



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav/klinika: Mimofakultní pracoviště

Lucia Gogorová

**Vývojové trendy užívání nelegálních drog u
mladých lidí v České republice v letech 2000 - 2008**

*Development trends of using illegal drugs in young
people in The Czech
Republic in the years 2000-2008*

Diplomová práce

Praha, 2010

Autor práce: Lucia Gogorová

Studijní program: Všeobecné lékařství

Magisterský studijní obor: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **Mgr. Stanislava Kottbauerová**

Pracoviště vedoucího práce: Mimofakultní pracoviště

Datum a rok obhajoby:

Prehlásenie

Prehlasujem, že som predkladanú prácu spracovala samostatne a použila len uvedené pramene a literatúru. Súčasne dávam súhlas k tomu, aby táto diplomová práca bola používaná k štúdiným účelom.

V Prahe dňa 10.6.2010

Lucia Gogorová

OBSAH

ÚVOD

| | |
|---|-----------|
| 1.DROGY | 6 |
| 1.1Definícia..... | 6 |
| 1.2 Rozdelenie nelegálnych drog..... | 6 |
| 1.3 Charakteristika jednotlivých skupín drog..... | 7 |
| 1.4 Zdravotné komplikácie užívania drog..... | 12 |
| 1.5 Sociálne – spoločenský dopad užívania drog..... | 16 |
| 2.PROBLEMATIKA DROG POHĽADOM DO MINULOSTI | 17 |
| 2.1Drogy na pozadí histórie ľudstva..... | 17 |
| 2.2Drogy ako doprovodný fenomén porevolučného obdobia v ČR..... | 20 |
| 3. PROTIDROGOVÁ POLITIKA | 22 |
| 3.1Protidrogová politika na medzinárodnej úrovni..... | 22 |
| 3.2Organizácia protidrogovej politiky v ČR..... | 25 |
| 3.2.1 Koordinácia na centrálnej úrovni..... | 27 |
| 3.2.2 Koordinácia na krajskej a miestnej úrovni..... | 30 |
| 3.2.3 Zakotvenie problematiky drog v legislatíve..... | 31 |
| 3.3Protidrogová stratégia ČR na obdobie 2010 – 2018..... | 31 |
| 4. PROTIDROGOVÁ PREVENCIA | 32 |
| 4.1Klasifikácia protidrogovej prevencie..... | 32 |
| 4.2Rodina ako kľúčový článok v prevencii..... | 33 |
| 4.3Preventívne postupy na školách..... | 35 |
| 4.4Kontaktné centrá – terénny prístup..... | 37 |
| 4.5Rady ako správne postupovať v niektorých situáciách..... | 37 |
| 4.5.1 Dieťa má problém s drogami..... | 37 |
| 4.5.2 Objavenie pohodenej použitej injekčnej ihly alebo striekačky..... | 38 |
| 4.5.3 Poranenie o pohodenú ihlu..... | 38 |
| 5. TRENDY UŽÍVANIA DROG V ČR PO ROKU 2000 | 39 |
| 6. TRENDY UŽÍVANIA DROG V SR | 47 |
| 7. UŽÍVANIE KANABINOIDOV – POSTAVENIE ČR V RÁMCI EURÓPY | 52 |
| ZÁVER | 54 |
| SÚHRN | 57 |
| SUMMARY | 58 |
| ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY | 59 |
| ZOZNAM GRAFOV, OBRÁZKOV A TABULIEK | 63 |
| ZOZNAM PRÍLOH | 64 |
| PRÍLOHY | |

ÚVOD

„Jediný spôsob ako si uchovať zdravie je jesť, čo nechceš, piť, čo nemáš rád a robiť, čo sa ti nepáči.“ (Mark Twain)

Na prvý pohľad možno trochu úsmevný a ironický citát slávneho spisovateľa som si prepožičala, hľadajúc vhodné slová, ktoré by vyjadrili vo všeobecnosti vnútorný postoj mladého dospelujúceho človeka k vlastnému zdraviu. Práve v období plnom podnetov, výziev a možností sa častokrát nadradzuje pôžitok nad zodpovednosť za svoj prístup a následky z toho plynúce. Otázkou však je, či je to správne, do akej miery je možné to ovplyvniť či už pokazené napraviť a s akou úspešnosťou.

Cieľom spoločnosti je doviest' mladého človeka do dospelosti pripraveného prežiť život kvalitne, schopného vytvárať hodnoty a chrániť to jediné, čo je pre všetko ostatné podmienkou - zdravie. Čím viac sa spoločnosť približuje k naplneniu tejto myšlienky, tým viac je vyspelejšou...

Problematika zdravia mladých ľudí je a vždy bude aktuálnou témou. Nová doba totiž prináša nové problémy či nové riešenia tých stále prítomných, ktoré akoby prenášame z generácie na generáciu a fakt, že mladý človek predstavuje obrovský potenciál, už iba podčiarkuje dôležitosť neprestajne sa zaoberať touto časťou populácie. Táto predkladaná práca je zameraná na problematiku závislosti na návykových látkach u mladých ľudí v ČR a zmapovanie jej vývoja v uplynulých rokoch.

1. Drogy

1.1 Definícia

Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 1969 je drogou „akákoľvek substancia, ktorá vpravením do živého organizmu môže zmeniť jednu alebo viacero jeho funkcií“. Od roku 1971 sú v odbornej terminológii drogy označované ako „omamné a psychotropné látky (OPL)“.

V súčasnosti býva pojmom „droga“ označovaná akákoľvek omamná látka, či už prírodná alebo syntetická, ktorá sa používa k iným účelom než k liečeniu (napr. v mágii, v náboženstve, pri zneužívaní toxikomanmi) a spĺňa dva nasledujúce predpoklady: 1) musí mať psychotropný efekt, t.j. musí mať schopnosť ovplyvňovať prežívanie reality, meniť vnútorné naladenie, atď. a 2) mala by vyvolávať závislosť.

1.2 Rozdelenie nelegálnych drog

„Nelegálne drogy“ sú látky, ktorých samotné užitie nie je trestné, ale ich prechovávanie, držanie, výroba, predaj alebo šírenie v akomkoľvek množstve je v rozpore s platnými právnymi normami.

Nelegálne drogy je možné deliť:

- 1) podľa pôvodu na drogy *prírodné a syntetické*,
- 2) podľa rizika vzniku závislosti a zdravotných komplikácií na drogy *mäkké a tvrdé*,
- 3) podľa prevládajúceho účinku na *stimulanciá, halucinogény a tlmivé látky*,
- 4) podľa zákona na *legálne a nelegálne*,
- 5) podľa zaradenia do jednotlivých skupín na *kanabinoidy, stimulanciá, opiáty, halucinogény, trankvilizéry a rozpúšťadlá*.

1.3 Charakteristika jednotlivých skupín drog

Kanabinoidy (konopné látky)

Názov drogy má pôvod v gréckom slove „kanabos“, čo znamená hlučný. Hlučnosť je jedným z charakteristických prejavov v správaní sa pri skupinovom užití tejto drogy. Pestovaniu tejto drogy sa darí v oblastiach s teplou klímou a z hľadiska obsahu psychoaktívnych látok sú významné predovšetkým samičie rastliny.

Účinné látky, označované ako cannabinoidy, boli identifikované až v r.1964 a za psychicky najaktívnejšie sú považované 8-trans- a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol. Mechanizmom účinku THC je väzba na kanabinoídne receptory v mozgu.

Mimo psychotropný účinok majú aj analgetický účinok a schopnosť potlačiť nevoľnosť a zvracanie. Perspektívnym sa javí ich využitie v neurológii (roztrúsená skleróza, migréna,...), v očnom lekárstve (glaukóm) či internej medicíne (ako bronchodilatans). Od r.1991 sú terapeuticky využívané u AIDS a chemoterapie nádorových onemocnení.

Zneužívané sú dve základné formy: *marihuana a hašiš*. Marihuana domácej produkcie obsahuje 2-8% účinných látok, zahraničnej produkcie 6-14%. Hašiš marihuanu obsahom účinnej látky až 40% značne prevyšuje.¹

Konopné drogy sú užívané predovšetkým fajčením, no môžu byť použité i v pokrmoch a nápojoch. Dávkovanie býva premenlivé, u marihuany sa pohybuje od desiatín gramov až po niekoľko gramov sušiny. Účinok po vyfajčení nastupuje behom niekoľkých desiatok sekúnd až minút a trvá 3 až 6 hodín. Najcharakteristickejšími účinkami sú sucho v ústach, jemný pocit chladu a hlad. Typická je aj deformácia vo vnímaní času (zdá sa byť dlhší - akoby sa vliekol). Objavujú sa aj deformácie vo vnímaní priestoru a ilúzie, najčastejšie zrakové. Častá je prítomnosť ľahkej eufórie a príjemnej nálady, ktorá môže prejsť až do búrlivého, nezadržateľného smiechu. Patrné je výrazné prekrvenie spojiviek - tzv. „kráľičie oči“. Agresívne či depresívne rozlady, rovnako ako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“), sú výnimočné, objavujú sa najmä u predisponovaných.

Nevyvolávajú somatickú závislosť, psychická závislosť sa vyskytuje u 8-10% pravidelných užívateľov.¹ Vzostup tolerance ani odvykacie príznaky neboli popísané a doposiaľ nebol zaznamenaný ani prípad predávkovania s následkom smrti.

Pri veľmi častom, nadmernom a dlhodobom užívaní sa dostávajú jemné poruchy v oblasti krátkodobej pamäte a schopnosti sústrediť sa. Pri pravidelnej konzumácii sa môžu dostať „flashbacky“ a pri zlom naladení môže dôjsť k paranoidnému stavu. Užívatelia obvykle nevyhľadávajú odbornú pomoc - iba pod nátlakom okolia či pri prítomnosti psychických komplikácií.

Stimulanciá

Typickými zástupcami sú *amfetamín, kokáin a pervitín*. Sú to látky s budivým efektom na CNS, ktorých mechanizmus účinku spočíva vo zvýšení monoamínov v synaptickej štrbine. Zvyšujú psychomotorické tempo a bdelosť, skracujú spánok a zahŕňajú únavu, vyvolávajú eufóriu a pocit sily duševnej i fyzickej a znižujú chuť k jedlu. Nápadný je teda prebytok energie, zhovorčivosť, strata zábran a vystupňovaný sexuálny pud. Zvýšenie krvného tlaku, pulzu, rozšírenie zorníc, potenie, bledosť a nevoľnosť takisto patria k prejavu ich požitia.

Po odoznení účinku sa dostavuje tzv. dojazd. Dominuje celkové vyčerpanie, únava, bolesti kĺbov, po dlhšej „jazde“ niekoľkodenný spánok prerušovaný krátkymi epizódami bdenia s „vlčím hladom“.

Pri dlhodobom užívaní vzniká závislosť. Ide o závislosť psychickú, vyznačujúcu sa cravingom. Užívanie stimulancií predstavuje ohromnú záťaž pre organizmus, predovšetkým pre kardiovaskulárny systém - stúpa riziko srdcových a mozgových príhod. Majú výrazný kachektizujúci efekt. Ku komplikáciám patrí toxická psychóza pod obrazom paranoidného či paranoidne - halucinatórneho syndrómu („stíha“).

Kokáin je v strednej Európe a teda i v ČR okrajovou drogou, užívanou finančne privilegovanou skupinou ľudí. Najčastejšou formou užívania je šňupanie (sniffing). Účinky trvajú pomerne krátko, už po 30 minútach ustupujú. Pri otrave sa objavujú záškuby a kŕče, stúpa teplota a smrť nastáva v dôsledku ochrnutia

dýchacieho centra. Dlhodobé šňupanie výrazne poškodzuje nosnú sliznicu, hrozí riziko perforácie nosnej prepážky. „*Crack*“ je forma kokaínu určená k fajčeniu. *Pervitín (metamfetamín)* je z nelegálnych drog v ČR najrozšírenejší. Aplikuje sa ústami, šňupaním a vnútrožilne, čo je v ČR najčastejší spôsob.²

Opiáty

Opiáty sú podskupinou opioidov, ktorá má štruktúru blízku morfínu, viažu sa na opioidné receptory v CNS a vyznačujú sa hlavne tlmivým účinkom. Potláčajú bolesť, pôsobia eufóriu, zkludnenie až ospalosť. Ich účinkom dochádza k útlmu dýchacieho centra a centra pre kašeľ a naopak k dráždeniu chemoreceptnej zóny pre zvracanie. Ďalej vyvolávajú miózu, znižujú telesnú teplotu, v krvnom obehú spôsobujú vazodilatáciu, hypotenziu a bradykardiu. Spomaľujú dychovú frekvenciu a znižujú dychový objem a do súboru príznakov patrí aj ťažká zápcha, znížená produkcia a retencia moču a svrbenie, prejavujúce sa poškrabávaním sa po celom tele a to i v bezvedomí.³

Pri chronickom užívaní je najviac postihnutá oblasť charakterových vlastností, dochádza k degradácii jedinca. V pokročilom štádiu závislosti je nápadná extrémna vychudnutosť s celkovým vyčerpaním organizmu. Najmä *heroín* má vysoký potenciál k somatickej závislosti, ktorá sa rozvíja už po niekoľkých týždňoch užívania. Súčasťou je i vzostup tolerancie a tým i potreba vyšších dávok.

Naloxon je špecifickým antidótom, ktoré ale môže vyvolať prudký odvykací stav s rizikom úmrtia. Závislosť na opiátoch patrí k najvážnejším a rozlišujeme liečbu vedúcu k abstinencii a liečbu substitučnú, u ktorej je v ČR využívaný hlavne *buprenorfín a methadon*.

„*Braun*“ je polosyntetický opioid, typicky česká droga, ktorá sa vyrába v domácich laboratóriách z liečiv obsahujúcich kodeín (metylmorfín). Má nižší potenciál pre závislosť než heroín, ale bol ním v 2. polovici 90.rokov z českej drogovej scény prakticky úplne vytlačený.³

Halucinogény

K halucinogénom patria látky rastlinného pôvodu a pôvodu z húb (*meskalín, durman a psylocybín*) a ďalej semisyntetické a syntetické látky (*LSD a PCP* - „anjelský prach“). Mechanizmus účinku halucinogénov súvisí s ich vplyvom na špecifické serotonínové receptory.

U nižších dávok sa vyskytujú ilúzie a pseudohalucinácie, je výraznejší sklon k ornamentalizácii, zvýšená citlivosť k priestorovému vnímaniu a vnímaniu farieb. Sú prítomné pocity miernej eufórie, dobrá nálada, niekedy až s prechodom do extatického stavu.

Vyššie dávky môžu navodiť intenzívny halucinatórny vôľou neovladateľný stav. Môže dôjsť k výrazným poruchám myslenia, zvýšenej vzťahovačnosti až paranoji. Depersonalizácia a derealizácia takisto patria k obrazu intoxikácie halucinogénmi.

Psylocybín je psychicky veľmi aktívna látka obsiahnutá v hubách rodu *Lysohlávok*. Patrí u nás k najrozšírenejším prírodným halucinogénnym látkam. Na čiernom trhu sa objavujú sušené časti huby, väčšinou klobúky. Množstvo aktívnej látky v hube nie je možné odhadnúť, čo so sebou prináša veľké riziko. Užívajú sa perorálne, pre zmiernenie nepríjemnej chuti namáčané v mede.

LSD sa na našom súčasnom čiernom trhu objavuje takmer výlučne vo forme tzv. tripov či kryštalov. Oba prípravky sa užívajú perorálne, postupným rozpúšťaním v ústach pod jazykom. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergovej (*LSD-25*). V prípade tripov a kryštalov ide o kombinovaný účinok viacerých psychoaktívnych látok, obvykle sú prímiesou látky zo skupiny stimulancií.⁴ V dôsledku toho je zhoršená predvídateľnosť účinku drogy. Užívanie tejto drogy je viazané na subkultúrne prostredie so špecifickou hudbou, obliekaním sa a ďalšími módnymi trendmi.

Halucinogény patria k najmenej predvídateľným drogám čo do účinku, ktorý nezávisí len na obsahu a kvantite psychoaktívnych látok, ale i na celkovom „vyladení“ jedinca a jeho citlivosti.⁴ Doposiaľ nebol popísaný prípad predávkovania s následkom smrti, môže však dôjsť k vážnemu poškodeniu pečene alebo obličiek.

Rozpúšťadlá (inhalačné drogy)

Toluén je v súčasnej dobe najrozšírenejším zástupcom skupiny inhalačných drog v ČR.⁵ Z ďalších látok sa uvádza *trichloretylén*, *acetón* a *éter*. Inhalácia prebieha priamo z fľaše, ale obvyklejším spôsobom je vdychovanie (sniffing) výparov z napustenej tkaniny. Účinok sa dostavuje ale i odoznieva v priebehu niekoľkých minút. K zvýšeniu účinku si niektorí užívatelia preťahujú cez hlavu igelitový sáčok, čím sa ale vystavujú veľkému riziku úmrtia! Pri inhalácii sa dostavuje pocit eufórie, objavujú sa poruchy vnímania sprevádzané živými, farebnými halucináciami a to všetko za postupného útlmu až straty vedomia. Cielené a kontrolované dávkovanie je nemožné. K úmrtiu môže dôjsť už pri prvom pokuse, preto by sa experimentovanie s inhalačnými drogami nemalo podceňovať!⁵

Toluén vyvoláva silnú psychickú závislosť, ktorá vedie k dennému užívaniu a postupnej degradácii osobnosti. Pri dlhšom užívaní dochádza k celkovému otupeniu, „ohlúpnutiu“, poruchám emotivity a správania. Výnimkou nie je ani toxické poškodenie pečene a obličiek či ďalšie komplikácie ako poleptanie dýchacích ciest.

Zásadné je si uvedomiť, že poškodenie mozgu je nezvratné!⁵ V dôsledku nezvratných zmien intelektu sú vyhliadky na úplnú abstinenciu mizivé a to z dôvodu nedostatočného vnímania okolia a chápania súvislostí užívateľom.

Trankvilizéry (anxiolytiká)

Ide o lieky odstraňujúce úzkosť, napätie a strach. Najčastejšie preskribovanou skupinou sú *benzodiazepínové preparáty* vyznačujúce sa vysokou účinnosťou, relatívnou bezpečnosťou pri predávkovaní, ale hlavne rizikom vzniku závislosti. Svojím účinkom sa podobajú alkoholu. Varovná čo do rizika intoxikácie a letality je ich kombinácia s ďalším CNS tlmivými preparátmi.

Užívajú sa väčšinou perorálne. U užívateľov drog sa môžeme stretnúť s vnútrožilnou aplikáciou rozdrtenej tablety rozpustenej vo vode. Ide s najväčšou pravdepodobnosťou o Rohypnol.⁶ Pri dlhodobom užívaní je najväčším

nebezpečenstvom vznik závislosti, ktorá má psychickú i fyzickú zložku. V prípade, že jedinec užíva väčšie dávky, nedoporučuje sa vysadenie celej dávky naraz, ale jej postupné znižovanie, aby sa predišlo rebound fenoménu s priamym ohrozením jedinca na živote.

