

Zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jejich uživatelům na území bývalého okresu Nový Jičín

Zadavatel studie:

Město Kopřivnice
Záhumenní 1152, 742 21 Kopřivnice

Realizátor:

Sdružení SCAN
Hanáková 710, 666 03 Tišnov

ve spolupráci

Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky a VFN
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2

Praha 2006

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Vedoucí projektu:

Mgr. Roman Gabrhelík

Členové výzkumného týmu:

Mgr. Jaroslav Vacek

Mgr. Lenka Miovská

Odborný garant:

Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Oponenti:

Mgr. Miroslav Charvát

Mgr. Hana Gajdošíková (kapitola 8)

Bc. Jaroslav Šejvl (kapitola 7 a 8)

Citace:

Gabrhelík, R., Vacek, J., Miovská, L. & Miovský, M. (2006). Zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jejich uživatelům na území bývalého okresu Nový Jičín. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

Obsah

1	Úvod.....	5
2	Stručná charakteristika regionu	6
3	Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách.....	8
3.1	Cíle substudie.....	8
3.2	Cílová populace, výzkumný soubor a metoda jeho výběru.....	8
3.3	Práce s výběrovým souborem.....	9
3.4	Metody kolekce dat	10
3.5	Etické normy a pravidla výzkumu	11
3.6	Kolekce dat a způsob jejich zpracování.....	11
3.7	Popis výzkumného souboru.....	11
3.8	Výstupy substudie	13
3.8.1	Kouření cigaret.....	13
3.8.2	Pití alkoholu.....	14
3.8.3	Zkušenosti s užíváním jiných drog.....	17
3.8.4	První zkušenosti	20
3.8.5	Dostupnost drog	22
3.8.6	Vnímání rizik spojených s užíváním drog.....	23
3.8.7	Rozdíly v užívání podle typu středních škol	24
3.9	Diskuse	26
3.10	Souhrn nejdůležitějších zjištění	27
4	Analýza institucionálního kontextu drogových služeb	28
4.1	Cíl substudie a výzkumná otázka	28
4.2	Použité metody.....	28
4.2.1	Charakteristiky zařízení.....	28
4.2.2	Charakteristiky služeb	29
4.3	Průběh výzkumu, výzkumný soubor.....	30
4.4	Přehled zařízení	32
4.4.1	Významné instituce	32
4.5	Přehled služeb.....	32
4.5.1	Ambulantní léčba a poradenství	32
4.5.2	Substituční léčba	33
4.5.3	Detoxifikace.....	34
4.5.4	Stacionární programy	35
4.5.5	Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	35
4.5.6	Rezidenční péče v terapeutických komunitách.....	36
4.5.7	Doléčovací programy.....	37
4.5.8	Nízkoprahové služby	37
4.5.9	Specifická primární prevence.....	38
4.5.10	Další služby	39
4.6	Souhrn nejdůležitějších zjištění a analýza potřeb.....	40
5	Sekundární analýza žádostí o léčbu.....	42
5.1	Žádosti o léčbu - definice a metodika.....	42
5.2	Cíle substudie.....	42
5.3	Incidence a prevalence žadatelů o léčbu v roce 2004 a 2005.....	42
5.4	Incidence a prevalence žádostí o léčbu u problémových uživatelů drog	48
5.5	Evidence léčených uživatelů drog Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR	49
5.6	Souhrn substudie	50

6	Školní programy specifické primární prevence	51
6.1	Úvod.....	51
6.2	Cíle substudie.....	52
6.3	Sběr dat	52
6.3.1	Dotazníková studie	52
6.3.2	Kvalitativní interview	53
6.4	Výstupy substudie	53
6.4.1	Dotazníková studie na školách	53
6.4.2	Interview s odbornými pracovníky primární prevence	59
6.5	Souhrn nejdůležitějších zjištění	61
7	Infekční onemocnění spojená s užíváním drog	62
7.1	Úvod.....	62
7.2	Situace v ČR za rok 2004	62
7.3	Zdroje dat.....	62
7.4	Sledovaná data, možné výstupy.....	64
7.5	Výstupy substudie	64
7.5.1	Virové hepatitidy	64
7.5.2	HIV/AIDS	67
7.6	Souhrn nejdůležitějších zjištění	67
8	Smrtelná předávkování OPL	68
8.1	Úvod.....	68
8.2	Cíle substudie.....	69
8.3	Metody zjišťování a kolekce dat	69
8.4	Způsob zpracování dat	70
8.5	Výstupy substudie	70
8.6	Souhrn nejdůležitějších zjištění	73
9	Drogová kriminalita	74
9.1	Úvod.....	74
9.2	Situace za rok 2004	75
9.3	Cíle substudie.....	75
9.4	Zdroje dat.....	75
9.5	Výstupy substudie	76
9.6	Souhrn nejdůležitějších zjištění	83
10	Souhrn nejdůležitějších zjištění celého projektu	84
11	Závěr	87
	Literatura:	88
	Přílohy.....	91

1 Úvod

Realizovaný projekt byl zaměřen na zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jeho uživatelům v regionu bývalého územně-správního celku, okresu Nový Jičín. Studie byla realizována v rámci pěti pověřených obcí: Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Kopřivnice, Nový Jičín a Odry.

Projekt je složen celkem ze sedmi dílčích substudií:

- 1) Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách
- 2) Analýza institucionálního kontextu poskytování drogových služeb
- 3) Sekundární analýza žádostí o léčbu
- 4) Školní programy primární prevence
- 5) Infekční onemocnění spojená s užíváním drog
- 6) Mortalita u uživatelů drog
- 7) Drogové trestné činy a přestupky

V závěrečné zprávě představujeme přehled nejzásadnějších zjištění a poznatků, které jsou relevantní pro tvorbu drogové politiky regionu. U všech substudií se věnujeme jak interpretaci výsledků, tak popisu procesuí stránky realizace projektu.

Kompletní evaluace drogové situace a nabízených drogových služeb v regionu lze považovat za součást dílčích etap přípravy a monitorování služeb. Věříme, že tyto informace najdou využití v efektivnějším plánování služeb, které odpovídají reálným potřebám cílových skupin a v konečném důsledku také povedou k efektivnějšímu využívání finančních prostředků. Projekt jako celek vytvoří platformu potřebnou pro adekvátní zhodnocení všech základních oblastí drogové politiky v regionu.

2 Stručná charakteristika regionu

Bývalý okres Nový Jičín je součástí Moravskoslezského kraje. Moravskoslezský kraj je s 1 264 000 obyvatel nejlidnatějším krajem České republiky. V 16 městech nad 10 000 obyvatel žije 67 % obyvatel kraje. V krajském městě Ostravě žije zhruba jedna čtvrtina obyvatel kraje. Rozlohu a počet obcí upravuje Tabulka 2-1.

Tabulka 2-1: Rozloha v ha a počet obcí v regionu (Český statistický úřad, 2006)

Region	Rozloha v ha	Počet obcí
Okres Nový Jičín	91 776	57
M-S kraj	542 707	299

Následující tabulky se týkají základních socio-demografických charakteristik v okrese, Moravskoslezském kraji a České republice. V okrese Nový Jičín byl v roce 2005 stav přirozeného přírůstku obyvatelstva stabilní (Tabulka 2-2).

Tabulka 2-2: Střední stav obyvatelstva, narození, zemřelí a přirozený a celkový přírůstek v roce 2005 (Český statistický úřad, 2006)

Region	Střední stav obyv.	Živě narození	Zemřelí	Přirozený přírůstek	Přírůstek stěhováním
Okres Nový Jičín	159 216	1 608	1 607	1	54
M-S kraj	1 251 767	12 177	12 991	-814	-1 674
Česká republika	10 234 092	102 211	107 938	-5 727	36 229

Tabulka 2-3 udává věkové složení obyvatelstva v okrese Nový Jičín, Moravskoslezském kraji a ČR.

Tabulka 2-3: Věková struktura obyvatelstva v roce 2004 (Český statistický úřad, 2006)

Region	Obyvatelstvo ve věku 0 - 14 let (v %)	Obyvatelstvo ve věku 15 - 64 let (v %)	Obyvatelstvo ve věku nad 65 let (v %)
Okres Nový Jičín	16,2	71,4	12,3
M-S kraj	15,4	71,6	13,2
Česká republika	15,1	70,9	14

Vzdělanost obyvatel starších 15 let v okrese Nový Jičín i M-S kraji je nižší než v ČR. Vysokoškolsky vzdělaných lidí je v okrese 6,9, resp. v kraji 7,8 % - průměr ČR činí 8,9 %, středoškoláků s maturitou je 23,4, resp. 22,7 %. Se základním vzděláním a bez školního vzdělání je 24, resp. 25,2 % obyvatel, průměr ČR činí 23 % (Tabulka 2-4; Tabulka 2-5).

Tabulka 2-4: Vzdělání obyvatel ve věku 15 a více let podle území (Český statistický úřad, 2006)

Region	Obyv. ve věku 15 a více let	z toho nejvyšší ukončené vzdělání (%)				
		Základní a neukončené	Vyučení a stř. odborné bez maturity	Úplné střední s maturitou	Vyšší a nástavbové	Vysokoškolské vč. vědecké přípravy
Nový Jičín	131 262	24,0	40,8	23,4	3,2	6,9
M-S kraj	1 051 687	25,2	38,7	22,7	3,0	7,8
Česká republika	8 575 198	23,0	38,0	24,9	3,5	8,9

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 2-5: Počty žáků podle typu školy v roce 2004 (Český statistický úřad, 2006)

Region	Základní školy	Gymnázia	Střední odborné školy	Střední odborná učiliště	Vyšší odborné školy
Okres Nový Jičín	16 076	1 979	3 126	2 667	245
M-S kraj	119 989	16 449	25 832	22 754	2 089
Česká republika	917 738	142 374	225 250	175 975	29 759

Důležitými faktory, které spoluurčují výskyt problémového užívání návykových látek v dané oblasti, jsou **průměrná mzda a míra registrované nezaměstnanosti**. Vysoká nezaměstnanost a frustrace s ní spojená může negativně ovlivnit zdravotní stav nezaměstnaných a jejich rodin (Tabulka 2-6).

Tabulka 2-6: Průměrná mzda v roce 2005 (Český statistický úřad, 2006)

Region	Průměrná mzda
Okres Nový Jičín	17 623
M-S kraj	18 067
Česká republika	20 841

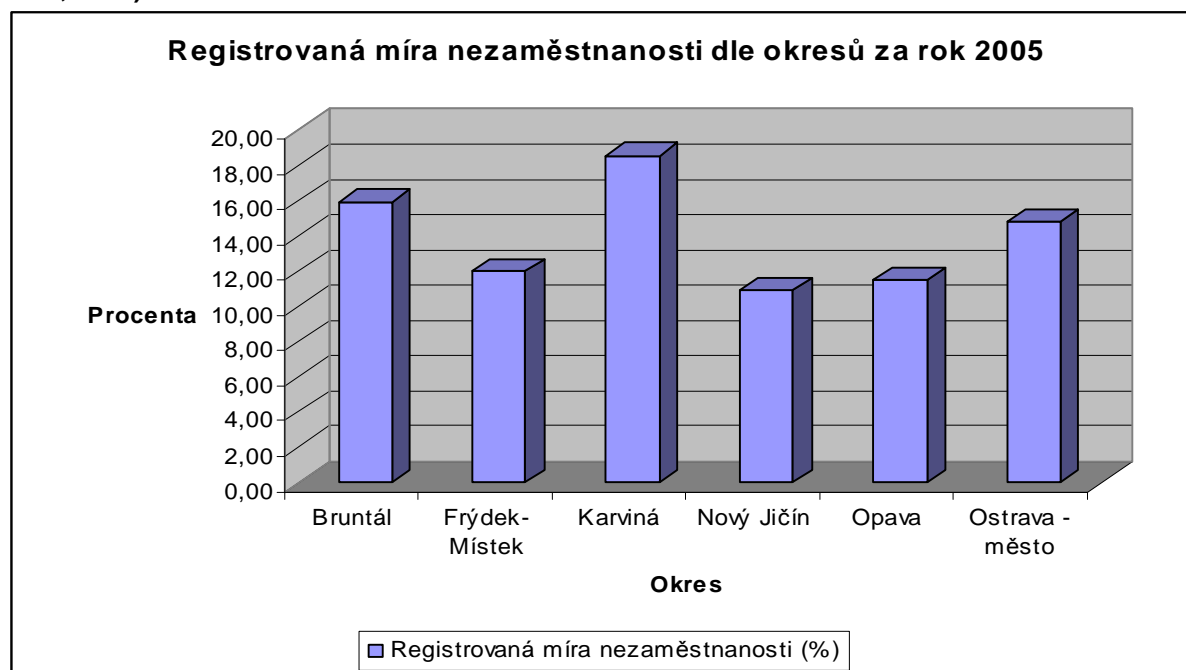
Míra nezaměstnanosti v kraji je nejvyšší z krajů v České republice a je vysoká ve všech okresech kraje (Tabulka 2-7). V kraji se nachází cca 20% všech nezaměstnaných České republiky.

Tabulka 2-7: Míra registrované nezaměstnanosti a počet uchazečů na jedno volné pracovní místo za rok 2005 (Český statistický úřad, 2006; Úřady práce)

Region	Míra registrované nezaměstnanosti (v %)	Počet uchazečů na jedno volné pracovní místo
Okres Nový Jičín	10,92	17,4
M-S kraj	14,23	29,2
Česká republika	9,5	11,6

Nejvyšší nezaměstnanost je v okrese Karviná, nejnižší je právě v okrese Nový Jičín, téměř 11% (Obrázek 2-1).

Obrázek 2-1: Míra nezaměstnanosti dle okresů k 30. 6. 2005 podle okresů (Český statistický úřad, 2006)



3 Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách

3.1 Cíle substudie

Cílem substudie je získat rámcový přehled o užívání drog ve školní populaci v regionu. Tato substudie nám umožní zhodnotit rozsah užívání drog, postoje k jejich užívání a vědomosti žáků o drogové problematice.

3.2 Cílová populace, výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Cílovou populací (základním souborem) školní dotazníkové studie byly děti a dospívající ve věku 12, 14, 16 a 18 let. To odpovídá žákům 7. a 9. tříd základních škol, studentům 2. a 4. ročníků gymnázií, středních škol nebo odborných učilišť a učilišť. Navíc jsme se rozhodli využít posluchačů prvních ročníků vyšších odborných škol, kteří v bývalém okrese Nový Jičín představují jinak jen těžko dostupnou populaci dospělých studentů. Vzhledem k časovému posunu sběru dat oproti původnímu plánu došlo i k mírnému „zestárnutí“ souboru (viz. popis souboru dále). Kohortové rozdělení souboru umožňuje jednak průřezově vysledovat možné trendy v užívání návykových látek a zároveň poskytne data pro přímé srovnání s již proběhlými studiemi ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách).¹

Výběrový soubor žáků a studentů byl sestaven metodou stratifikovaného náhodného výběru institucí. Školy byly nejprve rozděleny (stratifikovány) do skupin podle typu (základní, střední, vyšší odborná) a polohy (územní spádovost k obcím třetího typu v rámci bývalého okresu Nový Jičín), aby bylo dosaženo rovnoměrného pokrytí celého území všemi typy škol (resp. příslušnými věkovými kohortami), a teprve následně proběhlo jejich znáhodnění.

Nejprve je třeba zjistit, jaký počet žáků je třeba zapojit do výzkumné studie. Protože jsme chtěli vytvořit soubor, který by byl co nejvíce reprezentativní, předem jsme určili, že chceme oslovit 20 % školní populace. Naši úvahu a provedené výpočty ilustruje následující tabulka (Tabulka 3-1). Označení jednotlivých věkových kohort A – E se budeme držet i v následujícím textu (A – 7. třída, B – 9. třída základních škol, C – 2. ročník, D – 4. ročník středních škol a učilišť, E – 1. ročník vyšších odborných škol).

Tabulka 3-1: Základní soubor a plán rozsahu výběrového souboru žáků a studentů (20%)

Kohorta		Základní soubor			Výběrový soubor (plán)	
		žáci	třídy	žáci / třída	žáci	třídy
A	7. třída ZŠ	2014	86	23,42	403	17
B	9. třída ZŠ	2057	86	23,92	411	17
C	2. ročník SŠ a U	1986	71	27,97	397	14
D	4. ročník SŠ a U	1186	46	25,78	237	9
E	1. ročník VOŠ	112	4	23	22	1
Celkem		7355	293	25,10	1471	59

Z Databáze Ústavu pro informace ve vzdělávání² byly zjištěny údaje o počtu žáků v jednotlivých ročnících a o počtu tříd. Rozsah plánovaného výběrového souboru byl stanoven jako 20 % souboru základního, podle průměrných počtů žáků ve třídách byl stanoven pravděpodobný (minimální) počet tříd, jež je nutno oslovit a zapojit do výzkumu. Počet oslovených tříd je ale ve skutečnosti třeba navýšit a sejmout dotazníky ve více třídách,

¹ Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. and Sovinová, H. (2004). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha

² <http://founder.uiv.cz/virtodd/vyber.asp>

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

protože je nutno počítat s absencí, ať už kvůli nemoci nebo např. nesouhlasu s účastí ve výzkumu.

Konkrétní postup výběru můžeme ilustrovat na příkladu základních škol. Abychom pokryli rovnoměrně celé území bývalého okresu, v jedné škole budeme testovat maximálně 2 třídy téhož stupně, průměrně 1,5 třídy, na 17 tříd budeme tedy potřebovat přibližně 12 škol. Celkově je v bývalém okrese NJ 40 ZŠ s druhým stupněm, vychází nám tedy, že potřebujeme vybrat 30 % z nich. Rozložení a počty náhodně vybraných škol podle příslušnosti k pověřeným obcím ukazuje Tabulka 3-2.

Tabulka 3-2: Základní a výběrový soubor základních škol podle lokality (plán)

lokalita	bývalý okres NJ	Bílovec	Frenštát p. Radhoštěm	Kopřivnice	Nový Jičín	Odry
ZŠ celkem	40	7	4	10	16	3
30 % výběr	12	2,1	1,2	3	4,8	0,9
reálný výběr	12	2	1	3	5	1

Podobným způsobem byl proveden výběr středních škol, zde bylo však akcentováno kritérium typu školy (poloha v rámci bývalého okresu je druhořadá, neboť střední školy mají regionální charakter). Poměr mezi počty studentů a učňů na jednotlivých typech škol byl stanoven dle údajů ČSÚ za rok 2004. Základní čtyři typy středoškolských zařízení jsou:

- a) gymnázia,
- b) střední průmyslové a zdravotní školy,
- c) střední odborné školy,
- d) střední odborná učiliště a odborná učiliště.

Ze zkušeností z jiných výzkumů³ se zdá smysluplné sloučit některé z typů škol do konečných tří kategorií (a, b+c, d), neboť sloučené typy škol (střední průmyslové, zdravotní a odborné) vykazují ve sledovaných oblastech prakticky shodné výsledky a není znám žádný další důvod, který by tento krok zpochybnil. Výslednou strukturu výběrového souboru dle typu škol pro kohortu C (včetně vzájemného poměru počtu studentů a učňů) zachycuje Tabulka 3-3.

Tabulka 3-3: Základní a výběrový soubor pro kohortu C (2. ročníky středních škol a učilišť, plán)

Typ školy	Základní soubor				Výběrový soubor				
	Počet škol		Počet studentů		Ideální			Reálný	
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	žáci	žáci ve třídě	třídy	třídy	školy
Gymnázia	4	17,4	1 979	23,7	94	30	3,1	3	2
SOŠ	9	39,1	3 423	41,0	163	23	7,1	7	4
SOU, OU	10	43,5	2 945	35,3	140	24	5,8	6	4
celkem	23	100	8 347	100	397	25,7	15,4	16	10

Plán výběru pro kohortu D (4. ročníky) byl proveden obdobně. Samotný výběr škol byl proveden z existující databáze škol, která je dostupná na internetových stránkách Ústavu pro informace ve vzdělávání.⁴ Školy byly rozděleny podle výše zmíněných kritérií a následně byl pomocí tabulky náhodných čísel proveden výběr příslušného počtu z nich.

3.3 Práce s výběrovým souborem

Dalším krokem, který následoval po provedení výběru výzkumného souboru, bylo oslovit vedení vybraných školských zařízení s žádostí o spolupráci na studii. Vedení vybraných školských zařízení bylo kontaktováno nejprve písemnou formou. Součástí dopisu byly:

³ NEAD 98, NEAD 2000 (viz např. Mioviský, M. & Urbánek, T. (2001). NEAD 2000. Závěrečná zpráva z výzkumu za okres Brno-venkov. Albert. Boskovice.)

⁴ <http://www.uiv.cz/>

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

- Informace k výzkumné studii , viz příloha č. 1
- Průvodní dopis zástupce města Kopřivnice (signované zástupcem MÚ Kopřivnice)
- Informace pro vedení školy k substudii „Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách“ viz příloha č. 2
- Formulář „Souhlas rodičů“, viz příloha č. 3

V rozmezí dvou týdnů byli ředitelé škol kontaktováni telefonicky či e-mailem. Obsahem této fáze komunikace s vedením škol bylo již konkrétní vyjasňování vzájemných představ o podobě spolupráce. Výstupem pak byla dohoda o konkrétních termínech a počtech účastnících se žáků na dotazníkovém šetření.

Pro žáky základních škol bylo třeba formulovat tiskopis „Souhlas rodičů“ (viz příloha č. 3). Bez kladného písemného vydření rodiče či zákonného zástupce se žáci základních škol nemohli dotazníkového šetření účastnit. U studentů středních škol a VOŠ nebylo souhlasu rodičů či zákonných zástupců třeba - školský zákon tyto skutečnosti neupravuje. Ředitelé či pověřené osoby (např. školní metodik prevence) na základních školách byli navíc požádáni o distribuci souhlasu rodičů mezi žáky tak, aby tyto souhlasy byly rodiči podepsány do doby, než dojde k vyplňování dotazníků.

Tazatelé se do škol dostavili s odpovídajícím časovým předstihem, aby byl dostatek prostoru na případnou diskuzi s vedením školy či pověřenou osobou.

Na tomto místě je třeba upozornit na skutečnost, že vedení některých školských institucí nemělo o spolupráci na výzkumu zájem. Jako důvody, které byly vedením školy zmiňovány nejčastěji byly, že škola se již účastní jiných aktivit a výuka by byla narušena v nežádoucí míře. Specifickým důvodem u studií, jež jsou zaměřeny na drogovou problematiku, jsou obavy ředitelů škol z jisté stigmatizace (otázky typu: „Proč jste si vybrali zrovna naši školu?“) či obavy z možné reakce rodičů (např. výroky: „Minule to byl pěkný průšvih a několik rodičů si stěžovalo.“)⁵. V tomto případě je nutné zástupce vzdělávacích institucí informovat o některých zásadách výzkumu (anonymita, bezpečnost pro žáky i instituci, dobrovolnost aj.) a ujistit je, že účastí na studii mohou přispět ke zlepšení drogové situace v regionu. Připomínáme, že v rámci kvalitního designu výzkumné studie je nepřípustné jakkoli ohrozit účastníky výzkumu! V případě přetrvávajícího nezájmu o spolupráci nelze vedení školy nijak do spolupráce nutit a s respektem k udaným důvodům od možné spolupráce odstoupit. Nespolupracovat na této dotazníkové studii se rozhodly čtyři školská zařízení.

3.4 Metody kolekce dat

Jako nástroj pro tvorbu dat byla zvolena česká verze mezinárodního dotazníku ESPAD. Dotazník zjišťuje základní sociodemografické údaje o zkoumané populaci, dále je zaměřen na identifikaci stavu užívání legálních (zejm. tabák a alkohol) a nelegálních návykových látek. Zjišťuje názory a postoje žáků k užívání návykových látek či např. sleduje situaci v rodině, jaké jsou sociální kontakty respondentů, jakým způsobem cílová skupina tráví volný čas. Použitá metoda umožní provést srovnání s daty z mezinárodního průzkumu ESPAD a dosáhnout tak možnosti srovnání s krajským, resp. s celorepublikovým průměrem.

Dále jsme vytvořili protokol „Zpráva o provedení výzkumu ve třídě“, v němž jsou uvedeny informace o typu instituce, počtu žáků účastnících se šetření (a počtu chybějících žáků), dále o tom, jak probíhala samotná spolupráce žáků během vyplňování (např. zda došlo k vyrušování ze strany žáků, zda k vyplňování přistupovali s vážností a popis vnějších podmínek, které mohou mít vliv na kvalitu sebraných dat).

⁵ Zcela zvláštní reakcí jsou výroky typu: „U nás žádné problémy nemáme, čili se výzkumu účastnit nebudeme!“ S odezvou tohoto druhu jsme se při realizaci této substudie nesetkali.

3.5 Etické normy a pravidla výzkumu

Základním předpokladem a závazkem při získávání informací od žáků základních, studentů středních škol a VOŠ prostřednictvím dotazníkových metod je neohrozit a nepoškodit účastníky výzkumu. Z těchto důvodů byly přijaty a dodržovány etické normy a pravidla výzkumu, z nichž uvádíme především:

- Dotazníky administrují pouze zaškolení tazatelé.
- Respondenti se účastnili zcela dobrovolně, bez nároku na odměnu.
- U respondentů – žáků základních škol – je vyžadován písemný souhlas rodiče či zákonného zástupce. Bez tohoto souhlasu se žák nemůže zúčastnit vyplňování dotazníku.
- Od respondentů nejsou požadovány žádné z údajů, jež by bylo možné využít k identifikaci respondenta - anonymita zůstává zachována.
- Účastníci výzkumu byli vždy seznámeni se všemi základními informacemi o studii a svých právech, včetně práva odmítnout práci na dotazníku.
- Vyplněné dotazníky jsou bezpečně archivovány a mohou být využity výhradně pro účely tohoto výzkumu. Nemá k nim přístup nikdo další (např. učitelé či ředitelé škol) a nesmí být využity k žádné jiné činnosti a nikým, kdo není členem výzkumného týmu.

3.6 Kolekce dat a způsob jejich zpracování

Průměrná doba vyplňování dotazníků byla asi 40 minut. Z tohoto důvodu se tazatelé snažili o příchod do třídy před zvoněním na hodinu. Tazatel se žákům představil a uvedl pozadí a cíl studie, což spolu se zadáním instrukcí žákům trvalo přibližně 5 minut. Přestože byli žáci a studenti nabádáni k samostatné práci, často docházelo v úvodu hodiny ze strany několika žáků ve třídě k vyrušování. Žáky se v drtivé většině tříd tazatelům dařilo uklidnit a nedošlo k výraznému narušení kvality získaných dat. Obecně lze konstatovat, že na atmosféru ve třídě mělo vliv 1) množství žáků, 2) dispoziční řešení místa, kde probíhalo šetření (ve spojitých lavicích, které jsou často v chemických a fyzikálních učebnách žáci vyrušovali častěji) a 3) ve kterou vyučovací hodinu šetření probíhalo (v ranních hodinách byli žáci klidnější a soustředěnější). S množstvím žáků souvisí i jeden postřeh, který jsme získali, když jsme přistoupili na sloučení dvou tříd do jedné skupiny. Udržet odpovídající podmínky pro dotazníkové šetření je v počtu vyšším než 30 žáků značně problematické – z tohoto důvodu spojování tříd při sběru dat nedoporučujeme.

Data získaná dotazníkovým šetřením byla převedena pomocí číselného vyjádření do statistického počítačového programu STATA. Zpracování dotazníků do databázové formy bylo zadáno pomocné administrativní síle. Tato fáze klade na pracovníka nároky na pozornost a pečlivost, aby údaje zcela odpovídaly „dotazníkové realitě“. Transkripce jednoho ESPAD dotazníku trvala přibližně 17 minut. Při zpracování dotazníků jsme byli nuceni vyřadit 36 dotazníků, které nebyly řádně vyplněny.

3.7 Popis výzkumného souboru

Do projektu se zapojilo celkem 26 škol, z toho 13 základních, 12 škol středního stupně a jedna vyšší odborná škola. Celkový počet oslovených škol (a testovaných tříd) bylo třeba oproti původnímu plánu mírně navýšit, neboť průměrný počet žáků ve třídách v době snímání dotazníků byl oproti předpokladům významně nižší (viz. průměrný počet chybějících žáků). Nakonec se díky tomuto navýšení podařilo relativně přesně dodržet plánovaný rozsah výzkumného souboru (viz. podíl výzkumného souboru na základním souboru). Detailní charakteristiku výzkumného souboru přináší Tabulka 3-4.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-4: Charakteristika výzkumného souboru

Kohorta		Výzkumný soubor			Průměrný počet žáků v testovaných třídách	Průměrný počet chybějících žáků	Podíl výzkumného souboru na základním
		respondentů	tříd	škol			
A	7. třída	394	23	13	17,1	6,3	19,60%
B	9. třída	384	23	13	16,7	7,2	18,70%
C	2. ročník	414	20	12	20,7	7,3	20,80%
D	4. ročník	211	11	9	19,2	6,6	17,80%
E	VOŠ	59	4	1	14,8	13,3	26,30%
celkem		1462	81	26	18	7,1	19,90%

Celkem se do studie zapojilo 1498 žáků a studentů, pro závažné nedostatky muselo být 36 dotazníků (2,5%) před zpracováním vyřazeno (neúplně nebo špatně vyplněný dotazník), proto je celkový **počet respondentů zařazených do studie 1462**. Ke změně oproti plánu došlo u studentů VOŠ, kde jsme se rozhodli kromě prvních ročníku kvůli jejich významné absenci zapojit také druhé ročníky.

Další analýzou získaných dat (Tabulka 3-5) jsme zjistili, že jednotlivé kohorty se od sebe příliš neliší, co se týče významných charakteristik respondentů.

Tabulka 3-5: Srovnání jednotlivých kohort

Kohorta		A	B	C	D	E
		7. třída	9. třída	2. ročník	4. ročník	VOŠ
Velikost souboru		394	384	414	211	59
Muž/žena		192/202	169/215	257/157	99/112	22/37
Procento mužů (v %)		48,7	44,0	62,1	46,9	37,3
Průměrný věk		13,34	15,26	17,36	19,27	21,62
Věkové rozpětí		12,25 - 15,92	14,50 - 18,67	16,50 - 23,17	16,58 - 22,33	19,75 - 26,17
Průměrný prospěch (modus)		1,0-1,5	1,0-1,5	2,0-2,5	2,0-2,5	1,5-2,0
Společná výchova oběma rodiči (do 15 let) (v %)		71,4	68,4	77,1	75,0	81,4
Formální struktura rodiny (v %)	Úplná	69,4	66,0	68,8	67,3	69,5
	Restrukturalizovaná	9,7	13,4	10,4	13,3	11,9
	Matka sama	12,8	12,0	15,5	15,2	10,2
	Ostatní	8,2	8,6	5,3	4,3	8,5
Vzdělání rodičů (v %)	Oba pouze základní	2,2	1,1	0,5	0	0
	Oba střední škola s maturitou	30,2	25,0	18,6	20,4	20,3
	Alespoň jeden ukonč. vysokoškolské	19,8	19,6	23,7	25,2	6,8
	Ostatní (vyučení, jeden maturita atd.)	47,8	54,3	57,2	54,4	72,9
Materiální poměry (v %)	Rodina bohatá	22,0	22,5	14,6	19,7	10,3
	Rodina průměrná	67,7	67,1	72,0	68,8	81,0
	Rodina chudá	10,3	10,3	13,4	11,5	8,6

Kohorty se od sebe samozřejmě liší věkem (ačkoliv věk je pouze orientační údaj, neboť respondenti do dotazníku uváděli pouze měsíc a rok svého narození), ale také rozložením pohlaví. U druhých ročníků středních škol významně převládá mužské pohlaví, což může být způsobeno náhodným začleněním spíše chlapeckých učebních oborů do výzkumného souboru. Deklarovaný průměrný prospěch z posledního vysvědčení je u studentů a učňů horší než u žáků ZŠ.

U všech rodinných struktur jsme nesledovali a tudíž není zohledněno to, zda respondent žije ještě s prarodiči či jinými příbuznými a osobami v jedné domácnosti. Materiální poměry rodiny respondenti nejčastěji hodnotili jako průměrné. Vyšší variabilita vzdělání rodičů a odlišnost hodnocení materiálních poměrů rodiny u studentů VOŠ může být způsobena nižším rozsahem tohoto souboru.

3.8 Výstupy substudie

Získaná data lze po jejich zpracování srovnávat s výsledky studie ESPAD, která je prováděna stejnou metodikou, probíhá ve čtyřletých intervalech v celé Evropě a je realizována na populaci šestnáctiletých a osmnáctiletých. Šestnáctiletí z Novojičínska (celkem 270 respondentů, z toho 155 mužů a 115 žen) spadají zejména do kohorty C (2. ročníky středních škol a učilišť, 216 respondentů), ale vyskytují se i v kohortě B (9. třída základních škol, 54 respondentů).

Je také důležité připomenout, že výsledky kohorty E (studenti VOŠ) mají vzhledem k menšímu rozsahu výběrového souboru menší validitu a jsou také hůře srovnatelné. Při interpretaci dat z vývojového hlediska bychom tedy doporučovali opatrnost zejména při sledování vývoje u této skupiny dvacetiletých.

Hodnoty v tabulkách jsou uváděny v procentech, aby byly srovnatelné. Vzhledem k mnoha různým sledovaným skupinám nám prostor bohužel neumožňuje příliš podrobné rozepisování výsledků. Zkušenosti s užíváním návykových látek byly sledovány ve třech časových horizontech: jako zkušenosti za celý život (lifetime prevalence), zkušenosti v posledních 12 měsících (last year prevalence) a zkušenosti během posledních 30 dnů (last month prevalence). Kromě časového horizontu byla sledována i intenzita užívání. Kombinací těchto charakteristik lze respondenty poměrně přesně klasifikovat.

Pro zjištění významnosti rozdílů mezi jednotlivými skupinami (věkové kohorty, muži vs. ženy, soubor z Novojičínska vs. soubor z celé ČR (ESPAD 03)) bylo využito neparametrického testu X^2 – testu dobré shody. Za dostačující byla považována 5% hladina významnosti $p=0,05$, ačkoliv některé výsledky vykazují rozdíl na 1% hladině významnosti.

3.8.1 Kouření cigaret

S věkem narůstá jednak celoživotní zkušenost s kouřením, ale také výskyt kouření cigaret v posledních 30 dnech (tj. aktuálního kouření, viz. Tabulka 3-6). Nejnižší výskyt celoživotní zkušenosti s kouřením cigaret je u žákyň sedmých tříd, ale i zde se jedná o nadpoloviční většinu (téměř 54%), nejvyšší u studentů VOŠ mužského pohlaví. Jen každý desátý student VOŠ nikdy neokusil cigaretu. Aktuálně nejvíce kouří studenti čtvrtých ročníků středních škol, v podstatě každý 14. student je silným kuřákem, tj. vykouří denně více než 10 cigaret.

Tabulka 3-6: Kouření cigaret (* 11 a více cigaret denně, + v posledních 30 dnech) (v %)

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Někdy kouřil	58,0		70,7		80,0		85,1		87,9	
	62,5	53,8	67,3	73,3	82,6	75,8	85,4	84,8	90,5	86,5
Kouřil za posl. 30 dnů	19,3		31,8		42,5		45		32,8	
	20,7	18	22,7	38,9	39,9	46,8	43,3	46,4	23,8	37,8
Kouří denně ⁺	9,1		18,3		26,5		27,3		15,5	
	12,5	6,0	15,3	20,7	25,7	27,9	30,9	24,1	14,3	16,2
Kouří silně*	2,9		2,7		5,9		6,2		5,2	
	4,3	1,5	2,5	2,9	6,7	4,5	7,2	5,4	4,8	5,4

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

V porovnání s celopopulační studií ESPAD z roku 2003 jsou na tom šestnáctiletí z Novojičínska v některých ohledech lépe. Celkově je výskyt kouření v posledních 30 dnech významně nižší (36,7 % v NJ, 43 % v ČR). Mezi novojičínskými šestnáctiletými chlapci je oproti celé ČR významně méně denních kuřáků (23,2 % vs. 29,2 % v ČR), naopak dívky kouří více (29,6% vs. 25,3% v ČR), ale tento rozdíl není signifikantní, stejně jako podíl denních kuřáků mezi všemi studenty (25,9 % vs. 27,0 % v ČR). Silných kuřáků je na Novojičínsku významně méně (4,8 % vs. 7,6 % v celé ČR), v obou populacích jasně převládají chlapci (5,8 % ku 3,5 % v NJ a 9,3 % ku 6,1 % v ČR), u jednotlivých pohlaví ale nejsou rozdíly statisticky významné.

3.8.2 Pití alkoholu

Vysoká celoživotní prevalence konzumace alkoholu je patrná již u žáků 7. tříd. Zajímavé jsou rozdíly mezi pohlavími. Ačkoliv obecně je alkohol konzumován více muži, žákyně 9. tříd překvapivě konzumují alkohol aktuálně (v posledních 30 dnech i v posledním roce) více než chlapci, rozdíl je však statisticky nevýznamný.

Tabulka 3-7: Zkušenost s alkoholem (v %)

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
Zkušenost s alkoholem	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Celoživotní	86,5		96,2		98,3		100		98,3	
	85,6	87,4	96,3	96,1	98,0	98,7	100	100	100	97,3
Poslední rok	70,1		86,6		94,0		97,6		94,8	
	70,6	69,6	83,9	88,8	94,7	92,9	96,9	98,2	95,2	94,6
Posledních 30 dnů	39,4		55,7		78,5		89,9		89,7	
	40,2	38,7	50,9	59,5	79,4	77,1	93,8	86,5	90,5	89,2

Četnosti výskytu konzumace alkoholu stoupají spolu s frekvenčními kategoriemi. Do nejvyšší frekvenční kategorie (pití 40x a vícekrát za život) spadají téměř tři čtvrtiny respondentů z kohort D a E. Rozdíly mezi pohlavími jsou opět zřejmé: pití s touto frekvencí udává v případě studentů 4. ročníků SŠ 88,8 % mužů ale jen 58,6 % žen. Tyto statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami nacházíme v kohortách C, D a E. V populaci žáků ZŠ nejsou rozdíly mezi chlapci a dívkami signifikantní.

