jsou primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog. Ty mohou být efektivně uplatňovány pouze ve funkčním institucionálním prostředí, jež staví na mezinárodních závazcích, zkušenostech a spolupráci, na poznacích z výzkumů, informacích a hodnocení realizovaných opatření tak, aby byly financovány jen efektivní opatření a aktivity.

Požadovanou komplexní podobu protidrogové politiky lze graficky znázornit takto :



[Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, str. 14]

Jednotlivé oblasti protidrogové politiky, hlavní aktéry a spolupracující subjekty v konkrétních oblastech dobře znázorňuje následující tabulka :

<b>Gestor</b>	<b>Oblast protidrogové politiky</b>	<b>Spolupracující subjekty</b>
ministryně školství, mládeže a tělovýchovy	primární prevence	MO, MPSV, MZ, sekretariát RVKPP, MV
ministr zdravotnictví	léčba a resocializace	MPSV, MS, MŠMT, sekretariát RVKPP
ministr zdravotnictví	minimalizace rizik	MPSV, MS, sekretariát RVKPP
ministr vnitra a ministr financí	potlačování nabídky drog	MS, sekretariát RVKPP,
ministr zdravotnictví	užívání legálních drog	MV, MS, sekretariát RVKPP
výkonný místopředseda RVKPP	financování	MZ, MPSV, MŠMT, MF
výkonný místopředseda RVKPP	koordinace	MV, MZ, MPSV, MŠMT, MZV, MS, MO
výkonný místopředseda RVKPP	vztahy s veřejností	MV, MZ, MPSV, MŠMT, MZV, MS, MO
ministr zahraničních věcí	mezinárodní spolupráce	MV, MZ, MPSV, MŠMT, MS, MO, sekretariát RVKPP

[Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, str. 30]

V této tabulce můžeme názorně vidět snahu o komplexní přístup, který je jednou z hlavních zásad národní i evropské protidrogové strategie.

## **4. Primární prevence v ČR**

„Před rokem 1989 primární prevence drogových závislostí na školách téměř neexistovala. Tato problematika spadala metodicky hlavně pod speciální zařízení ministerstva zdravotnictví – Ústav zdravotní výchovy, který byl garantem vzdělávání a výchovy v oblastech týkajících se ochrany zdraví a prevence. Prevence závislostí se dlouho týkala pouze alkoholu a tabáku. Vycházelo se z dokumentů vlády, většinou z kapitoly s názvem Boj proti negativním jevům mládeže. Lektori veškerých preventivních aktivit byli většinou starší lékaři a jejich působení spočívalo převážně v besedách, které měly charakter zastrašování, zákazů, mentorování apod. Často se jednalo o monotónní čtení přednášky, osvědčenější lékaři nabídli alespoň možnost zodpovězení dotazů, diskuse byla téměř nemožná. Všechny aktivity ve školách byly jednorázové, většinou až ve vyšších ročnících základních škol.

Po roce 1989, díky různým mezinárodním projektům, které měly za cíl nastartovat preventivní práci v České republice, přibýlo odborníků i institucí, které se začaly zabývat primární prevencí teoreticky i prakticky.

Od roku 1989 se začaly rozvíjet i vzdělávací aktivity pro pedagogy v oblasti drogové prevence. Jednak proto, že docházelo k nárůstu problémů s drogami v naší společnosti, ale také proto, že experti upozorňovali na skutečnost, že škola je po rodině tím nejdůležitějším prostředím, ve kterém je zapotřebí realizovat preventivní práci. Učitelé měli o této problematice minimálně informací.“ [Vybrané termíny primární prevence, str. 5]

## **5. Analýza aktérů primární prevence**

Pokud se zabýváme politikou primární prevence v České republice, zbývá ještě uvést, kdo a jak v této oblasti působí. Jelikož je protidrogová politika multidisciplinárním oborem, účastní se na ní poměrně velká řada subjektů. V primární prevenci je to konkrétně hlavně Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, dále pak Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo obrany, Ministerstvo vnitra a sekretariát Rady

vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Sekundárně spolupracuje s těmito subjekty i Ministerstvo financí.

Zatímco o funkci jednotlivých ministerstev v protidrogové politice máme nejspíše přibližnou představu, o existenci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky nemusíme ani vědět. Začněme proto s touto organizací.

### **5.1. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky**

18. srpna 1993 byla vládou zřízena Meziresortní protidrogová komise, která koordinovala protidrogovou politiku. 26. září 2001 byla tato komise přejmenována na : Rada vlády – Meziresortní protidrogová komise. Dnešní název Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky je užíván od 19. června 2002.

„Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky jako poradní, koordinační a iniciační orgán vlády ČR vytváří platformu pro průběžnou komunikaci s ministerstvy, s dalšími články veřejné správy, i s dalšími subjekty, které se podílejí na realizaci protidrogové politiky (včetně nestátních neziskových organizací). Rada předkládá vládě návrhy opatření i aktivit protidrogové politiky ČR, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí kontrolní činnost plnění úkolů z národní strategie i z akčních plánů na všech úrovních. V souladu s prioritami národní strategie Rada spolufinancuje multidisciplinární programy protidrogové politiky realizované na místní úrovni. (...) Rada odpovídá i za sběr, analýzu a distribuci dat o užívání drog, o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních protidrogové politiky na všech úrovních. Tuto činnost zajišťuje prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, jež je organizační součástí sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – Úřadu vlády ČR.“ [Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, str. 23]

Zatímco tedy funkce Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) je hlavně koordinační a kontrolní, jednotlivá ministerstva mají své úlohy v protidrogové politice stanoveny přesněji. Zaměříme se nyní ale pouze na jejich úlohu v politice primární prevence.