MDMA (extáza)

Svojím účinkom stojí na pomedzí stimulancií a halucinogénov a chemicky je odvodená od amfetamínu. Stimulačný efekt, príjemné, ľahko kontrolovateľné emočné stavy s relaxáciou, pocitmi šťastia a blaha za sprievodu halucinácií, znížená potreba spánku ako aj znížená chuť k jedlu, potenie, sucho v ústach či napätie kostrových svalov – to všetko patrí k typickým príznakom. Užíva sa vo forme tabliet a kapsúl, často v kombinácii s inými látkami, najčastejšie s amfetamínmi, kokaínom, THC a alkoholom. Účinok nastupuje za 0,5 až 1 hodinu a trvá 5-7 hodín.

Pri užití osamote je jedinec schopný väčšieho intelektuálneho výkonu, pri užití v páre nastupujú pocity empatie, lásky, zvyšuje sa komunikatívnosť a potreba dotýkať sa druhého. Medzi najväčšie komplikácie patrí prehriatie organizmu, ktoré môže byť spúšťačom ťažkého metabolického rozvratu vedúceho až k smrti!

1.4 Zdravotné komplikácie užívania drog

Užívatelia drog sú ohrození nielen intoxikáciou či vznikom toxickej psychózy, ale spôsob ich života vedie k *zvýšenému riziku chorôb infekčnej i neinfekčnej povahy*. V iných prípadoch môže užívanie drog *zhoršiť už existujúce chorobné procesy alebo vyprovokovať k manifestácii ich latentnú formu*. Aktívne užívanie drog so sebou takisto nesie výrazne vyššie *riziko otráv a úrazov*, vrátane úrazov dopravných. Nutné je tiež pripomenúť i fakt, že závislí sa takisto častejšie stávajú *obeťami násilných trestných činov*.

Používanie nesterilných pomôcok k i. v. aplikácii drog, vzájomné požičiavanie si ihiel pri nedostatku vlastných, ako aj nesterilná príprava drogy, ďalej často nízka socio -ekonomická životná úroveň s nízkym hygienickým štandardom a sexuálna promiskuita, v horšom prípade formou prostitúcie, za účelom získania finančného obnosu na obstaranie si drogy - to všetko sú faktory, ktoré napomáhajú vzniku predovšetkým infekčných chorôb.

Treba podotknúť, že obvyklá nechuť závislého k návšteve lekára má za následok, že infekčná choroba je zvyčajne zachytená až v pokročilejšom štádiu. Navyše bolesť zaháňaná zvýšenou dávkou drogy, pri vzostupe horúčky samo nasadzovanie antibiotík a symptómy z odňatia drogy imitujúce akútne infekčné ochorenie - to všetko vnáša do diagnostiky a liečby narkomana zmätok. Asociálne správanie voči zdravotníckemu personálu i spolupacientom či simulácia ťažkostí za účelom získať vyššiu dávku analgetika alebo substitučný liek, nepodriadenie sa liečbe a následné opúšťanie zdravotníckeho zariadenia na reverz už iba dokresľujú celkový rámec problému.

Najohrozenejšou skupinou sú dlhodobí injekční užívatelia drog, pretože dochádza k vpraveniu toxickej látky vrátane všetkých nežiadúcich prímiesí a mikroorganizmov priamo do krvného riečišťa, odkiaľ môžu byť zanesené i do vzdialených orgánov.

Lokálne infekcie, postihujúce kožu, sliznice a mäkké tkanivá privádzajú užívateľa drog málokedy k lekárovi. Najčastejšie sa s nimi stretávajú pracovníci kontaktných centier. Klinicky sa prejavujú ako *kožné ulcerácie, impetigo, abscesy, flegmóna a povrchové zápaly žíl*. Na tomto mieste stojí za zmienku pomerne časté *parazitické onemocnenie kože – svrab*.

Ak nie je bakteriálna infekcia v krvi zvládnuta rozvíja sa *septický stav*. U užívateľov drog je často zachytený už v pokročilom štádiu, v dobe zlyhávania viacerých orgánov. I pri prechodnej bakteriémii sa môže vytvoriť *metastatické hnisavé ložisko, napr. v srdci či slezine*.

Najviac je ohrozený nemocný vznikom *infekčnej endokarditídy*. U i. v. užívateľov drog je väčšinou postihnutá trojcípa chlopňa v pravom srdci. Ľavostranná endokarditída býva menej častá.

Vírusová hepatitída typu B sa v komunite užívateľov drog prenáša prostredníctvom zdieľania spoločných injekčných ihlíc a paraferálií. Podiel nakazených pri injekčnej aplikácii je u typu B asi 15%, 50% tvorí prenos sexuálnym stykom.⁷ Účinným spôsobom, ako predísť tomuto onemocneniu je očkovanie! Malo by byť dôrazne doporučované prostredníctvom kontaktných centier užívateľom drog, ktorí sú vysoko rizikovou skupinou.

Vírusová hepatitída typu C sa vo väčšej miere než typ B prenáša krvnou cestou. Býva najčastejšie diagnostikovaná až v chronickom štádiu. Očkovacia látka proti hepatitíde typu C neexistuje. Je k dispozícii len liečba chronickej hepatitídy interferónom a ribavirinom, ktorá však trvale vyliečiť nie je schopná, je doporučovaná iba pri biochemickej a virologickej aktivite zápalu a kvôli častým nežiadúcim účinkom si vyžaduje pravidelné lekárske kontroly. Možná reinfekcia u aktívnych narkomanov by liečbu znehodnovala, preto je dostupná len pre závislých s doloženou 1 rok trvajúcou abstinenciou od drog.⁷

Infekce HIV/ onemocnenie AIDS nie je v ČR príliš rozšírená. Ide o postupnú likvidáciu bunecnej imunity jedinca. Prenáša sa najčastejšie nechráneným sexuálnym stykom, hetero- či homosexuálnym. Presadzovaním bezpečných sexuálnych praktík a výmennými programami injekčných ihlíc a striekačiek je možné šíreniu tejto zákernej choroby účinne predchádzať.

Cievny systém býva mechanicky poškodzovaný pri i. v. aplikácii drog. Vena jugularis, subclavia či femoralis sa postupne môžu stať miestom aplikácie drogy, čo so sebou prináša závažné riziká ako trombózu či vznik abscesu v týchto lokalizáciách. Závažnou komplikáciou intravenózneho užívania drog je vytvorenie *pseudoaneuryzmatu* najčastejšie femorálnej tepny, kde je chirurgická intervencia nevyhnutná.

Postihnutie srdca v podobe *infarktu myokardu, arytmie*, ale i *náhleho zlyhania srdca* je pozorované hlavne u užívateľov psychostimulancií. Dôvodom náhlej srdcovej smrti môže byť i *pľúcna embólia*, najmä u narkomanov, ktorí majú trombózu DK.

Postihnutie pľúc patrí u i. v. narkomanov k najčastejším!⁸ Vplyvom intoxikácie opiátmi môže dôjsť i k zástave dýchacieho centra a intoxikovaný umiera bez pocitu dusenia. *Aspiračná pneumónia*, ktorá vzniká po aspirácii zvratkov, sa môže vyskytnúť pri predávkovaní opioidmi alebo môže komplikovať aj intoxikáciu inými tlmivými látkami. Bez hospitalizácie a masívnej antibiotickej liečby dochádza k úmrtiu. *Opakované či nehojace sa pneumónie* alebo *pľúcne abscesy* by mali byť podozrivé zo septických embolizácií pri pravostrannej endokarditíde.

Výnimkou nie je ani **postihnutie oka**. Napr. chronický abúzus stimulačných látok môže viesť k *šedému alebo k zelenému zákalu*. Očný bulbus zasa môže byť napadnutý *kvasinkovou infekciou* či embolizácia očných kapilár môže viesť k *poruchám sietnice*.

K **postihnutiu obličiek** dochádza po dlhodobom injekčnom abúze a opakovaných infekčných komplikáciách. *Amyloidóza obličiek* či *maligna nefroskleróza* u heroinistov čiernej pleti si spravidla vynúti dialyzačnú liečbu. *Akútne poškodenie obličiek* môže vzniknúť v súvislosti s užitím tzv. tanečných drog, hlavne MDMA. Iba rýchla náhrada tekutín a ďalšie podporné opatrenia v tomto prípade môžu funkciu obličiek zachrániť bez následkov.

K **postihnutiu CNS** dochádza predovšetkým pri abúze organických rozpúšťadiel, čo sa klinicky prejaví *stratou kognitívnych schopností* a postihnutím mozočkových funkcií. Psychostimulancia prostredníctvom prudkého zvýšenia krvného tlaku zasa môžu spôsobiť *krvácanie do mozgu*.

1.5 Sociálne -spoločenský dopad užívania drog

Zdravotné komplikácie a následky nie sú jediným negatívnym dôsledkom užívania drog. Drogy poškodzujú jednotlivca i celú spoločnosť v ďaleko širšej miere.

Ničia postupne užívateľovi okrem zdravia i vzťahy rodinné a pracovné. Kontakt s vonkajším racionálnym svetom s určitou hierarchiou hodnôt sa vďaka drogám pretfha, narkoman sa ocitá oklieštený a uvrhnutý do vnútornej samoty a závislosti na skupine ľudí, s ktorou ho spája spôsob života zameraný len a len na drogu. Droga ničí človeka finančne, spoločensky, emočne, charakterovo, rozumovo...

Pre spoločnosť ako takú prinášajú drogy obavu z šírenia infekcií, vytvárajú kriminálnu atmosféru, ktorá je s drogami bezprostredne spojená a výrazne zaťažujú spoločnosť finančnými nákladmi, ktoré vyčleňuje, aby sa na úrovni liečby a prevencie mohla s týmto problémom vysporiadať.

2. Problematika drog pohľadom do minulosti

2.1 Drogy na pozadí histórie ľudstva

Historicky najstaršie skúsenosti má človek s tzv. *psychedelickými drogami*. Termín „psychedelický“ pochádza z gréčtiny od slova psyché a delein a znamená „učiniť zjavným“.

Najstarším dochovaným svedectvom užívania psychedelických látok sú rituály šamanov. Umožňovali šamanom rýchly prestup do zmenených stavov vedomia, a tak na podklade priameho zážitku porozumieť stavom zrodzenia a smrti, vzťahu ku kozmu a k stvoreniu sveta vôbec. V histórii čínskej medicíny doklad o užívaní psychedelických látok siaha 3500 rokov dozadu. V starej indickej literatúre sa popisuje posvätná rastlina a z nej pripravovaný nápoj „soma“, ktorý veriacich privádzal do extatických stavov.

Konope sprevádza človeka rovnako dlho ako alkohol. V lékopise čínskeho cisára Shen-Nunga z pred 5000 rokov sa objavujú prvé literárne záznamy o konope. V indickom písomníctve sa táto droga objavuje 800 rokov pr.Kr. a v ajurvéde sa uvádza ako liek na onemocnenia ako nespavosť či migréna. Konope bolo využívané pre posvätné, liečebné a rituálne účely na Strednom východe, v Afrike, Indii, Číne, Tibete, Severnej a Južnej Amerike a v Karibskej oblasti. V Európe je konope známe od 5.stor. po Kr., v stredoveku sa rozširuje ako súčasť čarodejných lektvárov a mastí.

Aztékovia a Mayovia rovnako ako indiáni kmeňa Huicholov a Mazatékov používali psychedelické rastliny ako kaktus Peyotl alebo San Pedro, kde účinným alkaloidom je *meskalín* a ďalej posvätné huby Teonanacatl čiže „mäso bohov“, kde účinnou látkou je psylocybín.

V amazónskej oblasti je známa rituálna substancia *ayahuasca*, ktorej zdrojom je lianovitá rastlina *Banisteropsis caapi*. Nápoj z liány pripravujú aj niektoré kmene indiánov a nazývajú ho „vino duše“ alebo „vino smrti“.

V rovníkovej Afrike je známa kerovitá rastlina Tabernanthe Iboga, ktorá je zdrojom drogy *ibogain*. Najmä v Gabune sú korene využívané v malých dávkach ako afrodiziakum a stimulancium a vo veľkých dávkach v priebehu náboženských ceremoniálov k zasväteniu do kultu Bwiti.

Zo starovekého Grécka sa dochovali čiastočné zápisy z mystérií smrti a znovuzrodenia ako bola napr. Eleusinská mystéria zasvätená Demetre a Persefone, pri ktorej bol podávaný Kykeon, nápoj s psychedelickým účinkom.

V stredoveku boli psychedelické látky rastlinné a živočíšne používané k výrobe nápojov a masťí k čarodejnickým rituálom, čiernym omšiam a sabatu (*belladonna, mandragora a durman*).

Koncom 18.storočia vďaka umeleckej skupine „prekliatych básnikov“ nastal pre užívanie psychedelických látok nový rozmach. Umelci ako Poe, De Quincey sa inšpirovali účinkami ópia, Baudelaire, De Nerval a Victor Hugo zasa hašišom.

História **opiátov** dokladom o pestovaní maku kvôli jeho narkotickým účinkom je 6000 rokov stará a pochádza od Sumerov, ktorí mak nazývali „rastlinou radosti“. V Egypte používali ópium ku kultovým obradom, v starovekom Grécku zasa k liečeniu. Grékovia dali makovej šťave takisto názov ópium. Makovice sa stali symbolom boha spánku Morpheia a boha smrti Thanata. Dobyť Grécka Rimanmi sa nápoj z makovic dostal viac na Západ. V 6. a 7.storočí Arabi doniesli ópium do Perzie, Indie a Číny. Významný stredoveký lekár Paracelsus používal k svojej liečbe tinktúry, obsahujúce opiáty a nazýval ich Laudanum a Arkanum. V r. 1839 kvôli obchodu s ópiom vypukla vojna medzi Čínou a Veľkou Britániou. Túto vojnu i tú ďalšiu v roku 1856 vyhrali Briti. Cieľom britských vojnových ťažení bolo udržanie importu ópia do Číny. V 19.storočí sa ópium rozšírilo do Európy a najmä vo veľkých a prístavných mestách sa v hojnej miere užívalo.

Kokaín je extrakt z rastliny *Erythroxylon coca*, ktorá rastie v Južnej Amerike a na Indonézskych ostrovoch. Na území dnešného Equáadoru bola droga známa už pred 5000 rokmi. V ríši Inkov bola užívaná vedúcou kastou prísne rituálne a rozhodne nebola zneužívaná masovo. Bola darom bohov v dobe zlej úrody a podľa ságy mala „pokleslých na duchu vzpružiť, vyčerpaným priniesť nové sily a hladných nasýtiť“. Španielski kolonizátori zakázali domorodé kultúry a pod hrozbou trestu zakázali aj pestovanie a žuvanie koky. Neskôr sa dobyvatelia rozhodli celé pestovanie zdaniť, keďže sa im nepodarilo ho úplne pozastaviť a súčasne došlo k zničeniu náboženstva Inkov. Tieto udalosti položili základ zneužívaniu drogy, ktoré sa vymklo rituálnemu poslaniu a slúžilo k prežitiu najchudobnejších obyvateľov (potláčalo hlad).

V roku 1858 chemik Neimann izoloval z kokových listov kokaín. Ten bol používaný v medicíne pre miestne znecitlivenie. V 90. rokoch 19. storočia s ním začal experimentovať Sigmund Freud a v 1. svetovej vojne a po nej si kokaín získal veľkú popularitu. Jeho užívanie bolo rozšírené hlavne medzi intelektuálmi a vo veľkomestskom podsvetí.

Amfetamín bol syntetizovaný v roku 1887 chemikom Edeleanu. V r. 1910 si fyziológovia Barger a Dale všimli podobných vlastností amfetamínu a adrenalínu.

Terapeuticky bol využívaný pri liečbe Encephalitis lethargica. V 30. rokoch 20. storočia prebiehali výskumy vplyvu amfetamínu na výkonnosť. Prvé správy o zneužívaní amfetamínu sú z roku 1937, kedy študenti Minnessotskej univerzity užívali tieto látky proti ospalosti a s cieľom zlepšiť študijné výsledky. Ďalšou oblasťou zneužitia sa stal doping vo vrcholovom športe a vojnové akcie.

Významné udalosti a medzníky 20. storočia v oblasti drog

V r. 1903 bolo v USA zakázané používanie kokaínu v nápojoch, čím musela firma Coca cola zmeniť receptúru svojho slávneho nápoja, ktorý do tej doby kokaín obsahoval. O sedem rokov neskôr americkí farmári so zámerom podporiť výkonnosť svojich černošských robotníkov využili na tento účel práve kokaín.

Nasledovali roky rôznych zákazov namierených proti drogám a to najmä na území USA. V roku 1914 odštartoval túto éru Harrison Narcotic Act, v r. 1924 bola zakázaná výroba heroínu, v r. 1930 bol založený Federálny úrad pre narkotiká a v r. 1937 bol prijatý Zákon o dani z marihuany. V r. 1938 bolo Albertom Hoffmannom objavené LSD v laboratóriách firmy SANDOZ.

Obdobie 2. svetovej vojny a povojnové obdobie - obdobie studenej vojny bolo poznamenané strategickým záujmom o psychotropné látky. Nacisti v koncentračnom tábore Dachau na väzňoch skúšali účinky meskalínu. CIA zasa hľadala po vojne drogu, ktorá by rozviazala jazyk zadržaným špiónom. Najprv bola stredom pozornosti marihuana, potom sa do popredia dostali predovšetkým psychedeliká. Výskumy boli uskutočňované v armáde, vo väzniciach, dokonca i na nič netušiacich ľuďoch, napr. v nevestincoch, kde skúmali vplyv LSD na sexuálne správanie mužov.

V 50. rokoch hľadali príslušníci „beatnickej generácie“ v drogách pravdu o živote. V tom istom období psychiatri a psychológovia skúmali účinky drog na seba i na dobrovoľníkoch. V r. 1959 prebehla významná konferencia o LSD, tieňovo riadená CIA, ktorá podporila neskôr i zákaz psychedelického výskumu. Poslednou legálnou možnosťou výskumu bolo užitie LSD u umierajúcich v terminálnom štádiu rakoviny, kde pozoruhodných výsledkov dosiahol psychiater českého pôvodu Stanislav Grof.

V r. 1961 bola ratifikovaná Jednotný dohovor OSN o omamných látkach. Koniec 60. rokov sa niesol v duchu hesla „Drogy pre masy“, existoval spoločný pouličný trh s drogami, organizovali sa masové kultúrne akcie. V roku 1967, v „lete kvetín“, psychedelická kultúra dosiahla svojho vrcholu, ktorý bol súčasne i počiatkom jej rozpadu a uvoľnením miesta opiátom, najmä heroínu...

