

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Markéta Rohanová

**Postoj obyvatel České republiky k vybraným
aspektům protidrogové politiky**

Bakalářská práce

Praha 2014

Autor práce: **Markéta Rohanová**

Vedoucí práce: Ing. Inna Čábelková, Ph.D.

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2014**

Hodnocení:

Bibliografický záznam

ROHANOVÁ, Markéta. *Postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2014. XX s. Vedoucí diplomové práce Ing. Inna Čábelková, Ph.D.

Anotace

Cílem bakalářská práce „Postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky“ je představit a stručně nastínit protidrogovou politiku se zaměřením na vybrané aspekty, kterými jsou léčba drogově závislých a harm reduction. Dále se zabývá zkušeností obyvatel České republiky s drogami a jejich postojem k protidrogové politice. Postoj obyvatel České republiky k protidrogové politice je zkoumán podrobněji, přičemž se zaměřuje na již zmíněné vybrané aspekty protidrogové politiky. Zkoumání postoje obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky se zaměřuje především na souvislost mezi postojem jedince vůči vybraným aspektům protidrogové politiky a jeho zkušeností s návykovou látkou. Zkušeností může být buď osobní zkušenost s návykovou látkou, nebo i zkušenost známých a přátel.

Annotation

The aim of the thesis „Public Attitudes to Chosen Aspects of Drug Policy in the Czech Republic“ is to introduce and briefly describe drug policy focusing on the chosen aspects, which are drug addiction treatment and harm reduction. Then it follows up the experience with drug in population of the Czech Republic and their attitude to drug policy. Their attitude to drug policy is explored in detail and focused on the chosen aspects mentioned above. Public attitude research on the chosen aspects of drug policy is mainly focused on its relation to experience with drug. Experience with drug means either personal experience with drug or friend's or relative's experience with drug.

Klíčová slova

Protidrogová politika, postoj, zkušenost s drogou, harm reduction, léčba drogově závislých

Keywords

Drug policy, attitude, experience with drug, harm reduction, drug addiction treatment

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

Markéta Rohanová

Poděkování

Velice ráda bych zde poděkovala vedoucí své bakalářské práce Ing. Inně Čábelkové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi poskytla, a za její vstřícnost a trpělivost při konzultacích.

OBSAH

1. Úvod.....	1
2. Drogová problematika	2
3. Protidrogová politika.....	3
3.1. Harm reduction	4
3.1.1. Programy Harm reduction	5
3.2. Poradenství pro drogově závislé.....	7
3.3. Léčba drogově závislých.....	8
3.3.1. Farmakoterapie a substituční léčba.....	8
3.3.2. Psychoterapie.....	9
3.4. Protidrogová politika v České republice.....	10
3.5. Náklady spojené s užíváním drog.....	11
4. Zkušenost s návykovou látkou	12
4.1. Postoj k protidrogové politice.....	12
5. Postoj obyvatel České republiky k protidrogové politice.....	15
5.1. Sběr dat.....	15
5.2. Dotazníkové šetření	16
5.3. Popis dat.....	19
5.3.1. Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma.....	19
5.3.2. Souhlas se zbytečností práce streetworkerů	20
5.3.3. Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů	21
5.3.4. Souhlas s poskytováním injekčních stříkaček zdarma.....	23
5.3.5. Souhlas, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.....	24
5.3.6. Souhlas s poradenstvím pro drogově závislé zdarma	25
5.3.7. Shrnutí.....	26
5.3.8. Zkušenost s návykovými látkami	27
5.4. Metody.....	29
5.5. Formulace hypotéz	30
5.6. Ověření hypotéz.....	33
5.6.1. Léčba drogově závislých zdarma.....	35
5.6.2. Práce streetworkerů.....	38
5.6.3. Léčba drogově závislých zdarma omezeně.....	41
5.6.4. Poskytování injekčních stříkaček.....	44
5.6.5. Šance se vyléčit.....	46
5.6.6. Poradenství pro drogově závislé.....	49

5.7. Shrnutí výsledků testování hypotéz.....	51
6. Validita výzkumu.....	53
7. Závěr.....	55
8. Zdroje.....	57

1. ÚVOD

Předmětem této práce byly vybrané aspekty protidrogové politiky, a to jak jsou vnímány veřejností v České republice, a zda má zkušenost s návykovými látkami souvislost s postojem k těmto vybraným aspektům protidrogové politiky.

V teoretické části byla nejprve přiblížena drogová problematika a v návaznosti na to protidrogová politika, která se snaží problémy spojené s užíváním drog řešit. Dále byly charakterizovány vybrané aspekty protidrogové politiky. Těmito vybranými aspekty byla konkrétně léčba drogově závislých a strategie harm reduction neboli minimalizace škod či rizik. V příslušných kapitolách byly představeny programy spojené se strategií harm reduction a jejich účinnost. Také byla popsána současná strategie protidrogové politiky, kterou se řídí Česká republika.

V dalších kapitolách byla přiblížena situace užívání různých druhů drog v České republice a popsány určité souvislosti mezi zkušeností s návykovou látkou a postojem k protidrogové politice.

V empirické části bylo předmětem zkoumání postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky. Zkoumána byla především souvislost těchto jednotlivých aspektů postoje k protidrogové politice s tím, jestli má jedinec zkušenost s drogou, při čemž zkušenost s drogou nebude omezena jen na osobní zkušenost jedince, ale bude se týkat i zkušenosti jeho přátel a známých s návykovou látkou.

Z testovaných hypotéz, které se týkaly souvislosti mezi souhlasem s tvrzeními týkající se protidrogové politiky a zkušeností jedinců s drogami, a to jednak osobní zkušeností a jednak se zkušeností nepřímou, tedy zkušenost známých a přátel. Z testovaných hypotéz se potvrdila souvislost mezi zkušeností (osobní i nepřímou) a souhlasem s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislým zdarma. Naopak se nepotvrdila souvislost mezi postojem k práci streetworkerů a zkušeností s drogami. Potvrdila se hypotéza o souvislosti mezi zkušeností s drogami a souhlasem s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů. Potvrdila se také hypotéza o souvislosti mezi osobní zkušeností s drogou a souhlasem s poskytováním poradenství pro drogově závislé zdarma a také s léčbou drogově závislých zcela zdarma. Co se týče nepřímé zkušenosti s drogou, potvrdila se hypotéza o souvislosti se souhlasem s šancí všech drogově závislých na vyléčení se.

2. DROGOVÁ PROBLEMATIKA

Drogová problematika zahrnuje širokou škálu problémů spjatých s užíváním drog. Nejjednodušší a základní definicí drog je, že jde o jakoukoliv přírodní, či syntetickou látku, která má schopnost ovlivňovat a měnit vnímání člověka (Radimecký, 2007). S touto definicí by pod pojmem drogy byly zahrnuty veškeré legální i nelegální drogy, tedy i alkohol a tabák. Užším vymezením bývá chápání drog jako omamných a psychotropních látek, jak jsou vymezeny v zákonu o návykových látkách (zákon č. 167/1998 Sb.) a jejichž užívání a jiné nakládání s nimi je až na zvláštní výjimky nezákonné. V této práci je použito užší vymezení pojmu drog a používá se v souvislosti s nelegálními návykovými látkami. Rozsah problémů spjatých s užíváním drog se týká více sfér a oborů, např. medicíny, morálky, kriminality, veřejného zdraví (Radimecký, 2007).

V současnosti je drogová problematika charakterizována jako globální problém. Vždy tomu tak nebylo. Takto je drogová problematika podle Kaliny (2003) pojímána až od devadesátých let, kdy byla drogová problematika definována jako globální problém v Akčním plánu Valného shromáždění OSN z roku 1991. Kalina (2003) hovoří i o období před rokem 1990, tak přibližně do roku 1960 bylo na drogovou problematiku nahlíženo z jedné strany jako na problém trestní činnosti, kterou mají řešit kriminalisté a z druhé strany na ní bylo nahlíženo jako na medicínský problém závislosti, která by měla spadat pod kompetenci lékařů. Mezi lety 1960 a 1990 se poté na drogovou problematiku nahlíží již o něco komplexněji jako na společenský problém se závažnými sociálními důsledky. Od devadesátých let se pak pohlíží na problém jako na globální. Globálním problémem je z toho důvodu, že se týká více či méně všech zemí světa, které tvoří provázanou síť států, kde se drogy vyrábějí, přes které se přepravují a kde se spotřebovávají, tedy jakýsi nelegální světový trh. Tím pádem nelze problém drog řešit izolovaně jen v rámci určitého státu, ale je třeba mezinárodní spolupráce (Kalina, 2003).

3. PROTIDROGOVÁ POLITIKA

Snížit užívání a šíření drog a všechny z toho plynoucí důsledky, má za cíl protidrogová politika. Jak píše Kalina (2003), existují dva hlavní typy strategických přístupů protidrogové politiky. Jedná se o strategie snižování nabídky drog a snižování poptávky po drogách. Stejně jako v případě trhu, je poptávka a nabídka vzájemně provázaná, je tomu tak i v případě trhu s drogami, byť je nelegální. Nabídka reaguje na poptávku, ale zároveň také přispívá k její tvorbě a i naopak, poptávka chce uspokojit své potřeby, které neustále rostou, čímž dále tlačí nabídku k větší produkci. Pokud se protidrogová politika zaměří na snižování pouze jedné strany trhu, nebude nikdy plně efektivní. Protidrogová politika s cílem snížit nabídku drog se snaží zastavit, či alespoň omezit produkci a distribuci drog. Snižování nabídky zahrnuje administrativní kontrolu, která předchází úniku látek, které se využívají v medicíně či vědě a lze je potenciálně zneužít. Dále se jedná o zákonnou represii, která přímo odhaluje a zabraňuje trestné činnosti spojené s produkcí, převážením a obchodováním s drogami. Dalším způsobem, kterým se snižuje nabídka drog, je rozvoj oblastí, které se z velké části produkují drogami živí. Tato snaha o jejich rozvoj, který by přinesl jiný zdroj obživy, je často záležitostí plánů mezinárodních organizací, především OSN. Strategie snižování poptávky se nazývají prevencí, a mají za cíl redukovat zájem o užívání drog. Prevence se dělí na primární, sekundární a terciární (Kalina, 2003).

Primární prevence je zaměřena na ty, kteří se dosud s drogou nesetkali, a jejím cílem je, aby ani s užíváním nezačali, nebo alespoň oddálit kontakt s návykovou látkou na co nejpozdější věk. Kudrle definuje cíl primární prevence takto: „Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny.“ (Kudrle, 2008, s.18). Sekundární prevence je cílena na uživatele návykových látek, a to příležitostně, pravidelné i problémové uživatele¹. Jedná se o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti. Zahrnuje v sobě poradenství a léčení. Primárním cílem je poradenství a léčba vedoucí k abstinenci, ve zvláštních případech

¹ Příležitostným užíváním je myšleno užívání sice pravidelné, ale nepůsobící vážnější problémy (zdravotní, sociální, ekonomické) a nevede (alespoň prozatím) ke vzniku závislosti. Často bývá součástí určitého životního stylu nebo určitých hudebních akcí. Pojem příležitostné užívání se preferuje před pojmem rekreační užívání, který je v souvislosti s typem užívání drog také používán, protože rekreační užívání nechává dojem, že jde o užívání čistě ze zábavy a k uvolnění. Příležitostní uživatelé přitom často užívají drogu z jiných popudů například kvůli osobním problémům. Pravidelné užívání znamená užívání častější než jednou týdně a přináší již značné škody a uživatel se pohybuje na určitém stupni závislosti. Problémovým užíváním se myslí užívání drog nitrožilně, popř. dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a amfetaminů (Kalina, 2003).

je cílem alespoň kontrolované užívání, či užívání substitučních látek. (Kudrle, 2008). Terciární prevence je pak zaměřena na znovu začlenění do společnosti těch, kteří se úspěšně vyléčili a abstinují nebo těch, kteří jsou zapojeni nadále do substituční léčby. Dále se k terciární prevenci řadí tzv. harm reduction, neboli minimalizace rizik, minimalizace škod. Harm reduction je zaměřeno na problémové uživatele, kteří užívání nechtějí zanechat. K „harm reduction“ se řadí programy výměny jehel, distribuce kondomů, poradenství a poskytování substituční látky místo drogy. Cílem je omezit šíření infekčních nemocí, předejít kriminalitě a předejít zhoršování zdravotního a sociálního stavu uživatelů (Kalina, 2003).

3.1.HARM REDUCTION

„Harm reduction“ by v doslovném překladu znamenalo „snížení škod“. Pojem „harm reduction“ se ale většinou nepřekládá (případně se překlad uvádí jen k přiblížení toho, co znamená) a používá se anglický termín. Termín harm reduction bývá často vztahován na konkrétní programy, jako je výměna jehel. Jak ale upozorňuje Janíková (2008) harm reduction vyjadřuje myšlenkový směr a perspektivu, kterou je nahlíženo na drogovou problematiku. Perspektiva harm reduction je protikladná k perspektivě „war on drugs“ neboli války proti drogám, která netoleruje žádné užívání drog. Harm reduction je definováno jako: „soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci.“ (Janíková, 2008). Strategie harm reduction se soustředí na momentální situaci uživatele a jeho vztah k návykové látce, kterou užívá. Snaží se, aby se dále nezhoršoval stav uživatele po stránce zdravotní, sociální i ekonomické. Na rozdíl od „war on drugs“ si nestanovuje za cíl drogy zcela zakázat a zrušit, to považuje za nereálné. Užívání drog považují za součást lidské společnosti. Zaměřují se na reálné a dosažitelné cíle, které by následně mohly spíše vést k abstinenci. K uživatelům drog má vstřícný přístup, neodsuzuje je z hlediska morálky, ale samozřejmě je ani v užívání drog nepodporuje. (Janíková, 2008).

Léčebné programy, které provozují tradiční zařízení, se nazývají vysokoprahové a stojí v protikladu k nízkoprahovým programům spadající pod strategii harm reduction. Toto rozdělení na vysokoprahové a nízkoprahové programy vysvětluje Hrdina (2003). Vysokoprahové programy mají „vysoký práh“, čímž je myšleno, že mají na klienta vysoké nároky podmiňující možnost nastoupit do léčby a zůstat v ní. Především to bývá podmínka abstinence. Tyto podmínky bývají často pro mnoho klientů nedosažitelné. Naproti tomu strategie harm reduction nabízí nízkoprahové programy, které jsou otevřeny všem uživatelům.