## **5.2. Ministerstvo financí**

Z výše uvedených ministerstev má nejmenší úlohu ve vytváření politiky primární prevence Ministerstvo financí. Přestože bez Ministerstva financí bychom se v protidrogové politice nejspíše neobešli, jeho funkci nechápeme jako stěžejní, mluvíme-li o tvorbě protidrogové politiky. Ministerstvo financí “pouze“ uvolňuje finanční prostředky, protidrogovou politiku jako takovou neutváří.

## **5.3. Ministerstvo obrany**

Větší roli v utváření politiky primární prevence má Ministerstvo obrany, které má přímý zájem na budování speciální primární prevence, která je určena pouze vojákům. Povolání vojáka je totiž jednou z profesí, u které je riziko zneužívání návykových látek vyšší než u jiných. Z tohoto důvodu a z důvodu obecného ohrožení v případě zneužívání návykových látek člověkem, který u sebe nosí zbraň, se Ministerstvo obrany zaměřuje na primární prevenci a také na školení vojáků a jejich nadřízených, aby byli schopni co nejdříve rozeznat, zda má voják ve službě problémy s drogami, aby nedošlo k ohrožení ani ostatních vojáků, ani civilistů.

## **5.4. Ministerstvo vnitra**

Přestože jsou hlavní úlohou Ministerstva vnitra v protidrogové politice represivní opatření, i ve vytváření politiky primární prevence má své místo. I mezi policisty mohou být uživatelé drog, takže je pro policii České republiky důležitá primární prevence v rámci personálních opatření. Ministerstvo vnitra se ale podílí na primární prevenci nejen pro potřeby svých zaměstnanců, ale také podporuje nejrůznější programy nespécifické primární prevence, protože chce zabránit tomu, aby měli děti volný čas, který by neuměli efektivně využít. Ministerstvo vnitra proto organizuje volnočasové aktivity, které mají děti zabavit, aby pak z nudy nepáchali přestupky a trestnou činnost. Tyto aktivity mohou dobře posloužit i pro vychovávání dětí k tomu, aby byly dobrými občany. Děti se například učí dodržovat předpisy na dětských dopravních hřištích nebo honí zločince při hře na detektivy.

## **5.5. Ministerstvo zdravotnictví**

Hlavní doménou Ministerstva zdravotnictví je v preventivní politice samozřejmě prevence sekundární a terciární. I v prevenci primární má ale svou funkci. Bez poznatků na úrovni Ministerstva zdravotnictví bychom totiž těžko mohli předat objektům primární prevence přesné informace o tom, jaké účinky a následky má užívání drog. Díky těmto často hodně odstrašujícím informacím, které mládeži předáváme prostřednictvím specifické primární prevence, snad můžeme dosáhnout mírné změny v názorech těch jedinců, kteří ještě s ilegálními drogami nemají zkušenosti, směrem k protidrogovému postoji.

## **5.6. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy**

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v podstatě za celý systém primární prevence odpovídá a je tak asi nejdůležitějším aktérem politiky primární prevence, minimálně na úrovni ministerstev. Základním nástrojem prevence v tomto resortu je Minimální preventivní program.

### ***Minimální preventivní program***

Minimální preventivní program (MPP) pro školy a školská zařízení je zpracován pod názvem "Škola bez drog", je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit. MPP se opírá o všeobecné zásady efektivní primární prevence a je zaměřen jak na podporu zdravého životního stylu, tak na prevenci rizikového chování. Realizace MPP je pro každou školu a každé školské zařízení závazná a průběh i účinnost jednotlivých aktivit kontroluje Česká školní inspekce.

„MPP je vypracování vždy na příslušný školní rok (krátkodobé cíle primární prevence) nebo v časově delším horizontu (dlouhodobá preventivní strategie). MPP je součástí výchovně vzdělávacího programu školy. Odráží specifikace regionu, školy (školského zařízení) a vždy vychází z aktuální situace na škole a reflektuje evaluaci průběhu předchozího období (školního roku). MPP vypracovává školní metodik prevence v úzké spolupráci s ostatními pedagogickými pracovníky za podpory vedení školy. Opírá se zejména o užší tým pracovníků (výchovný poradce, školní psycholog).“

[<http://www.poradenskecentrum.cz/mpp.html>]

MPP má zajistit například následující :

- poskytování aktuálních a pravdivých informací
- smysluplná nabídka volnočasových aktivit (ve školách i v mimoškolní činnosti)
- programy aktivního sociálního učení (skupinové formy práce vedoucí ke kvalitě mezilidských vztahů)
- poradenské činnosti ve školách nebo ve speciálních zařízeních

### **5.7. Další aktéři primární prevence**

Kromě ministerstev a RVKPP jsou zde ještě dva velmi důležité aktéři, kteří se podílí na politice primární prevence. Prvním z nich jsou kraje a obce a druhým jsou neziskové organizace.

