

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Studijní program:
Sociální politika a sociální práce

Studijní obor:
Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Písemná práce k diplomové zkoušce

Metody sociální práce v nízkoprahovém zařízení pro drogově závislé

Metody sociální práce v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog na taneční scéně.

Bc. Petra Stuchlíková

„ Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k diplomové zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila. „

Datum_____

Podpis_____

Poděkování

V úvodní části bych ráda poděkovala paní MUDr. Olze Dostálové, CSc., za její cenné rady a lidský přístup k mé osobě a panu Mgr. Jakubu Zlámanému za profesionální vedení a rady.

Dále paní Haně Králové a Darje Vávrové za pomoc při administrativních náležitostech, které jsou nezbytné pro vypracování a odevzdání písemné diplomové práce. Zejména pak děkuji panu PhDr. Jiřímu Růžičkovi, Ph.D., za možnost mého studia. Jsem vděčná i všem přednášejícím, s nimiž jsem měla tu čest setkat a být přítomna na jejich přednáškách, které mi byly velkým přínosem.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mým rodičům MVDr. Ivanu Stuchlíkovi a MVDr. Zdeňce Stuchlíkové za jejich podporu při studiu. Velkou podporou mi byl také můj přítel, kterému touto cestou také děkuji.

OBSAH

Úvod	5
1 Vymezení sledované problematiky	7
1.1 Klíčová slova a jejich definice	8
1.1.1 Pojmy: Úzus, abúzus, misúzus	8
1.1.2 Pojem: závislost, psychická a fyzická	9
1.1.3 Obecná charakteristika látek vyvolávajících závislost	11
1.1.4 Abstinence, abstinenční syndrom	11
1.1.5 Metody sociální práce v oblasti sociální prevence.....	12
1.1.6 Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog	13
2 Základní dělení drog užívaných na klubové scéně a jejich historie	15
2.1 Stimulační drogy	15
2.2 Halucinogenní drogy	20
2.3 Protidrogová politika České republiky a srovnání se západními státy.....	21
3 Prevence drogové závislosti.....	23
3.1 Vznik prevence, základní pojmy.....	23
3.2 Terciální prevence	24
3.2.1 Harm reduction – program redukce rizik	25
4 Metody sociální práce v oblasti terciární prevence na klubové scéně	28
4.1 Pracovní skupina "Prevence na taneční scéně"	28
5 Bio- psycho- socio- spirituální model drogové závislosti.....	30
5.1 Počátek závislosti u mladistvých.....	30
5.2 Rizika případného experimentování	31
6 Empirická část	33
6.1 Cíl práce	33
6.2 Dílčí cíl.....	33
6.3 Předpoklady výsledku průzkumu	33
6.4 Metodika	33
6.5 Charakteristika souboru	34
6.6 Analýza získaných dat.....	34

6.7 Vyhodnocení získaných údajů – diskuse	72
6.7.1 Kritéria k potvrzení domněnek.....	72
6.8 Využití získaných poznatků	74
Závěr	75
Resumé	77
Seznam bibliografických citací	78
Internetové zdroje	79
Seznam tabulek a grafů	81
Seznam příloh	82
Přílohy	83

ÚVOD

Drogu ne! Tato věta je velice stručná a často opakovaná našim dětem. Vyjadřuje daleko složitější problém, který se v posledních desetiletích u nás objevil. Za tyto roky přibylo několik tisíc mladých lidí závislých na drogách a naštěstí i další, kterým se podařilo drogy zbavit. Vše většinou začíná experimentováním mladých lidí s drogou. Od experimentu je jen malý krůček k závislosti. Toxikomani užívají drogy, aby manipulovali své pocitové stavy. Potlačovali nepříjemné a vyvolávali příjemné pocity.

Toto téma jsem si vybrala proto, že se dotýká nás všech. I letos přibyli mladí lidé závislí na drogách, naše děti, příbuzní, partneři a přátelé. O tuto problematiku jsem se začala zajímat již na střední zdravotnické škole, při níž jsem absolvovala školení peer asistentů. V budoucnu bych se chtěla této práci věnovat. S experimentováním s drogami se setkávám velice často, protože sedm let navštěvuji techno párty kde jsou taneční drogy nedílnou součástí pro většinu mladých lidí a bez nich si neumí večer představit.

Ve své práci se zabývám metodami sociální práce v nízkoprahovém zařízení pro drogově závislé. Orientovala jsem se pouze na aktivity zaměřené na prevenci a redukci rizik spojené s užíváním drog na taneční scéně.

V hlavní části práce jsem popsala vymezení dané problematiky, vznik závislosti u mladých lidí a dále postupně na závislosti vznikající zdravotní a psychická rizika. V další části práce se věnuji přehledu drog užívaných na taneční scéně a jejich historii.

Důležitá je prevence. Vznik prevence a typy prevencí, terciární prevence a program redukce rizik Harm reduction, což je obsahem další kapitoly. Dále se v moji diplomové práci zabývám metodami sociální práce v oblasti terciální prevence na klubové scéně. Z dostupných zdrojů vyplývá velmi zajímavé zjištění, že v posledních letech je oblast terciální prevence nevyužita. Jediná akce, která se letos ve sféře terciální prevence začíná konat je Safer party tour 2008. Ačkoliv jsem chtěla zmapovat jiné evropské státy, zjistila jsem, že Safer party tour se rozšířila pouze na Slovensko a v jiných státech Evropy je tato oblast i nadále nevyužita. V poslední kapitole teoretické části popisují bio- psycho- socio- spirituální model drogové závislosti, počátek závislosti u mladistvých a rizika případného experimentování.

V empirické části mé diplomové práce jsem se rozhodla zmapovat postoj návštěvníků tanečních akcí k tanečním drogám a jejich informovanost o této problematice. Také porovnávám rozdíly v informovanosti a postoje k tanečním drogám mezi ženami a muži a v závislosti na stupni dosaženého vzdělání.

Dotazníky obsahující otázky z drogové problematiky jsem rozdala návštěvníkům jednoho z největších tanečních festivalů v České republice. Výsledky jsem potom zpracovala. Mým záměrem je využít všechny tyto poznatky v praktické činnosti a to ve spolupráci na projektu Safer party tour, kterou mám již domluvenou.

Důvody, proč někteří dospívající sahají k návykovým látkám, není příliš složité hledat. Patří k nim snadná dostupnost, snaha uniknout nepříznivé životní situaci nebo napodobování dospělých i kamarádů.

Literatura k oblasti dané problematiky je v současné době velmi rozsáhlá. Jedním z nepostradatelných pramenů pro zpracování mé práce byl také internet, kde jsem čerpala nové informace, které jsem v literatuře nenašla.

1 VYMEZENÍ SLEDOVANÉ PROBLEMATIKY

Problémy působené návykovými látkami jsou v naší době velmi časté. Klasickou tzv. drogovou scénou, tedy případy pokoutného získávání, výroby, distribuce a užívání nelegálních návykových látek, můžeme mapovat v tehdejší Československu někdy od počátku sedmdesátých let minulého století. Právě tehdy se objevily první pokusy o vloupání do lékáren za účelem získání omamných prostředků, a tyto případy byly stéle častější. Bylo zřejmé, že i v tehdejší politickém systému vzrůstá poptávka po drogách. Komunistický režim se dlouho snažil předstírat, že drogové problémy u nás neexistují, a to proto, že jejich důvodem je nespokojenost a rozklad mládeže z kapitalistické ciziny. Vznikal specifický obraz české drogové scény, který se zachoval po dlouhá léta. (PRESL, 2007, s. 5)

Když se v USA v polovině 80 let začal v detroitských klubech a na nočních rozhlasových pořadech poprvé ozývat syntetický zvuk samplované elektronické hudby nazývané techno, nepřineslo to nejen nový zvuk, ale i nové myšlenky. Propagátoři taneční hudby nemluvili o sobě a o svém egu, ale kolektivním zážitku tisíců lidí, tvořících při tanci v jednom rytmu atmosféru podobnou hromadné meditaci. Dochází při tom k častému experimentování s psychedeliky (LSD a později hlavně MDMA alias Extáze) a objevování odkazu amerických filosofů a experimentátorů jako byl například Timothy Leary. (*Techno rebelové: Vznik techno scény a její vliv na českou alternativní kulturu* /online/. c2005)

Podle výzkumů v zemích EU zkusilo extázi alespoň jednou v životě tři až 3,5 miliónu lidí, dle zdroje ČTK v roce 2002. Zhruba od roku 1998 se tento způsob zábavy výrazně rozšířil také v České republice. Konzumenti psychotropních drog nevidí ve svém stylu života problém. Užívají je jen v periodách. Bohužel si neuvědomují, že jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislosti. Míra vzniku závislosti je u jednotlivých drog vyjádřena různou intenzitou. Obhájcem výhod halucinogenů slouží fakt, že u téhle skupiny drog nelze o klasickém typu závislosti mluvit. Zápornou stránku téhle skupiny drog, ale tvoří fakt, že jejich účinky jsou velmi často nevypočitatelné a riziko poškození organismu je

ve srovnání s jinými drogami, které mají vysoký potenciál vzniku závislosti (opiáty) značně vysoké.

Dopady nejsou jenom v oblasti zdravotní jako komplikace zdravotního stavu, které jsou často nevratné, jsou špatně nebo nejsou vůbec léčitelné a můžou vést i ke smrti. Jedná se o žloutenky typu A, B, C a také o nemoc nejtěžší – HIV/AIDS. Problém začíná narůstat i v oblasti sociální a ekonomické. Nejdůležitější je proto prevence.

1.1 Klíčová slova a jejich definice

Klíčová slova pro tuto práci jsou: úzus, abúzus, závislost, návykové látky, abstinence a abstinenci syndrom, metody sociální práce a nízkoprahová zařízení. Pojem terciální prevence bude vysvětlen v příslušné kapitole.

1.1.1 Úzus, abúzus, misúzus

Slovo „úzus“ znamená „užití, užívání“, naopak „abúzus“ představuje nadměrné „užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu např. při práci, v těhotenství (VOKURKA, HUGO, 1998, s. 2).

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 660) uvádí slovo „úzus“ v širším významu jako „zvyk, obyčej, přiměřené užívání“ jednak látek (alkohol, léky) nebo činností jako práce nebo sex, a to ve vhodné situaci. Abúzus (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 15-16) je pak i zde uvedeno jako nadužívání s upozorněním, že zneužívání je přesně vyjádřeno „misúzus“. Jde o nadužívání psychotropních nebo toxických látek (mezi nimi alkohol a tabák) a také v nevhodnou dobu. Tyto látky mohou být bez návyku a s návykem. MATOUŠEK (2003, s. 21) nemá slovo „úzus“ ve slovníku uvedeno. Jako abúzus uvádí „užívání psychoaktivní látky, která vede ke zdravotnímu poškození nebo nepříjemné psychické reakci“

1.1.2 Pojem: závislost, psychická a fyzická

Praktický medicínský slovník definuje obecně závislost jako „*psychické a tělesné důsledky pravidelného užívání drogy (včetně alkoholu), které postiženého nutí k jejímu trvalému konzumu*“ (VOKURKA, HUGO, 1998, s. 486-487). Dále autoři rozlišují závislost psychickou, která nutí toxikomana užívat drogu v důsledku trvalé touhy po jejích účincích, a závislost fyzickou, která se vyskytuje pouze u některých drog a jež se projeví abstinenčními příznaky po odnětí drogy.

Komise znalců SZO přijala a roku 1969 publikovala tuto definici drogové závislosti: „*psychický a někdy také fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna nebo nepřítomna. Osoba může být závislá na více než jedné droze.*“ (URBAN, 1973, s. 14)

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 699) uvádějí u pojmu závislost: „*stav chronické a periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost*“. Autoři upozorňují, že je lépe používat „*látková závislost*“ než „*drogová závislost*“, protože droga má ve farmakologii jiný význam. U závislosti jde o patologický vztah mezi organismem a látkou vznikající opakovaným užíváním látky, která nakonec vede k intoxikaci spojené se silnou touhou po této látce. Tato látka (droga) pak začne organizovat celý život nemocného.

K závislosti inklinují lidé z kriminální subkultury, lidé s lehkým intelektuálním deficitem, lidé z rozvrácených rodin, lidé toužící po stále nových zážitcích.

MATOUŠEK (2003, s. 270) definuje závislost jako stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky nebo činnosti. Kromě fyzické a psychické stránky uvádí ještě stránku sociální.

Za závislost považujeme skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, při nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.

Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol, tabák.

Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze v situaci, kdy během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku; pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, nebo toxické poškození myšlení.

Somatická závislost

je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, často doprovázená zvyšující se tolerancí. Projevuje se abstinčním syndromem při vysazením látky. Ten může mít různé příznaky, záleží na druhu látky. Téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní potíže, jako je zvýšené pocení a třes.

Psychická závislost

projevuje se jako „ obtížně přemožitelná touha po požití látky “, potřeba užívat ji opakovaně a s přesvědčením, že pokud by to jedinec neudělal, bude se cítit špatně. Pouhá představa, že by svoji dávku neměl, vyvolává úzkost a podrážděnost.

Jak je patrné, u jednotlivých autorů jsou na pojem „závislost“ celkem shodné názory s výjimkou formálního označování tohoto jevu (drogová – látková - na návykové látce závislost), přičemž v jednotlivých oborech se nezapře důraz na jejich profesionální zaměření.

1.1.3 Obecná charakteristika látek vyvolávající závislost

VOKURKA a HUGO (1998, s. 91) uvádí u pojmu „droga“, že jím je původně míněn sušený rostlinný a živočišný materiál určený k léčebnému použití. V současnosti je tímto pojmem míněna látka přírodní či syntetická splňující dva základní požadavky: a) má psychotropní efekt, tj. ovlivňuje prožívání reality b) může vyvolat závislost.

MATOUŠEK (2003, s. 59) uvádí pojem „droga“ jako termín s mnoha významy. Neobecněji znamená lék, včetně léků podléhajících mezinárodní kontrole, V dalším významu znamená psychoaktivní látku, jednak dostupnou bez lékařského předpisu (alkohol, tabák, kofein), jednak i takovou, jejíž držení a aktivní užívání je nezákonné.

Psychoaktivní látka je však každá látka, která ovlivňuje duševní procesy a nemusí nutně vyvolávat závislost.

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 489) uvádějí pojem „psychotropní“ jako „mající vliv na psychiku“. Látky psychotropní buď upravují psychickou činnost, nebo mění její kvalitu (např. halucinogeny).

1.1.4 Abstinence a abstinční syndrom

Sloveso abstinovat je latinsky tenere a znamená držet. Pojem „abstinence“ je vykládán jednotně. Vezměme si definici ze Slovníku sociální práce: „...obecně zdrženlivost. V užším smyslu neužívání alkoholu nebo jiných návykových látek“ (MATOUŠEK, 2003, s. 21). (VOKURKA, HUGO, 1998, s. 2) k tomu přidává slovo „střídmost“, ve smyslu zdržení se alkoholu.

Nejlépe však je pojem vysvětlen v Psychologickém slovníku: „...stav, kdy se jedinec vědomě a ze své vůle naprosto zříká použít něčeho či nějaké činnosti...“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 14). Dále jsou vyjmenovány důvody, které k tomu obvykle vedou.

Abstinenční syndrom (VOKURKA, HUGO, 1998, s. 2) je souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí nebo nedostatku látky, na niž je vytvořena závislost. Tento syndrom se může projevovat různým způsobem a různou intenzitou. Rozlišujeme mezi projevy psychickými a tělesnými. Psychický abstinenční syndrom se projevuje např. neklidem, podrážděností, úzkostí, emoční labilitou, skleslostí, útlumem, až depresivním laděním. Fyzický abstinenční syndrom představuje soubor nepříjemných tělesných projevů, jako jsou bolesti ve svalech a kloubech, průjemy, nevolnost, zvracení, žaludeční křeče apod.

1.1.5 Metody sociální práce v oblasti sociální prevence

Práci s uživateli drog se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích. Kromě sociálních pracovníků také psychologové, psychiatři a speciální pedagogové.

Problematikou závislostí se zabývá také několik rezortů státní správy, veřejná správa a mnoho státních i nestátních institucí. Vedle léčebných zařízení např. probační a mediační služba, policie, soudy, protidrogoví koordinátoři, sociální kurátoři a kurátoři pro mládež, hygienická služba, medicína zaměřená na inf. onemocnění.

Kalina je toho názoru, že v devadesátých letech 20. Století došlo v České republice k prudkému nárůstu zneužívání nealkoholových drog. To způsobilo, že se část odborníků zabývajících se závislostmi začala soustřeďovat na problematiku nealkoholových drog a současně se část služeb zaměřená na klienty s nealkoholovými závislostmi oddělila od zařízení pracujících s lidmi závislými na alkoholu. (cit. dle MATOUŠEK aj., 2005, s. 212).

Cílovou skupinou pro sociální pracovníky pracující v oblasti drogových závislostí mohou být klienti užívající drogy jakýmkoliv způsobem. Míra závislosti na drogách se dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání jedním z pěti stupňů:

Experimentální užívání drogy - občasné a nepravidelné užívání, nemusí mít žádné důsledky.

Příležitostné užívání drogy – tito uživatelé berou drogu pravidelně, ne častěji než jednou týdně, obvykle ve volném čase, užívání drogy je součástí

životního stylu, následky se projeví jen bezprostředně po aplikaci, jinak uživatel nemusí mít větší problémy ve své psychické rovnováze a sociálním fungování.

Pravidelné (škodlivé) užívání drogy- uživatelé berou drogu pravidelně (více než jednou týdně), následky se projevují jistými škodlivými účinky.

Problémové užívání drogy- užívání je pravidelné ovlivňuje soukromý případně pracovní život člověka, existují již známky zdravotních problémů souvisejících s aplikací drogy, droga je užívána rizikově – např. nitrožilní aplikace

Závislost na droze - projevuje nejvyšší tolerancí k droze (dávky je třeba zvyšovat k dosažení žádoucího účinku), uživatel po droze touží, postupně jí podřizuje celý život, má zřetelné zdravotní, psychické a sociální problémy způsobené užíváním drog. (MATOUŠEK aj., 2005, s. 212)

1.1.6 Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog

Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog působí v oblasti sekundární a terciární prevence zneužívání návykových látek. Jedná se o zařízení tzv. prvního kontaktu s klientem. Podoba a průběh prvního kontaktu jsou velmi zásadní, protože mohou velmi výrazně ovlivnit vytváření klientova postoje k dalším zařízením v systému péče o uživatele drog. V praxi to znamená, že pokud se klient při své první návštěvě nízkoprahového zařízení setká s nedostatkem respektu či pochopení ze strany personálu, může to být také na dlouhou dobu jeho poslední návštěva v zařízení obdobného typu. Zvyšuje se tak riziko, že klient nebude v kontaktu s žádným zařízením, což může vést k tomu, že se bude při užívání návykových látek chovat rizikově a ohrožovat tak sebe i své okolí. Je proto velmi žádoucí, aby v nízkoprahových zařízeních pracovali zkušení odborníci, kteří jsou vedle znalostí vybaveni i dobrými komunikačními dovednostmi. (GABRHELÍK, R. *Psychosociální podpora v substituční léčbě* /online/. c 2008)

Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou vedle uživatelů drog (experimentátorů, problémových uživatelů i závislých) také rodiče, partneři či jinak blízké osoby. V neposlední řadě pak také další odborníci – pedagogové nebo vychovatelé.

Mezi hlavní metody práce nízkoprahových zařízení patří: kontaktní práce, zdravotní služby, služby harm reduction (výměnný program injekčního materiálu, informace o bezpečnějším způsobu užívání a bezpečnějším sexu), poradenské služby, testování infekčních chorob, hygienický servis, potravinový servis, vitaminový servis, popř. pracovní programy.

2 ZÁKLADNÍ DĚLENÍ DROG UŽÍVANÝCH NA KLUBOVÉ SCÉNĚ A JEJICH HISTORIE

Drogy se dají v zásadě rozdělit na čtyři základní skupiny. Tyto skupiny se mezi sebou liší vzhledem, účinky, průběhem závislosti.

K těmto nelegálně vyráběným látkám lze také přiřadit skupinu pátou – léky s účinky ovlivňujícími psychiku-jinak legální drogy. Používá se i dělení drog dle rizika vzniku závislosti na tzv. měkké a tvrdé, či lehké a těžké. Tento způsob dělení je nepřesný. „V Holandsku dělí drogy na skupinu s akceptovatelným, přijatelným rizikem a na skupinu s rizikem nepřijatelným“. (PRESL, 1994, s. 10) Já se v této kapitole budu zabývat drogami vyskytující se na taneční scéně. Nejvíce se budu věnovat extázi, protože tato taneční droga je v této době velice rozšířená a těší se velké oblibě u lidí navštěvující taneční scénu.

- | | | |
|--------------|----------------------------------|--|
| I. Skupina | Konopné drogy | (konopí, hašiš) |
| II. Skupina | Opiáty | (opium, heroin) |
| III. Skupina | Stimulační látky | (kokain, pervitin, extáze, DOM, DOB) |
| IV. Skupina | Halucinogeny | (lysohlávka česká, lysohlávka kopinatá, LSD) |
| V. Skupina | Psychotropní léky (př. Rohypnol) | |
- (PRESL, 2005, s. 7)

2.1 Stimulační drogy

Kokain

Lidově: sníh, koks, cukr, coke, blow, snow, crack.

Jde o přírodní drogu, alkaloid obsažený v listech keře *Erythroxylon coca*. (PRESL, 1994, s. 17) Pocházejí z jihoamerických And. Domorodí Indiáni znají psychoaktivní účinky listů 4 000 let. Listy rostliny stále hojně žvýkají. (PRESL, 2005, s. 13) Chemický čistý kokain byl poprvé izolován v roce 1860 v Německu.

Byly popsány jeho farmakologické účinky a začal být používán v medicíně jako prostředek pro místní umrtvení. Pro jeho výrazný stimulační psychotropní efekt se stal kokain v Evropě velmi populárním a tzv. kokainismus se rozšířil v období první světové války skoro po celém světě. (PRESL, 1994, s. 17)

Kokain se vyrábí máčením listů koky v benzínu, vzniká hydrochlorid, který je kyselý a proto se může vdechovat, ale nedá se kouřit. Je také rozpustný ve vodě, čehož se využívá k nitrožilní aplikaci. Nejčastějším způsobem užívání je inhalace – šňupání, vtírá se do sliznic (především pohlavních orgánů jako afrodisiakum). Kokain byl od začátku považován za drogu vyšších vrstev a extravagantních umělců. (PRESL, 2005, s. 13)

Účinky se dostaví za několik vteřin a mizí za 30 – 40 minut. Kokain celkově povzbuzuje nervový systém a zvýšené sebevědomí. Základem je oživení, povzbuzení, dobrá nálada a podnikavost. U kokainu je také zdůrazňováno zvýšení sexuální apetence spolu se snížením skutečné potence. Doprovodným příznakem je pokles chuti k jídlu a s tím spojené hubnutí. Po odeznění příjemné reakce, může trvat těžká kocovina, deprese a vyčerpání, což narkomani řeší další dávkou. „Při prvním použití kokainu se neobjevují prožitky, ale pocity slabosti, třes rukou, rozšíření zornic, bledost, mrazení. Viditelné příznaky jsou rozšířené zornice, výtoky z nosu, chraplavý hlas, bledost, „hubnutí“. (PRESL, 2005, s. 14)

Pervitin

Lidově: pervitin, perník, piko, peří, péčko, speed

Pervitin bývá uváděn jako tradiční česká droga. V okolních zemích se pro něj dokonce místo tradičního názvu „meth“ a „pervitin“ používá „čeko“. Tato droga však v žádném případě není českým vynálezem, byl syntetizován v roce 1888 v Japonsku. Tataž země podávala za druhé světové války pervitin pro sebevražedné piloty jako doping při jejich posledním letu. (PRESL, 2005, s. 14)

O této droze se v poslední době velmi hovoří ve sdělovacích prostředcích, především v souvislosti s jeho „domáckou“ výrobou. Vzhledem k nedokonalé výrobě bývá pervitin na černém trhu znečištěn různými příměsemi. Pervitin je nyní velmi oblíbenou drogou návštěvníků taneční scény. Nejčastější cesta aplikace je šňupání. Lákavá je pro ně také cena, která se pohybuje okolo 1000 Kč za gram.