Nejsou podmíněny abstinencí, po klientech často nechce ani identifikaci, jsou anonymní. Pracují s klienty v takovém stavu, v jakém se momentálně nacházejí a nekladou na ně ihned, pro ně často nereálné, nároky abstinence. Starají se o to, aby se nezhoršoval jejich stav, poskytuje jim informace o jejich možnostech, o rizicích a o ochraně jejich zdraví a motivuje je k zodpovědnosti za své chování, aby nepůsobili rizika ostatním. Harm reduction programy tak oslovují i uživatele, kteří by se k vysokoprahovým programům nedostali. (Hrdina, 2003)

Model harm reduction by měl naučit uživatele návykových látek péči a starosti o své zdraví a zodpovědnosti. Přitom by měl nechat uživatelům svobodu v tom, aby se sami chtěli léčit a vyléčit, nikoliv aby byly nějakým zákonem či nařízením donuceni se léčit. Model harm reduction se zaměřuje na problémové uživatele drog i na celou společnost ve jménu ochrany zdraví. Ve snaze zabránit šíření HIV/AIDS i dalších virových infekcí se strategie harm reduction snaží poskytovat a šířit informace v oblasti prevence šíření nákazy a omezení zdravotních rizik, poskytuje zdarma injekční jehly a kondomy. Tak zabraňuje šíření infekčních nemocí jak mezi uživateli drog, tak i šíření infekčních nemocí vně skupinu uživatelů drog do nedrogové populace. (Hrdina, 2003). V současnosti je strategie harm reduction součástí pilířů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 (Národní strategie, 2010).

3.1.1. PROGRAMY HARM REDUCTION

Program výměny jehel, jako jeden z programů strategie harm reduction se snaží zamezit rychlému šíření HIV. Podle výzkumů je až 80% nových nákaz virem HIV způsobeno sdílením kontaminovaného injekčního náčiní (WHO, 1999; Hrdina, 2003). Dále byl uskutečněn výzkum, který porovnával počet HIV pozitivních v 81 městech, z nichž v 52 městech nebyly dostupné čisté injekční stříkačky a v 29 městech fungoval program výměny injekčních stříkaček. Ve městech, kde se injekční stříkačky bezplatně nevyměňují, došlo za rok k nárůstu HIV pozitivních, a to průměrně o 5,9 %. Naopak ve městech, kde k výměně injekčních stříkaček dochází, v průměru o 5,8 % počet HIV pozitivních klesl (WHO International Collaborative Group, 1994; Hrdina, 2003).

Výměna injekčních stříkaček je součástí terénních programů, jak píše Hrdina a Korčíšová (2003). Terénní pracovníci (také nazýváni anglickým výrazem streetworker) nevyměňují jen materiál potřebný k injekčnímu užívání drog, ale poskytují i další materiál k jiné formě užívání nebo k méně rizikovému užívání. Vedlejším, i když neméně důležitým

přínosem výměny injekčního materiálu v rámci terénní práce je vůbec samotné kontaktování uživatelů, kteří by sami pomoc nevyhledali. Kontaktem s problémovým uživatelem se získávají informace o jeho stavu a umožňují případné navázání kontaktu s dalšími uživateli drog. Dále poskytují terénní pracovníci informace nejen o drogách a jejich účincích a dopadech, ale i informace o možnostech léčby, a zdravotní a sociální poradenství. Terénní pracovníci také sbírají cenná data, sloužící k monitoringu drogové scény. (Hrdina, Korčišová, 2003)

Jak píše Janíková (2008) strategie harm reduction bývá i často kritizována. Bývá zpochybňována její efektivita, především efektivita programu výměny injekčních stříkaček. Na téma účinnosti výměny injekčních jehel bylo uskutečněno mnoho výzkumů. V roce 2004 vypracovala Světová zdravotnická organizace (WHO) rozsáhlý výzkum s názvem Účinnosti programů výměny jehel při snižování rizika šíření HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog (v originále *Effectiveness of sterile needle syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*). V této studii byly předloženy přesvědčivé důkazy, že zvýšení dostupnosti sterilního injekčního materiálu a jeho využívání přispívá ke snížení rizika šíření viru HIV (WHO, 2004). Často bývá kritiky programu harm reduction předkládáno, že programy výměny jehel zvyšují užívání drog, že ponechávají uživatele, který v podstatě není nucen nastoupit na léčbu, dále v závislosti (Janíková, 2008). Výzkum WHO ale nenašel žádné přesvědčivé důkazy, že by výměna injekčních stříkaček přinášela nějaké negativní vedlejší důsledky. Dokonce i z hlediska nákladů se v několika hospodářsky rozvinutých zemích potvrdilo, že se vynaložené náklady na program výměny injekčních stříkaček vyplatí, a jsou tedy nákladově efektivní. Kromě toho bylo do značné míry prokázáno, že program výměny jehel zvyšuje pravděpodobnost toho, že se uživatel rozhodne nastoupit na klasickou protidrogovou léčbu. (WHO, 2004).

Vedle terénních programů existují ještě nízkoprahová kontaktní centra, což jsou instituce, které jsou alternativou ke klasickým institucím poskytujícím léčbu (tzv. vysokoprahové, jak již bylo zmíněno výše). Nízkoprahová kontaktní centra mají být určena pro co nejvíce uživatelů drog a snaží se o co nejméně překážek, které by bránili uživatelům drog se na tato centra obrátit. V praxi to znamená, že tato centra nepožadují identifikaci, takže se zachovává anonymita uživatele drog a jsou bezplatná. Z programů strategie harm reduction nabízí možnost výměny či poskytnutí injekčních jehel zdarma, testování na virová

onemocnění, zdravotní ošetření. Kromě toho také poskytují tato nízkoprahová kontaktní centra poradenství, o čemž bude pojednáno v následující kapitole (Grohmannová, 2007).

3.2. PORADENSTVÍ PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ

Poradenství obecně definuje Broža (2003) ve své studii *Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)* jako: „proces, ve kterém vycvičený odborník (profesionál) poskytuje druhému člověku nebo skupině lidí podporu nebo vedení.“ (Broža, 2003). Poradenství se může týkat více oblastí a podle toho se dá rozlišit poradenství psychologické zaměřené na vnitřní duševní problémy, poradenství právní, v jehož rámci jsou poskytovány rady týkající se zákonů, práva a nároků a povinností z nich plynoucích, poradenství zdravotní, které poskytuje rady týkající se zdraví, nemocí a jejich léčby a nakonec praktické životní poradenství, které poskytuje rady potřebné k životu ve společnosti jako její plnohodnotný člen (bývají to rady ohledně bydlení, vzdělání, práce, atd.) (Broža, 2003).

Z výše uvedené definice plyne, že poradenství je poskytováno už ze samé své podstaty těm, kteří o to stojí. Profesionální poradce klienta vede a poskytuje mu podporu či motivaci. Poradenství nefunguje na principu donucení a kontroly, na to poradce ani nemá pravomoci. Proto je určeno a může být poskytnuto těm, kteří pomoci chtějí a potřebují. Dále je třeba zdůraznit to, že poradce má být profesionál, tedy odborně způsobilý člověk s potřebným vzděláním a dovednostmi, který je schopen poradenství kvalitně vykonávat (Broža, 2003).

Cílovou skupinou, na které je poradenství zaměřeno, jsou kromě samotných uživatelů drog i jejich rodinní příslušníci a známí, kterých se závislost uživatele přímo týká. Rodinným příslušníkům a známým poradce poskytuje rady, jak mohou pomoci změnit uživatelův stav (což ovšem předpokládá jejich aktivní účast). Kontakt se samotným klientem se děje buďto prostřednictvím terénního pracovníka přímo v terénu, nebo v kontaktním nebo poradenském centru, kam už klient musí sám přijít. Dále existují i telefonické poradny, které organizují léčebná a poradenská centra. Poradenství v terénu je součástí harm reduction. V tomto případě je poradenství většinou zaměřené jen na to, aby poradce ukázal klientovi jeho možnosti, nikoliv na samotné omezení užívání a léčbu. Klienti na této úrovni nebývají odhodlaní ke změně. Poradce v terénu jim může možnost poradenství v kontaktním centru předložit a motivovat klienta k docházení do kontaktního centra a k odhodlání změnit svůj život. Samotné poradenství v nízkoprahovém kontaktním nebo poradenském centru se již zaměřuje na ty klienty, kteří do centra dojdou. Tedy ty, kteří chtějí změnu, či o této možnosti alespoň

přemýšlejí. Tyto klienty poradce motivuje k aktivní změně a radí jim, jaké jsou možnosti jejího dosažení. Do kontaktního centra přicházejí pro radu i příbuzní či známí drogově závislých, kteří chtějí blízké osobě pomoci a nevědí jak (Broža, 2003).

3.3.LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Existuje více druhů léčby, přičemž se jednotlivé druhy často vzájemně kombinují (ačkoliv to nemusí být pravidlem), čímž je dosaženo větší účinnosti. Někdy se prolínají tak těsně, že lze jednotlivé přístupy jen těžko odlišit (Miovský, 2003). Podle Miovského je pro dosažení co největší možné účinnosti léčby potřeba přihlídnout k individuálním potřebám klienta, které navíc nejsou po celou dobu stejné, ale proměňují se. Program a druh léčby není univerzálně aplikovatelný na větší okruh klientů. Navíc je nutné potřeby klienta skloubit s jinými faktory ovlivňujícími druh léčby – požadavky rodinných příslušníků klienta či požadavky ze strany těch, co nesou za léčbu náklady (společnost, stát) (Miovský, 2003).

Léčba se také odvíjí od toho, jak je nahlíženo na závislost a jak je k ní přistupováno. V současnosti je preferován komplexní přístup, který je představen bio-psycho-socio-spirituálním modelem. Z tohoto pojetí vychází i rozdělení prevence na primární, sekundární a terciární. Součástí *bio* v tomto modelu představuje biomedicínský model, který využívá léčiv v léčbě závislosti, tzv. farmakoterapie. *Psycho* se odvíjí od psychologického a psychosociálního modelu, který využívá psychoterapii. *Socio* odkazuje k sociálnímu modelu, který se zaměřuje na resocializaci, sociální práci a problémy v rodině. Spirituální model pak odkazuje k duchovnu, které poskytuje duševní sílu překonat závislost, vyléčit se a v nejlepším případě vydržet abstinovat. (Gabrhelík, 2007). Účinná léčba, díky které má klient šanci na trvalé uzdravení, musí pracovat a působit ve všech čtyřech aspektech (Kudrle, 2003).

3.3.1. FARMAKOTERAPIE A SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Farmakoterapie spočívá v léčbě za použití léčiv a zaměřuje se na biologické předpoklady. Těchto léčiv s prokázanými účinky není mnoho, ale přesto je již u některých spolehlivě prokázaná účinnost v léčbě závislosti. Léky pomáhají při odvykání a zbavování se závislosti a mírní duševní i fyzické stavy, které odvykání často doprovázejí (Popov, 2008).

Častým druhem léčby je substituční léčba, při které je návyková látka, na které je uživatel závislý, nahrazena jinou látkou pod dohledem lékaře. Tato substituce je oproti ilegální návykové látce bezpečnější, protože účinkuje déle, je známé její složení, které je

pokud možno co nejméně zdraví škodlivé a je kontrolované její množství, které je v souladu s léčbou postupně snižované. Tato léčba může trvat krátkou dobu od jednoho do dvou týdnů při hospitalizaci až po několik měsíců či let u závislosti na opioidech (Popov, 2008).

Úspěšně bývá jako substitute opioidů používán metadon. Jeho výhody jsou v tom, že nemá omamně účinky, čímž je umožněno uživatelům se znovu začlenit do společnosti (nedrogové populace), zároveň znemožňuje i při užití nelegálních opioidů, aby se dostavil jejich účinek. Také u něj nedochází ke zvyšování tolerance, tedy není potřeba zvyšovat jeho dávku. (Parrino, 1993; Popov, 2008). Substituční léčba tak omezuje užívání nelegálních drog a injekční aplikaci nelegálních drog, která přináší větší zdravotní rizika pro samotného uživatele i pro okolí. Druhotným důsledkem je i snížení kriminality (uživatel nemá potřebu páchat trestnou činnost za účelem opatření nelegální látky a zároveň se snižuje poptávka po nelegální látce). Uživateli naopak přináší možnost získat zaměstnání a udržet si ho, zlepšit vztahy s okolím a začlenit se zpět do společnosti (Preston, 1996; Popov, 2008).

Pokud budeme hodnotit úspěšnost metadonové substituční léčby lze podle Popova (2008) všeobecně potvrdit, že jedna třetina účastníků u substituční léčby nevydrží, ale u dvou třetin účastníků substituční léčby se podaří dosáhnout úspěchu. Z toho jedna třetina je schopná po čase přestat užívat drogy a abstinovat i bez metadonu. Druhá třetina účastníků zůstává v programu dlouhodobé substituční léčby, ale jejich stav se dá považovat za stabilní (Popov, 2008).

Dalšími prokázanými účinky podle závěrů studie uskutečněné v USA je, že substituční léčba má vliv na snížení kriminality, šíření nákazy HIV a dalších infekčních chorob a snižuje množství užívaných nelegálních návykových látek. Klientům substituční léčby tak přináší možnost se znovu začlenit do společnosti a alespoň stabilizovat či zlepšit svůj stav po psychické i fyzické stránce (NIDA, 1996; Popov, 2008).

3.3.2. PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie se zaměřuje na psychologické předpoklady závislosti. V rámci psychoterapie je třeba podle Kudrleho (2003) s klientem objevit kořeny jeho závislosti (kdy a proč začal být závislý) a jak jeho závislost ovlivňuje jeho současnou situaci a jaké mu způsobila další psychologické potíže, které jej stále udržují v závislosti a tím se stále prohlubují a nabalují. Klient musí získat náhled na tuto skutečnost a všechny souvislosti a přijmout zodpovědnost za své chování (Kudrle, 2003).

Psychoterapie zahrnuje široké množství přístupů, metod a škol. Řadí se sem psychoanalýza, psychodynamická a interpersonální psychoterapie, existenciální a humanistická psychoterapie, které se soustředí na osobnost člověka a jeho vztahy s okolím. Další psychoterapeutické přístupy jako behaviorální, systémová, strukturální a komunikační terapie se zaměřuje především na změnu chování člověka. Při léčbě závislosti se využívají přístupy zaměřené na osobnost a vztahy i na změnu chování. Využívají se individuální i skupinové terapie. Často se využívají terapeutické komunity, což jsou metody skupinové psychoterapie, které jsou velmi intenzivní a účastníci určitou dobu spolu žijí (Kalina, Miovský, 2008).

Úspěšná léčba je odvozena od pojmu zdraví, jak ho definuje Světová zdravotnická organizace, což je zdraví jako „stav plné duševní, fyzické i sociální pohody“ (Kalina, 2003). Vůči účinnosti léčby a trvalému uzdravení má pesimistický postoj mnoho lidí, včetně pracovníků v léčebných zařízeních či terénních pracovníků, kteří se v praxi setkávají s těmi, u kterých léčba není úspěšná. Úspěch léčby se odvíjí od mnoha faktorů, jako jsou sociální vztahy a jejich úspěšné znovunavázání s lidmi, kteří neužívají návykové látky, věk, ve kterém závislost vznikla a jak dlouho závislost trvala a délka léčby, která by ideálně měla trvat rok (Kalina, 2003).