2.2 Drogy ako doprovodný fenomén porevolučného obdobia v ČR

Šírenie a zneužívanie nezákonných drog sa objavilo po roku 1989 vo všetkých krajinách strednej a východnej Európy v predtým nebývanej miere a závažnosti. Prudký nárast problémov s nelegálnymi drogami v prvej polovici

90.rokov je označovaný ako „odložená epidémia“.⁹ Krajiny na západ od železnej opony prežívali príval drog od 60.-70.rokov a naučili sa rozumieť rizikám, ktoré so sebou prinášajú a naučili sa ich čiastočne kontrolovať. V komunistických režimoch však tento vývoj prebehnúť nemohol. Uzavretosť a vysoká sociálna kontrola zabraňovala šíreniu drog na jednej strane, ale i vývoji účinných obranných mechanizmov na strane druhej. Po páde komunizmu odborníci predpovedali, že sa odložená epidémia v krátkej dobe dostaví - ako daň za liberalizáciu spoločnosti.

Pred rokom 1990 bola výhradným zdrojom drog domáca produkcia - pestovanie marihuany, výroba hydrocodonu („braun“) a pervitínu. Neexistoval trh v pravom slova zmysle, nevelký počet užívateľov bol združený do malých, uzavretých a vzájomne neprepojených skupín, v ktorých prebiehala produkcia, distribúcia i spotreba. Šírenie drog malého záberu a rozsahu postupovalo v okruhu známych s príslušnou skupinou.

V rokoch 1990-1994 domáca produkcia ešte stále dominuje, ale je viac spestrovaná dovezenými drogami, predovšetkým heroínom. ČR sa v tej dobe stáva významnou tranzitnou krajinou a časť prevážaných drog sa dostáva k domácim užívateľom ako odmena za služby alebo ako testovanie trhu. Dosiaľ uzavreté a neprepojené skupiny sa vzájomne prepájajú, vzniká typický trh s ponukou a dopytom, drogy sa pomerne rýchlo šíria, vytvára sa rozsiahlejšia populácia experimentátorov a rekreačných užívateľov, ale drogy výrazne neprenikajú na verejné priestranstvá. Kriminalita v súvislosti s drogami nie je príliš nápadná.

V rokoch 1994-2000 sa ČR stáva cieľovou, spotrebiteľskou krajinou. Rok 1994 je prelomový. Dochádza k masívnej invázii kvalitného a lacného heroínu z dovozu na domáci trh. Drogová scéna sa stáva otvorenou so značným finančným obratom, konkurenčným bojom a výraznou drogovou kriminalitou. Drogy sú všeobecne dostupné.

3. Protidrogová politika

Protidrogová politika je komplexný a koordinovaný súbor preventívnych, vzdelávacích, liečebných, sociálnych, regulačných, kontrolných a ďalších opatrení vrátane vymáhania práva, uskutočňovaných na medzinárodnej, národnej, krajskej a miestnej úrovni. Konečným cieľom je zníženie užívania drog a/ alebo potenciálnych rizík a škôd, ktoré môžu jednotlivcom a spoločnosti v dôsledku užívania drog nastať.¹⁰

Koordinácia protidrogovej politiky je úsilie iniciovať a podporovať širokú spoluprácu a optimalizovať využitie a výstupy existujúcich zdrojov (informačných, finančných, inštitucionálnych, ľudských) a prispievať k vytváraniu a zavádzaniu účinných opatrení.¹¹

3.1 Protidrogová politika na medzinárodnej úrovni

Do 60. rokov 20. storočia sa drogy pokladali za odborný problém, ktorým sa zaoberala úzka skupina vysoko kvalifikovaných špecialistov. Od 60. do 90. rokov sa drogy stávajú najmä v krajinách vyspelého sveta problémom celospoločenským, prelínajúcim sa naprieč rôznymi sociálnymi vrstvami a profesiami, dochádza k enormnému nárastu užívania drog. Od roku 1990 sú drogy pokladané za problém globálny, v ktorom zastáva každá krajina svoju úlohu, buď ako producentská, tranzitná alebo spotrebiteľská zem.

Globálny problém je nemožné riešiť na jednom mieste jedným prístupom, vyžaduje medziodborovú, medzirezortnú a taktiež medzinárodnú spoluprácu.

Počiatky medzinárodnej spolupráce v oblasti kontroly omamných a psychotropných látok siahajú do roku 1909, kedy bola v Šanghaji usporiadaná prvá medzinárodná konferencia. V r. 1912 bola prijatá Medzinárodný dohovor o ópiu, prvý dohovor v oblasti kontroly drog. V medzivojnovom období OSN vytvorila Pomocný výbor proti obchodu s ópiom a ďalším nebezpečným drogám.

V tomto období boli prijaté tri dôležité dohovory: Medzinárodný dohovor o ópiu(1925), Dohovor o obmedzení výroby a úprave distribúcie omamných látok(1931) a Dohovor o potlačení nezákonnej dopravy nebezpečných látok(1936). Po 2.svetovej vojne OSN pre problematiku drog vytvorila Komisiu OSN pre narkotiká. Boli prijaté Protokoly z rokov 1946,1948 a Protokol o ópiu z roku 1953. Ďalšie dôležitými dohodami boli Jednotný dohovor o omamných látkach(1961), Protokol o zmenách Jednotného dohovoru o omamných látkach(1972) a Dohovor o psychotropných látkach (1971) a Dohovor OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropnými látkami(1988).

Orgány OSN zamerané na kontrolu narkotík

Valné zhromaždenie OSN(General Assembly) je najvyšším orgánom OSN, v rámci ktorého sú prijímané a schvaľované všetky návrhy rezolúcií, dohovorov a protokolov, takisto rozhoduje o zvolávaní medzinárodných konferencií a o rozpočte pre protidrogové aktivity programov a úradov v rámci systému OSN.

Hospodárska a sociálna rada OSN – HSR (Economic and Social Council) je zodpovedná za formulovanie celkového prístupu a politiky OSN v oblasti kontroly a zneužívania drog, koordinovanie protidrogových aktivít v rámci všetkých ekonomických a sociálnych programov OSN a za prípravu relevantných doporučení vládam.

Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UN Office on Drugs and Crime - UNOCD)-sú mu podriadené dve organizačné jednotky a z toho jednou je Program OSN pre kontrolu drog(UNDCP).

UNDCP – Program OSN pre kontrolu drog je hlavným koordinačným orgánom v rámci OSN pre otázky kontroly narkotík. Zaoberá sa: zberom dát a informácií a vyhodnocovaním globálnych a regionálnych trendov, pomocou krajínám pri vytváraní inštitúcií pre boj s drogami, pomocou v oblasti protidrogovej legislatívy, poskytovaním modelov pre prevenciu a zníženie dopytu,

pomocou krajínám pri zavádzaní alternatívnych poľnohospodárskych plodín, pomocou nevládnym organizáciám angažujúcim sa v boji proti drogám a vypracovaním regionálnych stratégií. Projekty a programy UNDCP sú financované z dobrovoľných príspevkov členských krajín a súkromných organizácií.

Komisia OSN pre narkotiká (Commission on Narcotic Drugs - CND) je výkonným orgánom UNODC pre problematiku drog. Analyzuje svetovú situáciu v oblasti drog a vytvára návrhy k posilneniu medzinárodného kontrolného systému. Komisia je centrálnym orgánom OSN pre politiku v oblasti drog, formuluje a schvaľuje základné politické prístupy, UNDCP tieto prístupy na druhej strane realizuje.

Medzinárodná rada pre kontrolu narkotík (International Narcotic Control Board - INCB) je nezávislý kontrolný orgán, ktorý dohliada na plnenie medzinárodných protidrogových dohovorov OSN z rokov 1961, 1971 a 1968.

Ďalšie medzinárodné organizácie

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) koordinuje programy, ktoré sa týkajú zníženia zdravotných dôsledkov užívania alkoholu, tabaku a nelegálnych drog ako je napr. ZDRAVIE 21.

Dublinská skupina (Dublin Group) je neformálna medzinárodná konzultačná skupina, ktorá vznikla za účelom koordinácie aktivít, výmeny informácií a kontroly dodržiavania dohovorov OSN v oblasti drog a prania špinavých peňazí.

Orgány Európskej únie

Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA) zhromažďuje informácie o drogách v rámci celej Európskej únie, je garantom sledovania naplňania protidrogovej stratégie EU a z nej vyplývajúceho akčného plánu. Je taktiež koordinátorom siete Retoix, ktorej členmi sú národné monitorovacie strediská jednotlivých krajín.

Pompidou Group má za cieľ posilňovať prevenciu v oblasti zneužívania drog a nezákonného obchodu s drogami a vytvorenie celoeurópskeho multidisciplinárneho fóra, ktoré by umožnilo otvorenú diskusiu a výmenu skúseností a znalostí.

3.2 Organizácia protidrogovej politiky v ČR

Po spoločenských zmenách v r. 1989 a rozpade Československa v r. 1993 vyzvalo niekoľko neštátnych organizácií na čele s prednými odborníkmi vládu, aby reagovala na akcelerujúci fenomén užívania drog vytvorením systému účinnej protidrogovej politiky. Táto výzva k aktívnemu postupu bola adresovaná vláde formou tzv. Vianočného memoranda a reakciou bolo takmer okamžité zriadenie Medzirezortnej protidrogovej komisie. Do tohto obdobia sa datuje počiatok formovania modernej protidrogovej politiky v ČR, ako ju poznáme dnes.

Súčasná česká protidrogová politika je postavená na princípoch tzv. stredného prúdu drogových politik, čo znamená že stavia na pragmatickom a racionálnom prístupe, ktorý si stanovuje realistické a dosažiteľné ciele (nie „spoločnosť bez drog“) a opiera sa o štyri základné piliere a to o primárnu prevenciu, harm reduction, liečbu a resocializáciu a o represiu.¹⁰

Primárnou prevenciou chápeme aktivity zamerané na predchádzanie užívaniu drog, popr. oddialenie prvej skúsenosti s drogou do vyššieho veku.

Pod pojmom *liečba a resocializácia* sa skrýva spektrum služieb liečby k abstinencii dostupných pre užívateľov drog, ktorí sa slobodne rozhodli pre život bez ich užívania. Aktivity na znižovanie možných zdravotných a sociálnych rizík a dopadu užívania drog na užívateľov v daný čas nerozhodnutých pre život bez drog a na spoločnosť je označované ako *harm reduction*.

Ďalším pilierom, o ktorý sa opiera protidrogová politika, je *represia* - znižovanie dostupnosti drog za pomoci zákonných opatrení a aktivít vymáhania práva k potlačovaniu ponuky drog.

Nezákonný trh s drogami má stranu ponuky a stranu dopytu a podľa toho sa rozlišujú hlavné strategické prístupy drogovej politiky, spočívajúce vo vyváženom znižovaní ponuky i dopytu.

1. *Znižovanie ponuky (supply reduction)* predstavuje širokú škálu aktivít pre zastavenie či obmedzenie výroby a distribúcie drog. Základnými nástrojmi k znižovaniu ponuky je administratívna kontrola (zabraňuje úniku legálnych drog - liečiv, prekurzorov a pomocných látok na nezákonný trh), zákonná represia (snaží sa eliminovať trestnú činnosť v produkcii, tranzite a obchode) a eradikácia poľnohospodárskej produkcie (vytesnenie pestovania opiového maku, koky a cannabisu, zavádzanie pestovania alternatívnych plodín, atď.)

Do znižovania ponuky sú v našich podmienkach zapojené predovšetkým orgány štátnej správy: kontrolné a správne orgány (Inšpektorát omamných a psychotropných látok na MZ), polícia, colná služba, justícia a väzenská služba.

2. *Znižovanie dopytu (demand reduction)* - cieľom je znížiť vyhľadávanie a konzumáciu drog na strane potenciálneho zákazníka aj už existujúceho konzumenta. Stratégie znižovania dopytu využívajú preventívne a edukačné programy, poradenské a liečebné programy, programy ponúkajúce vzdelávanie

alebo liečbu ako alternatívu trestu a v neposlednom rade sociálne programy zamerané proti nezamestnanosti, bezdomovectvu a záškoláctvu.

Znižovanie dopytu po drogách je v náplni poradenských, výchovných, zdravotných a sociálnych služieb, často poskytovaných neštátnymi neziskovými organizáciami.

Realizácia a koordinácia českej protidrogovej politiky prebieha na dvoch úrovniach - na centrálnej a krajskej, využívajúc nástroje horizontálnej a vertikálnej koordinácie.

Horizontálna koordinácia na centrálnej úrovni usiluje o zlad'ovanie postupov jednotlivých rezortov a o iniciovanie a podporu ich optimálnej spolupráce pri plnení úloh Národnej stratégie protidrogovej politiky na centrálnej úrovni.¹²

Vertikálna koordinácia usiluje o zlad'ovanie jednotlivých aktivít protidrogovej politiky na miestnej úrovni (t.j. krajskej a obecnej) tak, aby boli zohľadňované miestne podmienky a potreby a súčasne, aby realizované opatrenia a intervencie boli uskutočňované v súlade s hlavnými cieľmi, princípmi a postupmi doporučenými národnou stratégiou.¹³

3.2.1 Koordinácia na centrálnej úrovni

Zodpovednosť za tvorbu a naplňovanie protidrogovej politiky ČR nesie vláda. Ta využíva nasledujúce nástroje: Radu vlády pre koordináciu protidrogovej politiky (RVKPP), sekretariát RVKPP, ktorého súčasťou je Národné monitorovacie stredisko pre drogy a drogové závislosti, výbory RVKPP, pracovné skupiny a Národnú stratégiu a akčné plány protidrogovej politiky.

Rada vlády pre koordináciu protidrogovej politiky je hlavný iniciačný, poradný a koordinačný orgán vlády, ktorý od r.1993 niesol názov Medzirezortná protidrogová komisia a od r.2002 pôsobí už ako RVKPP. Jeho hlavnou pracovnou náplňou je vytváranie jednotnej a komplexnej národnej stratégie, jej koordinácia a spolupráca pri jej praktickej implementácii na centrálnej a miestnej úrovni. Jej stálymi členmi sú ministri rezortov zapojených do drogovej problematiky a od r.2007 sa jej rady rozšírili o zástupcu Asociácie krajov ČR, zástupcu spoločnosti Jana Evangelisty Purkyně a zástupcu neštátnych organizácií.

Jednotlivé ministerstvá a ich kľúčová oblasť v drogovej problematike:

- Ministerstvo zdravotníctva: zdravotná výchova, liečba užívateľov drog, profesijné vzdelávanie, legislatíva a kontrola zachádzania s OPL a prekurzormi
- Ministerstvo vnútra: znižovanie dostupnosti drog prostredníctvom odhaľovania a zábrany vyrábať a distribuovať nelegálne drogy, kontrola dostupnosti drog
- Ministerstvo školstva, mládeže a telovýchovy: primárna prevencia, časná intervencia a vzdelávanie pedagógov
- Ministerstvo práce a sociálnych vecí: zlepšovanie dostupnosti a kvality sociálnych služieb pre užívateľov drog
- Ministerstvo spravodlivosti: legislatíva v oblasti drog, protidrogové programy väzňíc
- Ministerstvo obrany: prevencia užívania drog v armáde
- Ministerstvo financií: pravidlá financovania, znižovanie ponuky drog

Sekretariát RVKPP zodpovedá za prípravu strategických dokumentov protidrogovej politiky, ich praktickú implementáciu a každodennú koordináciu protidrogovej politiky, za financovanie programov a medzinárodnú spoluprácu.

V r. 2002 bolo pri sekretariáte zriadené **Národné monitorovacie stredisko pre drogy a drogové závislosti**, ktoré každoročne vypracováva zhodnotenie situácie a realizovaných opatrení vo veci drog a je súčasťou medzinárodnej siete Reitox.

Pre realizáciu koncepčných aktivít protidrogovej politiky a analýzu vývoja drogovej situácie v ČR boli ustanovené pri RVKPP výbory:

- *Výbor zástupcov rezortov a inštitúcií RVKPP*
- *Výbor RVKPP pre poskytovanie účelových dotácií zo štátneho rozpočtu*
- *Výbor pre udeľovanie certifikácií*
- *Výbor zástupcov regiónov* (v r. 2007 nahradil pracovnú skupinu Vertikálna koordinácia protidrogovej politiky)
- *Poradný výbor RVKPP pre zber dát o drogách*

Za účelom riešenia konkrétnych problémov/potrieb protidrogovej politiky a pre plnenie úloh vyplývajúcich z Akčného plánu realizácie Národnej stratégie pracujú pracovné skupiny:

- *Pracovná skupina pre spoluprácu s Európskou úniou - Rezortná koordinačná skupina*
- *Pracovná skupina RVKPP pre nelátkové závislosti*
- *Pracovná skupina prevencie a znižovania rizík užívania drog na tanečných akciách*
- *Pracovná skupina pre metamfetamín*

Pre monitoring stavu a vývoja drogovej situácie v ČR:

- *Pracovná skupina NMS „Populačné a školské prieskumy o postojoch k užívaniu drog“*
- *Pracovná skupina NMS „Infekčné choroby spojené s užívaním ilegálnych drog“*
- *Pracovná skupina NMS „Žiadosti o liečbu v súvislosti s užívaním drog“*
- *Pracovná skupina NMS „Odhady prevalencie a mortality problémových užívateľov drog“*
- *Pracovná skupina NMS „Úmrtia spojené s užívaním drog“*
- *Pracovná skupina NMS „Dáta trestno-právneho sektoru“*
- *Pracovná skupina NMS „Systém včasného varovania pred novými drogami“*

3.2.2 Koordinácia na krajskej a miestnej úrovni

Nástrojmi koordinácie na miestnej úrovni sú: Výbor zástupcov regiónov, krajskí protidrogoví koordinátori, protidrogové komisie, pracovné skupiny, stratégie a plány a v neposlednom rade miestni protidrogoví koordinátori.

Výbor zástupcov regiónov sa v r. 2007 pretransformoval z pracovnej skupiny Vertikálnej koordinácie protidrogovej politiky. Jeho náplňou je koordinácia a harmonizácia protidrogovej politiky štátu a protidrogových politik krajov.

Krajskí protidrogoví koordinátori sú kľúčovým článkom v prepojení národnej a regionálnej úrovne. Vo všetkých krajoch s výnimkou jedného sa poveruje vybraný zamestnanec daného krajského úradu touto činnosťou, ale mimo nej má často - krát na starosti ešte ďalšie agendy.

Protidrogové komisie sú dôležitým nástrojom pre realizáciu protidrogovej politiky. Fungujú ako poradné orgány hlavných zástupcov krajov. Sú zložené z odborníkov rôznych profesií a z rôznych inštitúcií, čím ponúkajú celistvý prístup k problematike. Analýza situácie, zavádzanie opatrení či návrhy zmien na miestnej úrovni, atd. sú ich úlohou.

Pracovné skupiny v krajoch podieľajúce sa na riešení špecifických problémov na odbornej úrovni sú vytvárané najčastejšie podľa pilierov protidrogovej politiky.

Miestni protidrogoví koordinátori väčšinou nevykonávajú svoju protidrogovú funkciu na plný úväzok, venujú sa i iným agendám ako prevencii kriminality, kurátorstvu pre mládež, pre dospelých, poradenstvu pre rómske obyvateľstvo. Metodicky i poradensky im pomáhajú krajskí koordinátori.