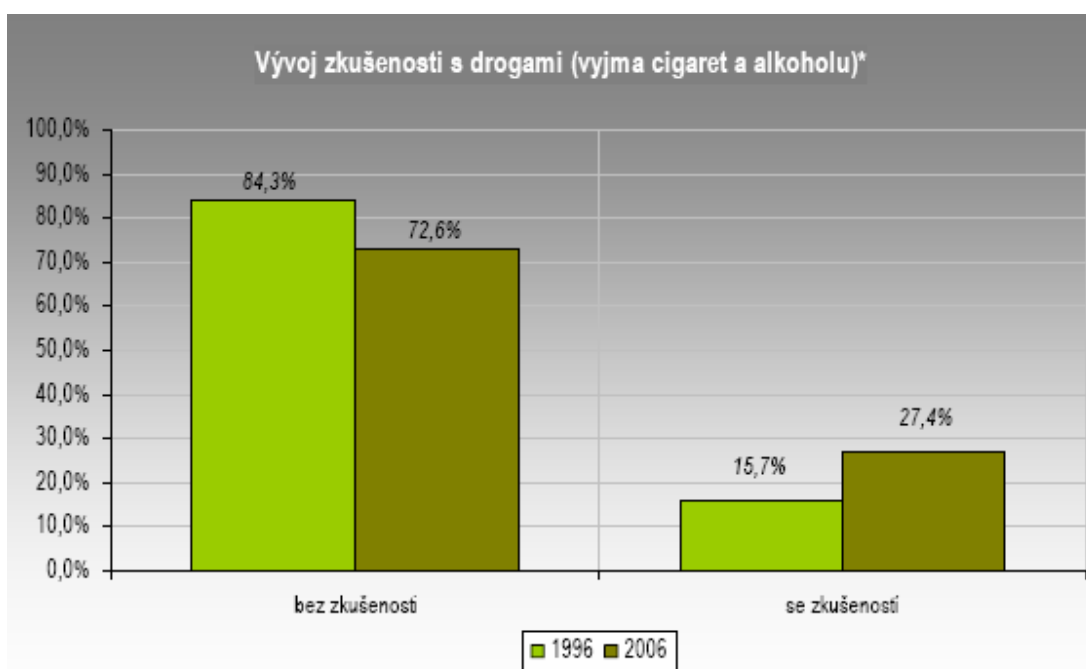
Kraje a obce „jsou klíčovými partnery centrálních institucí při přípravě a realizaci národní protidrogové politiky a při jejím zavádění do praxe na příslušných úrovních veřejné správy. Uskutečňují opatření a intervence protidrogové politiky v souladu s hlavními cíly, principy a postupy doporučenými národní strategií, přitom zohledňují místní podmínky a potřeby. (...)

Dvě nejvýznamnější neziskové organizace v ČR jsou Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně a A.N.O. Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Ty se ve spolupráci s orgány veřejné správy podílejí zejména na plánování a realizaci opatření a aktivit protidrogové politiky, na jejich vyhodnocování a na zvyšování kvality a efektivity jimi provozovaných služeb, jež jsou finančně zajišťovány z veřejných zdrojů. Současně provozují jednotlivé služby prevence, léčby a resocializace a snižování rizik spojených s užíváním všech typů drog a služeb pro ně.“ [Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, str. 28-29]



## 6. Hodnocení účinnosti primární prevence v rámci ČR

Na závěr této problematiky je nyní jistě na místě se pozastavit nad tím, zda je politika primární prevence v České republice účinná či nikoliv. Bohužel situace není zrovna dobrá. Přes velkou snahu, kterou veřejný sektor v České republice vynakládá (nebo alespoň v literatuře se to tak jeví), je účinnost primární prevence, řekla bych, zatím velmi nízká. Přes řadu teoretických podkladů, které nám dokazují, že primární prevence je správná cesta ke snížení počtu uživatelů ilegálních drog, existuje řada problémů, která zapříčiňuje, že počet uživatelů drog neklesá, ale naopak narůstá. Tuto skutečnost dokládá následující tabulka, kde můžeme vidět v grafickém zpracování, jak se zvýšil počet lidí, které mají s ilegálními drogami zkušenosti :



\*Pozn.: Rozdíly vzhledem k roku dotazování jsou statisticky významné

[[http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/58464/258366/file/CEPROS\\_postoje-spolecnosti-k-problematice-drog.souhrnny-prehled-vysledku.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/58464/258366/file/CEPROS_postoje-spolecnosti-k-problematice-drog.souhrnny-prehled-vysledku.pdf)]

Rozdíl zhruba 12 % nemusí být v jiném případě tak výrazný, ovšem pouze pokud zvýšením o 12 % nedosáhneme téměř dvojnásobného počtu, což je naše situace.

Tento problém si pochopitelně uvědomují i vládní orgány, které samy přiznávají neúspěch a to například i ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, kde je k dispozici tabulka, která znázorňuje procentuální úspěšnost v plnění Akčního plánu 2005-2006 v konkrétních oblastech protidrogové politiky :

tabulka 1-1: Plnění úkolů Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí

Oblast	Celkem úkolů	Z toho splněno		Z toho splněno částečně		Z toho nesplněno/ nepodána informace	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primární prevence	24	14	58,3	2	8,3	8	33,3
Léčba a následná péče	27	12	44,4	3	11,1	12	44,4
Snižování rizik	9	7	77,8	0	0,0	2	22,2
Snižování nabídky a prosazování práva	24	18	75,0	0	0,0	6	25,0
Informace – výzkum – hodnocení	27	24	88,9	0	0,0	3	11,1
Koordinace a financování	23	20	87,0	2	8,7	1	4,3
Mezinárodní spolupráce	10	10	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Celkem</b>	<b>144</b>	<b>105</b>	<b>72,9</b>	<b>7</b>	<b>4,9</b>	<b>32</b>	<b>22,2</b>

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 4]  
Z této tabulky můžeme vyčíst, že v oblasti primární prevence se podařilo naplnit Akční plán pouze z 58,3 %, což mi přijde velmi nedostatečné a nezbyvá než doufat, že se to v příštích letech změní.