Účinkem je celkové povzbuzení, odstranění únavy, pocity zvýšení psychické i fyzické výkonnosti, celkovému zrychlení psychiky a nabídky představ, euforizaci, zvýšené empatii, ale na druhé straně dochází k uvolnění zábran, což ovšem může být kýženým efektem např. v oblasti sexu. Po určité době, dochází prakticky u každého uživatele pervitinu k zásadním proměnám psychiky. Ve slangu má výraz „stíha“. (PRESL, 1994, s. 16) Je to velmi nebezpečný stav, při kterém může dojít k sebevraždě. Stav je v těžší formě indikací k hospitalizaci na psychiatrii. Při předávkování může dojít k akutnímu selhání srdce.

Extáze - (MDMA)

Lidově: E ,éčko, extoška, ex, kolčo, Eden, Adam, Eva, Love, Empathy, hormony.

Patří mezi poměrně mladé drogy, v roce 1912 ji patentovala firma Merck jako lék na hubnutí. Alexandr Shulgin látku resyntetizoval v 50. letech, v 70. letech inicioval pokusy o její terapeutické užívání v USA. V polovině 80. let se Extáze objevila ve Velké Británii, odkud se její užívání rozšířilo do zbytku Evropy. Extáze patří mezi typické drogy taneční scény. Účinek spadá na pomezí stimulancií a halucinogenů. (MINAŘÍK, J. *Halucinogeny /online/. c 2004*)

Extáze je svým složením podobná pervitinu. Prodává se ve formě tablet s různým potiskem (holubice, sluníčko, hvězda), nebo v gelových kapslích. Cena se pohybuje okolo 200 Kč za jednu tabletku. Ovšem tohle je cena prodejní. Výrobní cena je okolo 10 korun českých, takže distribuovat extázi je pro hodně mladých lidí velkým lákadlem, jak si vydělat peníze.

Timothy Leary uvádí, že: „extáze je zkušenost dosažení svobody bez omezení, způsobena vnitřně nebo externě. Stav exaltované radosti, provázený nevnímáním okolí“. (LEARY, 1997, s. 9)

Užívá se výlučně orálně a účinek se dostavuje po 30 minutách. Při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost, nefunguje ale jako afrodiziakum.

Podporuje fyzickou aktivitu – dodává obrovské množství energie, která se musí nějak vybit - obvykle tancem. Člověk nepocítuje žízeň, únavu ani strach. Z tohoto důvodu bývá hlavním nebezpečím celková vyčerpanost organismu a následný kolaps. Účinky působí až šest hodin. Pak následuje tzv. dojezd. Návrat do běžného reálného života, deprese. Většina lidí tento přechod neunes a podlehnou další dávce nebo jiné droze. (*Extáze – MDMA /online/. c 2006*)

Extáze je látka, která má v menších dávkách výše uvedený empatogenní efekt, ve vyšších dávkách působí spíše jako droga se stimulačním účinkem. Mechanismus účinku spočívá v ovlivnění určitých skupin neuronů, resp. jejich spojení, tzv. synapsí. Extáze ovlivňuje dva receptorové systémy, z nichž jeden působí spíše na emoční oblast (mediátorem systému je serotonin) a druhý má více stimulační účinky (mediátorem systému je dopamin). V obou systémech dochází ke změně režimu vylučování látky, která zprostředkovává spojení mezi neurony, tzv. mediátoru. Užitím psychostimulancia dochází k vyčerpání zásob mediátoru, proto po odeznění účinku dochází k jeho přechodnému nedostatku. Uživatelé Extáze si tohoto stavu často všimnou – dostavuje se asi 3 den po užití. (*Fetácký život /online/. c 2008*)

Pokusy, jež provedl na laboratorních krysách výzkumný tým z institutu pro neurologii a Univerzity Magna-Graeca v italském Catanzaru vedený Michelangelem Iannonem svědčí o tom, že účinek extáze v kombinaci s předimenzovanými decibely se výrazně prodlužuje. (PETR, J. *Hudba zesiluje účinky drog /online/. c 2006*)

Jako každá droga má i extáze svá rizika. Působí totiž na funkci regulace tělesné teploty, což může mít za následek přehřátí organismu. Zvyšuje krevní tlak a puls, sucho v ústech, skřípání zubů, nystagmus, nausea. V případě Extáze jsou mimořádně nebezpečné kombinace s jinými drogami či léky. Předávkování extází nebývá smrtelné, a to ani po extrémně vysokých dávkách. Pokud je však užitá v kombinaci s určitými látkami, může dojít ke smrtelné intoxikaci již po užití běžných dávek. V případě některých farmak je bezpečný odstup až několik týdnů! Vzhledem k tomu, že Extáze je droga se spíše mírným účinkem, i odvykací stav bývá spíše mírný.

DOM

DOM poprvé syntetizoval A. Shulgin a podobně jako LSD u Hofmanna je to jeho "problémové dítě". V polovině roku 1967 se začalo objevovat na ulicích San Francisca pod názvem STP, nebo "Super LSD". STP mělo znamenat "Serenity, Tranquility, and Peace" (vyrovnanost, klid a mír), interpretovalo se však i jako "Super Terrifying Psychedelic", "Stop The Police", nebo policií jako "Too Stupid To Puke". Ve skutečnosti jsou ta tři písmena vzata z názvu jedné naprosto nesouvisející přísady do motorového oleje. (PÁRAL, M. *DROGY: Ketamin, PCP, DOM, DOB, 2C-B* /online/. c 2004)

Podobně jako u LSD je člověk schopen separovat komponenty složitých věcí, vnímá více barev. Poslech hudby je neuvěřitelným zážitkem, protože se zavřenýma očima jsou vidět obrázky synchronizované s hudbou. „Jako jedna dávka stačí již 3 - 10 mg, zpočátku se ale distribuovalo v 20 mg tabletách a spolu s netrpělivostí při pomalejším nástupu, než jaký je u LSD docházelo k častým případům předávkování“. (*Život je boj, tak bojuj* /online/. c 2007) Účinky mohou trvat až 24 - 72 hodin.

DOB

Chemicky jde o 4-bromo2,5-di-methoxyamphetamin, tedy látku ze skupiny stimulačních drog zařazovanou mezi taneční drogy. Vysokým rizikem je její záměna s extází, protože účinná látka je nesrovnatelně nižší., proto může snadno dojít k předávkování. (PRESL, 2005, s. 16)

Kromě počátečního povzbuzujícího efektu způsobuje DOB výrazné halucinace, které ji právě odlišují od MDMA (extáze). První účinek se může dostavit až po třech hodinách po požití. Účinek DOB trvá 8 - 24 hodin, podle množství, které člověk užil. „Účinná dávka DOB se pohybuje v rozmezí 1 – 3 mg (zatímco množství MDMA v tabletách extáze je nejčastěji 60 – 80 mg), k předávkování DOB dochází v dávkách vyšších než 3,5 mg“. (*Varování před nebezpečím v podobě kokainu ředěného atropinem* /online/. c 2004)

Jakýkoliv halucinogen s sebou nese riziko zmateného chování a psychotických reakcí. Větší dávky DOB vedou ke ztrátě paměti a zvyšují pravděpodobnost sebepoškození.

2.2 Halucinogeny

Halucinogenní drogy jsou přírodní i syntetické látky, převažujícím účinkem je široké ovlivnění psychiky. Změny nálady a halucinace.

Lysohlávka česká, Lysohlávka kopinatá

(Psilocybe semilanceata, Psilocybe bohemica)

Lidově: lysina, houby, mushrooms, shrooms.

Lysohlávky obsahují přírodní halucinogen psilocybin, který dokáže měnit vnímání a myšlení. Při určité dispizici k psychiatrické diagnóze může užívání lysohlávky spustit duševní onemocnění např. schizofrenii. Plodnice se užívá perorálně, jedí se čerstvé či sušené a mají poměrně nepříjemnou chuť. Nevyzpytatelné jsou navíc koncentrace psilocybinu v jednotlivých plodnicích, a tak může snadno dojít k předávkování. (PRESL, 2005, s. 17)

Psilocybin vyvolá v lidském organismu euforii, sluchové a zrakové halucinace, poruchy vnímání prostoru a času, mohou se dostavit stavy úzkosti, deprese a panického strachu. V euforii se jedinec může domnívat, že umí létat. Vysoké dávky mohou způsobit nevratné poškození jater a ledvin.

„Britští vědci připravují první klinické testy zaměřené na houby lysohlávky. Výtažky z halucinogenní houby by mohly v budoucnosti pomoci v boji proti rakovině. Léky s obsahem řady látek z exotických hub mají podle lékařů velmi prospěšné účinky především u pacientů s rakovinou žaludku a střev v Číně a Japonsku a dalších dálnovýchodních zemích. Evropští pacienti ale z léčivých účinků lysohlávek prozatím příliš těžit nemohli, protože západní svět prozatím tradiční východní léčitelské metody neuznává. Britové se nyní snaží dokázat, že lysohlávky nejsou nebezpečné a že mohou být zdraví prospěšné“. (*Vynálezce LSD zemřel ve 102 letech /online/. c 2008*)

LSD -25

Lidově: papír, acid, kyselina, trip, vitamin A

LSD je psychotropní látka objevená v roce 1938 chemikem Albertem Hofmannem.

Syntetizuje se z alkaloidů obsažených v námelu, parazitické houbě žijící na obilí.

V 50. letech se používalo LSD v psychiatrii. Pro tyto účely jej vyráběla firma Sandoz, jejímž byl Hofmann zaměstnancem, pod jménem Delysid.

V 60. letech se rozmohlo jeho zneužívání a výroba byla zastavena. Ještě osm let poté jej pro celý svět produkovala naše Spofa. (*Jak se baví dnešní mládež /online/. c 2002*)

LSD se u nás jeden čas používalo v rámci výcviku psychologů a psychiatrů. Předpokládalo se, že prožitek halucinací jim lépe pomůže se vcítit do duševního stavu jejich pacientů. (NEŠPOR, CSÉMY, 1992, s. 57)

V současnosti se užívá formou tripu, což jsou malé papírky o rozměrech 5x5 napuštěné jeho roztokem. Dávka LSD na jednom tripu je 30-100 mikrogramů další formy užívané hlavně v 60 letech jsou tablety želatina. Nástup bývá doprovázen pocitem chvění, závratě, nevolnosti. (SHAPIRO, 1997, s. 40)

Vyšší dávky navodí intenzivní halucinogenní stav bez možnosti ovlivnění vůlí. Vysoké dávky mohou způsobit poruchy myšlení, a též paranoitidu, doposud nebyl u LSD popsán případ předávkování s následkem smrti. Látka začíná působit asi po hodině. Po další hodině dosahuje maxima, které trvá asi 2 hodiny. Účinky odezní za 12 hodin.

2.3 Protidrogová politika České republiky a srovnání se západními státy

Řešení drogové problematiky a péče o uživatele drog jsou v západních zemích formovány společensko – politickým diskurzem, jehož výsledkem je protidrogová politika státu.

V západních zemích se protidrogová politika pohybuje vždy někde mezi represivní pozicí a liberální (pragmatickou) pozicí.

Protidrogová politika České republiky vychází z represivního přístupu, který je doplňován nabídkou léčebných a preventivních programů.

Východiska, principy a cíle protidrogové politiky jsou formulovány v Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 -2009. Hlavními principy současné

protidrogové politiky státu jsou snižování poptávky, snižování rizik a snižování dostupnosti.

Na poli snižování poptávky se jedná o léčbu a resocializaci. V oblasti snižování rizik jde o přístup omezování škod (harm reduction), tj. postupy zaměřené na snižování a minimalizaci poškození drogami u uživatelů, kteří nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. Dále je důležité snižovat dostupnost, resp. potlačovat nabídku a také v oblasti represe (probační pracovníci a zaměstnanci Vězeňské služby působí v resortu Ministerstva spravedlnosti ČR, tedy státního orgánu garantujícího potlačování společensky nebezpečného jednání).

V zemích EU jsou definovány zásady prioritizace v oblasti zdravotnictví, které se týkají také léčby drogových závislostí. Existují obecné principy funkčního systému léčení drogových závislostí. Nejznámější z nich jsou:

Co je účinné, musí být dostupné, co je dostupné, musí být účinné. Podporování a dosažitelnost účinných postupů má jít ruku v ruce s tlumením (nepodporováním) postupů, u kterých není účinnost prokázána.

Odstranit bariéry včasné pomoci, zabránit odloženému využívání služeb – včasná intervence je účinnější než opožděné léčení. Čekat na to až bude klient motivován k léčbě vážnými zdravotními či vztahovými problémy, znamená odkládat léčení. Smysl může mít i nedobrovolné léčení závislosti, protože každé období kdy klient žije bez drog, může znamenat významný impulz pro změnu klientova postoje k sobě i k droze.

Zabránit fenoménu otáčivých dveří-jediným řešením je dlouhodobá komplexní péče. Fenomén otáčivých dveří bývá důsledkem toho, že léčba není dotažena do konce, nenavazuje na ni následná péče a její součástí není prevence relapsu (návratu k užívání drog po určitém období abstinence).

(MATOUŠEK aj., 2005, s. 213)

3 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Kolik rodičů zažilo trpké překvapení, když zjistilo, že jejich dítě bere drogy. Často to byli rodiče, kteří své dítě milovali, ale včas nerozpoznali varovné známky. Někdy to byli rodiče, kteří cítili svíravý neklid, ale neměli odvalu pátrat dále. Někdy to byli rodiče, kteří tušili pravdu a byli vůči ní bezradní. Nejdůležitější zbraní v boji proto drogám je prevence a jejím počátkem je dle mého názoru výchova. „Výchova je jednou z mála záležitostí, která nevyžaduje předběžné vzdělání a nutnost skládat zkoušky. Když poznáme všechny možné chyby, je už dítě dospělé“. (GOHLERT, KUHN, 2001, s. 95)

3.1 Vznik prevence, základní pojmy

Slovo „prevence“ je latinského původu a znamená předcházení nemoci, opatření učiněná předem, včasnou obranu nebo ochranu. Přibližně od konce 50. let se prevence rozdělila na primární a sekundární. Cílem primární prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale snaží se zabránit dalšímu rozvoji nemoci. (NEŠPOR aj., 1999, s. 7) Od 60. let se navíc hovoří o terciární prevenci. Ta se použije po té, co nemoc způsobila poškození, cílem terciární prevence je předejít dalším škodám. (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 450).

Efektivní primární prevence je odbornou veřejností akceptovaná úroveň poskytovaných služeb, která splňuje zásady efektivní primární prevence a která umožňuje dosáhnoutí maximální kvality a efektivity preventivního působení s cílem předcházet problémům a následkům souvisejících se vznikem závislosti a dalších sociálně-patologických jevů. (ŽÁKOVÁ, M. *Primární prevence – charakteristika /online/. c 2007*)

3.2 Terciální prevence

V této prevenci jde o co možná největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. Nelze ji chápat jako řešení, ale dejme tomu volbu menšího zla.

V programu zvaném harm reduction se počítá s tím, že tu jsou lidé, kteří své brání drog dosud nevidí anebo nechtějí vidět jako problém a tudíž ani necítí potřebu se léčit. Je nutné si uvědomit, že to nejsou jen jedinci na první pohled rozeznatelní, žijící mimo společnost, ale že je to dost podstatná část naší mládeže.

Do terciální prevence patří také substituční program. Základem je náhrada ilegální nečisté drogy za drogu chemicky čistou, legálně podanou v k tomu určeném zařízení. Jsou lidé, kteří prošli neúspěšně léčbou, popř. několika léčbami, preventivní postupy u nich selhávají, drogový životní stereotyp je hluboce zafixován. Droga už nic nevylepší, dává jen pocit normálu, bez ní je život hrozný. Veškeré úsilí takového jedince se soustřeďuje na to, jak sehnat drogu včas než nastoupí abstinenční příznaky, a to za jakoukoli cenu (peníze na ni se získávají, jak se dá, třeba krádeží nebo prostitucí). Takový člověk se nemůže starat o to, kde a jak žije. Substitucí se nabízí možnost dostat drogu legálně, pravidelně, v čisté podobě a bezpečným způsobem - ústy. Nabízí se tu šance začít žít normálněji, najít si zaměstnání, začlenit se zpět do společnosti. Nejdříve se vlastně jedná o určitou formu sociální pomoci, ke které se nabízí určité formy terapie a ty později mohou dovést až k úplné abstinenci. Pokud ne, jde o období člověka, který je každodenně odkázán na lék (např. diabetici na inzulín). Je to pomoc lidem, kterým jiní lidé pomoci neumí. Substituce je možná pouze u závislostí na opiátech. Nejznámější náhražkou je syntetický opiat methadon. Nehodí se k léčení počínajících závislostí a závislostí kombinovaných (např. heroin a alkohol), kde může být podávání i riskantní. (HEŘMANOVÁ, A. *Drogové stránky* /online/. c 1999)

„Na podzim roku 1997 se i v České republice na oddělení pro léčbu závislostí u pražského Apolináře rozjel první zkušební methadonový program se skupinou dvaceti mužů a žen dlouhodobě závislých na opiátech a několikrát neúspěšně léčených. Pozitivní zkušenosti vedly k tomu, že po necelých dvou letech bylo možné methadonový program rozšířit i na jiná místa naší republiky.“ (*Drogové stránky* /online/. c 2008)

V širší souvislosti lze do terciální prevence zahrnout i základní sociální i existenční výpomoc (potravin, vitamíny, šatstvo, přechodné ubytování...). Také sem patří i terapeutická práce s nejbližšími (rodiči, partneři) závislých, kteří léčbu dosud odmítají.

3.2.1 Harm reduction – program redukce rizik

Doslovný překlad termínu by zněl přibližně jako „snižování škod“. (V praxi se všichni každodenně setkáváme s prostředky minimalizujícími možnost poškození zdraví lidí, kteří dobrovolně vykonávají činnost, jež je potenciálně ohrožuje. Jedná se např. o rukavice, ochranné přilby, sluneční brýle, filtry k monitorům i záchranné pásy v autech.)

V Kontaktním centru termín harm reduction označuje veškeré aktivity a prostředky směřující k co největšímu možnému omezení zdravotních a sociálních rizik vyvstávajících v souvislosti se zneužíváním návykových látek. Někteří toxikomani nechtějí přestat drogy brát - nemají dostatečnou motivaci k abstinenci. Existují ale i takoví, kteří abstinovat chtějí, avšak v současné době nejsou z různých důvodů schopni přestat s užíváním. Právě na tyto skupiny uživatelů omamných látek se soustředí přístup harm reduction, který v souladu s filozofickými východisky akceptuje skutečnost, že pro určitou část populace uživatelů drog jsou, v určité fázi jejich užívání, nepřijatelné aktivity směřované k totální abstinenci od drog. Harm reduction jako pragmatický přístup umožňuje předcházet zdravotním komplikacím a do určité míry tak zabránit somatickému poškození klienta. Tím vytváří časový prostor pro práci s klientem, během něhož má uživatel možnost postupně změnit své postoje k užívání drog. Aktivity HR mohou být zároveň faktorem motivujícím, vedoucím ke spolupráci klienta se zařízením a v ideálním případě k léčbě klienta.

Snaha o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog vychází z předpokladu, že vhodným přístupem je možné rizikům spojeným s užíváním drog zabránit nebo je alespoň výrazně redukovat. K nejvýznamnějším rizikům patří šíření hepatitid a dalších infekčních onemocnění včetně viru HIV způsobované, jak používáním nesterilního náčiní při aplikaci drog, tak promiskuitním chováním uživatelů. Harm reduction má proto neoddiskutovatelné

místo v systému péče o drogově závislé tam, kde selhávají jiné léčebné intervence.

Cíle stanovené nízkoprahovým zařízením K - centrem v Praze:

- odstranění opakovaného používání náčiní k aplikaci drog (u intravenózních uživatelů),
- používání méně rizikových způsobů aplikace drog popř. aplikace méně rizikovými způsoby,
- zlepšení informovanosti klientů o rizicích spojených s užíváním nealkoholových drog (druhy, účinky drog, ale též způsoby aplikací),
- zlepšení informovanosti klientů o bezpečnějším sexu,
- změna rizikového chování uživatelů drog směrem k méně rizikovému,
- minimalizace rizika somatického poškození, popř. jeho odstranění či redukce,
- řízení (způsoby komunikace, práva a povinnosti),
- upevnění či znovuvytvoření základních hygienických návyků,
- redukce trestné činnosti,
- navázání klienta ke kontaktu s odborným zařízením.

Prostředky k dosažení cílů:

- šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog i s nechráněným sexem písemnou, obrazovou (informační materiály, letáky, časopis Dekontaminace) i verbální formou,
- výměna injekčních stříkaček a jehel,
- motivační rozhovory,
- poskytování materiálu potřebného k aplikaci drog bezpečnější formou (desinfekční alkoholové tampony, voda pro injekční aplikaci, kyselina, bavlněné filtry, aluminiová fólie, náplast, buničina, heparoid),

- motivační trénink ke změně rizikového chování (bezpečnější užívání drog, bezpečnější sex),
- základní zdravotní ošetření,
- reference klienta do specializovaných zdravotnických zařízení (chirurgické ambulance, infekční, gynekologické, kožní oddělení, testování HIV pozitivivity apod.),
- reference klienta do léčebného zařízení (PL, TK, terapie, substituce, atd.),
- zprostředkování detoxifikace a následné péče,
- testy na zjištění přítomnosti viru HIV ze slin,
- testy na zjištění přítomnosti viru syfilisu z krve,
- kondomy,
- nápojový servis,
- vitaminový servis,
- hygienický servis.

(Cíle Harm reductin, K – centrum, Osadní ulice, Praha, r. 2008)

4 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V OBLASTI TERCIÁLNÍ PREVENCE NA KLUBOVÉ SCÉNĚ

Názory na terciální prevenci společnosti jsou různé. Na jedné straně má početná skupina obyvatel liberální postoj k minimalizaci škod u lidí, kteří se zatím života bez drog nechtějí vzdát a na straně druhé je skupina obyvatel, kteří terciální prevenci odsuzují na základě názoru, že stát ulehčuje závislým lidem život na drogách. Můj názor na tento problém je takový, že by se mělo i nadále pomáhat lidem, kteří z nějakého důvodu zatím nejsou připraveni čelit problémům, které nám přináší každodenní život bez pomoci drog.

Terciální prevence na klubové scéně byla doposud velice chabá. Sem tam se vyskytl na techno párty stánek, kde testovali složení všech tanečních drog. Bohužel to bylo pouze na větších tanečních akcích. V roce 2008 spojily své síly nestátní neziskové organizace na realizaci projektu Safer party tour.