3.2.3 Zakotvenie problematiky drog v legislatíve

Organizáciu a realizáciu protidrogovej politiky upravuje **zákon č. 379/2005 Zb.** a opatreniach k ochrane pred škodami spôsobenými tabákovými výrobkami, alkoholom a inými návykovými látkami.

3.3 Protidrogová stratégia ČR na obdobie 2010 – 2018

Dňa 10.5.2010 bola vládou schválená národná stratégia protidrogovej politiky na ďalšie obdobie – na obdobie 2010 až 2018, ktorá nadväzuje na predchádzajúcu stratégiu a je v značnej miere jej aktualizáciou. Na rozdiel od predošlej je navrhnutá ako dlhodobý strategický dokument.

V súlade so svojím dlhodobým charakterom definuje stratégia 4 základné ciele a to:

- 1) znížiť mieru experimentálneho a príležitostného užívania drog najmä mladými ľuďmi,
- 2) znížiť mieru problémového a intenzívneho užívania drog,
- 3) znížiť potenciálne riziká spojené s užívaním drog pre jedinca i spoločnosť a
- 4) znížiť dostupnosť drog predovšetkým pre mladých ľudí.

4. Protidrogová prevencia

„Prevencia“ podľa WHO je súbor intervencií s cieľom zamedziť či znížiť výskyt a šírenie škodlivosti účinku užívania alkoholu a nealkoholových látok

4.1 Klasifikácia protidrogovej prevencie

Protidrogovú prevenciu sa delí podľa *tradičnej klasifikácie WHO* na primárnu, sekundárnu a terciárnu a podľa *modernej klasifikácie Ústavu pre medicínu americkej akadémie vied* na všeobecnú, selektívnu a indikovanú.¹⁴

Primárna prevencia znamená predchádzanie užitiu drogy u osôb, ktoré doposiaľ nie sú v kontakte s drogou.

Sekundárna prevencia sa snaží predchádzať vzniku a rozvoju závislosti u osôb, ktoré už drogu užívajú.

Terciárna prevencia má za cieľ predchádzať vážnemu alebo trvalému zdravotnému alebo sociálnemu poškodeniu v súvislosti s užívaním drog.

Primárna prevencia sa ďalej delí na:

a) špecifickú, ktorá sa priamo zameriava na určitú formu sociálne – patologického správania, teda ide o programy zamerané na prevenciu užívania návykových látok.

b) nešpecifickú, ktorá zahŕňa všetky aktivity podporujúce zdravý životný štýl, ktoré ale nemajú priamu súvislosť s užívaním návykových látok. Ide o aktivity blízke daným vekovým skupinám, ktoré by boli poskytované i v prípade, žeby problém s užívaním návykových látok neexistoval.

Všeobecná prevencia sa zameriava na celú populáciu, pričom preventívne programy majú priniesť prospech každému členovi danej populácie. Cieľom je pôsobiť na mladých ľudí tak, aby nezačali užívať nelegálne návykové látky. Príkladom je školská protidrogová prevencia ako súčasť učebných osnov.

Selektívna prevencia sa zameriava na určité skupiny populácie, u ktorých je riziko rozvoja užívania drog nadpriemerné a je určené prítomnosťou biologických, psychologických, sociálnych a environmentálnych faktorov. Príkladom je mimoškolský program pre deti, ktoré majú problémy so správaním.

Indikovaná prevencia sa zameriava na jedincov, u ktorých sa predpokladá riziko rozvoja užívania drog, ktorí ale nespĺňajú kritéria pre závislosť. Príkladom je intervencia určená k zníženiu konzumácie konopných drog u neproblémových užívateľov.

4.2 Rodina ako kľúčový článok v prevencii

Prirodzenou prevenciou užívania drog či iného sociálne – patologického správania je na prvom mieste rodinná výchova. Je dôležité, aby sa už od začiatku dieťaťu venovala patričná pozornosť. Zo strany rodičov sa očakáva v tomto zmysle pochopenie, láskavý prístup, ale aj nastavenie určitých hraníc prípustnosti určitých foriem správania a dôslednosť v ich dodržiavaní. Dieťa by sa malo po vzore svojich rodičov naučiť správne reagovať v rôznych životných situáciách, komunikovať s okolím primeranou formou a konflikty či problémy riešiť nenásilným a konštruktívnym spôsobom. Dôležité je vypestovať v dieťati zdravé sebavedomie a vštiepiť mu potrebu starať sa o svoje zdravie a chrániť ho.

V období, keď spoločnosť zažíva byť nechcene boom v užívaní návykových látok, je apel na rodičov viac než na mieste. Dostatok času tráveného spoločne s deťmi, zmysluplné aktivity, ktoré by vyplnili voľný čas v neprítomnosti rodičov a bezpečné prostredie školy, podnetné pre rozvoj osobnosti dieťaťa, je to, čo by malo v súčasnej dobe rodičov predovšetkým zaujímať. Uspokojiť sa s vlastným dojmom a presvedčením, že „môjmu dieťaťu nič nechýba“ je potenciálne nebezpečné, pretože dieťa potreby, život, dospelých a okolie všeobecne môže svojím pohľadom vnímať úplne inak. Ďalej je potrebné zdôrazniť, že starostlivosť a pozornosť rodičov nepotrebuje iba dieťa malé, ale aj dieťa väčšie, adolescentov nevynímajúc. Obdobie dospievania je z hľadiska vnútorných konfliktov a premien o to viac rizikové.

Zásadné body drogovej prevencie v rodine:

Získať dôveru dieťaťa a načúvať mu.

Predchádzať núde.

Pomôcť dieťaťu prijať hodnoty, ktoré mu uľahčia drogy odmietat'.

Vytvoriť zdravé rodinné pravidlá.

Pomôcť dieťaťu ubrániť sa nevhodnej spoločnosti.

Posilniť sebavedomie dieťaťa.

Spolupracovať s ďalšími dospelými.¹⁵

Zvláštnosti prevencie v rôznych vekových skupinách:

Od narodenia do 1 roku: Dôležitá je starostlivosť a uspokojovanie citových potrieb dieťaťa.

Od 1 do 3 rokov: Správanie rodičov by malo dieťaťu dávať najavo, že je v poriadku, že sa chce presadiť, ale že sú i určité obmedzenia.

Od 3 do 6 rokov: Už v tomto veku je dôležité vstúpiť, že zdravie je dôležitá hodnota a že zdravie je správne chrániť! Dieťa má vedieť, že okolitý svet v sebe ukrýva určité nástrahy a má sa učiť, ako sa im brániť.

Od 7 do 12 rokov: Dieťa tohto veku sa učí vychádzať s vrstevníkmi, zapojiť sa do skupiny, duševne pracovať a začína byť schopné rozumovo uvažovať. O sebe má tendenciu premýšľať podľa očakávania a merítok druhých. Informácie poskytované deťom tohto veku by mali byť veľmi konkrétne. Je potrebné zdôrazňovať hodnotu zdravia a postupne premieňať informácie v pravidlá a návyky. Cielená prevencia mala začať už teraz, najlepšie 2 – 3 roky pred prvým kontaktom s drogou.

Od 13 do 22 let: Tento vek je náročný. Dochádza k dozrievaniu telesnému i duševnému. Veľmi dôležitú úlohu zohráva skupina vrstevníkov, ktorá im môže pomôcť sa drogám vyhnúť alebo naopak predstavuje nebezpečenstvo. Dospelý sa môže ponúknuť ako zdroj informácií, mal by ale počítať s tým, že mladí ľudia tohto veku sa neuspokoja s prijatím informácie, ale budú chcieť diskutovať.

Prevenencia v tejto skupine je zásadne dôležitá, pretože býva zvlášť ohrozená. Zneužívanie drog v dospievaní môže viesť k rýchlemu vytvoreniu návyku a tomu je treba predchádzať.

Príznaky, ktoré môžu rodičov upozorniť na užívanie drog ich dieťaťom:

Neospravedlnené hodiny v škole.

Stotožňovanie sa s drogovou kultúrou.

Nálezy drog alebo pomôcok k ich užívaniu (injekčné ihly, striekačky, špeciálne fajky).

Výrazné zmeny v správaní, agresivita, podráždenosť, nervozita.

Tendencia odchádzať z domova na dlhšiu dobu bez vysvetlenia.

Náhle zhoršenie prospechu a správania v škole.

Zmena pôvodných záujmov.

Zhoršenie vzhľadu a dbania o zovňajšok.

4.3 Preventívne postupy na školách

Problémy s návykovými látkami v škole väčšinou nevznikajú, avšak práve v škole sa môžu po prvý krát prejavíť, napr. zhoršeným prospechom, disciplinárnymi problémami alebo neospravedlnenými hodinami. Škola môže byť v prevencii rodine veľmi užitočným spojencom, bolo by ale prehnané činiť ju výlučne zodpovednou za to, že dieťa užíva návykovú látku.

Spôsoby, akými škola prispieva k protidrogovej prevencii:

Dobrou a pohotovou spoluprácou s rodičmi. Oznámi rodičom veľké výkyvy v prospechu, zmeny v správaní alebo iné nápadnosti. Umožní tak rodičom včas a účinne reagovať.

Sprostredkovaním vhodnej formy pomoci. Doporučí spoluprácu s pedagogicko-psychologickou poradňou alebo s iným pracoviskom, ktoré pomôže stav dôkladnejšie posúdiť.

Organizáciou preventívnych programov. Účinnými stratégiami označovanými ako „life skills“, znalosti potrebné pre život (napr. odmietanie drog, schopnosť sa rozhodovať, organizovať si čas, zvládať stres a nepríjemné duševné stavy napr. za pomoci relaxačnej techniky).

Poskytnutím lepších možností, teda cielenou pomocou podľa druhu problému, predovšetkým deťom so zvýšeným rizikom.

Presadzovaním primeraných pravidiel. Tieto pravidlá by mali zahŕňovať napr. zákaz fajčenia i zákaz prinášania a užívania alkoholu a iných návykových látok do školského prostredia a na akcie, ktoré škola organizuje a primeraný postih pri nedodržaní týchto pravidiel.

Tab. č.1 Účinné a neúčinné stratégie protidrogovej prevencie na školách. ¹⁶

| Prehľad stratégií | Účinnosť |
|---|--|
| Zastrašovanie | Neúčinné |
| Citové apely | Neúčinné |
| Prosté informovanie | Neúčinné |
| Ponuka lepších možností než alkohol či iné návykové látky | Účinné u detí so zvýšeným rizikom |
| Schopnosti potrebné pre život (dokázať odmietat' alkohol i drogy, rozhodovať sa, zvládať stres i nepríjemné duševné stavy atd.) | Účinné |
| Peer programy (aktívna účasť dopredu pripravených vrstevníkov) | Účinné u skupín so stredným rizikom (normálna populácia) |
| Prevencia založená v spoločnosti (community based prevention) tj. spolupráca rôznych zložiek spoločnosti | Účinné |
| Znižovanie dostupnosti návykových látok vrátane alkoholu | Účinné, najmä ak je sprevádzané znížením dopytu |
| Liečba alebo miernenie následkov | Účinné, zvlášť ak je pomoc poskytnutá včas |

Prednášky, tzv. komponované programy, premietanie filmov a podobné hromadné akcie sú podľa dostupných výskumov neúčinné. Nevhodná prednáška môže dokonca za určitých okolností vzbudzovať o drogy záujem.

4.4 Kontaktné centrá – terénny prístup

Po celom území ČR existuje celá rada kontaktných centier. Ide o nezdravotnícke zariadenia, ktoré, ako už z názvu vyplýva, slúžia k „prvému kontaktu“ užívateľov drog s ľuďmi, ochotnými im pomôcť.

Pomoc poskytovaná kontaktnými centrami je významná. Predovšetkým prostredníctvom svojich terénnych programov mapujú drogovú scénu a vyhľadávajú miesta s nálezom pohodeného infekčného materiálu ako sú injekčné striekačky, plechovky od toluénu, atd., kontaktujú potenciálnych klientov a pokúšajú sa o udržanie kontaktu s nimi, uskutočňujú i výmenný program injekčného materiálu, poskytujú svojim klientom poradenskú pomoc a sú takisto miestom, kde je vyvíjaná určitá snaha priviesť užívateľa k rozhodnutiu požiadať o zaradenie do liečebného procesu. Takisto sa snažia o zníženie sociálnych rizík spojených s užívaním drog.

4.5 Rady ako správne postupovať v niektorých situáciách

4.5.1 Dieťa má problém s drogami

Zavolať lekára okamžite, ak je dieťa pod vplyvom drog a hrozí otrava a aj vtedy keď účinok drog ustúpil, ale pretrvávajú duševné problémy alebo halucinácie!

Nespoliehať sa na zázračné okamžité riešenie, ale uvedomiť si nutnosť dlhodobej výchovnej stratégie!

Načúvať dieťaťu, ale s vedomím, že vypočuť dieťa neznamena pristupovať na jeho stanovisko!

Ak nie je dieťa ochotné pristúpiť na zmenu, malo by niesť dôsledky za svoje počínanie!

Hlavne nepopierať a neskrývať problém!

Nezanedbávať súrodencov ani bezpečnosť ďalších ľudí v spoločnej domácnosti!

Nenechať sa vydierať!

Neveriť tvrdeniu, že má dieťa drogy pod kontrolou!

Nevyhrážať sa niečím, čo nemôžete alebo nechcete splniť!

Neustupovať donekonečna!

Nefinancovať zneužívanie drog!

4. 5. 2 Objavenie pohodenej použitej injekčnej ihly alebo striekačky

Zásadne sa jej nedotýkať!

Nález okamžite oznámiť Policii ČR alebo Mestskej polícii, ktorá zabezpečí ich bezpečnú likvidáciu prostredníctvom vyškolených osôb!

4. 5. 3 Poranenie o pohodenú ihlu

Bezprostredne po poranení nechať ranku čo najdlhšie volne krváčať! Ranku nestláčať!

Po zastavení krvácania ranku dôkladne vymyť vodou a mydlom a ošetriť dezinfekčným roztokom - najlepšie Jodisolom alebo 0,2% Persterilom!

Čo najskôr vyhľadať praktického lekára, lekára hygienickej stanice alebo sa priamo obrátiť na najbližšie infekčné oddelenie nemocnice s poliklinikou!

5. Trendy užívania drog v Českej republike po roku 2000

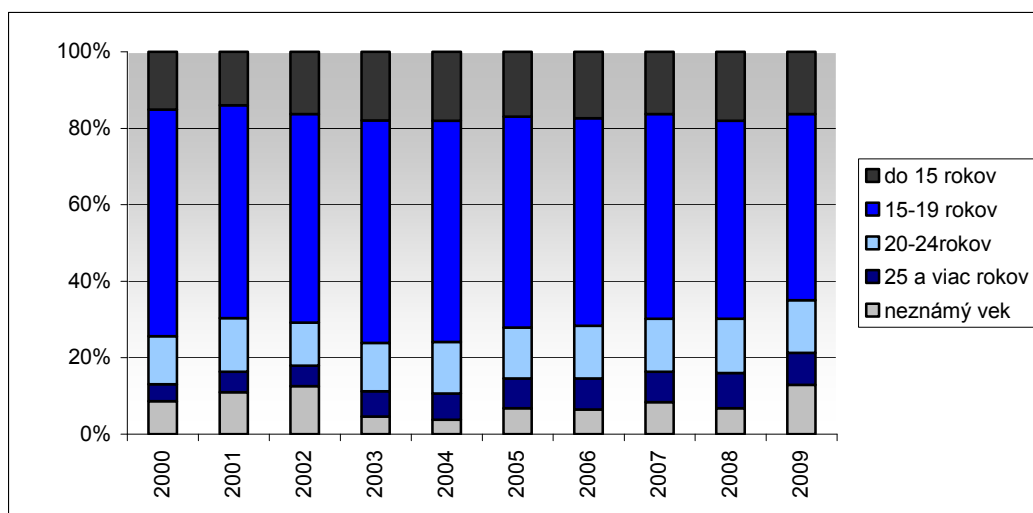
Cieľom práce: podať prehľad a zhodnotiť vývoj užívania nelegálnych drog a ďalších aspektov s užívaním drog súvisiacich u mladých ľudí v Českej republike.

Hodnotenou skupinou: osoby vo veku 15 - 34 (resp. až 39) rokov

Hodnotené obdobie: roky 2000 až 2008 (2009)

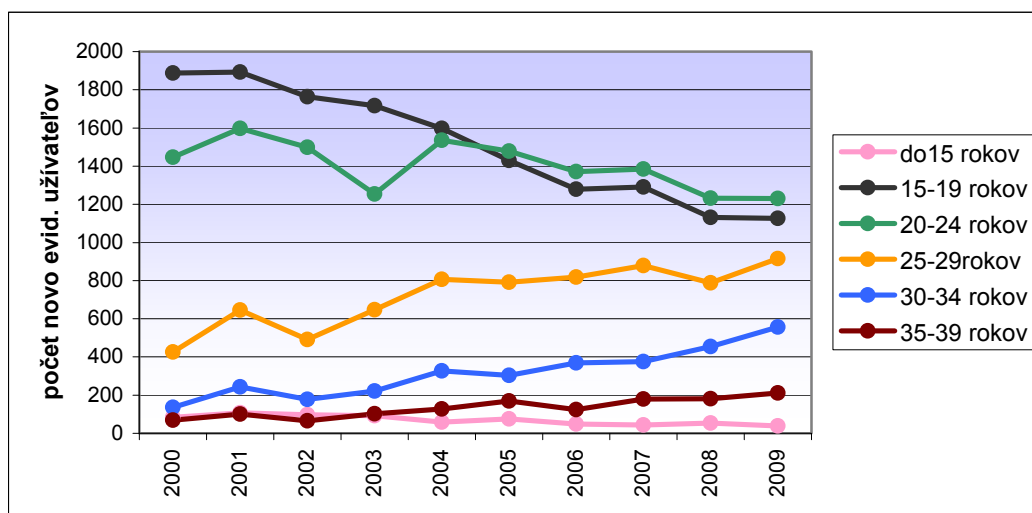
Metodika práce: grafické spracovanie údajov získaných z databáz rôznych inštitúcií (ÚZIS, NMS, kontaktné centrá, Centrum protidrogovej epidemiológie Hygienickej stanice hl. m. Prahy) a výročných správ publikovaných za obdobie 2000 - 2008

Graf č.1 Podiel vekových skupín pri prvom užití základnej drogy.