Na Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy si také uvědomují, že v oblasti primární prevence existují určité problémy a rozhodli se zjistit, které z nich jsou nejpalčivější. „Z výsledků realizované SWOT analýzy za účasti krajských školských koordinátorů prevence a metodiků prevence vyplynulo, že za podstatné slabé stránky až hrozby stávajícího systému primární prevence považují :

- špatné podmínky práce ve školách a školských zařízeních
- problematické financování
- obecné podceňování problematiky prevence sociálně patologických jevů
- podceňování úrovně vzdělání preventistů
- nedostatečná motivace pedagogů a ředitelů škol a školských zařízení ke změně sociálního klimatu
- nedostatečné legislativní zakotvení prevence.“

[ [http://www.msmt.cz/Files/HTM/MBSTRATEGIE2005\\_2008web.htm](http://www.msmt.cz/Files/HTM/MBSTRATEGIE2005_2008web.htm)]

Velká část těchto problémů plyne ze skutečnosti, že je primární prevence podceňována, a to na všech úrovních. Důvod, proč tomu tak je, je pravděpodobně ten, že

efektivita primární prevence je nejen obtížně měřitelná, ale především ji můžeme zjistit až s odstupem několika let.

Přestože můžeme v několika minulých letech pozorovat trend zvyšování množství finančních prostředků, které do této oblasti plynou, je to asi ještě stále málo. Školní metodici prevence totiž nedostávají za svou činnost finanční odměnu a musí se věnovat programům primární prevence ve svém volném čase. Jelikož často vedení škol techniky primární prevence příliš neuznává, metodik se pak mnohdy nedočká ani ústního ocenění, a proto není k profesi školního metodika motivace. Ti, kdo tuto činnost vykonávají, pak často nemají potřebné vzdělání, ani větší chuť něco takového dělat.

## Závěr

Ilegální drogy jsou sociálním problémem z toho důvodu, že mají negativní dopad na okolí devianta (tj. jedince užívající ilegální drogy). O deviaci zde mluvíme proto, že zatím stále ještě žijeme ve společnosti, kde brát ilegální drogy není normální. V budoucnu se ale může stát, že to normální bude. Pokud totiž vidíme statistiky počtu mladých, kteří ilegální drogu někdy užili, již se blížíme k hranici 50%. Tato čísla by samozřejmě výrazně klesla, pokud bychom ze skupiny ilegálních drog vyloučili konopí. K tomu ale momentální situace ve společnosti, myslím si, nesměruje.

Mezi negativní dopady na společnost v důsledku užívání ilegálních drog patří riziko přenosu infekčních onemocnění (v České republice pak hlavně hepatitidy) a řada sociálních důsledků. Uživatelé drog pochopitelně narušují hodnotový systém společnosti, ale jejich chování má důsledky, které jsou hmatatelnější. Mezi tyto důsledky patří kriminální činnost, kterou problémoví uživatelé drog zpravidla musí páchat, aby měli na ilegální drogy peníze. Takto nás každoročně tito jedinci připraví o finanční částku ve výši přesahující 100 miliard korun.

Týká-li se problém celé společnosti, je pak zapotřebí, aby ho také společnost řešila. Opatření, která můžeme v této oblasti podniknout mají charakter jednak preventivní a jednak represivní. Současná národní i evropská protidrogová politika klade důraz na vyváženost těchto dvou směrů. Je nasnadě, že pouze represivní opatření drogy z naší společnosti nevymítí. A to i z toho důvodu, že účinnost těchto zásahů je bohužel velmi nízká. Je tedy třeba zaměřit naši pozornost i na opatření preventivní.

Preventivní schéma momentálně pokrývá tři směry, z nichž jeden je prevence primární. Ta působí na jedince, kteří nemají s ilegálními drogami zkušenosti, a to buď prostřednictvím jednorázových nebo dlouhodobých preventivních programů. Jednorázové preventivní programy mají buď charakter přednášky, besedy nebo komponovaného pořadu a jsou efektivní pouze pokud jsou doplňkem programu dlouhodobého. Tyto dlouhodobé programy jsou tvořené na základě zásad efektivní primární prevence a připravuje je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve svém Minimálním preventivním programu, který realizuje školní metodik prevence. Přestože odborníci chápou nezastupitelnou úlohu primární prevence v protidrogové politice,

bohužel se dosud nepodařilo tento postoj vštípit širší vrstvě obyvatel. Jedním z hlavních důvodů, proč jsou ředitelé škol i další důležité lidé, kteří se svým způsobem podílí na implementaci primárně preventivních programů, laxní k primární prevenci je ten, že účinnost programů je obtížně měřitelná a dá se hodnotit až s odstupem několika let. V preventivním systému České republiky je tak potřeba změnit tento postoj tak, aby ředitelé škol nelitovali peněz, které vydají na varování dětí před škodlivostí drog. Budou-li k dispozici finanční prostředky pro školní metodiky, dá se očekávat, že se zvýší jejich odborná úroveň, což by bylo velmi zapotřebí. Pokud nebudou na těchto postech experti v dané problematice, dá se očekávat, že ani v budoucnu nebude politika primární prevence v České republice efektivní. Že je tato politika skutečně neefektivní dokazuje počet uživatelů drog, který se neustále zvyšuje.