4.1 Pracovní skupina "Prevence na taneční scéně"

Safer party tour 2008 je iniciativa nestátních neziskových organizací, které se zabývají terénní prací na taneční scéně. Spojily své síly na realizaci projektu, který podpořila i Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky; jedním z realizátorů projektu je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (*Varování před nebezpečím v podobě kokainu ředěného atropinem* /online/. c 2004)

Koordinátorem je o.s. Chili.org. které společně s pražským o.s. SANANIM, brněnským o.s. Sdružení Podané ruce (Wallhala a Extc.cz), plzeňským o.s. CPPT a jihočeským o.s. Prevent navštíví největší letní taneční festivaly roku 2008 a nabídne účastníkům svoje specifické preventivní projekty zaměřené na taneční scénu. (*Safer Party – aneb jak prožít akci s minimálním rizikem* /online/. c 2008)

Pracovní skupina se skládá ze zástupců všech relevantních subjektů a institucí; jejich úkolem je zpracovat konkrétní návrhy na opatření směřující k prevenci a snížení rizik u účastníků tanečních akcí v ČR. Jejím sestavením a vedením byl

pověřen vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) MUDr. Viktor Mravčík. Záměry činnosti pracovní skupiny a její složení byly schváleny RVKPP na jednání 29. 04. 2008. (*Halucinogeny – podrobně /online/. c 2005*)

Myšlenkou projektu Safer party tour 2008 je propojení jednotlivých programů s možností rozšířit, zatraktivnit a současně zvýšit dostupnost služeb prevence rizik nočního života na taneční scéně. Hlavním cílem Safer party tour 2008 je poskytování objektivních informací o legálních a ilegálních psychoaktivních látkách způsobem a formou atraktivní pro mladé lidi v prostředí, kde problémy spojené s jejich konzumací často vznikají. Informace popisují jak substance samotné, tak jejich krátko a dlouhodobé, žádoucí i nežádoucí účinky, postupy minimalizace rizik při užití a trestněprávní souvislosti jejich konzumace. Poskytování objektivních a pravdivých informací v prostředí nočního života je vysoce účinná a efektivní metoda ochrany mladých lidí před možnými zdravotními či právními důsledky příliš divokého mejdanu.

Organizace sdružené v Safer party tour zajistí na těchto festivalech informační stánek se specifickým servisem připraveným podle potřeb rostoucího počtu příznivců elektronické taneční hudby. K dispozici pro každého návštěvníka největších letních hudebních festivalů na území ČR budou letáky s různorodými tématy: minimalizace rizik užívání legálních či ilegálních drog, všeobecné informace o psychoaktivních substancích, nebezpečí míchání různých drog navzájem nebo jen možnost rozhovoru na jakémkoliv téma týkající se rizik nočního života včetně zásad bezpečného sexu. Projekt dále, dle toho jaké organizace jej budou na dané akci zastupovat, nabídne například útulný chillout s vitamínovým servisem a poradenskou péčí (Chilli.org). Informace o aktuální hladině alkoholu v krvi, jaká rizika z toho vyplývají a o času, kdy hladina alkoholu klesne na nulu. V případě jakýchkoliv krizových situací z důvodů psychických – stavy nezvladatelné úzkosti, strachu, paniky či zmatenosti slangově označované jako „bad trip“ - nebo z důvodů fyzických - tělesná zranění, nevolnost, omdlévání, dehydratace - zde účastník hudebního festivalu najde přátelskou pomoc a profesionální podporu. Preventivní služby budou poskytovány zdarma a anonymně.

5 BIO- PSYCHO- SOCIO- SPIRITUÁLNÍ MODEL DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Tento model je dnes v ČR nejvíce používán, zejména jeho spirituální složka je podtrhována jako novinka. Má především navracet k vnitřním, individuálním duchovním složkám jedince. Rovněž význam drog v životě lidstva se změnil až ke konci 20 století. V historii a u jednodušších národů drogy byly, jsou a budou součástí života a různých rituálů. Kritizováno je především bezcílné a nehluboké uchopení drogového užívání v civilizovaných státech v současnosti.

Vychází z biomedicínského modelu a přístupu k léčbě v tom smyslu, že používá medicínskou terminologii a diagnózy, zároveň se však opírá i o široký koncept zdraví definovaný WHO jako: "stav tělesné, duševní a sociální pohody", nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Zároveň tedy rozšiřuje původní model o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování.

Současně je charakterizován i celostním (holistickým) zohledňováním a využíváním spirituálního rozměru jakožto přirozené součásti života i překonávání krizí a uzdravování z nemoci.

Nemoc a tedy i drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. (*Jihočeský streetwork* /online/. c 2008)

5.1 Počátek závislosti u mladistvých

Právě experimentování a riskování je důležitou součástí dospívání. Mnoho dospívajících zkouší nové věci, aby zjistili, co dokáží nebo jen z prostého důvodu aby lépe zapadli do party svých kamarádů.

Experimentování s návykovými látkami je v tomto smyslu do jisté míry jen dalším novým způsobem. Vyzkouší různé typy drog, zkouší jejich účinky, potýká se, se stavy, které drogy způsobují. Někdy se stane, že dotyčnému jedna zkušenost stačí

a rozhodne se to dál nepokoušet. Je dobré vědět, že takových případů je mnoho, ale neznamená to, že bychom měli přestat sledovat svého potomka, jestli nepřekročil danou míru.

Děti začínají s experimentováním již okolo dvanáctého a třináctého roku, jak naznačují výzkumné studie. Často přechází od užívání legálních drog (alkohol, tabák) k nelegálním (marihuana, pervitin, extáze). Marihuana má naprosté prvenství. Toto pořadí v užívání zcela odpovídá míře, do jaké jsou jednotlivé drogy u nás kulturně a sociálně tolerovány: tabák-alkohol-marihuana...

Samotné účinky marihuany i jiných tvrdších drog jsou skutečné a citelné, a pokud je jedinec v takové osobní situaci, že je přijímá a domnívá se klamavě, že mu pomáhají je velmi pravděpodobné, že bude pokračovat a stane se závislým. Závislost často vzniká nepozorovaně právě u lidí, kteří si myslí, že „to mají pod kontrolou“. (NEŠPOR, 1995, s. 21)

5.2 Rizika počátečního experimentování

Adolescent nemusí dobře znát účinky, množství a kvalitu drogy (ať už se jedná o alkohol, marihuanu nebo pervitin). Snadno pak může dojít k předávkování.

Účinky většiny látek spočívají mimo jiné v momentální změně vnímání, myšlení a citění. I jeden experiment s novou drogou v rizikovém momentu může vést k opakování užívání. Například rizikem jsou mladí po rozchodu s první láskou, kteří trpí pocity nepochopení ze strany okolí, případně neúspěchy ve škole, neshody v rodině či její nefunkčnost - noví partneři rodičů. V takové době se může jedinec ocitnout ve vysoce rizikové situaci a může sáhnout po droze. Důležité proto je aby rodina plnila svoji funkci, poskytovala svému dítěti oporu, zázemí a zároveň mu dávala svobodu k tomu aby si budoval a zachovával vlastní osobní odlišnost. (HELLEBRANDOVÁ, 2005, s. 119)

Pro ohrožení života je nebezpečné i užívání legálních drog – jízda autem či motocyklem pod vlivem alkoholu může zvláště pro nezkušené řidiče nebo mladé, kteří dosud neznají účinky alkoholu, představovat obrovské nebezpečí.

Prvním zdrojem návykové látky bývá nejčastěji známý, přítel, spolužák či partner.

Závislost nejvíce ohrožuje ty, kteří nemohou prožít to, co jim účinky poskytují, jinak – bez návykové látky. Další rizikovou skupinou jsou ti, kteří se pohybují ve špatné společnosti, kde je užívání návykové látky normální. Do těchto obecných rizikových podmínek spadá dnes velká část mladých, kteří se často nudí, nemají zatím žádné životní cíle nebo návštěvníci tanečních akcí, kde pod vlivem drog je většina účastníků a droga je zde lehce k sehnání. A rodiče mnoho přispět nemohou. Snad jen tím dílem, který se týká rodiny, její stability a dobrých základů výchovy.

6 EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Cíl práce

Zmapování postoje návštěvníků tanečních akcí k tanečním drogám a jejich informovanost o této problematice

6.2 Dílčí cíle

Porovnání rozdílů informovanosti a postoje k tanečním drogám mezi ženami a muži

Porovnání rozdílů informovanosti a postoje k tanečním drogám v závislosti na stupni dosaženého vzdělání

6.3 Předpoklady výsledku průzkumu

1. Předpokládám, že postoj návštěvníků akcí k tanečním drogám bude laxní
2. Předpokládám, že návštěvníci nemají dostatečné informace o této problematice
3. Předpokládám, že ženy budou více informovány o tanečních drogách než muži
4. Předpokládám, že ženy mají k tanečním drogám zodpovědnější postoj než muži
5. Předpokládám, že nejvíce informovány o tanečních drogách budou vysokoškoláci
6. Předpokládám, že nejzodpovědnější postoj k tanečním drogám budou mít vysokoškoláci

6.4 Metodika

Zvolila jsem si dotazníkovou metodu. Během června byl dotazník sestaven. Dotazník se skládal ze sedmnácti otázek. U šestnácti otázek byla volba z více odpovědí a jedna otázka byla doplňující. Dotazník byl 26. července rozšířen mezi návštěvníky taneční akce, která se konala v osadě Andělka u Višňové na Liberecku

s upozorněním, že je anonymní a výsledky budou použity pouze k vypracování této diplomové práce. Návratnost byla 100 %.

6.5 Charakteristika souboru

Ke své studii jsem si vybrala návštěvníky taneční akce, která se konala v osadě Andělka u Višňové na Liberecku. Tuto taneční akci, jsem si vybrala proto, že to byla největší taneční akce tohoto roku. Oslovila jsem celkem 100 návštěvníků, 25 návštěvníků se základním vzděláním, 25 návštěvníků s výučním listem, 25 návštěvníků se středoškolským a 25 návštěvníků s vysokoškolským vzděláním. Celkový počet tvořilo 50 žen a 50 mužů. Abych docílila 100 % návratnosti, postavila jsem se ke vchodu na začátku taneční akce, oslovovala jsem návštěvníky a zjišťovala jsem stupeň dosaženého vzdělání. V případě, že návštěvník souhlasil s vyplněním dotazníku, počkala jsem, až dotazník vyplní a odevzdá.

6.6 Analýza získaných dat

Celkový počet	100
Se základním vzděláním	25
S výučním listem	25
Se vzděláním středním s maturitou	25
S vysokoškolským vzděláním	25
Muži	50
Ženy	50

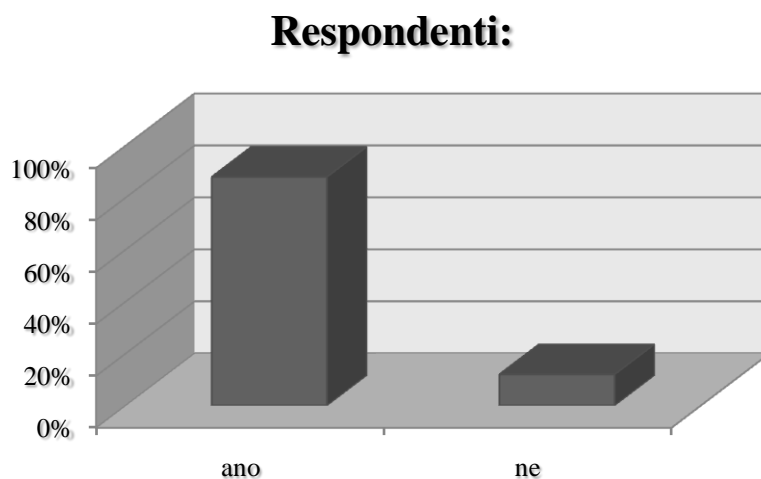
Oslovila jsem celkem 100 návštěvníků, jak jsem již předeslala. Všichni byli starší 18 let. Záměrně jsem si zvolila návštěvníky, kteří dosáhli plnoletosti, protože u nich lze předpokládat, že mají již vytvořený svůj osobní názor, podložený dostatkem znalostí a zkušeností, a jsou proto schopni fundovaně reagovat na otázky v dotazníku. Mým záměrem bylo zmapovat postoj a zjistit znalosti o dané problematice u návštěvníků taneční akce.

Otázka č. 1. Vyzkoušel/a jsi již někdy v životě taneční drogu?

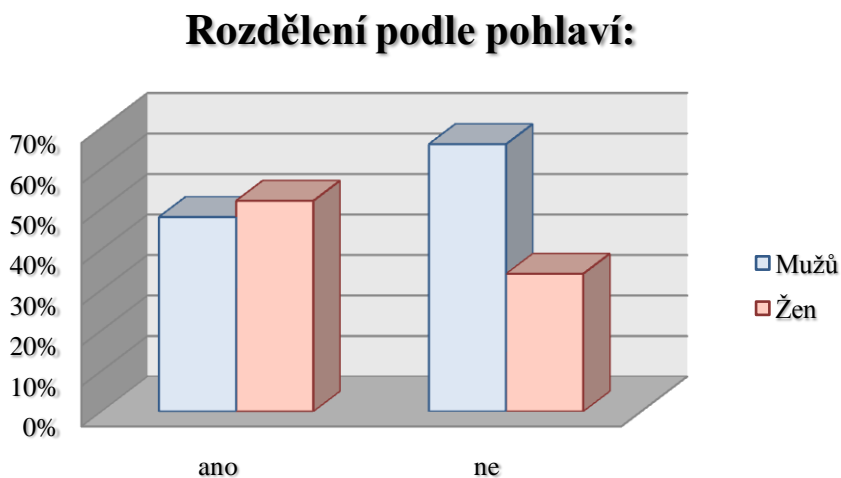
Tabulka č. 1. Průzkum experimentování s tanečními drogami

Vyzkoušel/a jsi již někdy v životě taneční drogu?		ano	ne
Respondenti:		88%	12%
Z celkového počtu respondentů je:	Mužů	48%	66%
	Žen	52%	34%
Z celkového počtu respondentů je:	Se základním vzděláním	27%	9%
	S výučním listem	25%	25%
	Se středním vzděláním s maturitou	23%	41%
	S vysokoškolským vzděláním	25%	25%

Graf č. 1.

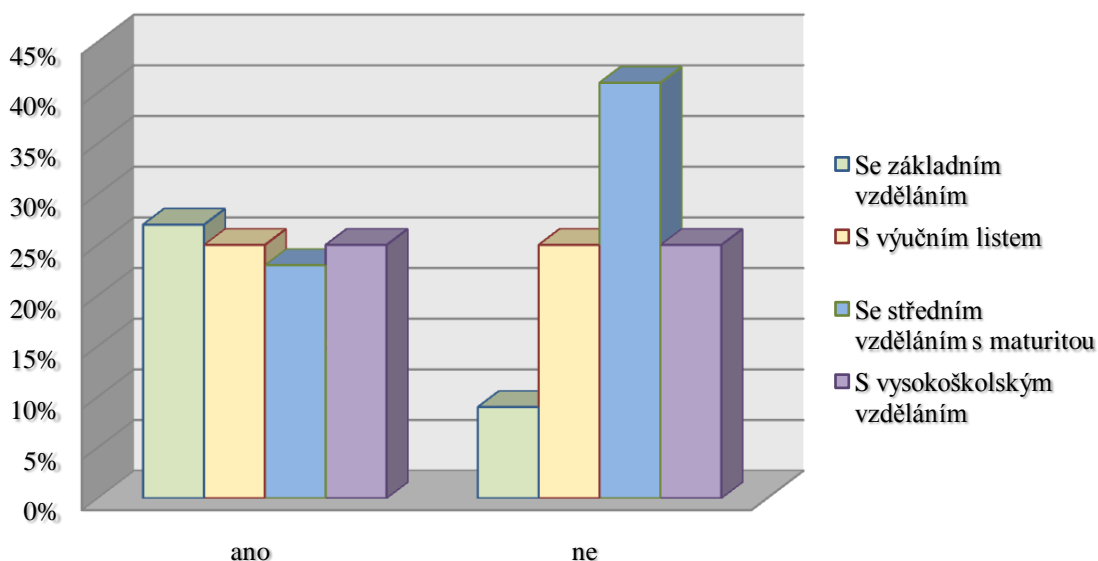


Graf č. 2.



Graf č. 3.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledku průzkumu týkající se této otázky vyplývá, že 88 % dotázaných návštěvníků již někdy v životě vyzkoušelo taneční drogu a 12% taneční drogu nevyzkoušelo. Z celkového počtu lidí, kteří na otázku odpověděli kladně, bylo 48% mužů a 52% žen. Z nich 27% mělo základní vzdělání, 25% bylo vyučených, 23% dosáhlo středoškolského vzdělání a 25% dosáhlo vzdělání vysokoškolského.

Z těch co odpověděli, že taneční drogu nikdy neužili, bylo 66% mužů a 34% žen. Z toho bylo 9% se základním vzděláním, 25% vyučených, 41% mělo středoškolské a 25% vysokoškolské vzdělání.

Z průzkumu je patrné časté experimentování s tanečními drogami. Dále je patrné, že taneční drogu vyzkoušelo více žen a že největší počet návštěvníků, kteří odpověděli kladně, mělo základní vzdělání.

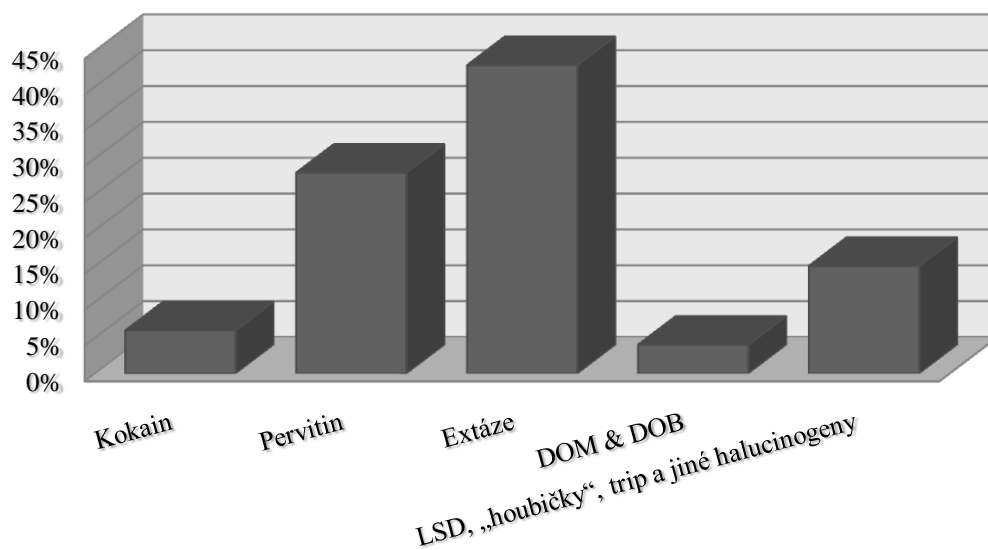
Otázka č. 2. Kterou z uvedených tanečních drog jsi již v životě vyzkoušel/a ?

Tabulka č. 2. Průzkum zkušeností s tanečními drogami

Kterou z uvedených tanečních drog jsi již v životě vyzkoušel/a?		Kokain	Pervitin	Extáze	DOM & DOB	LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny
Respondenti:		6%	28%	43%	4%	15%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	63%	53%	40%	50%	58%
	<i>Žen</i>	37%	47%	60%	50%	42%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	31%	28%	32%	50%	32%
	<i>S výučním listem</i>	26%	23%	25%	0%	28%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	20%	19%	23%	25%	24%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	23%	30%	20%	25%	16%

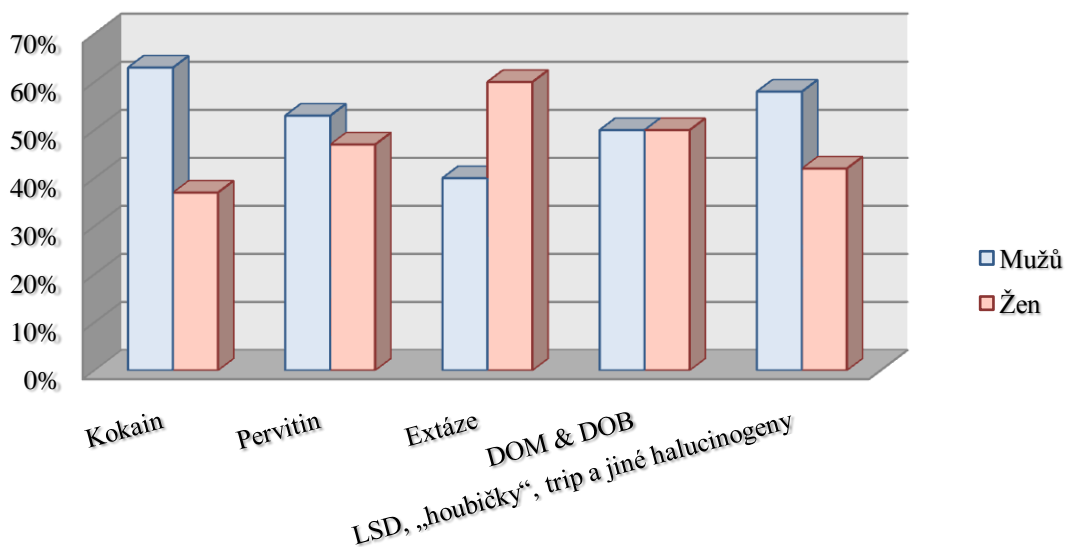
Graf č. 4.

Respondenti:



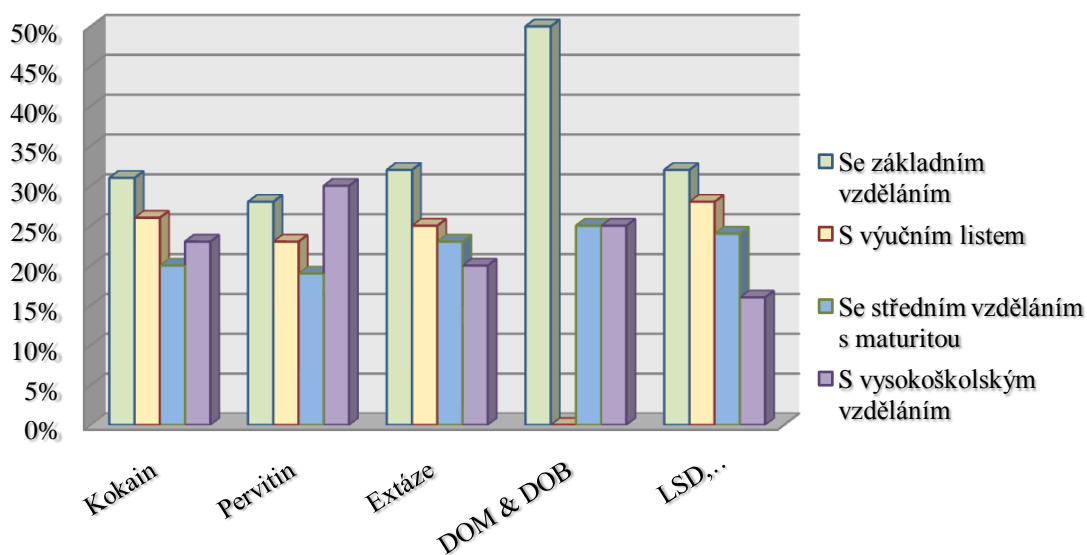
Graf č. 5.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 6.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledku průzkumu týkající se této otázky vyplývá, že 43 % respondentů již někdy vyzkoušelo extázi. Z toho bylo 40% mužů a 60% žen. Z nich mělo 32% základní vzdělání, 25% bylo vyučeno, 23% mělo středoškolské a 20% vysokoškolské vzdělání.

Pervitin vyzkoušelo 28%. Z toho bylo 53% mužů a 47% žen. Z nich mělo 28% základní vzdělání, 23% bylo vyučeno, 19% mělo středoškolské a 30% vysokoškolské vzdělání.

LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny vyzkoušelo 15% respondentů. Z toho bylo 58% a 42% žen. Z nich mělo 32% základní vzdělání, 28% bylo vyučeno, 24% mělo středoškolské a 16% vysokoškolské vzdělání.

Kokain vyzkoušelo 6% respondentů. Z toho je 63% mužů a 37% žen. 31% z nich dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 26% dosáhlo výučního listu, 20% dosáhlo středoškolského a 23 % vysokoškolského vzdělání.

DOM a DOP užilo 4% lidí. Z toho bylo 50% mužů a 50% žen. Z nich bylo 50% se základním vzděláním, 0% vyučených, 25% středoškoláků a 25% vysokoškoláků.

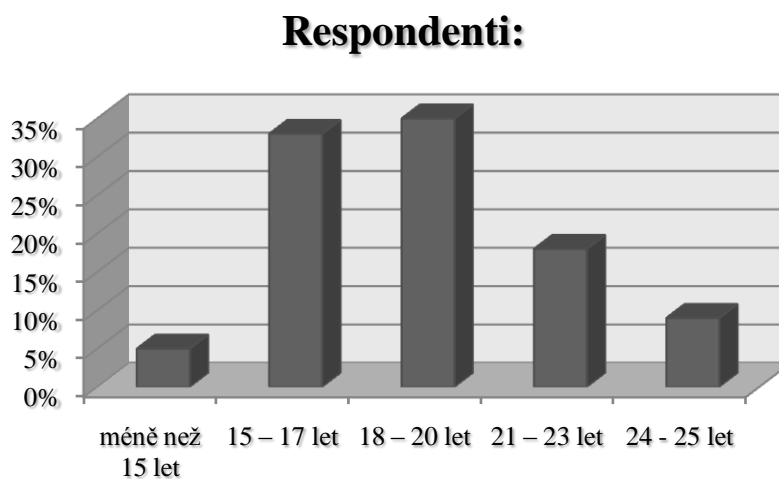
Výsledky ukazují na to, že nejčastěji respondenti experimentují s extází. Z této skupiny převažovali ženy a v závislosti na vzdělání převažovali respondenti se základním vzděláním. Dále následuje pervitin, se kterým respondenti také často experimentují. U této skupiny převažují muži a respondenti s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 3. Kolik ti bylo let, když jsi poprvé zkusil/a taneční drogu?

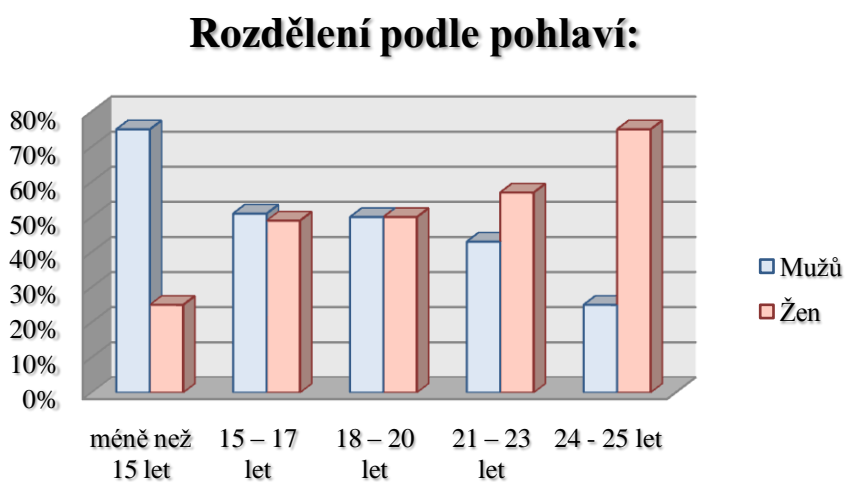
Tabulka č. 3. Věkové rozmezí v začátcích experimentování s tanečními drogami

Kolik ti bylo let, když jsi poprvé zkusil/a taneční drogu?		méně než 15 let	15 – 17 let	18 – 20 let	21 – 23 let	24 - 25 let
Respondenti:		5%	33%	35%	18%	9%
Z celkového počtu respondentů je:	Mužů	75%	51%	50%	43%	25%
	Žen	25%	49%	50%	57%	75%

Graf č. 7.



Graf č. 8.



Z výsledku průzkumu této otázky vyplývá, že z lidí, kteří přiznali užití taneční drogy, bylo 5% mladší 15 let, když jí poprvé vyzkoušelo. Z nich bylo 75% mužů a 25% žen.

Ve věku 15 – 17 let, poprvé vyzkoušelo drogu 33% lidí. Z toho 51% bylo mužů a 49% žen.

Ve věku 18 – 20 let, poprvé vyzkoušelo drogu 35% respondentů. Z nich bylo 50% mužů a 50% žen.

Ve věku 21-23 let bylo 18% lidí. Z nich bylo 43% mužů a 57% žen.

Ve věku 24-25 let bylo 9% respondentů. Z nich bylo 25% mužů a 75% žen.

Výsledky značí o tom, že nejsilnější skupině respondentů, kteří poprvé vyzkoušeli drogu, bylo mezi 18-20 léty, ale v těsném závěsu jí následuje skupina mezi 15-17 rokem. Co se týče pohlaví, byly v obou v těchto věkových kategoriích téměř stejné zastoupení.

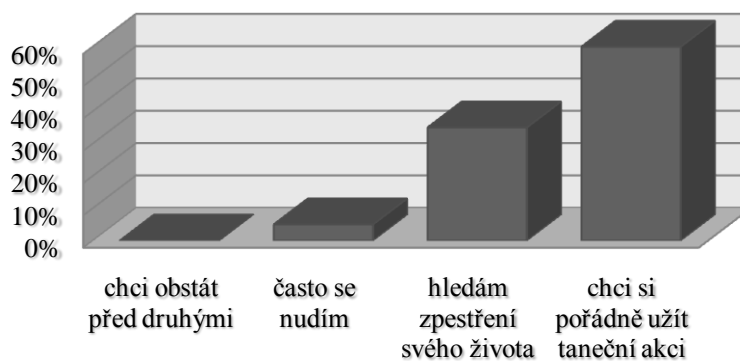
Otázka č. 4. Taneční drogu užívám, protože:

Tabulka č. 4. Důvod pro užívání tanečních drog

Taneční drogu užívám, protože:		chci obstat před druhými	často se nudím	hledám zpestření svého života	chci si pořádně užít taneční akci
Respondenti:		0%	5%	35%	60%
Z celkového počtu respondentů je:	Mužů	0%	50%	53%	43%
	Žen	0%	50%	47%	57%
Z celkového počtu respondentů je:	Se základním vzděláním	0%	56%	42%	31%
	S výučním listem	0%	22%	32%	19%
	Se středním vzděláním s maturitou	0%	22%	20%	20%
	S vysokoškolským vzděláním	0%	0%	6%	30%

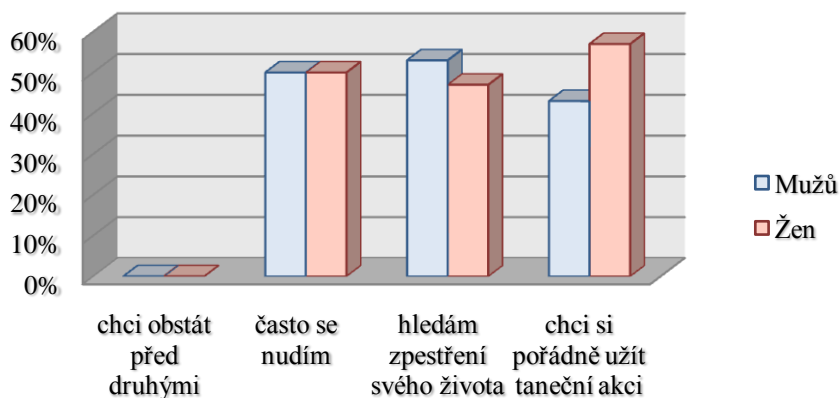
Graf č. 9.

Respondenti:



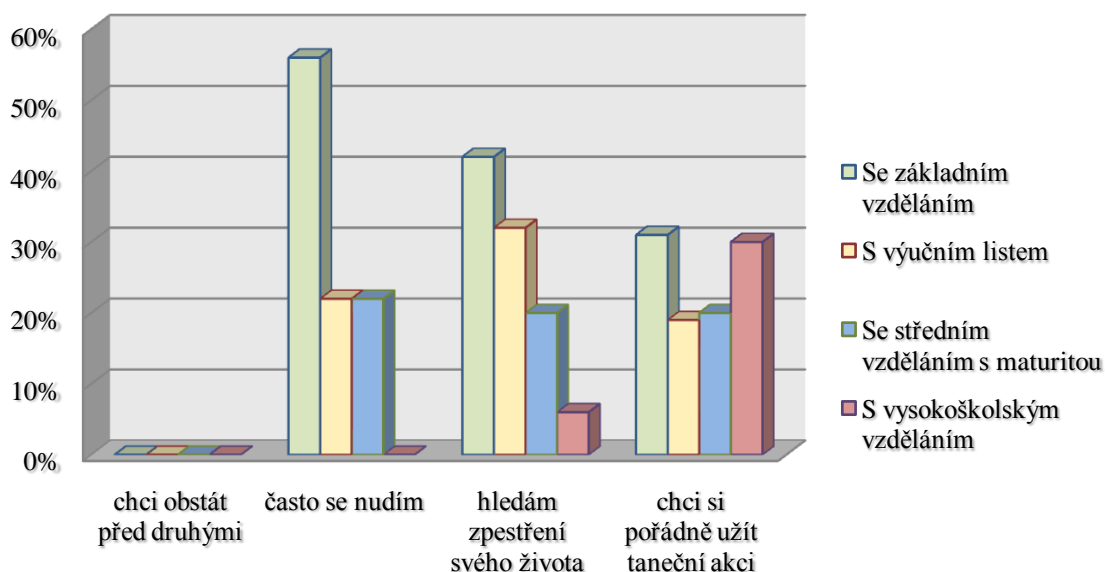
Graf č. 10.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 11.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledku průzkumu této otázky vyplývá, že nikdo z dotázaných nebere taneční drogu kvůli tomu, aby obstál před druhými.

Taneční drogu užívá 5% respondentů, protože se často nudí. Z toho je 50% mužů a 50% žen. Z nich 56% dosáhlo zatím jen základní vzdělání, 22% bylo vyučených, 22% dosáhlo středoškolského vzdělání a nikdo nedosáhl vysokoškolského vzdělání.

Jako důvod, zpestření života, uvedlo 35% dotázaných. Z toho je 53% mužů a 47% žen. 42% z nich dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 32% bylo vyučeno, 20% dosáhlo středoškolského a 6% vysokoškolského vzdělání.

Taneční drogu bere 60% dotázaných, aby si pořádně užili večer. Z toho je 43% mužů a 57% žen. 31% z nich dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 19% dosáhlo výučního listu, 20% dosáhlo středoškolského a 30% vysokoškolského vzdělání.

Výsledky značí o tom, že nejčastější důvod, proč návštěvníci tanečních akcí berou drogy, je aby si užili večer. V této skupině převládají osoby ženského pohlaví. Co se týče dosaženého vzdělání, převládají v této skupině lidé se základním vzděláním.

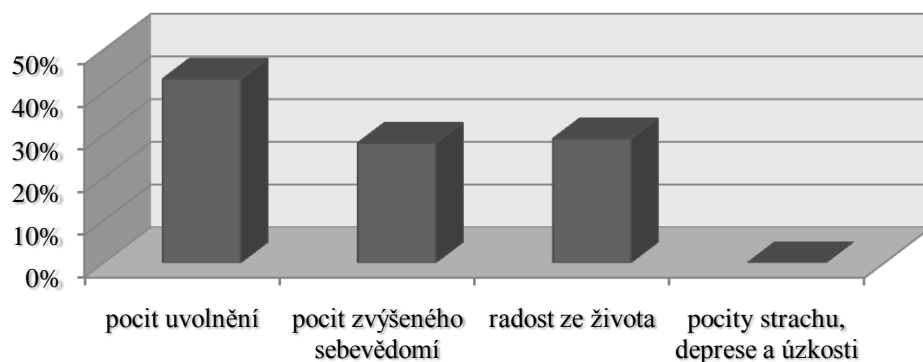
Otázka č. 5. Jaké pocity, prožitky ti taneční droga přinesla, stále přináší?

Tabulka č. 5. Průzkum prožitků na taneční droze

Jaké pocity, prožitky ti taneční droga přinesla, stále přináší?		pocit uvolnění	pocit zvýšeného sebevědomí	radost ze života	pocity strachu, deprese a úzkosti
Respondenti:		43%	28%	29%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	52%	66%	57%	0%
	<i>Žen</i>	48%	34%	43%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	34%	41%	29%	0%
	<i>S výučním listem</i>	21%	22%	27%	0%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	20%	20%	42%	0%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	25%	17%	2%	0%

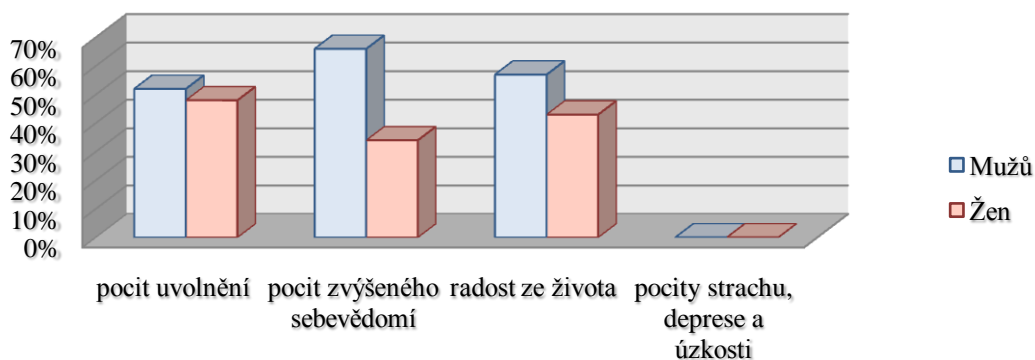
Graf č. 12.

Respondenti:



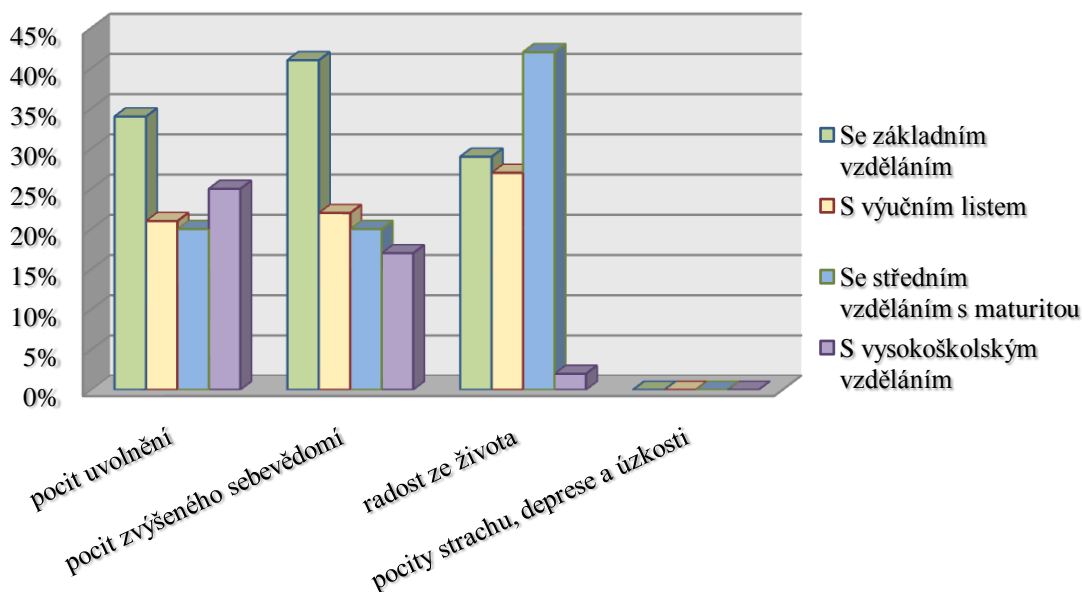
Graf č. 13.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 14.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledku průzkumu této otázky vyplývá, že 43 % dotázaných taneční droga přináší pocit uvolnění. Z toho 52% mužů a 48% žen. 34% z nich dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 21% bylo vyučeno, 20% dosáhlo středoškolského vzdělání a 25% vysokoškolského.

Zvýšené sebevědomí taneční droga přináší 28% respondentů. Z toho 66% mužů a 34% žen. Z nich 41% dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 22% bylo vyučeno, 20% dosáhlo středoškolského vzdělání a 17% vysokoškolského.

Radost ze života pociťuje po užití taneční drogy 29% respondentů. Z toho 57% mužů a 43% žen. Z nich 29% dosáhlo zatím jako konečný stupeň vzdělání základní, 27% dosáhlo výučního listu, 42% dosáhlo středoškolského vzdělání a 2% vysokoškolského.

Výsledky naznačují to, že nejčastějším pocitem, který respondentům taneční droga přináší, je pocit uvolnění. Ten převládá u mužů a osob základním vzdělaných.

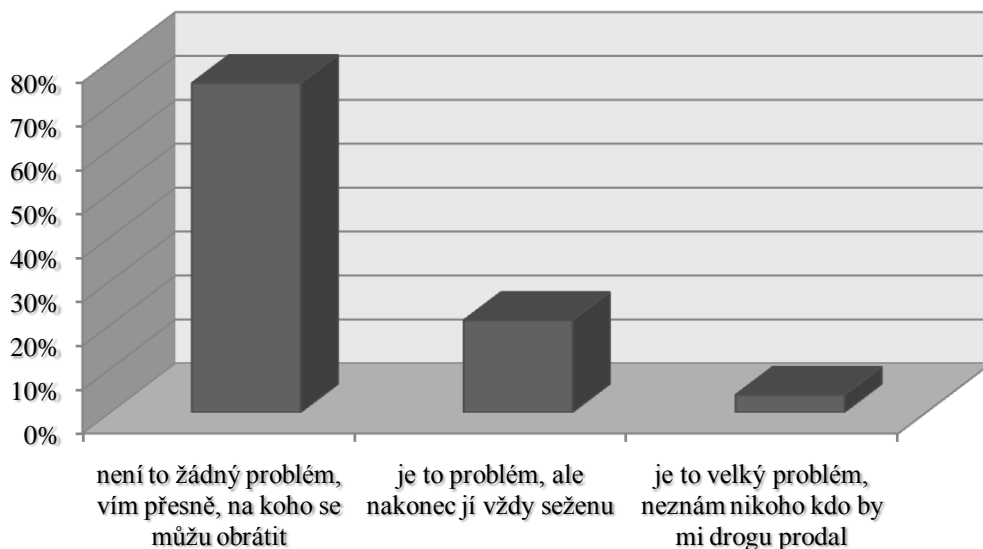
Otázka č. 6. Když si chceš na taneční párty zakoupit drogu, je pro tebe problém sehnat jí?

Tabulka č. 6. Dostupnost tanečních drog

Když si chceš na taneční párty zakoupit drogu, je pro tebe problém sehnat jí?		není to žádný problém, vím přesně, na koho se můžu obrátit	je to problém, ale nakonec jí vždy seženu	je to velký problém, neznám nikoho kdo by mi drogu prodal
Respondenti:		75%	21%	4%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	57%	34%	41%
	<i>Žen</i>	43%	66%	59%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	14%	16%	30%
	<i>S výučním listem</i>	23%	25%	62%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	39%	45%	8%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	24%	14%	0%

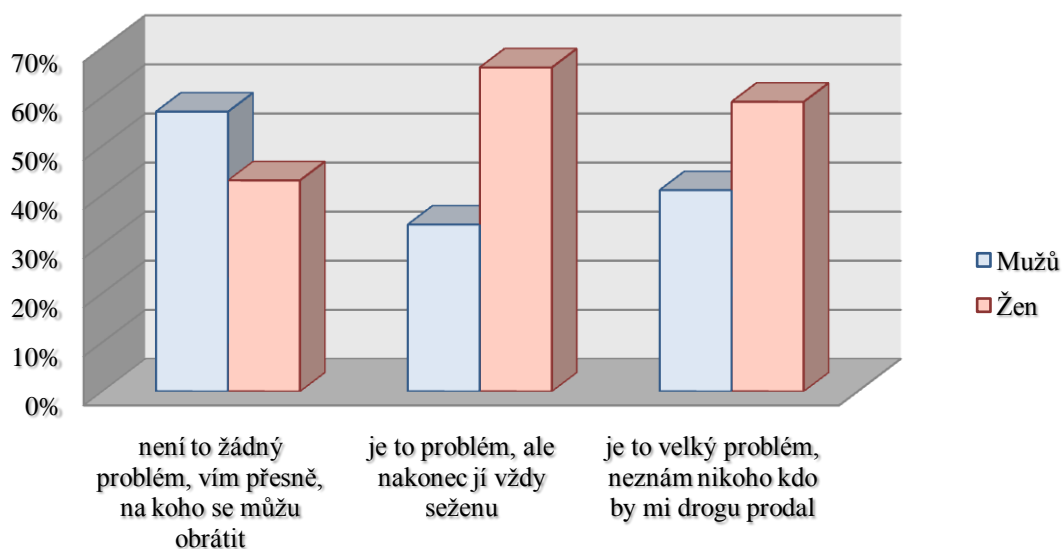
Graf č. 15.

Respondenti:



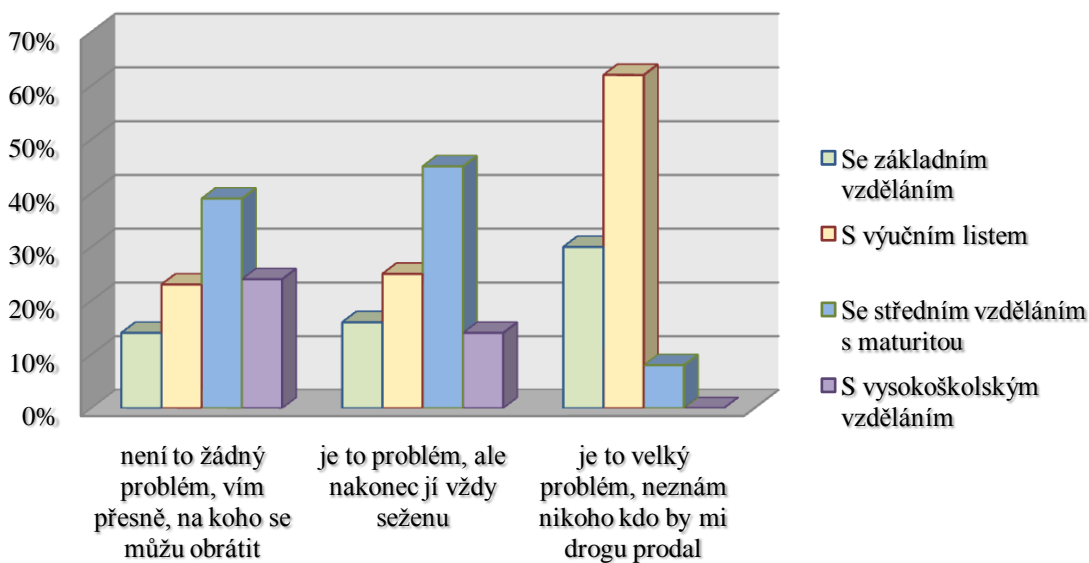
Graf č. 16.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 17.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledku průzkumu této otázky vyplývá, že pro 75% respondentů, není žádným problémem na párty si opatřit taneční drogu. Z toho takto odpovědělo 57% mužů a 43% žen. Z nich bylo 14% se základním vzděláním, 23% vyučeno, 39% se středoškolským a 24% s vysokoškolským vzděláním.