Tabulka 3-8: Celoživotní frekvence užívání alkoholu (v %)

Kohorta	A	B	C	D	E
	7. třída ZŠ	9. třída ZŠ	2. ročník SŠ	4. ročník SŠ	VOŠ
Nikdy	13,5	3,7	2,2	-	1,7
1-2krát	23,1	11,2	3,9	1,4	3,4
3-5krát	21,8	17,8	7,0	3,8	-
6-9krát	13,5	17,8	7,8	2,4	1,7
10-19krát	14,5	17,3	12,6	7,7	1,7
20-39krát	5,7	13,0	12,6	12,0	18,6
40 nebo vícekrát	8,0	19,1	53,9	72,7	72,9

Další otázka ve vztahu k alkoholu byla namířena na problémové konsekvence pití, tj. na výskyt opilosti. Alkoholovou intoxikaci alespoň jednou za život udává třetina respondentů z nejmladších ročníků (téměř 35 %), na opačném konci spektra stojí studenti VOŠ (muži), z nichž každý má alespoň jednu zkušenost. Rozdíly mezi pohlavími jsou obdobné jako v případě konzumace alkoholu. Na ZŠ nejsou statisticky významné rozdíly, ačkoliv dívky z devátých tříd zažily opilost častěji, naopak u starších studentů zažili opilost signifikantně častěji muži.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-9: Výskyt opilosti (v %)

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
Opilost	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Celoživotní	34,9		61,1		81,7		91,8		93,2	
	37,4	32,5	55,8	65,2	85,8	75,0	96,9	87,4	100	89,2
Poslední rok	21,6		46,4		72,7		80,3		78,0	
	27,1	16,6	39,8	51,4	77,1	65,6	89,8	71,8	90,9	70,3
Posledních 30 dnů	8,7		23,1		47,5		55,3		44,8	
	8,8	8,5	21,0	24,8	50,8	42,3	68,0	44,1	61,9	35,1

Zajímavým zjištěním je také to, že je statisticky významný rozdíl mezi tím, jak respondenti hodnotí subjektivní intenzitu poslední opilosti (na škále od 1 do 10) podle toho, zda u nich poslední opilost proběhla v uplynulých třiceti dnech nebo dříve (Tabulka 3-10). Ti, kdo se opili v posledním měsíci hodnotí svou opilost jako silnější, a to ve všech skupinách bez výjimky. Můžeme jen spekulovat, zda je subjektivní hodnocení opilosti jako silnější způsobeno dosud nevyhaslou intenzivní vzpomínkou na tento zážitek, a nebo zda naopak ti, kdo v opilosti nacházejí zalíbení tento zážitek vyhledávají a prohlubují častěji, tedy i v posledním měsíci.

Tabulka 3-10: Subjektivní intenzita opilosti pokud proběhla/neproběhla v posledních 30 dnech (průměrné hodnoty na škále 1-10),

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
Proběhla**	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Proběhla**	4,9**		5,33**		5,31		5,62**		5,35	
	5,57*	4,27*	5,16	5,43**	5,49	4,95*	6,03	5,08*	5,62	5,08
Neproběhla**	3,59**		4,43**		4,89		5,04**		4,95	
	4,14*	3,03*	4,41	4,44**	5,19	4,39*	5,79	4,48*	5	4,93

* statisticky významné na hladině 0,05

** statisticky významné na hladině 0,01

Tabulka 3-11 ukazuje výskyt zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu (konzumace ekvivalentu 100 ml čistého lihu a opilost častěji než třikrát v uplynulém měsíci). Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené zejména u chlapců, resp. mladých mužů. Znepokojující je zcela jistě také to, že se vyskytují již u žáků sedmých tříd.

Tabulka 3-11: Výskyt konzumace alkoholu častěji než 3krát v posledních 30 dnech (v %)

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
Opilost	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
5 nebo více sklenic	5,4		7,7		19,0		23,4		20,3	
	5,3	5,4	7,9	7,6	22,4*	13,5*	37,8**	10,8**	31,8**	13,5**
Opilost	1,3		5,9		15,9		17,3		17,2	
	2,8	-	5,6	6,2	19,0*	10,9*	26,8**	9,0**	33,3**	8,1**

* statisticky významné na hladině 0,05

** statisticky významné na hladině 0,01

Při porovnání s celopopulační studií ESPAD je zřejmé, že šestnáctiletí z Novojičínska deklarují nižší spotřebu alkoholu, ačkoliv je statisticky nevýznamná: např. konzumace

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

alkoholu v posledním měsíci v celém souboru (NJ: 73,1 %, ČR: 77,1 %), u chlapců (NJ: 74,0 %, ČR: 76,5 %) nebo u dívek (NJ: 71,9 %, ČR: 77,5 %). Signifikantní rozdíly se objevily pouze v pravidelné konzumaci vyšších dávek alkoholu (zejm. u chlapců, ti pak ovlivnili celý soubor), což ukazuje Tabulka 3-12 (významné rozdíly jsou tučně).

Tabulka 3-12: Výskyt konzumace alkoholu u šestnáctiletých častěji než 3krát v posledních 30 dnech (v %)

Výzkumný soubor	Celkem		Chlapci		Dívky	
	NJ	ESPAD	NJ	ESPAD	NJ	ESPAD
5 nebo více sklenic alkoholu	13,2	17,5	15,3	23,1	10,6	12,6
Opilost	12,5	13,5	14,9	17,2	9,6	10,3

3.8.3 Zkušenosti s užíváním jiných drog

V dotazovaném souboru byly nejčastěji udávány zkušenosti s užitím (užíváním) konopných drog. Na dalších místech pomyslného žebříčku se umísťují rozpustidla (zejm. u žáků ZŠ) a sedativa nepředepsaná lékařem, následuje extáze, stimulancia (pervitin) a LSD spolu s jinými halucinogeny. Toto pořadí užívaných látek je shodné s výsledky výzkumu ESPAD 03 a tedy s celorepublikovým profilem u šestnáctiletých. Významné místo také zaujímá současné užití alkoholu a marihuany (nebo hašiše) a kombinace alkoholu se sedativy či jinými léky (viz. Tabulka 3-13). Injekční aplikace drog je pod hranicí statistické chyby (do 0,5 %), na druhou stranu je ale deklarována žáky ZŠ. Stejně tak zkušenosti s některými konkrétními zástupci velmi nebezpečných drog (crack, kokain) lze považovat za výjimečné nebo relativně řídké (celkově pod 0,5 % dotázaných). Při tak vzácném výskytu jevu je odhad pochopitelně zatížen značnou statistickou chybou, což problematizuje interpretaci zjištění.

Tabulka 3-13: Výskyt celoživotní zkušenosti s drogami, v %, významné rozdíly muži/ženy tučně

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Touha vyzkoušet	13,5		30,4		40,9		47,1		40,7	
	16,2	10,9	22,9	36,3	42,5	38,5	50,5	44,1	45,5	37,8
Užití jakékoliv**	9,5		26,2		51,1		56,2		64,3	
	13,8	5,4	26,1	26,3	56,5	42,3	64,3	49,1	77,3	56,8
Užití jiné než konopné**	2,3		4,7		11,6		12,3		10,2	
	3,2	1,5	3,0	6,1	10,1	14,0	13,1	11,6	4,5	13,5
Injekční aplikace	0,5		0,3		0,2		-		-	
	0,5	0,5	-	0,5	0,4	-	-	-	-	-
Konopné drogy**	10,3		26,0		51,1		56,2		62,7	
	14,5	6,4	26,1	25,9	56,5	42,3	64,3	49,1	77,3	54,1
Opiáty (vč. heroinu)	1,5		1,6		2,9		1,0		1,7	
	1,6	1,5	0,6	2,4	1,9	4,5	1,0	0,9	4,5	-
Stimulancia	2,1		1,6		3,9		6,3		3,4	
	3,2	1,0	1,2	1,9	4,3	3,2	6,2	6,3	4,5	2,7
LSD a jiný halucinogen	1,5		1,3		6,1		7,1		3,4	
	2,7	0,5	1,2	1,4	5,9	6,5	6,1	8,0	4,8	2,7
Extáze	1,0		3,2		8,3		7,6		5,2	
	2,1	-	1,8	4,2	8,2	8,3	8,2	7,1	-	8,1
Sedativa**	3,4		8,5		8,0		4,8		10,2	
	3,8	3,0	4,8	11,3	5,9	11,5	2,0	7,1	13,6	8,1
Rozpustila	11,6		14,0		11,1		4,8		5,1	
	11,2	11,9	12,6	15,1	11,3	10,8	9,3	0,9	9,1	2,7
Anabolické steroidy**	0,5		0,3		2,9		1,4		1,7	
	1,1	-	-	0,5	4,3	0,6	2,0	0,9	4,8	-
Alkohol s pilulkami	1,8		7,4		10,2		12,4		11,9	
	3,2	0,5	2,4	11,3	6,3	16,7	14,3	10,7	27,3	2,7
Alkohol s konopím*	4,9		12,4		35,3		38,6		41,4	
	7,0	3,0	12,0	12,7	36,1	34,0	46,9	31,3	57,1	32,4

* statisticky významné na hladině 0,05

** statisticky významné na hladině 0,01

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Zajímavé je, že touhu někdy v životě vyzkoušet některou z drog jinou než cigarety nebo alkohol deklarovalo méně studentů (kohorty C, D a E) než ji ve skutečnosti vyzkoušelo. Tabulka 3-13 také ukazuje, že jsou mezi pohlavími (v jednotlivých kohortách i celkově) statisticky významné rozdíly ve výskytu zkušeností s užitím jakékoliv drogy, konopných drog, jiných než konopných drog, anabolických steroidů a sedativ. S výjimkou sedativ má zkušenost s užitím těchto látek významně vyšší procento mužů.

Pokud chceme sledovat návykové chování a zaměříme se na pravidelnější užívání (tedy užití častěji než 5krát za život, ne pouze jednorázové experimentování), jsou rozdíly mezi pohlavími ještě výraznější, a to zejména u konopných drog (viz. Tabulka 3-14). Z tabulky je také patrné velmi časté užívání alkoholu spolu s marihuanou, např. téměř čtvrtina studentů 4. ročníků SŠ (mužů) má opakovanou zkušenost s kombinací těchto dvou drog.

Tabulka 3-14: Výskyt opakovaného užívání za celý život, častěji než 5krát, v %, významné rozdíly mezi muži a ženami tučně

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
Více než 5x za život	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Užití jakékoli**	2,6		8,0		23,5		31,4		22,8	
	5,5	-	9,1	7,2	25,8	19,9	44,8	19,6	36,4	16,2
Užití jiné než konopné	0,5		0,3		2,7		3,4		1,7	
	1,1	-	-	0,5	3,5	1,1	2,1	4,5	0,5	3,5
Injekční aplikace	0,5		-		0,2		-		-	
	1,1	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-
Konopné drogy*	2,3		8,0		23,1		31,0		22,0	
	4,8	-	9,1	7,1	25,1	19,9	43,9	19,6	36,4	13,5
Opiáty (vč. heroinu)	0,3		-		1,0		-		-	
	0,5	-	-	-	0,8	1,3	-	-	-	-
Stimulancia*	0,8		-		1,2		1,0		-	
	1,6	-	-	-	1,6	0,6	-	1,8	-	-
LSD a jiný halucinogen	0,5		0,3		1,2		1,0		-	
	1,1	-	-	0,5	2,0	-	-	1,8	-	-
Extáze	0,5		-		1,0		1,4		1,7	
	1,1	-	-	-	1,2	0,6	1,0	1,8	-	2,7
Sedativa*	0,8		2,6		1,5		0,5		1,7	
	1,1	0,5	0,6	4,2	0,4	3,2	-	0,9	4,5	-
Rozpustila*	2,6		1,1		1,2		-		-	
	3,7	1,5	1,8	0,5	1,9	-	-	-	-	-
Anabolické steroidy*	0,5		-		1,5		0,5		-	
	1,1	-	-	-	2,4	-	-	0,9	-	-
Alkohol s pilulkami	1,0		1,3		1,2		1,9		-	
	2,1	-	0,6	1,9	1,6	0,7	4,1	-	-	-
Alkohol s konopím	1,5		4,2		14,4		17,2		8,6	
	3,2	-	4,2	4,2	14,9	13,5	24,7	10,7	14,3	5,4

* statisticky významné na hladině 0,05

** statisticky významné na hladině 0,01

Aktuální užívání drog (prevalence zkušenosti v posledních 30 dnech, Tabulka 3-15) výzkum sledoval u konopných drog a ostatních návykových látek. Opět jsou vzhledem k možným zdravotním rizikům velmi znepokojivé údaje o aktuálním užívání rozpustidel, zejm. u žáků ZŠ. Snižující se prevalence užívání rozpustidel s věkem respondentů je dána pravděpodobně tím, že „čichající“ žáci a studenti dosahují ve studiu horších výsledků a proto nejsou součástí školní populace, kterou zachycuje náš průřez druhých a čtvrtých ročníků.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-15: Výskyt aktuálního užívání (užití v posledních 30 dnech alespoň jednou), v %

Kohorta	A		B		C		D		E	
	7. třída ZŠ		9. třída ZŠ		2. ročník SŠ		4. ročník SŠ		VOŠ	
v posledních 30 dnech	celkem		celkem		celkem		celkem		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	muži	ženy
Konopné drogy	3,4		9,5		19,2		14,4		6,8	
	6,0	1,0	8,5	10,3	19,4	18,8	19,4	9,9	9,1	5,4
Opiáty	0,5		0,3		0,5		1,0		-	
	1,1	-	-	0,5	0,4	0,6	1,0	0,9	-	-
Stimulancia	0,8		0,3		1,2		0,5		-	
	1,6	-	-	0,5	2,0	-	-	0,9	-	-
Rozpustidla	2,6		2,7		1,7		0,5		-	
	3,2	2,0	2,4	2,8	2,0	1,3	-	0,9	-	-

Při srovnání výsledků šestnáctiletých z Novojičínska a celé ČR (ESPAD 03) se v případě ilegálních drog objevil pouze jediný signifikantní rozdíl. **Výskyt celoživotní zkušenosti s užíváním extáze je na Novojičínsku nižší**, a tento rozdíl způsobují zejména šestnáctiletí chlapci (viz. Tabulka 3-16). Další rozdíly nejsou signifikantní. Ačkoliv se např. zdá, že podíl dívek se zkušeností s užitím těkavých látek je o dost vyšší než u celorepublikového průměru, není tento rozdíl statisticky významný.

Tabulka 3-16: Celoživotní prevalence užívání u šestnáctiletých (v %)

Výzkumný soubor	Celkem		Chlapci		Dívky	
	NJ	ESPAD	NJ	ESPAD	NJ	ESPAD
Užití jakékoliv	43,6	43,8	47,9	48,2	38,1	40,1
Konopné drogy	43,6	43,6	47,9	47,8	38,1	40
Alkohol současně s konopím	28,7	30,9	29,9	33	27,2	29,2
Alkohol spolu s pilulkami	10,9	11,5	6,9	7,2	15,8	15,1
Rozpustila	10,5	9	9	9,1	12,3	8,9
Užití jiné než konopné	9,7	11,2	6,3	10,8	14	11,4
Sedativa	8,5	11,1	6,3	7,5	11,4	13,8
Halucinogenní houby	6,6	7,9	7,6	9,9	5,3	6,2
Extáze*	5	8,3	4,2	8	6,1	8,4
LSD a jiný halucinogen	4,3	5,6	3,5	5,9	5,3	5,4
Stimulancia	2,7	4,2	2,1	3,1	3,5	5
Opiáty	2,7	2,4	1,4	1,8	4,4	2,9
Anabolické steroidy	2,7	1,1	4,2	1,7	0,9	0,5
Heroin	1,6	1,1	-	1,2	3,5	1,3
Injekční aplikace	-	0,6	-	0,5	-	0,8
Kokain	-	0,6	-	0,5	-	0,8

* statisticky významné na hladině 0,05, tučně

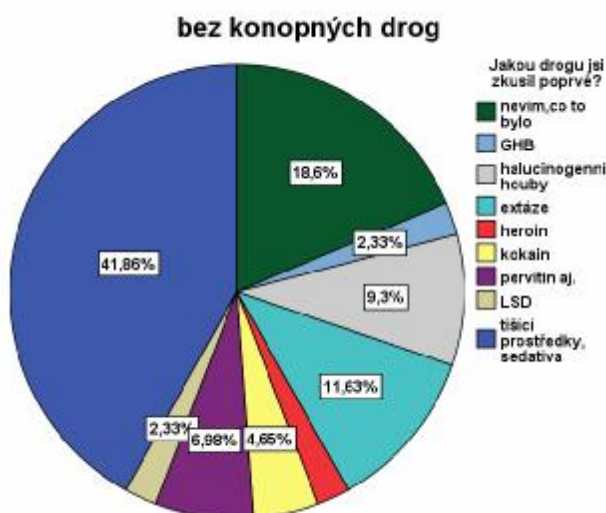
Všechny rozdíly v aktuálním užívání nelegálních návykových látek (za posledních 30 dnů) včetně častého a opakovaného jsou pod hranicí statistické významnosti, mj. také proto, že u většiny látek se jedná o hodnoty okolo nebo spíše pod 0,5 % v obou populacích.

3.8.4 První zkušenosti

První vyzkoušená droga kromě cigaret (tabáku) a alkoholu je mezi všemi respondenty jednoznačně marihuana (nebo hašiš, přes 90 %, Obrázek 3-1), na druhém místě jsou potom sedativa (3,5 %, Obrázek 3-2), následuje extáze a halucinogenní houby.



Obrázek 3-1: První vyzkoušená droga



Obrázek 3-2: První vyzkoušená droga, bez konopí

Největší část respondentů svou první ilegální drogu (tedy v 90 % marihuanu) získala tak, že „brala se ve skupině přátel“ (35,3 %) nebo ji získala „od přítele, staršího chlapce nebo dívky“ (27,0 %) nebo „od přítele stejně starého nebo mladšího“ (23,3 %). Další způsoby opatření drogy jsou následující: „koupil od přítele“ (3,2 %), „dostal od staršího bratra, sestry“ (2,0%), „dostal od cizího člověka“ (1,2 %), „dostal od jednoho z rodičů“ (1,2 %), „koupil od někoho, o kom slyšel, ale neznal“ (0,8 %), „vzal ji doma bez dovolení rodičů“ (0,8 %), „dostal od někoho, o kom slyšel, ale neznal“ (0,6 %), „koupil od cizího člověka“ (0,6 %) a jiný způsob uvedlo 4,1 % respondentů.

Nejčastějším uváděným důvodem pro první užití je zvědavost a za ní následuje touha po dobré náladě: „byl jsem zvědavý“ uvedlo 61,4 % respondentů, kteří některou nelegální drogu vyzkoušeli, následují „chtěl jsem se dostat do nálady“ (22,0 %), „nechtěl jsem stát mimo partu“ (11,3 %), „bylo to z jiných důvodů“ (10,6 %), „chtěl jsem zapomenout na starosti“ (10,5 %), „nevzpomínám si“ (8,7 %) a nuda je na posledním místě – důvod „neměl jsem co dělat“ uvedlo pouze 4,2 % respondentů.

Tabulka 3-17 ukazuje rozložení prvních zkušeností s jednotlivými drogami v celém souboru. Z těchto dat jednoznačně vyplývá, že **prvními vyzkoušenými drogami jsou legální návykové látky, tedy alkohol a tabák**. Na prvním místě je pivo. Před dovršením třinácti let má s naším „národním nápojem“ zkušenost téměř 50 % respondentů. Jednotlivé sledované drogy nebo způsoby užívání jsou v tabulce seřazeny sestupně podle míry užívání v nejranějším věku. Ilegální drogy zde figurují až na devátém místě (konkrétně se jedná o konopné drogy).

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-17: Rozložení prvních zkušeností podle věku, celý soubor, v %

Věk první zkušenosti	< 11 let	12 let	13 let	14 let	15 let	16 let >	nikdy
Poprvé zkusil pivo	32,04	17,54	12,43	12,57	7,39	5,52	12,29
Kouřil první cigaretu	23,42	13,34	9,10	11,26	7,57	5,49	29,81
Poprvé zkusil víno	18,14	16,55	16,90	14,61	10,53	6,02	17,24
Poprvé zkusil destilát	7,25	10,11	13,39	18,13	12,90	9,27	28,94
Poprvé se opil	4,04	6,13	9,06	15,40	15,47	13,45	36,45
Začal kouřit cigarety denně	2,80	4,48	4,20	6,30	5,18	7,49	69,54
Poprvé užil léky bez předpisu	0,91	0,56	0,77	1,05	1,12	2,17	93,42
Poprvé čichal těkavé látky	0,62	0,49	1,04	1,25	1,53	0,97	94,11
Poprvé zkusil konopné drogy	0,35	1,45	3,05	7,27	8,80	11,84	67,24
Poprvé požil alkohol a prášky	0,21	0,35	0,97	1,17	2,90	3,31	91,10
Poprvé zkusil heroin	0,21	0,21	-	0,14	0,07	0,07	99,31
Zkusil halucinogenní houby	0,21	0,14	0,35	0,62	1,17	2,83	94,68
Poprvé zkusil kokain	0,21	0,14	0,14	0,07	0,07	0,35	98,96
Poprvé zkusil extázi	0,14	0,21	0,28	0,55	1,52	2,63	94,68
Zkusil anabolické steroidy	0,14	0,07	0,14	0,14	0,28	0,48	98,76
Drogy poprvé injekčně	0,14	0,07	0,07	0,07	-	-	99,65
Poprvé zkusil pervitin	0,07	0,28	0,28	0,21	0,69	1,32	97,15
Poprvé zkusil GHB	0,07	0,14	-	-	-	0,14	99,65
Poprvé zkusil crack	0,07	-	0,07	-	0,07	0,14	99,65
Poprvé zkusil LSD	-	0,14	0,21	0,35	0,83	1,60	96,88

3.8.5 Dostupnost drog

Z těch, kdo odpověděli na otázku, kde by se dala sehnat marihuana v případě, že by ji chtěli koupit, si nejvíce respondentů myslí, že „na diskotéce nebo v baru“ (43,0 %), 29,2 % respondentů nezná takové místo, další v pořadí je „ve škole“ (24,5 %), „na ulici nebo v parku“ (24,0 %) nebo „v bytě dealera“ (19,5 %) a někde jinde by ji shánělo 15,9 % všech respondentů.

Tabulka 3-18 ukazuje subjektivní dostupnost drog z pohledu všech respondentů. Sehnat legální drogy je pro respondenty v nadpoloviční většině snadné. Zajímavé je, že je pro ně snadnější obstarat si marihuanu než v drogerii běžně prodávaná rozpustidla (celkem snadné + velmi snadné dávají u konopných drog uvádí dohromady téměř 40 % respondentů, což je více než 35 % respondentů pro rozpustidla). Nejméně dostupné jsou pro dotázané crack, kokain, heroin a GHB (vše pod 5 %).

Tabulka 3-18: Obtížnost obstarání některých drog, celý soubor, v %

Obtížnost sehnání	Nemožné	Velmi obtížné	Trochu obtížné	Celkem snadné	Velmi snadné	Nevím	Snadné (celkem)
Cigarety	2,0	1,9	4,6	16,3	74,3	0,9	90,7
Pivo	1,3	2,2	7,9	21,6	65,8	1,2	87,4
Víno	2,0	4,1	10,8	21,4	60,0	1,7	81,4
Destilát	4,7	8,1	16,2	19,7	47,3	4,1	66,9
Konopné drogy	11,2	16,0	24,9	23,4	16,2	8,3	39,5
Rozpustidla	15,5	16,9	15,1	15,1	19,7	17,7	34,7
Sedativa	12,6	20,3	26,3	15,6	8,0	17,1	23,6
Halucinogen. houby	19,1	23,2	18,2	11,8	7,2	20,5	19,0
Extázi	19,3	26,1	19,2	11,3	4,7	19,4	15,9
Anabolické steroidy	21,8	22,8	14,3	6,5	4,1	30,5	10,6
LSD	17,9	28,5	22,0	7,4	2,4	21,8	9,8
Pervitin	21,8	32,0	17,6	4,2	2,7	21,6	6,9
Crack	24,6	29,4	13,1	2,8	1,5	28,5	4,3
Kokain	26,9	32,7	11,9	2,7	1,6	24,2	4,3
Heroin	27,6	32,5	11,9	2,0	2,0	23,9	4,0
GHB	25,2	27,6	8,6	1,3	1,0	36,2	2,3

3.8.6 Vnímání rizik spojených s užíváním drog

Součástí dotazníku ESPAD je také otázka na subjektivní hodnocení míry rizika, které je spojené s různými typy užívání různých drog. Tabulka 3-19 popisuje rozložení vnímaných rizik v celém souboru, jednotlivé položky znamenají odpověď na otázku: „Jak velké je podle vašeho názoru riziko, že si lidé uškodí (fyzicky nebo nějak jinak), když ...“ (dělají věci popsané v tabulce). Položky jsou seřazeny sestupně podle subjektivně vnímané menší míry rizika (součet žádného a malého rizika). Za nejméně rizikové je považováno příležitostné kouření cigaret, většina respondentů také vnímá užití konopných drog jednou až dvakrát za život spíše jako chování s menším rizikem. Na druhém konci spektra stojí pravidelné injekční užívání drog a pravidelné užívání drog jako jsou kokain, crack nebo pervitin, které za spíše méně rizikové považují méně než 2 % respondentů. Nejméně známá rizika jsou u GHB, u níž je největší procento odpovědí „nevím“. Velmi znepokojující je vnímání rizika při užívání rozpustidel (čichání těkavých látek), která se v případě pravidelného užívání umisťují výše v tabulce a tedy „lépe“ než např. pravidelné užívání LSD a GHB.

Tabulka 3-19: Subjektivně vnímaná míra rizika, celý soubor, v %

Jak velké je podle vašeho názoru riziko, že si lidé uškodí (fyzicky nebo nějak jinak), když...	Žádné riziko	Malé riziko	Střední riziko	Velké riziko	Nevím	Žádné + malé
Kouří cigarety příležitostně	22,3	51,2	18,7	5,0	2,8	73,5
Užijí marihuanu, hašiš 1-2krát	18,0	33,9	22,7	19,8	5,5	51,9
Pijí 1-2 sklenice alkoholu každý den	10,6	30,0	36,9	19,3	3,3	40,5
Kouří příležitostně marihuanu, hašiš	9,2	27,2	34,1	24,3	5,2	36,4
Užijí extázi 1-2krát	7,3	26,4	31,1	25,0	10,1	33,7
Zkusí LSD 1-2krát	5,4	25,0	29,9	26,1	13,5	30,5
Pijí 5 a více sklenic alkoholu 1-2krát každý víkend	2,2	18,3	36,6	36,1	6,7	20,6
Čichají těkavé látky 1-2krát	4,0	16,3	33,8	36,4	9,3	20,3
Kouří crack 1-2krát	3,4	16,0	33,4	32,0	15,0	19,4
Užijí pervitin 1-2krát	3,3	15,1	35,5	35,4	10,5	18,5
Užijí kokain nebo crack 1-2krát	2,5	14,7	33,6	37,9	11,2	17,2
Zkusí GHB 1-2krát	1,8	12,8	25,6	28,7	30,7	14,6
Kouří 1 nebo více balíčků cigaret denně	3,5	6,6	21,0	66,7	2,2	10,1
Pijí 4 a více sklenic alkoholu téměř každý den	1,8	7,8	24,9	62,4	3,1	9,6
Kouří pravidelně marihuanu, hašiš	2,0	6,5	18,6	67,6	5,3	8,5
Zkusí drogy injekčně 1-2krát	1,0	7,4	27,6	55,6	8,1	8,4
Berou extázi pravidelně	0,9	2,9	16,5	71,0	8,6	3,8
Čichají těkavé látky pravidelně	1,2	1,8	8,8	80,4	7,6	3,0
Kouří crack pravidelně	1,0	1,9	9,1	76,7	11,2	2,9
Berou LSD pravidelně	0,9	1,8	10,0	76,5	10,6	2,7
Berou GHB pravidelně	0,8	1,6	6,1	64,2	27,0	2,4
Berou pravidelně pervitin	0,7	1,2	7,4	82,6	8,1	1,9
Berou pravidelně kokain nebo crack	0,6	1,1	6,6	83,9	7,7	1,7
Berou drogy injekčně pravidelně	0,7	1,0	3,2	88,5	6,4	1,7

3.8.7 Rozdíly v užívání podle typu středních škol

Rozdíly v celoživotních zkušenostech studentů s jednotlivými drogami podle typu střední školy ukazuje Tabulka 3-20. Značné rozdíly jsou zejména ve druhém ročníku mezi studenty gymnázií a ostatních typů škol, studenti gymnázií mají významně menší zkušenosti s kouřením a s ilegálními drogami (se všemi kromě kokainu), velmi pozitivní zjištění je, že u nich úplně chybí zkušenost s amfetaminy, opiáty i injekční aplikací drog. Tyto rozdíly jsou v souladu se zjištěními celonárodní studie ESPAD. Naopak u čtvrtých ročníků je vidět značný posun a celoživotní prevalence užití ilegálních drog gymnazisty významně převyšuje výskyt v jiných formách maturitního studia. Tento trochu překvapivý rozdíl mezi druhým a čtvrtým ročníkem na gymnáziích by se dal interpretovat např. tak, že studenti mají v drogových zkušenostech pomalejší vývoj, který v průběhu studia akceleruje až gymnazisté ostatní studenty dokonce „předeženou“.

Tabulka 3-20: Výskyt užití během celého života (zkušenosti) podle typu střední školy, v %

Kohorta	C			D	
	2. ročník			4. ročník	
Typ studia	bez maturity	s maturitou	gymnázium	odborné SŠ	gymnázium
Alkohol	90,1	99,6	99,0	100	100
Cigarety	88,7	84,3	63,6	85,4	84,7
Chtěli vyzkoušet	64,3	55,0	65,3	59,6	40,0
Všechny ilegální drogy	59,4	58,0	29,3	50,4	67,1
Konopné drogy	59,4	58,0	28,3	50,4	67,1
Alkohol s marihuanou	39,1	39,5	22,2	29,2	56,2
Rozpustidla	12,7	12,7	6,1	2,9	8,2
Ilegální kromě marihuany	12,7	14,3	4,0	10,9	14,9
Halucinogenní houby	17,4	11,1	1,0	7,3	8,2
Alkohol s pilulkami	10,1	11,9	6,1	8,8	19,2
Sedativa	9,9	8,6	5,1	4,4	5,5
Extáze	11,6	10,2	1,0	8,8	5,5
LSD a jiné halucinogeny	10,3	6,2	3,0	8,0	5,5
Amfetaminy	7,4	4,5	-	6,6	5,6
Pervitin	7,4	4,1	-	5,8	2,7
Anabolické steroidy	8,7	2,5	-	2,2	-
Opiáty	4,2	3,7	-	-	2,7
Kokain	1,4	0,8	1,0	-	-
Crack	1,4	1,2	-	-	-
GHB	1,4	0,8	-	-	-
Injekčně	1,4	-	-	-	-
Heroin	-	1,2	-	-	-

O návykovém chování vypovídá Tabulka 3-21 - ukazuje opakované užívání jednotlivých drog (užití více než 5krát za život). V této charakteristice již rozdíly mezi jednotlivými typy škol více odpovídají očekáváním. Gymnazisté ve druhém ročníku vykazují v porovnání s vrstevníky z odborných škol a učilišť menší výskyt pravidelného užívání, a to ve všech sledovaných oblastech. Naopak u čtvrtých ročníků deklarují studenti odborných škol v porovnání s gymnazisty signifikantně menší míru opakovaného užívání konopných drog, extáze, halucinogenních hub a konzumace alkoholu v kombinaci s marihuanou i sedativy. Ve světle údajů o opakovaném užívání (Tabulka 3-21) můžeme hodnoty o celoživotní prevalenci užití z předešlé tabulky (Tabulka 3-20) vyložit také tak, že se vzrůstajícím vzděláním se objevuje spíše experimentální (jednorázové) užití určitých drog (LSD, amfetaminy, opiáty), zatímco respondenti z učebních oborů vykazují v této oblasti spíše návykové chování s tendencemi k opakovanému užívání.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-21: Výskyt opakovaného užití (více než 5x) během života podle typu střední školy, v %

Kohorta	C			D	
	2. ročník			4. ročník	
Typ studia	bez maturity	s maturitou	gymnázium	odborné SŠ	gymnázium
Jakákoliv ilegální droga	26,2	28,4	10,1	27,2	38,6
Konopné drogy	24,6	28,4	9,1	27,0	38,4
Alkohol s marihuanou	22,1	15,6	6,1	13,1	25,0
Halucinogenní houby	8,8	2,1	-	0,7	2,8
Ilegální kromě marihuany	4,5	2,9	1,0	3,7	2,9
Amfetaminy	4,4	1,2	1,0	1,5	-
Anabolika	4,4	1,3	-	0,7	-
Rozpuštědla	4,2	0,8	-	-	-
LSD a jiné halucinogeny	2,9	0,8	1,0	1,5	-
Alkohol s pilulkami	2,9	1,2	-	-	5,6
Extáze	2,9	0,8	-	0,7	2,8
Sedativa	-	2,1	1,0	0,7	-
Opiáty	1,4	1,2	-	-	-
Crack	1,5	-	1,0	-	-
GHB	1,5	-	-	-	-
Injekčně	1,5	-	-	-	-
Kokain	1,5	-	-	-	-
Heroin	-	-	-	-	-

Aktuální užívání legálních návykových látek (alespoň jedno užití v posledních 30 dnech, ale nejen to) ukazuje Tabulka 3-22. Můžeme zde opět pozorovat významné rozdíly mezi jednotlivými typy škol v kohortě C, a to ve všech sledovaných charakteristikách. Markantní rozdíly jsou zejména v kouření: učni deklarují denní kouření a silné denní kouření (více než 10 cigaret denně) více než desetkrát častěji než gymnazisté. Naopak v kohortě D (4. ročníky) se signifikantní rozdíl objevuje pouze jednou: 65 % studentů gymnázií se alespoň jednou za posledních 30 dnů opilo, zatímco jejich vrstevníků z odborných škol bylo opilých „jen“ 50 %.

Tabulka 3-22: Výskyt užití/užívání legálních drog v posledních 30 dnech, v %

Kohorta	C			D	
	2. ročník			4. ročník	
Typ studia	bez maturity	s maturitou	gymnázium	odborné SŠ	gymnázium
Alkohol alespoň jednou	80,9	80,6	71,7	86,9	95,8
Opilost alespoň jednou	65,7	51,7	25,3	50,0	65,3
3 a vícekrát 5 sklenic al.	27,1	20,7	9,2	23,4	23,6
3 a vícekrát opilý	26,9	16,9	6,1	16,9	18,1
Kouřil alespoň jednou	59,2	47,5	20,2	44,5	45,2
Kouřil denně	47,9	29,1	4,0	27,0	27,4
11 a více cigaret denně	11,3	6,1	1,0	6,6	5,5

Tabulka 3-23 ukazuje aktuální užívání ilegálních a dalších drog v posledních 30 dnech. Ze srovnání opět vycházejí nejlépe studenti gymnázií v kohortě C. Relativně pozitivní zjištění je, že studenti 2. ročníků gymnázií za posledních 30 dnů neužili kromě konopných drog žádnou jinou ilegální návykovou látku. V posledních 30 dnech také nebylo žádnou ze skupin deklarováno užití kokainu, heroinu, GHB ani drog injekčním způsobem.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 3-23: Výskyt užití/užívání dalších drog v posledních 30 dnech, v %

Kohorta	C			D	
	2. ročník			4. ročník	
Typ studia	bez maturity	s maturitou	gymnázium	odborné SŠ	gymnázium
Jakákoliv ilegální droga	24,6	22,9	9,3	17,0	15,5
Konopné drogy	23,9	22,0	9,2	15,3	12,5
Alkohol s marihuanou	15,9	11,1	6,1	10,2	11,0
Ilegální mimo marihuany	4,6	4,5	-	3,0	2,8
Alkohol s pilulkami	2,9	1,2	2,0	-	1,4
Halucinogenní houby	2,9	1,6	-	0,7	-
Amfetaminy	3,0	1,2	-	1,5	-
Sedativa	1,4	1,6	1,0	0,7	1,4
Rozpustidla	1,5	2,5	-	0,7	-
Extáze	2,9	0,8	-	-	-
Pervitin	2,9	0,4	-	1,5	-
LSD a jiné halucinogeny	1,5	0,8	-	1,5	1,4
Opiáty	1,5	0,4	-	0,7	1,4
Anabolické steroidy	1,4	0,4	-	0,7	-
Crack	-	0,8	-	-	-

3.9 Diskuse

U druhých ročníků středních škol významně převládá mužské pohlaví, což je pravděpodobně dáno náhodným začleněním spíše škol technického zaměření nebo chlapeckých učebních oborů do výzkumného souboru. Protože rozdíly u některých sledovaných charakteristik jsou mezipohlavně značné, můžeme předpokládat, že jsou celkové výsledky kohorty C tímto faktem mírně zkreslené, a to v obou směrech.

Důležitým faktorem, který je třeba při interpretaci výsledků brát do úvahy je míra response. Chybějící žáci ve třídě při sběru dat (u našeho souboru v průměru přibližně čtvrtina) mohou také způsobit zkreslení celkového výsledku, např. proto, že důvodem jejich absence mohou být drogové problémy.

Další otázkou je míra upřímnosti respondentů a jejich ochota pravdivě odpovědět na všechny otázky. Dotazník ESPAD umožňuje kontrolovat validitu pomocí několika nástrojů, pravděpodobně nejmocnějším z nich je otázka na zkušenost s užitím neexistující drogy. Do studie nebyly zahrnuty odpovědi těch respondentů, kteří uvedli, že tuto neexistující látku užíli.

Je třeba si uvědomit, že provedený výběr je reprezentativní pouze k populaci všech studentů (nebo žáků), ale není reprezentativní vzhledem k celé populaci v dané věkové kohortě. To znamená, že na základě získaných dat nelze tvrdit, že např. každý druhý sedmnáctiletý již vyzkoušel marihuanu, toto lze prohlásit pouze o studentech 2. ročníků středních škol. Dá se předpokládat, že problémoví uživatelé, pokud vůbec nějakou školu navštěvují, mají problémy s absencí a s prospěchem a studium mohou předčasně ukončit, a proto se školního dotazníkového šetření spíše vůbec nezúčastní.

Možná dezinterpretace ve smyslu *školní populace = celá populace v dané věkové kohortě* je nejzrádnější právě u souboru studentů VOŠ, který není v žádném případě reprezentativní vzhledem k jednadvacetiletým obyvatelům Novojičínska (jejich dosažené vzdělání je nadprůměrné, podstatná část z nich dojíždí a je původem z dalších regionů atd.).

To ovšem neomezuje srovnatelnost našeho výzkumu s výsledky studie ESPAD, naopak – výše zmíněné omezení platí i pro celoevropský výzkum.