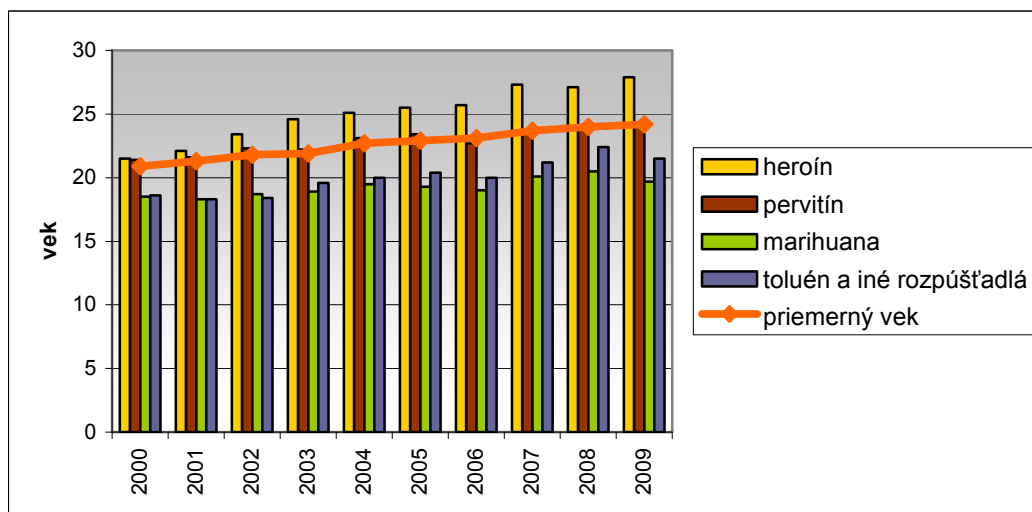
Trend podielu jednotlivých vekových skupín pri prvom užití drogy sa za posledných 10 rokov výrazne nezmenil. Vedúcou skupinou zostáva veková skupina 15 – 19 rokov! Za ňou nasleduje skupina najmladších užívateľov a po nej skupina 20 – 24 ročných osôb.

Graf č.2 Novo evidovaní žiadatelia o liečbu podľa veku.



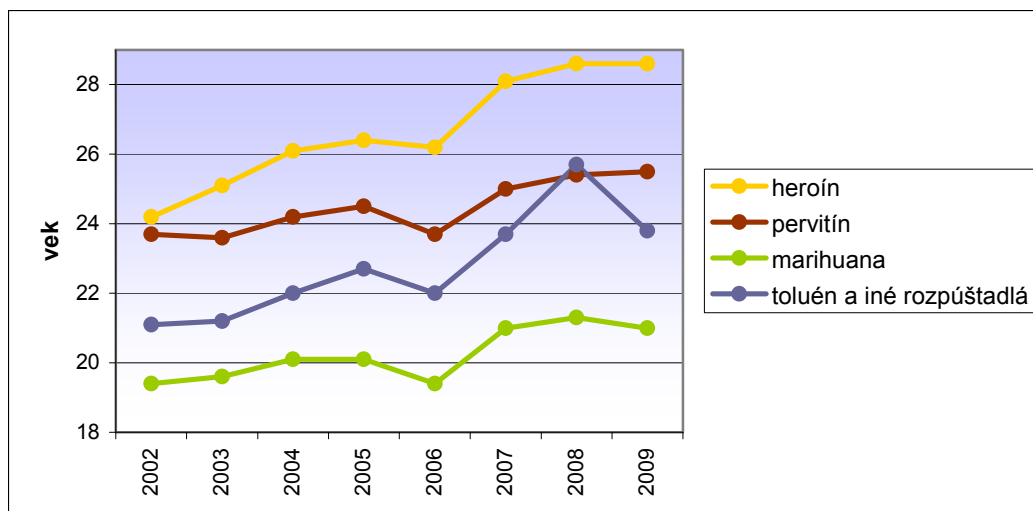
Medzi novými žiadateľmi o liečbu sa o niečo častejšie od roku 2005 objavujú osoby vo veku 20 – 24 rokov, čím tesne predbehli skupinu užívateľov vo veku 15– 19 rokov, ktorá bola medzi novými žiadateľmi o liečbu v rokoch 2000 až 2004 na prvom mieste.

Graf č.3 Noví žiadatelia o liečbu podľa skupiny drog a veku.



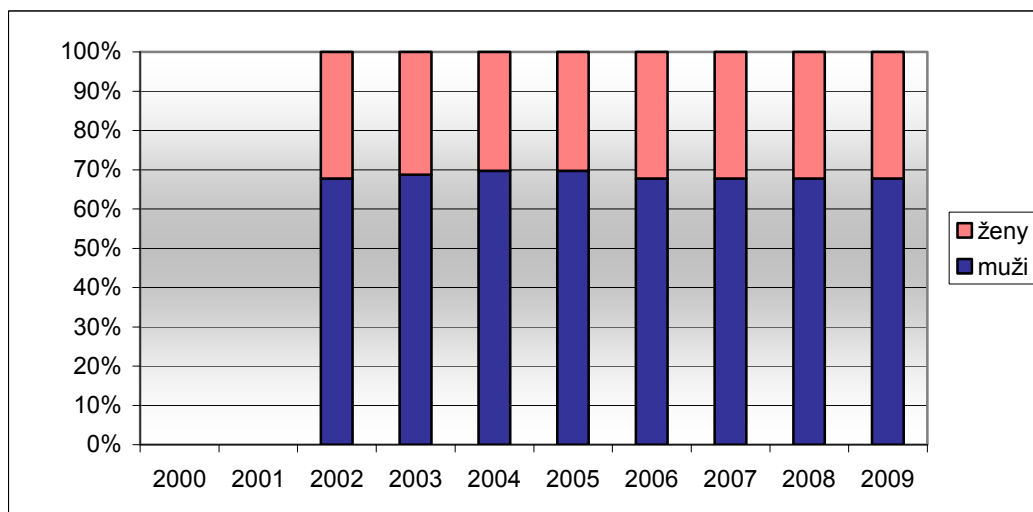
Z grafu možno vyvodiť, že priemerný vek nových žiadateľov o liečbu sa v priebehu posledných 10 rokov postupne zvyšoval až na súčasných cca 24 rokov. Vek u žiadateľov o liečbu užívajúcich heroín sa zvyšuje, priemerný vek v r. 2009 je cca 27 let. U pervitínu je tento trend zaznamenaný taktiež, žiadatelia o liečbu sú najmä vo vekovej skupine 20 – 25 rokov.

Graf č.4 Všetci liečení podľa druhu drog a veku.



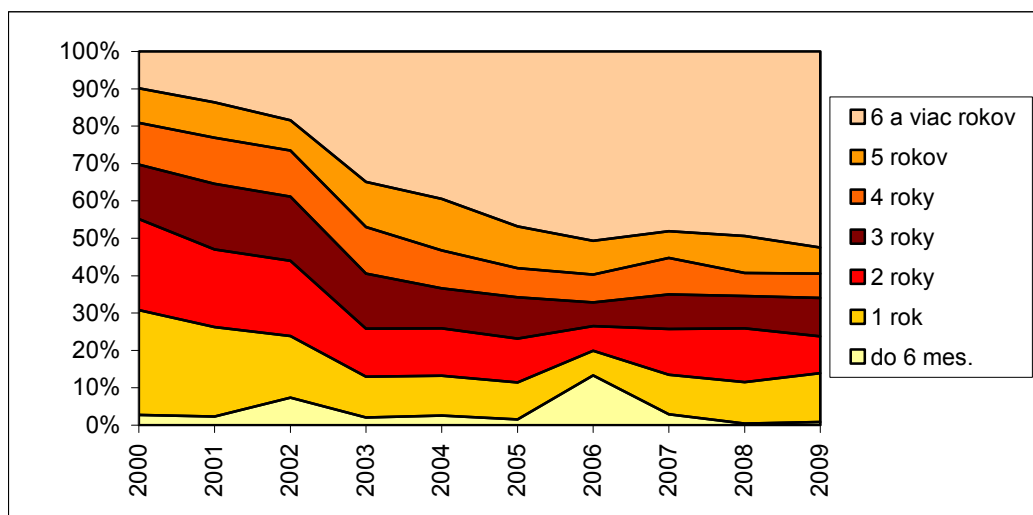
Liečení užívateľa heroínu sa presunuli do skupiny užívateľov nad 28 rokov, pervitín je doménou liečených užívateľov okolo 25 rokov, užívanie marihuany sa z užívateľskej skupiny pod 20 rokov mierne posunulo smerom k starším, ale stále zostáva drogou skôr mladšej skupiny užívateľov. Možno usudzovať, že populácia užívajúca drogy starne?

Graf č.5 Pomer mužov a žien u všetkých liečených užívateľov.



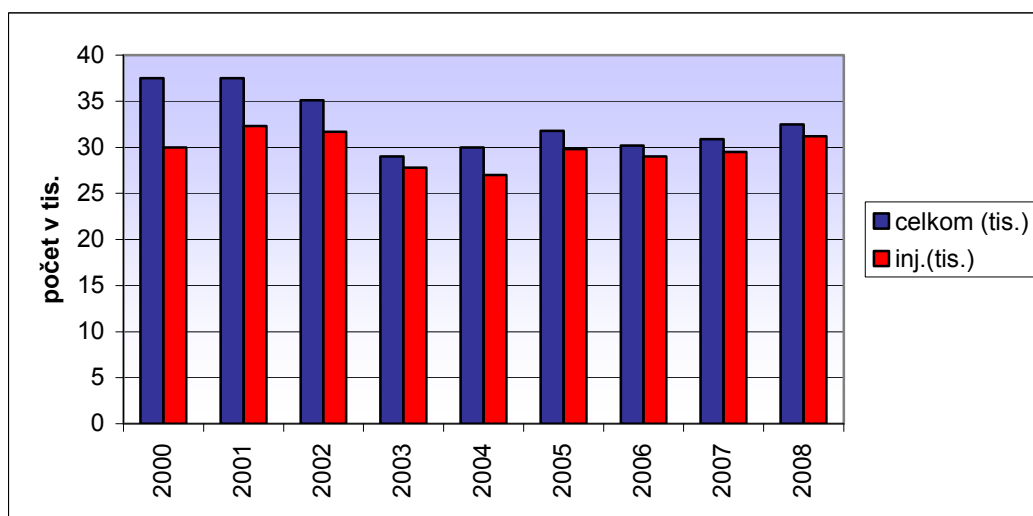
Pomer medzi mužmi a ženami v počte liečených užívateľov je dlhodobo stabilný a pohybuje sa zhruba muži a ženy 2:1.

Graf č.6 Doba užívania heroínu pred návštevou kontaktného centra/liečebne.



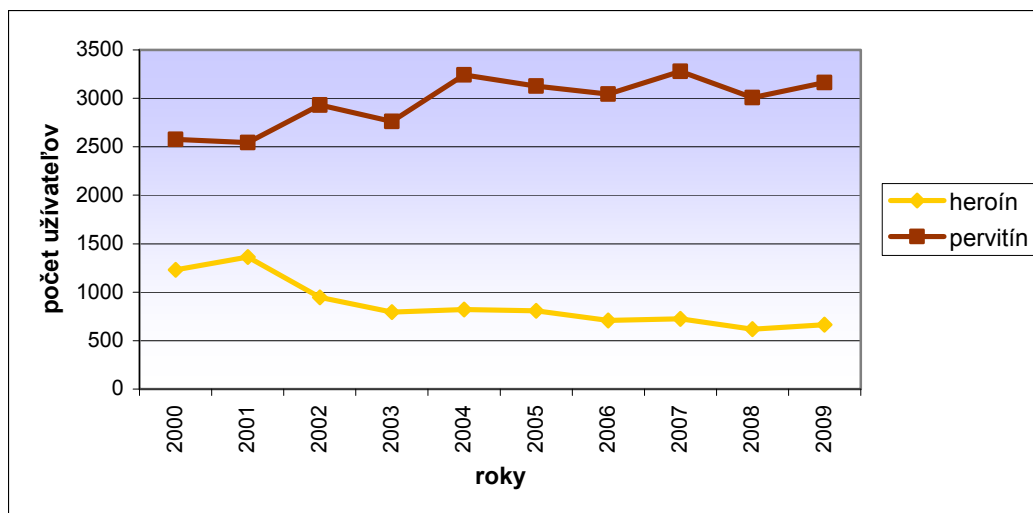
Doba užívania heroínu do okamihu vyhľadania pomoci sa za uplynulé obdobie značne predĺžila.

Graf č.7 Problémoví užívatelia drog a injekční užívatelia.



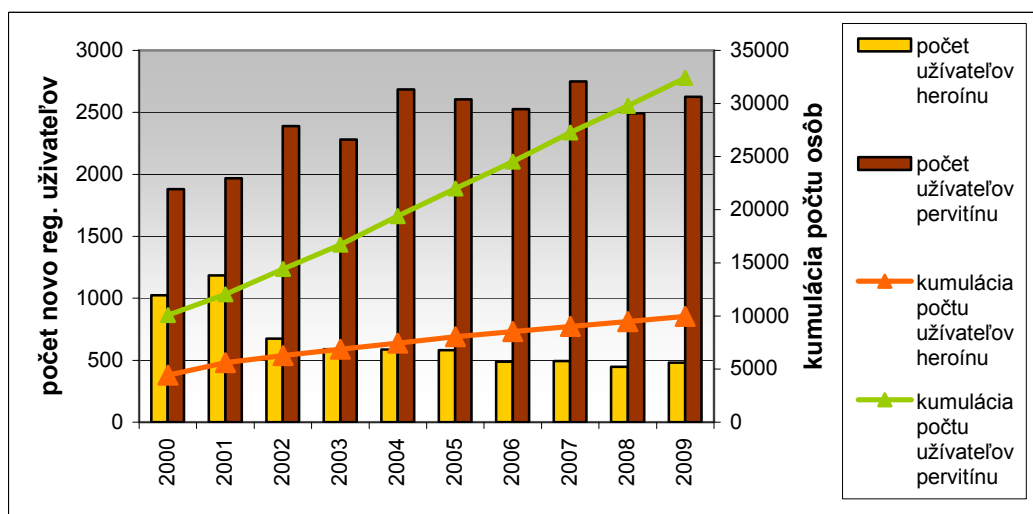
Počet problémových užívateľov je viac - menej stabilný, kolíše medzi 30 000 a 35 000, je ale patrný mierny nárast podielu injekčných užívateľov.

Graf č.8 Novo evidovaní užívatelia heroínu a pervitínu.



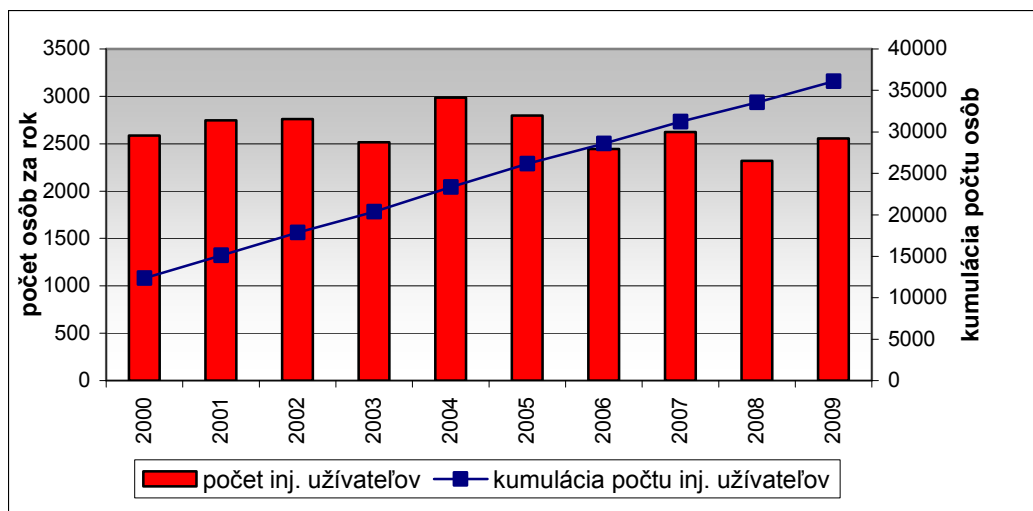
Počet novo evidovaných užívateľov stúpa u pervitínu a klesá u heroínu.

Graf č.9 Počet novo registrovaných užívateľov heroínu a pervitínu a ich kumulácia.



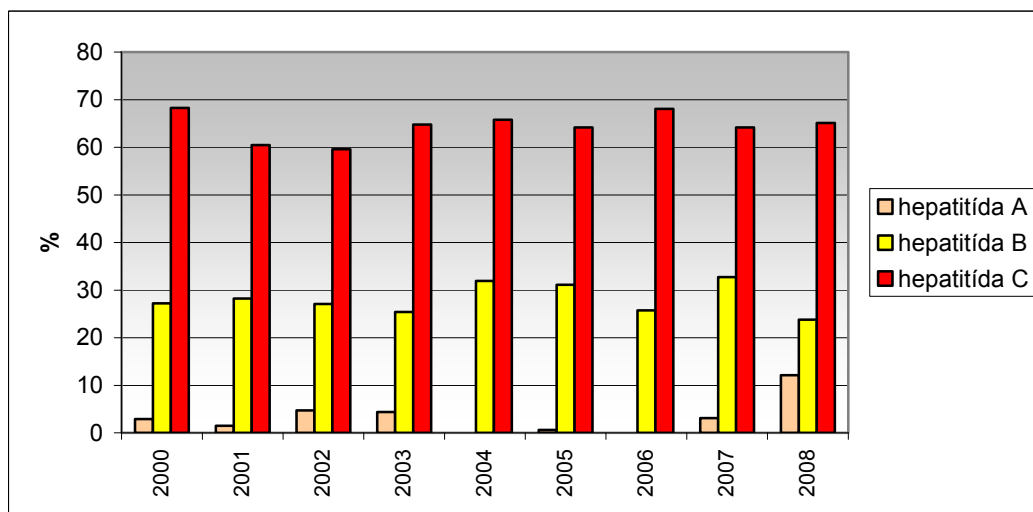
Napriek klesajúcemu trendu novo - registrovaných užívateľov heroínu ich celkový počet stúpa. Rovnako stúpa aj počet užívateľov pervitínu.

Graf č.10 Počet nových injekčných užívateľov drog a ich kumulácia.



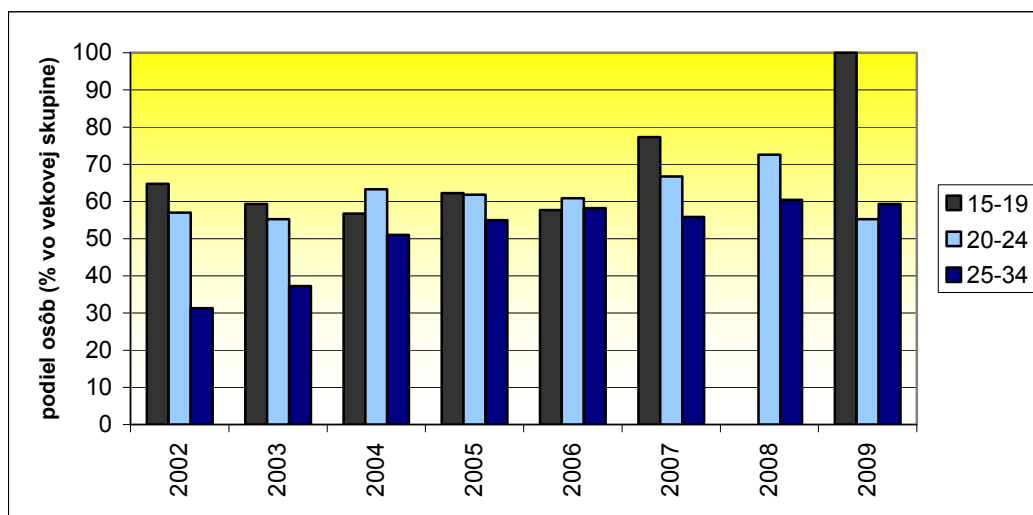
Podľa grafu zobrazujúceho klesajúci počet novo-registrovaných injekčných užívateľov, ich celkový počet stúpa.