Za určitý problém sehnat taneční drogu to považuje 21% respondentů.

Z toho bylo 34% mužů a 66% žen. Z nich bylo 16% se základním vzděláním, 25% vyučených, 45% středoškoláků a 14% vysokoškoláků.

Jako velký problém to označilo 4% respondentů. Z toho bylo 41% mužů a 59% žen. Tuto skupinu tvořilo 30% se základním vzděláním, 62% bylo vyučených a 8% středoškoláků.

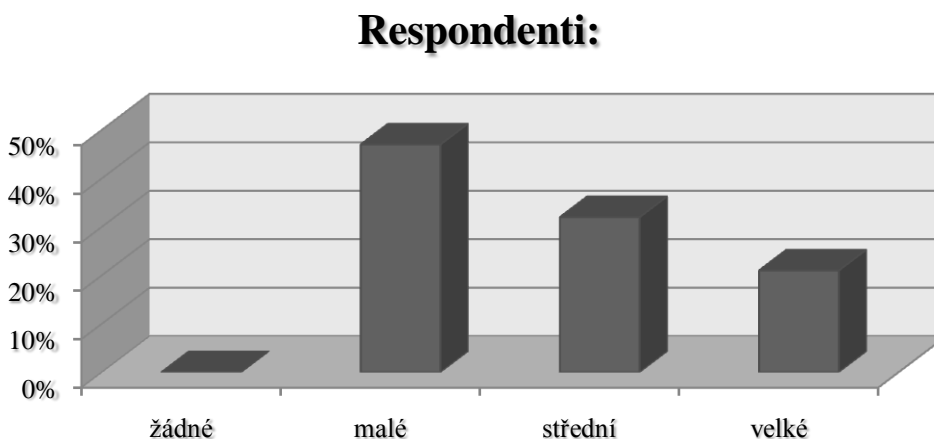
Z výsledku vyplývá snadná dostupnost drogy pro většinu respondentů, zejména pro muže. Nejmenší problémem sehnat drogu bylo pro středoškoláky.

Otázka č. 7. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají kokain či pervitin? Nebezpečí je:

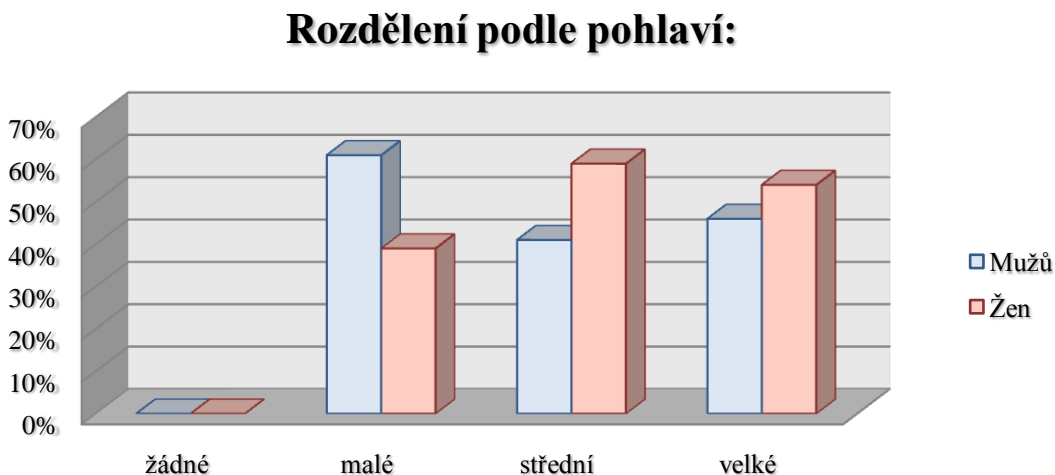
Tabulka č. 7. Povědomí respondentů o škodlivosti kokainu či pervitinu

Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají kokain či pervitin? Nebezpečí je:		žádné	malé	střední	velké
Respondenti:		0%	47%	32%	21%
Z celkového počtu respondentů je:	Mužů	0%	61%	41%	46%
	Žen	0%	39%	59%	54%
Z celkového počtu respondentů je:	Se základním vzděláním	0%	41%	3%	5%
	S výučním listem	0%	30%	20%	17%
	Se středním vzděláním s maturitou	0%	29%	32%	35%
	S vysokoškolským vzděláním	0%	0%	45%	43%

Graf č. 18.

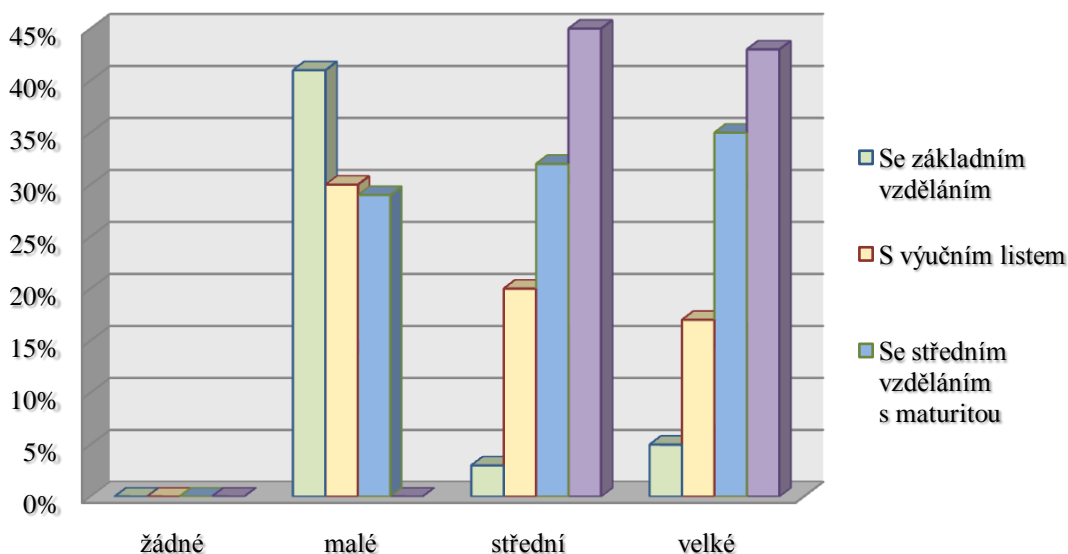


Graf č. 19.



Graf č. 20.

Rozdělení podle vzdělání:



Jako velké nebezpečí to z respondentů považuje 21%. Z toho 46% mužů a 54% žen. Z nich bylo 5% se základním vzděláním, 17% vyučených, 35% středoškoláků a 43% vysokoškoláků.

Jako středně nebezpečné to považuje 32% respondentů. Z toho 41% mužů a 59% žen. Z nich bylo 3% se základním vzděláním, 20% vyučených, 32% středoškoláků a 45% vysokoškoláků.

Jako malé nebezpečí to z respondentů považuje 47% respondentů. Z toho 61% mužů a 39% žen. Z nich bylo 41% se základním vzděláním, 30 vyučených a 29% středoškoláků.

Nikdo z dotázaných nepovažoval užívání drog za bezrizikové.

Z výsledků vyplývá, že si nebezpečí drog uvědomují hlavně osoby s dosaženým vyšším vzděláním. Za středně nebezpečné ho považuje více žen než mužů. Jako malé nebezpečí to hodnotí více mužů než žen.

Otázka č. 8. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají extázy, DOM nebo DOP?

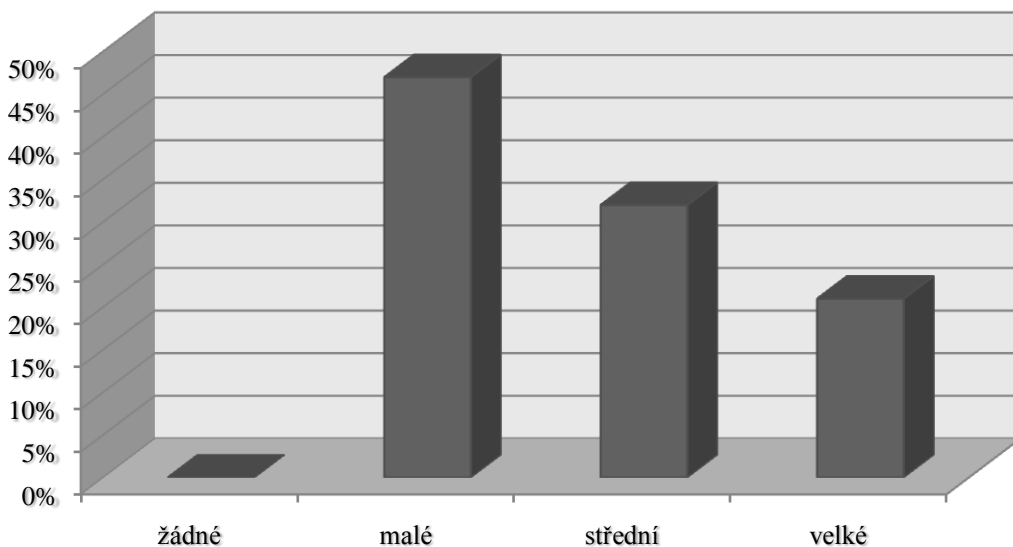
Nebezpečí je:

Tabulka č. 8. Povědomí respondentů o škodlivosti extáze, DOM nebo DOP

Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají extázy, DOM nebo DOP? Nebezpečí je:		žádné	malé	střední	velké
Respondenti:		0%	47%	32%	21%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	0%	61%	41%	46%
	<i>Žen</i>	0%	39%	59%	54%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	0%	41%	3%	5%
	<i>S výučním listem</i>	0%	30%	20%	17%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	0%	29%	32%	35%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	0%	0%	45%	43%

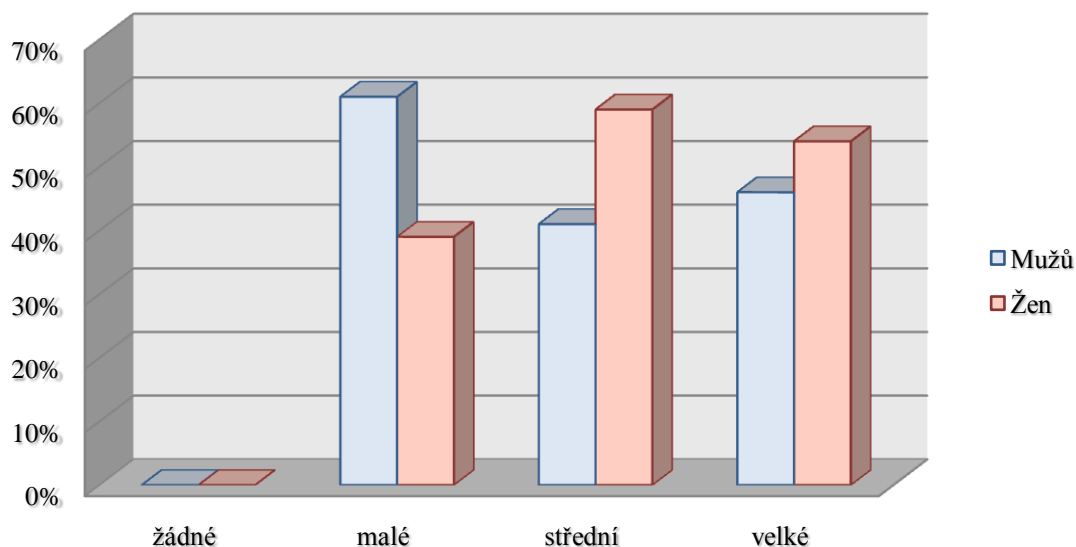
Graf č. 21.

Respondenti:



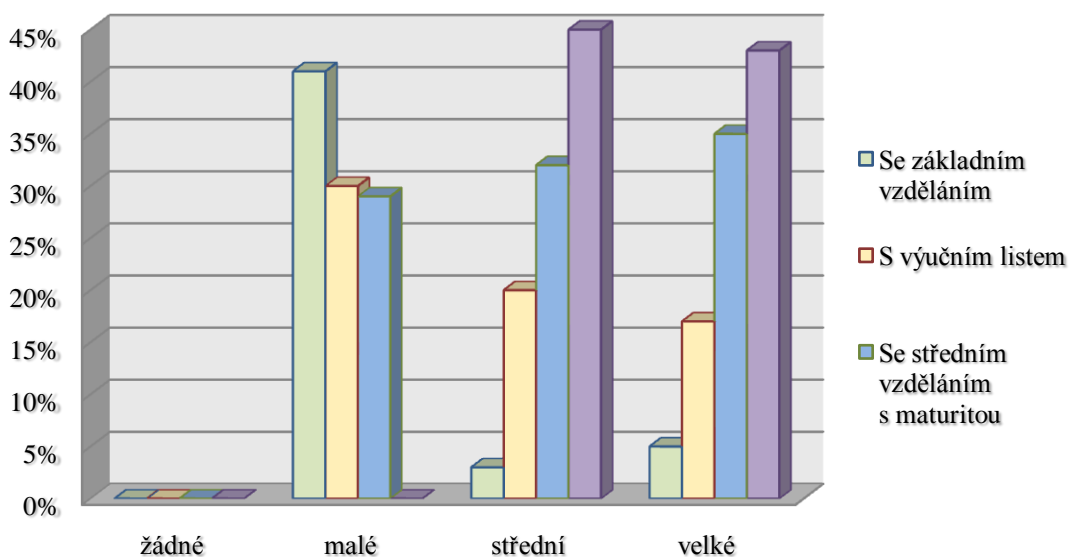
Graf č. 22.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 23.

Rozdělení podle vzdělání:



Jako velké nebezpečí to z respondentů považuje 21%. Z toho 46% mužů a 54% žen. Z nich bylo 5% se základním vzděláním, 17% vyučených, 35% středoškoláků a 43% vysokoškoláků.

Jako středně nebezpečné to považuje 32% respondentů. Z toho 41% mužů a 59% žen. Z nich bylo 3% se základním vzděláním, 20% vyučených, 32% středoškoláků a 45% vysokoškoláků.

Jako malé nebezpečí to z respondentů považuje 47% respondentů. Z toho 61% mužů a 39% žen. Z nich bylo 41% se základním vzděláním, 30 vyučených a 29% středoškoláků.

Nikdo z dotázaných nepovažoval užívání extáze, DOM nebo DOP za bezrizikové.

Z výsledků vyplývá, že si nebezpečí drog uvědomují hlavně osoby s dosaženým vyšším vzděláním. Za středně nebezpečné ho považuje více žen než mužů. Jako malé nebezpečí to hodnotí více mužů než žen.

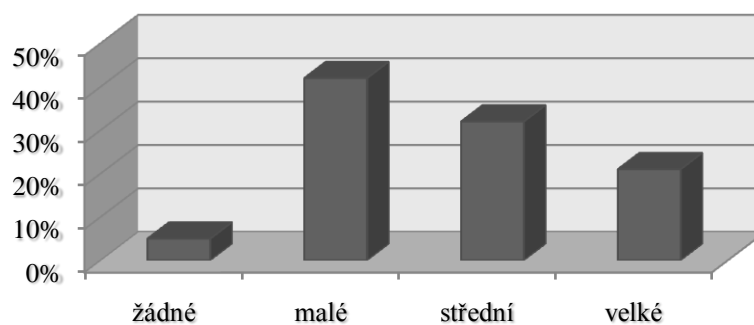
Otázka č. 9. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny? Nebezpečí je:

Tabulka č. 9. Povědomí respondentů o škodlivosti LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny

Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny ? Nebezpečí je:		žádné	malé	střední	velké
Respondenti:		5%	42%	32%	21%
Z celkového počtu respondentů je:	Mužů	51%	61%	41%	50%
	Žen	49%	39%	59%	50%
Z celkového počtu respondentů je:	Se základním vzděláním	45%	39%	3%	5%
	S výučním listem	30%	32%	20%	17%
	Se středním vzděláním s maturitou	25%	29%	32%	35%
	S vysokoškolským vzděláním	0%	0%	45%	43%

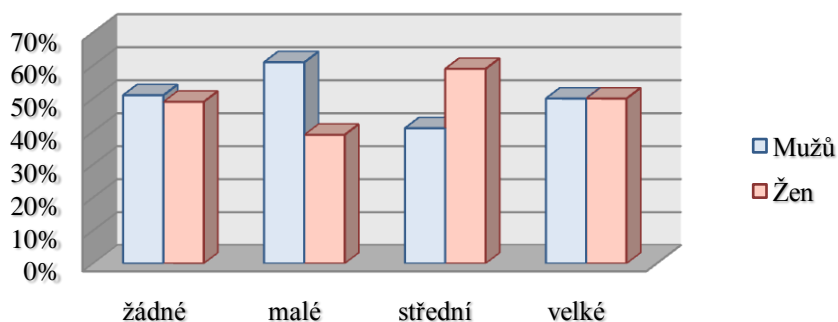
Graf č. 24.

Respondenti:



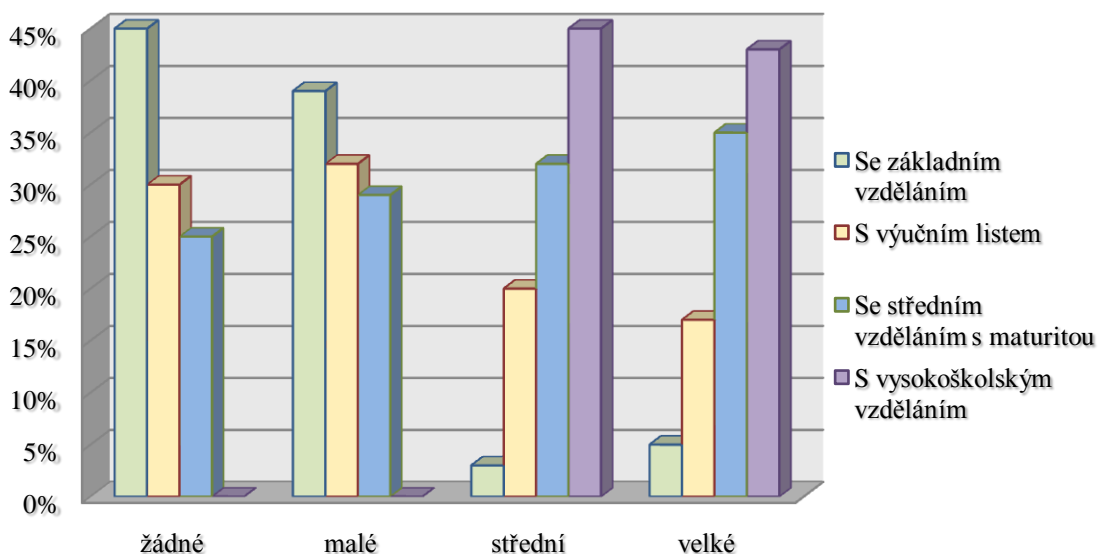
Graf č. 25.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 26.

Rozdělení podle vzdělání:



Jako velké nebezpečí to z respondentů považuje 21%. Z toho 50% mužů a 50% žen. Z nich bylo 5% se základním vzděláním, 17% vyučených, 35% středoškoláků a 43% vysokoškoláků.

Jako středně nebezpečné to považuje 32% respondentů. Z toho 41% mužů a 59% žen. Z nich bylo 3% se základním vzděláním, 20% vyučených, 32% středoškoláků a 45% vysokoškoláků.

Jako malé nebezpečí to z respondentů považuje 42% respondentů. Z toho 61% mužů a 39% žen. Z nich bylo 39% se základním vzděláním, 32% vyučených a 29% středoškoláků.

Za bezrizikové považuje užívání LSD, trip a jiné halucinogeny 5% respondentů. Z toho 51% mužů a 49% žen. Z nich bylo 45% se základním vzděláním, 30% vyučených a 25% středoškoláků.

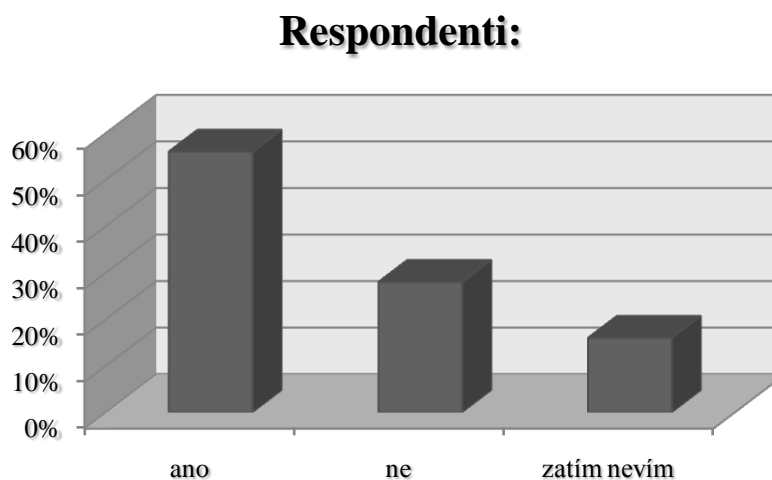
Z výsledků vyplývá, že si nebezpečí drog uvědomují hlavně osoby s dosaženým vyšším vzděláním. Za středně nebezpečné ho považuje více žen než mužů. Jako malé nebezpečí to hodnotí více mužů než žen.

Otázka č. 10. Máš v úmyslu na této taneční akci požit nějakou drogu?

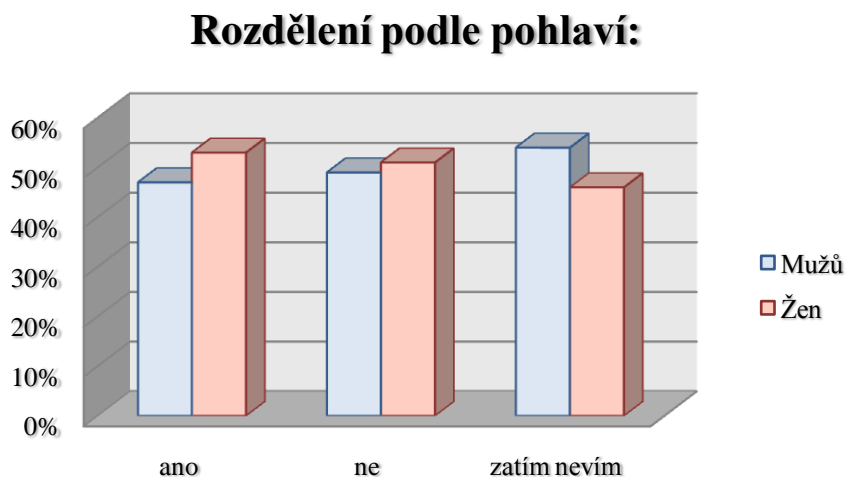
Tabulka č. 10. Zjišťování užití či neužití taneční drogy na probíhající akci

Máš v úmyslu na této taneční akci požit nějakou drogu?		ano	ne	zatím nevím
Respondenti:		56%	28%	16%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	47%	49%	54%
	<i>Žen</i>	53%	51%	46%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	20%	15%	23%
	<i>S výučním listem</i>	28%	22%	21%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	23%	21%	28%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	29%	42%	28%

Graf č. 27.