3.4. PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICĚ

V dokumentu Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018, který předkládá plán a cíle protidrogové politiky v České republice na toto období, je stanoveno, že drogami nejsou myšleny jen nelegální omamné a psychotropní látky, definované podle zákona č.167/1998 Sb., ale i legální a i přes svou návykovost a zdravotní škodlivost společensky tolerované drogy, kterými jsou alkohol a tabák. Kromě nelegálních látek se *Národní strategie protidrogové politiky* zaměřuje i na tyto legální drogy, ve své snaze o snížení užívání návykových látek a škod, které s sebou toto užívání přináší. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 definuje doslova svůj cíl protidrogové politiky jako: „Zabezpečit ochranu jednotlivců a společnosti před zdravotními, sociálními a ekonomickými riziky škod, které může užívání drog přinášet a zajistit bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před dopady v podobě trestně činnosti spojené s distribucí a užíváním drog.“ (Národní strategie, 2010).

Tento cíl je v Národní strategii protidrogové politiky na období 2010-2018 rozvrhnut do čtyř pilířů a čtyř příslušných dílčích cílů. Prvním pilířem je primární prevence, která má za cíl omezit experimentální a příležitostné užívání návykových látek a motivovat k životu bez drog a popřípadě oddálit u mladistvých kontakt s drogou na co nejpozdější věk. Druhým pilířem je léčba a sociální začleňování s cílem vyléčit a znovu začlenit do společnosti závislé a snížit počet problémových uživatelů. Cílem je zlepšit jejich sociální statut i zdraví a motivovat je k návratu k životu bez drog. Třetí pilíř se týká snižování rizik, které má za cíl snížit možná rizika plynoucí z užívání drog pro celou společnost. Zahrnuje předcházení kriminality ze strany uživatelů drog a eliminace nebezpečí šíření infekčních onemocnění spjatých s injekčním užíváním drog. A čtvrtý pilíř zahrnuje snižování dostupnosti drog, které má za cíl snížit nabídku drog. Tento pilíř se týká oblastí policejní práce a práva, které mají za cíl zamezit distribuci drog i na mezinárodní úrovni i na území České republiky. První tři cíle odpovídají snižování poptávky, tedy v podstatě prevence, a to primární, sekundární a terciární. Čtvrtý cíl se zaměřuje na snižování nabídky (Národní strategie, 2010).

3.5. NÁKLADY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM DROG

Následující údaje o nákladech, které s sebou nese užívání návykových látek, dokreslují nutnost protidrogové politiky, která omezí užívání návykových látek, ale i minimalizuje rizika a škody, které společnosti přináší.² Celkové společenské náklady spojené s užíváním návykových látek činily v roce 2007 33,1 miliard Kč. Z této částky byly společenské náklady spojené s užíváním nelegálních návykových látek 6,7 miliard Kč (tedy méně než společenské náklady spojené s konzumací alkoholu, které činily 16,4 miliard Kč). Celospolečenské náklady jsou tvořeny náklady přímými (náklady na léčbu a další služby pro uživatele drog, náklady spojené s právem a kriminalitou) a nepřímými náklady (ty jsou spojené s ekonomickou neaktivitou uživatelů či jejich předčasnou smrtí a ušlou produktivitou). U nelegálních drog převažují přímé náklady, které tvoří 89% všech společenských nákladů spojených s nelegálními drogami. Z toho většina (téměř 90%) připadá na náklady spojené s prosazováním práva a to především v souvislosti s kriminalitou problémových uživatelů, která se nejčastěji týká krádeží (Zábranský a kol., 2011).

² The National Treatment Agency vypočítalo, že každá 1 libra vydaná na protidrogovou politiku, ušetří 2,5 liber na zdravotních a sociálních výdajích. (NTA, 2012b) Toto bylo zjištěno v prostředí Velké Británie a nelze samozřejmě jednoduše aplikovat v českém prostředí, ale minimálně to dokládá nutnost efektivní protidrogové politiky, která v konečném důsledku přinese úsporu.

4. ZKUŠENOST S NÁVYKOVOU LÁTKOU

Drogovou problematiku na území České republiky sleduje tzv. drogový informační systém, který je koordinován a zaštiťován Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR. Pod tím, co se nazývá drogový informační systém, se skrývá spolupráce několika institucí a organizací, které nějakým způsobem monitorují činnost týkající se užívání drog a dalších důsledků, které jsou spjaté s užíváním drog. Drogový informační systém se řídí radami a doporučeními, které zastává Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Národní monitorovací středisko vypracovává každý rok Výroční zprávu o stavu ve věcech drog (Zeman a kol.,2011).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2012 dokládá, že nejvíce dostupnou a současně s tím také nejčastěji užívanou nelegální drogou v České republice jsou konopné látky, se kterými má zkušenost (ve smyslu celoživotní prevalence) 27,9% obyvatel. Z toho v posledním roce konopí či konopné látky užilo 9,2% obyvatel. V roce 2012 byly halucinogeny druhou nejčastěji užitou nelegální drogou, kterou někdy užilo 5,3% obyvatel. To je rozdíl oproti předešlým letům, kdy druhou nejčastěji užitou nelegální drogou byla extáze. Ta byla v roce 2012 na třetím místě v pořadí nejvíce užívaných nelegálních drog, jelikož 3,6% obyvatel uvedlo, že extázi někdy užilo. Nejmenší zkušenost mají obyvatelé České republiky s heroinem, který někdy užilo 0,6% obyvatel. U ostatních tvrdých drog je poměrně vyrovnané procento obyvatel, které je užilo v rozmezí od 2,3% do 2,8% obyvatel (NMS, 2013).

Problémových uživatelů bylo podle odhadu uvedeného ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog z roku 2012 41,3 tisíc. Z toho bylo přibližně 30,7 tisíc problémových uživatelů pervitinu a 10,6 tisíc problémových uživatelů opiátů. (NMS, 2013).

4.1. POSTOJ K PROTIDROGOVÉ POLITICE

Užívání drog je s jistotou považováno za společenský problém, spjatý s mnoha negativními dopady na celou společnost. Způsob, jakým společnost nahlíží na užívání drog a problematiku s tím spojenou, je spjat také s přístupem k protidrogové politice a postoji k ní. (Zeman a kol., 2011)

Vnímání drogové problematiky se také odvíjí od toho, jaké má člověk informace a jak problematice rozumí. Informace často o drogové problematice získává skrze média. Ovšem u

tohoto získávání informací často dochází ke zkreslení faktů, následkem čehož mají lidé zkreslený názor na drogovou problematiku. Záleží pak na tom, zdali vůbec, a pokud ano, tak jaké další informace člověk vyhledává. Dalším faktorem, který má vliv na postoj člověka k protidrogové politice, je jeho osobní zkušenost s drogou, případně, zda má zkušenost s drogou jemu blízká osoba či příbuzný (Zeman a kol., 2011).

Jak píše Zeman (2011) zkoumání postoje společnosti k drogové problematice se všemi jejími aspekty, přináší vodítko, jak drogovou problematiku pojmout a jak z toho odvodit různá opatření za účelem minimalizovat problémy spjaté s užíváním drog. Tyto problémy mají široký záběr, jde o problém veřejného pořádku (kriminalita, zjevná intoxikace, užívání drog na veřejnosti, nepořádek) a ohrožení zdraví (šíření infekčních onemocnění) i ekonomické důsledky (náklady na protidrogovou politiku, náklady spojené s prací policie a soudů, ekonomická neaktivita uživatelů drog), (Zeman a kol., 2011).

Postoj k drogové problematice se dá zkoumat z mnoha úhlů a hledisek nebo ve vztahu k určitým skupinám. Zeman a kol. vypracoval studii Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů. V této práci jsou zpracována data mnoha výzkumů. Bylo potvrzeno, že občané obecně vnímají užívání drog jako problém, přičemž lidé, kteří mají zkušenost s nelegální návykovou látkou projevují tendence problém užívání drog zlehčovat, tzn. nepovažují ho za tak vážný problém ve srovnání s těmi, kteří nemají zkušenost s nelegální návykovou látkou. (CVVM, 2010; Zeman a kol., 2011).

Z jiného výzkumu vyplývá, že největší podporu má v protidrogové politice prevence, kterou podporuje 51% obyvatel. Spíše na represii by se měla protidrogová politika zaměřit podle 42% obyvatel. Pouze 6% obyvatel přikládá největší význam v řešení drogové problematiky podpoře uživatelů drog. (CEPROS, 2006; Zeman a kol., 2011). Z jiného výzkumu také vyplývá, že ti, co mají zkušenost s konopnými drogami, vnímají pravidelné kouření hašiše nebo konopí jako méně rizikové než osoby, které s konopnými drogami nemají zkušenost (ÚZIS, 2004; Zeman a kol., 2011). Také byl zjištěn obecně umírněnější postoj vůči užívání návykových látek u těchto osob, kteří mají s návykovými látkami zkušenost ať už osobní nebo přes známé a přátelé. (CVVM, 2010; Zeman a kol., 2011).

Osoby s přímou či nepřímou zkušeností s návykovou látkou také vykazují umírněnější postoj vůči trestním postihům za nakládání a distribuci nelegálních návykových látek (CVVM,2002; Zeman a kol., 2011). Co se týče postoje k drogově závislým ve smyslu toho,

jak by se k nim měla společnost chovat, převažuje postoj, že by se drogově závislí měli trpět, ale zároveň od nich žádat léčení. Toto stanovisko zastává 63% obyvatel. Oproti tomu se 32% přiklání spíše ke stanovisku, že by se měli drogově závislí tolerovat a současně by se měli chránit ostatní, kteří nelegální návykové látky neužívají. Tolerantnější postoj opět vykazují osoby, které mají zkušenost s návykovou látkou. Stejně tak hraje zkušenost s nelegální návykovou látkou významnou roli v souvislosti s názorem na legalizaci. Ti, co mají zkušenost s nelegální návykovou látkou, se vyznačují spíše souhlasnějším postojem k legalizaci marihuany (CEPROS, 2006; Zeman a kol., 2011).

Lidé, kteří mají zkušenost s nelegální návykovou látkou, se spíše domnívají, že mají dobré vědomosti o drogové problematice. Domnívají se, že mají dobré informace především ohledně léčby drogově závislých v České republice a práce streetworkerů. Ačkoliv se lidé, kteří mají zkušenost s návykovou látkou, cítí být informovanější, test znalostí, který byl také součástí výzkumu, kterým se ve své studii zabýval Zeman a kol. (2011), neprokázal, že by vskutku ti, kteří mají zkušenost s návykovou látkou, byly objektivně informovanější. Mnohem více také lidé se zkušeností s nelegální návykovou látkou uvádějí, že znají v okolí zařízení, které se zaměřuje na pomoc drogově závislým. (IKSP, 2010; Zeman a kol., 2011).

Co se týče zahraničních výzkumů a studií v roce 2013 se uskutečnil výzkum ve Skotsku, který se zaměřil na postoj veřejnosti k protidrogové politice zahrnující otázky, jaké mají lidé zkušenosti s drogami, jakou mají znalost drogové problematiky a jak jsou ochotni platit za výdaje spojené s drogovou problematikou. Léčbě drogově závislých vzbuzuje často negativní pozornost a politici se při formování protidrogové politiky snaží zalíbit veřejnosti, často bez velkých ohledů na výsledky výzkumů (Silverman, 2011; Matheson, 2013). Studie zjistila, že lidé, kteří mají zkušenost s nelegální návykovou látkou, mají pozitivnější postoj k léčbě drogově závislých. Ti, co mají osobní zkušenost s drogou, mají lepší vhled do problematiky užívání drog, a proto mohou mít větší pochopení pro rozsáhlé důsledky, které užívání drog přináší. (Matheson, 2013).

Jiný zahraniční výzkum týkající se postoje k protidrogové politice se uskutečnil v Ontariu v Kanadě. V tomto výzkumu zkoumali postoj veřejnosti k výměně injekčního materiálu a k léčbě, při které se používá doktorem předepsaný heroin u těch pacientů, kteří z nějakého důvodu nesnesou metadon. Podobně jako u výše zmíněného výzkumu se prokázalo, že lidé, kteří užili v posledním roce drogu, spíše souhlasí s těmito druhy léčby (Cruz, 2007).

5. POSTOJ OBYVATEL ČESKÉ REPUBLIKY K PROTIDROGOVÉ POLITICE

Tato práce si klade za cíl zkoumat, jaký je postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky a jak tento jejich postoj souvisí se zkušeností jedince s návykovými látkami. Výzkumy veřejného mínění poskytují (minimálně by měly poskytovat) v moderní demokratické společnosti jakousi zpětnou vazbu státu (Ødegård, 1995; Zeman a kol. 2011). Protidrogová politika je nákladná, ale také, pokud se provádí efektivně, nutná a může přinést úspory v oblasti sociálních a zdravotních výdajů (NTA, 2012b). V tomto výzkumu se zkoumala souvislost mezi zkušeností s návykovou látkou a postojem vůči vybraným aspektům protidrogové politiky. Zkušenost s návykovou látkou znamená často větší zkušenost s prostředím, kde jsou problémy spojeny s užíváním a distribucí drog běžnější a více zřetelné (Matheson, 2013). Práce, jak již bylo napsáno, se zaměřuje pouze na postoj k vybraným aspektům protidrogové politiky, což je v tomto případě postoj k programům spadajícím pod strategii harm reduction a postoj k léčbě drogově závislých. Postoj se tedy bude zkoumat v oblastech protidrogové politiky, které již přímo pracují s drogově závislými.

5.1. SBĚR DAT

Vzhledem k povaze tohoto výzkumu, který se týkal velké skupiny obyvatel (populace České republiky), bylo zapotřebí použít kvantitativní metody. Předmětem výzkumu byl postoj obyvatel České republiky, a právě zkoumání postoje takto velké skupiny vyhovuje kvantitativní metoda, která umožňuje pracovat s daty od velkého počtu respondentů, který bude reprezentovat obyvatelstvo České republiky. Pro účely tohoto výzkumu bylo využito již existujícího a uskutečněného dotazníkového šetření a dat z něj sesbíraných. Nebylo totiž možné provést vlastní takto rozsáhlé dotazníkové šetření. Vhodným a již uskutečněným výzkumem byl výzkum *Naše společnost* provedený Centrem pro výzkum veřejného mínění Akademie věd ČR z května 2013. V rámci rozsáhlého dotazníkového šetření týkajícího se postoje společnosti k návykovým látkám byla sesbírána numericky vyjádřená data, která se dala použít v tomto výzkumu. Tato data byla získána prostřednictvím Českého sociálněvědního datového archivu a s jeho souhlasem.