3.10 Souhrn nejdůležitějších zjištění

Školní populace Novojičínska se ve zkušenostech s drogami a ve svém návykovém chování výrazně neliší od školní populace celé České republiky. V porovnání s celorepublikovým průzkumem ESPAD nebyly u šestnáctiletých zjištěny signifikantně „horší“ výsledky v žádné ze sledovaných kategorií, ačkoliv u některých látek a způsobů užívání se nevýznamné zvýšení objevuje (např. rozpustidla). Naopak příznivé signifikantní rozdíly se objevily v pravidelné konzumaci vyšších dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu 3 a vícekrát za posledních 30 dnů deklaruje „pouze“ 13,2 % šestnáctiletých studentů z NJ (15,3 % chlapců), zatímco v ČR 17,5 % (resp. 23,1 % chlapců)). Také silných kuřáků (11 a více cigaret denně) je na Novojičínsku méně (4,8 % vs. 7,6 % v celé ČR). Posledním zjištěným signifikantním rozdílem je fakt, že výskyt celoživotní zkušenosti s užíváním extáze je na Novojičínsku nižší (5 % vs. 8,3 % v ČR). Vzhledem k možným zdravotním rizikům jsou ale velmi znepokojivé údaje o aktuálním užívání rozpustidel u žáků ZŠ z Novojičínska.

Zkušenosti s drogami se vyskytují ve všech sledovaných kohortách, tedy už u žáků sedmých tříd. U všech sledovaných drog s věkem narůstá celoživotní prevalence alespoň jednoho užití (zkušenosti s drogou) a zároveň s některými výjimkami i výskyt aktuálního užívání (v posledních 30 dnech, kromě rozpustidel). Výjimkou z tohoto pravidla o aktuálním užívání jsou studenti VOŠ.

Napříč celým souborem jsou signifikantní rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami (více mužů má zkušenost, muži užívají více), a to zejména u konopných drog (jak celoživotní, tak aktuální výskyt užívání, vč. kombinace s alkoholem) a u nadměrného užívání alkoholu (časté vyšší dávky a časté opilosti).

Nejčastěji užívanými drogami jsou jednoznačně alkohol a tabák, s velkým odstupem následuje marihuana (konopné drogy). Na dalších místech pomyslného žebříčku se umísťují rozpustidla (zejm. u žáků ZŠ) a sedativa nepředepsaná lékařem, následuje extáze, stimulancia (pervitin) a LSD spolu s jinými halucinogeny. Naopak nejméně užívanými drogami jsou ze sledovaných látek kokain, heroin a také injekční aplikace je pod hranicí statistické chyby. První vyzkoušená nelegální droga, kromě cigaret (tabáku) a alkoholu, je mezi všemi respondenty jednoznačně marihuana (nebo hašiš, přes 90 %), na druhém místě jsou potom sedativa (3,5 %), následuje extáze a halucinogenní houby.

Byly zjištěny také signifikantní rozdíly v užívání návykových látek podle typu středních škol, které přesně korespondují s výsledky studie ESPAD: učni (ve druhém ročníku) deklaruji nejvyšší míru zkušeností i aktuálního užívání, následují studenti odborných škol a nejlépe jsou na tom gymnazisté.

4 Analýza institucionálního kontextu drogových služeb

4.1 Cíl substudie a výzkumná otázka

Hlavním cílem této substudie je popsat a analyzovat institucionální kontext služeb poskytovaných v protidrogové oblasti na území bývalého okresu Nový Jičín, resp. obyvatelům žijícím na území bývalého okresu. Naší snahou je zmapovat co největší procento existujících institucí a zjistit charakteristiky a dostupnost poskytovaných služeb. Klíčovými tématy jsou kapacita poskytovaných služeb v komunitě nebo regionu, jejich vhodná kombinace, a konečně jejich vzájemná koordinace a návaznost. Součástí explorační koordinace a návaznosti služeb je i určitá analýza potřeb z perspektivy poskytovatele služeb, či lépe řečeno z pohledu pracovníků těchto služeb. V našem případě jde spíše o pokus o sondu do subjektivně vnímaných problémů, potíží nebo slabých stránek fungování daných služeb než o celkovou systematickou analýzu potřeb z institucionálního pohledu.

Základní tematické okruhy a cíle sledované výzkumem jsou tedy tyto:

- formální popis institucí
- konkrétní poskytované služby, jejich specifikace a diferenciací
- popis dostupnosti služeb a jejich lokalizace v rámci regionu
- analýza potřeb – subjektivně vnímané problémy a potřeby

4.2 Použité metody

Pro sledování uvedených okruhů byl na základě našich předchozích zkušeností s podobnými výzkumy⁶ sestaven čtyřstránkový dotazník (viz. příloha č.4), který se skládal ze čtyř hlavních a dvou doplňkových částí. První část otázek sledovala **obecné charakteristiky zařízení** (název, sídlo, kontaktní údaje, zřizovatele služeb, územní působnost, provozní dobu a kapacitu zařízení). **Poskytované služby** sledovala druhá část dotazníku, ta vycházela z předem definovaných kategorií služeb (obecně sdílená klasifikace služeb podle standardů Ministerstva zdravotnictví ČR)⁷. Třetí část se zaměřila na **cílovou skupinu**, jíž jsou služby určeny, a to podle typu problému ve vztahu k drogové problematice (uživatel, příbuzný, odborník...), podle věku a podle typu užívané látky. Čtvrtá část dotazníku sledovala **vytíženost služeb**, a to absolutně i relativně. Další dvě (doplňkové) části se zaměřily na **analýzu potřeb** z pohledu pracovníků služeb (vzhledem k povaze získávaných údajů bylo použito dvou otevřených otázek: „Jaké tři největší problémy při své práci máte?“ a „Co potřebujete ke zlepšení nebo zefektivnění své práce?“) a na **návaznost služeb** v regionu. Tato poslední část sloužila k získání kontaktů na další instituce v regionu, ke zjištění integrace služeb a její doplňková funkce spočívala v rozšiřování adresáře zařízení. Dotazník byl vyhotoven ve dvou verzích: elektronické a papírové.

4.2.1 Charakteristiky zařízení

Pro určení dostupnosti služeb na území bývalého okresu Nový Jičín je **lokalizace a působnost** zařízení poskytujícího dané služby klíčovou charakteristikou. Je sledována adresa instituce a tedy její poloha v rámci územněsprávního uspořádání. Rozsah územní působnosti zařízení říká, do jaké vzdálenosti dosahují služby dané instituce. Zařízení s *místní* působností obsluhuje klienty pouze na území spravovaném domovskou obcí třetího typu, *regionální* působnost znamená dostupnost služby na několika takových územích

⁶ Vacek, J. (2004). Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky kraje. Závěrečná zpráva č. 2 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. NTI - consulting s.r.o., Liberec.

⁷ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2003a). Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci. Úřad vlády České republiky, Praha.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

v rámci kraje, a konečně *celorepubliková*, resp. *nadregionální* působnost znamená to, že je služba dostupná klientům z celé ČR, resp. z okolních krajů.

Právní status zřizovatele zařízení poskytujícího služby byl sledován, a to ve třech kategoriích: státní, nestátní nezisková nebo privátní organizace.

4.2.2 Charakteristiky služeb

Cílová populace, tedy to, komu jsou služby určeny, byla registrována podle tří obecnějších hledisek. Za prvé *podle typu problému* ve vztahu k drogové problematice. Tato obecná formulace je na místě z toho důvodu, že služby nejsou poskytovány jen klientům závislým na drogách, či majícím s nimi problémy, ale i jejich příbuzným či přátelům a dalším osobám. Za druhé *podle věku* a konečně za třetí *podle typu užívané látky*. Byla zvolena jednoduchá klasifikace na ilegální návykové látky, alkohol a tabák.

Nejdůležitější sledovanou charakteristikou je samotná činnost zařízení, tedy **typ poskytovaných služeb**. Služby poskytované v oblasti snižování poptávky po drogách bývají obecněji rozdělovány do tří základních kategorií, což ukazuje následující tabulka. Toto členění na primární, sekundární a terciární prevenci bude použito i v našem textu při popisu sítě služeb na Novojičínsku.

Tabulka 4-1: Obecné rozdělení služeb

Typ služeb	Vysvětlení pojmu	Náplň činnosti
Prevence (primární prevence)	předcházení užívání drog	krátkodobé a dlouhodobé programy pro specifické skupiny, jednorázové akce, přednášky, publikace, besedy atd.
Léčba a sociální reintegrace (sekundární prevence)	terapie závislosti, předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají	ambulantní nebo residenční ústavní léčba, poradenství, doléčování, chráněné bydlení, podporované zaměstnání atd.
Minimalizace škod – harm reduction (terciární prevence)	předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog	kontaktní a poradenské služby, výměna injekčního materiálu, testování HIV, VHB, VHC, ošetření, atd.

Jednotlivá zařízení ale ne vždy používají stejnou terminologii, a proto bývá těžké se ve službách orientovat. Nejednoznačnost pojmů upravily „Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách“ vydané MZ ČR. Pro potřeby tohoto textu pak vycházíme z poslední verze Certifikačních standardů odborné způsobilosti,⁸ které rozlišují níže uvedené služby sekundární a terciární prevence.

- detoxifikace** – léčení odvykacího syndromu, abstinenčních příznaků spojených s přerušением užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu)
- terénní programy** – služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení
- kontaktní a poradenské služby** – kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech
- ambulantní léčba** – ambulantní léčebná a preventivní péče v AT ordinacích (ordinace pro alkoholismus a toxikománie) a jiných zdravotnických zařízeních

⁸ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2003b). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 – 2. revize. Úřad vlády ČR, Praha.

- e) **stacionární programy** – intenzivní ambulantní péče: strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce
- f) **krátkodobá a střednědobá ústavní léčba** – lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů
- g) **rezidenční péče v terapeutických komunitách** – střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6-18 měsíců
- h) **ambulantní doléčovací programy (následná péče)** – částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců, součástí může být chráněné bydlení (prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování) nebo chráněné pracovní programy (slouží ke zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele)
- i) **substituční léčba** – ambulantní udržovací léčba substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovaná na období delší než 12 měsíců

Protože ale do oblasti prevence a léčby drogových závislostí patří i další typy služeb, které současné standardy neobsahují, považujeme za nutné pro přehlednost přidat další kategorie:

- j) **specifická primární prevence** – činnost přímo zaměřená na předcházení užívání drog u různých cílových skupin (specifická p.p.), bývá rozlišována ještě nespecifická p.p. – jakákoliv činnost, která nepřímo napomůže témuž: např. zvyšování sociálních dovedností, naplňování volného času, rozvíjení zájmů atd. (podrobněji viz. kapitola 6 **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.**)
- k) **psychologické poradenství, krizová intervence** – jednorázová nebo systematická pomoc zejména poradenskou formou, a to jak jednotlivcům, tak i párům nebo rodinám, pokud nejsou samostatně schopni nalézt řešení svých problémů (není primárně zaměřena na drogovou problematiku)
- l) **detoxikace na záchytné protialkoholní stanici** – jednorázová detence a detoxikace pacienta při akutní otravě alkoholem

4.3 Průběh výzkumu, výzkumný soubor

Kontakty na oslovené instituce byly získány ze tří zdrojů. Prvním zdrojem jsou již existující adresáře zařízení na celorepublikové (www.drogy-info.cz) nebo regionální úrovni.⁹ Druhým zdrojem jsou protiepidemická oddělení územních pracovišť Krajské hygienické stanice, která prostřednictvím Drogového informačního systému shromažďují informace o počtech uživatelů drog, kteří žádají o léčebnou, poradenskou či sociální službu, a mají tím pádem přehled o léčebně-kontaktních centrech v regionu (3 ambulantní zařízení). Třetím zdrojem jsou samotná oslovená zařízení v dané lokalitě (viz. poslední část dotazníku).

Z dostupných adresářů byl sestaven **seznam zařízení**, který v první fázi obsahoval celkem 75 institucí. Do tohoto adresáře byly zahrnuty nejen zařízení sídlící na území bývalého okresu Nový Jičín, ale také další zařízení sídlící za jeho hranicemi, neboť některé služby (jako např. terapeutické komunity nebo rezidenční léčba v psychiatrických léčebnách) mají výrazně nadregionální charakter. Snažili jsme se také zohlednit lokální přesah působnosti jednotlivých zařízení.

Pro získání dat byly využity **dvě formy kontaktu**. Instituce byly v první fázi pro navázání kontaktu osloveny telefonicky nebo e-mailem, a následně byly požádány o vyplnění dotazníku v elektronické případně písemné formě podle vlastních možností. Samotný sběr

⁹ Pedagogicko-psychologická poradna Nový Jičín (2006). Instituce pro prevenci v Moravskoslezském kraji a v ČR. Retrieved on March 20, 2006 from http://www.pppnj.adslink.cz/data/prevence_doc/Instituce_pro_prevenci_v_MSK_a_v_CR.doc

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

dat probíhal v období březen – květen 2006. Samotný dotazník byl uveden vysvětlujícím dopisem garanta výzkumu s informacemi a zdůvodněním studie, žádostí starosty města Kopřivnice o spolupráci a podrobnými instrukcemi k vyplnění dotazníku.

Počty úspěšně oslovených institucí a míru jejich response zachycuje Tabulka 4-2. První část tabulky zahrnuje služby podle standardů odborné způsobilosti (řádky 2–9, pro zjednodušení jsou spojeny služby terénní a kontaktní do jedné kolonky nízkoprahových služeb), kromě toho jsou v tabulce navíc zachyceny služby specifické primární prevence, nespécifického poradenství (psychologické, krizová intervence) a další služby související s užíváním návykových látek, které nejsou ve stávajících standardech zmíněny (protialkoholní záchytné stanice, oddělení pro léčbu hepatitid, poradna pro odvykání kouření aj.).

Jak je z tabulky vidět, dosažená **míra response je velmi nízká**. Úspěšně se nám podařilo kontaktovat přes 60% zařízení, avšak pouze čtvrtina ze všech zařízení nám podala alespoň nějaké informace o svém fungování, a navíc jen necelých 15% vyplnilo výzkumný dotazník. Celkem jsme i přes opakované urgencye obdrželi zpět **pouze 9 vyplněných dotazníků** (toto číslo je nižší než ukazuje údaj v tabulce, protože dvě z oslovených zařízení poskytují více typů služeb). Jak je z tabulky vidět, ze standardních drogových služeb se nám na území bývalého okresu Nový Jičín podařilo úspěšně oslovit pouze lékařská zařízení zabývající se ambulantní léčbou a poradenstvím.

Tabulka 4-2: Počet existujících a oslovených zařízení podle typu služeb, míra jejich response

Typ služeb	Nalezené a zařazené	Úspěšně oslovené	Z toho v okrese NJ	Odpověděli (celkem)	Vyplnili dotazník (celkem)	Z odpov. Poskytují služby
Ambulantní léčba a poradenství	17	9	5	6	4	5
Substituční léčba	1	1	-	-	-	-
Detoxifikace	2	1	-	1	-	-
Stacionární programy	1	-	-	-	-	-
Ústavní léčba	1	1	-	-	-	-
Terapeutické komunity	4	3	-	-	-	-
Doléčovací programy	1	1	-	1	1	1
Nízkoprahové služby	3	2	-	1	-	1
Primární prevence	14	12	9	5	4	3
Další (nespecifické) poradenství	20	13	9	4	2	2
Další služby (mimo standardy)	11	5	4	2	-	2
Celkem (absolutně)	75	47	27	20	11	14
Celkem (ze všech nalezených)	100%	62,7%	36%	26,7%	14,7%	18,7%

Nízká míra response nás při zpracování závěrečné zprávy také přinutila k získávání informací zprostředkovaně (např. pomocí internetu) a intenzivnějšímu využívání doplňkových informací od respondujících odborníků (poslední část dotazníku), než jsme původně plánovali. Dalším zdrojem informací o nabídce a fungování služeb v regionu byli klíčoví informátoři (odborní pracovníci s dobrou znalostí regionu oslovení v rámci dalších substudií). Proto bude mít prezentace zjištěných výsledků spíše povahu narativní než statisticky deskriptivní. Kvůli zachování anonymity klíčových informátorů nejsou citace signovány a v textu jsou označeny uvozovkami a kurzívou. Pracovníci zařízení vyjadřující se o jimi poskytovaných službách jsou samozřejmě identifikovatelní.

4.4 Přehled zařízení

Vzhledem k extrémně nízké míře response se domníváme, že podrobná popisně statistická analýza charakteristik zařízení a služeb v regionu postrádá oporu v datech a nemá tudíž smysl. Ani jedno ze zařízení sídlících na území bývalého okresu Nový Jičín se nezaměřuje exkluzivně na drogovou problematiku. I proto dále v této podkapitole podáváme jen rámcové informace o významných **krajských** institucích zabývajících se drogami a problematikou závislostí.

4.4.1 Významné instituce

Mezi významné instituce v protidrogové oblasti v Moravskoslezském kraji patří zejména tyto:

- a) **Krajská hygienická stanice**, která prostřednictvím protiepidemických oddělení územních pracovišť shromažďuje epidemiologická data (nebyla zahrnuta do výzkumu)
- b) **Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě**, jehož místní pobočky provozují Poradny pro odvykání kouření
- c) nestátní nezisková organizace **Renarkon o.p.s.**, která provozuje centrum primární prevence, kontaktní centra a terénní práce, terapeutickou komunitu, doléčovací centrum s chráněným bydlením a rodinnou sociálně výchovnou poradnu
- d) krajské a fakultní **nemocnice**, které provozují ordinace AT (neboli AT poradny)
- e) **Psychiatrická léčebna Opava** se dvěma odděleními pro léčbu závislostí
- f) **Pedagogicko-psychologická poradna** v Novém Jičíně, která koordinuje primárně preventivní aktivity na školách
- g) soukromé **psychiatrické ambulance**, soukromé **psychologické poradny**
- h) **záchytné protialkoholní stanice**: Ostrava, Karviná, Opava, Frýdek-Místek

4.5 Přehled služeb

4.5.1 Ambulantní léčba a poradenství

Ambulantní léčba je prováděna bez vyčlenění pacienta z původního prostředí, neboť ten do zařízení, kde se léčba poskytuje, pouze dochází. Vyjma substituční léčby (viz samostatná kapitola) je léčebný proces směřovaný přímo k abstinenci klienta. Při ambulantní léčbě se jedná o odbornou strukturovanou práci s klientem, která je přizpůsobena jeho potřebám. Její cíl a forma, doba trvání terapie a frekvence kontaktů je zakotvena v ústní či písemné dohodě (kontraktu) s terapeutem. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální poradenské nebo terapeutické rozhovory, méně často se vyskytuje terapie skupinová, obě spíše v krátkodobém nebo střednědobém horizontu. Farmakoterapie, která je možná pouze ve zdravotnických zařízeních, se používá jednak na počátku léčby ke zmírnění příznaků z vysazení drogy (ambulantní detoxifikace, viz samostatná kapitola), jednak i průběžně, např. pro zmírnění doprovodných psychických příznaků, mezi něž patří nejčastěji úzkost nebo deprese. Ambulantní léčba je vhodná pro pacienty s nižším potenciálem pro relaps,¹⁰ větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpurným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím.

Přehled zařízení a služeb

Ambulantní léčba je jediným typem služeb, který je klientům relativně dostupný přímo na území novojičínského regionu. V Novém Jičíně a Kopřivnici sídlí několik soukromých psychiatrických ambulancí, které se zabývají i léčbou závislostí. Specializované AT poradny (poradny pro alkoholismus a jiné toxikománie) se nacházejí v Ostravě.

¹⁰ Návrat užívání (legálních/nelegálních) drog po určitém období abstinence.

Z oslovených a respondujících zařízení, které deklarovaly ambulantní léčbu a poradenství, sídlí na Novojičínsku dvě. Jedná se o **privátní psychiatrické ambulance z Nového Jičina**, které ovšem nejsou specializované na terapii závislosti (drogová problematika se týká přibližně 10-15% jejich klientely). Jedna z ambulančí je zaměřena na **děti a dorost do 18 let** (za rok 2005: 50-70 klientů s drogovými problémy, z toho 10 alkohol, 20-30 marihuana, zbytek vícečetná drogová etiologie). Cílovou populací druhé ambulance jsou **dospělí** (173 klientů alkohol, 21 klientů závislost na pervitinu, sedativech nebo polymorfni). Obě ambulance jsou plně vytížené (čekací doba až 2 týdny), ale všichni žadatelé o léčbu jsou uspokojeni, ačkoliv *„dost žadatelů přichází pouze formálně pod sociálním nátlakem okolí, skutečně motivovaných a aktivně přístupujících ke spolupráci je asi třetina žadatelů.“*

Do výzkumu se vyplněním dotazníku zapojily další dvě psychiatrické ambulance z Moravskoslezského kraje s regionální působností, ačkoliv se nezaměřují speciálně na drogovou klientelu a až na výjimky neposkytují služby obyvatelům Novojičínska. Tyto ambulance sídlí v krajském městě Ostrava, stejně jako další čtyři **specializované AT poradny**, které se ovšem do našeho výzkumu aktivně nezapojily. Zejména jedna z těchto AT poraden (privátní psychiatrická ambulance, MUDr. Libor Chvíla, CSc.) byla v několika dotaznících opakovaně zmíněna jako dobře spolupracující odborné zařízení zaměřené na léčbu látkových i nelátkových závislostí. Podrobnější údaje se nám ale bohužel nepodařilo získat.

Dostupnost služeb

Ačkoliv na území bývalého okresu sídlí více psychiatrických ambulančí, většina z nich je situována do bývalého okresního města, takže obyvatelé vzdálenějších obcí mohou mít problémy s dostupností služeb. Předpokládáme ale, že i další psychiatrické ambulance na Novojičínsku (v Kopřivnici) poskytují své služby uživatelům návykových látek, ačkoliv se do našeho výzkumu nezapojily. Dostupnost služeb může být navíc ztížena tím, že klienti závislí na návykových látkách jsou, když ne přímo odmítáni, tak určitým způsobem upozadováni, jak se vyjádřili někteří klíčoví informátoři z regionu: *„Psychologové a psychiatři v okrese Nový Jičín se problematikou závislosti na nealkoholových drogách nezabývají.“*

4.5.2 Substituční léčba

Substituce, tedy nahrazení, je obecně řečeno způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky. Jejím primárním cílem je eliminování užívání určité, především ilegální, drogy a/nebo eliminace škodlivé formy podávání drogy, která je provázána výraznými zdravotními riziky (injekční užívání). V České republice se konkrétně jedná o nahrazení užívání heroinu užíváním metadonu nebo buprenorfinu (Subutex®).

Substituční léčba pomáhá sekundárně snížit náklady na léčbu zdravotních potíží, ke kterým by další užívání drog u klienta vedlo, slouží k eliminaci kriminálních činů spojených se získáváním peněz na drogy, a k eliminaci přenosu infekčních onemocnění prostřednictvím rizikového způsobu aplikace drog (virové hepatitidy a AIDS). Substituční léčba má být provázána psychoterapií a sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy a sociální situaci.

Doba trvání substituční léčby závisí na individuální situaci klienta a může být velmi různá. Pokud je cílem klienta přechod k úplné abstinenci, léčba bývá časově ohraničena (týdny, měsíce, roky), v průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu, sociální situace klienta a klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení. Někdy, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání drog, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substituce časově neomezená (udržovací substituční léčba).

V České republice existují dva typy substitučních programů. Substituci metadonem exkluzivně nabízejí specializovaná substituční centra, kterých je v celé ČR celkem 9.

K zařazení do metadonového substitučního programu musí klient splňovat přísná kritéria, která se v rámci jednotlivých center liší a mezi něž patří např. absolvování minimálně tří neúspěšných léčení před žádostí o léčbu metadonem. V metadonovém programu je pravidlem, že klient si chodí do centra pro substituci denně. Dostupnější alternativou je substituce buprenorfinem (Subutex®), která umožňuje klientovi navštívit lékaře pouze jedenkrát týdně. Subutex® navíc mohou předepisovat specialisté i praktičtí lékaři, ale klient si na druhou stranu tento lék hradí sám.

Ačkoliv je substituční léčba samostatnou kategorií služeb, z institucionálního pohledu je spíše podmnožinou zařízení nabízejících ambulantní léčbu a poradenství, tedy alespoň v případě substituce Subutexem®.

Přehled zařízení a služeb

Žádné ze zařízení sídlících na území bývalého okresu Nový Jičín, které odpovědělo na výzkumný dotazník, nenabízí substituční léčbu. V Ostravě se nachází jedno z devíti metadonových substitučních center (Psychiatrické oddělení při FN s poliklinikou, prim. MUDr. Jitka Potribná), nicméně toto zařízení se do výzkumu aktivně nezapojilo.

Dostupnost služeb

Vzhledem k tomu, že substituci buprenorfinem (Subutex®) může předepsat i praktický lékař, teoreticky je tato služba na Novojičínsku dostupná. To potvrzuje i výpověď jednoho z informátorů: „Myslím, že tady subutex někdo píše, ale nevím, kdo to je ...“ Metadonová léčba, která vyžaduje denní docházení pro dávku léku, je vzhledem ke vzdálenosti regionu od krajského města (příp. od Olomouce, kde se nachází další substituční centrum) nedostupná.

4.5.3 Detoxifikace

Detoxifikace je léčba odvykacího stavu (syndromu z odnětí nebo vysazení drogy). Je to léčebná metoda, jejímž primárním cílem je zastavit užívání drogy, zbavit organismus klienta škodlivé látky a minimalizovat symptomy odvykacího syndromu. Klient je zpravidla na detoxifikaci přijat ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinenčními příznaky. Detoxifikace probíhá buď bez použití léků nebo za substituční farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinenčních příznaků. Sekundárním smyslem detoxifikace je příprava klienta na další léčbu, kam nastoupí po jejím absolvování. Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena právě na podporu a motivaci k další léčbě. Tradiční forma detoxifikace se provádí ve speciálním lékařském lůžkovém zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně, je ale možná i ambulantní forma detoxifikace. Detoxifikace trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů, závisí to na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní poté, co odezněly abstinenční příznaky a léky jsou vysazené.

Přehled zařízení a služeb

Lůžková detoxifikace není dostupná přímo na území bývalého okresu Nový Jičín, nicméně **v kraji se nachází tři detoxifikační centra**. Ani jedno z nich však neposkytlo data do výzkumného dotazníku. Všechna centra jsou od Novojičínska poměrně vzdálená (Ostrava, Havířov a Opava), jejich spádovým územím je celý Moravskoslezský kraj. O fungování detoxifikačních jednotek víme jednak z adresáře RVKPP a také od klíčových informátorů (ambulantní psychiatři, kteří tam v případě potřeby odesílají své klienty). Jedná se o psychiatrická oddělení při Fakultní nemocnici Ostrava (prim. MUDr. Mgr. Marek Pérez) a při Nemocnici s poliklinikou Havířov (prim. MUDr. Jitka Potribná), a o oddělení léčby závislostí PL Opava (prim. MUDr. Libor Chvíla, CSc.). Detoxifikaci provádí také Psychiatrická léčebna Šternberk, která leží relativně blízko za hranicemi Moravskoslezského kraje.

Jedno ambulantní zařízení psychiatrické péče z Nového Jičína deklarovalo i služby ambulantní medikované detoxifikace.

Dostupnost služeb

Podle vyjádření klíčových informátorů je dostupnost detoxifikačních služeb na Novojičínsku dobrá, neboť výše zmíněné služby mají krajskou nebo širší působnost a relativně nízká poptávka je bez problémů uspokojována.

4.5.4 Stacionární programy

Stacionární programy poskytují terapeutickou a sociální péči, pacienti při ní nejsou vyčleněni ze svého sociálního prostředí, ale každodenně docházejí na déletrvajícím (až celodenním) strukturovaným programem. Je indikována pacientům v mírně pokročilém až středním stupni závislosti, s náhledem a silnou motivací k léčbě. Jejich somatické a psychické komplikace však nevyžadují lůžkovou péči. Klienti stacionárních programů by také měli být sociálně stabilizovaní, např. se spolupracující rodinou a stálým bydlištěm.

Léčba zahrnuje prvky terapeutické komunity, v zařízení je pevně stanovený denní režim, v němž probíhají strukturované aktivity. Součástí léčby je individuální a skupinová terapie, může jí být i rodinná nebo partnerská terapie, pokud probíhá ve zdravotnickém zařízení pak i farmakoterapie aj.

Přehled zařízení a služeb

V Moravskoslezském kraji se nachází jediný denní stacionář pro léčbu závislosti (v Ostravě, MUDr. Libor Chvíla, CSc.), který se bohužel aktivně do naší studie nezapojil.

Dostupnost služeb

Vzhledem k charakteru této služby je obyvatelům Novojičínska prakticky nedostupný. Nicméně funkce denního stacionáře může být nahrazena jinou formou terapie.

4.5.5 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Ústavní léčba je chápána jako protiklad léčby ambulantní, klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí. Obecně se jedná o léčbu v lůžkovém zařízení, v užším smyslu o léčbu závislosti na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podle délky jde o léčbu krátkodobou (zpravidla do 3 měsíců) nebo střednědobou (max. 6 měsíců). Léčba probíhá pod lékařským dohledem, využívá strukturovaný denní program, režimová opatření, skupinovou a individuální psychoterapii, pracovní terapii a další terapeutické aktivity. Podmínkou přijetí do ústavní léčby bývá absolvování detoxifikace.

Přehled zařízení a služeb

Na území Moravskoslezského kraje se nachází **jedna psychiatrická léčebna (PL Opava)**, která poskytuje ústavní léčbu závislým ženám i mužům na dvou odděleních. Oddělení pro léčbu alkoholizmu a jiných toxikománií pro muže (od 15 let) má 19 lůžek, z toho 2 jsou JIP (detoxifikační). Oddělení ženské je kromě léčby látkových závislostí specializováno na terapii patologického hráčství, tato sdílená část pro gambling je určena i pro muže, celková kapacita je 21 lůžek. Psychiatrická léčebna poskytuje krátkodobé (tříměsíční) odvykací pobyty. Bohužel toto zařízení nespolečně pracovalo při sběru dat (nevyplnilo dotazník), takže o specifikách poskytovaných služeb nemáme žádné bližší údaje.

Krátkodobý pobytový program pro závislé děti a mladistvé obou pohlaví (10-15 a 16-18 let) poskytuje Dětský diagnostický ústav a **Středisko výchovné péče v Ostravě**, které ovšem není specializované pouze na drogovou problematiku. Kapacita diagnostického ústavu a střediska výchovné péče je celkově 76 lůžek, další 4 lůžka jsou „záchytná“ a slouží k okamžité hospitalizaci a krizové intervenci.

V dosahu Kraje jsou další dvě psychiatrické léčebny. V Olomouckém kraji je Psychiatrická léčebna Šternberk s dlouhou tradicí léčby závislosti (oddělení pro děti do 15 let nabízí středně dlouhé pobyty pro léčbu závislostí, další dvě oddělení pod primariátem léčby

závislostí pro dospělé muže a ženy od 18 do 65 let mají kapacitu 35, resp. 20 lůžek). O několik kilometrů vzdálenější Psychiatrická léčebna Kroměříž (Zlínský kraj) má specializované mužské oddělení pro léčbu alkoholizmu.

Dostupnost služeb

Ústavní léčba je svým charakterem nadregionální, protože pacient v zařízení přespává, a nemusí tudíž denně dojíždět. Proto je lokalizace služeb ústavní léčby až druhořadým problémem. Kapacita zmíněných zařízení je dostatečná, podle slov jejich zaměstnanců je z dlouhodobého pohledu poptávka a nabídka vyrovnaná, mohou se ale vyskytnout krátkodobé převisy poptávky. Klíčoví informátoři z řad ambulantních specialistů také považují kapacitu služeb ústavní léčby v regionu za dostatečnou, pacienti jsou na jejich doporučení umisťováni do léčby přiměřeně rychle, objednávací doby se pohybují v rozmezí několika dnů až týdnu.

4.5.6 Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Rezidenční léčba v terapeutické komunitě (TK) je zpravidla dlouhodobá (6 měsíců až 2 roky) a bývá rozfázována do několika etap. Terapeutické komunity jsou vhodné především pro ty klienty, kteří užívali drogy velmi dlouho, mají mnoho dalších (psychologických, sociálních, právních) problémů a mají nevyhovující zázemí. Při léčbě se využívá komunitního způsobu života, strukturovaného programu a jasného režimu, převažuje zejména skupinová terapie. Důraz je kladen nejen na problematiku závislosti, ale léčba se zaměřuje i na řešení dalších problémů klienta. Ten by měl být po léčbě schopen normálně fungovat a vybudovat si znovu svůj život a sociální zázemí.

Přehled zařízení a služeb

Na území bývalého okresu Nový Jičín se nenachází žádná terapeutická komunita, v Moravskoslezském kraji jsou celkem tři, nicméně žádná z nich se nezapojila do výzkumu vyplněním dotazníku. Všechna tři zařízení se zaměřují exkluzivně na léčbu drogových závislostí.

Terapeutická komunita **Renarkon o.p.s.** (u Čeladné, Frýdeckomístecko) je určena dospělým závislým na nealkoholových drogách (od 18 let), její kapacita je 15 lůžek (celkem pro muže i ženy). Klient hradí v tomto zařízení 110 Kč/den (3300 – 3410 Kč měsíčně). Podmínkou přijetí je absolvování detoxifikace, léčba trvá přibližně 10 měsíců.

Terapeutická komunita pro léčbu drogově závislých **Pastor Bonus** (Podlesí, Bruntálsko) má kapacitu 40 lůžek, přijímá jak muže tak ženy ve věku 15-40 let, léčbu zde mohou absolvovat i páry, podmínkou je měsíční platba ve výši 5000 Kč. Dlouhodobá léčba zde probíhá od 12 do 24 měsíců. Problematickou otázkou je, zda je tuto službu možno považovat za terapeutickou komunitu ve smyslu standardů RVKPP.

Terapeutická komunita **Teen Challenge** v Tyři (Třinecko) je slovy této křesťanské organizace indukční centrum a resocializační středisko pro muže. V indukčním centru probíhá první část resocializačního programu, která trvá 3 až 6 měsíců. Podmínkou pobytu je vzdělávání se v nauce apoštolské církve. Navazující pobyt v resocializačním středisku trvá dalších 8 až 12 měsíců. Toto zařízení se však i přes vytrvalou snahu nepodařilo kontaktovat, takže nemáme podrobnější informace, ani nevíme, zda v současnosti funguje.

Dostupnost služeb

Stejně jako ústavní léčba je i rezidenční péče svým charakterem nadregionální, proto je otázka lokalizace terapeutických komunit až druhořadá. Terapeutické komunity mají většinou celorepublikovou působnost a klienti si spíše než podle polohy vybírají komunitu podle jejich dalších specifik. Z hlediska vztahu nabídky a poptávky po péči terapeutických komunit je dlouhodobě situace v celé ČR vyrovnaná. Kromě tří výše zmíněných komunit je klientům z Novojičínska relativně dobře dostupná také Terapeutická komunita Fides v Bílé Vodě.

4.5.7 Doléčovací programy

Následná péče (doléčování) je péče zaměřená na udržení abstinence po prodělané léčbě a na sociální reintegraci klienta. Doléčovací centra obvykle využívají strukturovaný program, který zahrnuje ambulantní individuální a skupinovou terapii a poradenství v sociální a právní sféře. Některá doléčovací centra poskytují pro klienty po absolvování léčby chráněné bydlení a/nebo podporované zaměstnání. Doléčování může probíhat i formou individuálních poradenských rozhovorů v AT poradně či jiném ambulantním zařízení.

Přehled zařízení a služeb

Na území bývalého okresu Nový Jičín neexistuje žádný doléčovací program, nejbližší nabídku má ostravské **Doléčovací centrum Renarkon** s nadregionální (celorepublikovou) působností. Kromě strukturovaného denního (ambulantního) programu pro 12 klientů poskytuje i chráněné bydlení v kapacitě 6 lůžek. Zaměřuje se na klientelu po léčbě (závislí na ilegálních drogách a těkavých látkách) ve věku 15-40 let. Klientům po ukončení doléčovacího programu je nabídnuta i možnost podpůrného programu a účast v Klubu Absolvent, který je doléčovacím centrem rovněž zastřešován. Centrum nabízí také podporu rodinným příslušníkům (program pro rodiče, partnery a jiné blízké osoby), která zahrnuje skupinovou i individuální práci.

Dostupnost služeb

V současné době podle vyjádření pracovníků Doléčovacího centra nabídka služeb převyšuje poptávku. Nadregionální charakter služby znamená, že je dostupná i z Novojičínska (ačkoliv ambulantní forma jen stěží), aktuálně má centrum jednoho klienta z tohoto regionu.

4.5.8 Nízkoprahové služby

Nízkoprahové služby (terciární prevence) v institucionální síti reprezentují terénní programy a kontaktní a poradenské služby realizované v kontaktních centrech (místnostech). Kontaktní centra jsou zařízení nízkoprahová – přístup ke službám je možný anonymně a bez jakéhokoliv doporučení. Základním cílem je navázání kontaktu s klientem, vytvoření komunikace založené na důvěře a otevřenosti a dosažení možnosti provádět intervence směřující k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik a také motivovat klienta k léčbě a abstinenci.

Mezi hlavní složky nízkoprahových služeb fungujících na principu harm reduction (minimalizace rizik) patří kontaktní práce, podávání informací, poradenství a výměnný program. Poučení klienta o účincích drog a závislostech, důsledcích a rizicích aplikace, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd. má za cíl změny rizikového chování směrem k bezpečnějšímu způsobu užívání drog, čemuž podstatným způsobem napomáhá i navazující výměnný program injekčních stříkaček a jehel. Kontaktní práce, i když někdy pouze jednorázová, pomáhá definovat určitý problém zdravotní, psychologický, sociální či právní, navrhuje možnosti řešení a zajišťuje asistenci směrem ke zdrojům odborné pomoci, až ke zprostředkování léčby.

Kontaktní centra také mohou provádět testování na hepatitidy B, C a HIV a poskytovat základní zdravotní péči. V kontaktních místnostech bývají nabízeny i další doplňkové služby: potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce). Pro pobyt v kontaktní místnosti jsou většinou stanovena určitá pravidla (různá v jednotlivých zařízeních): časové omezení pobytu (v řádu hodin), zákaz manipulace s drogou v prostorách kontaktního centra, jejichž závažné porušení může být sankcionováno např. zákazem vstupu do kontaktní místnosti na určitou dobu.

Systematičtější poradenství pro neanonymní klienty může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpůrné a informační rodičovské skupiny.