Graf č.11 Podiel injekčných užívateľov drog medzi nemocnými vírusovou hepatitídou A, B a C.



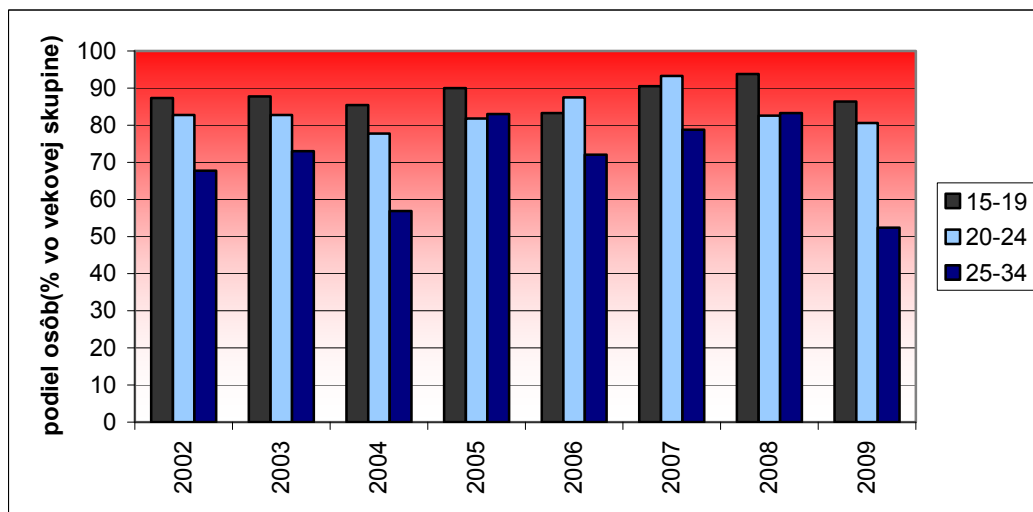
Najväčší podiel injekčných užívateľov drog je medzi infikovanými vírusovou hepatitídou C. Z hľadiska prenosu hepatitídy typu C je i. v. aplikácia drog teda vysoko riziková!

Graf č.12 Podiel osôb s rizikovým správaním podľa vekových skupín vo vzťahu k hepatitíde B.



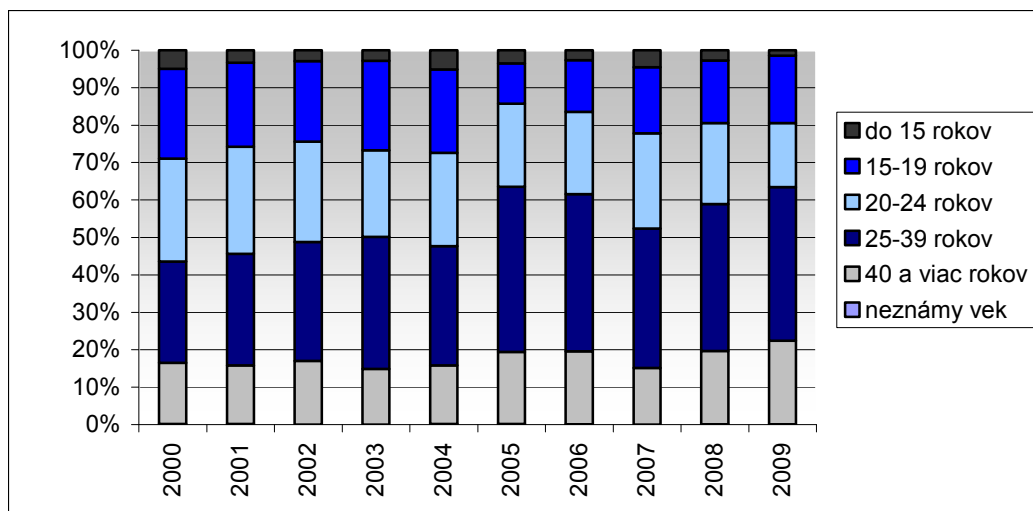
Rizikovým správaním z hľadiska prenosu vírusovej hepatitídy B je nechránený pohlavný styk a i. v. aplikácia drog. Podľa graficky zobrazených dát v tomto ohľade vykazuje najväčšiu mieru rizikového správania veková skupina 15 až 19 rokov.

Graf č.13 Podiel osôb s rizikovým správaním podľa vekových skupín vo vzťahu s hepatitídou C.



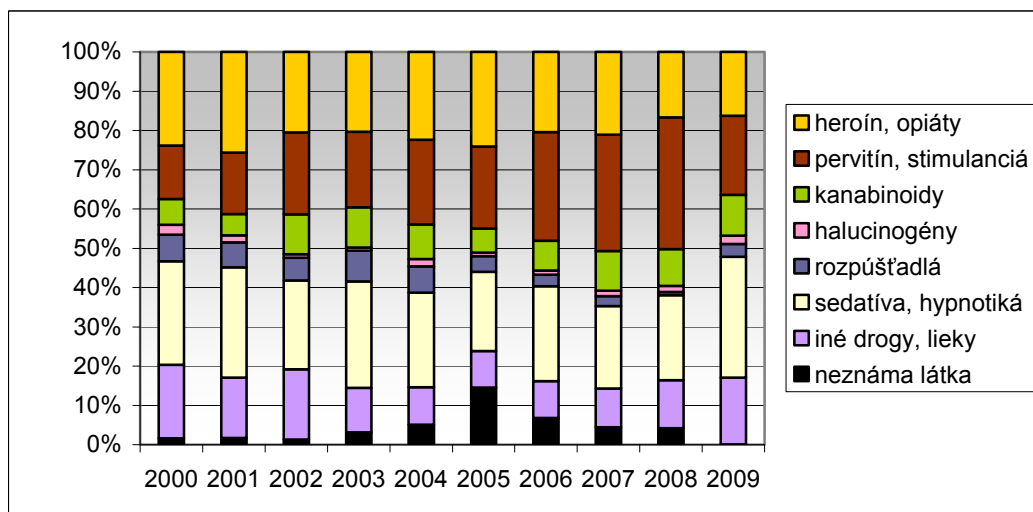
Skupinou s najväčšou mierou rizikového správania v súvislosti s hepatitídou C sú 15 – 19 roční, s výnimkou rokov 2006 a 2007.

Graf č.14 Podiel intoxikovaných osôb podľa veku.



Podiel intoxikovaných osôb sa zvýšil v prospech vekovej skupiny 25 – 39 ročných. Existuje predpoklad dlhšej drogovej kariéry a prítomnosti pridružených zdravotných komplikácií, ktoré k intoxikácií predisponujú. Najmenej intoxikovaných je zaznamenané vo vekovej skupine do 15 rokov, ktorá experimentuje hlavne s ľahkými drogami typu konopných látok.

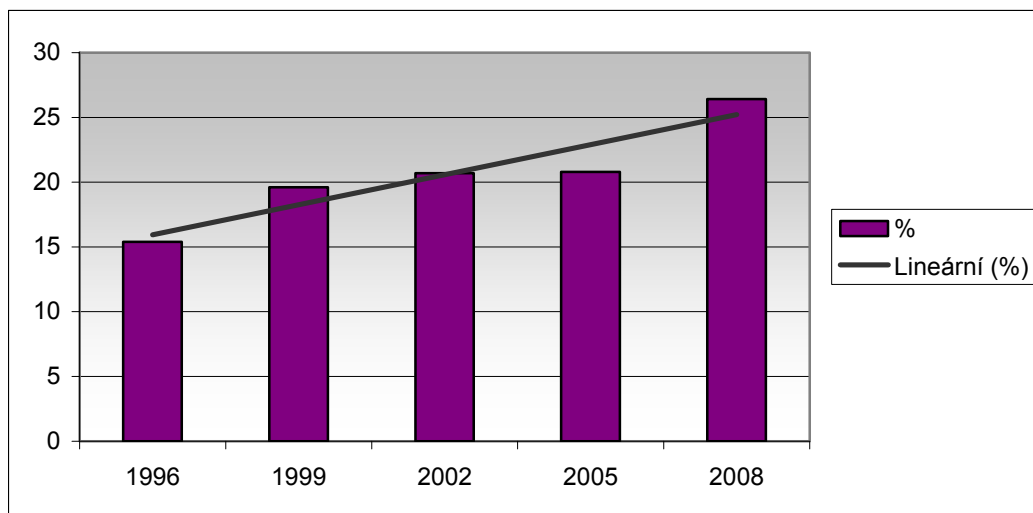
Graf č.15 Intoxikácia podľa druhu základnej drogy.



V roku 2009 držali prvenstvo sedatíva a hypnotiká ako základné drogy. V rokoch 2007 a 2008 najväčší podiel u intoxikovaných tvorili pozoruhodne psychostimulanciá.

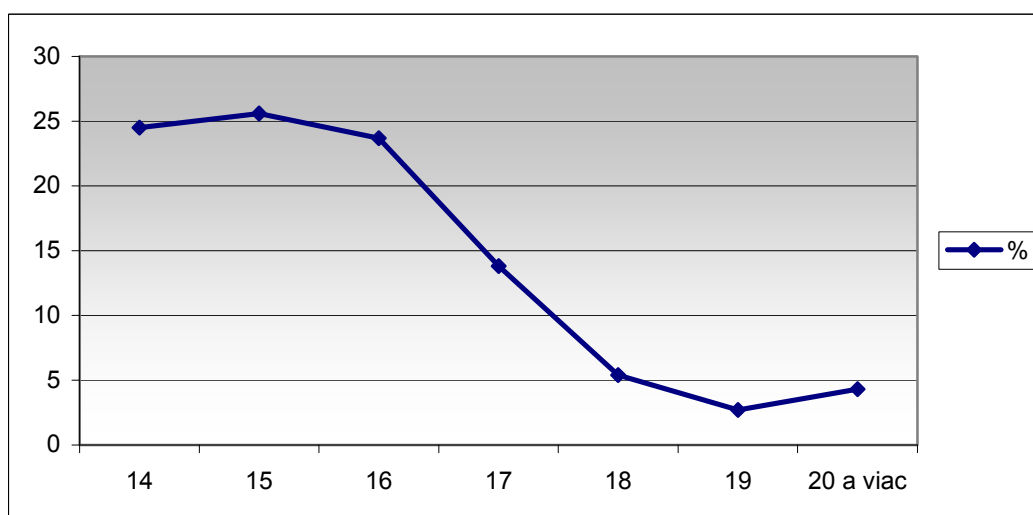
6. Trendy užívania drog v Slovenskej republike

Graf č.16 Trend skúsenosti s nelegálnou drogou u 15 – 26 ročných v SR.



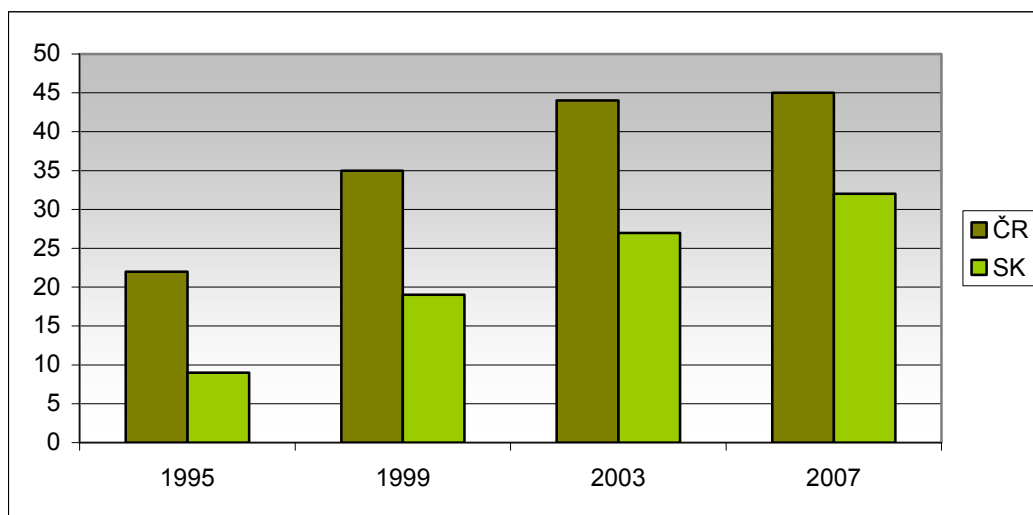
Skúsenosť s nelegálnou drogou má vo vekovej skupine 15 – 26 rokov od polovice 90. rokov stále viac osôb. Náznak stabilizácie v intervale rokov 1999 až 2005 bol nasledovaný ďalším rastom.

Graf č.17 Vek prvého kontaktu s drogou v roku 2008 v SR.



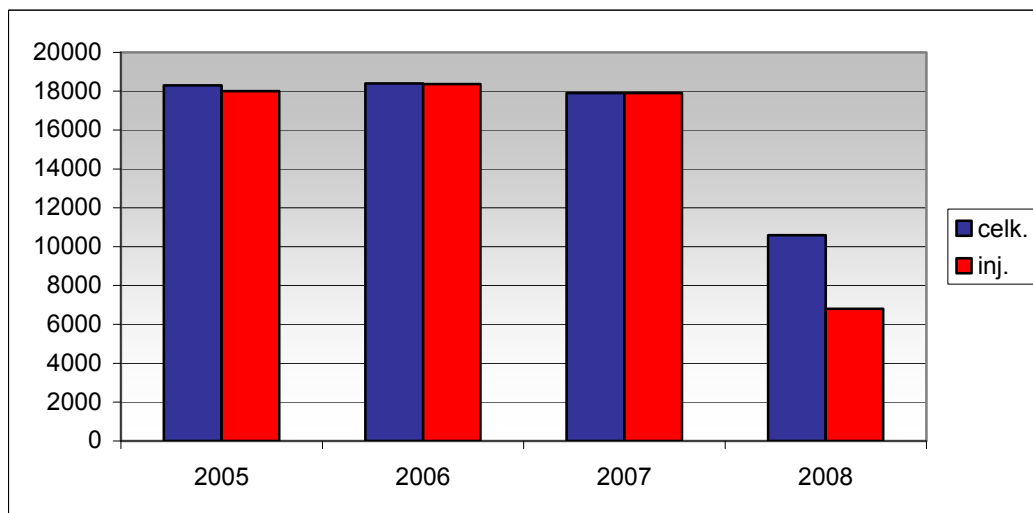
So stúpajúcim trendom začiatku užívania drog v tejto vekovej skupine za obdobie minulých rokov, ako ukazuje graf predošlý, je tento graf iba doplnením toho, že najviac osôb z celkového počtu prvoužívateľov je vo veku 15 rokov a presahuje 25%!

Graf č.18 Celoživotná prevalencia užívania kanabinooidov u 15-16 ročných v SR a ČR.



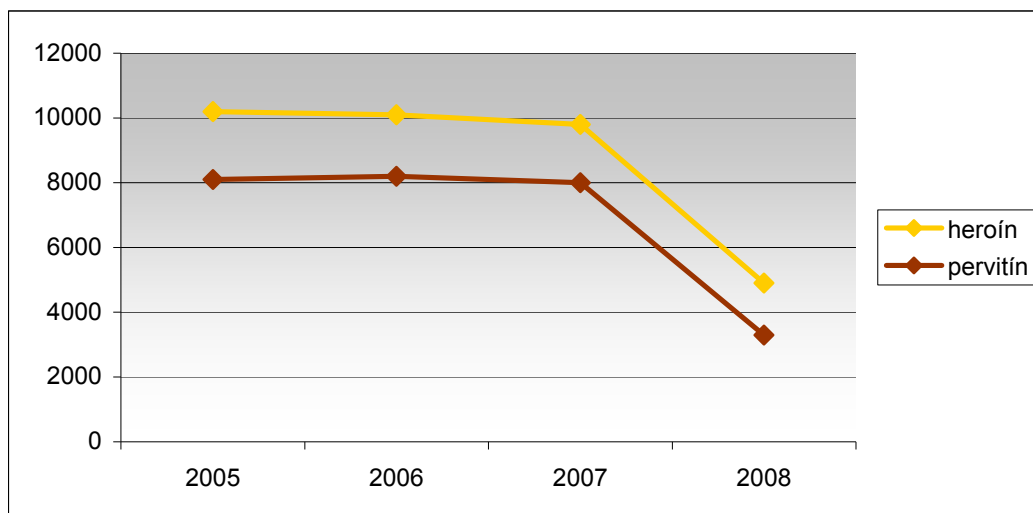
Trend užívania marihuany vo vekovej skupine 15 – 16 rokov ma dlhodobu stúpajúci charakter. V porovnaní so SR má ČR vyššie percento užívateľov, ktoré v r. 2007 dosahuje až cca 45 %, kým SR niečo nad 30 %.

Graf č.19 Odhad problémových a injekčných užívateľov drog v SR.



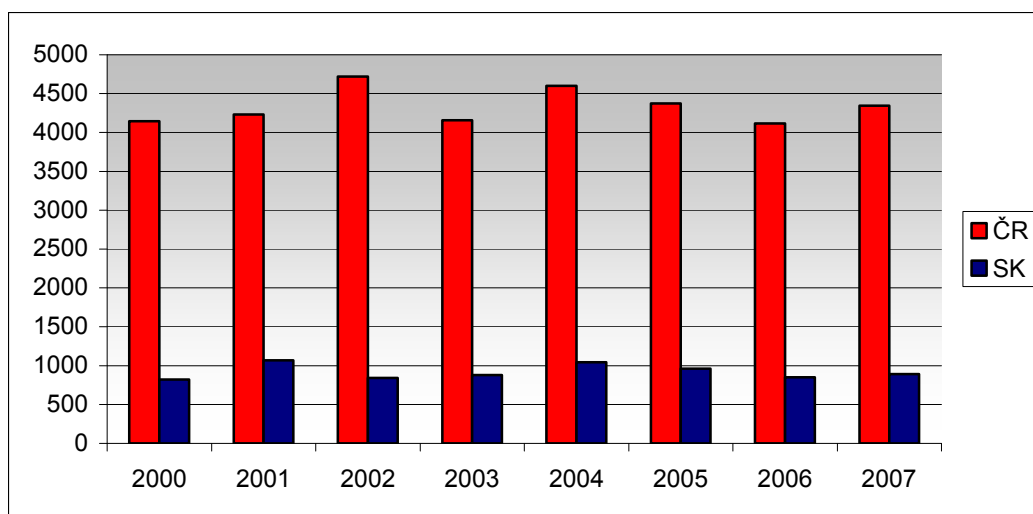
Pokles v r.2008 je podľa grafu prekvapivý a je prisudzovaný skôr neúplnému zberu dát než skutočnému poklesu. Situáciu je možné hodnotiť ako viac – menej stabilnú, s vysokým podielom injekčných užívateľov na celkovom počte problémových užívateľov drog. Tento podiel je vyšší než aký je v ČR.