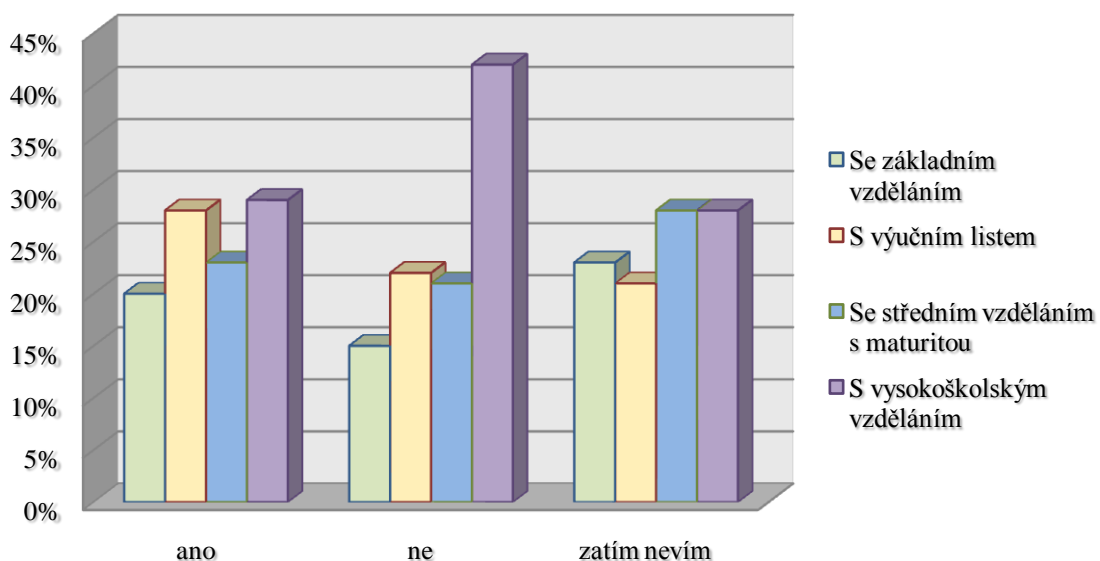


Graf č. 28.



Graf č. 29.

Rozdělení podle vzdělání:



Z odpovědí vyplynulo, že užít drogu na této akci je odhodláno 56% respondentů. Z toho 47% mužů a 53% žen. Z nich je 20% se základním vzděláním, 28% vyučených, 23% středoškoláků a 29% vysokoškoláků.

Záporně odpovědělo 28% respondentů. Z toho 49% mužů a 51% žen. Z nich je 15% se základním vzděláním, 22% vyučených, 21% středoškoláků a 42% vysokoškoláků.

Zatím se nerozhodlo 16% respondentů. Z toho 54% mužů a 46% žen. Z nich bylo 23% se základním vzděláním, 21% vyučených, 28% středoškoláků a 28% vysokoškoláků.

Z výsledků vyplývá, že užít drogu na této akci chce většina respondentů, z nichž většina je žen. Co se týká vzdělání, užít drogu na této akci chtějí hlavně respondenti středoškolsky a vysokoškolsky vzdělání.

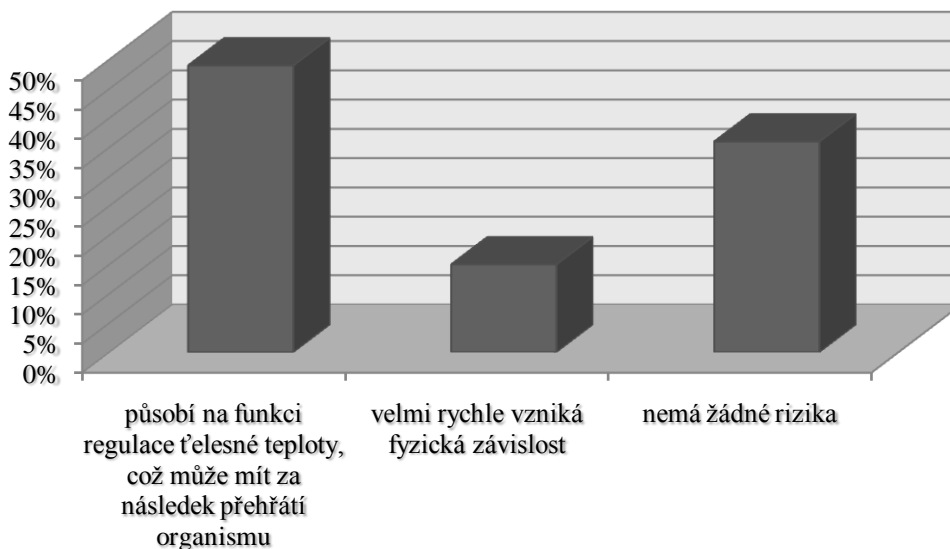
Otázka č. 11. Jaké má podle tebe užití extáze rizika?

Tabulka č. 11. Povědomí respondentů o rizicích užívání extáze

Jaké má podle tebe užití extáze rizika?		působí na funkci regulace tělesné teploty, což může mít za následek přehřátí organismu	velmi rychle vzniká fyzická závislost	nemá žádné rizika
Respondenti:		49%	15%	36%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	49%	50%	58%
	<i>Žen</i>	51%	50%	42%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	11%	28%	39%
	<i>S výučním listem</i>	20%	25%	28%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	32%	21%	20%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	37%	26%	13%

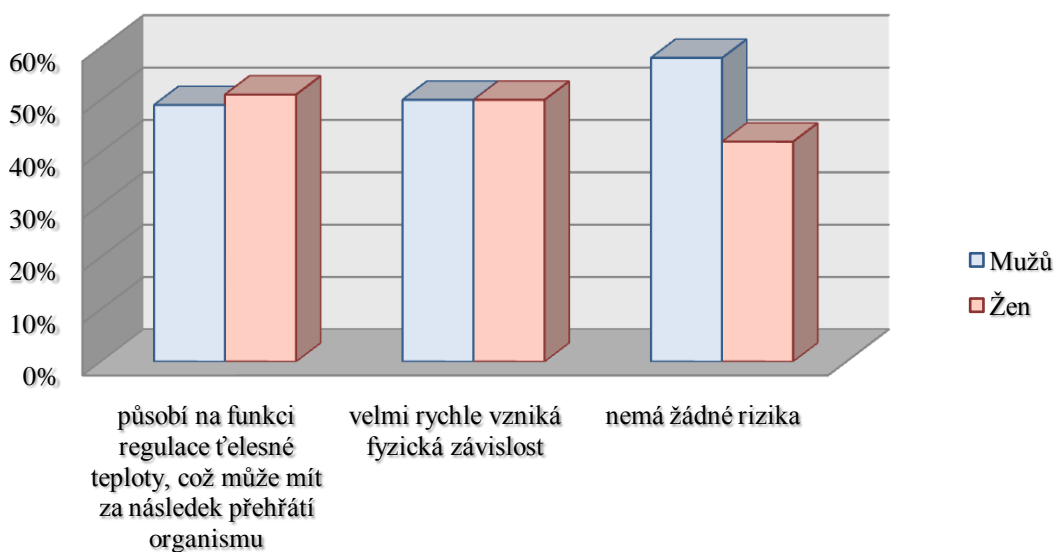
Graf č. 30.

Respondenti:



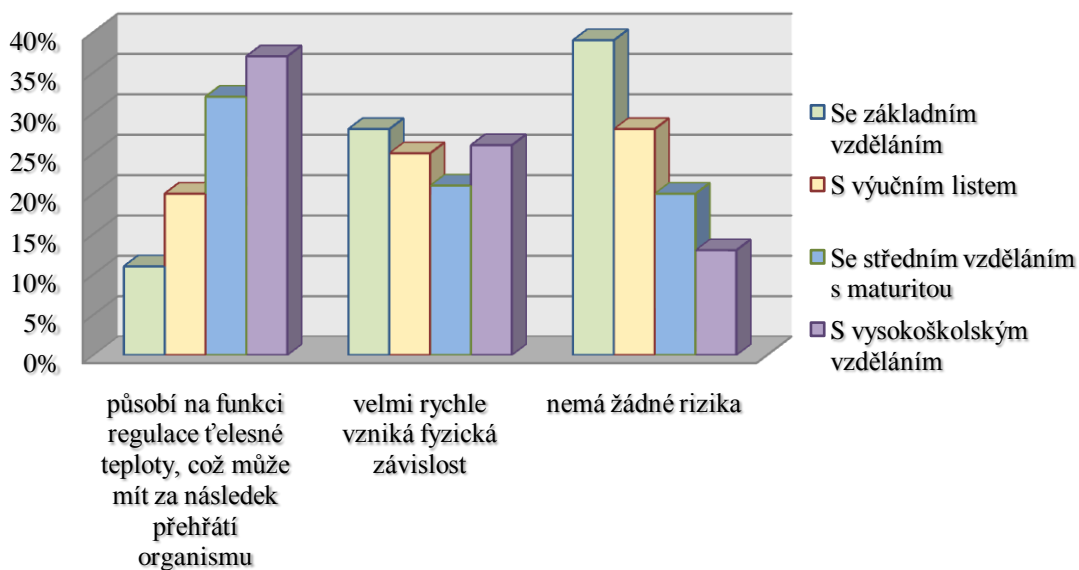
Graf č. 31.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 32.

Rozdělení podle vzdělání:



Z odpovědí vyplynulo, že 49% dotázaných ví, že extáze působí na funkci regulace tělesné teploty, což může mít za následek přehřátí organismu. Z toho 49% mužů a 51% žen. Z nich 11% se základním vzděláním, 20% vyučených, 32% se středoškolským vzděláním a 37% vysokoškolsky vzdělaných.

Jako odpověď, že velmi rychle vzniká fyzická závislost odpovědělo 15% respondentů. Z toho 50% mužů a 50% žen. Z nich 28% se vzděláním základním, 25% vyučených, 21% středoškolsky a 26% vysokoškolsky vzdělaných.

Jako odpověď uvedlo 36% respondentů, že extáze nemá žádná rizika. Z toho 58% mužů a 42% žen. Z nich 39% se základním vzděláním, 28% vyučených, 20% se středoškolským vzděláním a 13% vysokoškolsky vzdělaných.

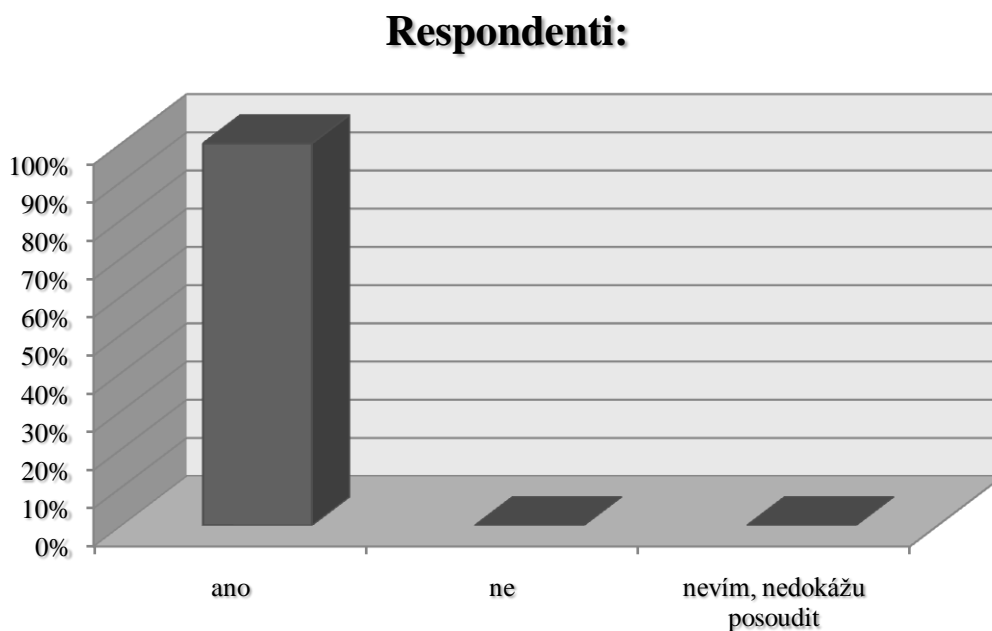
Z výsledku vyplývá, že z respondentů si je necelá polovina vědoma hlavního rizika extáze. Z toho je více žen a převládají vysokoškoláci. Velké procento respondentů uvedlo, že extáze nemá žádná rizika, což značí v tomto směru o nízké informovanosti. V téhle skupině převažovali muži a vzhledem ke vzdělání, největší část respondentů měla základní.

Otázka č. 12. Myslíš si, že by mělo být tvojí povinností oznámit rodičům, když zjistíš, že někdo z tvých známých či přátel užívá často taneční drogy?

Tabulka č. 12. *Názor respondentů na ohlášení užívání tanečních drog*

Myslíš si, že by mělo být tvojí povinností oznámit rodičům, když zjistíš, že někdo z tvých známých či přátel užívá často taneční drogy?	ano	ne	nevím, nedokážu posoudit
Respondenti:	100%	0%	0%

Graf č. 33.



Z odpovědí vyplynulo, že 100% dotázaných je toho názoru, že není jejich povinností oznámit rodičům, že jejich známý, kamarád užívá často taneční drogy.

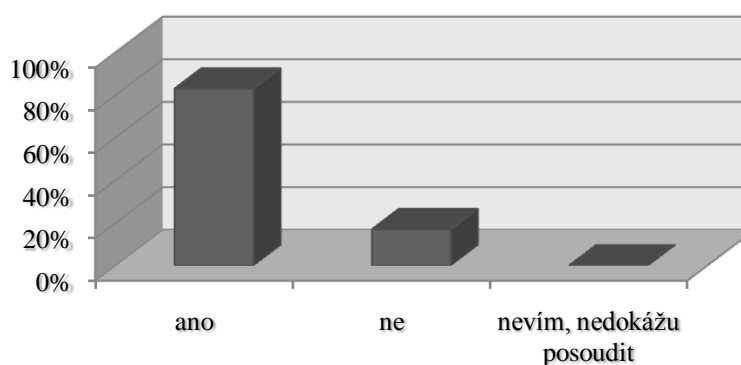
Otázka č. 13. Myslíš si, že novelizace Trestního zákona ohledně držení drog v množství „větším než malém“ je správná?

Tabulka č. 13. *Názor respondentů na novelizaci Trestního zákona*

Myslíš si, že novelizace Trestního zákona ohledně držení drog v množství „větším než malém“ je správná?		ano	ne	nevím, nedokážu posoudit
Respondenti:		83%	17%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	56%	23%	0%
	<i>Žen</i>	44%	77%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	33%	19%	0%
	<i>S výučním listem</i>	25%	16%	0%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	22%	20%	0%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	20%	45%	0%

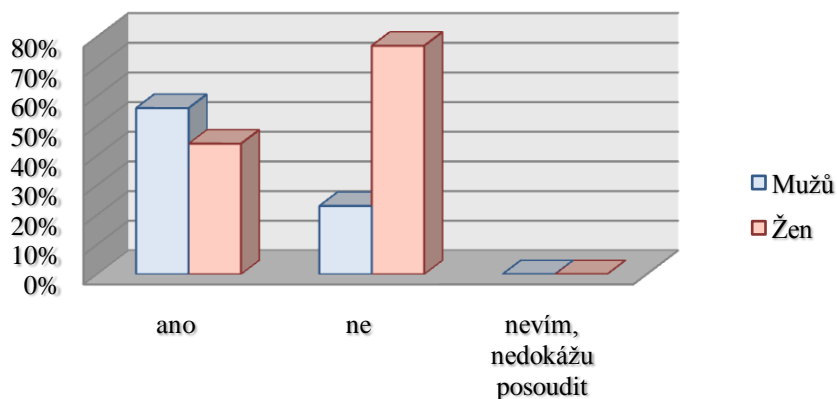
Graf č. 34.

Respondenti:



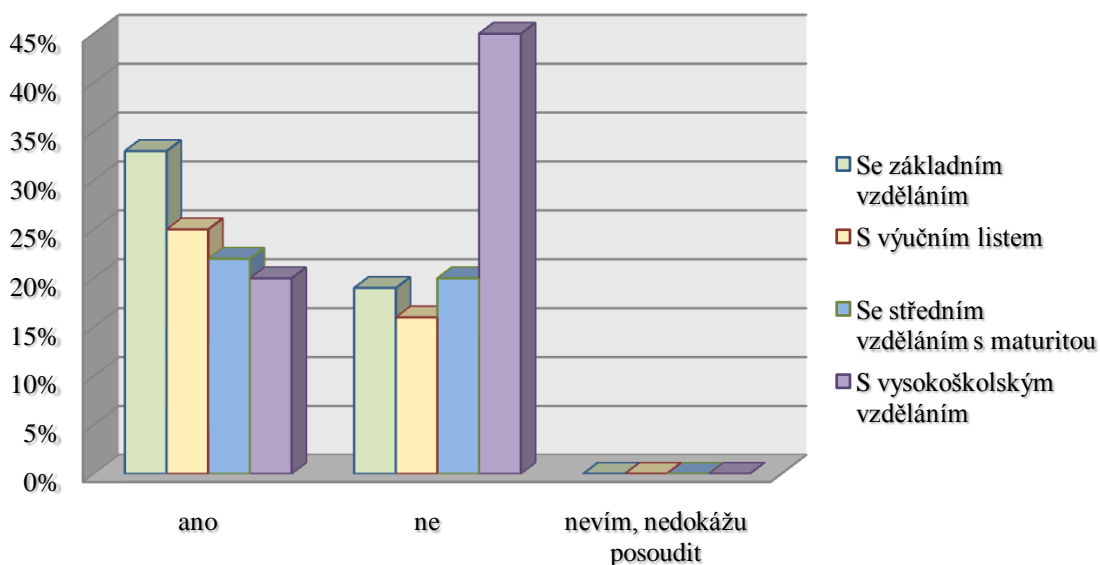
Graf č. 35.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 36.

Rozdělení podle vzdělání:



Z odpovědí vyplynulo, že 83% dotázaných je toho názoru, že novelizace Trestního zákona ohledně držení drog v množství „větším než malém“ je správná. Z toho 56% mužů a 44% žen. Z nich 33% se základním vzděláním, 25% vyučených, 22% se středoškolským vzděláním a 20% vysokoškolsky vzdělaných.

Záporně odpovědělo 17% respondentů. Z toho 23% mužů a 77% žen. Z nich 19% se vzděláním základním, 16% vyučených, 20% středoškolsky a 45% vysokoškolsky vzdělaných.

Nikdo neodpověděl, že tuto otázku nedokáže posoudit.

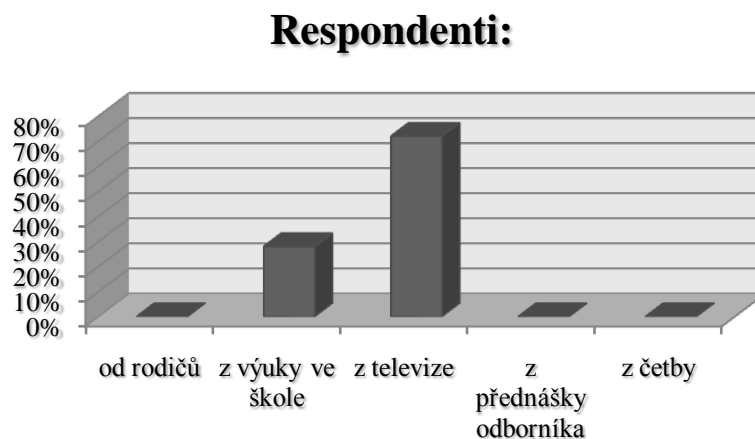
Drtivá většina respondentů je toho názoru, že novelizace trestního zákona ohledně držení drog v množství „větším než malém“ je správná. Převažují muži, stupeň dosaženého vzdělání základní.

Otázka č. 14. O nebezpečí drog jsem se nejvíce dozvěděl/a:

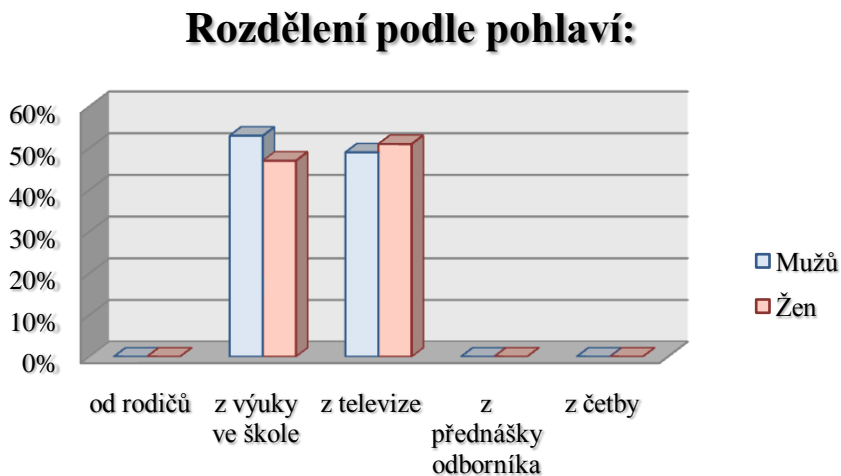
Tabulka č. 14. Zmapování zdrojů informovanosti respondentů

O nebezpečí drog jsem se nejvíce dozvěděl/a:		od rodičů	z výuky ve škole	z televize	z přednášky odborníka	z četby
Respondenti:		0%	28%	72%	0%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	0%	53%	49%	0%	0%
	<i>Žen</i>	0%	47%	51%	0%	0%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	0%	17%	36%	0%	0%
	<i>S výučním listem</i>	0%	26%	33%	0%	0%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	0%	27%	25%	0%	0%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	0%	30%	6%	0%	0%

Graf č. 37.

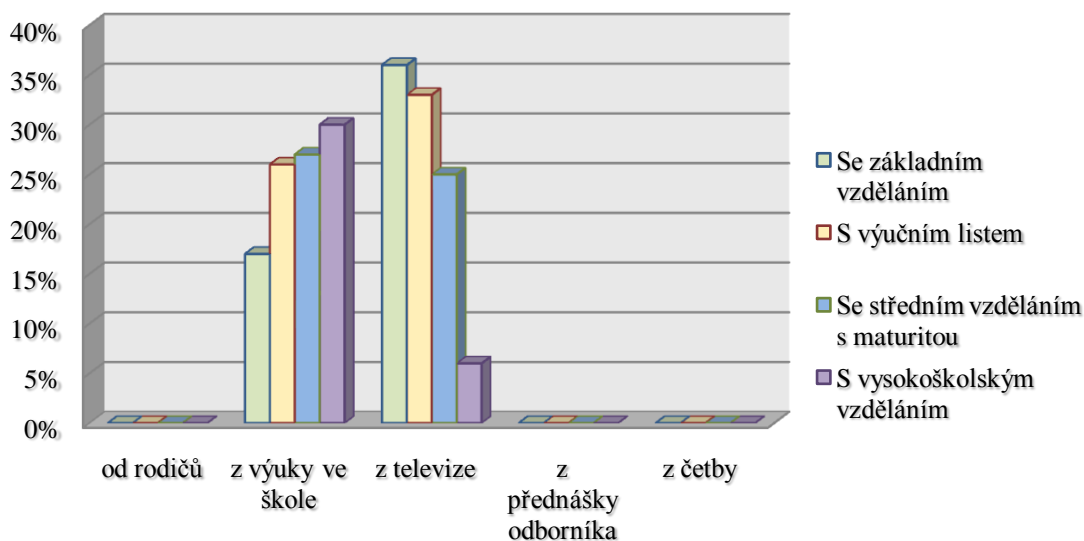


Graf č. 38.



Graf č. 39.

Rozdělení podle vzdělání:



Z odpovědí vyplynulo, že jako největší zdroj informací bylo pro 72% dotázaných, sledování televize. Z toho 49% mužů a 51% žen. Z nich 36% se základním vzděláním, 33% vyučených, 25% se středoškolským vzděláním a 6% vysokoškolsky vzdělaných.

Zbýlých 28% respondentů si zvolilo jako odpověď, že se nejvíce dozvěděli o nebezpečí drog ze školy. Z nich bylo 53% mužů a 47% žen. Z toho 17% se základním vzděláním, 26% vyučeno, 27% středoškolského a 30% vysokoškolského vzdělání.