Přehled zařízení a služeb

Kontaktní street centrum Renarkon (Frýdek-Místek) zajišťuje **terénní práci v Kopřivnici**. Jeden streetworker poskytuje bezplatný a anonymní výměnný a poradenský program třikrát týdně po dvou hodinách (úterý, čtvrtek a pátek 19–21 hod). Program zahrnuje poradenství, pomoc v krizi, informace o testech na HIV, VHA, VHB, VHC, výměnu injekčního materiálu, desinfekční polštářky, vodu na ředění, kyselinu askorbovou, kondomy, vitamíny. Z pohledu harm reduction je klíčovou zejm. výměna použitého injekčního materiálu za sterilní. V okrese Nový Jičín bylo v roce 2005 vyměněno celkem 13 770 injekčních stříkaček a jehel¹¹.

Nejbližší **kontaktní centrum je ve Frýdku-Místku** (Renarkon), které kromě výměny a poradenství nabízí navíc krizovou intervenci, hygienický, potravinový a vitamínový servis, zprostředkování další léčby a testů na HIV a virové hepatitidy, asistenční službu. Kontaktní centrum je určeno pro osoby starší 15 ti let, jeho provozní doba je pondělí až pátek od 10:00 do 17:00 hod. Další kontaktní centrum se nachází v Ostravě (taktéž Renarkon), to nabízí ještě větší spektrum služeb, ale bohužel je vzhledem k vzdálenosti už dostupné jen hypoteticky, a uživatelé z Novojičínska ho příliš nevyužívají.

Dostupnost služeb

Lze říci, že službou základního terénního výměnného programu je částečně pokryta oblast měst Kopřivnice a Příboru, v ostatních částech okresu nízkoprahové služby chybí úplně. Neúplné pokrytí Kopřivnice je dáno také malou časovou dotací programu, terénní pracovník stihne uspokojit poptávku po výměně pouze části problémových uživatelů. Poskytování služeb terénního programu je nejen časově limitované, ale i praktické možnosti využití navazujících služeb jsou vzhledem k vzdálenosti značně omezené.

Nejbližší kontaktní centrum je sice relativně blízko (30 km z Nového Jičína je K-centrum Frýdek-Místek, obyvatelé Bílovecka mají stejně daleko do Ostravy), ale jeho služby nejsou obyvateli Novojičínska příliš využívány. Jeden z klíčových informátorů se k této situaci vyjádřil následovně: *„...tady skutečně nic není ...ti lidi jezdí jinam, až když je skutečně zle...“* Životní styl problémových uživatelů není bohužel slučitelný s cestováním za nízkoprahovými službami: *„... ty služby tady chybí a nikdo nikam do vedlejšího okresu nepojede.“*

Hodnotit poměr mezi nabídkou a poptávkou po nízkoprahových službách je velmi obtížné, protože primární cílovou skupinou jsou problémoví uživatelé, kteří jsou bez existence jakýchkoliv služeb v této oblasti vždy skrytou populací. To znamená, že poptávku (rozsah cílové skupiny a její potřeby) je velmi obtížné zjistit. Na druhou stranu ale můžeme (vzhledem k charakteristice regionu a zjištěním z dalších substudií) předpokládat, že latentní poptávka po nízkoprahových službách značně převyšuje nabídku. Výpovědi všech klíčových informátorů to potvrzují.

4.5.9 Specifická primární prevence

Situace v této části institucionálního spektra snižování poptávky po drogách je do jisté míry nepřehledná. Specifická primární prevence zaměřená na školní děti a mládež teoreticky funguje v rámci hierarchického systému metodiků školní prevence sociálně patologických jevů (Krajský – okresní v rámci každé pedagogicko-psychologické poradny – školní). Je ale třeba zdůraznit, že prevence problémového chování se nezaměřuje pouze na oblast prevence užívání drog, a tím pádem mohou být v jejím rámci vykazovány aktivity, které spadají spíše do oblasti nespécifické prevence. Významnou část služeb poskytovaných v regionu také zaujímá právě nespécifická prevence, na které se zejména organizací volného času podílí relativně dostatečný počet subjektů, čímž přispívají k vytváření zdravějšího prostředí pro růst. Takové organizace ale nebyly primárně sledovány a tím pádem ani zařazeny do souboru (nespécifickou prevenci deklarovaly např. PPP a DDM).

¹¹ Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.

Přehled zařízení a služeb

Z oslovených a respondujících institucí, které deklarovaly specifické primárně preventivní aktivity, působí na Novojičínsku dvě.

V první řadě se jedná o **Centrum primární prevence Renarkon o.p.s.**, které nabízí zejména systematické a dlouhodobé programy pro žáky základních a studenty středních škol (program „Buď OK“), ale také podporu a vzdělávání pedagogů. Centrum spolupracuje s více než stovkou škol v Moravskoslezském kraji. V současné době zaznamenává na Novojičínsku výrazný nárůst poskytovaných služeb (za rok 2005 poskytlo preventivní program 981 žákům a 27 studentům, zatímco za první čtvrtletí roku 2006 již 1280 žákům a 41 studentům), nicméně kapacita Centra je dostačující: *„Zahájení programu pro danou třídu jsme schopni zrealizovat cca do 5 měsíců od objednávky.“* Kromě systematických školních programů realizuje také jednorázové přednášky a besedy pro rodiče. V současné době **Centrum primární prevence Renarkon o.p.s.** zahajuje také program včasné intervence pro děti a mládež s problémy spojenými s užíváním drog.

Dalším významným zařízením, bohužel jen s lokální působností v rámci spádového území obce Kopřivnice, je **Klub Kamarád** (nizkoprahové zařízení pro děti a mládež s krizovou poradnou, zřizované Městem Kopřivnice). Z hlediska primárně preventivních aktivit realizuje jednorázové přednášky a poskytuje informace.

Dostupnost služeb

Centrum primární prevence působí na území celého Moravskoslezského kraje. Nadstandardnost jím poskytovaných podpůrných služeb v principu znamená, že i v případě, že by zde nepůsobilo, primární prevence by byla zajištěna přímo školami v součinnosti s okresním metodikem prevence (viz. samostatná kapitola).

4.5.10 Další služby

Místní pobočka Zdravotního ústavu se sídlem v Ostravě (Oddělení podpory zdraví Nový Jičín) provozovala v Novém Jičíně **Poradnu pro odvykání kouření**, která však pro malou poptávku po svých službách ukončila činnost. V současné době je v jednání budoucí spolupráce při provozu této poradny s místními zdravotnickými zařízeními (nemocnice a poliklinika v Novém Jičíně, poliklinika v Kopřivnici).

Drogově nespecifické psychologické poradenství a krizovou intervenci pro děti a školní mládež poskytuje **Pedagogicko psychologická poradna v Novém Jičíně**, avšak pro potřeby sekundární a další preventivní péče může být poradna vzhledem k hlavním prioritám, kompetencím svých zaměstnanců a omezené kapacitě pouze zprostředkujícím článkem. *„Praxe v našem zařízení je taková, že nepřijímáme zakázku k poradensko-terapeutické práci v případech, kdy se ukazuje drogová problematika jako primární. V několika případech za rok (do desíti) se stává, že některý z odborných psychologů pracuje s rodinou dospívajícího dítěte, kde součást širšího problému s jeho výchovou je i experiment s drogou (obvykle s marihuanou).“*

V Kopřivnici funguje **krizová poradna** (při Klubu Kamarád, čtvrtek 14:00 – 18:00) určená mladistvým do 18 let a jejich blízkým, která poskytuje krizovou intervenci a psychologické poradenství. Poradna ovšem není primárně zaměřená a specializovaná na drogovou problematiku, i tak ale za rok 2005 poskytla své služby jednomu uživateli marihuany, pěti mladistvým kuřákům cigaret a jejich rodinným příslušníkům. Nabídka trvale převyšuje poptávku, takže případní klienti jsou uspokojováni okamžitě. Další psychologické poradny se našeho výzkumu aktivně nezúčastnili, od klíčových informátorů víme, že se žádná z nich primárně nezabývá problémy spojenými s užíváním drog.

Na území Moravskoslezského kraje sídlí 4 **záchytné protialkoholní stanice** (nejbližší se nachází ve Frýdku-Místku), které zajišťují jednorázové detence a detoxikace pacienta při akutní otravě alkoholem a jinými drogami.

Pro léčbu infekčních onemocnění (hepatitid), která jsou často spojená s problémovým užíváním, funguje v novojičínské nemocnici **gastroenterologická ambulance** (v databázi 9 pacientů s abúzem návykových látek, z toho 5 úspěšně léčených a 4 vyřazení pro nespolupráci, zároveň 1 další záchyt v roce 2006, suspektní abúzus, nespolupráce).

4.6 Souhrn nejdůležitějších zjištění a analýza potřeb

Na území bývalého okresu Nový Jičín **nesídlí žádné zařízení, které by se primárně zaměřovalo na drogovou problematiku**. Veškerá dostupná specializovaná péče je soustředěna buď do katastru bývalého okresního města Nový Jičín (ambulantní léčba) nebo do města Kopřivnice (terénní program), sever bývalého okresu (Odry, Bílovec) není pokryt žádnými drogovými službami.

Centrum primární prevence Renarkon o.p.s. deklaruje na Novojičínsku systematickou aktivitu. Ačkoliv nelze hodnotit kvalitu nabízených služeb pouze z vyjádření poskytovatele, z institucionálního hlediska se z dostupných údajů jeví, že situace v oblasti **specifické primární prevence** je díky službám zabezpečeným Renarkonem o.p.s relativně uspokojivá. Pro srovnání je třeba konstatovat, že v České republice existují oblasti, které nejsou podpůrnými centry primární prevence pokryty vůbec.

Medicínskou péči (léčba a sociální reintegrace) pro pacienty závislé na alkoholu lze hodnotit na základě získaných údajů od zdravotnických pracovníků na srovnatelné úrovni s dalšími regiony. Nedostatkem je **chybějící specializovaná AT ordinace**. Základní **ambulantní léčba** je poskytována privátními psychiatry, žádný z nich však není specializován na problematiku závislostí. Léčba nealkoholových závislostí trpí tímto deficitem o to více, že **žádný ze specialistů neposkytuje substituční terapii**. Je proto velmi pravděpodobné, že pro některé skupiny pacientů nejsou odpovídající a jim indikované služby vůbec dostupné.

Z hlediska **ústavní léčby, rezidenční péče v terapeutických komunitách a doléčování** je situace vzhledem k nadregionálnímu charakteru těchto služeb uspokojivá. Tyto služby jsou v kraji dostupné a poměr nabídky a poptávky je dlouhodobě vyrovnaný.

Nízkoprahové služby (terciární prevence) jsou v novojičínském regionu dostupné jen velmi omezeně. **Terénní práce existuje pouze v jediné oblasti** (Kopřivnice, Příbor), kde bylo **v roce 2005 v okrese Nový Jičín vyměněno celkem 13 770 injekčních stříkaček a jehel**¹², což v konečném počtu výměn řadí okres Nový Jičín na třetí místo po Ostravě (42 941) a Frýdku-Místku (41 267). Terénní program je zajišťován jediným pracovníkem třikrát týdně po dvou hodinách. Toto kapacitní omezení se týká nejen územního a časového rozsahu, ale také spektra poskytovaných služeb. Ty se sestávají pouze ze základního poradenství a výměny injekčního materiálu.

Neexistence širší nabídky nízkoprahových služeb může samozřejmě ve střednědobé a dlouhodobé perspektivě mít negativní vliv na zdraví celé populace, která není drogami přímo zasažená (šíření infekčních onemocnění). Na **chybějící nabídku nízkoprahových služeb** a zejména kontaktního centra pro závislé v novojičínském regionu upozorňují také odborníci oslovení ve studii.

Kontaktní centrum může plnit funkci tzv. drogové agentury¹³, která v rámci několika navazujících modulů a programů zajišťuje jak nízkoprahové služby, zprostředkování léčby a následné péče pro uživatele drog, tak i poradenskou činnost pro rodinné příslušníky, příbuzné i odbornou veřejnost. Drogová agentura může sloužit i jako lokální informační

¹² Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.

¹³ Libra, J. (2003). „Drogová agentura“ jako možný model specifického lokálního programu. Adiktologie, 3, 1.

středisko, které se podílí na koordinaci preventivních programů a na monitoringu drogového problému na regionální úrovni.

Z analýzy potřeb oslovených odborníků kromě **nedostatečného pokrytí území bývalého okresu nízkoprahovými službami** vyplývá jako druhé nejzávažnější (a nejčastěji se opakující) téma **chybějící komunikace a koordinace mezi různými složkami systému prevence a léčby**. Konkrétně se jako odpověď na otázku po potřebách zefektivnění práce objevilo např. toto: *„lepší koordinaci a vzájemnou informovanost jednotlivých poskytovatelů služeb, protože často dochází k duplicitním krokům u jednotlivých klientů“* nebo *„setkávání s protidrogovými koordinátory, diskuse“* nebo obecně *„lepší spolupráce s ostatními protidrogovými subjekty, úřady, institucemi“*. Na určitou neochotu zainteresovaných subjektů komunikovat ukazuje i extrémně nízká míra response, která byla v tomto výzkumu dosažena. Jako třetí nejzávažnější téma se objevil **problém financování**. Výtky většinou nesměřují k obecnému nedostatku peněz, ale spíše k nesystémovému financování celé oblasti preventivních a léčebných adiktologických služeb.

5 Sekundární analýza žádostí o léčbu

5.1 Žádosti o léčbu - definice a metodika

Indikátor „žádosti o léčbu“ na základě semianonymních údajů vypovídá o počtu těch, kteří požádali o léčbu nebo jinou službu v souvislosti s užíváním drog. Sbírány jsou anamnestické údaje o klientech a informace týkající se především způsobů užívání jednotlivých drog, začátku užívání, frekvence užívání a zdravotního stavu klientů (nemoci přenosné krví) apod. (NMS, 2003).

Tento indikátor se sbírá na:

- incidenčním podkladě (FTD, First Treatment Demand), udává, kolik lidí požádalo v daném časovém období o léčbu nebo službu poprvé, tj. aniž by se kdykoli předtím kvůli užívání drog obrátilo na jakoukoli instituci,
- prevalenčním podkladě (TD, Treatment Demand), udává, celkový počet lidí, kteří využívali léčby a služeb v daném období (NMS, 2003).

Od 1.1.1995 eviduje Hygienická stanice hl. m. Prahy informace o uživatelích, kteří požádali o léčbu, poradenskou či sociální službu poprvé. Informace na regionální úrovni spravuje Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje Ostrava. Od 1.1.2002 byl Drogový informační systém (DIS) rozšířen také o informace o všech žádostech o léčbu. Získaná data jsou shromažďována čtvrtletně prostřednictvím pracovišť drogové epidemiologie krajských hygienických stanic. Data se standardně sbírají pomocí dotazníku doporučeného Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA). Dotazník vyplňují přímo zařízení poskytující služby uživatelům drog – nízkoprahová, ambulantní a lůžková zařízení (tj. zdravotnická a nezdravotnická léčebně/kontaktní centra, která poskytují léčebné, poradenské či sociální služby uživatelům drog) (Polanecký et al., 2005).

5.2 Cíle substudie

Cílem substudie je představit statistická data o léčených uživatelích drog (prvožadatelích o léčbu a všech žádostích o léčbu) v okrese Nový Jičín a v Moravskoslezském kraji.

5.3 Incidence a prevalence žadatelů o léčbu v roce 2004 a 2005

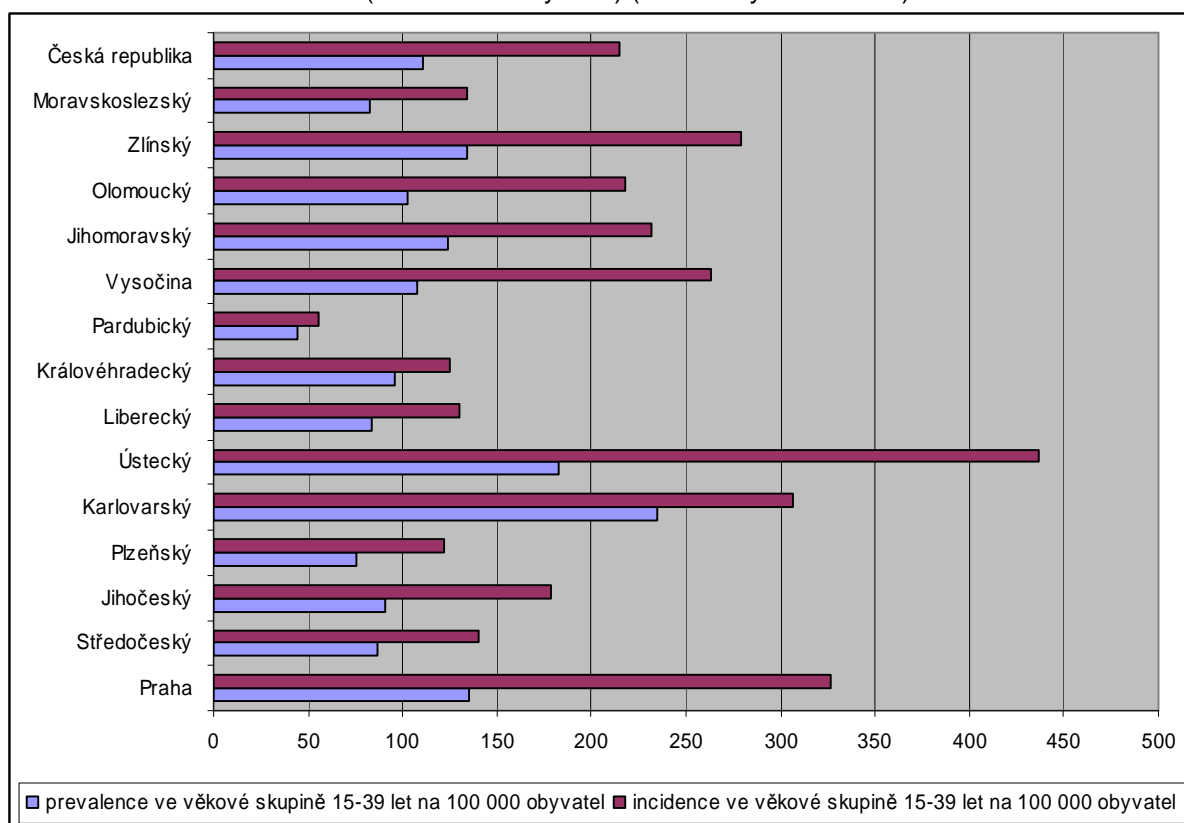
Do registru Hygienické stanice hl. m. Prahy vykazuje celkem 34 center Moravskoslezského kraje (9 nízkoprahových, 19 ambulantních, 6 lůžkových); z okresu Nový Jičín to byla pouze tři ambulantní centra (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006). V r. 2005 bylo v Moravskoslezském kraji evidováno celkem 410 prvních žádostí o léčbu a 675 všech žádostí o léčbu. Z toho bylo ve věkové skupině 15-39 let evidováno 390 prvních žádostí (95,1 %) a 632 všech žádostí o léčbu (93,6 %) (Polanecký et al., 2006). Incidenci a prevalenci žadatelů o léčbu na 100 000 obyvatel v Moravskoslezském kraji a v ČR v r. 2005 ukazuje tabulka 5-1 a incidenci a prevalenci žadatelů o léčbu ve věkové skupině 15-39 let na 100 000 obyvatel ukazuje Obrázek 5-1. Z celkového počtu bylo 47 nových žadatelů o léčbu z okresu Nový Jičín, resp. 29,5 na 100 tisíc obyvatel (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006) - Tabulka 5-2.

tabulka 5-1: Žadatelé o léčbu v souvislosti s užíváním drog na 100 000 obyvatel v roce 2005 (Polanecký et al., 2006)

Kraj	Žadatelé o první léčbu	Všichni žadatelé o léčbu	Žadatelé o první léčbu ve věku 15-39 let	Všichni žadatelé o léčbu ve věku 15-39 let
Moravskoslezský	32,5	53,5	82,4	133,6
Česká republika	42,9	83,7	110,8	214,8

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

Obrázek 5-1: Incidence a prevalence léčených uživatelů drog ve věkové skupině 15-39 let v roce 2005 (na 100 000 obyvatel) (Polanecký et al. 2006)



Z celkového počtu bylo 47 nových žadatelů o léčbu z okresu Nový Jičín, resp. 29,5 na 100 tisíc obyvatel (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006) - Tabulka 5-2.

Tabulka 5-2: Incidence léčených uživatelů drog podle okresů v MS kraji v roce 2005 (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006)

Region	Všichni žadatelé o léčbu		Žadatelé o první léčbu ve věku 15-39 let	
	Absolutní	Na 100 tis. obyv.	Absolutní	Na 100 tis. obyv.
Bruntál	15	15,1	13	33
Frydek - Místek	19	8,4	18	21,4
Karviná	101	36,7	93	90
Nový Jičín	47	29,5	47	78
Opava	101	56	98	145,8
Ostrava	127	40,9	121	104,4
MSK	410	32,8	390	82,9

Nejvíce prvních žádostí o léčbu bylo u uživatelů drog z okresu Nový Jičín ve věkové kategorii 15 – 19 let (36 mužů a 10 žen). Jeden prvožadatel byl ve věkové kategorii 20 – 24 let. Ostatní věkové kategorie nejsou za rok 2005 zastoupeny (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006);

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 5-3.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 5-3: Prvožadatelé o léčbu dle věkových skupin a pohlaví v okresech MS kraje v roce 2005 (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006)

Region	do 15 let		15-19 let		20-24 let		25-39 let		40< let		Neznámo		Celkem		Celk.
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	
Bruntál	0	0	2	1	5	2	3	0	1	1	0	0	11	4	15
F-M	0	0	3	3	7	1	4	0	0	1	0	0	14	5	19
Karviná	3	1	35	12	23	5	18	0	3	1	0	0	82	19	101
Nový Jičín	0	0	36	10	1	0	0	0	0	0	0	0	37	10	47
Opava	0	0	25	11	22	4	32	4	2	1	0	0	81	20	101
Ostrava	2	0	45	17	25	7	20	7	2	1	0	1	94	33	127
MSK	5	1	146	54	83	19	77	11	8	5	0	1	319	91	410

V souvislosti s užíváním pervitinu a ostatními stimulanty se v Moravskoslezském kraji léčilo (TD) 373 osob (55,3 %), kanabinoidů 172 osob (25,5 %), heroinu a ostatními opiáty 55 osob (8,1 %) a těkavých látek 44 osob (6,5 %). Uživatelé těkavých látek byli ve srovnání s ostatními kraji ČR nejčastěji léčeni právě v Moravskoslezském kraji (24,0 % léčených z celé ČR) (Polanecký et al., 2006).

Podobně mezi prvožadateli o léčbu (FTD) byli nejčastěji zastoupeni uživatelé pervitinu a ostatních stimulantů (201 osob, 49,0 %), následovali uživatelé kanabinoidů (148 osob, 36,1 %), těkavých látek (29 osob, 7,1 %) a uživatelé heroinu a ostatních opiátů (21 osob, 5,1 %). Uživatelé kanabinoidů a těkavých látek byli ve srovnání s ostatními kraji nejčastěji léčeni v Moravskoslezském kraji. V případě uživatelů kanabinoidů se jednalo o 16,6 % poprvé léčených ze všech poprvé léčených uživatelů kanabinoidů a v případě uživatelů těkavých látek o 33 % (Polanecký et al., 2006). Incidenci žadatelů o léčbu v letech 1996-2005 ukazují Obrázky 5-2 až 5-5.

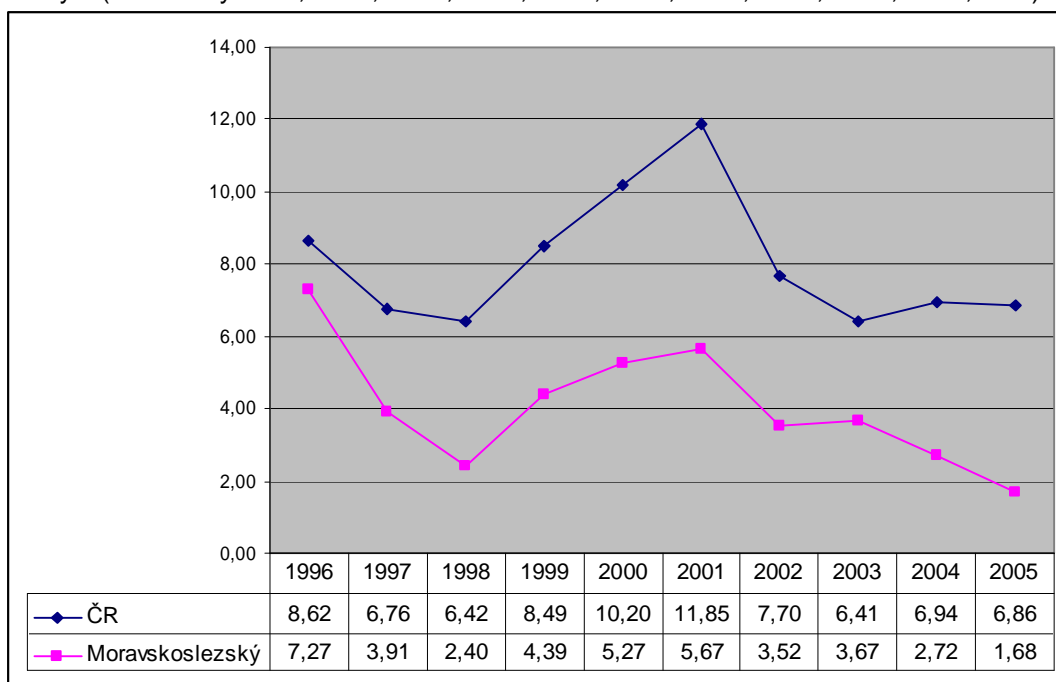
V okrese Nový Jičín bylo nejvíce prvožadatelů uživateli marihuany (22), dále pervitinu (13) a rozpustidla (10), viz Tabulka 5-4. 410 prvožadatelů o léčbu, tedy více než polovina, je polymorfními uživateli (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006).

Tabulka 5-4: Počty prvožadatelů o léčbu dle primární drogy podle okresů MS kraje (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006)

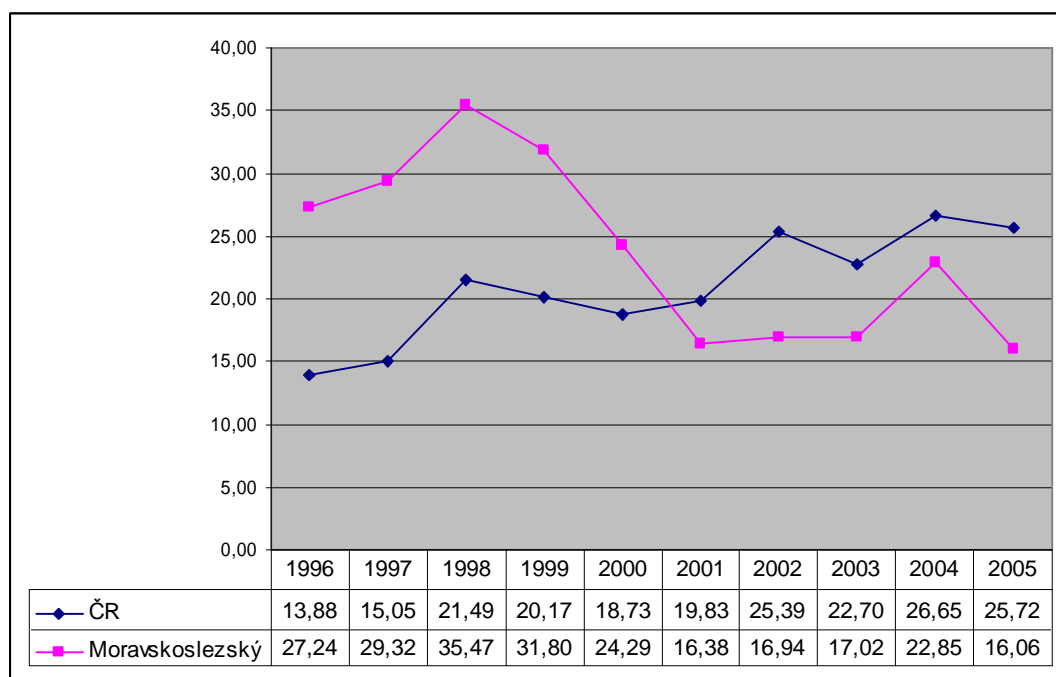
Základní droga / Okres	Pervitin	Marihuana	Rozpustidla	Heroin	Ostatní	Celkem
Bruntál	3	7	2	2	1	15
Frýdek - Místek	10	7	1	0	1	19
Karviná	46	46	4	0	5	101
Nový Jičín	13	22	10	0	2	47
Opava	67	17	6	5	6	101
Ostrava	60	48	6	11	2	127
MSK	199	147	29	18	17	410

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Obrázek 5-2: Incidence uživatelů heroinu a ostatních opiátů – žadatelů o léčbu v letech 1996-2005 na 100 tis. obyv. (Polanecký et al., 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)

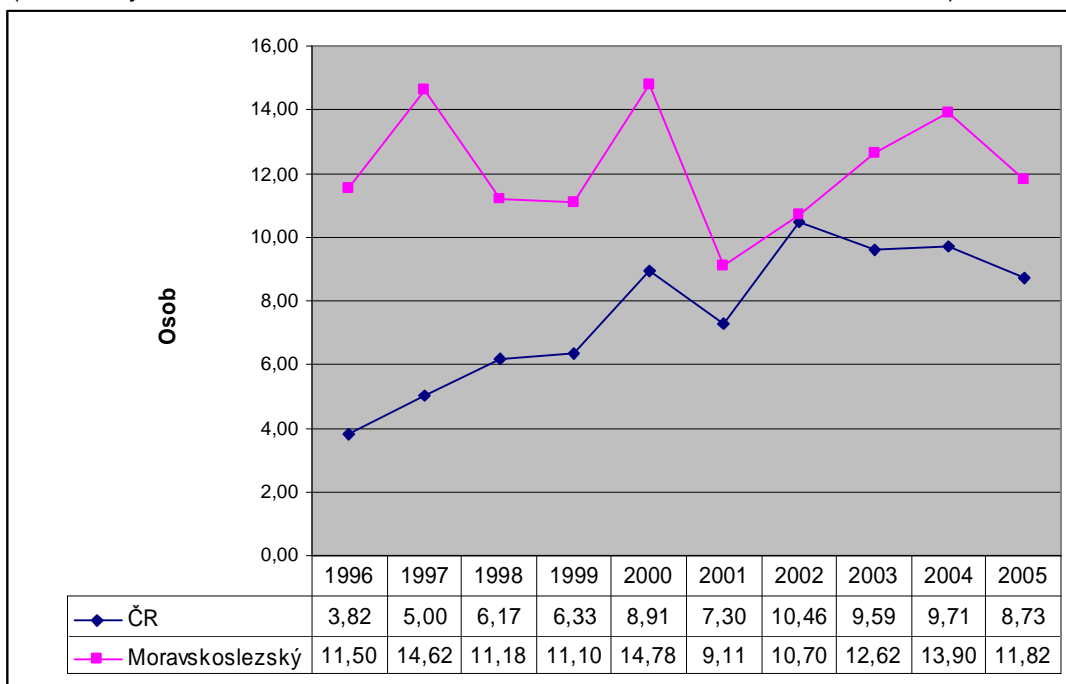


Obrázek 5-3: Incidence uživatelů pervitinu a ostatních stimulantů – žadatelů o léčbu v letech 1996-2005 na 100 tis. obyv. (Polanecký et al., 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)

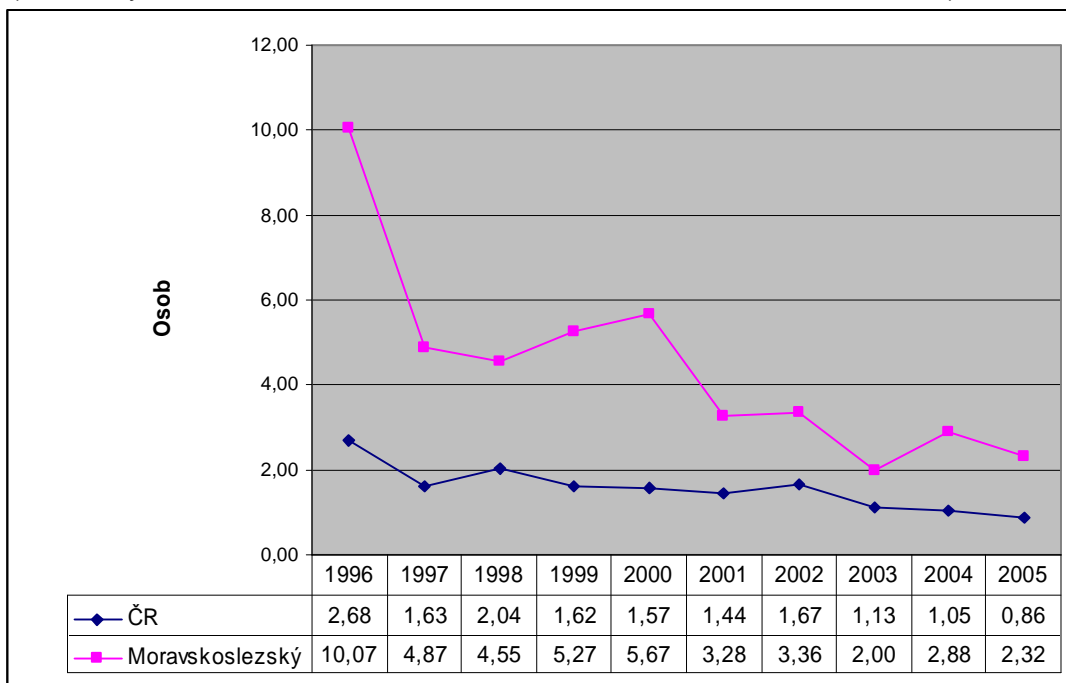


Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Obrázek 5-4: Incidence uživatelů kanabinooidů – žadatelů o léčbu v letech 1996-2005 na 100 tis. obyv. (Polanecký et al., 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)



Obrázek 5-5: Incidence uživatelů těžkých látek – žadatelů o léčbu v letech 1996-2005 na 100 tis. obyv. (Polanecký et al., 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)



V roce 2005 bylo nejvíce prvožadatelů o léčbu - uživatelů drog se základním vzděláním (62,6 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli žadatelé se SŠ bez maturity (24,1 %). Pravidelné zaměstnání mělo pouze 10,7 %. Nezaměstnaných, případně příležitostně pracujících bylo 40,4 % prvožadatelů (Moldrzyk & Matuszczyková, 2006).

Moldrzyk a Matuszczyková (2006) popsali dva profily prvožadatelů o léčbu v MS kraji v roce 2005. Prvním „je z 50 % student, nebo žák, ve věku 15-19 let žijící ve společné domácnosti s rodiči. Jeho základní drogou je marihuana (49 %) a pervitin (35 %), který aplikuje injekčně v

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

55 % (str. 7). Druhý profil tvoří „z převážné části nezaměstnaní, žijící buď sami, nebo s přáteli, ve věku 20- 39 let. Základní drogou je pervitin (64,2 %) aplikující z 72 % injekčně a marihuana (21 %)“ (str. 7).

Co se týče charakteru zaměstnání všech uživatelů drog žádajících o léčbu v roce 2005 v Moravskoslezském kraji, celkem 50,5 % klientů bylo nezaměstnaných, 30,2 % studovalo a 12,1 % klientů mělo pravidelné zaměstnání. Mezi prvoléčenými klienty bylo 40,5 % klientů nezaměstnaných, 42,4 % studovalo a 10,7 % mělo pravidelné zaměstnání (Tabulka 5-5) (Polanecký et al., 2006).

Tabulka 5-5: Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu v roce 2005 (Polanecký et al., 2006)

	Všichni klienti v roce 2004 (TD)											
	Pravidelné		Student, žák		Důchodce, v dom.		Nezam., příležitost. práce		Jiná možnost		Neznámo	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Moravskosl.	82	12,1	204	30,2	23	3,4	341	50,5	22	3,3	3	0,4
ČR	1445	16,9	1564	18,3	283	3,3	4558	53,4	394	4,6	290	3,4
	Poprvé léčení v roce 2004 (FTD)											
	Pravidelné		Student, žák		Důchodce, v dom.		Nezam., příležitost. práce		Jiná možnost		Neznámo	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Moravskosl.	44	10,7	174	42,4	9	2,2	166	40,5	15	3,7	2	0,5
ČR	687	15,7	1184	27,1	107	2,4	2120	48,5	152	3,5	122	2,8

Z tabulky 2 je zřejmé, že počet nezaměstnaných uživatelů drog v kraji je vyšší než je celorepublikový průměr. Toto číslo je ovšem nutné dát do souvislosti také s obecnou mírou nezaměstnanosti v kraji. Ze srovnání jednotlivých krajů ČR je zřejmé, že míra obecné nezaměstnanosti byla v roce 2003 nejvyšší právě v Moravskoslezském kraji (90 700 osob z 399 100 osob v celé ČR) a tvořila 22,7 % celkové nezaměstnanosti. Z tohoto důvodu bude také v populaci uživatelů drog vyšší míra nezaměstnanosti (ČSÚ, 2004).

5.4 Incidence a prevalence žádostí o léčbu u problémových uživatelů drog

Hygienická stanice hl. m. Prahy sleduje také incidenci a prevalenci problémových uživatelů drog – žadatelů o léčbu. Problémové užívání je v ČR definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů. V roce 2005 evidovala Hygienická stanice hl. m. Prahy v Moravskoslezském kraji celkem 490 všech problémových uživatelů drog a 262 poprvé léčených problémových uživatelů drog. Informace o počtu problémových uživatelů drog v kraji a v ČR na 100 000 obyvatel ukazuje Tabulka 5-6.

Tabulka 5-6: Incidence a prevalence problémových uživatelů drog na 100 000 obyvatel v roce 2005 (Polanecký et al., 2006)

	Všichni problémoví uživatelé drog				Z toho ve věkové skupině 15-39 let			
	Incidence (FTD)		Prevalence (TD)		Incidence (FTD)		Prevalence (TD)	
	Abs.	Na 100tis. obyv.	Abs.	Na 100tis. obyv.	Abs.	Na 100tis. obyv.	Abs.	Na 100tis. obyv.
Moravskosl.	262	20,8	490	38,9	255	53,9	474	100,2
ČR	3600	35,3	7372	72,3	3475	92,2	7050	187,1

Počty prvožadatelů i všech žadatelů o léčbu z řad problémových uživatelů drog jsou nižší než je celorepublikový průměr.