Graf č.20 Odhad počtu užívateľov heroínu a pervitínu v SR.



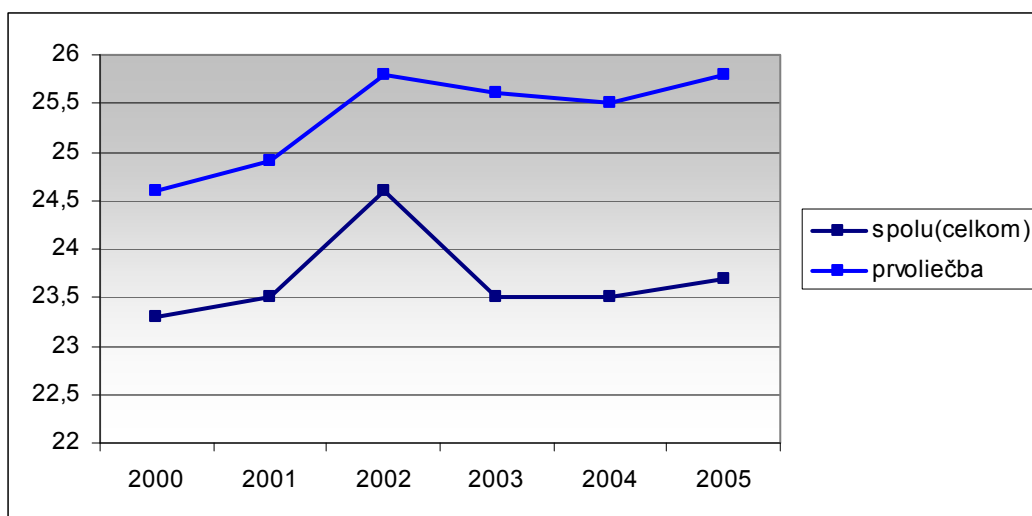
Počet, resp. odhad počtu užívateľov sa za posledné obdobie radikálne nezmenil, je tam nanajvýš iba mierny pokles v oboch skupinách. Prudký prepád v r.2008 je prisudzovaný výpadku programov, najmä v mimobratislavských regiónoch, a následne výpadkom relevantných údajov z týchto programov.

Graf č.21 Noví žiadatelia o liečbu v SR a ČR.



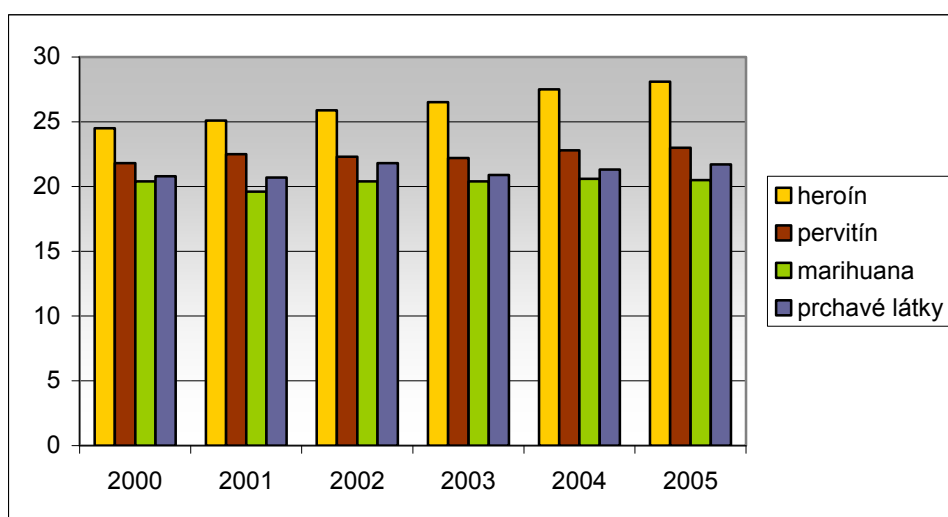
Stav počtu nových žiadateľov o liečbu od r.2000 je bez väčších výkyvov v počte. Zmeny sú v kvalitatívnom rozložení primárnych drog u novožiadateľov o liečbu.

Graf č.22 Priemerný vek nových žiadateľov o liečbu a liečených užívateľov v SR



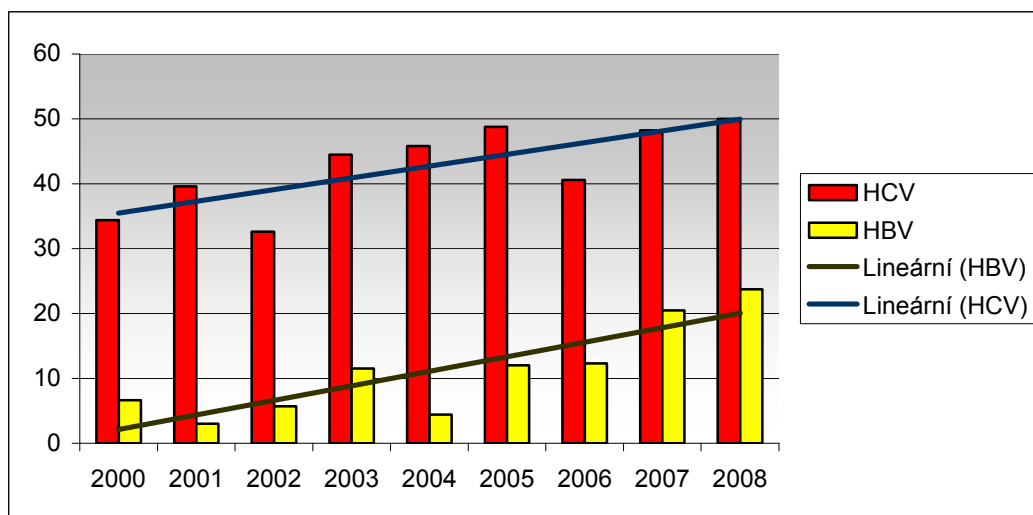
Priemerný vek už liečených i priemerný vek užívateľov započínajúcich liečbu sa zvyšuje. Na základe dostupných dát je však nemožné presne zhodnotiť súčasnú situáciu, keďže dáta k dispozícii sú len do r.2005. Možno iba predpokladať ďalší vývin tohto parametru.

Graf č.23 Priemerný vek liečených podľa druhu drogy v SR



Priemerný vek liečených užívateľov heroínu sa zvyšuje, u pervitínu je priemerný vek užívateľov cca 22-23 rokov, u marihuany a prchavých látok osciluje okolo 20.roku veku, resp. ho mierne prevyšuje. Súčasnú situáciu vinou nedostupnosti dát nie je možné hodnotiť.

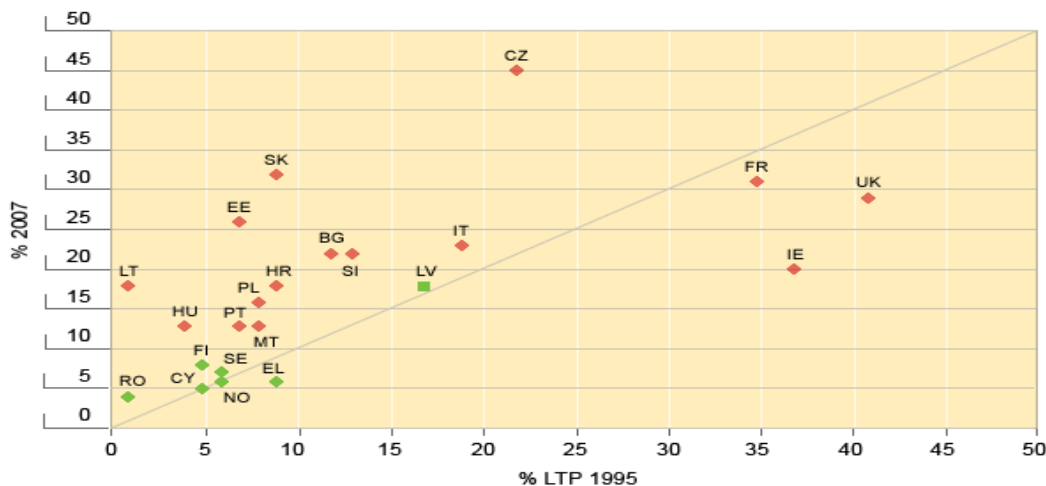
Graf č.24 Výskyt infekcie HBV a HCV a injekčných užívateľov pri žiadaní o liečbu v SR



Medzi injekčnými užívateľmi drog je výskyt vírusovej hepatitídy častý a za obdobie po r.2000 sa počet infikovaných a pomocou testov zachytených osôb zvýšil. Hepatitída typu C dosahuje u injekčných užívateľov drog vyšších čísel.

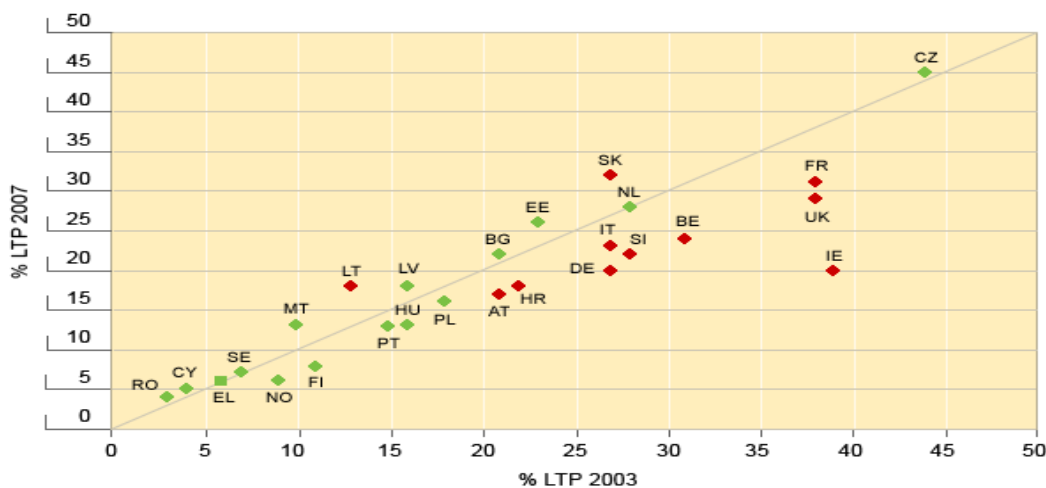
7. Užívanie kanabinoidov - postavenie ČR v rámci Európy

Obr. č.1 Zmeny (v %) v celoživotnej prevalencii užívania kanabinoidov v populácii 15 – 16 ročných študentov v r. 1995 - 2007 v Európe.



<http://www.emcdda.europa.eu/stats09/eyefig2a>

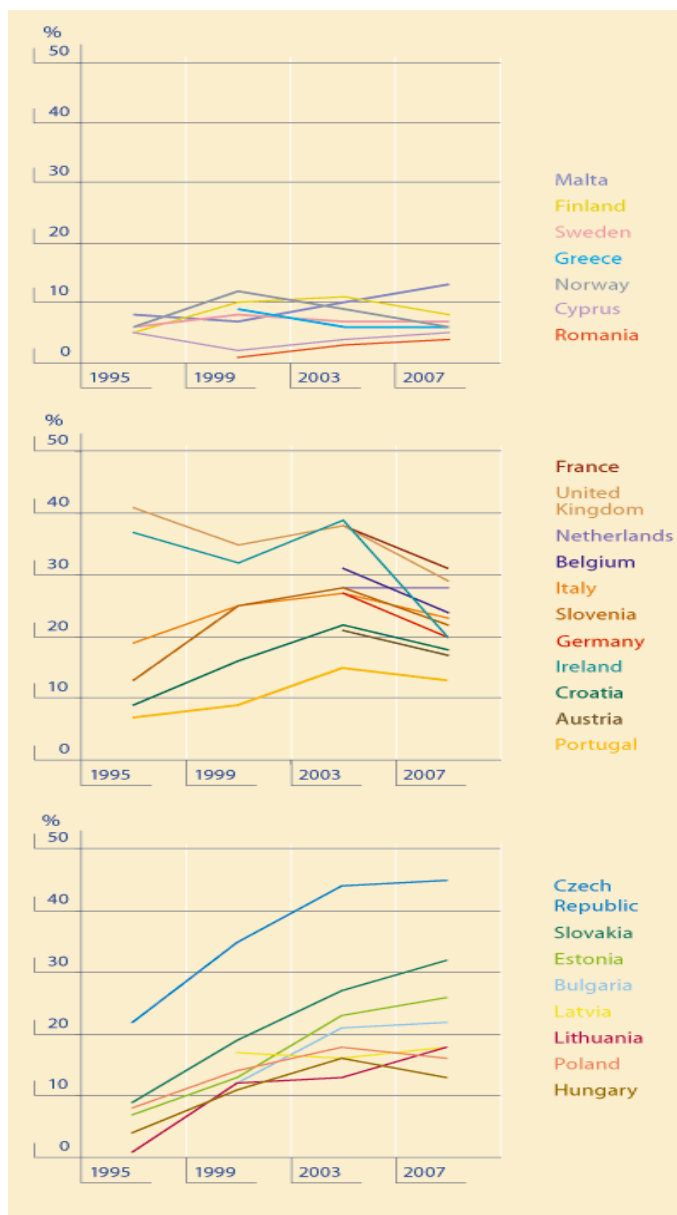
Obr. č.2 Zmeny (v %) v celoživotnej prevalencii užívania kanabinoidov v populácii 15 – 16 ročných študentov v r. 2003 - 2007 v Európe.



<http://www.emcdda.europa.eu/stats09/eyefig1j>

ČR v rámci Európy zobrazená ako krajina s vôbec najvyššou prevalenciou užívania kanabisu. Zmena v celoživotnej prevalencii krajín umiestnených pod čiarou má klesajúcu tendenciu, nad čiarou naopak stúpajúcu.

Obr. č.3 Celoživotná prevalencia užívania kanabinoidov v Európe v r. 1995 – 2007; a) krajiny s nízkou prevalenciou, b) prevalencia v západoeurópskych krajinách, c) prevalencia v stredo- a východoeurópskych krajinách.



<http://www.emcdda.europa.eu/stats09/eyefig1k>

ČR nepatrí ani zďaleka medzi krajiny s nízkou prevalenciou užívania kanabinoidov a v skupine stredo- a východoeurópskych krajín drží v tomto smere prvenstvo. Trend má stúpajúci charakter s náznakom stabilizácie stavu. Na druhom mieste v tomto regióne sa umiestnila SR.

ZÁVER

Na drogovej scéne nastala po roku 2000 kvalitatívna zmena. Absolútna dominancia heroínu sa prakticky skončila v r.2003. Po roku 2000 sa zmenil aj pomer liečených závislých, došlo k poklesu počtu liečených závislých od heroínu a nárastu počtu liečených závislých od amfetamínov (pervitínu).

Trend podielu jednotlivých vekových skupín pri *prvom užití drogy* v ČR sa za posledných 10 rokov výrazne nezmenil. Vedúcou skupinou zostáva *veková skupina 15 – 19 rokov!* Dôležité je, že *najviac osôb z celkového počtu prvoužívateľov je na Slovensku vo veku 15 rokov a presahuje 25%!*

Medzi *novými žiadateľmi o liečbu* v rokoch 2000 až 2004 sa v najväčšom počte objavovala skupina *15– 19 ročných*, no od roku 2005 ju predbehli osoby vo veku *20 – 24 rokov*. Pre úplnosť sa *priemerný vek nových žiadateľov o liečbu* v ČR v priebehu posledných 10 rokov postupne *zvyšoval* až na súčasných *cca 24 rokov*, pričom priemerný vek u žiadateľov o liečbu užívajúcich heroín bol v r. 2009 cca 27 rokov a u pervitínu sa priemerný vek pohyboval v rozmedzí okolo 22 – 23 rokov.

Ak vezmeme do úvahy fakt, že *liečenie užívateľa* heroínu sa presunuli do skupiny užívateľov nad 28 rokov, pervitín je doménou liečených užívateľov okolo 25 rokov, užívanie marihuany sa z užívateľskej skupiny pod 20 rokov mierne posunulo smerom k starším, i keď stále zostáva drogou skôr mladšej skupiny užívateľov, možno usudzovať, že *populácia užívajúca drogy starne...*Tento trend je zameraný aj v SR.

Problémoví užívatelia tvoria na počtu liečených pacientov vysoké percento. Ich počet je v ČR viac - menej stabilný, kolíše medzi 30 000 a 35 000, je ale patrný mierny nárast podielu injekčných užívateľov. Počet problémových užívateľov *na Slovensku* je taktiež viac – menej stabilný, s *vysokým podielom injekčných užívateľov, ktorý je vyšší ako v ČR.*

Podiel *intoxikovaných osôb* sa v ČR zvýšil v prospech vekovej skupiny 25 – 39 ročných. Existuje predpoklad dlhšej drogovej kariéry a prítomnosti pridružených zdravotných komplikácií, ktoré k intoxikáciám predisponujú. Najmenej intoxikovaných je zaznamenaných vo vekovej skupine do 15 rokov, ktorá experimentuje hlavne s ľahkými drogami typu konopných látok. V roku 2009 držali prvenstvo *trankvilizéry* ako základné drogy. V rokoch 2007 a 2008 najväčší podiel u intoxikovaných tvorili pozoruhodne psychostimulancia.

Po r. 2000 sa počet infikovaných a pomocou testov zachytených osôb *nakazených vírusovou hepatítidou* zvýšil v ČR i v SR. Rizikovým správaním z hľadiska prenosu vírusovej hepatitídy B je nechránený pohlavný styk a i. v. aplikácia drog a ako sa ukázalo, v tomto ohľade *vykazuje najväčšiu mieru rizikového správania veková skupina 15 až 19 rokov*. Rovnako tomu je aj u hepatitídy typu C.

Vo vekovej skupine 15 – 16 rokov má *užívanie marihuany* dlhodobý stúpajúci charakter, ale v porovnaní so SR má ČR *vyššie percento užívateľov*, ktoré v r. 2007 dosahuje *až cca 45 %*, kým SR niečo nad 30 %. *V regióne strednej a východnej Európy drží ČR prvenstvo v užívaní konopných látok!* Hneď za ňou i keď s nezanedbateľným percentuálnym odstupom stojí SR. O tom, prečo tomu tak je, môžeme iba uvažovať. Žiadal by sa v tomto smere hlbší sociologický rozbor a úlohu bude iste zohrávať i situácia na trhu, dostupnosť drogy.