Výzkum zaměřený na postoj k určitému jevu s sebou nese jisté obtíže. Prvotní obtíží je, jak vůbec zkoumat postoj obyvatel, tedy srze jaké indikátory ho zkoumat, aby byly vzhledem k tématu validní a reliabilní. Již výše zmiňovaný výzkum *Naše společnost* z května

2013 se zabývá související tematikou, a proto byl využit k účelům tohoto výzkumu. Ve výzkumu *Naše společnost* byly pro naše účely využity otázky, vyjadřující míru souhlasu s výroky týkajícími se určitých aspektů protidrogové politiky. Tyto výroky se týkaly převážně opatření spadající do sekundární i terciární prevence. Vybrané aspekty protidrogové politiky, které byly cílem tohoto výzkumu byl postoj k léčbě a postoj k programům harm reduction. Otázky z dotazníkového šetření odpovídají záměrům práce. Nevýhodou je, že jsou položeny dost obecně, což snižuje validitu práce.

Vzhledem k tomu, že nebylo uskutečněno vlastní dotazníkové šetření, ale vycházelo se v této práci z již uskutečněného, tak se použily otázky ohledně souhlasu použité v tomto již uskutečněném výzkumu. Respondenti vyjadřovali souhlas s následujícími oblastmi protidrogové politiky:

- Léčba drogově závislých zdarma
- Výměna injekčních stříkaček zdarma
- Užitečnost práce streetworkerů
- Poradenství drogově závislým zdarma
- Šance drogově závislých na vyléčení se

Tyto otázky sloužily jako indikátory postoje k určitým vybraným aspektům protidrogové politiky.

Součástí tohoto dotazníkového šetření byly i otázky týkající se osobní či zprostředkované zkušenosti s drogami. Tyto otázky byly také využity, jelikož se zkoumal vliv zkušenosti s návykovou látkou. Dalšími otázkami, které byly potřebné pro účely tohoto výzkumu, jsou ty, poskytující sociodemografické informace, v tomto konkrétním případě věk, pohlaví, vzdělání, příjem domácnosti, stav, jako kontrolní proměnné.

5.2. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v rámci výzkumu „Naše společnost 2013“ Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR. Předmětem tohoto výzkumu bylo vícero společensky aktuálních témat a jedním z nich bylo i téma „Postoj veřejnosti ke konzumaci vybraných návykových látek“.

Respondenti byli vybráni na základě kvótních znaků pohlaví, věku a vzdělání. Kontrolováno bylo územní rozložení do regionů a podle velikosti místa bydliště. Celkem bylo dotázáno 1035 osob starších patnácti let, a tak reprezentující obyvatelstvo České republiky. Takto je zajištěna reprezentativita vzorku, který odpovídá struktuře obyvatel České republiky z hlediska sociodemografických a územních charakteristik s tolerancí minimální odchylky.

Samotný sběr dat provedl tým školených tazatelů pracujících pro Centrum pro výzkum veřejného mínění. Na sběru dat pracovalo celkem 264 školených tazatelů. Sběr dat byl uskutečněn formou osobního rozhovoru tazatele s respondentem na základě standardizovaného dotazníku. Standardizace umožnila jednodušší kvantifikování a zpracování dat, byť za nevyhnutelnou cenu určité ztráty informací, plynoucí obecně ze standardizace otázek a dotazníku.

Dotazník zjišťoval k tématu konzumace vybraných návykových látek vědomí obyvatel o zdravotní škodlivosti konkrétních vybraných návykových látek, názor na morální přijatelnost konzumace vybraných návykových látek, zda by mělo být trestné s vybranými návykovými látkami nakládat, jak se instituce v české republice zabývají problematikou drog a souhlas, potažmo nesouhlas s výroky týkající se protidrogové politiky a prevence a na zkušenosti s konzumací návykových látek. Pro účely tohoto výzkumu byly použity otázky týkající se souhlasu a nesouhlasu s výroky týkající se prevence a protidrogové politiky a otázky ohledně zkušenosti s konzumací návykových látek. Respondenti měli uvést, do jaké míry souhlasí s těmito výroky:

- „Léčba drogově závislých by měla být zdarma“ (Naše společnost, 2013)
- „Práce streetworkerů (lidé starající se o drogově závislé na ulici) nemá smysl, je zbytečná“ (Naše společnost, 2013)
- „Léčba drogově závislých by měla být poskytována zdarma jen na omezený počet pokusů (např. třikrát a dost).“ (Naše společnost, 2013)
- „Drogově závislým by čisté injekční stříkačky měly být poskytovány zdarma“ (Naše společnost, 2013)
- „Každý drogově závislý má šanci se vyléčit“ (Naše společnost, 2013)
- „Drogově závislým by poradenství mělo být poskytováno zdarma“ (Naše společnost, 2013)

Souhlas měli respondenti vyjádřit pomocí čtyřstupňové škály; největší míra souhlasu byla vyjádřena výrokem **rozhodně souhlasím**, následovalo **spíše souhlasím** a nesouhlas byl vyjádřen jako **spíše nesouhlasím** a naprostý nesouhlas jako **rozhodně nesouhlasím**. Samozřejmě mohli také vyjádřit, že neví, či ponechat otázku bez odpovědi. Těmto možnostem bylo přiřazeno číslo, a tím se dosáhlo kvantifikování odpovědí, což je v souladu s použitou kvantitativní metodou. Odpovědím, ze kterých respondenti vybírali, byly přiřazené číselné hodnoty, a to následovně: „rozhodně souhlasím“ má hodnotu 1, „spíše souhlasím“ má hodnotu 2, „spíše nesouhlasím“ má hodnotu 3, „rozhodně nesouhlasím“ má hodnotu 4. Odpovědi „nevím“ byla přiřazeno číslo 9 a pokud byla otázka ponechána bez odpovědi, bylo jí přiřazeno číslo 0. Toto kódování je použito v celé práci včetně tabulek a histogramů.

Dále se zjišťovala osobní i zprostředkovaná zkušenost respondentů s návykovými látkami, přičemž bylo rozlišeno mezi konopnými a tzv. tvrdými drogami, pomocí těchto otázek:

1. „Je mezi Vašimi přáteli nebo známými někdo, kdo užívá nebo někdy užíval
 - a. Konopné drogy jako je např. marihuana nebo hašiš
 - b. Drogy, jako je např. heroin, pervitin, extáze?“ (Naše společnost, 2013)
2. „Užil jste někdy Vy osobně
 - a. Konopné drogy jako je např. marihuana nebo hašiš
 - b. Drogy, jako je např. heroin, pervitin, extáze?“ (Naše společnost, 2013)

Na tyto otázky respondenti odpovídali ano nebo ne. U všech výše uvedených otázek mohli respondenti navíc odpovědět, že neví, či mohli odmítnout odpovědět. Odpovědím byla opět přiřazena číselná hodnota, přičemž odpověď „ano“ je zaznamenáno jako 1, odpověď „ne“ je zaznamenáno jako 2, odpověď „nevím“ jako 9 a v případě, že respondent ponechal otázku bez odpovědi, bylo jí přiřazeno číslo 0.

Odpovědi byly zaznamenány spolu s odpověďmi na ostatní otázky z dotazníku. Respondenti zůstali v anonymitě a jejich odpovědi byly zapsány pod přiřazeným číslem.

5.3.POPIS DAT

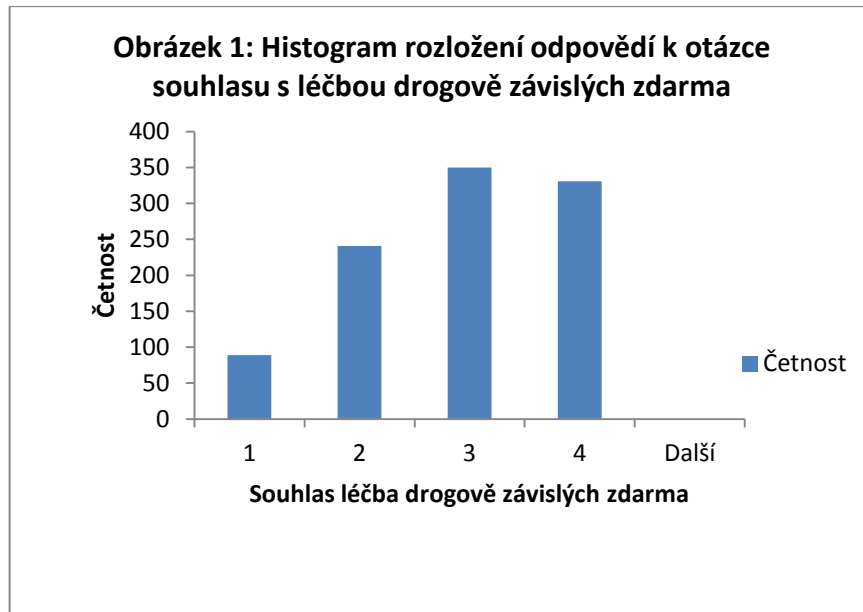
Nyní bude uvedena četnost odpovědí na jednotlivé konkrétní otázky, a jaký podíl z odpovědí zaujímaly odpovědi „nevím“ a ty, které byly ponechány bez odpovědi. Odpověď nevím by mohla znamenat respondentovu nechuť odpovídat pravdivě, podle toho, co si myslí, nebo jeho nezáměr o tuto problematiku, případně její neznalost. Každopádně odpověď nevím se objevovala vesměs minimálně. Jen v jednom případě přesáhla deset procent z celkového počtu odpovědí.

5.3.1. SOUHLAS S LÉČBOU DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ZDARMA

Na otázku týkající se souhlasu s tím, zda by měla být léčba drogově závislých zdarma, odpověděli všichni respondenti. Odpověď vyjadřující, že respondent neví, se objevila v 51 případech (to je 4,1 %). Četnost a procentuální rozložení zbývajících odpovědí bylo následující, jak ukazuje tabulka č. 1 a obrázek č. 1:

Tabulka 1: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	89	8,8
spíše souhlasí 2	241	23,84
spíše nesouhlasí 3	350	34,62
rozhodně nesouhlasí 4	331	32,74



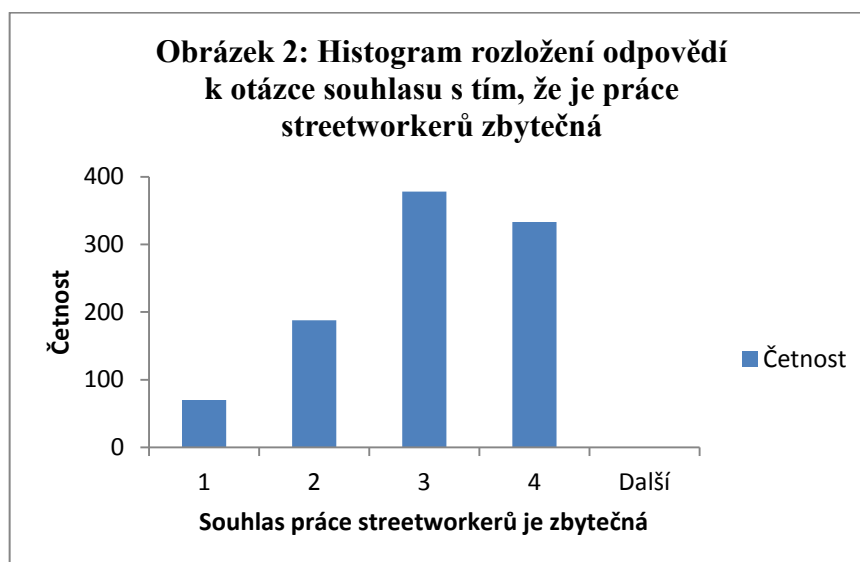
Poměrně nejčetněji uvedenou odpovědí na otázku, zda dotyčný souhlasí s léčbou drogově závislých zdarma, bylo *spíše nesouhlasím*. Toto stanovisko zastávala více než třetina respondentů (34,62 %), (viz tabulka 1). Přibližně další třetina (32,74 %), (viz tabulka 1) vyjádřila *rozhodný nesouhlas* s léčbou drogově závislých zdarma. Pokud bychom tedy porovnávali rozložení odpovědí mezi souhlasná a nesouhlasná stanoviska (bez ohledu na to, zda si jsou respondenti svou odpovědí jisti, či se k ní jen přiklánějí, tj. přívlastky *spíše* či *rozhodně*), převažuje nesouhlasný postoj. Rozhodný souhlas vyjádřilo nejméně respondentů, pouze necelých devět procent.

5.3.2. SOUHLAS SE ZBYTEČNOSTÍ PRÁCE STREETWORKERŮ

Otázka týkající se souhlasu s tím, že je práce streetworkerů zbytečná, byla také zodpovězena všemi respondenty, nicméně v 93 případech respondent odpověděl, že neví (to je v 8,8 % případů). Zbývající odpovědi byly rozloženy s následující četností, jak ukazuje tabulka č. 2 a obrázek č. 2:

Tabulka 2: Souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	70	7,22
spíše souhlasí 2	188	19,4
spíše nesouhlasí 3	378	39,01
rozhodně nesouhlasí 4	333	34,37



Poměrně nejčetnější odpovědí na otázku, zda je práce streetworkerů zbytečná, byla odpověď „spíše nesouhlasím“, což si myslí více než třetina respondentů (39,01 %) (viz tabulka 2). Druhou nejčetnější odpovědí byla odpověď rozhodně nesouhlasím (34,37 %) (viz tabulka 2) a opět byly obecně v převaze nesouhlasné odpovědi oproti souhlasným. Tentokrát ale odpověď spíše nesouhlasím, znamená, že nesouhlasí s tím, že by byla práce streetworkerů zbytečná, což by mělo znamenat, že převažuje podpora činnosti streetworkerů a jen 7,22 % lidí ji považuje za zbytečnou.