5.5 Evidence léčených uživatelů drog Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) eviduje počet psychiatricky léčených uživatelů drog (dg. F10-F19) ve zdravotnických zařízeních, tj. v psychiatrických léčebnách, psychiatrických oddělení nemocnic a v ambulantních psychiatrických zařízeních. Data jsou za rok 2004.

V roce 2004 bylo v Moravskoslezském kraji v psychiatrických ambulantních zařízeních poprvé léčeno celkem 4 980 osob pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10) (64,7 % mužů a 35,3 % žen) a 1 056 osob pro poruchy vyvolané užíváním drog (dg. F11-F19) (54,5 % mužů a 45,5 % žen). Ve srovnání s ostatními kraji ČR je Moravskoslezský kraj na prvním místě v počtu poprvé léčených osob pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (20,1 % z celé ČR) (ÚZIS ČR, 2005a).

V roce 2004 bylo v ambulantních psychiatrických zařízeních Moravskoslezského kraje evidováno celkem 6 238 uživatelů drog. Popis této skupiny uživatelů podle typu užívané látky a věku ukazuje tabulka 4. Nejpočetněji zastoupenou skupinou uživatelů nelegálních drog jsou pacienti ve věku 20-29 let (20,4 %) a pacienti léčení pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (66,7 %) (ÚZIS ČR, 2005b); Tabulka 5-7.

Tabulka 5-7: Pacienti užívající drogy evidovaní v ambulantních psychiatrických zařízeních v Moravskoslezském kraji v roce 2004 (ÚZIS ČR, 2005b)

Droga	Věková skupina					Celkem	z toho: se závislostí
	0-14	15-19	20-29	30-39	40+		
Alkohol	-	44	455	1126	2537	4162	3142
Opiáty	-	55	157	52	16	280	206
- z toho heroin	-	29	122	23	7	181	165
Kanabinoidy	2	101	148	18	3	272	235
Sedativa, hypnotika	-	1	63	95	107	266	198
- z toho barbituráty	-	-	31	45	37	113	110
Kokain	-	3	11	16	-	30	26
Stimulancia	2	114	181	97	3	397	314
- z toho metamfetamin	2	59	126	80	3	270	201
Halucinogeny	-	20	21	14	-	55	55
Těkavé látky	8	16	9	2	2	37	33
Kombinace drog	-	91	167	172	89	519	396
Tabák	-	49	63	67	41	220	220
Celkem	12	494	1275	1659	2798	6238	4825

V roce 2004 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních léčeno celkem 2 101 osob starších 15 let pro poruchy způsobené užíváním drog (dg. F10-F19), v přepočtu na 100 000 obyvatel se jednalo o 164,3 osob hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním alkoholu a 33,6 osob pro poruchy způsobené užíváním ostatních drog (ÚZIS ČR, 2005a); Tabulka 5-8.

Tabulka 5-8: Počet propuštěných a zemřelých z psychiatrických lůžkových zařízení ve věku 15+ (ÚZIS ČR, 2005a)

	Poruchy zp. užíváním alkoholu			Poruchy zp. užíváním ostat. drog			Celkem
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	
Moravskoslezský	1284	460	1744	236	121	357	2101
ČR	8372	3299	11671	3345	1301	4646	16317

V Moravskoslezském kraji bylo také hospitalizováno celkem 7 dětí ve věku do 14 let pro poruchy způsobené užíváním drog (dg. F11-F19), tj. 3,6 dětí na 100 000 obyvatel. V 6 případech se jednalo o chlapce, v jednom případě o dívku (viz Tabulka 5-9) (ÚZIS ČR, 2005a).

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 5-9: Počet propuštěných a zemřelých z psychiatrických lůžkových zařízení ve věku 0-14 (ÚZIS ČR, 2005a)

	Poruchy zp. užíváním alkoholu			Poruchy zp. užíváním ostat. drog			Celkem
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem	
Moravskoslezský	-	-	-	6	1	7	7
ČR	3	4	7	17	10	27	34

5.6 Souhrn studie

V roce 2005 bylo v Moravskoslezském kraji evidováno celkem 410 prvních žádostí o léčbu (z toho 95,1 % 15-39letých) a 675 (z toho 93,6 % 15-39letých) všech žádostí o léčbu. Z celkového počtu bylo 47 nových žadatelů o léčbu z okresu Nový Jičín, resp. 29,5 na 100 tisíc obyvatel.

Nejčastějšími žadateli o léčbu byli uživatelé stimulancií, vč. pervitinu, kteří tvořili více než polovinu (TD 55,3 %, FTD 49,0 %) všech žádostí o léčbu. Dále uživatelé kanabinoidů (TD 25,5 %, FTD 36,1 %), opioidů (TD 8,1 %, FTD 5,1 %) a těkavých látek (TD 6,5 %, 7,1 %). V okrese Nový Jičín nejvíce prvožadatelů bylo uživateli marihuany (22), následovali uživatelé pervitinu (13) a rozpustidel (10). Více než polovina prvožadatelů o léčbu (410) je polymorfními uživateli.

V Moravskoslezském kraji byli ve srovnání s ostatními kraji ČR nejčastěji léčeni uživatelé kanabinoidů (téměř jedna pětina) a těkavých látek (více než jedna třetina).

Počet nezaměstnaných uživatelů drog v kraji je nad celorepublikovým průměrem. Vysoká je však i míra obecné zaměstnanosti v Moravskoslezském kraji, která se pohybovala nad 20 % celkové nezaměstnanosti.

Počty prvožadatelů (TD 20,8 %, FTD 38,9 %) i všech žadatelů o léčbu (TD 53,9 %, FTD 100,2 %) z řad problémových uživatelů drog v Moravskoslezském kraji jsou nižší než je průměr za celou ČR (všichni žadatelé TD 35,3 %, FTD 72,3 %; žadatelé ve věku 15-39 let TD 92,2 %, FTD 187,1 %).

Moravskoslezský kraj je ve srovnání s ostatními kraji ČR na prvním místě v počtu poprvé léčených osob pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (20,1 % z celé ČR).

Nejpočetněji zastoupenou skupinou uživatelů nelegálních drog léčených v ambulantních psychiatrických zařízeních jsou pacienti ve věku 20-29 let (20,4 %).

V Moravskoslezském kraji bylo také hospitalizováno celkem 7 dětí ve věku do 14 let pro poruchy způsobené užíváním drog (dg. F11-F19).

6 Školní programy specifické primární prevence

6.1 Úvod

Primární drogovou prevenci lze dělit na **specifickou a nespecifickou**¹⁴.

Nespecifická primární prevence představuje aktivity, které jsou zaměřeny na podporu zdravého způsobu života (např. aktivní trávení volného času).

Programy specifické primární prevence užívání návykových látek jsou aktivity a programy, které jsou úzce zaměřeny právě na oblast užívání a uživatelů návykových látek a rizika s tím spojená. Programy specifické primární prevence užívání návykových látek se vyznačují především přímým a explicitně vyjádřeným vztahem s problematikou užívání a uživatelů návykových látek. Specifickou drogovou primární prevenci lze definovat také pomocí negativního vyjádření: **Specifická primární prevence užívání návykových látek jsou programy, které by neexistovaly, kdyby neexistovaly problémy spojené s užíváním návykových látek.**

Přestože se v zemích EU ve stále větší míře užívá klasifikace na¹⁵ **univerzální, selektivní a indikovanou**, v této zprávě se přidržíme klasifikace na specifickou a nespecifickou primární prevenci.

Pro více informací o primární drogové prevenci odkazujeme např. na knihu **Drogy a drogové závislosti**, která je v elektronické podobě volně ke stažení na internetových stránkách Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti při Úřadu vlády ČR (www.drogy-info.cz/).

Podle pokynů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) České republiky (Čj.: 14514/2000 – 51) jsou školy a školská zařízení v České republice povinna realizovat **Minimální preventivní program**, který je pravidelně jednou ročně vyhodnocen. Minimální preventivní program odborně i metodicky zajišťují odborný pracovník MŠMT, krajský školní metodik prevence, okresní metodik preventivních aktivit a školní metodik prevence.

Krajský školský koordinátor prevence vytváří a inovuje krajské koncepce programů prevence a spolupracuje s okresními metodiky preventivních aktivit.

Okresní metodik preventivních aktivit - zajišťuje zejm. metodickou, informativní i přímou intervenční pomoc školním metodikům prevence při plánování a realizaci primárních preventivních aktivit i při sekundární prevenci u již zjištěných projevů rizikového chování.

Ředitel školy a školského zařízení mj. vytváří podmínky pro realizaci Minimálního preventivního programu a nese za něj odpovědnost a pověřuje funkcí školního metodika prevence.

Školní metodik prevence koordinuje přípravu Minimálního preventivního programu a jeho zavádění ve škole nebo školském zařízení.

Pro více informací o Minimálním preventivním programu a o vymezení povinností a odpovědnosti jednotlivých institucí v oblasti specifické prevence odkazujeme na webové stránky MŠMT.¹⁶

¹⁴ Toto dělení bylo zavedeno s ohledem na dotační politiku preventivních aktivit.

¹⁵ NIDA (1997). Preventing Drug Abuse Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Second Edition. NIDA. In: Lejckova, P. (2005). Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. Zaostřeno na drogy, 1(4). Úřad vlády ČR.

¹⁶ <http://www.msmt.cz/DOMEK/Default.asp?ARI=100594&CAI=2944&EXPS=/>

Děkujeme všem školám (ředitelům, výchovným poradcům a školním metodikům prevence), které zaslaly vyplněný dotazník, případně za poskytnutý rozhovor. Velký dík patří také Okresnímu metodikovi prevence Bc. Pavlovi Letému a Mgr. Jiřímu Novákovi za jejich čas a ochotu podělit se o své zkušenosti.

6.2 Cíle substudie

Cílem této substudie je zjistit, jak probíhá primární prevence ve školách a školských zařízeních v okrese Nový Jičín. Zajímali jsme se především o to, jaké typy specializovaných primárně-preventivních aktivit školy provádějí, kdo primární prevenci realizuje a v jakém rozsahu je PP prováděna.

Cílem bylo prostřednictvím kontaktů s odbornými pracovníky, kteří jsou na okresní úrovni součástí systému prevence v resortu školství a s respondenty uskutečnit polostrukturovaný rozhovor, věnovaný otázkám specifické primární prevence v okrese Nový Jičín.

6.3 Sběr dat

6.3.1 Dotazníková studie

Fáze sběru dat spočívala v dotazníkovém šetření. Přehledový seznam škol jsme získali z **Ústavu pro informace ve vzdělání (ÚIV) MŠMT** (www.uiv.cz/). Součástí seznamu jsou také e-mailové kontakty. Školy a školská zařízení v okrese Nový Jičín jsme o spolupráci na substudii požádali prostřednictvím e-mailové pošty.

Rozesílání dotazníků elektronickou cestou probíhalo ve dvou vlnách. Návratnost dotazníků po prvním rozeslání byla u základních i středoškolských zařízeních velmi malá (počty viz dále v textu). V případě škol, jejichž e-mailové adresy nebyly funkční (zprávy se vrátily jako nedoručitelné), jsme volili telefonický kontakt a snažili jsme se zjistit správnou adresu nebo se ubezpečit, že daná adresa je skutečně funkční. Teprve poté jsme spustili druhou vlnu rozesílání dotazníků.

U dotazníku jsme se snažili dosáhnout co největšího zjednodušení, aby jeho vyplňování nebylo příliš časově zatěžující. Toto zjednodušení se však promítlo do kvality a objemu získaných dat.

V dotazníku jsme se zajímali o to, v jakém rozsahu jsou prováděny specifické primárně-preventivní aktivity, které jsou realizovány: 1) kmenovými zaměstnanci školy (např. školní metodik prevence, třídní učitel), 2) pozvanými vnějšími subjekty (např. lékař, psycholog). Instrukce v dotazníku zněla, aby vyplňující uvedl jaké specifické primárně-preventivní aktivity a v jakém počtu vyučovacích hodin za školní rok 2005/2006 byly ve škole realizovány. Výčet jedenácti aktivit nejčastěji užívaných v rámci specifické primární prevence mohl vyplňující doplnit dalšími aktivitami do prázdných políček. S ohledem na načasování sběru dat (únor – duben 2006) jsme v instrukci žádali, aby byly do školního roku 2005/2006 započítány i ty aktivity, které škola měla v plánu do konce školního roku realizovat. Tímto krokem jsme získali přehled o aktuálních aktivitách školy (namísto aktivit vykazovaných za školní rok 2004/2005). Na druhou stranu nemusely být některé z naplánovaných aktivit, a v dotazníku přesto vykázaných, realizovány a jiné, neplánované ano.

Data z dotazníků byly převedeny do souhrnných tabulek a kvantifikovány pro jednotlivé stupně základních a středních škol.

Podle databáze ÚIV je v okrese Nový Jičín 82 škol, které poskytují základní vzdělávání, 61 z nich je základních škol. Oslovili jsme 76 školských zařízení, kromě šesti škol, u nichž v databázi ÚIV nebyla uvedena e-mailová adresa a které se nám nepodařilo telefonicky kontaktovat za celé období, po které trvala fáze sběru dat pro tuto substudii. Návratnost dotazníků byla přibližně třetinová. Ze základních škol v okrese Nový Jičín jsme obdrželi celkem 20 vyplněných dotazníků, 19 ze základních škol a jeden ze zvláštní školy. Z 20 zúčastněných škol byly tři školy malotřídní (1. – 5. třída) a dvě školy neúplné (1. – 4. ročník).

Na území okresu Nový Jičín je podle adresáře škol ÚIV Ministerstva školství 38 školských zařízení. Některá z nich však navenek vystupují jako jeden subjekt. Pokud bychom vycházeli z výše uvedeného, dosáhli jsme téměř poloviční návratnosti dotazníků. Dotazníkového šetření na středních školách, středních odborných školách a středních odborných učilištích v okrese Nový Jičín se zúčastnilo celkem 10 zařízení, devět středních škol a jedno střední odborné učiliště.

6.3.2 Kvalitativní interview

Při plánování kvalitativních interview jsme vycházeli z koncepce Garyho Barkera¹⁷ a Steinara Kvaleho¹⁸. Součástí práce s informacemi byl také materiál získaný prostřednictvím osoby tazatele (např. dotazníky, které partner během rozhovoru poskytl). Z rozhovoru byl pořízen audiozáznam, který byl následně přepsán. V přepsaných datech jsme identifikovali významové jednotky, které byly s ohledem na záměr studie relevantní. Vzhledem k opakované zkušenosti práce s kvalitativními daty autorů projektu, můžeme se odvolat na tvrzení Strause a Corbinové (1999), že se riziko eliminace podstatné části textu snižuje se zkušeností výzkumníka.

Pro účast na interview se nám podařilo získat ředitele pedagogicko-psychologické poradny v Novém Jičíně Mgr. Jiřího Nováka, okresního metodika preventivních aktivit Bc. Pavla Letého, se kterými jsme provedli skupinové interview. Korespondenčně vedeného rozhovoru se zúčastnil jeden středoškolský školní metodik prevence (z důvodů zachování anonymity neuvádíme jeho jméno).

6.4 Výstupy substudie

Nejprve uvedeme výstupy z dotazníkové studie a následně představíme některé závěry z rozhovorů s odbornými pracovníky, kteří se na okresní zabývají primární prevencí.

6.4.1 Dotazníková studie na školách

Interpretační možnosti dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zhodnotit programy specifické primární prevence realizované v okrese Nový Jičín, jsou díky počtu zúčastněných základních škol mírně omezená v možnosti jejich zobecnění.

Specifická primární prevence na základních školách

Z celkového počtu 20 zúčastněných škol bylo na prvním stupni ve školním roce 2005 – 2006 realizováno 50 programů specifické primární prevence (viz Tabulka 6-1). Pro žáky prvního stupně jsou ze strany školy nejčastěji (13) pořádány jednorázové besedy o návykových látkách a jejich rizicích, ve dvou školách jsou realizovány série na sebe navazujících besed. V sedmi školách si žáci vyslechli informační přednášku o drogách, ve dvou případech byly k realizaci přizvány vnější subjekty. V polovině škol mají žáci prvního stupně přístup k tištěným materiálům o drogové problematice. V sedmi školách byl žákům 1. – 4. tříd promítnut dokument či film s drogovou problematikou. Šest škol uvedlo, že pro žáky uspořádalo soutěž s drogovou tematikou.

Tři základní školy z původního souboru jsou malotřídní a nemají již šestou třídu. Nicméně jejich aktivity jsou stále vykázány v přehledu pro pátou až sedmou třídu. Dvě základní školy byly neúplné (viz výše), proto se počet škol v souboru snížil na celkových 18. Nejčastěji realizovanou aktivitou pro žáky 5. – 7. na školách byla práce s dokumentem či filmem o drogové problematice (13), dále jednorázová beseda. Na sedmi ZŠ jsou pro žáky zajištěny informační materiály v tištěné podobě. Šest škol pro žáky uspořádalo jednorázovou přednášku bez besedy. Série na sebe navazujících besed uspořádaly za školní rok

¹⁷ Barker, G. (2000). Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti. Albert. Boskovice.

¹⁸ Kvale, S. (1996). Interviews. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

2005/2006 dvě školy. Jedna škola realizovala ve spolupráci s vnějším subjektem exkurzi do drogového zařízení.

V souboru v kohortě žáků 8. a 9. tříd byly zpracovány výsledky 15 základních škol, pět škol bylo malotřídních. Školy ve školním roce 2005/06 realizovaly aktivity: Promítání dokumentu či filmu s následnou debatou (13); informační přednášku bez besedy (7); sérii navazujících besed (3). Devět škol realizovalo uměleckou soutěž. V devíti školách mají studenti přístup k tištěným informačním letákům a brožurám. Jedna škola pro žáky z nejvyšších tříd uspořádala besedu, jejíž součástí bylo osobní svědectví uživatele drog.

Z údajů v dotaznících bylo patrné, že primárně-preventivní programy mají totožnou náplň pro celý druhý stupeň a nerozlišují mezi jednotlivými ročníky.

Tabulka 6-1: Programy specifické primární prevence realizované na základních školách v okrese Nový Jičín ve školním roce 2005/2006

Program specifické primární prevence	Třídy	Vnitřní zajištění (počet realizovaných aktivit ve školách)	Vnější zajištění (počet realizovaných aktivit ve školách)
Jednorázová beseda o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	13	-
	5. - 7.	8	4
	8. - 9.	7	9
Série na sebe navazujících besed o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	2	-
	5. - 7.	2	1
	8. - 9.	3	3
Osobní svědectví toxikomana při besedě s žáky	1. stupeň	-	-
	5. - 7.	-	-
	8. - 9.	-	1
Informační přednáška (bez besedy) o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	7	2
	5. - 7.	6	3
	8. - 9.	7	2
Zajištění (získání a distribuce mezi žáky) informačních materiálů o návykových látkách (letáky, brožury)	1. stupeň	10	-
	5. - 7.	7	-
	8. - 9.	9	-
Práce s dokumentem či filmem o návykových látkách s následnou diskusí	1. stupeň	7	-
	5. - 7.	13	-
	8. - 9.	13	-
Soutěž (výtvarná, literární či jiná) s drogovou tematikou (podmínkou je právě zaměření na návykové látky)	1. stupeň	6	-
	5. - 7.	5	-
	8. - 9.	9	-
Exkurze do nějakého zařízení pro uživatele návykových látek (např. K-centrum, léčebna atd.)	1. stupeň	-	-
	5. - 7.	-	1
	8. - 9.	-	-
Aktivity v průběhu výjezdů (jako je škola v přírodě atd.)	1. stupeň	5	-
	5. - 7.	4	-
	8. - 9.	2	1
Celkem	1. stupeň	50	2
	5. - 7.	45	9
	8. - 9.	50	16

Peer programy nerealizuje žádná ze základních škol, které se zúčastnily této substudie.

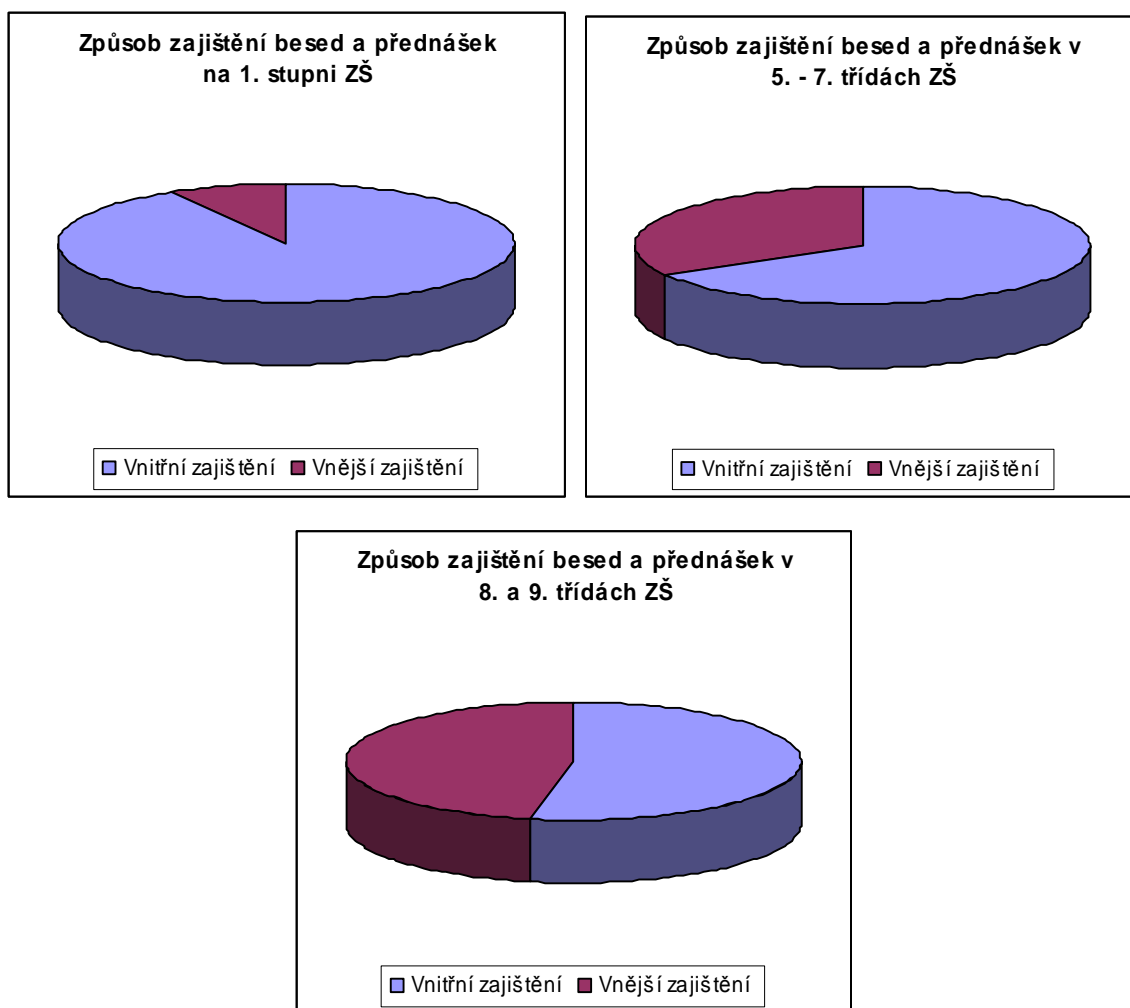
V počtu a intenzitě aktivit jsou mezi školami patrné rozdíly. Z některých škol jsme získali např. informace o tom, že spolupracují s PPP NJ, mají vypracovaný Protidrogový program

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

prevence, podle kterého postupují v průběhu školního roku. Naopak na některých školách specifické primárně-preventivní programy nejsou realizovány v žádoucím rozsahu¹⁹.

Na obrázcích (Obrázek 6-1) jsou graficky znázorněny způsoby zajištění besed (jednorázových i sérií), svědectví toxikomana a informačních přednášek, tj. do jaké míry školy dané akce realizovaly svépomocí a kdy spolupracovaly s vnějšími subjekty. Větší část aktivit prováděly samy školy. Nicméně je patrná vzrůstající míra participace mimoškolních subjektů na specifické primární prevenci (1. stupeň 8 %; 5. – 7. třídy 33 %; 8. a 9. třídy 47 %).

Obrázek 6-1: Způsob zajištění přednášek a besed na základních školách v okrese Nový Jičín ve školním roce 2005/2006



Následující tabulka (Tabulka 6-2) upravuje, které subjekty byly nejčastěji přizvány k realizaci primárně-preventivní aktivity. Nejvíce školy spolupracují se státními subjekty, z nichž nejčastěji byla zmiňována Policie ČR, nejvíce pak v 8. a 9. třídách. Dále s nestátními subjekty a privátními subjekty. V jedné škole byla informační přednáška realizována se studentkami střední zdravotnické školy.

¹⁹ Jedna z možných interpretací může být také ta, že je vyplňující osoba jednoduše nevedla, my se však od toho bagatelizujícího výkladu odkláňáme.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 6-2: Vnější subjekty spolupracující se základními školami při primární prevenci v okrese Nový Jičín ve školním roce 2005/2006

Program specifické primární prevence	Třídy	Vnější zajištění				
		Státní subjekt		Nestátní subjekt	Privátní subjekt	Jiné
		Policie ČR	Nespeci-fikováno			
Jednorázová beseda o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	-	-	-	-	-
	5. - 7.	2	1	2	-	-
	8. - 9.	4	1	2	1	-
Série na sebe navazujících besed o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	-	-	-	-	-
	5. - 7.	-	-	-	1	-
	8. - 9.	-	-	2	1	-
Osobní svědectví toxikomana při besedě s žáky	1. stupeň	-	-	-	-	-
	5. - 7.	-	-	-	-	-
	8. - 9.	-	-	1	-	-
Informační přednáška (bez besedy) o návykových látkách a jejich rizicích	1. stupeň	1	-	-	1	-
	5. - 7.	1	-	-	2	Studenti stf. zdrav. školy
	8. - 9.	-	-	-	2	Studenti stf. zdrav. školy
Celkem	1. stupeň	2	0	0	1	-
	5. - 7.	5	1	3	3	1
	8. - 9.	6	1	6	4	1

Specifická primární prevence na středních školách

V okrese Nový Jičín jsou ve školách, které se zúčastnili dotazníkového šetření, v rámci specifické primární prevence v 1. a 2. ročnících nejčastěji realizovány jednorázové besedy o drogách a jejich rizicích (6x), dále jsou při práci využívány dokumentární či jiná filmová zpracování drogové problematiky (6x), stejně tak jako jsou mezi žáky distribuovány informační materiály o návykových látkách (6x). Ještě častěji se s dokumenty či filmy (7x) pracuje ve třetích a vyšším ročníku středních škol a učilišť (Tabulka 6-3).

Ve školním roce 2005/2006 nebyly v žádné ze škol implementovány peer programy.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 6-3: Počet jednotlivých specifických primárně-preventivních aktivit realizovaných na SŠ a SOŠ v okrese Nový Jičín ve školním roce 2005 - 2006

Program specifické primární prevence	Ročník	Vnitřní zajištění (počet realizovaných aktivit ve školách)	Vnější zajištění	
			Vnější subjekt přizvaný k / vyhlášený realizaci aktivity	Počet realizovaných aktivit ve školách
Jednorázová beseda o návykových látkách a jejich rizicích	1. a 2.	6	Policie ČR (4x), psycholog (2x), státní subjekt, soukromá osoba	6
	3. >	4	Psycholog, Policie ČR, soukromá osoba	3
Série na sebe navazujících besed o návykových látkách a jejich rizicích	1. a 2.	3	Nestátní subjekt (2x)	2
	3. >	3	-	-
Osobní svědectví toxikomana při besedě s žáky	1. a 2.	1	Známý studentů, abstinující toxikoman	2
	3. >	1	Známý studentů	1
Informační přednáška (bez besedy) o návykových látkách a jejich rizicích	1. a 2.	4	Psycholog, státní subjekt	2
	3. >	3	<i>Nespecifikováno</i>	1
Zajištění (získání a distribuce mezi žáky) informačních materiálů o návykových látkách (letáky, brožury)	1. a 2.	6	Nestátní subjekt, státní subjekt, Veřejná zdrav. poj.	3
	3. >	5	-	-
Práce s dokumentem či filmem o návykových látkách s následnou diskusí	1. a 2.	6	Veřejná zdrav. poj.	1
	3. >	7	-	-
Soutěž (výtvárná, literární či jiná) s drogovou tematikou (podmínkou je právě zaměření na návykové látky)	1. a 2.	4	Úřad vlády ČR (2x), státní subjekt	3
	3. >	2	Úřad vlády ČR, státní subjekt	3
Exkurze do nějakého zařízení pro uživatele návykových látek (např. K-centrum, léčebna)	1. a 2.	1	Nestátní subjekt, státní subjekt, PL Opava	3
	3. >	-	Státní subjekt	1
Aktivity v průběhu výjezdů akce (např. škola v přírodě)	1. a 2.	4	-	-
	3. >	1	-	-
Celkem	1. a 2.	35	-	22
	3. >	26	-	9

Školy mohou většinu aktivit pořádat kmenovými zaměstnanci školy, stejně tak jako se mohou obrátit na vnější subjekty. Šestkrát v 1. a 2. ročnících a třikrát ve třetích a vyšších ročnících byl vnější subjekt přizván k realizaci jednorázové besedy o návykových látkách a jejich rizicích. Zastoupení primárně-preventivních aktivit (pouze oba typy besed, svědectví toxikomana a informační přednáška), které byly zajištěny zaměstnanci školy (1. a 2. ročníky 54 % a 3. a 4. ročník 69 %) a které vnějšími subjekty, ukazuje Obrázek 6-2.

Obrázek 6-2: Způsob zajištění přednášek a besed na středních školách v okrese Nový Jičín ve školním roce 2005/2006



Střední školy, které se zúčastnily dotazníkové studie, nejčastěji spolupracovaly s institucemi a organizacemi ze státní sféry při realizaci besed (jednorázových i sérií) a informačních přednášek. Přestože jsme nevyžadovali bližší specifikaci státních subjektů, ve vyplněných dotaznících byla **nejčastěji uvedena Policie ČR** (5x). Dále školy spolupracují se soukromými subjekty (zejm. psychologové) a nestátními subjekty (zejm. občanská sdružení a poradenská střediska).

Aktivity Policie ČR ve specifické primární prevenci

Z vnějších subjektů, které se aktivně účastní primárně-preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních v okrese Nový Jičín, bývají k realizaci nejčastěji přizváni pracovníci Policie ČR. Zapojení Policie ČR do programů specifické primární prevence je diskutabilní. V zákonu 379/2005 Sb., který nabyl účinnosti dne 1. ledna 2006, je § 18 upraveno, že Ministerstvo vnitra poskytuje primární prevenci pro příslušníky Policie České republiky, příslušníky městské policie, příslušníky obecní policie a žáky policejních škol. Naopak, pro opatření primární prevence, realizovaných v rámci minimálních preventivních programů a výchovné péče o osoby mladší 18 let a o uživatele tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek mladší 18 let finančně a organizačně zajišťuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. To v zásadě znamená, že Policie ČR není způsobilá provádět primární prevenci na školách.

Implementace preventivních programů Policie ČR není ani součástí plánované certifikace primární prevence. Certifikace odborné způsobilosti dané služby jsou součástí Standardů odborné způsobilosti. Více informací lze nalézt na internetových stránkách Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR (www.vlada.cz/) a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (www.msmt.cz/).

Ve spolupráci s Policí ČR jsou na školách realizovány především jednorázové besedy o návykových látkách a jejich rizicích. Nicméně jednorázové besedy a přednášky informačního charakteru nemají na změnu postojů dětí a dospívajících zásadní význam²⁰.

²⁰ Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: Kalina (Eds.) Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády, Praha, 2003.

6.4.2 Interview s odbornými pracovníky primární prevence

V rámci rozhovorů jsme se zaměřili pouze na tu část práce OMPA, která bezprostředně souvisí s problematikou užívání a uživatelů návykových látek, nikoli na všechny druhy rizikového chování (např. šikana).

V okrese Nový Jičín od 1. listopadu 2005 působí ve funkci nový oblastní metodik preventivních aktivit. Jeho odpovědi jsou kódovány jako „OMPA“ (okresní metodik preventivních aktivit). Výpovědi ředitele pedagogicko-psychologické porady (dále také jako PPP) jsou kódovány jako „ŘPPP“ (ředitel pedagogicko-psychologické poradny). Některé odstavce jsou doplněny výpovědi školního metodika prevence, kód „ŠMP“ (školní metodik prevence).

Podle výpovědi okresního metodika preventivních aktivit a ředitele PPP a předložených dokumentů a pracovních materiálů lze říci, že **činnost PPP a okresního metodika prevence v okrese Nový Jičín je na dobré úrovni.**

Jako nejdůležitější úkol vnímá okresní metodik preventivních aktivit **metodicky řídit školní metodiky prevence** a (OMPA) „...na to navazuje přímá intervenční pomoc“.

Okresní metodik preventivních aktivit v okrese Nový Jičín pořádá pro ŠMP pravidelné schůzky, (ŘPPP) „...které jsou dvakrát až třikrát do roka a kde jim zprostředkovává informace z kraje nebo co nasbírá od jiných organizací“. Při bližší specifikaci jde např. o zorganizování vzdělávání pro ŠMP, možnost telefonické nebo osobní konzultace náležavého problému, pomoc při tvorbě programu specifické primární prevence.

V případě řešení konkrétních problémů, které úzce souvisí s drogovou tematikou ve školách, je tato oblast stále předmětem **diskuse a vymezení kompetencí**. Nejasná je role OMPA ve vztahu k škole (Ř PPP) „...z hlediska zřizovatele, jak daleko má ten okresní metodik vstupovat do řešení...“. V zásadě to lze interpretovat, zda má OMPA pouze metodicky vést a koordinovat ŠMP, nebo zda může v rámci práce provádět intervenční a přednáškovou činnost.

Pokud se ve škole objeví problém (často se však jedná o problémy šikany a násilí ve škole²¹), se kterým se obrátí na OMPA, je jeho snahou **praktické řešení problému přímo školním metodikem prevence**. Důvodem je, že (OMPA) „...bych potom dělal práci školního metodika prevence a ne okresního, že bych to vlastně dělal místo nich“. Důvodem je, že (ŘPPP) „...zvládat se to dá skutečně na té úrovni metodické pomoci, protože to je přes 70 škol a jenom se s nima setkat, vidět, objet, to je problém. ...kdyby se školy ozvaly u každého případu, kdy se tam něco vyskytne, tak bysme to nestíhali...“.

Povinnosti a kompetence školního metodika prevence a jaké možnosti v rámci primárně-preventivních aktivit má, výstižně vyjádřil školní metodik prevence: (ŠMP) „...na jedné ze škol jsem zodpovědný za zdárný průběh minimálního preventivního programu – zajistit informační službu (distribuce letáků, informací mezi studenty a učiteli), koordinovat průběh přednášek v rámci hodin občanské nauky a biologie, poskytovat konzultační činnost. V případě výskytu problémů, spolupracuji s rodiči, třídními učiteli, psychologem a výchovným poradcem. Pokusil jsem se provést dotazníkový monitoring sociálního klimatu ve třídách (1.- 3. ročnících). Spolu se školním psychologem a výchovným poradcem se chystáme na základě jeho výsledků upravit dosavadní strategii a uzpůsobit program na příští školní rok.“

Často se školní metodici prevence na OMPA obrací s **žádostí o radu, jak postupovat, když se na škole objeví problém s drogami**. Tento stav věcí může být dán také tím, že (ŘPPP) „...v poslední době vzniklo velké množství materiálů a pokynů, co nedělat, co je protiprávní, ale mnohem menší množství metodického materiálu, co dělat“. Z tohoto pohledu je pak

²¹ Tyto problémy ovšem velmi úzce souvisí se zdravým psychosociálním vývojem jedince, což následně může mít vliv na jeho pozdější fungování. To může sehrát roli ve zvýšeném rizikovém chování, jako je např. užívání psychoaktivních látek.

pochopitelné, že učitelé i ředitelé se z obavy o neadekvátní rozhodnutí obávají ukvapeně jednat. To však může vést k nečinnosti.

Na druhou stranu lze říci, v určitých oblastech spolupráce jsou značné rezervy. **Některé ze škol mají tendenci drogový problém udržet v rámci vlastní instituce**, „...mají to tendenci tutlat... nebo je zkreslit, aby si nepokazily pověst“. Často tyto problémy vycházejí najevo, (OMPA) „...až když jsou v péči kolegů a pak se rozkrývají další problémy“. Důvodem může být, že (ŘPPP) „ředitelé jsou pod takový tlakem, který nevím, jestli je reálný, ale myslí si, že když přiznají, že tam je problém s drogama, tak je to špatná vizitka pro tu školu. Takže ti školní preventisté můžou být pod nějakým skrytým tlakem těch ředitelů“.

Naopak podle okresního metodika prevence je **pojmenování problému a chuť jej řešit** spíše **dobrou vizitkou školy**. (OMPA) „Když já jedu na nějakou školu, tak to jsou spíš ty školy, které jsou aktivnější a mají tendenci to řešit...“.

Za zajímavou informaci považujeme skutečnost, že zatímco se základní školy obracejí na okresního metodika prevence s různými problémy, ředitel PPP s okresním metodikem preventivních aktivit uvádí, že u středních škol v okrese Nový Jičín tomu tak není, (OMPA) „...vůbec nevím, kde jako ti lidi (studenti – pozn. přep.) jsou“. Příčinou tohoto stavu může být, že „drogové“ problémy si jsou školy buďto schopny vyřešit samy nebo problémy přehlídí a neřeší.

Příčinou neexistence odpovídajících primárně-preventivními programů na některých školách může mimo jiné být, že vedení školy **neposkytuje** školním metodikům prevence **dostatek prostoru pro práci**. (ŘPPP) „ŠMP by měli, byť s podporou, ale sami tu prevenci dělat, což je problém, protože na to nemají vyčleněný čas. Časovou dotaci pro školní preventisty se nepodařilo prosadit: (OMPA) „...oni (pozn. úředníci MŠMT) to chtějí řešit zvýšenou odměnou... (OMPA) „...nebudou mít úlevu, jak mají výchovní poradci“. To se pak může odrazit v kvalitě prováděných programů, např. díky tomu, že (OMPA) „...když pomůžu škole rozjet nějaký program, tak ty školy v tom nepokračují“.

Problémy s marihuanou považují jak OMPA, tak ředitel pedagogicko-psychologické poradny za nejčastější drogový problém, který se školními metodiky prevence řeší. Na jedné ze škol OMPA se školním metodikem prevence řešil problém, (OMPA) „že jeden žák z šesté třídy kouří marihuanu“. „Ale tady je problém, že v okrese Novém Jičíně není specialista na tuto problematiku“. Od (OMPA) získala kontakt na K-centrum ve Frýdku-Místku. Mimo marihuanu se s jinými problémy v pedagogicko-psychologické poradně příliš nesetkávají: „...nějací čičači byli dřív, ale v poslední době si nepamatuju, že by bylo něco jiného“.