Na protidrogové politice se podílí hlavně nejrůznější ministerstva, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, kraje, obce a neziskové organizace. Všichni tyto aktéři věnují úsilí tomu, aby počet těch, kteří propadnou závislosti na ilegálních drogách byl co nejmenší.

## **Resumé**

The usage of illegal drugs impacts whole society. Drug addicted people can distribute infectious diseases and their behavior as a whole inflicts quite high financial costs. The state expends money for medical attention, resocialization, repressive measures and so on. If the problem involves whole society, it must be also solved by whole society. One of the possible solutions is primary prevention, which is focused on the individuals, who have no experience with illegal drugs yet. Although the primary prevention system in Czech republic is quite comprehensively processed in theory, the particular programs usually fail to be efficient, which can be testified by still increasing number of drug users. One of the reasons, why Czech primary prevention system is not successful is the flabbiness of people implementing the primary prevention policy. Their attitude is maybe caused by the fact that primary prevention can be hardly benchmarked and its contribution can be righteously evaluated only after several years. The conduct of this people must be changed. Furthermore it is necessary to provide finance for the scholastic methodists, who, based on present situation, develop the primary prevention programs in their free time and free of charge. Since their efforts are not enough appreciated, they have lack of motivation to improve their knowledge in this issue, which is very regrettable. If the financial remuneration of this people does not get better, we cannot expect to have well performing primary prevention programs in the future subsequently.

## Použitá literatura

Arterburn, S., Burns, J. *Drogy klepou na dveře*. 1. vyd. Brno : Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.

Brichcín M. a kol. *Mládež – drogy – společnost*. 1.vyd. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1997. ISBN 80-86039-20-X

Evans Keith. *Válka bez konce aneb Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. 1.vyd. Praha : Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-508-X

Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti : mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., Bellis, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi : Přehled dostupných informací*. 1.vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1

Nešpor, K., Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí : Příručka pro praxi*. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2

Nešpor, K., Provazníková, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy*. 3. rozš. vyd. Praha : FORTUNA, 1999. ISBN 80-7071-123-X

Nožina, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1.vyd. Praha : KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X

*Racionální protidrogová politika : Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?* 1.vyd. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Riesel, Petr. *Lesk a bída drog*. 1.vyd. Olomouc : Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9

Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek : Co funguje a nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy*, 2007, roč. 5, č. 2

Úřad vlády České republiky. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) : Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*. 1.vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-94-3

Úřad vlády České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1.vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0

Úřad vlády České republiky. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2  
*Vybrané termíny primární prevence*. Praha : MŠMT, 2007.

[http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_01.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_01.htm) [cit. dne 11.3.2008]

[www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)

[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

[www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz)

[www.dropin.cz](http://www.dropin.cz)

<http://www.poradenskecentrum.cz>

[www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

[www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)

<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=47> [cit. dne 25.3.2008]

<http://www.fit.vutbr.cz/~matousp/doc/2004/zp.pdf> [cit. dne 25.3.2008]



## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1: Počet vyměněných stříkaček a jehel v letech 1998-2006 (tabulka)**
- Příloha č. 2 : Počet nakažených uživatelů drog v roce 2006 (tabulka)**
- Příloha č. 3 : Počet nakažených uživatelů drog v roce 2006 podle krajů (tabulka)**
- Příloha č. 4 : Počet problémových uživatelů drog v letech 2002-2006 (tabulka)**
- Příloha č. 5 : Podíl trestných činů spáchaných uživateli drog v roce 2006 podle krajů (graf)**
- Příloha č. 6 : Počet problémových uživatelů drog v roce 2006 podle krajů (obrázek)**
- Příloha č. 7 : Procentuální vyjádření užití ilegální drogy do 16ti let věku v roce 2003 (graf)**
- Příloha č. 8 : Pyramida učení (obrázek)**
- Příloha č. 9 : Procentuální vyjádření užití návykových látek z hlediska struktury rodiny a míry kontroly rodičů v roce 2003 (tabulka)**
- Příloha č. 10 : Procentuální vyjádření užití návykových látek podle toho, zda jejich starší sourozenec užíval návykové látky, data z roku 2003 (tabulka)**

## Přílohy

### Příloha č. 1 : Počet vyměněných stříkaček a jehel v letech 1998-2006 (tabulka)

tabulka 7-3: Výměnné programy v ČR v r. 1998–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007i; Polanecký et al. 2007)

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 51]

### Příloha č. 2 : Počet nakažených uživatelů drog v roce 2006 (tabulka)

tabulka 6-6: Výsledky testování injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g)

Infekce	Druh materiálu k vyšetření	Počet provedených testů	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
HIV	Kapilární krev	222	0	0,0
	Žilní krev	292	0	0,0
	Sliny	214	0	0,0
VHC	Kapilární krev	416	59	14,1
	Žilní krev	279	52	18,6
VHB	Žilní krev	340	6	1,8
VHA	Žilní krev	202	0	0,0
Syfilis	Žilní krev	205	1	0,5
	Kapilární krev	58	0	0,0