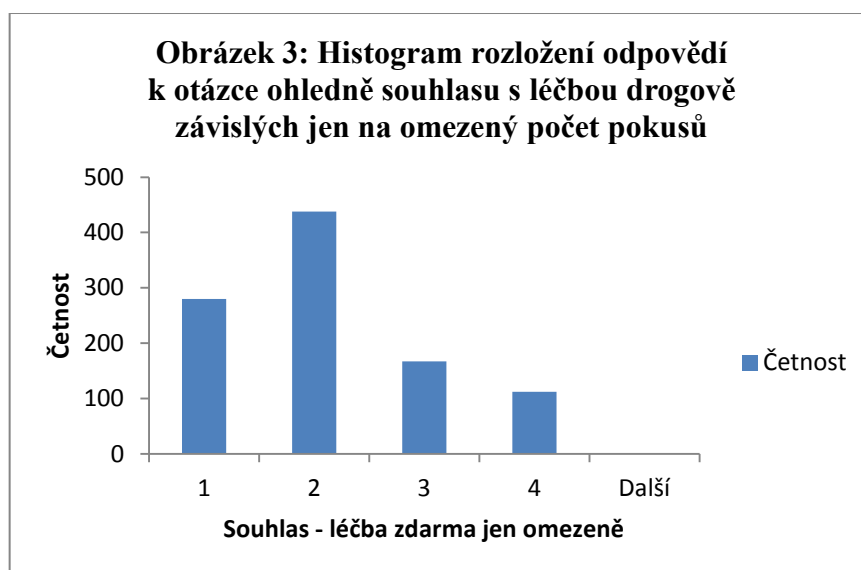
5.3.3. SOUHLAS S LÉČBOU DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ZDARMA NA OMEZENÝ POČET POKUSŮ

K otázce, zda by měla být léčba drogově závislých zdarma jen na omezený počet pokusů, se vyjádřili všichni respondenti. Z toho 65 respondentů (6,9 %) odpovědělo, že neví.

Četnost ostatních zbývajících odpovědí ukazuje následující tabulka č. 3 a přiložený histogram č. 3:

Tabulka 3: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma jen na omezený počet pokusů – četnost odpovědí vyjádřená v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	280	28,08
spíše souhlasí 2	438	43,93
spíše nesouhlasí 3	167	16,75
rozhodně nesouhlasí 4	112	11,23



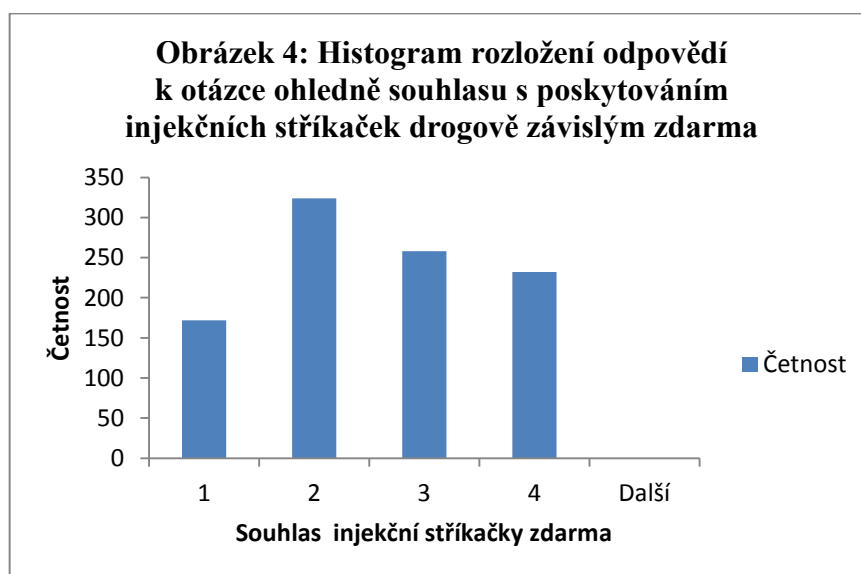
Na rozdíl od souhlasu s léčbou drogově závislých zdarma, u které převažoval nesouhlas, v případě léčby zdarma jen omezeně již souhlasilo mnohem více lidí. Nejčastěji respondenti uvedli, že spíše souhlasí (43,93 %) s léčbou zdarma omezeně (viz tabulka č. 3). Dalších 28,08 % uvedlo, že s léčbou zdarma omezeně rozhodně souhlasí (viz tabulka č. 3). Lze vidět, že celkový počet osob se souhlasným postojem značně převažuje ty, co nesouhlasí s léčbou zdarma omezeně.

5.3.4. SOUHLAS S POSKYTOVÁNÍM INJEKČNÍCH STŘÍKAČEK ZDARMA

Ohledně souhlasu s injekčními stříkačkami pro drogově závislé zdarma se opět vyjádřili všichni respondenti. V tomto případě ale 76 respondentů (7,2 %) uvedlo jako odpověď, že neví. Rozložení zbylých odpovědí bylo následovné, jak dokládá tabulka č. 4 a graf č. 4:

Tabulka 4: Souhlas s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislým zdarma – přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	172	17,44
spíše souhlasí 2	324	32,86
spíše nesouhlasí 3	258	26,17
rozhodně nesouhlasí 4	232	23,53



Nejpočetnější odpovědí na otázku, zda respondent souhlasí s tím, aby byly poskytovány drogově závislým injekční stříkačky zdarma, je v tomto případě odpověď spíše souhlasím, kterou vyjadřuje 32,86 % dotázaných (viz tabulka č. 4). Ale nejmenší zastoupení má odpověď rozhodně souhlasí (17,44 %), (viz tabulka č. 4). Poměr mezi souhlasnými a nesouhlasnými odpověďmi je u této otázky vyrovnaný. Výměna injekčních stříkaček patří do

terciární prevence zaměřené na minimalizaci rizik (tzv. harm reduction). Tento typ prevence je zaměřen na snižování rizik, která vznikají užíváním drog, a zaměřuje se proto na již problémové uživatele. To může být někdy nesprávně vnímáno nikoliv jako prevence, ale v podstatě jako podpora závislých v jejich chování a užívání drog.

5.3.5. SOUHLAS, ŽE KAŽDÝ DROGOVĚ ZÁVISLÝ MÁ ŠANCI SE VYLÉČIT

K tomu, zda má každý drogově závislý šanci se vyléčit, se vyjádřili opět všichni, ale tentokrát 129 účastníků (12,1 %) dotazníku nevědělo, jak na tuto otázku odpovědět. Zbylé odpovědi byly uvedeny s následující četností, jak dokládá přiložená tabulka č. 5 a graf č. 5:

Tabulka 5: Souhlas s tím, že má každý drogově závislý šanci se vyléčit - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	266	28,51
spíše souhlasí 2	409	43,84
spíše nesouhlasí 3	197	21,11
rozhodně nesouhlasí 4	61	6,54



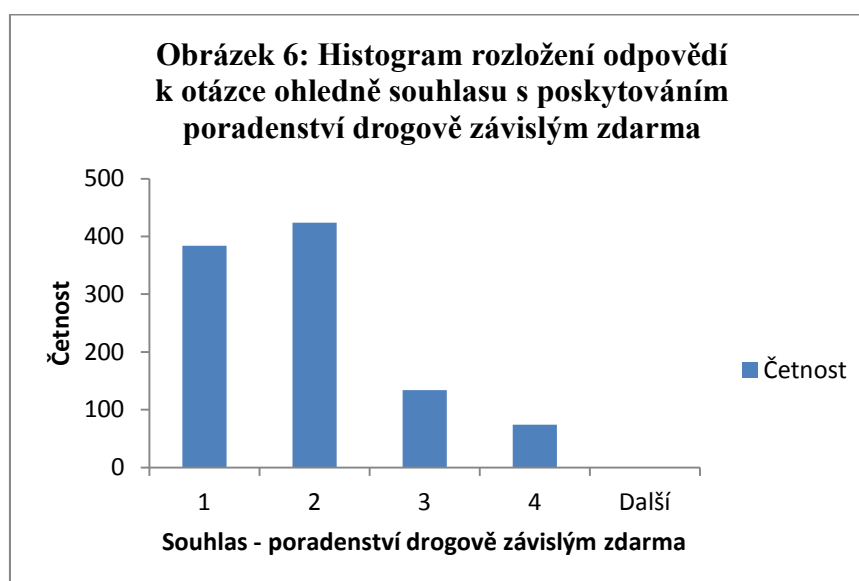
Jednoznačně nejčtenější odpovědí na otázku, zda se má každý drogově závislý šanci vyléčit, je odpověď spíše souhlasí (43,84 %) (viz tabulka č. 5). Dále 28,51 % dotázaných rozhodně souhlasí, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit (viz tabulka č. 5), a tím pádem zcela převažuje obecně souhlasný postoj nad nesouhlasem. Nejméně dotázaných vyjadřuje rozhodný nesouhlas (6,54 %), (viz tabulka č. 5) a nevěří v šanci každého závislého na uzdravení.

5.3.6. SOUHLAS S PORADENSTVÍM PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ ZDARMA

K otázce ohledně poradenství pro drogově závislé zdarma se opět vyjádřili všichni. 46 respondentů (4,3 %) uvedlo, že neví. Četnost a procentuální rozložení zbývajících odpovědí vypadalo následovně, jak dokládá přiložená tabulka č. 6 a graf č. 6:

Tabulka 6: Souhlas s poskytováním poradenství drogově závislým zdarma - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
rozhodně souhlasí 1	384	37,8
spíše souhlasí 2	424	41,73
spíše nesouhlasí 3	134	13,19
rozhodně nesouhlasí 4	74	7,28



U otázky, zda by se mělo poskytovat drogově závislým poradenství zdarma, výrazně převládají souhlasné odpovědi. 37,8 % respondentů se vyslovuje pro *rozhodně souhlasím* a 41,73 % respondentů pro spíše souhlasím (viz tabulka č. 6). Nejméně se vyskytují lidé, kteří s poradenstvím pro drogově závislé zdarma rozhodně nesouhlasí (7,28 %) (viz tabulka č. 6).

5.3.7. SHRNUŤÍ

Převládá názor, že drogově závislí mají šanci se vyléčit, s čímž rozhodně souhlasí 28,51 % respondentů a 43,84 % respondentů spíše souhlasí (viz tabulka č. 5), ačkoliv už nemůžeme rozeznat, do jaké míry lidé věří v účinnost preventivních opatření a programy zaměřené na léčbu závislosti a do jaké souhlasem s tímto výrokem, vyjadřovali to, že drogově závislý je v podstatě pacient a závislost je nemoc a dá se léčit a závislost nemusí být trvalá. I přes převládající souhlas s tím, že se závislí mají šanci vyléčit, se léčba drogově závislých zdarma s tak početným souhlasem nesetkává. S léčbou drogově závislých zdarma s jistotou souhlasí 8,8 % respondentů a o něco více, 23,84 % respondentů se k ní spíše přiklání (viz tabulka č. 1). O něco více je podporovaná léčba drogově závislých zdarma jen omezeně. S tou rozhodně souhlasí 28,08 % respondentů a 43,93 % respondentů vyjadřuje, že spíše souhlasí s léčbou drogově závislých zdarma omezeně (viz tabulka č. 3). Léčba zdarma omezeně se setkává s mnohem větší podporou veřejnosti. Vzhledem k tomu, že v otázce je omezenost léčby zdarma definovaná jako omezený počet pokusů, který má závislý na to se úspěšně vyléčit, lze předpokládat, že lidé nesouhlasí především s léčbou zdarma u těch případů, u kterých dochází k opakovanému léčení bez trvalého výsledku. I přes souhlas s tím, že drogově závislí mají šanci se vyléčit, může mít respondent pocit, že se drogově závislí vyléčit nechtějí, což se nijak neprojeví v takto redukované uzavřené otázce (snad jen zvolením odpovědi *spíše souhlasím* před *rozhodně souhlasím*), ale mohlo by se projevit v otázce léčby drogově závislých zdarma a léčbě drogově závislých zdarma omezeně.

S největším souhlasem (37,8 % respondentů *rozhodně souhlasí* a 41,73 % respondentů *spíše souhlasí* (viz tabulka č. 6) je přijímáno poradenství drogově závislým zdarma.

Nejrozporupněji je vnímána výměna injekčních stříkaček drogově závislým zdarma. Jak už bylo výše zmíněno, toto preventivní opatření spadá do terciární prevence, která se zaměřuje na minimalizaci rizik, tzv. harm reduction, která představují problémoví uživatelé drog. Výměna injekčních stříkaček zdarma je stále v mnoha případech přijímána s nesouhlasem (pravděpodobně jako podpora narkomanů v jejich závislosti), (26,17 %

respondentů projevuje spíše nesouhlas a 23,53 % respondentů projevuje rozhodný nesouhlas (viz tabulka č. 4), přitom je prokazatelně prospěšná, jelikož minimalizuje riziko šíření infekčních nemocí (WHO, 2004).

K práci streetworkerů převládá spíše souhlasné stanovisko. V tomto případě ale mohlo dojít k určitému zkreslení, jelikož tato otázka byla položena jiným stylem, než zbylých pět otázek. Takže na rozdíl od ostatních otázek souhlas s tímto výrokem, neznamená souhlas s určitou složkou drogové politiky. Respondenti vyjadřovali souhlas s výrokem, že je práce streetworkerů zbytečná a s tím rozhodně nesouhlasilo 34,37 % a spíše nesouhlasilo 39,01 % respondentů (viz tabulka č. 2).

5.3.8. ZKUŠENOST S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

Postoj společnosti k vybraným aspektům protidrogové politiky byl zkoumán v souvislosti se zkušeností dotyčného s návykovou látkou. V dotazníkovém šetření, ze kterého se v tomto výzkumu vychází, byly položeny čtyři otázky týkající se zkušenosti s návykovými látkami.

Nyní bude uvedena četnost a rozložení odpovědí týkajících se otázek o zkušenostech s drogami. Na otázku, zda mají respondenti zprostředkované zkušenosti, tj. zda jejich známí, či přátelé mají zkušenosti, s konopnými látkami, odpověděli všichni respondenti. Na tuto otázku odpovědělo 101 respondentů, že neví (9,5 % z celkového počtu respondentů). Četnost ostatních odpovědí je znázorněna v tabulce č. 7:

Tabulka 7: Zkušenost přátel a známých s konopnými drogami - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta (%)
Ano 1	508	52,86
Ne 2	453	47,14

Odpovědi byly vesměs vyrovnané s mírnou převahou odpovědi ano, tedy že 52,86 % respondentů má mezi známými či přáteli někoho, kdo má zkušenost s konopnou drogou (viz tabulka č. 7).

Na otázku týkající se toho, zda má respondent mezi přáteli, či známými uživatele tvrdých drog, odpověděli všichni dotázaní. Ve 131 případech uvedli, že neví (12,3 % z celkového počtu respondentů). Rozložení zbývajících odpovědí je uvedené v příložené tabulce č. 8:

Tabulka 8: Zkušenost přátel a známých s tvrdými drogami - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta
Ano 1	208	22,34
Ne 2	723	77,66

V případě této otázky výrazněji převyšovala (77,66 %) negativní odpověď, tedy, že respondent nemá, mezi známými a známými někoho, kdo má zkušenost s tvrdými drogami (viz tabulka č. 8).