Neexistenci služeb pro uživatele drog v okrese Nový Jičín vnímají ve vztahu k primární prevenci na školách negativně OMPA i ředitel pedagogicko-psychologické poradny: (OMPA) „...tím, že někdo přijde do školy a řekne: Já jsem ten a ten a najdete mě tam a tam; tak ten člověk si ho může vyhledat a zajít za ním“. Stále ale ve školách převažují jednorázové aktivity (ŘPPP) „...někdo udělá jenom besedu nebo program, tak není možnost, že to dítě pojedje do Ostravy a tam půjde do nějakého klubu. To je prostě nereálný“. Tato skutečnost může mít i vliv na netečnost školy v řešení drogového problému, protože (OMPA) „...když to ta škola začne řešit, tak kvůli neexistenci nějakého specializovaného zařízení, ona ví, že to nemůže dotáhnout do konce a vyřešit“.

V září budou k dispozici údaje ze „**zprávy o plnění školní preventivní strategie ve školách a školských zařízeních 2005/2006**“, kterou vyplní školní metodici prevence každé ze škol v okrese Nový Jičín. (OMPA) „Školní metodici prevence mají vykázat aktivity do dotazníků, já to zpracuju a pošlu to na kraj...“.

6.5 Souhrn nejdůležitějších zjištění

Dotazníkové šetření není vzhledem k počtu zúčastněných škol plně reprezentativní. Jeho cílem bylo zhodnotit programy specifické primární prevence realizované v okrese Nový Jičín, má díky počtu zúčastněných základních škol své limity, které spočívají zejména v možnostech jejich zobecnění. Neúčast více než poloviny škol a školských zařízení v okrese Nový Jičín lze interpretovat různě; jednou z možných interpretací by mohla být např. skutečnost, že vedení školy jednoduše nezaujal náš výzkum a nechtěli se do něho zapojit.

Nejčastěji realizovanými programy specifické primární prevence za školní rok 2005/2006 byly jednorázové besedy a promítání dokumentů a filmů s drogovou problematikou. V některých školách (4 ZŠ a 1 SŠ) se jedná o veškeré aktivity, které byly v daném roce uskutečněny. Soustavnost a intenzita při implementaci primárně-preventivních aktivit zvyšuje jejich účinnost a působí tedy preventivně.

Na základních ani středních školách nejsou realizovány peer programy. Přitom peer programy jsou považovány za jedny z nejučinnějších přístupů v rámci všeobecné prevence²².

Při sběru dat jsme se opakovaně setkávali s nejasnostmi a nepochopením základního termínu jakým je specifická primární prevence.

Témata primárně-preventivních aktivit by měla být systematicky sestavena tak, aby na sebe vzájemně navazovala. V některých školách je náplň primárně-preventivních programů pro celý druhý stupeň společná – nerozlišuje se mezi jednotlivými ročníky. Na druhou stranu, v okrese Nový Jičín jsou školy, které lze ve specifické primární prevenci považovat za příklady dobré praxe.

Z výsledků studie je patrné, že se na základních školách u vyšších ročníků při realizaci specifické primární realizátoři prevence obrací na vnější subjekty. To může vést ke zvyšování kvality a pestrosti primárně-preventivních aktivit.

Nejčastěji zvaným subjektem k aktivitám specifické primární prevence je Policie ČR. Začínají se prosazovat profesní sdružení, která ve školách realizují dlouhodobější programy.

Z vnějších subjektů, které se aktivně účastní primárně-preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních v okrese Nový Jičín, jsou k realizaci nejčastěji přizváni pracovníci Policie ČR. Zapojení Policie ČR do programů specifické primární prevence je diskutabilní již z pohledu zákona 379/2005 Sb.

Na úrovni vedení školy i řadových zaměstnanců školy panují nejasnosti ohledně kompetencí a povinností, jak postupovat, když se na škole objeví problém s užíváním drog. To může vést k nečinnosti při řešení problému, jež považujeme za nežádoucí. S tímto problémem úzce souvisí také tendence některých ze škol drogový problém udržet v rámci vlastní instituce. Problémy s drogami zůstávají neřešeny.

Problémy s marihuanou jsou podle okresního metodika preventivních aktivit nejčastějším drogovým problémem, který okresní metodik preventivních aktivit řeší se školními metodiky prevence.

Neexistence služeb zaměřených přímo na uživatele nelegálních drog a jejich rodiny v okrese Nový Jičín mohou mít ve vztahu k primární prevenci na školách negativní vliv. Snížená dostupnost odborných pracovišť, na které by měli obyvatelé okresu Nový Jičín možnost se v případě problému obracet, může mít na řešení drogového problému negativní vliv.

Činnost PPP a okresního metodika preventivních aktivit v okr. Nový Jičín je na dobré úrovni.

²² Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: Kalina (Eds.) Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády, Praha, 2003.

7 Infekční onemocnění spojená s užíváním drog

7.1 Úvod

Populace uživatelů návykových látek patří k vysoce rizikovým skupinám ohroženým infekčními chorobami.²³ Pokud jde o důsledky, mezi nejzávažnější infekce patří virové hepatitidy a HIV/AIDS. Jejich šíření je spojené především se sdílením jehel, stříkaček a dalších pomůcek pro injekční aplikaci drog. Virové hepatitidy jsou zároveň jedním z hlavních zdravotních indikátorů v oblasti drogové epidemiologie, neboť již po několik let kopírují incidenci i prevalenci problémových uživatelů drog²⁴.

7.2 Situace v ČR za rok 2004

Trend výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog v ČR byl v roce 2004 relativně příznivý. Promořenost injekčních uživatelů HIV zůstává pod 1 %, ale nárůst nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV v r. 2004 je třeba pozorně sledovat, i když se jedná o nízké počty: v roce 2004 bylo nahlášeno 7 nových HIV pozitivních injekčních uživatelů, což je za posledních několik let nejvyšší incidence (v předchozích letech šlo pouze o 1-5 případů za rok). Přesto je výskyt HIV/AIDS mezi českými uživateli drog v porovnání s evropským průměrem stále relativně velmi nízký, stejně, jako je nízký jeho výskyt v populaci neuživatelů drog.

Podíl injekčních uživatelů drog na všech nově hlášených případech virové hepatitidy typu B a C (VHB, VHC) je dlouhodobě přibližně 30, resp. 60 %. V r. 2004 došlo poprvé za celou dobu sledování k poklesu počtu i podílu injekčních uživatelů drog na všech případech VHC včetně chronických. Promořenost populace injekčních uživatelů drog VHC roste s délkou, frekvencí a rizikovostí injekční aplikace. Zatímco mezi klienty nízkoprahových center dosahuje přibližně 30 %, mezi klienty substitučních programů nebo vězňnými je to přibližně 60 %, tedy asi dvojnásobek.

Jako významnou hrozbu je však třeba chápat nedostatečnou dostupnost testování infekčních nemocí přímo v rizikové populaci, varující je klesající počet testů prováděných v populaci injekčních uživatelů.

Pro více informací o výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog odkazujeme na *Výroční zprávu 2004 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*,²⁵ kterou každoročně zpracovává a vydává Centrální pracoviště drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. m. Prahy.²⁶

7.3 Zdroje dat

Zdrojem kvantitativních dat pro monitorování výskytu infekčních onemocnění mezi uživateli návykových látek jsou především tři specializované registry. Klíčovým je **Registr uživatelů drog žádajících o léčbu**, který spravuje Hygienická stanice hl.m. Prahy – Centrální pracoviště drogové epidemiologie. Tento registr obsahuje kromě demografických dat také informace o výskytu VHB a VHC mezi uživateli drog – žadateli o léčbu.

²³ Klusoňová, H., Štěpánová, V., Čížek, J. & Plíšková, L. (2004). Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 53, č.2, s.47-54.

²⁴ Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. & Železná, Z. (2005) *Výroční zpráva 2004 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hl. města Prahy.

²⁵ Výroční zpráva ČR 2004 ke stažení na <http://www.hygp Praha.cz/odbory/CR2004.pdf>

²⁶ Více na <http://www.hygp Praha.cz/>

Dalším zdrojem dat je systém **EPIDAT**, jehož cílem je monitorovat výskyt infekčních nemocí v ČR. Sleduje nové případy infekčních nemocí v obecné populaci, ale zároveň je monitorováno injekční užívání drog jako rizikový faktor v případě hepatitidy, bohužel druh užívané drogy není rozlišován. Zdravotnická zařízení hlásí nové případy infekčních nemocí podle zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví (ve znění pozdějších předpisů) místní hygienické stanici, informace se soustřeďují na krajských hygienických stanicích v týdenních intervalech. Tato data zpracovává Státní zdravotní ústav v Praze. Z hlediska výskytu hepatitidy u injekčních uživatelů drog je kvalita databáze sporná, užitečná je však pro sledování trendů. Velmi užitečná je jako zdroj prevalenčních odhadů zpětného záchytu.

Výskyt HIV/AIDS v obecné populaci monitoruje **Systém sledování/kontroly HIV**, který spravuje Státní zdravotní ústav – Národní referenční laboratoř pro HIV, Národní program prevence HIV/AIDS. Systém zaznamenává nové případy HIV infekce diagnostikované zdravotnickými zařízeními a potvrzené Národní referenční laboratořmi pro HIV, sleduje také nové případy AIDS diagnostikované sítí center AIDS. Stejně jako systém EPIDAT sleduje injekční užívání drog jako rizikový faktor, druh drogy se však nerozlišuje. NRL také eviduje celkový počet provedených testů na HIV/AIDS podle rizikových skupin.

Všechny výše uvedené registry zpracovávají data centrálně, pokud potřebujeme získat data za kraj či region, musíme se obrátit na místní nebo krajskou hygienickou stanici, případně na Národní referenční laboratoř pro HIV. Doporučený postup komunikace s institucemi je shodný s popisem v kapitole o mortalitě (kapitola 8).

Dalším zdrojem dat mohou být jednorázová šetření a séroprevalenční studie realizované ad hoc, jichž bylo v ČR již několik provedeno. Tyto studie jsou cenné zejména jako další zdroj pro ověření a srovnání s údaji z výše uvedených registrů. Takové výzkumy se snaží získat reprezentativní séroprevalenční míru VHC u injekčních uživatelů drog na místní nebo národní úrovni, dále pomocí dotazníků kvalitativně zkoumat např. rozhodující faktory infekce VHC u injekčních uživatelů, zjistit povědomí o infekci u této populace, sledovat jejich přístup k výměně injekčního materiálu. Tato šetření také v neposlední řadě umožňují získat multiplikátory pro prevalenční odhady, čili odhadovaný podíl problémových uživatelů v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními.

Např. v letech 1998-9 probíhal výzkum séroprevalence virových hepatitid A-C mezi uživateli v okrese Karviná.²⁷ Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR sledoval další výzkum,²⁸ který probíhal mezi roky 1998-2002 a v jehož výzkumném vzorku byli zahrnuti pacienti komunitního programu střednědobé odvykací léčby a vězni z jednoho zařízení Vězeňské služby ČR.

Jako nejvýznamnější zdroj z této oblasti ad hoc výzkumů se jeví séroprevalenční studie VHC,²⁹ jež je koordinována Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. Tato studie je realizována od roku 2002 a klade si za cíl být reprezentativní pro celou ČR – byl použit stratifikovaný/vrstvený výběr podle regionů vzhledem k prevalenčním odhadům injekčních uživatelů drog v regionech. V každém ze 14 regionů je vybráno 1 – 2 centra, celkový počet ve výběru činí 17 center (za Moravskoslezský kraj se jedná o opavské Kontaktní a poradenské centrum Pod slunečníkem).

²⁷ Mravčík, V., Šebáková, H. & Kania A. (2000). Séroprevalence virových hepatitid typu A–C u injekčních uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie*, 49, 1, s. 19-23.

²⁸ Klusoňová, H., Štěpánová, V., Čížek, J. & Plíšková, L. (2004). Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR. *Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie*, 53, 2, s. 47–54.

²⁹ NMS, Séroprevalenční studie VHC. Viz např. Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovska, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V. & Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády.

7.4 Sledovaná data, možné výstupy

Ukazatele, které je možno sledovat, vyplývají z povahy tří specializovaných registrů. Tatáž data jsou využívána a prezentována ve výročních zprávách o stavu ve věcech drog (NMS) a drogové epidemiologie (HS hl.m. Prahy). Ukazatele umožňují určit absolutní a relativní počet testovaných (a z nich pozitivních) uživatelů drog – žadatelů o léčbu na jednotlivé markery infekčních onemocnění (VH (A-C) a HIV) podle základní drogy (pervitin, heroin). Dále počet osob s akutními VH (A-C) podle věku (celkově (obecná populace) / s rizikovým chováním / s injekčním užíváním).

Menší územně-správní celky než okres nelze z institucionálních důvodů sledovat. To znamená, že lze porovnávat data za celou ČR, Moravskoslezský kraj a okres Nový Jičín. Infekční onemocnění, jako jsou virové hepatitidy a HIV, jsou však z epidemiologického hlediska nízkoprevalenční jevy, jejichž distribuce v populaci se řídí specifickými zákonitostmi a je značně nerovnoměrná. Proto je diskutabilní, zdali je z epidemiologického hlediska smysluplné sledovat tak malý celek, jakým je okres s přibližně 160 tisíci obyvateli. Relativní počet výskytu infekčních onemocnění se u takto nízkoprevalenčních jevů přepočítává nejčastěji na 100 000 obyvatel.

7.5 Výstupy substudie

Zpracované údaje této substudie pocházejí z let 2004 a 2005, v době dokončování substudie ještě nebyly k dispozici údaje za celou Českou republiku za rok 2005, proto jsou srovnání prováděna za rok 2004.

Pokud není uvedeno jinak, citovaná data byla poskytnuta přímo pro potřeby této substudie Krajskou hygienickou stanicí Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě. Při sběru dat s námi bohužel nespolečně pracovala Národní referenční laboratoř pro HIV, proto jsou údaje kapitoly HIV/AIDS citovány ze sekundárních zdrojů. Aktuální data z případných ad hoc výzkumů nejsou v současné době k dispozici.

Na tomto místě bychom chtěli poděkovat pracovníkům Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě, zejm. panu Moldrzykovi za ochotu a vstřícnost a také trpělivost při naší spolupráci.

7.5.1 Virové hepatitidy

Tabulka 7-1 ukazuje vývoj celkového počtu onemocnění **akutními virovými hepatitidami** v Moravskoslezském kraji od roku 1997. Zatímco do let 2002 až 2003 incidence klesala, od roku 2004 je patrný mírný nárůst. Údaj o extrémně zvýšeném výskytu VH typu A z roku 2005 je třeba interpretovat ve světle skutečnosti, že na podzim roku 2005 byl zaznamenán hromadný výskyt v lokalitě Dlouhá ulice v Bruntále (bez souvislosti s užíváním drog, podíl uživatelů celkově na výskytu VHA je za rok 2005 nulový). Nárůst je patrný zejména u VHB. Z celorepublikového hlediska zároveň dochází u virové hepatitidy typu B k plynulému zvyšování podílu injekčních uživatelů drog na všech zachycených případech (z 8,3 % v roce 1997 až na 31,4 % v roce 2004).

Tabulka 7-1: Akutní virové hepatitidy v Moravskoslezském kraji, vývoj od roku 1997³⁰

infekce	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
VHA	23	75	28	29	13	1	12	4	49
VHB	65	87	40	57	34	35	16	18	23
VHC	26	50	24	18	23	5	9	15	8

³⁰ Moldrzyk, Z. & Matuszczyková, L. (2006). Zpráva drogové epidemiologie za rok 2005. Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Celkový počet onemocnění akutní virovou hepatitidou všech sledovaných typů v roce 2004 za Českou republiku, Moravskoslezský kraj a bývalý okres Nový Jičín ukazuje

Tabulka 7-2. V tabulce jsou vidět celkové počty výskytu onemocnění v obecné populaci, v populaci s rizikovým chováním a mezi intravenózními uživateli drog.

Tabulka 7-2: Akutní virové hepatitidy v roce 2004

infekce	Česká republika			Moravskoslezský kraj			bývalý okres Nový Jičín		
	celkem osob	rizikové chování	injekční uživatel	celkem osob	rizikové chování	injekční uživatel	celkem osob	rizikové chování	injekční uživatel
VHA	70	4	-	4	-	-	-	-	-
VHB	392	157	123	18	2	1	2	1	-
VHC	197	131	120	15	8	8	-	-	-
celkem	659	292	243	37	10	9	2	1	-

V roce 2005 (Tabulka 7-3) došlo v bývalém okrese Nový Jičín k nárůstu incidence akutní VH typu C u injekčních uživatelů (z 0 na 1). Při interpretaci tohoto údaje je však třeba přihlídnout ke skutečnosti, že se jedná pouze o jediného uživatele. Naopak incidence akutní hepatitidy typu C v celém Moravskoslezském kraji klesla. Virová hepatitida C se na Novojičínsku vyskytla ve 2 ze 3 případů ve věkové kohortě 15-19 let. Údaje za ČR v době zpracování této zprávy nebyly k dispozici.

Tabulka 7-3: Akutní virové hepatitidy v roce 2005

infekce	Moravskoslezský kraj			bývalý okres Nový Jičín		
	celkem osob	rizikové chování	injekční uživatel	celkem osob	rizikové chování	injekční uživatel
VHA	49	-	-	-	-	-
VHB	23	3	2	3	-	-
VHC	8	3	2	3	2	1
celkem	80	6	4	6	2	1

Tabulka 7-4 přináší srovnání relativních počtů akutních virových hepatitid napříč územně-správními celky. Celkový počet případů je vztážen k počtu obyvatel (počet případů na 100 000 obyvatel), další sloupce ukazují poměr injekčních uživatelů na celkovém počtu případů. Ze srovnání České republiky s Moravskoslezským krajem vychází kraj lépe, a to zejména u virové hepatitidy typu B.

Tabulka 7-4: Akutní virové hepatitidy v roce 2004, relativní počty

2004	VHA				VHB				VHC			
	celkem	na 100tis. obyvatel	z toho injekční uživatelé	%	celkem	na 100tis. obyvatel	z toho injekční uživatelé	%	celkem	na 100tis. obyvatel	z toho injekční uživatelé	%
ČR	70	0,68	-	-	392	3,83	123	31,38	197	1,92	120	60,91
MSK	4	0,32	-	-	18	1,44	1	5,56	15	1,20	8	53,33
NJ	-	-	-	-	2	1,26	-	-	-	-	-	-

Incidence virových zánětů jater v roce 2005 byla v Moravskoslezském kraji 15,5/100 000 obyvatel a byla mírně vyšší než průměr ČR (15,3). V Moravskoslezském kraji má tento ukazatel vzestupnou tendenci.³¹

³¹ Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.

Výsledky **testování problémových (injekčních) uživatelů drog** na přítomnost markerů virových hepatitid ukazují následující tabulky. Tabulka 7-5 ukazuje výsledky testování nově evidovaných problémových uživatelů v celém Moravskoslezském kraji. Procento pozitivních testů odpovídá přibližně údajům za celou ČR (VHA, B a C za rok 2004: 4,6 %, 7,6 % a 26,7 %). Údaje za bývalý okres Nový Jičín máme také k dispozici, ale je zbytečné vypisovat je do tabulky: nově byli registrováni 4 problémoví uživatelé pervitinu a ani jeden z nich nebyl testován.

Tabulka 7-5: Vyšetření markerů virových hepatitid A, B, C u **nově evidovaných** injekčních problémových uživatelů heroinu a pervitinu v roce 2005 v MSK

droga		testováno			netestováno	
		počet injekčních uživatelů	z toho počet pozitivních	%	počet injekčních uživatelů	% z celkových počtů
Všichni injekční uživatelé N = 143	VHA	47	4	8,5	96	67,1
	VHB	49	3	6,1	94	65,7
	VHC	49	11	22,4	94	65,7
Injekční uživatelé heroinu N = 10	VHA	5	0	0	5	50
	VHB	5	0	0	5	50
	VHC	5	2	40	5	50
Injekční uživatelé pervitinu N = 132	VHA	41	4	9,8	91	69
	VHB	43	3	7	89	67,4
	VHC	43	9	21	89	67,4

Tabulka 7-6 ukazuje výsledky testování všech problémových uživatelů opět v celém Moravskoslezském kraji. Údaje jsou opět srovnatelné s výsledky za celou ČR, rozdíly ale hovoří ve prospěch Moravskoslezského regionu (VHA, B a C v roce 2004: 5,8 %, 10,5 % a 34,6 % pozitivních ze všech testovaných uživatelů v ČR). Pro Novojičínsko platí stejné konstatování jako u předchozí tabulky: 4 netestovaní uživatelé pervitinu.

Varovně vyznívá fakt, že více než polovina problémových injekčních uživatelů nebyla testována (nicméně tento údaj je zcela srovnatelný s celorepublikovými průměry, viz. Polanecký, 2005 a dřívější).

Tabulka 7-6: Vyšetření markerů virových hepatitid A, B, C u **všech** injekčních problémových uživatelů heroinu a pervitinu v roce 2005 (základní droga)

droga		testováno			netestováno	
		počet injekčních uživatelů	z toho počet pozitivních	%	počet injekčních uživatelů	% z celkových počtů
Všichni injekční uživatelé N = 327	VHA	130	5	3,8	197	60,2
	VHB	145	10	6,9	182	55,7
	VHC	150	43	28,6	177	54,1
Injekční uživatelé heroinu N = 33	VHA	13	0	0	20	60,6
	VHB	14	1	7,1	19	57,6
	VHC	14	5	35,7	19	57,6
Injekční uživatelé pervitinu N = 286	VHA	111	5	4,5	175	61,2
	VHB	125	7	5,6	161	56,2
	VHC	130	34	26,2	156	54,6

V Moravskoslezském kraji se v roce 2005 také výrazně zvýšil počet **onemocnění chronickou hepatitidou typu C mezi uživateli drog**. Počet onemocnění se zvýšil ze 41 případů v roce 2004 na 84 v loňském roce.³²

³² Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.

7.5.2 HIV/AIDS

Ke konci roku 2004 bylo v Moravskoslezském kraji evidováno 42 HIV pozitivních osob, v České republice to bylo 737 osob, z toho bylo 33 případů u injekčních uživatelů drog. K témuž datu bylo v Moravskoslezském kraji 13 osob s onemocněním AIDS, v ČR byl výskyt 184 případů AIDS, z toho se v 5 případech jednalo o injekční uživatele drog.³³

Výsledky testování na HIV v roce 2005 ukazují následující tabulky (u nově evidovaných injekčních uživatelů Tabulka 7-7, u všech injekčních uživatelů Tabulka 7-8). Ačkoliv z uvedených údajů vyplývá, že přes 58 % všech injekčních uživatelů drog v Moravskoslezském kraji nebylo testováno nebo bylo ale s neznámým výsledkem, jedná se o pozitivní trend, protože je poměr otestovaných nepatrně příznivější než v předcházejících letech (v roce 2004 se jednalo o 61 %).

Stejně jako v případě virových hepatitid, žádný ze 4 registrovaných problémových injekčních uživatelů pervitinu v bývalém okrese Nový Jičín nebyl na HIV testován.

Tabulka 7-7: Vyšetření HIV u nově evidovaných problémových uživatelů v Moravskoslezském kraji

droga	testován						nikdy netestován		neznámo zda testován		neuveďeno		celkem
	pozitivní		negativní		neznámý		osob	%	osob	%	osob	%	
	osob	%	osob	%	osob	%							
celkem	0		49	34,2	16	11,2	64	44,8	14	9,8	0		143
opiáty	0		6	54,5	1	9,1	4	36,4	0		0		11
amfeta	0		43	32,5	15	11,4	60	45,5	14	10,6	0		132

Tabulka 7-8: Vyšetření HIV u všech injekčních problémových uživatelů v Moravskoslezském kraji

droga	testován						nikdy netestován		neznámo zda testován		neuveďeno		celkem
	pozitivní		negativní		neznámý		osob	%	osob	%	osob	%	
	osob	%	osob	%	osob	%							
celkem	0		137	41,9	44	13,4	99	30,3	47	14,4	0		327
opiáty	0		16	43,2	4	10,8	7	19	10	27	0		37
amfeta	0		119	41,6	38	13,3	92	32,1	37	13	0		286

7.6 Souhrn nejdůležitějších zjištění

Vzhledem k nízkému počtu sledovaných infekčních onemocnění nemá příliš velký smysl srovnávat tak malé územně-správní jednotky jako bývalý okres. Tímto jsou výsledky substudie podstatným způsobem limitované.

Ačkoliv je z dlouhodobého hlediska výskyt virových hepatitid v Moravskoslezském kraji relativně nižší než v celé České republice, v posledních letech má incidence vzestupnou tendenci a trendem je postupné vyrovnání s celorepublikovým průměrem. Poměr uživatelů drog mezi všemi zachycenými případy virové hepatitidy je nepatrně nižší než v ČR.

Negativním faktorem je to, že více než polovina problémových injekčních uživatelů v Moravskoslezském kraji nebyla nikdy testována ani na přítomnost markerů virových hepatitid ani na HIV, ačkoliv jsou výsledky testování příznivější než v minulých letech. Nulovou protestovanost vykazují také všichni registrovaní problémoví uživatelé z Novojičínska.

³³ Moldrzyk, Z. & Matuszczyková, L. (2005). Výroční zpráva drogové epidemiologie za rok 2004. Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě.

8 Smrtelná předávkování OPL

8.1 Úvod

V současné době se při získávání informací o drogové situaci užívá celkem 5 harmonizovaných indikátorů. Tyto epidemiologické indikátory nám umožňují kvalifikovaně hodnotit závažnost a míru zneužívání omamných a psychotropních látek (OPL) a to jak na úrovni celorepublikové, krajské a „okresní“. Úmrtí v souvislosti nebo v důsledku užívání OPL a mortalita uživatelů drog je jedním z klíčových indikátorů drogové epidemiologie.

„Za smrtelné předávkování drogami jsou považovány případy, kdy k otravě došlo díky nehodě, vraždě, sebevraždě nebo neúmyslně, a kdy látkou nebo látkami, které způsobily otravu, byla kterákoliv z následujících: opiáty, zneužívané benzodiazepiny, amfetaminy, kokain (nebo crack), halucinogeny, těkavé látky a/nebo syntetické designerské drogy typu derivátů amfetaminů.“³⁴

Užívání OPL představuje pro konzumenta zvýšené riziko ireverzibilního či částečně nevratného zdravotního poškození, které může mít smrtelné následky. Přestože lze za „drogové úmrtí“ považovat³⁵:

- úmyslné či náhodné předávkování,
- následek dlouhodobého zneužívání drog,
- sebevraždy s přímým vztahem k závislosti na drogách,
- smrtelné nehody s přítomností drogy,

přidržíme se klasifikace drogové mortality na³⁶:

- přímá úmrtí – tedy úmrtí z „předávkování“ OPL. Jedná se o případy, kdy selhání životních funkcí bylo způsobeno přímým vlivem účinné koncentrace OPL v organismu oběti (tedy nikoliv například otravu aditivy), dochází k nim v krátké době po požití,
- nepřímá úmrtí - jiná úmrtí za přítomnosti OPL, tj. všechny případy pozitivního nálezu OPL v tkáních/tekutinách oběti, avšak nelze bez pochyb konstatovat, že úmrtí spadá do předchozí kategorie.

Pro více informací o zdravotních souvislostech a důsledcích užívání drog odkazujeme na monografii **Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování**³⁷, případně na **Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004**, kterou každoročně zpracovává a vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (více na www.drogy-info.cz).

³⁴ Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR. Str. 13.

³⁵ Püschel, K. (1998). Determining the Number of Drug-Related Deaths. In EMCDDA Estimating the Prevalence of Problem Drug Use (pp. 127-135). Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. In Zábranský et al. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

³⁶ Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

³⁷ Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

8.2 Cíle substudie

- Podat základní přehled o metodách práce s klíčovým indikátorem drogové epidemiologie - Úmrtí v souvislosti nebo v důsledku užívání drog a mortalita uživatelů drog - v Moravskoslezském kraji.
- Představit data o smrtelných předávkováních za rok 2004 v regionu.

8.3 Metody zjišťování a kolekce dat

Pro určení drogových úmrtí jsme zvolili postup, který je založen na vytěžování dat ze specializovaných registrů. Tento způsob sběru dat je považován za přesnější, a co považujeme za důležité ve vztahu k této substudii, je snáze realizovatelný na místní úrovni³⁸.

Od roku 2000 funguje automatizovaný systém sběru dat o drogových úmrtích a od roku 2003 jsou dostupná databázová data ze všech 13 pracovišť soudního lékařství a soudní toxikologie¹⁹. Tento automatizovaný systém, v rámci něhož je koordinován sběr tohoto druhu údajů, je rozvíjen v úzké spolupráci Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (dále jen „NMS“) a Společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen „SSLST ČLS JEP“).

Vedle NMS a SSLST ČLS JEP zpracovává data o drogové úmrtnosti také Centrální pracoviště drogové epidemiologie Hygienické stanice hl. m. Prahy a Policie ČR³⁹. Nicméně posledně dva jmenované systém sběru dat nejsou zcela vyhovující (přesný), proto jsme se rozhodli údaje získané z Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě a Policie ČR do substudie nezahrnout. Dalšími institucemi, které sběr tohoto druhu dat provádí, jsou⁴⁰:

- Úřad pro zdravotnické informace a statistiku (ÚZIS), tento systém sběru však nedovoluje jasně rozlišit vztah OPL k úmrtí,
- Český statistický úřad, kde data nejsou taktéž kompletní.

Data o drogové úmrtnosti nejsou volně přístupná. Abychom k údajům o drogové úmrtnosti získali přístup, oslovili jsme SSLST ČLS JEP a Ústav soudního lékařství v Ostravě. V ústavu soudního lékařství FN v Olomouci jsme telefonicky ověřili, že z Nového Jičína není dodáván. Pro komunikaci jsme zvolili elektronickou cestu. Obecným postupem, jak o data žádat, je poslat s žádostí předpřipravené tabulky s údaji, která jsou kvantitativně stejná, podle nichž probíhá sběr v instituci. Tento způsob žádosti o data je přehlednější a především pro příjemce (pracovníka instituce, od níž data požadujeme) znamenají časovou úsporu. Při sestavování tabulek je žádoucí vycházet z již existujících a zpracovaných údajů (data jsou zpracovávána za celou ČR). To je jednak z důvodů, abychom se neodchýlili od povahy dat, o která žádáme (např. že instituce námi požadovaná data neshromažďuje) a jednak umožňují srovnávání se staršími údaji v regionu nebo s údaji z jiných regionů, potažmo za celou ČR.

Pro získávání dat tímto způsobem je důležité počítat s jistými prodlevami, neboť se nejedná o standardní úkony, které jsou v rámci pracoviště běžnou náplní práce a zpětné dohledávání v databázích je časově náročné. Bohužel se nám nepodařilo před uzavřením studie získat data za okres Nový Jičín.

³⁸ Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

³⁹ Policie ČR nerozlišuje úmrtí na přímá a nepřímá – data tak nelze považovat za plně relevantní.

⁴⁰ Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

8.4 Způsob zpracování dat

Vzhledem k množství a povaze dat, která jsou za daný region k dispozici, nebylo třeba pracovat se sofistikovanějšími metodami (např. elektronické verze počítačových programů). Data jsou zpracována ve formě tabulek a obrázků, které jsou opatřeny komentářem.

Data jsou zpracována souhrnně za celý kraj, neboť, jak jsme již uvedli výše, se nepodařilo získat zaslepené údaje za bývalý okres Nový Jičín. Jejich výpovědní hodnota je tak o něco menší, než by tomu bylo v případě zpracování na místní úrovni. Nicméně s ohledem na počet drogových úmrtí tuto skutečnost nevnímáme jako závažný nedostatek.

Zpracované údaje této substudie jsou z období od roku 2001 do roku 2005. Vzhledem k tomu, že projekt byl uzavřen v první polovině roku 2006, nebylo možno získat údaje za rok 2005, které stále nejsou k dispozici.

8.5 Výstupy substudie

Pracoviště soudních lékařství a toxikologie za rok 2004 v rámci ČR zjistila celkem 241 úmrtí na předávkování OPL. V roce 2004 bylo identifikováno jedno předávkování kokainem. Předávkování léky je markantní u populace nad 35 let. Předávkování pervitinem se oproti předchozímu roku téměř zdvojnásobilo⁴¹. Konopné drogy ve vztahu k předávkování v přehledu neuvádíme, neboť doposud nebyl na světě zaznamenán jediný případ úmrtí na předávkování kanabinoidy. Poměr mužů a žen u smrtelných předávkování OPL je za rok 2004 v ČR je přibližně 9:5 (Tabulka 8-1).

Tabulka 8-1: Smrtelná předávkování OPL v ČR a MSK v r. 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)

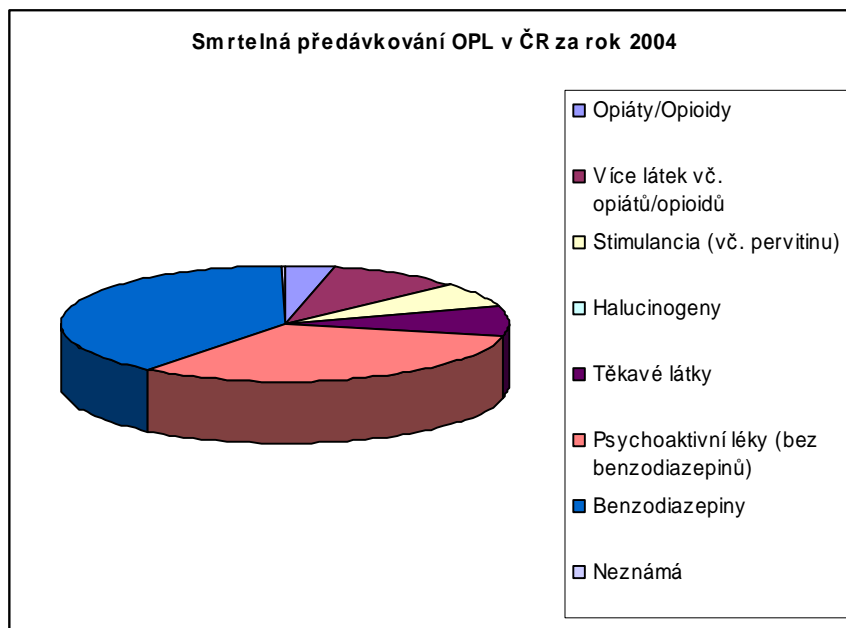
OPL	Opiáty/ Opioidy		Více látek č. opioidů		Úč. stimulancia (vč. pervitinu)		Halucinogeny		Kofeínové látky		Psychoaktivní léky		Z toho benzodiazepiny		Neznámá	
	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK
<15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
15 - 19	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	0	1	0	0	0
20 - 24	1	0	3	0	4	1	0	0	3	0	2	0	1	0	0	0
25 - 29	3	0	5	0	6	1	0	0	4	0	9	1	6	0	0	0
30 - 34	3	1	4	1	1	0	0	0	3	0	9	0	5	0	0	0
35 - 44	1	0	4	2	4	1	0	0	2	1	47	6	24	3	0	0
45 - 54	0	0	3	0	2	0	0	0	2	0	49	6	26	2	0	0
55 - 64	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	32	4	14	3	1	0
>=65	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	26	2	17	1	0	0
Muži	7	0	17	3	12	2	0	0	19	1	101	15	57	9	0	0
Ženy	2	1	6	1	5	0	0	0	1	1	70	6	37	0	0	0
Celkem	9	1	23	4	17	3	0	0	20	2	181	19	94	9	1	0

⁴¹ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Z obrázku (Obrázek 8-1) je patrné, že za téměř dvě třetiny všech smrtelných předávkování v ČR jsou zodpovědné psychoaktivní léky. Z psychoaktivních léčiv zaujímají největší podíl benzodiazepiny (94).

Obrázek 8-1: Podíl smrtelných předávkování OPL v ČR za rok 2004 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)



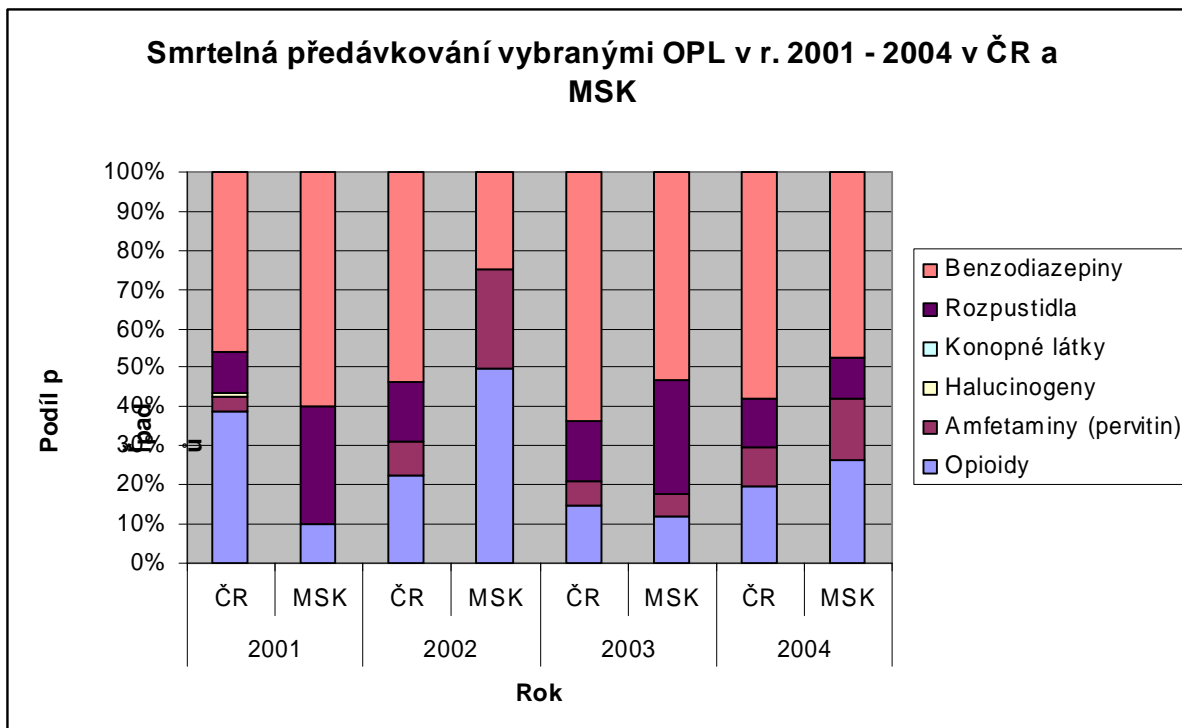
Již tradičně jsou v ČR nejvíce zastoupeny předávkování psychotropními léky (171), dále opiáty (32), těkavými látkami (20) a pervitinem (16) – viz tabulka (Tabulka 8-2) a obrázek (Obrázek 8-2). Za roky 2001 – 2004 nebylo zaznamenáno žádné úmrtí na předávkování metadonem, ani v kombinaci s jinými látkami⁴². V Moravskoslezském kraji došlo v porovnání let 2003 a 2004 k mírnému nárůstu smrtelných předávkování opioidy a amfetaminy a mírnému poklesu předávkování těkavými látkami. Nicméně s ohledem na obecně nízká počty v rámci sledovaného kraje nelze vyvozovat podstatné závěry.