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 43]

### Příloha č. 3 : Počet nakažených uživatelů drog v roce 2006 podle krajů (tabulka)

tabulka 6-7: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na VHC v nízkoprahových zařízeních v r. 2006 podle krajů (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007g)

Kraj	Počet center provádějících testy na VHC	Počet testů	Počet pozitivních	Podíl pozitivních (%)
Hl. m. Praha	1	105	35	33,3
Středočeský	1	27	3	11,1
Jihočeský	3	54	3	5,6
Plzeňský	3	134	13	9,7
Karlovarský	0	–	–	–
Ústecký	5	230	55	23,9
Liberecký	1	34	0	0,0
Královéhradecký	1	4	0	0,0
Pardubický	0	–	–	–
Vysočina	3	31	0	0,0
Jihomoravský	1	41	0	0,0
Olomoucký	2	16	1	6,3
Zlínský	1	11	0	0,0
Moravskoslezský	1	8	1	12,5
<b>Celkem</b>	<b>23</b>	<b>695</b>	<b>111</b>	<b>16,0</b>

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 43]

### Příloha č. 4 : Počet problémových uživatelů drog v letech 2002-2006 (tabulka)

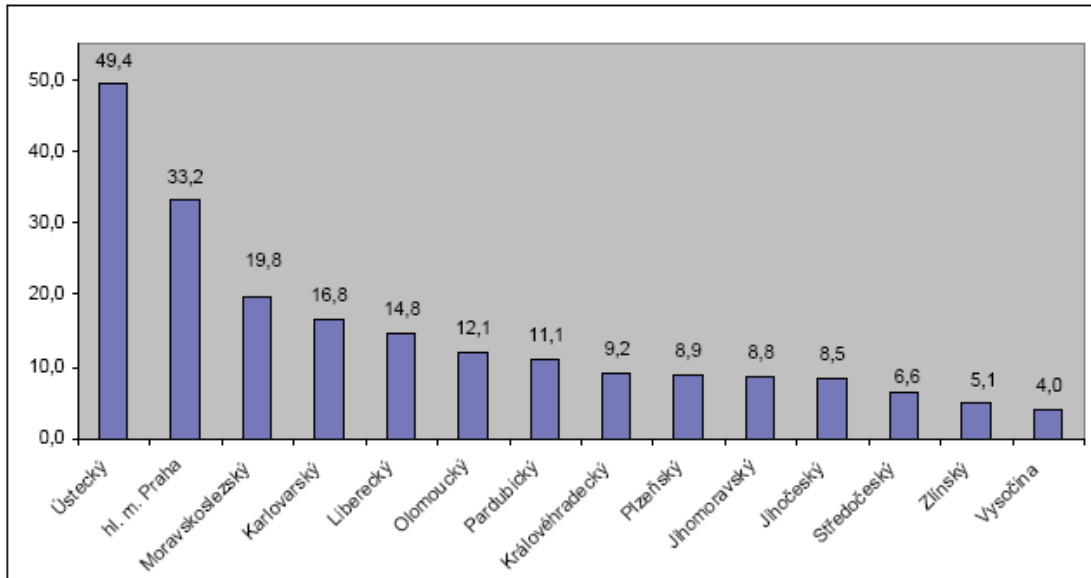
tabulka 4-1: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v r. 2002–2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007c)

Rok	Celkový počet problémových uživatelů		Počet uživatelů opiátů		Počet uživatelů pervitinu		Počet injekčních uživatelů	
	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let	Abs.	Na 1 000 osob 15–64 let
2002	35 100	4,89	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 22]

**Příloha č. 5 : Podíl trestných činů spáchaných uživateli drog v roce 2006 podle krajů (graf)**

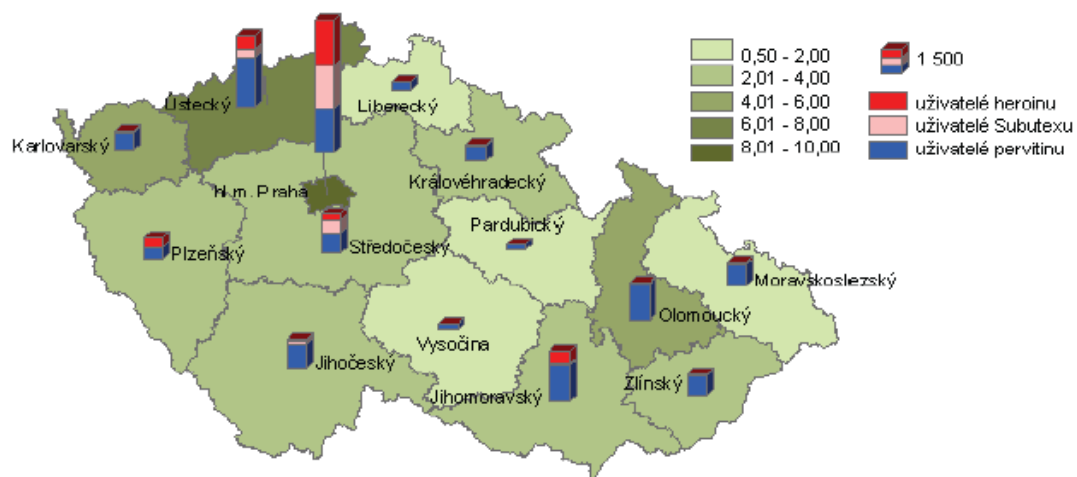
obrázek 8-9: Odhad podílu trestných činů spáchaných uživateli drog na všech vybraných trestných činech v r. 2006 podle krajů ČR (v %) (Národní protidrogová centrála a Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007)