Na otázku ohledně osobní zkušenosti s konopnými drogami neodpověděl jeden respondent a další čtyři uvedli, že neví (0,4 % z celkového počtu respondentů). Odpověď neví by mohla s největší pravděpodobností znamenat, že respondent spíše nechtěl odpovědět na takto osobní otázku. Záporná odpověď převažovala nad souhlasem, viz tato tabulka č. 9:

Tabulka 9: Osobní zkušenost s konopnými drogami - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta
Ano 1	339	32,07
Ne 2	718	67,93

Přibližně třetina (32,07 %) dotázaných přiznalo osobní zkušenost s konopnými látkami (viz tabulka č. 9). To je o něco málo více, než 27,9 % uvedených ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*.

Na otázku, zda dotyčný užil osobně tvrdě drogy, odpověděli všichni respondenti. Stejně jako u předchozí otázky, odpověděli čtyři respondenti, že neví. Vzhledem k tomu, že odpověď nevim na tuto i na předchozí otázku je poněkud problematická, bylo ověřeno, zda se ve všech případech jedná vždy o stejného respondenta, tedy zda někdo odpovídal záměrně nevim po každém v případě otázky na osobní zkušenost. Z těchto čtyř případů u obou otázek, šlo ve dvou případech o stejného respondenta, který odpověděl nevim na obě otázky.

Četnost odpovědí k otázce týkající se osobní zkušenosti s tvrdými drogami je popsána v příložené tabulce č. 10:

Tabulka 10: Osobní zkušenost s tvrdými drogami - přehled četnosti odpovědí a jejich vyjádření v procentech

	Četnost	Procenta
Ano 1	42	3,97
Ne 2	1016	96,03

Pouhých 3,97 % respondentů, uvedlo kladnou odpověď a potvrdilo tak osobní zkušenost s tvrdými drogami (viz tabulka č. 10). Ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012* jsou jednotlivé druhy tvrdých drog rozepsány zvlášť, ale počet uživatelů jednotlivých tvrdých drog nepřesahuje 3,6 % (až na výjimku v podobě halucinogenních drog s 5,3%, ty ale ani nebyly v otázkách v tomto výzkumu uvedeny jako příklad ani v jedné kategorii). Je potřeba vzít v úvahu zkreslení pramenící z tendence respondentů odpovídat tak, aby vypadali lépe, to znamená, že nemuseli zkušenost s drogou uvést, nebo například mohli svou zkušenost zaměnit za zkušenost přátel či známých.

5.4. METODY

V této práci se bude zkoumat souvislost mezi zkušeností s drogami a postojem obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky. Indikátorem tohoto postoje byly zvoleny otázky týkající se souhlasu s výroky týkající se vybraných aspektů protidrogové politiky:

- Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma
- Souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná
- Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma jen omezeně
- Souhlas s výměnou injekčních stříkaček zdarma
- Souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit
- Souhlas s poskytováním poradenství pro drogově závislé zdarma

Jako zájmovou proměnnou byla zvolena zkušenost s drogami, jejímž indikátorem byly odpovědi na otázky ohledně osobní a zprostředkované zkušenosti s konopnými a s tvrdými drogami. Dále bylo zvoleno několik faktorů, které zastávaly roli kontrolní proměnné, abychom filtrovali vliv dalších faktorů, a těmi byly následující: věk, pohlaví, čistý měsíční příjem, stav, vzdělání. Zkušenost s drogami je faktorem, který byl zvolen jako zájmová proměnná, abychom mohli zkoumat, jak zkušenost s drogami souvisí s postojem k určitým aspektům protidrogové politiky. Ti, co mají zkušenost s drogou, nahlíží na drogovou problematiku komplexněji a mají pozitivnější přístup k protidrogové politice (Matheson, 2013). Osoby s přímou či nepřímou zkušeností s návykovou látkou také vykazují umírněnější postoj vůči trestním postihům za nakládání a distribuci nelegálních návykových látek (CVVM,2002; Zeman, 2011). V případě zprostředkované zkušenosti, kdy se vyskytl problém s drogami u někoho známého či příbuzného, se dá předpokládat větší souhlas s léčbou a prevencí.

5.5.FORMULACE HYPOTÉZ

Hypotézy pro tento výzkum zněly následovně:

1. Ve výzkumu, který se uskutečnil ve Skotsku, bylo prokázáno, že zkušenost s návykovou látkou souvisí s pozitivnějším postojem vůči léčbě drogově závislých (Matheson, 2013). Na základě toho byla zformulovaná hypotéza **H₁**, která zněla:
 - Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s léčbou drogově závislých zdarma.
2. Na základě stejného východiska, tedy, že zkušenost s návykovou látkou souvisí s pozitivnějším přístupem vůči léčbě drogově závislých, byla zformulována hypotéza **H₂**, která zněla:
 - Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s léčbou drogově závislých zdarma.

3. Z výzkumu uskutečněného v Kanadě byla zjištěna souvislost mezi zkušeností s návykovou látkou a souhlasem s programy spadající do harm reduction (Cruz, 2007). Streetwork, což je terénní program, patří k strategii harm reduction, proto byla zformulovaná následující hypotéza **H₃**, která zněla:
 - Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše nesouhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná.
4. Zkušenost známé či blízké osoby s drogami má vliv na utváření postoje k protidrogové politice (Zeman a kol., 2011), tedy i na postoj k práci streetworkerů. Zároveň ti, kteří znají uživatele drog, vnímají problém drog jako více závažný (Zeman a kol., 2011). Proto by mohli spíše souhlasit s prací streetworkerů, kteří svou činností minimalizují riziko šíření infekčních nemocí a zvyšují šanci, že drogově závislý nastoupí na léčbu (WHO, 2004). Na základě těchto poznatků byla zformulována hypotéza **H₄**, která zněla:
 - Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše nesouhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná.
5. Zkušenost s návykovou látkou souvisí s pozitivnějším postojem vůči léčbě drogově závislých (Matheson, 2013). Omezení léčby drogově závislých na určitý počet pokusů by se tak stále mohlo setkat spíše se souhlasem. Hypotéza **H₅** tedy zněla:
 - Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou spíše vyslovovat souhlas s léčbou drogově závislých zdarma omezeně.
6. Nepřímá zkušenost s návykovou látkou souvisí s vnímáním užívání drog jako většího problému, oproti těm, kteří nepřímou zkušenost nemají. (Zeman a kol., 2011). Tito lidé, by tedy měli souhlasit s léčbou zdarma, ale jejich zkušenost s někým, kdo užil drogu, by mohla přispět k vědomí toho, jak může být problematické léčbu úspěšně dokončit, a že také může po čase dojít znovu k rozvinutí závislosti. Hypotéza **H₆** zněla:
 - Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou spíše souhlasit s léčbou drogově závislých zdarma omezeně.
7. Jedinci, kteří mají osobní zkušenost s návykovými látkami, vykazují souhlasnější postoj vůči programům harm reduction, kam patří i výměna injekčních stříkaček (Cruz, 2007). Tak se dalo předpokládat, že ti, co mají osobní zkušenost s drogou,

budou vyslovovat souhlas s poskytováním injekčních stříkaček zdarma. Hypotéza **H₇** tedy zněla:

- Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, aby byly injekční stříkačky pro drogově závislé zdarma.

8. Nepřímá zkušenost s návykovou látkou souvisí s vnímáním užívání drog jako většího problému, oproti těm, kteří nepřímou zkušenost nemají. (Zeman a kol., 2011). Výměna jehel patří do strategie harm reduction, jejímž cílem je minimalizovat rizika a škody spojené s užíváním drog. Výsledek tohoto výzkumu byl předpokladem ke zformulování hypotéza **H₈**, která zněla:

- Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, aby byly injekční stříkačky pro drogově závislé zdarma.

9. Jak již bylo předesláno výše, osoby se zkušeností s návykovými látkami mají pozitivnější přístup k protidrogové politice (Matheson, 2013). Hypotéza **H₉** tedy zněla:

- Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.

10. Jedinci, kteří mají zkušenost s návykovými látkami prostřednictvím svým známých či příbuzných považuje užívání drog za problém (Zeman a kol., 2011). Zároveň ale osoby s nepřímou zkušeností s drogami mají tolerantnější postoj vůči užívání některých návykových látek (Zeman a kol., 2011). Tolerantnější postoj těchto lidí by mohl být spjat s vírou, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit. Hypotéza **H₁₀** zněla:

- Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.

11. Ti, co mají zkušenost s drogou, mají zároveň pozitivnější přístup k protidrogové politice, takže by měli spíše souhlasit s poradenstvím pro drogově závislé zdarma (Matheson, 2013). Hypotéza **H₁₁** zněla:

- Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že poradenství pro drogově závislé má být zdarma.

12. Poradenství je určeno nejen pro drogově závislé ale i pro příbuzné a blízké osoby drogově závislého. Lidé, jejichž známý má zkušenost s drogou, by se mohli spíše přiklánět k tomu, aby bylo poradenství pro drogově závislé zdarma. Hypotéza **H₁₂** zněla:

- Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že poradenství pro drogově závislé má být zdarma.

5.6.OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

K ověření hypotéz byla použita regresní analýza. Vzhledem k tomu, že na v tomto výzkumu nebyla jen spojitá data, ale převážně kategoriální, byla použita ordinální logistická regrese. Ordinální logistická regrese byla použita pro každou z šesti závislých proměnných zvlášť. Jako závislá proměnná byla vždy zvolena jedna z šesti otázek týkající se souhlasu s následujícími výroky a sloužící jako indikátor postoje k vybraným aspektům protidrogové politiky (vybranými aspekty byla léčba drogově závislých a programy harm reduction) :

1. léčba drogově závislých zdarma
2. práce streetworkerů je zbytečná
3. léčba drogově závislých zdarma jen omezeně
4. injekční stříkačky pro drogově závislé zdarma
5. každý drogově závislý má šanci se vyléčit
6. poradenství drogově závislým zdarma

Na straně nezávislých proměnných musely být faktory, které měly předpokládaný vliv na postoj osoby k těmto výše uvedeným výroky, tedy naše zájmová proměnná. Nezávislými proměnnými tedy byla zkušenost s drogami. Dále se jako nezávislé proměnné označily kontrolní proměnné, kterými byly zvoleny věk, stav, příjem, vzdělání, pohlaví. Věk byl vyjádřen číslem. Zároveň byla vytvořena z věku i další proměnná věk na druhou. Stav byl kategoriální proměnná s následujícími kategoriemi a přiřazeným číslem: stav svobodný/á vyjádřen číslem 1, stav ženatý, vdaná vyjádřen číslem 2, stav rozvedený/á vyjádřen číslem 3, stav vdovec, vdova vyjádřen číslem 4. Pokud respondent neodpověděl, byla zapsána nula a odpověď neví, byla vyjádřena jako 9. V dotazníku *Naše společnost* se příjmu týkaly dvě otázky, jedna se ptala na měsíční příjem osobní a druhá na měsíční příjem domácnosti. Vzhledem k tomu, že na otázku týkající se osobního příjmu, odmítlo značný počet respondentů odpovědět, byla použita otázka týkající se příjmu domácnosti. Měsíční příjem domácnosti byl vyjádřen konkrétní částkou. Vzdělání bylo vyjádřeno jako kategoriální proměnná s následujícími kategoriemi a kódováním: neúplné a základní bylo vyjádřeno jako 1, vyučení a střední bez maturity jako 2, střední s maturitou jako 3, VOŠ a VŠ jako 4. Pokud respondent neodpověděl, byla zapsána 0 a odpověď neví, byla zapsána jako 9. Pohlaví bylo

vyjádřeno kategoriemi muž vyjádřenou jako 1 a kategorií žena vyjádřenou jako 2. Zkušenosti s drogami se týkaly čtyři otázky v dotazníku: osobní zkušenost s tvrdými drogami, osobní zkušenost s lehkými drogami, zkušenost známých s tvrdými drogami a zkušenost známých s lehkými drogami. Vzhledem k vysoké míře korelace mezi osobní zkušeností s oběma druhy drog (s konopnými i s tvrdými drogami), byl z dat z obou otázek vytvořen index, který vyjadřoval osobní zkušenost s drogou. Stejně tak bylo postupováno v případě zprostředkované zkušenosti, kdy byl z dat z obou otázek vytvořen index, který vyjadřoval zprostředkovanou zkušenost s drogami³.

Celkem bylo spočítáno dvanáct ordinálních logistických regresí. Pro každou otázku týkající se souhlasu s jedním z šesti výroků, při čemž jednou se počítalo s osobní zkušeností a podruhé se zprostředkovanou zkušeností na straně nezávislých proměnných. Hladina významnosti p byla zvolena standardně 0,05 a v příložených tabulkách vyznačena (*) a v případě, že se proměnná projevila jako statisticky významná na hladině významnosti $p = 0,01$ byla vyznačena (**).

³ Odpovědi na otázky týkající se zkušenosti byly kódovány 1 za odpověď *ano* a 2 za odpověď *ne*. Vytvořením společné proměnné pro tvrdé i konopné drogy v případě osobní i nepřímé zkušenosti se kódování přeměnilo v součty kódů příslušných odpovědí z obou otázek.

5.6.1. LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ZDARMA

Výsledky ordinální logistické regrese k souhlasu s tím, že má být léčba drogově závislých zdarma za použití osobní zkušenosti s drogami jako závislé proměnné je znázorněna v tabulce č. 11:

Tabulka 11: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma v souvislosti s osobní zkušeností s drogami – výsledky ordinální logistické regrese⁴

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	-6,005E-06	,209
Věk	-,019	,458
Věk ²	,000	,294
Osobní zkušenost s drogami	,324**	,000
Muž	,152	,224
Svobodný/á	-,537	,087
Ženatý, vdaná	-,275	,281
Rozvedený/á	-,241	,400
Základní	,380	,096
Bez maturity, vyučení	,345	,074
Střední s maturitou	,400*	,039

V případě, když byla jako zájmová proměnná zvolena osobní zkušenost s drogou (viz tabulka č. 11), byly zjištěny dva statisticky významné faktory. Prvním byla přepokládaná

⁴ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,055, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,058, McFadden Pseudo R-Square byl 0,020. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

osobní zkušenost s drogou. Druhým byl vliv kontrolní proměnné středoškolského vzdělání s maturitou. V případě osobní zkušenosti s drogou dosahoval koeficient kladné hodnoty, což znamená, že pokud má jedinec osobní zkušenost s drogou, zvyšuje se pravděpodobnost, že zároveň souhlasí s léčbou drogově závislých zdarma. Tím byla potvrzena hypotéza H_1 .