Tabulka 8-2: Smrtelná předávkování vybranými OPL v r. 2001 – 2004 v ČR a MSK (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)

Rok	2001		2002		2003		2004	
	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK	ČR	MSK
Území / OPL								
Opioidy	56	1	21	2	21	2	32	5
Amfetaminy (pervitin)	5	0	8	1	9	1	16	3
Halucinogeny	2	0	0	0	0	0	0	0
Konopné látky	0	0	0	0	0	0	0	0
Rozpustidla	15	3	14	0	22	5	20	2
Benzodiazepiny	66	6	50	1	91	9	94	9
Celkem	144	10	93	4	143	17	162	19

⁴² Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005

Obrázek 8-2: Podíl smrtelných předávkování vybranými OPL v r. 2001 – 2004 v ČR a MSK (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)



V případě úmrtí u nichž byla prokázána přítomnost OPL v těle, bylo za rok 2004 evidováno 164 úmrtí. Z celkového počtu pak bylo 83 případů sebevražd, 72 případů spadá do kategorie nehod, 3 případy zabití a vražd, 2 pro nemoc a 4 úmrtí z jiných příčin⁴³. Umrtnost uživatelů OPL je v porovnání s běžnou populací stejného věku přibližně 7-11krát vyšší⁴⁴.

V Moravskoslezském kraji bylo v roce 2004 zjištěno 9 úmrtí za přítomnosti OPL, z nichž bylo 5 nehod a 4 případy sebevraždy. Celkově se úmrtí za přítomnosti OPL podílí 5,5 % z celkem 164 úmrtí za celou ČR (Tabulka 8-3).

Tabulka 8-3: Úmrtí za přítomnosti OPL za rok 2004 pro ČR a MSK (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005)

Úmrtí / Území	Nemoc	Nehoda	Sebevražda	Zabití/vražda	Jiné	Celkem	Podíl (%)
ČR	2	72	83	3	4	164	100
MSK	0	5	4	0	0	9	5,5

⁴³ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005

⁴⁴ Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády.

8.6 Souhrn nejdůležitějších zjištění

Moravskoslezský kraj se přibližně 1/10 podílí na případech drogových úmrtí v rámci celé ČR. Vzhledem k velikosti a počtu obyvatel kraje (cca 1.251.767) je tento údaj odpovídající k poměru počtu obyvatel v ČR.

V Moravskoslezském kraji došlo v roce 2004 v porovnání s rokem 2003 k mírnému nárůstu smrtelných předávkování opioidy (5) a amfetaminy (3) a mírnému poklesu předávkování těžkými látkami (2). Nicméně s ohledem na obecně nízká počty v rámci sledovaného kraje nelze vyvozovat podstatné závěry.

Za znepokojivou považujeme situaci v případě psychotropních léků. Zvýšená preskripce léků lékaři a (zne)užívání léčiv s nízkým potenciálem lékové závislosti pacienty je však charakteristická pro celou Českou republiku, nikoliv jen v případě Moravskoslezského kraje. Nejčastěji jsou nadužívány benzodiazepiny seniory. Zvýšenou indikaci farmakoterapie vnímáme jako celospolečenský problém a nabádáme k racionálnějšímu zacházení při předepisování psychoaktivních léčiv a léků vůbec.

V Moravskoslezském kraji bylo v roce 2004 zjištěno 9 úmrtí za přítomnosti OPL, z nichž bylo 5 nehod a 4 případy sebevraždy. Celkově se úmrtí za přítomnosti OPL podílí 5,5 % z celkem 164 úmrtí za celou ČR.

9 Drogová kriminalita

V celoevropském kontextu je většina hlášených trestných činů (dále též jen „TČ“), které souvisí s porušováním protidrogových zákonů, vázáno k užívání drog nebo jejich držení pro vlastní potřebu. Nejčastější nelegální drogou u drogových trestných činů jsou ve většině členských států konopné drogy, to platí i v případě České republiky (EMCDDA, 2006).

9.1 Úvod

Drogovou kriminalitu lze dělit do následujících čtyř kategorií (dle EMCDDA, 2006):

- Psychofarmakologická trestná činnost (spáchaná pod vlivem psychoaktivní látky),
- sekundární majetková trestná činnost (spáchaná za účelem získání peněz (či drogy) na podporu drogové závislosti),
- systémová trestná činnost (spáchaná v rámci fungování nezákonných drogových trhů jako součást nezákonné distribuce a dodávek drog),
- trestné činy porušování protidrogových zákonů (spáchané proti drogové legislativě a souvisejícím právním předpisům).

Nejčastěji se však používá spíše členění na **primární drogovou kriminalitu** (§ 187 až 188a trestního zákona) a **sekundární kriminalitu** (trestná činnost pod vlivem OPL nebo v souvislosti s ní - např. za účelem obstarání si prostředků na drogy). V poslední době se v rámci výše uvedených kategorií stále více hovoří o tzv. **terciární kriminalitě**, kdy je trestná činnost páchána na uživatelích návykových látek, jedná se např. o omezování osobní svobody, vydírání, kuplířství, kdy pachatel využívá problémů oběti trestného činu, způsobených návykovými látkami⁴⁵.

Drogová trestná činnost v oblasti drog je charakteristická vysokou latencí, vzrůstající organizovaností a konspirativností, obtížným odhalováním, dokazováním a usvědčováním pachatelů z řad dealerů drog.

Přestože hovoříme o drogové kriminalitě, trestní zákoník (dále jen tr. zák.) v zásadě neoperuje s pojmem droga, ale jak je uvedeno v § 89 odst. 10 tr. zák. s návykovou látkou (alkohol, omamné a psychotropní látky nebo látky, které nepříznivě ovlivňují psychiku, ovládací či rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování jedince). Co jsou návykové látky, je upraveno ustanovením § 195 tr. zák., které odkazuje na samostatnou právní normu – zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů.

Za primární drogové trestné činy v rámci vnitrostátní legislativy považujeme:

- § 187 – nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek (OPL) a jedů,
- § 187a – nedovolené držení OPL a jedů pro vlastní,
- § 188 – držení předmětů k nedovolené výrobě OPL,
- § 188a – šíření toxikomanie.

Mimo tyto specifické trestné činy ve vztahu k užívání drog existuje řada dalších trestných činů (tzv. sekundární nebo přidružená drogová kriminalita), kdy si pachatelé majetkovou⁴⁶ trestnou činností (především krádeže) opatřují prostředky pro získání drogy.

⁴⁵ Miovský, M., Gajdošíková, H., Miovská, L. (2004). Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli drog. Časopis Biograf, 35, 12. Str. 33-52.

⁴⁶ Majetková trestná činnost je patrně nejrozšířenější, časté jsou však i loupeže, které nejsou majetkovým trestným činem, nýbrž trestným činem proti svobodě.

Odhalování, objasňování a vyšetřování drogové kriminality je zejména úkolem Policie České republiky. Úkolem soudu je pak následně zhodnotit, zda skutečně došlo k naplnění skutkové podstaty trestného činu a v případě uznání viny stanovit druh a výši trestu. Soudy mohou pachateli drogového trestného činu uložit zejména tresty⁴⁷:

- odnětí svobody,
- propadnutí majetku,
- peněžitý trest,
- propadnutí věci,
- zákaz pobytu a
- vyhoštění z území České republiky (lze uložit pouze cizinci).

9.2 Situace za rok 2004

Stejně jako v případě předchozích kapitol, v době vzniku závěrečné zprávy stále nebyly k dispozici údaje za rok 2005. Od roku 2004 jsou údaje o zjištěných drogových trestných činech policií ČR celorepublikově zpracovávány podle jednotné metodologie (Mravčík et al., 2005). V počtu stíhaných osob za drogové trestné činy se Moravskoslezský kraj v přepočtu na 100 tisíc obyvatel pohybuje pod celorepublikovým průměrem (Mravčík et al., 2005).

Pro bližší seznámení s problematikou drogové kriminality odkazujeme na **Výroční zprávu o stavu ve věcech v České republice za rok 2004**, kterou pro každý rok vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti při Úřadu vlády.

V roce 2005 bylo na území okresu Nový Jičín spácháno celkem 3038 tr. činů, což je ve srovnání s rokem 2004 s 2939 tr. činy nárůst o 3,37 %. Nicméně novojičínsko lze podle policejních statistik považovat za nejbezpečnější okres Moravskoslezského kraje (Daněk, 2005). Z celkového počtu 3038 trestných činů se policistům podařilo objasnit 1634 trestných činů, úspěšnost v odhalování a vyšetřování trestné činnosti činí 55,43 %. Se svými výsledky se v přepočtu na jednoho obyvatele je okres Nový Jičín nejbezpečnějším okresem Moravskoslezského kraje.

9.3 Cíle substudie

Cíly substudie byly:

- provést celkovou analýzu dostupných policejních statistik a stanovit vzájemné poměry mezi trestnými činy nedovolené výroby a držení OPL (§§ 187, 187a, 188) a trestným činem šíření toxikomanie.
- uvést poměr mezi odhalenými a vyšetřovanými drogovými trestnými činy a počtem stíhaných pachatelů.

9.4 Zdroje dat

Zdrojem statistických údajů o oznámených či zjištěných a objasněných (případně neobjasněných) trestných činech jsou statistiky Policejního prezidia ČR. Ve **statistických přehledech kriminality** jsou vedeny všechny typy trestných činů spáchaných na území ČR za sledované období. Nicméně tyto statistiky, které jsou dostupné např. na internetových stránkách Ministerstva vnitra ČR (www.mvcr.cz/), jsou vedeny pouze za kraje⁴⁸. V případě,

⁴⁷ Systém trestů je poněkud složitější, než uvádíme, nicméně z důvodu rozsahu textu se omezíme pouze na tento výčet.

⁴⁸ Statistické výkazy jsou vedeny jak za Moravskoslezský kraj podle nového územního uspořádání z roku 2000, tak za Severomoravský kraj, který je správním obvodem některých orgánů státní správy a který byl vytvořen v roce 1960.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

že je třeba dostat se v údajích na okresní úroveň, je možno se obrátit se s žádostí na Policii České republiky, Okresní ředitelství Nový Jičín, do jejíž územní působnosti spadají města: Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Fulnek, Kopřivnice, Nový Jičín, Odry, Příbor a Studénka.

Ve statistikách Ministerstva spravedlnosti (dále také pouze „MS“) jsou zaznamenány údaje o obviněných osobách. Tyto data jsou, narozdíl od údajů Policie ČR, vykazována s určitým časovým posunem, po konečném rozhodnutí státního zástupce v dané věci. Pro získání dat na krajské úrovni lze použít **statistickou ročenku kriminality MS** (<http://portal.justice.cz/>). Pro údaje na úrovni okresů se lze obrátit na Okresní státní zastupitelství Nový Jičín.

Údaje o osobách obžalovaných a odsouzených zpracovává a poskytuje taktéž MS. Statistické informace o pravomocně skončených soudních řízeních podle jednotlivých ustanovení trestního zákona lze získat pro krajskou úroveň opět na internetových stránkách MS. V případě potřeby dat na okresní úrovni je možno využít údajů z Okresního soudu v Novém Jičíně.

My jsme na okresní úrovni využili pouze údajů, které nám poskytlo Okresní ředitelství policie ČR Nový Jičín a Okresní soud v Novém Jičíně.

Za rychle poskytnutá data upřímně děkujeme.

9.5 Výstupy substudie

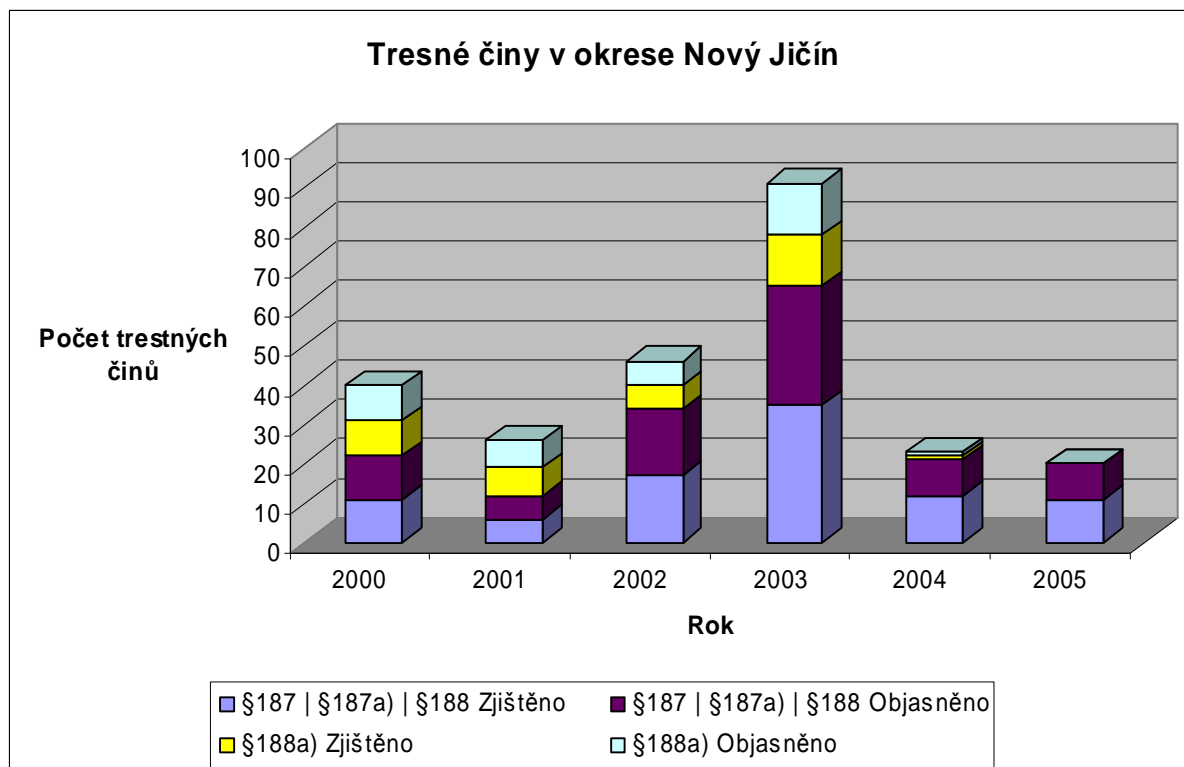
Jak už jsme uvedli výše, údaje MS informující o obviněných osobách by měly přibližně odpovídat údajům o počtu stíhaných osob podle statistik Ministerstva vnitra. Nicméně údaje policie a státních zastupitelství jsou odlišné jednak díky časovému posunu ve statistikách státních zastupitelství, tak např. díky dalším úkonům (kauza končí zastavením, následným ukládáním souhrnných trestů atd.).

V následující tabulce (Tabulka 9-1) i grafu (Obrázek 9-1) uvádíme údaje o oznámených či zjištěných a objasněných tr. činech podle §§ 187, 187a, 188, 188a tr. zák. za roky 2000 – 2005 a první tři měsíce roku 2006. Bohužel se nám nepodařilo získat podrobněji vedený přehled o TČ u §§ 187, 187a, 188 tr. zák., které byly k dispozici v sumarizované podobě, čímž se snižuje výpovědní hodnota prezentovaných dat. Údaje u § 188a tr. zák. jsou již uvedeny odděleně. Tyto údaje však nelze např. interpretovat jako počty stíhaných osob – např. v rámci jednoho zjištěného TČ může být více spolupachatelů.

Tabulka 9-1: Drogové trestné činy v okrese Nový Jičín za roky 2000 až část roku 2006 (Okresní ředitelství policie ČR)

Rok	Trestné činy						
	§ 187	§ 187a	§ 188	§ 188a		Celkem	
	Zjištěno	Objasněno	Zjištěno	Objasněno	Zjištěno	Objasněno	
2000	11	11	9	9	20	20	
2001	6	6	7	7	13	13	
2002	17	17	6	6	23	23	
2003	35	30	13	13	48	43	
2004	12	9	1	1	13	10	
2005	11	9	0	0	11	9	
2006 (I.-III.)	2	2	0	0	2	2	
Celkem	83	73	36	27	119	100	

Obrázek 9-1: Drogové trestné činy v okrese Nový Jičín (Okresní ředitelství policie ČR)



Z tabulky 9-1 i obrázku 9-1 je patrný statistický nárůst u oznámených a zjištěných TČ mezi roky 2002 a 2003 a následný rapidní pokles v roce 2004. **Tato výrazná disproporce není zapříčiněna zvýšenou aktivitou Policie ČR v daném období, ale zavedením nové metodiky a změnou způsobu vykazování TČ.**

Z tohoto důvodu se budeme zabývat pouze údaji za roky 2004 a 2005. Z údajů lze vyčíst, že mezi roky 2004 a 2005 byl evidován přibližně stejný počet zjištěných i objasněných TČ podle §§ 187, 187a, 188 tr. zák. V roce 2004 dosáhla objasněnost TČ 75 %, v roce 2005 objasněno bylo 81 % TČ. Za první čtvrtletí roku 2006 byly objasněny oba TČ nedovolené výroby a držení OPL. Pro TČ šíření toxikomanie byl obviněn jedna osoba v roce 2004 a v roce 2005 nebyl podle okresních statistiky zjištěn žádný TČ dle 188a tr. zák.

V následující tabulce (Tabulka 9-2) uvádíme přehled drogových TČ za posledních šest let (plus tři měsíce z roku 2006) na 100 tisíc obyvatel jak za celou ČR, tak Moravskoslezský kraj a bývalý okres Nový Jičín. Z přehledové tabulky a následně i grafu je zřejmé, že se okres Nový Jičín pohybuje u § 187, 187a), 188 tr. zák. hrubě pod celorepublikovým průměrem i pod průměrem Moravskoslezského kraje. Mírné zvýšení zjištěných a objasněných TČ nedovolené výroby a držení OPL je hlášeno v roce 2003. U TČ šíření toxikomanie se spíše blíží průměru v ČR, kromě roku 2003, kdy u zjištěných TČ podle § 188a) více než dvojnásobně překročil celorepublikový průměr, ale jak jsme uvedli výše, to může být dáno přechodem na jinou metodiku evidence TČ. V dalších letech se opět pohybuje pod národním průměrem. Průměrné hodnoty Moravskoslezského kraje u § 188a) nebyly v okrese Nový Jičín překročeny.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

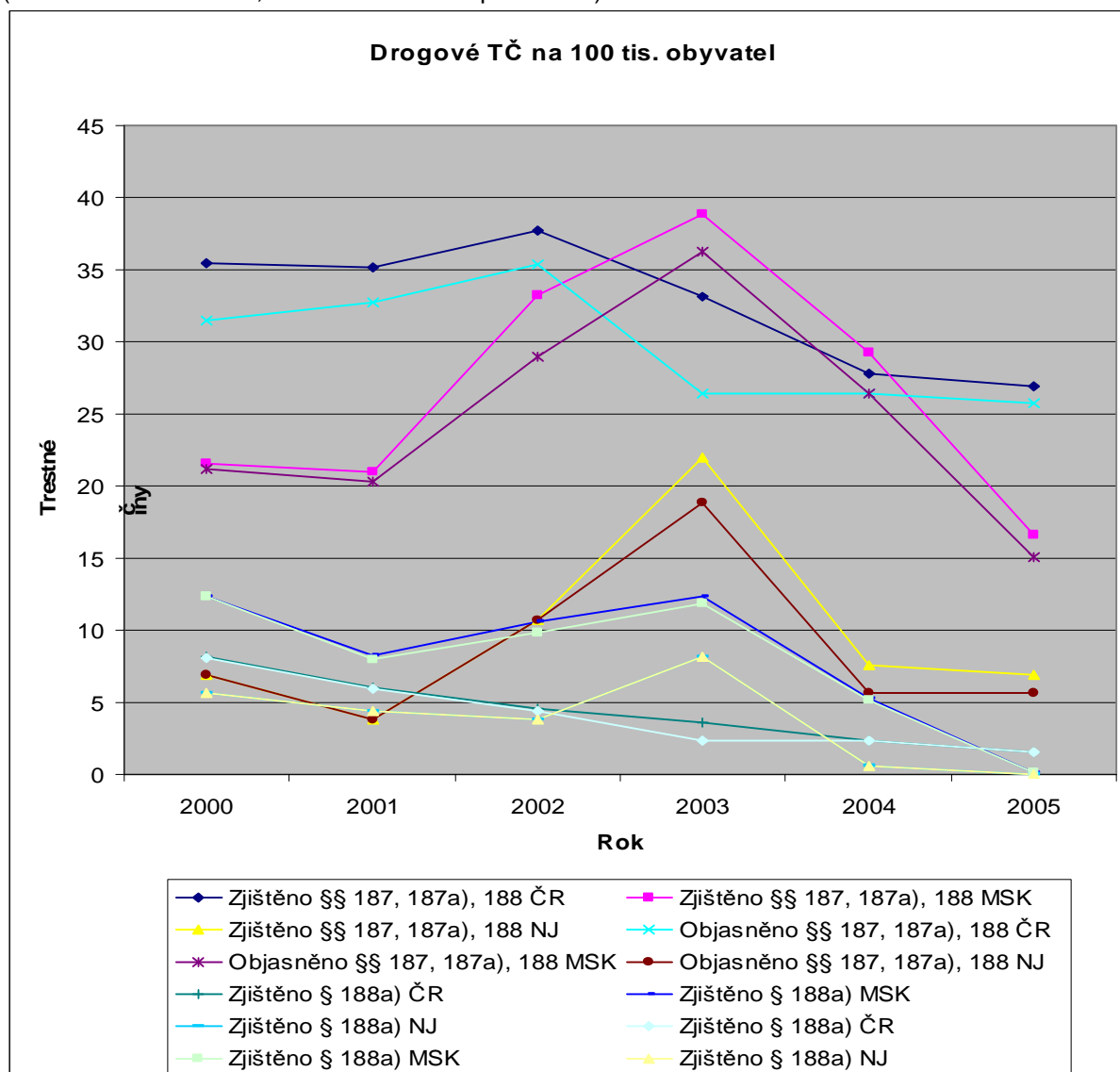
Tabulka 9-2: Drogové trestné činy v ČR, MSK a okrese NJ na 100 tis. obyvatel od r. 2000 do března 2006 (Ministerstvo vnitra ČR; Okresní ředitelství policie ČR)

Roky	Trestné činy											
	§§ 187, 187a), 188						§ 188a)					
	Zjištěno			Objasněno			Zjištěno			Objasněno		
	ČR	MSK	NJ	ČR	MSK	NJ	ČR	MSK	NJ	ČR	MSK	NJ
2000	35,43	21,57	6,91	31,47	21,17	6,91	8,13	12,38	5,65	8,1	12,38	5,65
2001	35,14	21,01	3,77	32,78	20,29	3,77	5,99	8,23	4,4	5,93	7,99	4,4
2002	37,72	33,23	10,68	35,35	29	10,68	4,59	10,62	3,77	4,37	9,83	3,77
2003	33,15	38,91	21,98	26,48	36,27	18,84	3,59	12,3	8,17	2,3	11,9	8,17
2004	27,82	29,24	7,54	26,48	26,44	5,65	2,34	5,27	0,63	2,3	5,19	0,63
2005	26,94	16,62	6,91	25,72	15,02	5,65	1,54	0,08	0	1,54	0,08	0
2006 (I.-III.)	7,48	6,07	1,26	7,11	4,95	1,26	0,42	0,24	0	0,41	0,08	0
Celkem	203,68	166,65	59,05	185,39	153,14	52,76	26,6	49,12	22,62	24,95	47,45	22,62

Údaje z tabulky jsou o něco přehledněji znázorněny v následujícím grafu. U všech sledovaných § pro šestileté období vidíme, že počet TČ je pod republikovým i krajským průměrem na 100 tis. obyvatel.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Obrázek 9-2: Drogové trestné činy na 100 tis. obyvatel od r. 2000 do března 2006 podle území
(Ministerstvo vnitra ČR; Okresní ředitelství policie ČR)



Podle Statistického výkazu kriminality MV ČR lze pokládat za pozitivní skutečnost, že v Moravskoslezském kraji nebylo za sledované období 2000 – 2006 oznámeno či zjištěno žádné podávání anabolických látek mládeži. To nicméně neznamená, že tento problém neexistuje. Otázkou spíše je, nakolik se policie na daný problém zaměřuje. Obtížnost při dokazování úmyslu spolu s nízkými tresty jistě nepřispívá k důraznějšímu prosazování práva. O poznání horší jsou údaje o podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Problém podávání alkoholických nápojů mládeži představuje závažný problém a tento je rozšířen i v populaci žáků základních škol a studentů středních škol v bývalém okrese Nový Jičín (viz „Školní dotazníková studie“). V tomto případě se jedná o značně neuspokojivou situaci. O podávání alkoholických nápojů nezletilým v Moravskoslezském kraji vypovídá Tabulka 9-3.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

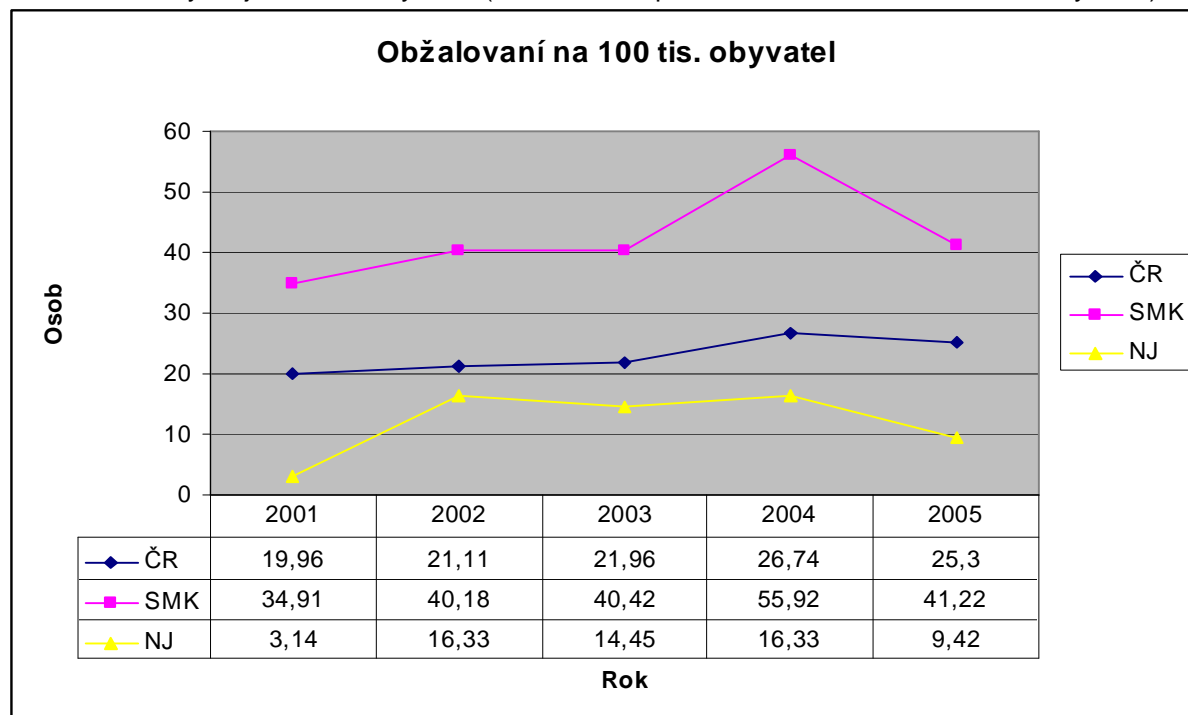
Tabulka 9-3: Podávání alkoholických nápojů mládeži v MSK za roky 2000 – březen 2006
(Ministerstvo vnitra ČR)

Rok	Zjištěno	Objasněno
2000	17	17
2001	28	28
2002	27	26
2003	16	14
2004	27	24
2005	19	17
2006 (I.-III.)	2	2
Cekem	136	128

V případě, že je spáchán a následně objasněn TČ, případ je předán státnímu zastupitelství a, který na pachatele podá obžalobu, pokud nezvolí jiný způsob vyřízení věci (např. podmíněné zastavení trestního stíhání). Na obrázku (Obrázek 9-3) jsou uvedeny počty obžalovaných osob na 100 tisíc obyvatel pro drogové trestné činy za pětileté období v České republice, Severomoravském kraji a okrese Nový Jičín. V počtu obžalovaných osob je po celé sledované období okres Nový Jičín pod celorepublikovým průměrem. Severomoravský kraj naopak v celorepublikovém průměru dosahuje přibližně dvojnásobných hodnot – což lze přičíst zahrnutím údajů z města Ostravy.

V průběhu ledna až dubna roku 2006 byly okresním soudem v Novém Jičíně obžalovány zatím dvě osoby.

Obrázek 9-3: Celkový počet osob obžalovaných pro §§ 187, 187a), 188, 188a) tr. zák. pro ČR, Severomoravský kraj a okres Nový Jičín (Ministerstvo spravedlnosti ČR; Okresní soud Nový Jičín)



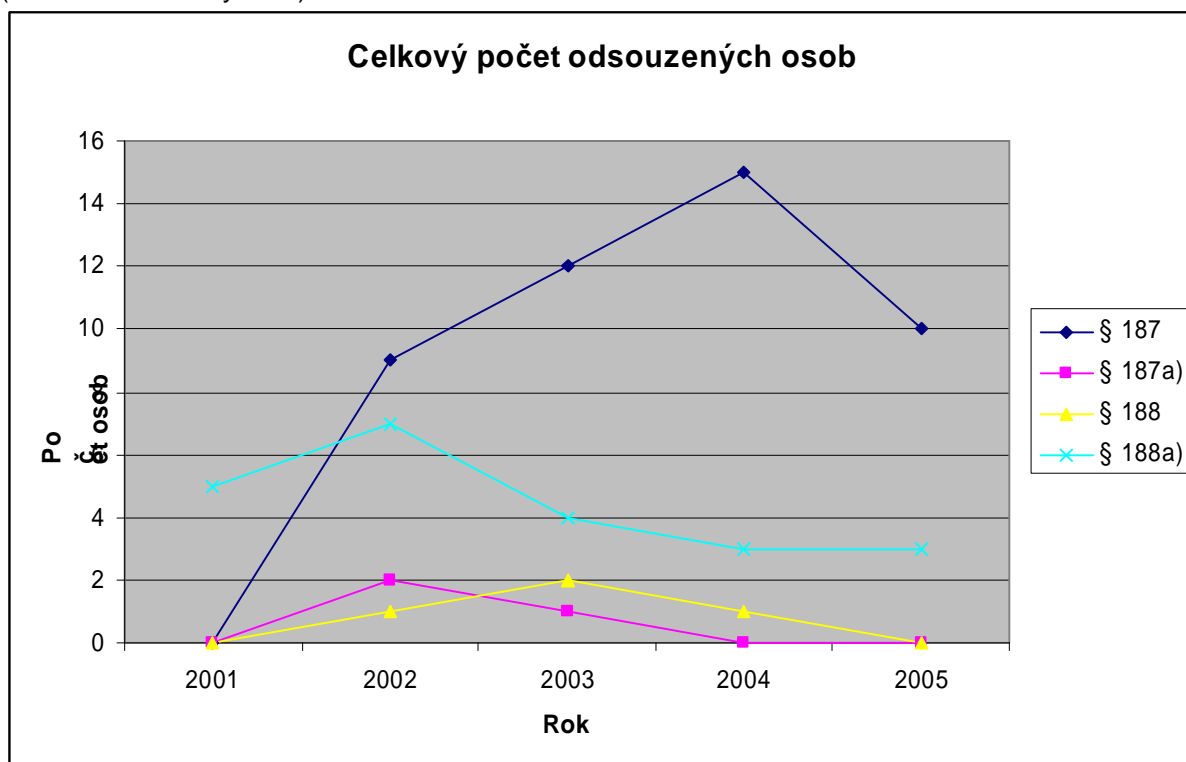
V případě, že je s obžalovaným nařízeno hlavní líčení, může být pachatel mj. shledán vinným a odsouzen. Výše a druh trestu je plně v kompetenci soudu. V období let 2001 – dubna 2006 bylo okresním soudem Nový Jičín odsouzeno celkem 77 osob. V tabulce (Tabulka 9-4) a následně pak v grafu (Obrázek 9-4) uvádíme počty odsouzených podle jednotlivých § za sledované období. Nejvíce odsouzených bylo podle § 187 tr. zák.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Tabulka 9-4: Celkový počet osob odsouzených okresním soudem Nový Jičín (Okresní soud NJ)

Rok	Trestné činy				Celkem
	§ 187	§ 187a)	§ 188	§ 188a)	
2001	0	0	0	5	5
2002	9	2	1	7	19
2003	12	1	2	4	19
2004	15	0	1	3	19
2005	10	0	0	3	13
2006 (I.-IV.)	2	0	0	0	2
Celkem	48	3	4	22	77

Obrázek 9-4: Počet osob odsouzených okresním soudem Nový Jičín pro drogové trestné činy (Okresní soud Nový Jičín)



Nicméně abychom získali možnost porovnat okres Nový Jičín v počtu odsouzených osob s celorepublikovým a Severomoravským průměrem odsouzených za drogové trestné činy, uvádíme přepočty odsouzených osob na 100 tisíc obyvatel (Tabulka 9-5).

Tabulka 9-5: Odsouzené osoby v ČR, Severomoravském kraji a okr. NJ přepočteno na 100 tis. obyvatel (Ministerstvo spravedlnosti ČR; Okresní soud Nový Jičín)

Roky	§ trestního zákoníku											
	§187			§187a)			§188			§ 188a)		
	ČR	SMK	NJ	ČR	SMK	NJ	ČR	SMK	NJ	ČR	SMK	NJ
2001	8	11,34	0	0,62	0,24	0	0,28	0,56	0	0,6	1,12	3,14
2002	8,84	11,66	5,65	0,84	0,56	1,26	0,61	1,52	0,63	0,4	0,64	4,4
2003	9,84	14,06	7,54	1,01	0,64	0,63	0,57	1,04	1,26	0,47	1,12	2,51
2004	17,36	15,98	9,42	1,12	1,28	0	0,62	1,92	0,63	0,48	0,8	1,88
2005	11,2	20,69	6,28	1,18	0,96	0	0,63	1,6	0	0,44	1,2	1,88
Celkem	55,24	73,73	28,89	4,77	3,68	1,89	2,71	6,64	2,52	2,39	4,88	13,81

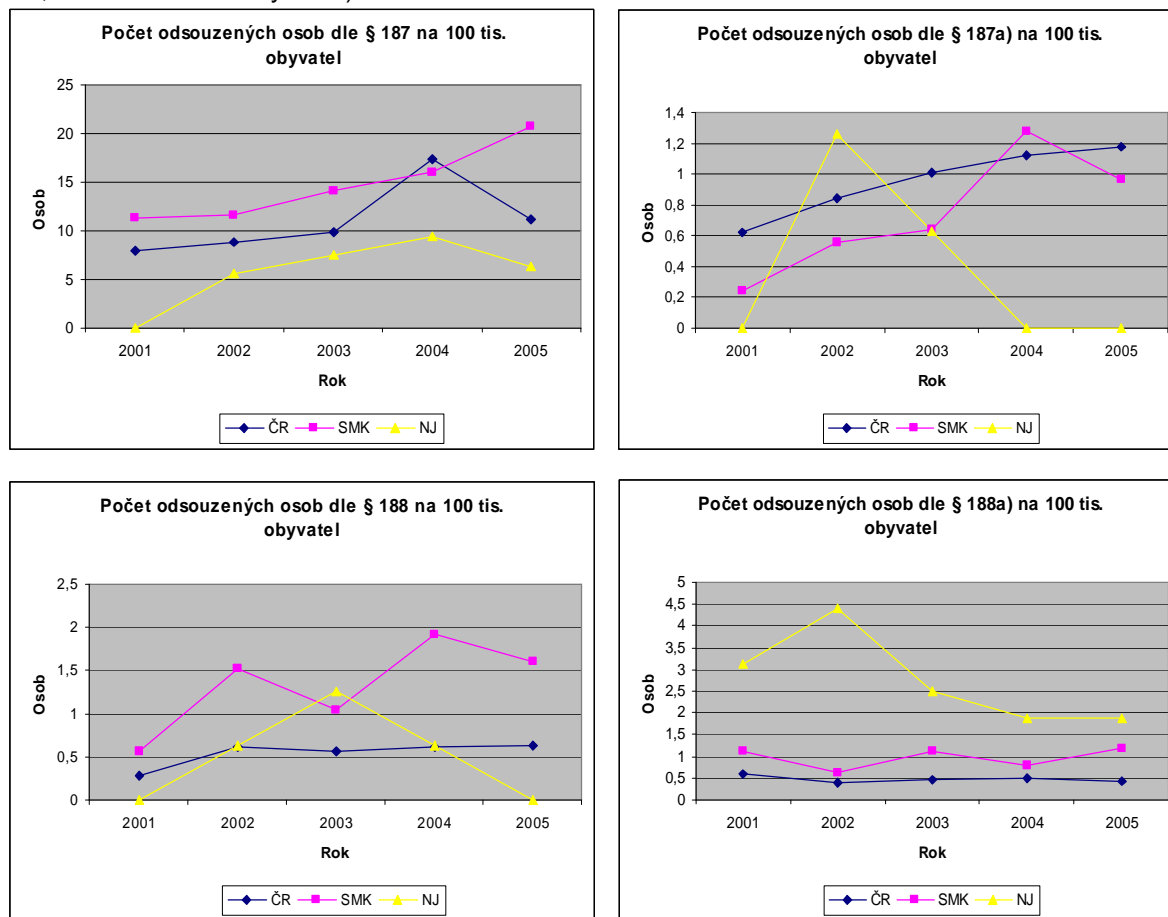
Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek v bývalém okrese Nový Jičín

Jednotlivé paragrafy trestního zákoníku jsou pro větší názornost uspořádány do grafů (Obrázek 9-5). Díky grafickému znázornění jasně vystupují rozdíly při srovnání okresu Nový Jičín s počtem osob odsouzených v Severomoravském kraji a v ČR. Údaje jsou přepočteny na 100 tis. obyvatel. U § 187 tr. zák. v žádném ze sledovaných roků nepřekročil počet odsouzených 10 osob na 100 tisíc obyvatel.