[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 63]

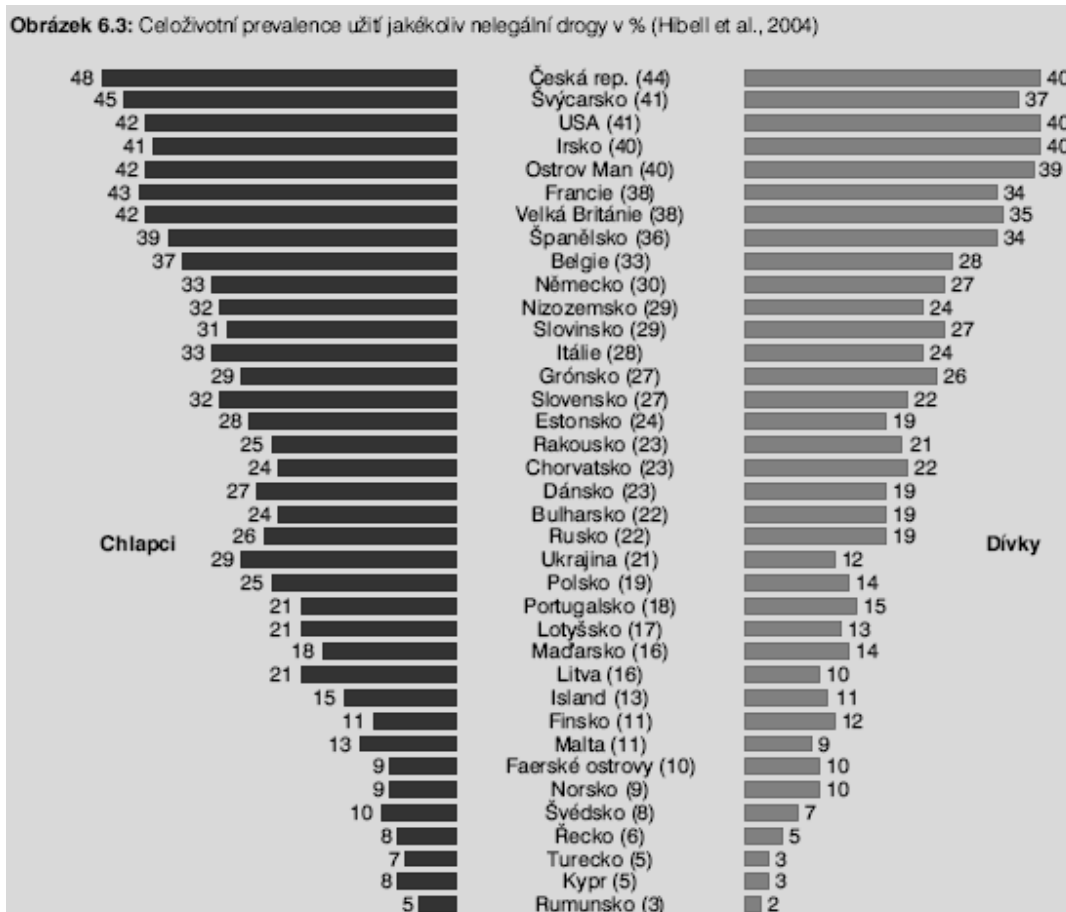
**Příloha č. 6 : Počet problémových uživatelů drog v roce 2006 podle krajů (obrázek)**

mapa 4-1: Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2006 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007c)



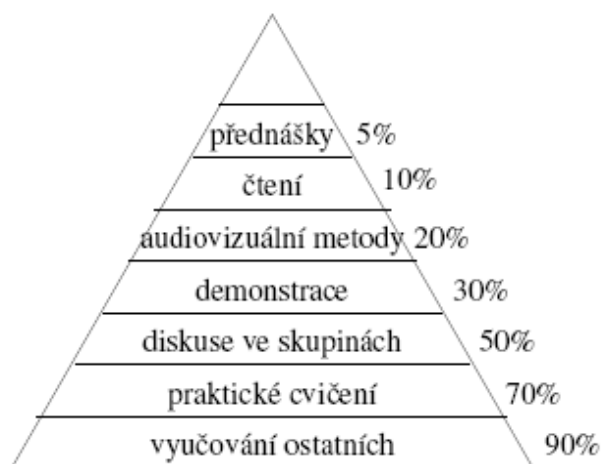
[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 63]

**Příloha č. 7 : Procentuální vyjádření užití ilegální drogy do 16ti let věku v roce 2003 (graf)**



[Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) : Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003, str. 49]

**Příloha č. 8 : Pyramida učení (obrázek)**



Obrázek 1.1: Pyramida učení - efektivita vyučovacích metod.