Uvedené výstupy, opierajúce sa o získané štatistické údaje, sú iba dôkazom toho, že hlavne mladí ľudia vo veku od 15 do 30 rokov sú závislosťou na drogách najviac ohrození!

Trend znižovania vekovej hranice začiatku užívania drog je veľmi varovný a mal by začiatok protidrogovej prevencie smerovať do vekovej skupiny 10 – 15 rokov. Dôležité je apelovať na rodičov, aby vytvárali stabilné rodinné prostredie, ktoré by uspokojovalo potreby dieťaťa prijateľnou formou a taktiež ho viedlo k zodpovednosti. Je potrebné čo najviac podporovať preventívne protidrogové aktivity na školách a zapojiť do nich i ďalšie zložky spoločnosti.

Súčasná mládež má vďaka rozšíreným komunikačným prostriedkom prístup k neselektovanému množstvu informácií, žije v spoločnosti, kde je vyvíjaný obrovský tlak na výkon a je silne ovplyvňovaná médiami, ktoré sú však do protidrogovej prevencie zapojené nedostatočne. Práve médiá sa javia byť do budúcnosti nádejným nástrojom podpory zdravého životného štýlu bez drog.

Vývoju sa nedá zabrániť a naplnená predpoveď o „odloženej epidémii“ to iba dosvedčuje. Asi by bolo naivné si myslieť, že je možné spoločnosť od drog úplne očistiť, existuje tu totiž celá sieť skupín, ktoré majú na ich predaji a šírení záujem z hľadiska obrovských finančných ziskov, na druhej strane existuje výskum, ktorý skúma ich účinky na funkčné pochody v mozgu a je možné očakávať aj nové drogy a tendencie experimentovať s nimi.

SÚHRN

Predkladaná diplomová práca sa zaoberá problematikou užívania drog v Českej republike po roku 2000, predovšetkým u mladých ľudí. Opiera sa o dáta zhromaždené inštitúciami na to určenými, na ktoré sa aj odvoláva.

Časti zaoberajúcej sa zobrazením konkrétnych trendov predchádza časť teoretická, v ktorej je problematika závislosti na návykových látkach predstavená na úrovni drog ako takých, ich histórie a taktiež na úrovni protidrogovej politiky a prevencie.

Prvá kapitola je venovaná stručnej charakteristike jednotlivých skupín drog a popisuje súčasne ich vplyv na zdravie človeka, vrátane zdravotných komplikácií. Drogy boli v dávnej minulosti i v novodobých dejinách súčasťou života človeka a práve tomu je venovaná druhá kapitola. Protidrogová politika je komplikovanou a rozsiahlou oblasťou, no v rámci tejto práce je zúžená na predstavenie hlavných inštitúcií a ich kompetencií, a to na medzinárodnej a národnej, resp. štátnej úrovni. Protidrogová prevencia v rodine a v prostredí školy je stručne zhrnutá v ďalšej časti, rovnako ako kontaktné centrá a ich pomoc závislým či zmienka o rizikových situáciách v súvislosti s užívaním drog a ako sa v nich správne zachovať.

Trendy užívania návykových látok sú graficky znázornené pre Českú republiku a doplnené zvlášť pre Slovenskú republiku. Trendy týchto dvoch krajín sú vzájomne porovnané. Problematika drogových závislostí na úrovni Európy je spracovaná len okrajovo, so zameraním na užívanie konopných látok, kde Česká republika zaujíma významné postavenie.

SUMMARY

This writing is about drug abuse among young people in The Czech Republic in last decade and it is based on all the data collected by many institutions which are interested in addiction to drugs.

The first four chapters, a theoretic part, are dedicated to characteristics and history of all drugs and also to prevention of drug abuse and politics against using drugs.

Characteristics of all groups of drugs and health complications that are caused by using drugs are in the first chapter. The second one is talking about the history of drugs. The part which presents international and national politics against drug abuse is including all the institutions and their work. Influence of parents and other family members is very important, as much as preventive programmes at schools - about this all is another chapter. Some information about contact centres and some advice what to do in very risky situations associated with using drugs are also in the same chapter.

Graphs of trends on drug abuse were created for The Czech Republic and also for Slovakia, then these two countries were compared. The last part is about The European region, but only using the cannabis was the main point of view.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Raboch, J., Zvolský, P. et. al. Psychiatrie. 1.vyd. In: Popov, P. *Návykové poruchy*. Praha: Galén, 2001. s.182-226. ISBN 80-7262-140-8.

Kalina, K. et. al. *Drogy a drogové závislosti*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

Štolfa, J., Hobstová, J. a Bencko.V. Zdravotní komplikace zneužívání návykových látek a možnosti prevence v primární péči. *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 6, s. 295-300.

Kabelková, M. Infekce u uživatelů drog. *Lékařské listy*, 2009, roč. 58, č. 8, s. 22-24.

Escohotado, A. *Stručné dějiny drog*. 1. vyd. Praha: Volvox globator, 2003. 171 s. ISBN 80-7207-512-8.

Davenport-Hines, R. P. T. *Honba za zapomněním (světové dějiny narkotik 1500 - 2000)* 1.vyd. Praha: BB art, 2004. 503 s. ISBN 80-7341-202-0.

Štablová, R. a Brejcha, B. *Návykové látky a současnost*. 1.vyd. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. 302 s. ISBN 80-7251-224-2.

Česká protidrogová politika a její koordinace (historie a současnost). *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č. 2, s. 1-12.

Mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky. *Zaostřeno na drogy*, 2005, roč.3, č.4, s. 1-12.

McGrath, Y. et. al. *Drug use prevention among young people*. NICE: National Clinical Institute For Health and Clinical Excellence, 2006. 72 p. ISBN 1-84629-147-X.

Nešpor, K. a Csémy, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problému předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5.vyd. Praha: 2003. 83 s.

Mravčík, V. et.al. *Výroční správa o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 123 s.
ISBN 978-80-87041-99-4.

Mravčík, V. et.al. *Výroční správa o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s.
ISBN 978-80-87041-46-8.

Mravčík, V. et.al. *Výroční správa o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 103 s.
ISBN 80-86734-59-5.

Mravčík, V. et.al. *Výroční správa o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 85 s.
ISBN 80-86734-25-0.

Výroční zpráva ČR-2009 (Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog). Praha: Hygienická stanice hl.m. Praha, 2010. s.206.
ISBN 978-80-254-6750-3.

Výroční zpráva ČR-2008 (Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog). Praha: Hygienická stanice hl.m. Praha, 2009. s.145.
ISBN 978-80-254-4036-0.

Protidrogová strategie EU na období 2005-2012. 1.vyd. Praha: Úřad vlády české republiky, 2005.

ISBN 80-86734-64-1

Odkazy na citácie v texte

1. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Miovský, M. *Konopné drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.174-178.
2. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Minařík, J. *Stimulancia*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.164-167.
3. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Minařík, J. *Opioidy a opiáty*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.159-162.
4. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Miovský, M. *Halucinogenní drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.169-172.
5. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Hampl, K. *Těkavé látky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.193-198.
6. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Bayer, D. *Analgetika, sedativa a trankvilizéry*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 180-185.
7. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Minařík, J. a Hobstová, J. *Somatické komplikace a komorbidita 2-Infekční hepatitidy a AIDS*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.229-231.
8. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Minařík, J. a Hobstová, J. *Somatické komplikace a komorbidita 1-místní a celkové infekce, orgánová poškození*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 223-227.
9. Kalina, K. et.al. Drogy a drogové závislosti. 1.vyd. In: Bém, P., Kalina, K. a Radimecký, J. *Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s.33-38.
10. Česká protidrogová politika a její koordinace (historie a současnost). *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č. 2, s. 2.
11. Česká protidrogová politika a její koordinace (historie a současnost). *Zaostřeno na drogy*, 2009, roč. 7, č. 2, s. 7.
12. Česká protidrogová politika a její koordinace (historie a současnost).

Zaostřeno na drogy, 2009, roč. 7, č. 8.

13. Česká protidrogová politika a její koordinace (historie a současnost).

Zaostřeno na drogy, 2009, roč. 7, č. 2, s. 9.

14. McGrath, Y. et. al. Drug use prevention among young people. In: *Drug use prevention and definition*. NICE: National Clinical Institute For Health and Clinical Excellence, 2006. s.14-15.

15. Nešpor, K. a Csémy, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problému předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5.vyd. Praha: 2003. s.51.

16. Nešpor, K. a Csémy, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problému předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5.vyd. Praha: 2003. s.65.

Internetové zdroje informací:

European monitoring centre for Drugs and Drug Addiction

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

Informační portál o ilegálních a legálních drogách

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

Drogový informační server

<http://www.drogy.net/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100

Hygienická stanice hl.m.Prahy

<http://www.hygpaha.cz/>

Slovenský drogový informační portál

<http://www.infodrogy.sk/>

Zoznam grafov, obrázkov a tabuliek

| | |
|--|----|
| Graf č.1 Podiel vekových skupín pri prvom užití základnej drogy..... | 39 |
| Graf č.2 Novo evidovaní žiadatelia o liečbu podľa veku..... | 40 |
| Graf č.3 Noví žiadatelia o liečbu podľa skupiny drog a veku..... | 40 |
| Graf č.4 Všetci liečení podľa druhu drog a veku..... | 41 |
| Graf č.5 Pomer mužov a žien u všetkých liečených užívateľov..... | 41 |
| Graf č.6 Doba užívania heroínu pred návštevou kontaktného centra/liečebne..... | 42 |
| Graf č.7 Problémoví užívatelia drog a injekční užívatelia..... | 42 |
| Graf č.8 Novo evidovaní užívatelia heroínu a pervitínu. | 43 |
| Graf č.9 Počet novo registrovaných užívateľov heroínu a pervitínu a ich kumulácia..... | 43 |
| Graf č.10 Počet nových injekčných užívateľov drog a ich kumulácia..... | 44 |
| Graf č.11 Podiel injekčných užívateľov drog medzi nemocnými vírusovou hepatítidou A, B a C..... | 44 |
| Graf č.12 Podiel osôb s rizikovým správaním podľa vekových skupín vo vzťahu k hepatitíde B..... | 45 |
| Graf č.13 Podiel osôb s rizikovým správaním podľa vekových skupín vo vzťahu s hepatitídou C..... | 45 |
| Graf č.14 Podiel intoxikovaných osôb podľa veku..... | 46 |
| Graf č.15 Intoxikácia podľa druhu základnej drogy..... | 46 |
| Graf č.16 Trend skúsenosti s nelegálnou drogou u 15 – 26 ročných v SR..... | 47 |
| Graf č.17 Vek prvého kontaktu s drogou v roku 2008 v SR..... | 47 |
| Graf č.18 Celoživotná prevalencia užívania kanabinoïdov u 15-16 ročných v SR a ČR..... | 48 |
| Graf č.19 Odhad problémových a injekčných užívateľov drog v SR..... | 48 |
| Graf č.20 Odhad počtu užívateľov heroínu a pervitínu v SR..... | 49 |
| Graf č.21 Noví žiadatelia o liečbu v SR a ČR..... | 49 |
| Graf č.22 Priemerný vek nových žiadateľov o liečbu a liečených užívateľov v SR..... | 50 |
| Graf č.23 Priemerný vek liečených podľa druhu drogy v SR..... | 50 |

| | |
|---|----|
| Graf č.24 Výskyt infekcie HBV a HCV a injekčných užívateľov pri žiadaní o liečbu v SR..... | 51 |
| Obr. č.1 Zmeny (v %) v celoživotnej prevalencii užívania kanabinooidov v populácii 15 -16 ročných študentov v r. 1995 – 2007 v Európe..... | 52 |
| Obr. č.2 Zmeny (v %) v celoživotnej prevalencii užívania kanabinooidov v populácii 15 – 16 ročných študentov v r. 2003 – 2007 v Európe..... | 52 |
| Obr. č.3 Celoživotná prevalencia užívania kanabinooidov v Európe v r. 1995 – 2007; a) krajiny s nízkou prevalenciou, b) prevalencia v západoeurópskych krajinách, c) prevalencia v stredo- a východoeurópskych krajinách..... | 53 |
| Tab. č.1 Účinné a neúčinné stratégie protidrogovej prevencie na školách..... | 36 |

Zoznam príloh

Príloha č.1: Desať dobrých dôvodov, prečo žiť bez drog.

Príloha č.2: „Ako sa zachováš, keď ti bude niekto ponúkať drogy?“ (Polícia ČR)

Príloha č.3: Lepšou cestou...bez drog!

1. LEPŠÍ ZDRAVÍ



Drogy, ať přijímané kouřením nebo injekčně, zvyšují riziko nemocí a snižují imunitu organismu. U lidí, kteří berou drogy, se častěji vyskytují chronická onemocnění, jako např. nádory, žloutenky, AIDS, oslabení celkové odolnosti nebo kožní nemoci. Alkohol a drogy navíc zvyšují riziko úrazu, dopravní nehody nebo násilného konfliktu se zdravotními následky.

2. VÍCE SVOBODY

Svobodné rozhodování o svém chování je u lidí navyklých na drogu značně omezené. Stálá potřeba drogy je odvádí od zájmů a koníčků, sportu a zábavy, i od každodenních studijních nebo pracovních povinností. Pro mnoho závislých mladých lidí je život s drogou životem v nesvobodě, aniž si to dovedou přiznat.



3. VÍCE DUŠEVNÍ POHODY

Drogy vedou k poruchám duševního zdraví. Tyto poruchy mohou být přechodné po dobu, kdy je člověk pod vlivem drog. Někdy ale duševní potíže přetrvávají mnohem déle, nebo dokonce mají trvalý charakter.

4. VÍCE SPOKOJENOSTI VE VZTAZÍCH K RODINĚ A PŘÁTELŮM

Lidé, kteří neberou drogy a nezneužívají alkohol, mají lepší vztahy s rodiči a přáteli. Projevují se jako samostatnější, nezávislejší a odpovědnější. V partnerských vztazích jsou spokojenější a šťastnější.



5. JASNÁ MYSL

Alkohol i jiné drogy nepříznivě ovlivňují funkce našeho mozku. Zhoršují paměť, soustředění a schopnost se učit. To platí prakticky pro všechny drogy a také pro tlumivé léky ze skupiny benzodiazepinů.

6. VÍCE RADOSTI Z KONÍČKŮ A ZÁJMŮ VE VOLNÉM ČASE

Ten, kdo žije bez drog, má větší možnosti rozhodovat se mezi různými dobrými způsoby trávení volného času. Může cvičit, plavat, relaxovat, jít za kulturou, starat se o zvířata atd. Závislý člověk tuto možnost svobodné volby ztrácí.



7. VĚTŠÍ ÚSPĚŠNOST VE ŠKOLE I V PRÁCI

Drogy zhoršují poznávací schopnosti a to má dopad na prospěch ve škole a na úroveň vzdělání. I v práci se lépe prosadí lidé zdraví a psychicky vyrovnaní. Navíc řada zaměstnavatelů u nás i v zahraničí testuje své zaměstnance na přítomnost drog. Některé testy (zejména vyšetření vlasů) dokážou odhalit drogy v těle i za velmi dlouhou dobu.

8. LEPŠÍ SCHOPNOST PŘEKONÁVAT PROBLÉMY

Rychle se proměňující podmínky současného života přinášejí také problémy, s nimiž se člověk musí neustále vyrovnávat. Problémy lépe vyřeší člověk, jehož mozek a psychika fungují normálně. Takový člověk se dokáže lépe uvolnit a odreagovat, umí se svěřit a poradit si. S chladnou a střízlivou hlavou se i velké problémy zvládají lépe.



9. VÍCE PENĚZ NA DOBRÉ VĚCI

Peníze nevydané za drogy je možno používat ke svému užitku, k prospěchu blízkých lidí nebo k jinému dobrému účelu. Je to lepší, než sloužit drogovému dealerovi.

10. LEPŠÍ VZHLED

Zdravý životní způsob se příznivě odráží na vnějším vzhledu. Lidé spokojení se svým vzhledem mají větší sebedůvěru, jsou optimističtější vzhledem k budoucnosti a jistější ke svému okolí. Naproti tomu lidé, kteří berou drogy, působí nezdravě, častěji se u nich objevují kožní nemoci, pobledlost a někdy i stopy po sebepoškození.



KAŽDÝ MÁ PRÁVO ROZHODNOUT SE SÁM PRO SVOBODNÝ ŽIVOT BEZ DROG.



Autoři: prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., PhDr. Ladislav Csémy

Recenze: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Grafická úprava: ALFILE

Odpovědná redaktorka: Renata Beranová

Vydal: Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

Vytiskl: GEOPRINT, s. r. o., Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 2007

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ

DESET

DOBŘÝCH DŮVODŮ,
PROČ ŽÍT BEZ DROG

JAK SE ZACHOVÁŠ, KDYŽ TI BUDE NĚKDO NABÍZET DROGY ?

Největším lidským štěstím je možnost volby. I ty, v případě, že Ti někdo nabídne drogu, můžeš volit. Jaká bude Tvoje volba?

- ❗ Můžeš být jeden z těch, kteří třeba i po první dávce drogy zemřeli. Ročně umírá na předávkování drogou v České republice kolem 500 mladých lidí.
- ❗ Můžeš být jeden z těch, kdo bude na drogách závislý a bude mít velké zdravotní problémy. Již nyní je těchto lidí v celé České republice nejméně 30 000.
- ❗ Můžeš být jeden z těch silných, který dokázal odpovědět „NE“ a zůstal tak svobodný. Je to možná poprvé, kdy o sobě rozhoduješ skutečně sám.





Máš strach, že to sám nezvládneš ? Volba je pouze na tobě!!!

Viš na koho se obrátit? Důležitá telefonní spojení najdeš zde.

Důležité telefony:

| | |
|------------------|-----|
| Policie ČR | 158 |
| Obecní policie | 156 |
| Záchranná služba | 155 |
| Hasiči | 150 |

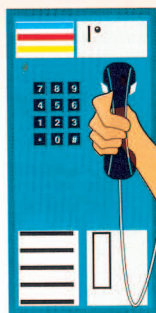
Další pomoc v mém bydlešti:

.....

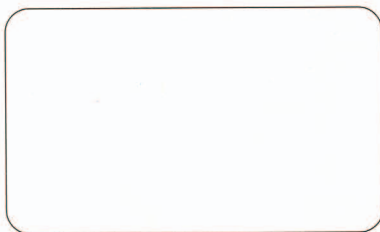
.....

.....

UŽ VÍM
KDO MI
POMŮŽE



NÁRODNÍ
PROTIDROGOVÁ
CENTRÁLA



Lepší cestou...



...bez drog!

**norway
grants**

Projekt je podpořen grantem Finančního mechanismu Norska
Supported by a grant from Norway
through the Norwegian Financial Mechanism



Psychiatrické centrum Praha

Toto pracoviště se účastní projektu SYPREDOS

Systematická prevence užívání drog u adolescentů
prostřednictvím krátké intervence
lékaře pro děti a dorost