Grafy pro § 187a a 188 tr. zák. uvádíme pouze pro úplnost. V roce 2002 (§187a tr. zák.) byly odsouzeny dvě osoby a v roce 2003 (§ 188 tr. zák.) taktéž dvě osoby – nicméně grafické znázornění může vyvolávat pocit, že došlo k rapidnímu nárůstu.

Jako zajímavější se jeví poslední graf, vztahující se k § 188a tr. zák., kde se počet odsouzených pohybuje jak nad celorepublikovým, tak průměrem Severomoravského kraje. Avšak údaje o počtu odsouzených jsou na úrovni okresu tak nízké, že nelze v zásadě vyvozovat jakékoli závěry. Pokud bychom totiž chtěli např. tvrdit, že šíření toxikománie je na novojičínsku postihováno tvrději, nežli tomu je v jiných regionech ČR, museli bychom se zabývat jednotlivými kauzami a podrobit je kvalitativní analýze.

Obrázek 9-5: Počty odsouzených dle jednotlivých § v okrese Nový Jičín (Ministerstvo spravedlnosti ČR; Okresní soud Nový Jičín)



9.6 Souhrn nejdůležitějších zjištění

V posledních šesti sledovaných letech se okres Nový Jičín v přepočtu na 100 tis. obyvatel u § 187, 187a), 188 tr. zák., tj. trestnými činy nedovolené výroby a držení OPL, pohybuje pod celorepublikovým průměrem i pod průměrem Moravskoslezského kraje. Stejně tak tomu bylo i u § 188a) tr. zák. za roky 2004 a 2005.

Úspěšnost při objasňování TČ podle § 187, 187a, 188 tr. zák. se v okrese Nový Jičín pohybuje kolem 80 %.

Za problematické považujeme podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. S ohledem na rozšířenost tohoto fenoménu v Moravskoslezském kraji, který může mít negativní dopad na optimální psychosociální vývoj jedince, nabádáme k důslednějšímu a aktivnějšímu přístupu při snižování dostupnosti alkoholu mladistvým.

V počtu obžalovaných osob (přepočteno na 100 tis. obyvatel) za drogové trestné činy se okres Nový Jičín po sledované období let 2004 a 2005 pohybuje pod celorepublikovým průměrem.

V letech 2004 a 2005 se v přepočtu na 100 tis. obyv. počet odsouzených osob za drogové trestné činy v okrese Nový Jičín pohybuje pod celorepublikovým i krajským průměrem. Výjimku tvoří § 188a) tr. zák., tj. šíření toxikomanie, nicméně s ohledem na povahu a objem dat, nelze tento fenomén jakkoli interpretovat.

10 Souhrn nejdůležitějších zjištění celého projektu

a) Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách

Zkušenosti s drogami se vyskytují ve všech sledovaných ročnících žáků základních a středních škol a vyšší odborné školy v okrese Nový Jičín. Nejčastěji užívanými drogami jsou jednoznačně legální drogy - alkohol a tabák. S velkým odstupem následuje marihuana (konopné drogy). Na dalších místech pomyslného žebříčku se umísťují rozpustidla (zejm. u žáků ZŠ) a sedativa nepředepsaná lékařem, následuje extáze, stimulancia (pervitin) a halucinogeny. První vyzkoušenou drogou jsou nejčastěji tabák či alkohol, z nelegálních jsou to konopné drogy (marihuana).

Školní populace Novojičínska se ve zkušenostech s drogami a ve svém návykovém chování nijak výrazně neliší od školní populace celé České republiky. V porovnání s celorepublikovým průzkumem ESPAD je v okrese Nový Jičín o něco méně pravidelných konzumentů vyšších dávek alkoholu⁴⁹, méně silných kuřáků⁵⁰ a méně žáků s celoživotní zkušeností užívání extáze. Nepříznivě vynívající jsou údaje o aktuálním užívání rozpustidel u žáků ZŠ z Novojičínska.

Více zkušeností a vyšší míra užívání zejm. konopných drog a alkoholu je mezi muži než ženami. Rozdíly v užívání návykových látek jsou významné také podle typu středních škol, které studenti studují: uční (ve druhém ročníku) deklarují nejvyšší míru zkušeností i aktuálního užívání, následují studenti odborných škol a nejlépe jsou na tom gymnazisté.

b) Analýza institucionálního kontextu drogových služeb

Na území bývalého okresu Nový Jičín nesídlí žádné zařízení, které by se primárně zaměřovalo na drogovou problematiku. Veškerá dostupná specializovaná péče je soustředěna buď do katastru bývalého okresního města Nový Jičín (ambulantní léčba) nebo do města Kopřivnice (terénní program), sever bývalého okresu (Odry, Bílovec) není pokryt žádnými drogovými službami.

Medicínskou péči (léčba a sociální reintegrace) pro pacienty závislé na alkoholu lze hodnotit na základě získaných údajů od zdravotnických pracovníků na srovnatelné úrovni s dalšími regiony. Nedostatkem je chybějící specializovaná AT ordinace. Základní ambulantní léčba je poskytována privátními psychiatry, žádný z nich však není specializován na problematiku závislosti. Léčba nealkoholových závislostí trpí tímto deficitem o to více, že žádný ze specialistů neposkytuje substituční terapii.

Z hlediska ústavní léčby, rezidenční péče v terapeutických komunitách a doléčování je situace vzhledem k nadregionálnímu charakteru těchto služeb uspokojivá. Nízkoprahové služby (terciární prevence) jsou v novojičínském regionu dostupné jen velmi omezeně, což neodpovídá reálné současné potřebě těchto služeb. Terénní práce existuje pouze v jediné oblasti (Kopřivnice, Příbor), kde bylo v roce 2005 v okrese Nový Jičín vyměněno celkem 13 770 injekčních stříkaček a jehel⁵¹ - to v konečném počtu výměn řadí okres Nový Jičín na třetí místo po Ostravě (42 941) a Frýdku-Místku (41 267). Kapacitní omezení (územní a časový rozsah) může mít negativní vliv na kvalitu a spektrum poskytovaných služeb. Neexistence širší nabídky nízkoprahových služeb může samozřejmě ve střednědobé a dlouhodobé perspektivě mít negativní vliv na zdraví celé populace, která není drogami přímo zasažená (šíření infekčních onemocnění).

⁴⁹ 5 a více sklenic alkoholu 3 a vícekrát za posledních 30 dnů.

⁵⁰ 11 a více cigaret denně.

⁵¹ Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.

Z analýzy potřeb oslovených odborníků kromě nedostatečného pokrytí území bývalého okresu nízkoprahovými službami vyplývá jako druhé nejzávažnější (a nejčastěji se opakující) téma chybějící komunikace a koordinace mezi různými složkami systému prevence a léčby. Na určitou neochotu zainteresovaných subjektů komunikovat ukazuje i extrémně nízká míra response. Jako třetí nejzávažnější téma se objevil problém financování. Výtky nesměřují k obecnému nedostatku peněz, ale spíše k nesystémovému financování celé oblasti preventivních a léčebných adiktologických služeb.

c) Sekundární analýza žádostí o léčbu

V roce 2005 bylo v Moravskoslezském kraji evidováno celkem 410 prvních žádostí o léčbu a 675 všech žádostí o léčbu. Z celkového počtu bylo 47 nových žadatelů o léčbu z okresu Nový Jičín. V okrese Nový Jičín nejvíce prvožadatelů bylo uživatelé marihuany (22), následovali uživatelé pervitinu (13) a rozpustidel (10). V Moravskoslezském kraji nejčastějšími prvožadateli o léčbu byli uživatelé stimulancií (pervitin), kteří tvořili přibližně polovinu žádostí o léčbu, následováni uživatelé kanabinoidů, dále opioidů a těkavých látek. Více než polovina prvožadatelů o léčbu (410) užívá více psychoaktivních látek současně.

V Moravskoslezském kraji byli ve srovnání s ostatními kraji ČR nejčastěji léčeni uživatelé kanabinoidů (téměř jedna pětina) a těkavých látek (více než jedna třetina). Stejně tak je Moravskoslezský kraj ve srovnání s ostatními kraji ČR na prvním místě v počtu poprvé léčených osob pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (20,1 % z celé ČR). Nejpočetněji zastoupenou skupinou uživatelů nelegálních drog léčených v ambulantních psychiatrických zařízeních jsou pacienti ve věku 20-29 let (20,4 %).

Počty prvožadatelů i všech žadatelů o léčbu z řad problémových uživatelů drog jsou v Moravskoslezském kraji nižší než je průměr za celou ČR. V Moravskoslezském kraji bylo také hospitalizováno celkem 7 dětí ve věku do 14 let pro poruchy způsobené užíváním drog.

d) Školní programy specifické primární prevence

Nejčastěji realizovanými programy specifické primární prevence za školní rok 2005/2006 byly jednorázové besedy a promítání dokumentů a filmů s drogovou problematikou. V některých školách (4 ZŠ a 1 SŠ) se jedná o veškeré aktivity, které byly v daném roce uskutečněny. Přitom soustavnost a intenzita při implementaci primárně-preventivních aktivit zvyšuje jejich účinnost a působí tedy preventivně. Na základních ani středních školách nejsou realizovány peer programy. Další z oblastí, kde jsou stále možnosti pro zlepšení, je, že v některých školách je náplň primárně-preventivních programů pro celý druhý stupeň společná – nerozlišuje se mezi jednotlivými ročníky. Témata primárně-preventivních aktivit by měla být systematicky sestavena tak, aby na sebe vzájemně navazovala. Navíc jsme se při sběru dat opakovaně setkávali s nejasnostmi a nepochopením základního termínu jakým je specifická primární prevence.

Z výsledků studie je patrné, že se na základních školách u vyšších ročníků při realizaci specifické primární realizátoři prevence obrací na vnější subjekty, nejčastěji je to Policie ČR. Zapojení Policie ČR do programů specifické primární prevence je diskutabilní již z pohledu zákona 379/2005 Sb.

Na úrovni vedení školy i řadových zaměstnanců školy panují nejasnosti ohledně kompetencí a povinností, jak postupovat, když se na škole objeví problém s užíváním drog. To může vést k nečinnosti při řešení problému, jež považujeme za nežádoucí.

V okrese Nový Jičín jsou školy, které lze ve specifické primární prevenci považovat za příklady dobré praxe. Totéž platí pro činnost okresního metodika preventivních aktivit v okrese Nový Jičín. Podle okresního metodika preventivních aktivit patří problémy s marihuanou k nejčastěji řešeným otázkám se školními metodiky prevence v okrese Nový Jičín.

e) Infekční onemocnění spojená s užíváním drog

Ačkoliv je z dlouhodobého hlediska výskyt virových hepatitid v Moravskoslezském kraji relativně nižší než v celé České republice, v posledních letech má incidence vzestupnou tendenci a trendem je postupné vyrovnání s celorepublikovým průměrem. Poměr uživatelů drog mezi všemi zachycenými případy virové hepatitidy je nepatrně nižší než v ČR.

Negativním faktorem je to, že více než polovina problémových injekčních uživatelů v Moravskoslezském kraji nebyla nikdy testována ani na přítomnost markerů virových hepatitid ani na HIV, ačkoliv jsou výsledky testování příznivější než v minulých letech. Nulovou protestovanost vykazují také všichni registrovaní problémoví uživatelé z Novojičínska.

f) Drogová kriminalita

Moravskoslezský kraj se přibližně 1/10 podílí na případech drogových úmrtí v rámci celé ČR. Vzhledem k velikosti a počtu obyvatel kraje (cca 1.251.767) je tento údaj odpovídající k poměru počtu obyvatel v ČR.

V Moravskoslezském kraji došlo v roce 2004 v porovnání s rokem 2003 k mírnému nárůstu smrtelných předávkování opioidy (5) a amfetaminy (3) a mírnému poklesu předávkování těžkými látkami (2). Nicméně s ohledem na obecně nízká počty v rámci sledovaného kraje nelze vyvozovat podstatné závěry.

Za znepokojivou považujeme situaci v případě psychotropních léků. Zvýšená preskripce léků lékaři a (zne)užívání léčiv s nízkým potenciálem lékové závislosti pacienty je však charakteristická pro celou Českou republiku, nikoliv jen v případě Moravskoslezského kraje. Nejčastěji jsou nadužívány benzodiazepiny seniory. Zvýšenou indikaci farmakoterapie vnímáme jako celospolečenský problém a nabádáme k racionálnějšímu zacházení při předepisování psychoaktivních léčiv a léků vůbec.

V Moravskoslezském kraji bylo v roce 2004 zjištěno 9 úmrtí za přítomnosti OPL, z nichž bylo 5 nehod a 4 případy sebevraždy. Celkově se úmrtí za přítomnosti OPL podílí 5,5 % z celkem 164 úmrtí za celou ČR.

g) Smrtelná předávkování OPL

V posledních šesti sledovaných letech se okres Nový Jičín v přepočtu na 100 tis. obyvatel u § 187, 187a), 188 tr. zák., tj. trestnými činy nedovolené výroby a držení OPL, pohybuje pod celorepublikovým průměrem i pod průměrem Moravskoslezského kraje. Stejně tak tomu bylo i u § 188a) tr. zák. za roky 2004 a 2005. Úspěšnost při objasňování TČ podle § 187, 187a, 188 tr. zák. se v okrese Nový Jičín pohybuje kolem 80 %.

Za problematrické považujeme podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Důslednější a aktivnější přístup při snižování dostupnosti alkoholu mladistvým může na tento trend příznivý vliv.

V počtu obžalovaných osob (přepočteno na 100 tis. obyvatel) za drogové trestné činy se okres Nový Jičín po sledované období let 2004 a 2005 pohybuje pod celorepublikovým průměrem.

V letech 2004 a 2005 se v přepočtu na 100 tis. obyv. počet odsouzených osob za drogové trestné činy v okrese Nový Jičín pohybuje pod celorepublikovým i krajským průměrem. Výjimku tvoří § 188a) tr. zák., tj. šíření toxikomanie, nicméně s ohledem na povahu a objem dat, nelze tento fenomén jakkoli interpretovat.

11 Závěr

V roce 2005 byl zahájen výzkumný projekt, jehož cílem bylo zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jejich uživatelům na území bývalého okresu Nový Jičín. Výzkumný projekt byl realizován v rámci pěti pověřených obcí: Bílovec, Frenštát pod Radhoštěm, Kopřivnice, Nový Jičín a Odry.

Získané výsledky pomohly formulovat některá základní zjištění, jejichž znalost je potřebná pro zahájení práce na systémových opatřeních v regionu.

Projekt je složen celkem ze sedmi dílčích substudií:

- 1) Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách
- 2) Analýza institucionálního kontextu poskytování drogových služeb
- 3) Sekundární analýza žádostí o léčbu
- 4) Školní programy primární prevence
- 5) Infekční onemocnění spojená s užíváním drog
- 6) Mortalita u uživatelů drog
- 7) Drogové trestné činy a přestupky

V případě některých substudií, např. Mortalita u uživatelů drog či Infekční onemocnění spojená s užíváním drog, je s daty pracováno na krajské úrovni. To je dáno jednak povahou dat (jejich četnost aj.) nebo charakterem hlásných a sběrných systémů. Některé z prezentovaných údajů tak poukazují na jeden z limitujících aspektů práce s daty na okresní úrovni.

Okres Nový Jičín, resp. Moravskoslezský kraj se u většiny sledovaných ukazatelů drogové situace a drogových služeb výrazně nevzdaluje celorepublikovému průměru. To platí zejména pro epidemiologické indikátory drogové úmrtnosti a infekčních onemocnění, nebo drogových trestných činů v okrese Nový Jičín. Stejně tak tomu je ve srovnání školské populace Novojičínska, která se ve zkušenostech s drogami a ve svém návykovém chování nijak výrazně neliší od školní populace celé České republiky. Za zmínku stojí nepříznivě vynívající údaje o aktuálním užívání rozpustidel u žáků ZŠ z Novojičínska.

Ze sekundární analýzy žádostí o léčbu je zřejmé, že v Moravskoslezském kraji jsou nejčastějšími prvožadateli o léčbu uživatelé stimulancií (pervitinu), následování uživateli kanabinoidů, dále opioidů a těkavých látek. V okrese Nový Jičín je nejvíce žádostí od uživatelů konopných drog. Právě v Moravskoslezském kraji byli ve srovnání s ostatními kraji ČR nejčastěji léčeni uživatelé kanabinoidů (téměř jedna pětina) a těkavých látek (více než jedna třetina). Stejně tak je Moravskoslezský kraj ve srovnání s ostatními kraji ČR na prvním místě v počtu poprvé léčených osob pro poruchy způsobené užíváním alkoholu.

V případě školních programů specifické primární prevence je stále prostor pro implementaci dlouhodobých a systematických preventivních aktivit a pro zvyšování jejich kvality.

Negativním faktorem u infekčních nemocí je to, že více než polovina problémových injekčních uživatelů v Moravskoslezském kraji nebyla nikdy testována ani na přítomnost markerů virových hepatitid ani na HIV, ačkoliv jsou výsledky testování příznivější než v minulých letech. Nulovou protestovanost vykazují také všichni registrovaní problémoví uživatelé z Novojičínska.

Z analýzy institucionálního kontextu drogových služeb v okrese Nový Jičín vyplývá, že je region z pohledu tohoto specifického typu služeb podhodnocen. Nízkoprahové služby (terciární prevence) jsou v novojičínském regionu dostupné jen velmi omezeně. Neexistence širší nabídky nízkoprahových služeb může ve střednědobé a dlouhodobé perspektivě mít negativní vliv na zdraví celé populace, která není drogami přímo zasažená (šíření infekčních onemocnění). Jako druhé nejzávažnější téma z analýzy potřeb vyplynulo nedostatečná komunikace a koordinace mezi různými složkami systému prevence a léčby. Jako třetí nejčastěji zmiňované téma se objevil problém financování.

Literatura:

- Barker, G. (2000). Metody rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti. Albert. Boskovice.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P. and Sovinová, H. (2004). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha.
- Český statistický úřad (2004). Statistická ročenka české republiky 2004. Praha: Český statistický úřad.
- EMCDDA (2005). Problémy trestných činů v oblasti drog a vězeňství. Retrieved May 20. 4. 2006 at: http://ar2004.emcdda.europa.eu/cs/page093-cs.html#fn-143-1-1-11_1_0_0_0_0_6-0-1_96
- Klusoňová, H., Štěpánová, V., Čížek, J. & Plíšková, L. (2004). Virové hepatitidy u problémových uživatelů návykových látek v ČR. Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie, 53, č.2, s.47-54.
- Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě (2006). Ročenka 2005. KHS MSK se sídlem v Ostravě.
- Kvale, S. (1996). Interviews. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Libra, J. (2003). „Drogová agentura“ jako možný model specifického lokálního programu. Adiktologie, 3, 1.
- Miovský, M. & Urbánek, T. (1999). NEAD 98. Přehled hlavních výsledků výzkumu. Albert, Boskovice.
- Miovský, M. & Urbánek, T. (2001). NEAD 2000. Závěrečná zpráva z výzkumu za okres Brno-venkov. Albert. Boskovice.
- Miovský, M., Gajdošíková, H., Miovská, L. (2004). Etické aspekty terénního výzkumu s uživateli drog. Časopis Biograf, 35, 12. Str. 33-52.
- Moldrzyk, Z. & Matuszczyková, L. (2005). Výroční zpráva drogové epidemiologie za rok 2004. Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje se sídlem v Ostravě.
- Moldrzyk, Z. & Matuszczyková, L. (2006). Zpráva drogové epidemiologie za rok 2005. Krajská hygienická stanice Ostrava. Retrieved on May 29, 2006 from http://www.khsova.cz/aktuality/drog_epid_2006.pdf
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády.
- Mravčík, V., Šebáková, H. & Kania A. (2000). Séroprevalence virových hepatitid typu A–C u injekčních uživatelů drog. Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie, 49, 1, s. 19-23.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP (2005). Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2004. Praha. Notes: nepublikováno. In: Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & SSLST ČLS JEP, 2005
- NIDA (1997). Preventing Drug Abuse Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Second Edition. NIDA. In: Lejckova, P. (2005). Primární prevence užívání drog: Základní principy a efektivní programy. Zaostřeno na drogy, 1, 4. Úřad vlády ČR.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

- NMS (2003). Zájem o léčbu a/nebo specializované služby v souvislosti s užíváním drog. Retrieved on May 4, 2006 from http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/poptavka_po_lecbe_a_odbornych_sluzbach/zajem_o_lecbe_a_nebo_specializovane_sluzby_v_souvislosti_s_uzivanim_drog
- NMS, Seroprevalenční studie VHC. Viz např. Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovska, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V. & Vopravil, J. (2005). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády.
- Pedagogicko-psychologická poradna Nový Jičín (2006). Instituce pro prevenci v Moravskoslezském kraji a v ČR. Retrieved on March 20, 2006 from http://www.pppnj.adslink.cz/data/prevence_doc/ Instituce pro prevenci v MSK a v ČR.doc
- Polanecký, V. (1997). Epidemiologie drogových závislostí. Česká republika - 1996. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V. (1998). Epidemiologie drogových závislostí. Česká republika - 1997. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J. & Železná, Z. (2005) Výroční zpráva 2004 - Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Železná, Z. (2004). Výroční zpráva ČR – 2003. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Hančlová, H. (2000). Epidemiologie drog a uživatelů drog. Česká republika - 1999. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J., Bártů, I. (2003). Výroční zpráva ČR – 2002. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J., Hančlová, H. (2001). Epidemiologie drog a uživatelů drog. Česká republika - 2000. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klika, J., Šeblová, J., Hančlová, H. (2002). Epidemiologie drog a uživatelů drog. Česká republika - 2001. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Šejda, J., Studničková, B., Klimešová, M., Šeblová, J., Hančlová, H. (1999). Epidemiologie drogových závislostí. Česká republika - 1998. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Püschel, K. (1998). Determining the Numer of Drug-Related Deaths. In EMCDDA Estimating the Prevalence of Problem Drug Use (pp. 127-135). Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. In Záborský et al. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2003a). Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci. Úřad vlády České republiky, Praha.
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2003b). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, verze 7 – 2. revize. Úřad vlády ČR, Praha.
- Sales, B. D., and Folkman, S. Eds. (2000). Ethics in Research With Human Participants. APA.

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

- Seidmann, I. E. (1991). Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences. New York: Teachers College Press.
- Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. In: Kalina (Eds.) Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády, Praha, 2003.
- Statistická ročenka Moravskoslezského kraje 2005. Český statistický úřad, Krajská reprezentace Ostrava. (Retrieved 20. 10. 2005 at: <http://www.ostrava.czso.cz/>)
- Statistické výkazy jsou vedeny jak za Moravskoslezský kraj podle nového územního uspořádání z roku 2000, tak za Severomoravský kraj, který je správním obvodem některých orgánů státní správy a který byl vytvořen v roce 1960.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Albert, Boskovice.
- ÚZIS ČR (2005a). Psychiatrická péče 2004. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚZIS ČR (2005b). Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2004. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Vacek, J. (2004). Analýza institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky kraje. Závěrečná zpráva č. 2 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. NTI - consulting s.r.o., Liberec.
- Zábranský, T., Vorel, F., Balíková, M. a Šejvl, J. (2004). Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR: stručný souhrn a manuál pro monitorování. Praha: Úřad vlády ČR.

Přílohy

Příloha č. 1: Informace k výzkumné studii

TO: Ředitelé škol vybraných pro výzkum
zhodnocení stavu užívání návykových
látek na území bývalého okresu Nový Jičín

Věc: Informace k výzkumné studii

V Praze 8. listopadu 2005

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při realizaci projektu, do kterého byla Vaše škola vybrána a jehož cílem je zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených uživatelům drog na území bývalého okresu Nový Jičín. Jedná se o jednoletý výzkumný projekt, nad nímž finanční záštitu převzal Moravskoslezský kraj.

Tímto bych Vás chtěl požádat o spolupráci na projektu, která spočívá v umožnění realizace první fáze projektu: „Školní dotazníkové studie o alkoholových a nealkoholových drogách“. Žádná z výzkumných aktivit, které jsou pro zdárné provedení studie třeba, nevyžadují nestandardní postup a o každé z aktivit Vás budeme včas a podrobně informovat. Veškerá výzkumná činnost bude realizována opět pouze se souhlasem žáků, případně jejich zákonných zástupců (ti mají právo účast ve výzkumu odmítnout). Výzkum je po celou dobu přísně anonymní a dbáme maximální úrovně ochrany všech dat. Do kontaktu s žáky se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál. S daty bude nakládáno v souladu s příslušnými zákonnými normami a naopak u některých z nich dbáme přísnějších norem, než jaké ukládá zákon. Stejně tak budou chráněny i veškeré informace o Vaší škole a z výsledku studie nebude možné zjistit, která data pocházejí z konkrétních škol. Realizátoři projektu Vás samozřejmě v případě zájmu seznámí s technickými podrobnostmi.

Výzkumná část projektu je koordinovaná ze strany pracovníků Sdružení SCAN. To jej také prostřednictvím mé osoby garantuje. Výsledky z výzkumu budou publikovány v odborných časopisech. Pokud byste měl/a jakékoli další dotazy, obraťte se prosím na přímo na vedoucího projektu Mgr. Romana Gabrhelíka (viz příloha č. 3).

Děkuji a těším se na naši další spolupráci,

Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.
odborný garant studie

Příloha č. 2: Informace pro vedení školy

TO: Ředitelé škol vybraných pro výzkum
zhodnocení stavu užívání návykových
látek na území bývalého okresu Nový Jičín

Věc: Informace pro vedení školy k substudii „Školní dotazníková studie o alkoholových a nealkoholových drogách“

V Praze, 8. listopadu 2005

Vážená paní ředitelko, pane řediteli,

dovolte mi, abych Vás seznámil s procesuální stránkou naší případné spolupráce na substudii, která je zaměřená na užívání návykových látek mezi žáky základních škol.

Naším cílem je získat konkrétní počet dotazníků od žáků ve věku 12 a 14 let. Tzn., že bychom dotazník administrovali žákům 7. a 9. tříd ZŠ. Vzhledem k věku spolupracujících žáků je třeba, aby rodiče či zákonní zástupci dítěte vyjádřili svůj souhlas. Ten je nezbytný, jinak by se žák nemohl vyplňování dotazníku zúčastnit. Souhlas rodičů viz příloha č. 3. V případě, že se rozhodnete pro spolupráci, uvítáme, pokud byste formulář namnožili (můžeme zaslat také elektronickou verzi souhlasu pro tisk) a třídní učitelé je rozdali žákům s prosbou o vyjádření rodičů, že souhlasí s účastí jejich dítěte v této studii.

Administrace dotazníků trvá celou jednu vyučovací hodinu. Při administraci dotazníků bychom vám chtěli komplikovat výuku co nejméně, a proto škole budeme vycházet maximálně vstříc při dohodách, ve kterých hodinách budeme moci testovat. Nicméně preferujeme dopolední vyučovací hodiny, kdy žáci jsou stále relativně málo unaveni. Během administrace dotazníku není přítomnost učitele/-ky nezbytně nutná. Z našeho pohledu je žádoucí spíše absence vyučujícího, neboť jeho/její přítomnost může na žáky během práce na dotazníku působit rušivým dojmem.

Na konci měsíce listopadu Vás budeme kontaktovat buďto e-mailem nebo telefonicky, abychom dohodli konkrétní podmínky případné spolupráce a datum návštěvy tazatele. Stejně tak rádi zodpovíme případné další dotazy a nejasnosti.

Děkuji.

S pozdravem

Mgr. Roman Gabrhelík
Vedoucí výzkumné studie

Kontakt:

Mgr. Roman Gabrhelík
Centrum adiktologie
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN
Univerzita Karlova v Praze
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
e-mail: gabhelik@adiktologie.cz
tel: +420-2-24965657

Příloha č.3: Souhlas rodičů

SOUHLAS RODIČŮ

Souhlasím/Nesouhlasím*, aby se syn/dcera*..... zúčastnil/a dne.....dotazníkového šetření v rámci „Školní dotazníkové studie o alkoholových a nealkoholových drogách“ realizovaného Sdružením SCAN. Cílem je zhodnocení stavu užívání návykových látek a služeb určených jejich uživatelům na území bývalého okresu Nový Jičín. Projekt probíhá pod finanční záštitou Moravskoslezského kraje. Veškerá získaná data jsou anonymní a bude s nimi nakládáno v souladu se zákonnými normami. Do kontaktu s žáky se dostane pouze kvalifikovaný a proškolený personál.

V.....dne.....

Podpis zákonného zástupce

* Nehodící se škrtněte

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

Příloha č.4: Dotazník k substudii analýza institucionálního kontextu

INSTRUKCE K VYPLŇOVÁNÍ: Odpovídající možnosti označte křížkem a do volných polí doplňte text.

ZAŘÍZENÍ

název:
sídlo, adresa:
telefon:
e-mail:
www:
kontaktní osoba (příp. osoby, vč. titulu):

ZŘIZOVATEL

název, sídlo:
právní status: <input type="checkbox"/> státní <input type="checkbox"/> nezisková oblast <input type="checkbox"/> privátní

OBECNÉ CHARAKTERISTIKY ZAŘÍZENÍ A POSKYTOVANÝCH SLUŽEB

územní působnost, spádová oblast Vašeho zařízení (odkud jsou Vaši klienti):		
<input type="checkbox"/> místní, lokální (v rámci obce, jejího spádového území)		
<input type="checkbox"/> regionální, krajská (v rámci území více obcí s rozšířenou působností nebo celého Kraje)		
<input type="checkbox"/> celorepubliková (nebo překračující hranice Kraje)		
exkluzivita drogové oblasti v rámci všech Vámi poskytovaných služeb:		
<input type="checkbox"/> drogy tvoří pouze část poskytovaných služeb (odhadněte procenta):		
<input type="checkbox"/> zařízení je zaměřeno exkluzivně na drogy		
personál zabývající se drogovou problematikou		
funkce:	vzdělání, odbornost:	počet úvazků:
provozní doba (dny v týdnu, hodiny):		
kapacita zařízení (denní, roční...):		

**Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín**

Specifikujte POSKYTOVANÉ SLUŽBY, zaškrtněte všechny hodící se možnosti, případně ještě upřesněte.

kategorie		konkrétní činnost (případně blíže specifikujte):
<input type="checkbox"/> primární prevence	<input type="checkbox"/> specifická (zaměřená přímo na prevenci užívání drog)	<input type="checkbox"/> systematické, dlouhodobé programy pro: <input type="checkbox"/> peer programy <input type="checkbox"/> informace, přednášky <input type="checkbox"/> jiné:
	<input type="checkbox"/> nespécifická	<input type="checkbox"/> organizace volného času <input type="checkbox"/> sociální programy <input type="checkbox"/> jiné:
<input type="checkbox"/> detoxifikace	<input type="checkbox"/> záchytná lůžka pro vystřízlivění <input type="checkbox"/> medikovaná detoxifikace <input type="checkbox"/> nemedikovaná detoxifikace	
<input type="checkbox"/> terénní program	<input type="checkbox"/> na otevřené drogové scéně (ulice, kluby, veřejné akce...)	<input type="checkbox"/> poskytování informací, doporučení do dalších zařízení <input type="checkbox"/> poskytování informací o rizicích spojených s užíváním <input type="checkbox"/> poskytování krizové a situační intervence <input type="checkbox"/> asistence při řešení sociálních a zdravotních problémů <input type="checkbox"/> výměnný program injekčního náčiní <input type="checkbox"/> zdravotní ošetření <input type="checkbox"/> testování HIV a hepatitidy <input type="checkbox"/> vitamínový servis <input type="checkbox"/> potravinový servis <input type="checkbox"/> hygienický servis <input type="checkbox"/> jiné:
	<input type="checkbox"/> na uzavřené drogové scéně (drogové byty, uzavřené akce) <input type="checkbox"/> detašovaná terénní práce (věznice, azylové domy...)	
<input type="checkbox"/> kontaktní a poradenské služby (K-centrum)		
<input type="checkbox"/> ambulanční léčba (v AT ordinaci nebo jiném zdravotnickém zařízení)		
<input type="checkbox"/> substituční léčba	specifikujte substituční látku:	
<input type="checkbox"/> stacionární program	<input type="checkbox"/> denní <input type="checkbox"/> odpolední <input type="checkbox"/> noční	specifikujte poskytované služby:
<input type="checkbox"/> ústavní léčba	<input type="checkbox"/> krátkodobá <input type="checkbox"/> střednědobá	
<input type="checkbox"/> terapeutická komunita	<input type="checkbox"/> střednědobá <input type="checkbox"/> dlouhodobá	
<input type="checkbox"/> následná péče (doléčovací program)	<input type="checkbox"/> strukturovaný ambulantní program <input type="checkbox"/> chráněné bydlení <input type="checkbox"/> chráněné dílny <input type="checkbox"/> podporované zaměstnání	
<input type="checkbox"/> další poradenství	<input type="checkbox"/> krizová intervence, specifikujte formu: <input type="checkbox"/> psychologické poradenství <input type="checkbox"/> sociálně-právní poradenství <input type="checkbox"/> jiné:	
<input type="checkbox"/> svépomoc	<input type="checkbox"/> skupiny (bývalých/současných) uživatelů <input type="checkbox"/> rodinní příslušníci, rodičovské skupiny	
<input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> poskytování informací <input type="checkbox"/> školení odborníků <input type="checkbox"/> výzkum, dokumentace <input type="checkbox"/> jiné:	

**Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín**

Specifikujte **CÍLOVOU SKUPINU**, zaškrtněte všechny hodící se možnosti, případně ještě upřesněte.

CÍLOVÁ SKUPINA podle vztahu k drogovému problému:

- uživatelé drog přímo
- příbuzní, blízcí uživatelů
- další odborníci, případně upřesněte:

CÍLOVÁ SKUPINA podle věku:

- do 15 16-18 19-40 nad 40
- jiná kategorizace:

CÍLOVÁ SKUPINA podle typu užívané látky:

- nelegální drogy (pervitin, heroin, braun, kokain, marihuana, taneční drogy, LSD a jiné ...)
- alkohol
- tabák
- jiné:

VYTÍŽENOST SLUŽEB – POČET KLIENTŮ

ABSOLUTNĚ: Kolika klientům s drogovým problémem byly poskytnuty služby v roce 2005? Pokud je to možné, upřesněte, kolik z těchto klientů bylo z Novojičínska. (Pokuste se rozepsat podle jednotlivých typů služeb a užívaných látek, případně podle diagnózy.)

RELATIVNĚ: Popište slovy poměr nabídky služeb a poptávky po nich? Jsou všichni žadatelé uspokojeni? Jak dlouhé jsou čekací doby?

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

ANALÝZA POTŘEB

Pokuste se definovat a blíže popsat tři největší problémy, s nimiž se osobně setkáváte v oblasti drogových služeb.

1.

2.

3.

Co potřebujete ke zlepšení nebo zefektivnění práce?

SÍŤ SLUŽEB, NÁVAZNOST

S kterými zařízeními či odborníky z oblasti drogových služeb v regionu spolupracujete (konkrétně)? (Odkud k vám chodí klienti, kam klienty odesíláte? S kým koordinujete svou činnost?)

Jak vnímáte návaznost a dostupnost drogových služeb v novojičínském regionu?

Souhlasíte s uveřejněním kontaktu na Vaše zařízení v adresáři služeb novojičínského regionu?

ano ne

.....
jméno

funkce

datum

podpis

DĚKUJEME VÁM ZA VYPLNĚNÍ TOHOTO DOTAZNÍKU.

Výsledky studie Vám v případě zájmu zašleme na Vaši e-mailovou adresu.

Ano, mám zájem o zaslání výsledků studie.

Příloha č. 5: Dotazník k substudii sekundární analýzy žádostí o léčbu

Dotazník „Zdravotní péče a žádostí o léčbu“

Obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci na studii, jejímž cílem je pomoci uživatelům drog v regionu zajistit odpovídající zdravotní péči. Účastí na projektu nám pomůžete zjistit jaký je skutečný stav zdravotní péče ve Vašem městě. Za účast Vám předem děkujeme.

Stručně popište kontext setkání (kde, jak atd.):

1. Věk (nebo odhad): _____ 2. Pohlaví participanta: a) muž
b) žena
3. Primární droga: _____

4. Jak hodnotíte Váš zdravotní stav(zaškrtněte):

- a) Dobrý, aktuálně žádné zdravotní potíže
- b) Drobné problémy, ale obecně dobrý
- c) Vleklé problémy, nyní pod kontrolou
- d) Zdravotní problémy
- e) Vážné zdravotní problémy

5. Byl(a) jste testován(a) na infekční žloutenku?

- a) Ne
- b) Ano

pokud ano s jakým výsledkem?

- a) Negativní
- b) Hepatitida typu B
- c) Hepatitida typu C

6. Závažné zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog:

- | | | |
|------------------|--------|-------|
| Absces | a) ano | b) ne |
| Předávkování | a) ano | b) ne |
| Toxická psychóza | a) ano | b) ne |

7. Kdy jste byl(a) naposledy u lékaře? (uveďte také specializaci): _____

8. Myslíte si, že Vám v případě zdravotního problému lékaři pomohou?

Závěrečná zpráva projektu evaluace drogových služeb a stavu užívání návykových látek
v bývalém okrese Nový Jičín

9. Počet absolvovaných pokusů o léčbu (počítejte všechny pokusy o léčbu v nějakém zařízení):

- a) Kde _____ Rok _____
b) Kde _____ Rok _____
c) Kde _____ Rok _____
d) Kde _____ Rok _____
e) Kde _____ Rok _____

10. Nejdélší absolvovaná léčba:

počet měsíců (např. 10/2000–2/2001): _____

byla tato léčba dokončená? a) ano b) ne

11. jaký typ léčby se jednalo?

- a) ambulantní
b) stacionář
c) krátkodobá (např. PL - do 3 měsíců)
d) střednědobá (do 6 měsíců, PL, TK, atd.)
e) dlouhodobá (nad 6 měsíců)

12. Máte zájem o to se jít léčit? a) ano b) ne

13. V případě zájmu, kam by jste se obrátil(a) s žádostí o léčbu...? (otevřená otázka – prosíme nenapovídat:)))

Děkujeme za Tvůj čas:))