[<http://www.fit.vutbr.cz/~matousp/doc/2004/zp.pdf>]

**Příloha č. 9 : Procentuální vyjádření užití návykových látek z hlediska struktury rodiny a míry kontroly rodičů v roce 2003 (tabulka)**

tabulka 12-4: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska struktury rodiny a míry kontroly rodičů (v %) (Csémy et al. 2006)

Droga	Struktura rodiny				Znalosti rodičů o tom, jak děti tráví sobotní večery			
	Původní (oba vlastní rodiče)	Reorganizovaná	Jeden rodič	Jiná	Pokaždé	Většinou	Někdy	Obvykle ne
<b>Cigarety</b>								
Kouření 40 a vícekrát v životě	34,2	51,0	52,0	39,9	27,2	47,6	65,2	74,8
11 a více cigaret denně za posledních 30 dní	6,2	8,6	11,2	15,4	4,9	7,6	16,9	25,7
<b>Alkohol</b>								
Jakýkoli alkoholický nápoj 6krát a častěji za posledních 30 dní	29,7	34,3	31,9	36,1	22,2	38,0	49,2	54,5
Pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji za posledních 30 dní	15,8	21,2	20,7	25,7	10,8	21,1	36,9	41,2
Opilost 3krát nebo častěji za posledních 30 dní	11,7	16,2	17,4	20,4	7,9	15,7	27,6	39,3
<b>Nelegální drogy, celoživotní prevalence</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	40,0	56,2	53,2	46,9	31,0	56,2	67,5	76,1
Konopné látky	39,7	55,8	53,4	46,6	30,6	56,0	67,4	76,8
Amfetaminy	3,0	6,8	6,8	7,4	1,5	4,7	12,0	18,4
LSD nebo jiné halucinogeny	4,3	9,2	7,5	11,4	2,4	7,0	14,9	20,4
Extáze	6,9	12,1	11,2	11,4	3,7	10,3	20,9	28,3
Těkavé látky	9,0	8,2	9,3	10,1	5,7	11,5	18,6	14,9
<b>Nelegální drogy, v posledních 12 měsících</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	32,9	46,0	43,6	36,9	23,4	46,7	59,8	72,8
Konopné látky	32,7	46,1	43,6	36,1	23,3	46,4	60,2	72,3
Extáze	4,0	7,9	7,2	7,4	1,9	6,0	15,6	17,5
<b>Nelegální drogy, v posledních 30 dnech</b>								
Užívání jakékoliv nelegální drogy	17,3	23,9	25,3	25,2	10,5	24,7	42,1	56,1
Konopné látky	17,1	23,1	25,1	24,5	10,3	24,4	41,1	56,1
Extáze	1,2	2,4	2,8	4,0	0,6	1,6	6,1	6,1

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny nejvyšší sledované hodnoty prevalence užití.

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 84]

**Příloha č. 10 : Procentuální vyjádření užití návykových látek podle toho, zda jejich starší sourozenec užíval návykové látky, data z roku 2003 (tabulka)**

tabulka 12-5: Výsledky studie ESPAD z r. 2003 – prevalence užití návykových látek z hlediska počtu dnů neomluvené absence a užívání drog mezi staršími sourozenci (v %) (Csémy et al. 2006)

Droga	Počet dnů neomluvené absence (v posledních 30 dnech)			Užívání drog mezi staršími sourozenci			
	Žádný	1–2 dny	3 a více dnů	Ano	Ne	Neví	Nemá staršího sourozence
<b>Cigarety</b>							
Kouření 40 a vícekrát v životě	31,6	55,7	76,5	56,8	34,6	35,7	37,0
11 a více cigaret denně za posledních 30 dní	4,5	13,4	29,4	13,9	6,8	7,1	6,1
<b>Alkohol</b>							
Jakýkoli alkoholický nápoj 6krát a častěji za posledních 30 dní	25,2	45,9	64,5	46,0	27,9	26,2	28,7
Pití nadměrných dávek alkoholu 3krát a častěji za posledních 30 dní	13,2	26,7	48,7	31,4	15,8	23,8	13,8
Opilost 3krát nebo častěji za posledních 30 dní	9,2	21,2	41,4	25,6	10,6	16,7	11,8
<b>Nelegální drogy, celoživotní prevalence</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	36,7	63,8	76,7	75,2	36,5	46,3	42,1
Konopné látky	36,4	63,4	77,3	74,8	36,0	46,3	42,0
Amfetaminy	2,0	9,5	18,3	11,2	3,0	–	2,9
LSD nebo jiné halucinogeny	3,1	10,9	23,5	15,9	3,8	–	4,2
Extáze	5,1	16,1	29,9	22,5	5,0	9,5	7,0
Těkavé látky	7,2	13,4	19,5	13,4	6,8	19,5	10,2
<b>Nelegální drogy, v posledních 12 měsících</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	28,9	55,6	69,9	67,2	27,5	35,7	35,6
Konopné látky	28,7	55,4	69,7	66,4	27,5	35,7	35,4
Extáze	2,7	10,6	22,7	13,9	2,7	4,8	4,7
<b>Nelegální drogy, v posledních 30 dnech</b>							
Užívání jakékoliv nelegální drogy	14,0	33,5	52,0	41,4	14,1	14,3	18,2
Konopné látky	13,9	33,3	50,3	40,5	14,0	14,3	17,8
Extáze	0,8	3,3	9,7	3,7	1,1	–	1,8

Pozn.: Tučně jsou zvýrazněny nejvyšší sledované hodnoty prevalence užití.

[Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, str. 85]