Výsledky ordinální logistické regrese souhlasu s léčbou drogově závislých zdarma se zkušenosti známých s drogami jako zájmové proměnné jsou zapsány v tabulce č. 12:

Tabulka 12: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma v souvislosti se zkušeností známých s drogami – výsledky ordinální logistické regrese⁵

	Estimate	Sig.
Čistý měsíční příjem domácnosti	-6,438E-06	,177
Věk	-,013	,611
Věk ²	,000	,364
Zkušenost známých s drogami	,012	,458
Muž	,121	,332
Svobodný/á	-,573	,068
Ženatý, vdaná	-,264	,300
Rozvedený/á	-,235	,412
Základní	,377	,098
Bez maturity, vyučení	,344	,075
Střední s maturitou	,397*	,041

⁵ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,040, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,043, McFadden Pseudo R-Square byl 0,015. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

V druhém případě, kdy byla jako zájmová proměnná zvolena zkušenost přátel a známých s drogami, se nepotvrdil očekávaný vliv zkušenosti známých a přátel s drogou na souhlas s léčbou drogově závislých zdarma (viz tabulka č. 12). Hypotéza H_2 nebyla tedy potvrzena. Jako statisticky významná se projevila kontrolní proměnná středoškolské vzdělání s maturitou.

5.6.2. PRÁCE STREETWORKERŮ

Výsledky ordinální logistické regrese k souhlasu s tím, že je práce streetworkerů zbytečná při dosazení osobní zkušenosti s drogami jako zájmové proměnné jsou představeny v tabulce č. 13:

Tabulka 13: Souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná v souvislosti s osobní zkušeností s drogami - výsledky ordinální logistické regrese⁶

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	3,607E-06	,451
Věk	-,056*	,025
Věk ²	,001*	,036
Osobní zkušenost s drogami	-,008	,921
Muž	-,128	,305
Svobodný/á	,262	,400
Ženatý, vdaná	,537*	,032
Rozvedený/á	,720*	,011
Základní	-,675**	,003
Bez maturity, vyučení	-,313	,107
Střední s maturitou	-,305	,118

Nebyl potvrzený vliv zájmové proměnné, kterou byla osobní zkušenost s drogami, jelikož se neprojevila jako statisticky významná (viz tabulka č. 13). Hypotéza H₃ tedy nebyla potvrzena. Jako statisticky významná se projevila kontrolní proměnná věk, stav ženatý či

⁶ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,026, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,028, McFadden Pseudo R-Square byl 0,009. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

vdaná a rozvedený či rozvedená a základní vzdělání. Starší a mladší tak mají souhlasnější postoj ve srovnání se středním věkem. Lidé se základním vzděláním projevují oproti respondentům s vysokoškolským vzděláním a s VOŠ větší souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná. Rozvedení a ženatí/vdané, projevují větší nesouhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná, než ovdovělí lidé. To by mohlo souviset s pravděpodobným vyšším věkem lidí, kteří se nacházejí v kategorii ovdovělých.

V tabulce č. 14 jsou zapsány výsledky ordinální logistické regrese souhlasu s tím, že je práce streetworkerů zbytečná se zkušeností známých s drogami jako zájmovou proměnnou:

Tabulka 14: Souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná v souvislosti se zkušeností známých s drogami - výsledky ordinální logistické regrese⁷

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	3,514E-06	,463
Věk	-,059*	,019
Věk ²	,001*	,029
Zkušenost známých s drogami	,019	,230
Muž	-,126	,311
Svobodný/á	,277	,374
Ženatý, vdaná	,546*	,030
Rozvedený/á	,727*	,011
Základní	-,677**	,003
Bez maturity, vyučení	-,314	,106
Střední s maturitou	-,307	,115

⁷ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,028, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,030, McFadden Pseudo R-Square byl 0,010. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

V druhém případě se zájmová proměnná, kterou byla zkušenost známých s drogami, neprojevila jako statisticky významný faktor, což znamená, že hypotéza H_4 nebyla potvrzeny (viz tabulka č. 14). Jako statisticky významné se projeví kontrolní proměnné stavu ženatý či vdané a rozvedený či rozvedená a základní vzdělání. Z kontrolních proměnných byly signifikantní stejné faktory jako při použití osobní zkušenosti s drogami jako zájmové proměnné v předchozím případě (viz porovnání tabulek č. 13 a 14).

Při interpretaci této otázky bylo třeba vzít v úvahu pravděpodobné zkreslení odpovědí způsobené tím, že otázka byla položena jinak než ostatní, ptala se totiž na souhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná, tzn. souhlas s touto otázkou znamená negativnější postoj k protidrogové politice. Ostatní otázky jsou formulovány tak, že souhlas s výrokem znamená pozitivní postoj k protidrogové politice.

5.6.3. LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH ZDARMA OMEZENĚ

Výsledky ordinálních logistických regresí spočítaných pro souhlas s léčbou drogově závislých zdarma s osobní zkušeností s drogami jako zájmovou proměnnou jsou zapsány v tabulce č. 15:

Tabulka 15: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů v souvislosti s osobní zkušeností s drogami - výsledky ordinální logistické regrese⁸

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	4,331E-06	,366
Věk	-,022	,380
Věk ²	,000	,318
Osobní zkušenost s drogami	,163*	,038
Muž	,255*	,042
Svobodný/á	-,176	,574
Ženatý, vdaná	-,127	,613
Rozvedený/á	-,012	,966
Základní	,640**	,005
Bez maturity, vyučení	,140	,472
Střední s maturitou	,176	,369

V případě, kdy se počítalo se zájmovou proměnnou osobní zkušenosti s drogou, se projevil očekávaný vliv osobní zkušenosti a tento faktor se projevil jako statisticky významný

⁸ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,024, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,026, McFadden Pseudo R-Square byl 0,009. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

(viz tabulka č. 15). Koeficient dosahoval kladné hodnoty, takže jedinci s osobní zkušeností s drogou projevují spíše souhlasný postoj s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů. Tím se potvrdila hypotéza H₅. Z kontrolních proměnných se projevily jako statisticky významné kategorie muž a základní vzdělání.

V tabulce č. 16 jsou zapsány výsledky ordinální logistické regrese souhlasu s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů za použití zkušenosti známých s drogami jako zájmové proměnné:

Tabulka 16: Souhlas s léčbou drogově závislých zdarma na omezený počet pokusů v souvislosti se zkušeností známých s drogami - výsledky ordinální logistické regrese⁹

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	3,850E-06	,422
Věk	-,023	,365
Vek ²	,000	,296
Zkušenost známých s drogami	,050**	,001
Muž	,249*	,046
Svobodný/á	-,146	,641
Ženatý, vdaná	-,103	,682
Rozvedený/á	,008	,979
Základní	,644**	,005
Bez maturity, vyučení	,135	,489
Střední s maturitou	,170	,384

V případě zprostředkované zkušenosti s drogami se také podle očekávání projevily faktor zkušenosti jako statisticky významný (viz tabulka č. 16). I v tomto případě byl

⁹ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,031, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,033, McFadden Pseudo R-Square byl 0,011. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány jsou, následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

koeficient kladný, což znamená, že jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogami projevují spíše souhlas s léčbou závislých zdarma omezeně. Tak se potvrdila i hypotéza H_6 . Jako statisticky významné se projevily kontrolní proměnné kategorie muž a základní vzdělání, jako v předchozím případě, kdy byla jako zájmová proměnná zvolena osobní zkušenost s drogou (viz tabulka č. 15) Koeficienty obou kontrolních proměnných dosahovaly kladných hodnot, takže muži mají spíše nesouhlasný postoj s léčbou drogově závislých zdarma než ženy a lidé se základním vzděláním spíše nesouhlasí s léčbou drogově závislých zdarma než lidé s vysokoškolským /VOŠ vzděláním .

5.6.4. POSKYTOVÁNÍ INJEKČNÍCH STŘÍKAČEK

Výsledky ordinálních logistických regresí pro souhlas s poskytováním injekčních stříkaček pro drogově závislé zdarma, pro osobní zkušenost s drogami jako zájmovou proměnnou jsou zapsány v tabulce č. 17 a vypadaly následovně:

Tabulka 17: Souhlas s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislým zdarma v souvislosti s osobní zkušeností s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹⁰

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	-3,478E-06	,463
Věk	-,039	,113
Věk ²	,001*	,026
Osobní zkušenost s drogami	,297**	,001
Muž	-,009	,945
Svobodný/á	,008	,978
Ženatý, vdaná	,195	,432
Rozvedený/á	,257	,358
Základní	,227	,315
Bez maturity, vyučení	,185	,333
Střední s maturitou	,259	,177

Jako statisticky významná se projevila osobní zkušenost s drogami (viz tabulka č. 17). Koeficient tohoto faktoru byl kladný, což znamená, že jedinci s osobní zkušeností s drogami spíše projevují souhlas s výměnou injekčních stříkaček pro drogově závislé zdarma, čímž se potvrdila hypotéza H7.

¹⁰ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,052, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,055, McFadden Pseudo R-Square byl 0,018. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

Výsledky ordinální logistické regrese otázky souhlasu s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislým zdarma se zkušeností známých s drogami jako zájmové proměnné:

Tabulka 18: Souhlas s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislým zdarma v souvislosti se zkušeností známých s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹¹

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	-3,892E-06	,411
Věk	-,036	,151
Věk ²	,001*	,031
Zkušenost známých s drogami	,036*	,018
Muž	-,030	,809
Svobodný/á	,021	,946
Ženatý, vdaná	,221	,374
Rozvedený/á	,289	,301
Základní	,235	,296
Bez maturity, vyučení	,194	,310
Střední s maturitou	,290	,132

I v druhém výpočtu, kdy byla jako zájmová proměnná použita zprostředkovaná zkušenost, se tato zkušenost projevila jako statisticky významná (viz tabulka č. 18). Koeficient byl opět kladný, takže jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogami vyslovují spíše souhlas s výměnou injekčních stříkaček pro drogově závislé zdarma, čímž se potvrdila hypotéza H₈. Jiné faktory se jako statisticky významné neprojevily.

¹¹ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,044, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,047, McFadden Pseudo R-Square byl 0,015. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

5.6.5. ŠANCE SE VYLÉČIT

V tabulce č. 19 jsou výsledky ordinální logistické regrese s osobní zkušeností s drogou jako zájmovou proměnnou pro souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.

Tabulka 19: Souhlas, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit v souvislosti s osobní zkušeností s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹²

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	3,193E-06	,503
Věk	-,025	,324
Věk ²	,000	,208
Osobní zkušenost s drogami	-,011	,886
Muž	,175	,160
Svobodný/á	-,267	,391
Ženatý, vdaná	-,112	,654
Rozvedený/á	,008	,976
Základní	-,507*	,026
Bez maturity, vyučení	-,110	,568
Střední s maturitou	-,080	,677

V případě analýzy s osobní zkušeností s drogami jako závislé proměnné (tabulka vlevo) se faktor osobní zkušenosti neprojevil jako statisticky významný (viz tabulka č. 19). To znamená, že hypotéza H_0 se nepotvrdila. Naproti tomu se jako statisticky významné projevilo základní vzdělání se záporným koeficientem, takže lidé se základním vzděláním

¹² Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,017, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,018, McFadden Pseudo R-Square byl 0,006. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

vyjadřují oproti lidem s vysokoškolským a VOŠ vzděláním spíše souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.

Výsledky ordinální logistické regrese souhlasu s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit v případě dosažení zkušenosti známých s drogami jako zájmové proměnné, jsou zapsány v tabulce č. 20:

Tabulka 20: Souhlas, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit v souvislosti se zkušeností známých s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹³

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	3,031E-06	,525
Věk	-,028	,268
Věk ²	,000	,173
Zkušenost známých s drogami	,038*	,014
Muž	,177	,154
Svobodný/á	-,204	,512
Ženatý, vdaná	-,087	,729
Rozvedený/á	,047	,868
Základní	-,512*	,025
Bez maturity, vyučení	-,117	,541
Střední s maturitou	-,081	,675

V případě, kdy se pracovalo se zprostředkovanou zkušeností jako zájmovou proměnnou, vykazoval faktor zprostředkované zkušenosti statistickou významnost s kladným

¹³ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,023, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,025, McFadden Pseudo R-Square byl 0,008. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

koeficientem (viz tabulka č. 20). To znamená, že jedinci, kteří měli zprostředkovanou zkušenost s drogami, spíše souhlasili s tím, že se drogově závislí mají šanci vyléčit. Tím se potvrdila hypotéza H_{10} . Opět se stejně jako v předchozím případě (viz tabulka č. 19) projevila jako statisticky významná kontrolní proměnná základní vzdělání.

5.6.6. PORADENSTVÍ PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ

Výsledky ordinální logistické regrese s použitím osobní zkušenosti s drogami jako zájmové proměnné jsou zapsány v tabulce č. 21:

Tabulka 21: Souhlas s poskytováním poradenství drogově závislým zdarma v souvislosti s osobní zkušeností s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹⁴

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	-7,530E-07	,878
Věk	,000	,996
Věk ²	,000	,704
Osobní zkušenost s drogami	,172*	,028
Muž	,063	,618
Svobodný/á	-,079	,802
Ženatý, vdaná	-,106	,675
Rozvedený/á	-,044	,879
Základní	,412	,077
Bez maturity, vyučení	,348	,080
Střední s maturitou	,331	,098

V případě dosazení osobní zkušenosti s drogami jako zájmové proměnné (viz tabulka č. 21) se projevil jako statisticky významná souvislost mezi osobní zkušeností s drogou a souhlasem s poradenstvím pro drogově závislé zdarma. Osobní zkušenost s drogou měla kladný koeficient, což znamená, že osoby, které uvedly, že měly osobní zkušenost s drogou,

¹⁴ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,023, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,025, McFadden Pseudo R-Square byl 0,009. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

spíše projevovaly souhlas s poradenstvím pro drogově závislé zdarma. To znamená, že se potvrdila hypotéza H_{11} . Žádný z kontrolních faktorů nebyl statisticky významný.

Výsledky ordinální logistické regrese souhlasu s poskytováním poradenství drogově závislým zdarma za použití zkušenosti se známými jako zájmové proměnné jsou zapsány v tabulce č. 22:

Tabulka 22: Souhlas s poskytováním poradenství drogově závislým zdarma v souvislosti se zkušeností známých s drogami - výsledky ordinální logistické regrese¹⁵

	Estimate	Sig
Čistý měsíční příjem domácnosti	-1,003E-06	,837
Věk	,002	,944
Věk ²	,000	,733
Zkušenost známých s drogami	,011	,488
Muž	,050	,694
Svobodný/á	-,099	,753
Ženatý, vdaná	-,097	,702
Rozvedený/á	-,037	,896
Základní	,409	,080
Bez maturity, vyučení	,357	,072
Střední s maturitou	,349	,080

V tomto případě (viz tabulka č. 22) se žádný faktor, ani zájmová proměnná neprojevil jako statisticky významný, což znamená, že se hypotéza H_{12} nepotvrdila.

¹⁵ Počet pozorování byl v tomto případě 1062. Cox and Snell Pseudo R-Square byl 0,017, Nagelkerke Pseudo R-Square byl 0,019, McFadden Pseudo R-Square byl 0,007. Referenční kategorie, které byly v tabulkách vynechány, jsou následující: pohlaví žena, stav ovdovělý/á a vysokoškolské/VOŠ vzdělání. ** jsou značeny statisticky významné proměnné na 1%, * jsou značeny statisticky významné proměnné na 5%.