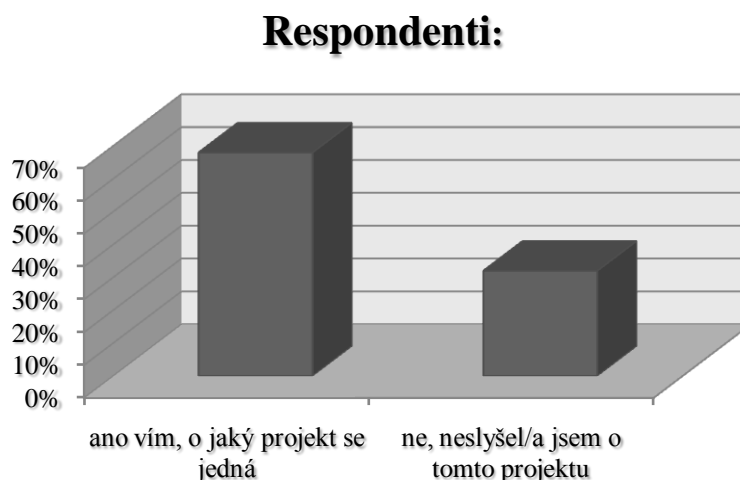
Z výsledků je patrné, že pořady v televizi věnované drogám, nejvíce ovlivnily informovanost respondentů, bez ohledu na pohlaví. Co se týče vzdělání převládaly osoby se základním vzděláním a vyučení. Ostatním dotázaným jako zdroj informací posloužilo studium na školách všeho typu. Projevilo se to hlavně u středoškoláků a vysokoškoláků a více u mužů.

**Otázka č. 15. Slyšel/a jsi už o pracovní skupině Safer party tour
2008, která se zabývá terénní prací na taneční scéně?**

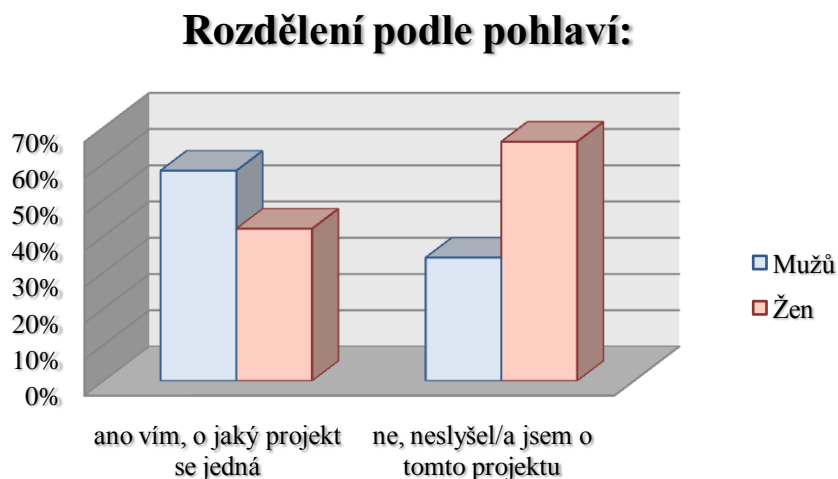
Tabulka č. 15. Informovanost respondentů o Safer party tour 2008

Slyšel/a jsi už o pracovní skupině Safer party tour 2008, která se zabývá terénní prací na taneční scéně?		ano vím, o jaký projekt se jedná	ne, neslyšel/a jsem o tomto projektu
Respondenti:		68%	32%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	58%	34%
	<i>Žen</i>	42%	66%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	7%	42%
	<i>S výučním listem</i>	21%	31%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	32%	23%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	41%	4%

Graf č. 40.

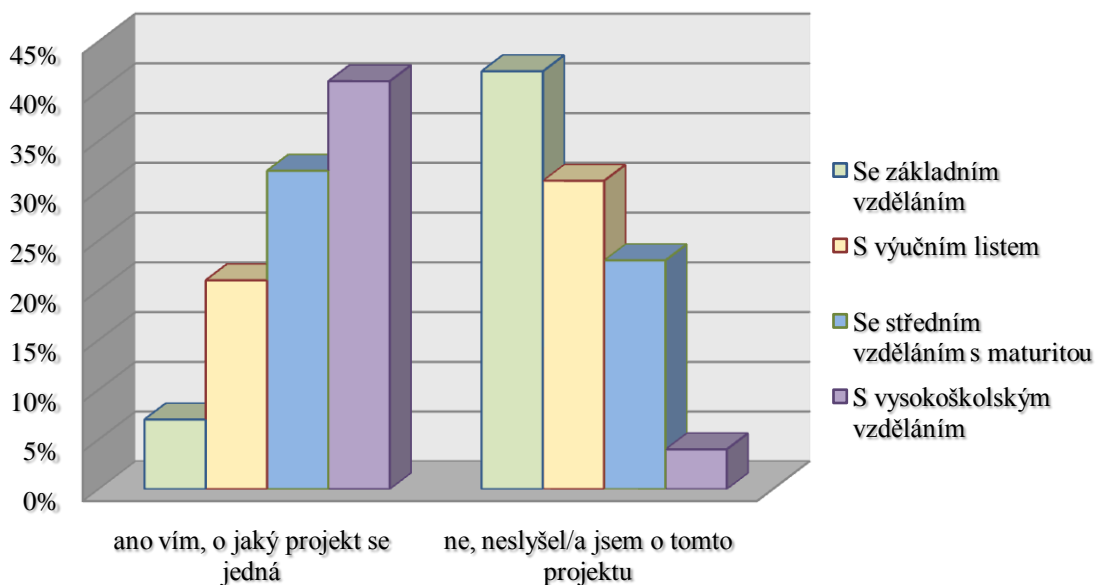


Graf č. 41.



Graf č. 42.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledků vyplývá, že 68% respondentů již slyšelo o pracovní skupině Safer party tour 2008, která se zabývá terénní prací na taneční scéně. Z toho 58% mužů a 42% žen. Z nich mělo 7% základní vzdělání, 21% bylo vyučeno, 31% mělo středoškolské a 41% vysokoškolské vzdělání.

Zbýlých 32% respondentů uvedlo, že o této pracovní skupině nikdy neslyšeli. Z toho 34% mužů a 66% žen. Z nich mělo 42% základní vzdělání, 31% bylo vyučeno, 23% mělo středoškolské a 4% vysokoškolské vzdělání.

Výsledky ukazují na poměrně slušnou informovanost o existenci pracovní skupiny Safer party tour, zejména mezi muži a u osob se středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

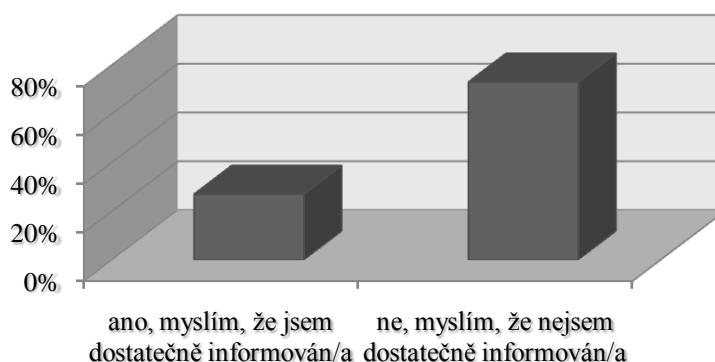
Otázka č. 16. Máš pocit, že jsi o této problematice dostatečně informován/a?

Tabulka č. 16. Zmapování stupně informovanosti adolescentů

Máš pocit, že jsi o této problematice dostatečně informován/a?		ano, myslím, že jsem dostatečně informován/a	ne, myslím, že nejsem dostatečně informován/a
Respondenti:		27%	73%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	67%	44%
	<i>Žen</i>	33%	56%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	31%	16%
	<i>S výučním listem</i>	29%	21%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	20%	28%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	20%	35%

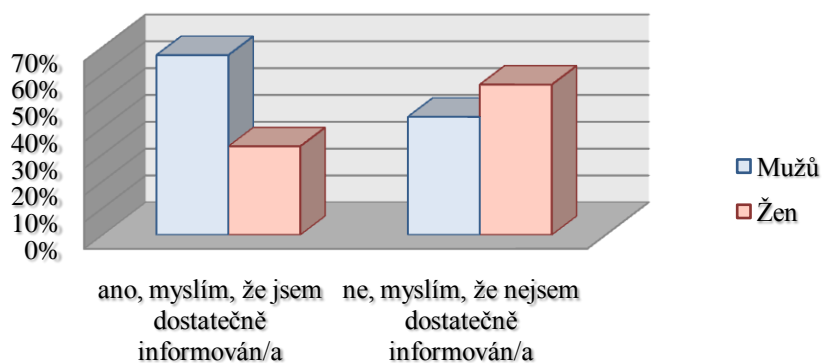
Graf č. 43.

Respondenti:



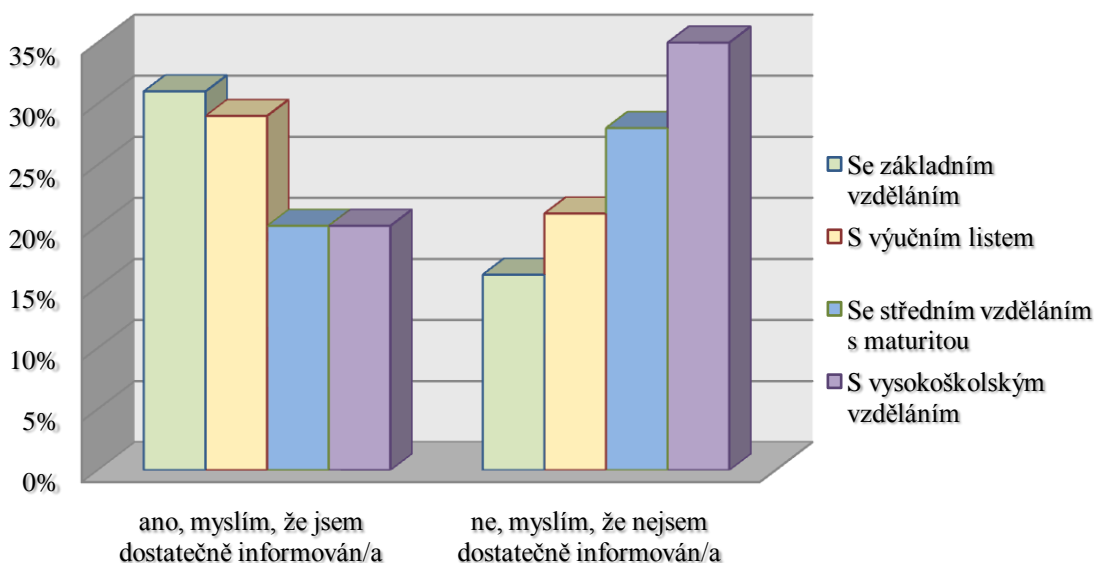
Graf č. 44.

Rozdělení podle pohlaví:



Graf č. 45.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledků vyplývá, že 73% respondentů uvedlo, že jejich informovanost je dle jejich názoru zatím nedostatečná. Z nich 44% mužů a 56% žen. Z toho 16% se základním vzděláním, 21% vyučených, 28% středoškoláků a 35% vysokoškoláků.

Zbýlých 27% respondentů považuje svoji informovanost o drogách za dostatečnou. Z toho 67% mužů a 33% žen. Z nich 31% se základním vzděláním, 29% vyučeno, 20% středoškoláků a 20% vysokoškoláků.

Výsledky hovoří o tom, že většina respondentů považuje svoji informovanost o drogové problematice za nedostatečnou, zejména ženy a osoby s vyšším vzděláním.

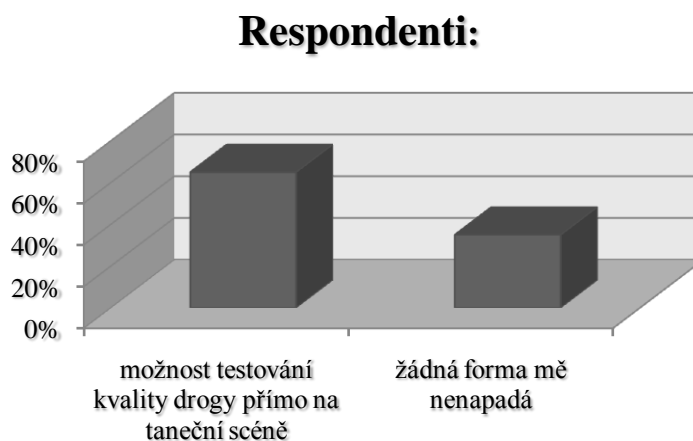
Své znalosti přeceňují zejména osoby se základním vzděláním a s výučním listem.

Otázka č. 17. Jakou formu terciální prevence by, jsi uvítal/a na taneční scéně?

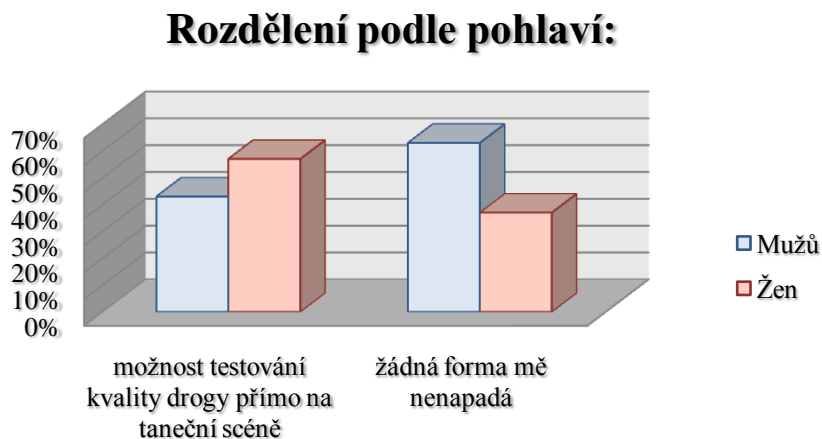
Tabulka č. 17. Mapování přání na formu terciální prevence na taneční scéně

Jakou formu terciální práce bys uvítal/a na taneční scéně?		možnost testování kvality drogy přímo na taneční scéně	žádná forma mě nenapadá
Respondenti:		65%	35%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Mužů</i>	43%	63%
	<i>Žen</i>	57%	37%
Z celkového počtu respondentů je:	<i>Se základním vzděláním</i>	17%	29%
	<i>S výučním listem</i>	19%	24%
	<i>Se středním vzděláním s maturitou</i>	28%	23%
	<i>S vysokoškolským vzděláním</i>	36%	24%

Graf č. 46.

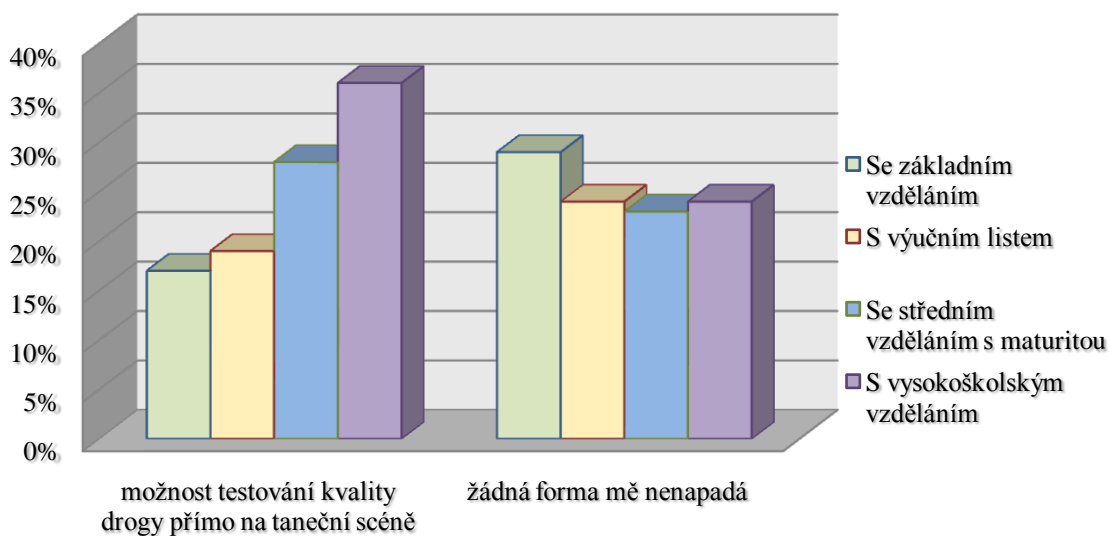


Graf č. 47.



Graf č. 48.

Rozdělení podle vzdělání:



Z výsledků vyplývá, že jako formu terciální prevence by uvítalo 65% respondentů možnost testování kvality drogy přímo na taneční scéně. Tento názor má 43% mužů a 57% žen. Z nich je 17% se základním vzděláním, 19% vyučených, 28% středoškoláků a 36% vysokoškoláků.

Ostatních 35% respondentů uvedlo, že je žádná forma nenapadá. Z nich bylo 63% mužů a 37% žen. Z toho 29% se základním vzděláním, 24% vyučených, 23% středoškoláků a 24% vysokoškoláků.

Z výsledků je patrné, že většina respondentů považuje za důležité moci si zkontrolovat kvalitu zakoupené drogy. Uvažuje takto více žen, než mužů a více osob se středním a vysokoškolským vzděláním. Ostatní možnosti terciální prevence nejsou asi mezi respondenty známy.

6.7 Vyhodnocení získaných údajů - diskuse

6.7.1 Kritéria k potvrzení domněnek

Předpoklad č. 1. se potvrdí v případě, že na otázky 1, 10 odpoví více jak 55% respondentů kladně a na otázky 12, 13, 15,16 odpoví více jak 55% záporně.

Předpoklad č. 2. se potvrdí v případě, že na otázky 7, 8, 9, 11 odpoví špatně více jak 55% respondentů.

Předpoklad č. 3. se potvrdí v případě, že na otázky 7, 8, 9, 11 odpoví správně větší procento žen než mužů.

Předpoklad č. 4. se potvrdí v případě, že na otázky 1, 10 odpoví záporně větší procento žen než mužů a na otázky 12, 13, 15, 16 odpoví kladně větší procento žen než mužů.

Předpoklad č. 5. se potvrdí v případě, že na otázky 7, 8, 9, 11 odpoví správně nejvíce vysokoškoláků.

Předpoklad č. 6. se potvrdí v případě, že na otázky 1, 10 odpoví záporně nejvíce vysokoškoláků a otázky 12, 13, 15, 16 odpoví kladně nejvíce vysokoškoláků.

Otázky číslo 2, 3, 4, 5, 6, 14, 17 byly informativní. Odpovědi na tyto otázky pro mě byly velice důležité, neboť bych je ráda uplatnila při praktickém využití mé diplomové práce.

Předpoklad č. 1

Předpokládám, že postoj návštěvníků k tanečním drogám bude laxní. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 1, 10, 12, 13, 15,16. U otázky č. 1 odpovědělo 88% respondentů kladně. U otázky č. 10 odpovědělo kladně 56% respondentů. U otázky č. 12 odpovědělo záporně 100% respondentů. U otázky č. 13 odpovědělo záporně 17% respondentů. U otázky č. 15 odpovědělo 32% respondentů záporně a u otázky č. 16 odpovědělo záporně 73% respondentů. Z výsledků vyplývá, že předpoklad se potvrdil. Toto zjištění není potěšující. Je zřejmé, že edukace respondentů je nedostatečná.

Předpoklad č. 2.

Předpokládám, že návštěvníci nemají dostatečné informace o této problematice. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 7, 8, 9,

11. U otázky č. 7 odpovědělo špatně 79% respondentů. U otázky č. 8 odpovědělo špatně 79% respondentů. U otázky č. 9 odpovědělo špatně 79% respondentů a u otázky č. 11 odpovědělo špatně 51% respondentů. Z výsledků vyplývá, že se předpoklad potvrdil. Respondenti nejsou o této problematice dostatečně informováni. Neuvědomují si nebezpečí experimentování s tanečními drogami.

Předpoklad č. 3

Předpokládám, že ženy budou více informovány o tanečních drogách než muži. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 7, 8, 9, 11. U otázky č. 7 odpovědělo správně 46% mužů a 54% žen. U otázky č. 8 odpovědělo správně 46% mužů a 54% žen. U otázky č. 9 odpovědělo správně Z toho 50% mužů a 50%. U otázky č. 11 odpovědělo správně 49% mužů a 51% žen. Z výsledků vyplývá, že předpoklad se potvrdil a že ženy jsou o tanečních drogách více informovány.

Předpoklad č. 4

Předpokládám, že ženy mají k tanečním drogám zodpovědnější postoj než muži. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 1, 10, 12, 13, 15,16. U otázky č. 1 odpovědělo záporně 66% mužů a 34% žen. U otázky č. 10 odpovědělo záporně 49% mužů a 51% žen. U otázky č. 12 odpovědělo kladně 0% respondentů. U otázky č. 13 odpovědělo kladně 56% mužů a 44% žen. U otázky č. 15 odpovědělo kladně 58% mužů a 42% žen a u otázky č. 16 odpovědělo kladně 67% mužů a 33% žen. Z výsledků vyplývá, že tento předpoklad se nepotvrdil. Dle odpovědí, nemají ženy zodpovědnější postoj k tanečním drogám než muži.

Předpoklad č. 5

Předpokládám, že nejvíce informováni o tanečních drogách budou vysokoškoláci. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 7, 8, 9, 11. U otázky č. 7 odpovědělo správně nejvíce vysokoškoláků a to 43%. Na otázky č. 8 a 9 odpovědělo správně také nejvíce respondentů vysokoškolsky vzdělaných – 43%. U otázky č. 11 odpovědělo správně 37% vysokoškolsky vzdělaných, což byl také největší počet. Z výsledků vyplývá, že předpoklad se potvrdil. Nejvíce informováni o tanečních drogách jsou respondenti vysokoškolsky vzdělaní.

Předpoklad č. 6

Předpokládám, že nejzodpovědnější postoj k tanečním drogám budou mít vysokoškoláci. Ke zhodnocení tohoto předpokladu byly analyzovány otázky č. 1, 10, 12, 13, 15, 16. Na otázku č. 1 odpovědělo záporně 25% vysokoškoláků, což není největší počet. Na otázku č. 10 odpovědělo záporně 42% vysokoškoláků. Na otázku č. 12 odpovědělo kladně 0% vysokoškoláků. Na otázku č. 13 odpovědělo kladně 20% vysokoškoláků, což není největší počet. Na otázku č. 15 odpověděl kladně největší počet, 41% vysokoškoláků. Na otázku č. 16 odpovědělo kladně 20% vysokoškoláků, což nebylo nejvíce. Z výsledků vyplývá, že předpoklad se nepotvrdil. Vysokoškoláci nemají nejzodpovědnější postoj k tanečním drogám, i když jsou dle průzkumu nejvíce informováni.

6.8 Využití získaných poznatků

Tímto výzkumem jsem získala přehled o postoji a stavu informovanosti návštěvníků tanečních akcí k tanečním drogám. Tato informace v praxi příliš velké využití zřejmě nemá, ale ukázala mi, jaké mezery jsou v informovanosti mladých lidí experimentujících velmi často s tanečními drogami. Výsledky mého výzkumu mi vnukly myšlenku, jak důležité je zabývat se osvětou mezi mládeží. Nestačí však jen zvyšovat informovanost mladých lidí, je potřeba dělat i další opatření jako je výměna jehel nebo testování složení drog, aby si lidé, kteří jsou na drogách závislí nebo jen tak experimentují na tanečních akcích, ubližovali co nejméně. Své síly jsem spojila s organizacemi, které mají na starosti projekt Safer party tour 2008 s cílem pomoci jim v jejich terciální prevenci na taneční scéně. Výsledky mého výzkumu mi budou v mé činnosti nápomocny.