5.7. SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Z předložených dvanácti hypotéz se nepotvrdilo pět hypotéz. Nepotvrdila se hypotéza H₂, která tvrdila, že existuje souvislost mezi zprostředkovanou zkušeností a souhlasem s léčbou drogově závislých zdarma. Nepotvrdila se souvislost zkušenosti ani osobní ani zprostředkované s nesouhlasem s tím, že je práce streetworkerů zbytečná, která se předpokládala v hypotézách H₃ a H₄. Nepotvrdila se hypotéza H₉, že jedinci s osobní zkušeností budou spíše souhlasit s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit. A nepotvrdila se hypotéza H₁₂, že jedinci se zprostředkovanou zkušeností budou spíše souhlasit poradenstvím pro drogově závislé zdarma. V tabulce č. 23 je znázorněno, které hypotézy se potvrdily a které nikoliv:

Tabulka. 23: Přehled potvrzených a nepotvrzených hypotéz

Hypotéza	Potvrzena
H ₁ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s léčbou drogově závislých zdarma.	Ano
H ₂ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s léčbou drogově závislých zdarma	Ne
H ₃ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše nesouhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná.	Ne
H ₄ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše nesouhlas s tím, že je práce streetworkerů zbytečná.	Ne
H ₅ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou spíše vyslovovat nesouhlas s léčbou drogově závislých zdarma omezeně.	Ano
H ₆ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou spíše souhlasit s léčbou drogově závislých zdarma omezeně.	Ano
H ₇ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, aby byly injekční stříkačky pro drogově závislé zdarma.	Ano
H ₈ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, aby byly injekční stříkačky pro drogově závislé zdarma.	Ano

H ₉ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.	Ne
H ₁₀ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že každý drogově závislý má šanci se vyléčit.	Ano
H ₁₁ Jedinci s osobní zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že poradenství pro drogově závislé má být zdarma.	Ano
H ₁₂ Jedinci se zprostředkovanou zkušeností s drogou budou vyslovovat spíše souhlas s tím, že poradenství pro drogově závislé má být zdarma.	Ne

Cílem výzkumu bylo zjistit souvislost mezi zkušeností s drogami a postojem k vybraným aspektům protidrogové politiky. V tomto výzkumu se projevila souvislost mezi zkušeností s drogami a postojem k poskytování injekčních stříkaček drogově závislým zdarma, přičemž lidé se zkušeností s drogami vyjadřují k poskytování injekčních stříkaček zdarma souhlasnější postoj. Co se týče postoje k práci streetworkerů, u toho se neprojevila souvislost se zkušeností jedince s drogami. Postoj k poradenství i k léčbě zdarma mají souhlasnější lidé s osobní zkušeností s drogami. Jedincova zprostředkovaná zkušenost s drogami se pro změnu projevila v jeho pozitivnějším postoji k šanci drogově závislých na vyléčení se.

6. VALIDITA VÝZKUMU

Výzkum byl od počátku limitován samotnými otázkami týkající se postoje k protidrogové politice, které se týkaly jen omezené oblasti protidrogové politiky. Cílem práce bylo zjistit souvislost mezi zkušeností s drogami a postojem k vybraným aspektům protidrogové politiky. Otázky v tomto výzkumu odpovídaly cíli práce do určité míry. Postoji k léčbě drogově závislých jakožto aspektu protidrogové politiky odpovídaly otázky ohledně souhlasu s léčbou drogově závislých zdarma, souhlasu s léčbou drogově závislých zdarma s omezením na blíže neurčený počet pokusů, souhlas s tím, zda mají drogově závislí šanci se vyléčit. Postoji k programům harm reduction jakožto aspektu protidrogové politiky odpovídaly otázky týkající se souhlasu s poskytováním injekčních stříkaček pro drogově závislé zdarma a týkající se souhlasu s prací streetworkerů. Otázka týkající se poradenství pro drogově závislé zdarma nelze přisoudit jednoznačně k ani jednomu z vybraných aspektů, protože není specifikováno, zda jde o poradenství v nízkoprahových kontaktních centrech či jako součást streetworku, což bychom zařadili k programu harm reduction nebo poradenství jako součást léčby v poradenských centrech. Takto obecně položený dotaz na poskytování poradenství zdarma drogově závislým si tedy respondenti mohli vyložit různě, což snižuje výpovědní hodnotu této otázky. Stejně tak není blíže specifikováno, co je myšleno „léčbou“ v otázkách týkající se léčby drogově závislých. Je mnoho způsobů léčby (psychoterapie, farmakoterapie, substituční léčba, rezidenční terapeutické komunity, atd.) a jistě se bude postoj k různým způsobům léčby lišit. To, že respondenti mohli vztáhnout otázku na různé způsoby léčby, mohlo snížit validitu výzkumu. Stejný problém je u otázky, která se ptá na šanci drogově závislých se vyléčit, která není specifikována blíže. Respondent mohl odpovídat na to, zda mají drogově závislí v podstatě možnost se vyléčit, tj. je tu dostatek institucí nabízející jim pomoc, nebo mohl odpovídat na to, zda považuje drogovou závislost za nemoc, která se dá léčit.

Další potíží bylo možně zkreslení způsobené nepravdivými odpověďmi respondenta na jeho zkušenosti s drogou, eventuálně možností, že svou zkušenost uvedl jako zkušenost známých. Užíváním drog patří mezi zkušenosti, se kterými nebývá ve zvyku se chlubit a je spojeno často s určitým společenským stigmatem. Dalším možným zdrojem zkreslení mohl být způsob, jakým byla položena otázka týkající se práce streetworkerů, jak už bylo několikrát výše zmíněno. Zároveň otázky týkající se zkušenosti nerozlišují mezi užitím drogy

experimentálně, rekreačně a problémově. Toto rozlišení by mohlo přinést zpřesnění souvislosti mezi postojem k protidrogové politice a zkušeností s návykovou látkou.

Otázky, které byly použity v této práci, byly součástí rozsáhlého dotazníkového šetření týkající se i mnoha dalších společenských problémů. Otázky týkající se drogové problematiky byly zařazeny až v druhé polovině dotazníku, a proto se dá předpokládat určité zkreslení odpovědí z důvodu únavy respondentů.

7. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky, kterými byla léčba drogově závislých a strategie harm reduction a tento postoj dále zkoumat v souvislosti s faktorem zkušenosti jedince s návykovou látkou, a to nejen v souvislosti s osobní zkušeností jedince, ale i zkušenost jeho známých a přátel.

V teoretické části byla uvedena drogová problematika a obecně charakterizována protidrogová politika se zřetelem k vybraným aspektům, na které se práce zaměřila. Byly popsány určité možnosti léčby a programy harm reduction a jejich účinnost. Účinnost těchto programů je hlavním argumentem k jejich financování a realizaci. Dále byla popsána přímo strategie protidrogové politiky v České republice, jak je charakterizována v dokumentu *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*. V souvislosti s tím se také část práce zaměřila na užívání návykových látek v České republice a celospolečenské náklady s tím spojené. Vzhledem k tématu práce byl přiblížen postoj k protidrogové politice v souvislosti se zkušeností s návykovými látkami, při čemž se vycházelo z již uskutečněných výzkumů v České republice i v zahraničí, kde bylo konstatována souvislost mezi zkušeností s drogou a pozitivnějším postojem k protidrogové politice. Na tomto základě byly formulovány hypotézy.

Předmětem vlastního empirického výzkumu byla souvislost mezi zkušeností s návykovou látkou a postojem k vybraným aspektům protidrogové politiky. Vybranými aspekty, byly aspekty léčby drogově závislých a harm reduction, které byly popsány již v teoretické části. Souvislost tohoto postoje byla zkoumána nejen v souvislosti s jedincovou osobní zkušeností s návykovou látkou, ale i se zkušeností jeho přátel a známých, u které se předpokládalo, že také bude souviset s postojem.

Ve výzkumu se vycházelo z již uskutečněného dotazníkového šetření *Naše společnost* z května 2013, jehož část se týkala postoje společnosti ke konzumaci návykových látek. Z tohoto dotazníku byly použity otázky, které posloužili cílům této práce zkoumat postoj obyvatel České republiky k vybraným aspektům protidrogové politiky. Otázky se týkaly léčby drogově závislých zdarma, a léčby drogově závislých zdarma jen na omezený počet pokusů, práce streetworkerů, poskytování injekčních stříkaček drogově závislým zdarma, poskytování poradenství drogově závislým zdarma a šance drogově závislých na vyléčení. Postoj

k vybraným aspektům protidrogové politiky byl vyjádřen souhlasem či nesouhlasem respondentů s těmito formami protidrogové politiky.

Ke zjištění souvislosti mezi souhlasem s jednotlivými formami protidrogové politiky a zkušeností s drogami byla použita ordinální logistická regrese. Souvislost byla zkoumána zvláště pro osobní zkušenost s drogami a pro zkušenost známých s drogami. Na základě výsledků ordinálních logistických regresí se potvrdily hypotézy, že jedinci s osobní zkušeností s drogami spíše souhlasí s léčbou drogově závislých zdarma a to i v případě, že by byla léčba omezená počtem pokusů. Dále se potvrdila hypotéza o tom, že budou spíše souhlasit s poskytováním injekčních stříkaček drogově závislých zdarma a s poskytováním poradenství zdarma. Co se týče jedinců, kteří mají mezi známými někoho, kdo užil drogu, potvrdila se hypotéza, že budou spíše souhlasit s léčbou drogově závislých na omezený počet pokusů. Na proti tomu se ale nepotvrdila hypotéza, že budou souhlasit s léčbou drogově závislých zdarma bez omezení. Dále se potvrdila hypotéza, že budou spíše souhlasit s šancí každého drogově závislého na uzdravení a s výměnou injekčních stříkaček zdarma.

Lidé se zkušeností s drogami tak projeví pozitivnější postoj ke strategii harm reduction ve formě poskytování injekčních stříkaček pro drogově závislé zdarma. Lidé se zkušeností s drogou také projeví pozitivnější postoj k léčbě drogově závislých. U postoje k léčbě drogově závislých lze odlišit souhlasnější postoj s lidí s osobní zkušeností od postoje lidí, kteří mají mezi známými někoho se zkušeností s drogou a kteří souhlasí spíše s omezením léčby na určitý počet pokusů, ale zase spíše souhlasí s šancí každého drogově závislého na vyléčení.

8. ZDROJE

BROŽA, Jiří. *Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci)* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ, Sociologický ústav AV ČR. *Problematika drog očima veřejnosti*. 2002, <http://cvvm.soc.cas.cz/negativni-jevy-bezpecnost/problematika-drog-ocima-verejnosti> (dostupnost ověřena 20.6.2014)

CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ, Sociologický ústav AV ČR. *Tolerance ke skupinám obyvatel*. 2010 <http://cvvm.soc.cas.cz/vztahy-a-zivotni-postoje/tolerance-ke-skupinam-obyvatel> (dostupnost ověřena 20.6.2014)

Centrum pro výzkum veřejného mínění. Sociologický ústav AV ČR, *Naše společnost 201: Postoj společnosti ke konzumaci vybraných návykových látek*. dostupné z: <http://nesstar.soc.cas.cz/webview/> 15.10.2013

CENTRUM VÝZKUMU PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB A VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ. *Postoje společnosti k problematice drog: Vývoj postojů společnosti k osobám užívající drogy, k řešení problem s drogami a k alegalizaci marihuany v letech 1996 – 2006*. 2006

CRUZ, M. F. et al., *Public Opinion towards Supervised Injection Facilities and Heroin-assisted Treatment in Ontario, Canada* in: *International Journal of Drug Policy* (2007) p. 54-61. dostupné z: [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(06\)00244-1/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(06)00244-1/abstract) 15.4.2014

GABRHELÍK, Roman. *Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti* in: RADIMECKÝ, Josef. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Editor Barbara Janíková, Petra Piskáčková. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.

GROHMANNOVÁ, Kateřina. *Systém péče o uživatele návykových látek* in: RADIMECKÝ, Josef. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Editor Barbara Janíková, Petra Piskáčková. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.

HRDINA, Petr, KORČIŠOVÁ, Blanka. *Terénní programy* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-62.

HRDINA, Petr. *Harm reduction – snižování poškození drogami* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

JANÍKOVÁ, Barbara. *Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách* in: KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

KALINA, Kamil, MIOVSKÝ, Michal. *Psychoterapie v léčbě závislosti* in: KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

KALINA, Kamil. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

KUDRLE, Stanislav. *Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

KUDRLE, Stanislav. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.

MATHESON, C., et al., Public opinion of drug treatment policy: Exploring the public's attitudes, knowledge, experience and willingness to pay for drug treatment strategies. *International Journal of Drug Policy* (2013), dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.11.001> 15.4.2014

MIOVSKÝ, Michal, BARTOŠÍKOVÁ, Kamila. *Hlavní psychoterapeutické přístupy* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-62.

MIOVSKÝ, Michal. *Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti* in: KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-62.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2013. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 / Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

NIDA. Methadone Maintenance Treatment Research in the United States. Questions and answers. Rockville, Maryland, USA: 1996

NTA (National treatment agency), Numbers receiving drug treatment in England. 2012

ØDEGÅRD, E. Legality and legitimacy on attitudes to drugs and social sanctions. *British Journal of Criminology*, 1995, vol. 35, no. 4, pp. 525 – 542

PARRINO, M. H. State methadone treatment guidelines. DHHS Publication No. 93, Washington: 1993

POPOV, Petr, *Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba* in: KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

PRESTON, A., *The Methadone Briefing*. London: 1996

RADIMECKÝ, Josef. Úvod do adiktologie – terminologie, modely a přístupy in:

RADIMECKÝ, Josef. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Editor Barbara Janíková, Petra Piskáčková. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007, 59 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-239-9960-0.

SILVERMAN, J., Addicted to distortion: The media and UK Drugs Policy. In: *Crime, Policy and the Media*. Routledge: 2011

ÚŘAD VLÁDY ČR. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*. Praha, 2010.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. 2004. <http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-zivotnim-stylu-obyvatel-cr-zamerene-na-zneuzivani-drog> (dostupnost ověřena 20.6:2014)

WHO INTERNATIONAL COLLABORATIVE GROUP. *Multi-city Study on Drug injecting and Risk of HIV Infection*, WHO. Geneva. 1994

WHO, Effectivness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Genva: 2004. ISBN 92 4 159164 1

WHO. Principy prevence infekce mezi uživateli drog. MZ ČR a Kancelář WHO v ČR, Praha, 1999

Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. 167/1998 Sb. 1998. Česká republika

ZEMAN P., TRÁVNÍČKOVÁ I., ŠTEFUNKOVÁ, M., *Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů.* Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Praha: 2011