ZÁVĚR

Drogová problematika je složitá věc. Ocitá se občas jako jedno z hlavních témat televizních zpráv, většinou jako informace o zadržení dalšího drogového gangu. Čas od času zaznamenáváme v médiích či na okolních billboardech probíhající protidrogovou kampaň. Drogy tu jsou, ale jako by nás mýjely stejně jako cizí automobilové nehody. Potom se nám, ale dopívající potomek svěří, že si „jenom jednou“ na taneční akci vyzkoušel například extázi. Situace se rázem mění. Problém už není abstraktní, ale dotýká se nás, dnes a tady. Stejně jako v 60 letech udával směr hippies, dnes ovlivňuje životy mladých lidí elektronická hudba. Trend rychle rostoucího zájmu o technoparty a s nimi spojené užívání „rekreačních“ drog se objevil nejprve v západní Evropě. Podle výzkumu v zemích EU zkusilo extázi alespoň jednou v životě tři až 3,5 milionů lidí. Zhruba od roku 1998 se tento způsob zábavy výrazně rozšířil i v ČR.

Extázi a další takzvané taneční drogy užívají zejména lidé mladí, vzdělaní a poměrně dobře situovaní. Taneční drogy se dají na technoparty zakoupit stejně lehko jako lahev pitné vody. Spoustě návštěvníkům se proto nezdá nebezpečné, když jednou za čas užijí taneční drogu, aby si lépe užili večer. Myslí si, že když ji neužívají pravidelně, nemohou si vůbec uškodit. Hlavní zbraní v protidrogové válce je dobrá informovanost mladých lidí a ta je nutná již od útlého věku. Je proto i na rodičích a na školách aby tento problém pomohla dobrou edukací řešit. Ještě před rokem byste hledali na taneční scéně terénní programy, které poskytují prevenci rizik nočního života marně. Tento rok se ale rozjíždí projekt, který podpořila i Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a který má za cíl poskytnout objektivní informace o legálních a ilegálních psychoaktivních látkách způsobem a formou atraktivní pro mladé lidi v prostředí, kde problémy spojené s jejich konzumací často vznikají. Poskytování objektivních a pravdivých informací v prostředí nočního života je vysoce účinná a efektivní metoda ochrany mladých lidí před možnými zdravotními či právními důsledky příliš divokého mejdanu. Tento projekt má velice dobrý ohlas a moje diplomová práce mě přivedla k myšlence spolupracovat na tomto projektu. Tento nápad jsem ihned realizovala.

Ve svojí práci jsem mapovala postoj a informovanost návštěvníků festivalu na taneční drogy. Srovnávala jsem také rozdíly v informovanosti mezi ženami a muži a závislosti na stupni dosaženého vzdělání. Zjistila jsem, že dotazovaní respondenti experimentují ve velké míře s tanečními drogami a to už i ve velmi mladém věku. Jejich informovanost o drogové problematice je i přes to malá. Dotazníky jsem měla možnost rozdat pouze na tanečním festivalu v ČR, ale zajímavé by bylo udělat tento výzkum i na zahraničním festivalu, kde se podobné projekty zatím nekonají.

Co říci na závěr? Drogy jsou a budou a je pouze na nás, jak se k tomuto celosvětovému problému postavíme. Dobrá informovanost mladých lidí snižuje riziko experimentování s drogami. Právě proto je potřeba o této problematice stále mluvit. A právě proto jsem si toto téma vybrala. Uvědomuji si, že řešení tohoto problému je běh na dlouhou trať, ale přála bych si, aby moje spolupráce na projektu přinesla pozitivní výsledky.

RESUMÉ

Cílem mé práce bylo zmapování postoje návštěvníků tanečních akcí k tanečním drogám a jejich informovanost o této problematice. Jako dílčí cíle jsem si určila porovnání rozdílů informovanosti a postoje k tanečním drogám mezi ženami a muži a porovnání rozdílů v závislosti na stupni dosaženého vzdělání. Součástí mé empirické práce, byl dotazníkový průzkum, který jsem prováděla na taneční akci, která se konala v osadě Andělka u Višňové na Liberecku. Odpovědi jsem statisticky zpracovala a graficky upravila. Stanovila jsem také předpoklady, jak asi průzkum dopadne, a provedla jsem srovnání těchto předpokladů se skutečností.

Celá práce je rozdělena na dva hlavní celky – teoretický a empirický. V teoretické části práce jsem se věnovala vymezení sledované problematiky, základnímu dělení drog užívaných na klubové scéně a jejich historii, prevenci drogové závislosti, metodám sociální práce v oblasti terciární prevence na klubové scéně a bio- psycho- socio- spirituálnímu modelu drogové závislosti.

Část empirická je pak tvořena především analýzou dat, zjištěných při výzkumu. Výsledky šetření ukázaly, že návštěvníci tanečních akcí nejsou dostatečně informováni a že jejich postoj k této problematice je laxní. Neuvědomují si nebezpečí experimentování s tanečními drogami.

Průzkum také ukázal rozdíly v informovanosti a postoje k tanečním drogám mezi ženami a muži. Dle průzkumu jsou ženy více informovány, ale nemají zodpovědnější postoj k tanečním drogám než muži. Lépe informováni jsou také lidé vysokoškolsky vzdělaní, ale ani lepší informovanost nezapříčinila zodpovědnější postoj k drogové problematice. Při provádění průzkumu jsem si mimo jiné uvědomila, že je u mladých lidí důležité působit nejen na úroveň jejich informovanosti, ale i na utváření jejich etických, morálních a sociálních postojů k okolí a apelovat na osobní zodpovědnost k sobě samému.

Seznam bibliografických citací:

1. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Vyd. Můnchen: Alinea Editions, 2001. 143 s. ISBN 80-7202-950-9
2. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s.14, 25, 31, 450, 489, 660, 699
3. HELLEBRANDOVÁ, K. *Děti a jejich problémy*. Praha : Sdružení Linka Bezpečí, 2005, s. 119. ISBN 80-239-4482-7
4. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s.21, 25, 59, 270
5. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X
6. NEŠPOR, K. *Romantické období končí*. Praha: Sportpropag, 1995
7. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Vyd. Praha: Sportpropag, a.s., 1992. 144 s.
8. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence*. MŠMT: Praha, 1999, 39 s.
9. PRESL, J. *Drogová závislost*. Vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 85 s. ISBN 80-85800-18-7
10. PRESL, J. *Drogy*. Vyd. Praha: Medea Kultur, s.r.o., 2005. 27 s.
11. PRESL, J. *My, drogy a Evropa*. Vyd. Praha: Medea Kultur, s.r.o., 2007. 31 s.
12. SHAPIRO, S. *Alkohol a jiné drogy*. Vyd. New York: U. S. Department of Education, 1997. 80 s.
13. TIMOTHY, L. *Politika extáze*. 6 vyd. Olomouc: Votobia, 1997. 417 s. ISBN 80-7198-194-X
14. URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha: Avicenum, 1973, 245 s.
15. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998, s.2, 13, 91, 319-320, 360, 486-487

Internetové zdroje:

1. *Drogové stránky* /online/. c 2008, /cit.2008-07-06/. Dostupné z <http://toxi-k.wz.cz/drogy/>
2. *Extáze – MDMA* /online/. c 2006, poslední revize 09.06.2006 /cit.2008-07-12/. Dostupné z <http://www.mineralfit.cz/clanek/1242--extaze---mdma.html>
3. *Feťácký život* /online/. c 2008, poslední revize 22.07.2008 /cit.2008-07-26/. Dostupné z <http://www.drogy.net/>
4. GABRHELÍK, R. *Psychosociální podpora v substituční léčbě* /online/. c 2008, poslední revize 25.07.2008 /cit.2008-07-26/. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/index.php?&acc=enb>
5. *Halucinogeny – podrobně* /online/. c 2005, poslední revize 04.10.2005 /cit.2008-07-12/. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/>
6. HEŘMANOVÁ, A. *Drogové stránky* /online/. c 1999, poslední revize 02.07.1999 /cit.2008-07-02/. Dostupné z <http://knihovna.adam.cz/drogy99/>
7. *Jak se baví dnešní mládež* /online/. c 2002, poslední revize 18.10.2002 /cit.2008-07-08/. Dostupné z <http://www.drogy.jinak.cz/>
8. *Jihočeský streetwork* /online/. c 2008, poslední revize 22.06.2008 /cit.2008-07-06/. Dostupné z <http://www.os-prevent.cz/jsw/index.html>
9. MINAŘÍK, J. *Halucinogeny* /online/. c 2004, poslední revize 20.10.2004 /cit.2008-07-20/. Dostupné z <http://www.odrogach.cz/>
10. PÁRAL, M. *DROGY: Ketamin, PCP, DOM, DOB, 2C-B* /online/. c 2004, poslední revize 29.08.2004 /cit.2008-07-21/. Dostupné z <http://www.xpress.cz/6490>
11. PETR, J. *Hudba zesiluje účinky drog* /online/. c 2006, poslední revize 06.03.2006 /cit.2008-07-04/. Dostupné z http://www.rozhlas.cz/veda/veda/_zprava/228646
12. *Safer Party – aneb jak prožít akci s minimálním rizikem* /online/. c 2008, poslední revize 10.07.2008 /cit.2008-07-20/. Dostupné z <http://www.saferparty.cz/>
13. *Techno rebelové: Vznik techno scény a její vliv na českou alternativní kulturu* /online/. c2005, poslední revize 21.08.2005 /cit.2008-07-04/. Dostupné z <http://econnect.ecn.cz/index.stm?apc=zkse1a502621&x=467245&s=t>

14. *Varování před nebezpečím v podobě kokainu ředěného atropinem* /online/. c 2004, poslední revize 16.12.2004 /cit.2008-07-22/. Dostupné z <http://www.techno.cz/>
15. *Vynálezce LSD zemřel ve 102 letech* /online/. c 2008, poslední revize 30.04.2008 /cit.2008-07-21/. Dostupné z <http://www.novinky.cz/clanek/107176>
16. ŽÁKOVÁ, M. *Primární prevence – charakteristika* /online/. c 2007, poslední revize 22.02.2007 /cit.2008-07-05/. Dostupné z <http://www.icm.cz/primarni-prevence-charakteristika>
17. *Život je boj, tak bojuj* /online/. c 2007, poslední revize 29.10.2007 /cit.2008-07-05/. Dostupné z <http://modinek.blog.cz/0710>

Seznam tabulek a grafů:

Tabulka č. 1 a grafy č. 1, 2, 3 Průzkum experimentování s tanečními drogami	35
Tabulka č. 2 a grafy č. 4, 5, 6 Průzkum zkušeností s tanečními drogami.....	37
Tabulka č. 3 a grafy č. 7, 8 Věkové rozmezí v začátcích experimentování s tanečními drogami.....	40
Tabulka č. 4 a grafy č. 9, 10, 11 Důvod pro užívání tanečních drog	42
Tabulka č. 5 a grafy č. 12, 13, 14 Průzkum prožitků na taneční droze	44
Tabulka č. 6 a grafy č. 15, 16, 17 Dostupnost tanečních drog	46
Tabulka č. 7 a grafy č. 18, 19, 20 Povědomí respondentů o škodlivosti kokainu či pervitinu.....	49
Tabulka č. 8 a grafy č. 21, 22, 23 Povědomí respondentů o škodlivosti extáze, DOM nebo DOP	51
Tabulka č. 9 a grafy č. 24, 25, 26 Povědomí respondentů o škodlivosti LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny	54
Tabulka č. 10 a grafy č. 27, 28, 29 Zjišťování užití či neužití taneční drogy na probíhající akci.....	56
Tabulka č. 11 a grafy č. 30, 31, 32 Povědomí respondentů o rizicích užívání extáze ...	58
Tabulka č. 12 a graf č. 33 Názor respondentů na ohlášení užívání tanečních drog	61
Tabulka č. 13 a grafy č. 34, 35, 36 Názor respondentů na novelizaci Trestního zákona	62
Tabulka č. 14 a grafy č. 37, 38, 39 Zmapování zdrojů informovanosti respondentů	64
Tabulka č. 15 a grafy č. 40, 41, 42 Informovanost respondentů o Safer party tour 2008	66
Tabulka č. 16 a grafy č. 43, 44, 45 Zmapování stupně informovanosti adolescentů	68
Tabulka č. 17 a grafy č. 46, 47, 48 Mapování přání na formu terciální prevence na taneční scéně	70

Seznam příloh:

Příloha číslo 1 : *Druhy služeb a zařízení v ČR zaměřené přímo na práci s uživateli drog*

Příloha číslo 2 : *Opatření k předcházení a mírnění škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami*

Příloha číslo 3 : *Dotazník*

Příloha 1:

Druhy služeb a zařízení v ČR zaměřené přímo na práci s uživateli drog

Terénní programy – jsou realizovány přímo na ulici- tam ,kde se klienti pohybují. Jsou jim poskytovány aktuální informace o rizicích spojených s užíváním drog, probíhá výměna stříkaček a jehel, distribuce kondomů a desinfekčních prostředků, ale i informace o možné léčbě.

Nízkoprahová kontaktní centra – nabízejí v rámci strategie snižování rizik služby podobné terénním, kromě toho také potravinový a hygienický servis. V centrech jsou podmínky pro cílenější a dlouhodobější práci s klientem. Kontaktní centra mohou vyhodnotit aktuální stav a nabídnout vhodnou léčbu , případně ji zprostředkovat.

Ambulantní léčba – může být nabízena různými zařízeními-krizová centra až po AT poradny – (alkohol – toxikomanie). Ambulantní léčba již klade nároky , klientovi je připraven individuální plán, jeho plnění je pravidelně revidováno. Součástí může být i rodinná terapie.

Denní stacionář – nabízí intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v rozsahu 2-3 měsíců, během ní se klienti vrací do svého přirozeného prostředí. Celá léčba se skládá s individuální , skupinové a rodinné terapie.

Detoxifikační jednotky- zaměřují se na minimalizování odvykacích symptomů a zbavení organismu uživatele návykových látek, přičemž je možné využít medikaci. Většina zařízení vyžaduje , aby klient bezprostředně potom nastoupil do léčby.

Psychiatrické léčebny poskytují léčbu pobytovou. Jde o léčbu krátkodobou v rozsahu standardně 3-6- měsíců. Léčba je rozdělena do tří fází, každá má svá specifická pravidla, probíhá formou individuální, skupinové a rodinné.

Terapeutické komunity – poskytují střednědobou i dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6 -18 měsíců. Jedná se o strukturovanou, intenzivní léčbu, většinou je rozdělena do čtyř fází. Léčba klade důraz na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá se individuální poradenství, skupinové, rodinné a pracovní terapie.

Doléčovací centra - jsou specializovaná na **následnou** péči a prevenci relapsu užívání drog. Doléčovací program trvá 6 -12 měsíců. Součástí nabídky je poradenství, individuální a skupinová terapie. Některá centra poskytují párovou a rodinnou terapii, pomoc při hledání vhodného bydlení práce, někdy může jít o chráněné bydlení a chráněné dílny.

Substituční program je již relativně zavedenou formou péče o uživatele drog opiátového typu, v jejichž rámci je klientům podávána náhražka nelegálních drog. Substituce může být poskytována v rámci specializovaného programu nebo prostřednictvím odborných lékařů. V současnosti jsou podávány látky **metadon a subutex**. Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci a prevenci kriminálního chování v souvislosti se získáváním prostředků na drogy.

Právní poradna – zatím ojedinělá služba pro klienty, kteří se dostali do konfliktu se zákonem.

Nejdříve se vlastně jedná o určitou formu sociální pomoci, ke které se nabízí určité formy terapie a ty později mohou dovést až k úplné abstinenci. Pokud ne, jde o obdobu člověka, který je každodenně odkázán na lék (např. diabetici na inzulín). Je to pomoc lidem, kterým jiní lidé pomoci neumí. Substituce je možná pouze u závislostí na opiátech. Nejznámější náhražkou je syntetický opiat methadon. Nehodí se k léčení počínajících závislostí a závislostí kombinovaných (např. heroin a alkohol), kde může být podávání i riskantní. Širší souvislosti lze do terciální prevence zahrnout i základní sociální i existenční

výpomoc (potravin, vitamíny, šatstvo, přechodné ubytování...). Také sem patří i terapeutická práce s nejbližšími (rodiči, partnery) závislých, kteří léčbu dosud odmítají.

Příloha 2:

Hlava IV

Opatření k předcházení a mírnění škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

§ 15

Zákaz vstupu pro osoby, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek

Osobám, které jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek²⁾ a jsou ve stavu, v němž bezprostředně ohrožují sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, se zakazuje vstupovat do

- a) všech veřejných prostor, kde by mohly způsobit sobě nebo jiné osobě škodu nebo vzbudit veřejné pohoršení,
- b) veškerých prostředků veřejné dopravy,
- c) veřejně přístupných prostor budov souvisejících s veřejnou dopravou,
- d) přístřešků zastávek a nástupišť veřejné silniční a drážní dopravy a městské hromadné dopravy,
- e) prostor, kde probíhají sportovní akce; pořadatel sportovní akce je povinen zajistit zabránění vstupu těmto osobám.

§ 16

Vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné návykové látky

(1) Osoba, která vykonává činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje nebo dalších osob nebo poškodit cizí majetek, nesmí požívat alkoholické nápoje nebo užívat jiné návykové látky při výkonu této činnosti nebo před jejím vykonáváním.

(2) Odbornému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu nebo jiných návykových látek včetně odběru biologického materiálu k jeho stanovení je povinna podrobit se osoba, která se požitím těchto látek uvedla do stavu, v němž bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, dále osoba, u které je důvodné podezření, že přivodila jinému újmu na zdraví v souvislosti s požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky.

(3) Osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 je povinna podrobit se na výzvu příslušníků Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňské služby České republiky,

zaměstnavatele nebo jejího ošetřujícího lékaře vyšetření, zda není ovlivněna alkoholem nebo jinou návykovou látkou.

(4) Orientační vyšetření provádí útvar Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňská služba České republiky a zaměstnavatel pomocí dechové zkoušky, popřípadě odběru slin. Lékařské vyšetření provádí zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé dechovou zkouškou a odběry vzorků biologického materiálu.

(5) Odmítne-li se osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 vyšetření podle odstavce 4 podrobit, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

(6) Zdravotnická zařízení k tomu odborně a provozně způsobilá jsou povinna poskytnout zaměstnavateli, útvarům policie a Vězeňské službě České republiky potřebnou pomoc provedením odběru biologického materiálu.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělit výsledky vyšetření subjektům uvedeným v odstavci 3 na základě jejich žádosti. To neplatí, je-li pacient vyšetřován na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky v organismu pouze v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí pro diferenciální diagnostiku.

(8) Vyšetření biologického materiálu hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, vyšetřovaná osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle odstavce 3 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾.

§ 17

Ošetření v protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanici

(1) Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice (dále jen "záchytná stanice") je zdravotnického zařízení, které zřizuje územně samosprávní celek, který může v samostatné působnosti zajišťovat péči poskytovanou v tomto zařízení též smluvně, a to tak, aby na celém jeho území byla zajištěna záchytná služba s dojezdovou vzdáleností do 45 minut.

(2) Pokud je klinickým a laboratorním vyšetřením zjištěno, že ošetřovaná osoba není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky nekontroluje své chování, a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení, je tato osoba povinna se podrobit ošetření a pobytu v záchytné stanici po dobu nezbytně nutnou k odeznění akutní intoxikace.

(3) Dopravu osob do záchytné stanice zabezpečuje osoba, která podle § 16 odst. 3 k vyšetření vyzvala. V případě, že touto osobou je příslušník obecní policie, dopravu zabezpečuje Policie České republiky.

(4) Dopravu, vyšetření, ošetření a následný pobyt na záchytné stanici hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, ošetřená osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle §

16 odst. 3 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

(5) Ošetření osoby přijaté na záchytnou stanici oznamuje záchytná stanice jejímu registrujícímu praktickému lékaři. Jde-li o osobu mladší 18 let, oznamuje se tato skutečnost také jejímu zákonnému zástupci, popřípadě jiné osobě odpovědné za její výchovu. Při přijetí osoby mladší 18 let se tato skutečnost oznamuje též orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Jde-li o osobu s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům, oznamuje se tato skutečnost opatrovníkovi určenému soudem¹¹⁾.

§ 18 Preventivní opatření

Realizaci preventivních opatření koordinuje vláda, finančně a organizačně zajišťují

- a) vláda,
- b) Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, jde-li o opatření primární prevence, realizovaná 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,
- c) Ministerstvo vnitra, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro příslušníky Policie České republiky, příslušníky městské policie, příslušníky obecní policie a žáky policejních škol,
- d) Ministerstvo obrany, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro příslušníky Armády České republiky,
- e) Ministerstvo práce a sociálních věcí, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro oblast sociální péče,
- f) Ministerstvo spravedlnosti, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence pro osoby ve vazbě a výkonu trestu odnětí svobody.
- g)

§ 19 Krátká intervence

Zdravotničtí pracovníci¹²⁾ jsou při výkonu svého povolání povinni u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání.

§ 20 Typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým

(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních¹³⁾, zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

- a) akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- b) detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- c) terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- d) kontaktní a poradenské služby,
- e) ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a
- f) závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a
- g) závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve
- h) zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,
programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují
- i) soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod
- j) vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu¹⁴⁾.

(3) Technické, organizační a personální podmínky poskytování typů odborné péče uvedených v odstavci 2 písm. a), b), e), f), g), h), i) a j) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou a kontroluje jejich dodržování.

Hlava V

Organizace a provádění protidrogové politiky

§ 21

Státní orgány

(1) Realizaci protidrogové politiky zajišťuje a koordinuje vláda prostřednictvím ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy, jak vyplývá z jejich působnosti na základě zvláštního právního předpisu¹⁵⁾. Komplexní preventivní opatření v oblasti protidrogové politiky provádějí zejména

- a) Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence zdravotních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek,
Ministerstvo práce a sociálních věcí v oblasti sociálních služeb, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence sociálních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek,
- b) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti primární prevence ve školách a školských zařízeních, v léčebné výchovné péči o děti a mladistvé do 18 let a o uživatele návykových látek mladší 18 let.
- c)

(2) Vláda může za účelem koordinace protidrogové politiky zřídit zvláštní poradní orgán a případně ho pověřit přímým výkonem některých činností.

(3) Orgány uvedené v odstavcích 1 a 2 se podílejí na financování programů protidrogové politiky a kontrolují účelné využití finančních prostředků ze státního rozpočtu. Při své činnosti se řídí Národní strategií protidrogové politiky, kterou schvaluje vláda. Národní strategii protidrogové politiky předkládá pověřený člen vlády.

§ 22

Územní samosprávné celky

(1) Kraj v samostatné působnosti

- a) koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,
- b) ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky,
- c) podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,
- d) zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora,
- e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem¹⁶⁾,
- f) zřizuje záchytné stanice v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví,
- g) koordinuje zřizování a činnost záchytných stanic zřizovaných obcemi v samostatné působnosti,
- h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými

výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

(2) Obec v samostatné působnosti

- a) podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány kraje a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,
- b) v případě potřeby a ve spolupráci s orgány kraje zpracovává a přijímá místní plán protidrogové politiky, který schvaluje zastupitelstvo obce,
- c) v případě potřeby se podílí na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,
v případě potřeby zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území
- d) funkci místního protidrogového koordinátora, případně zvláštní iniciativní nebo poradní orgán¹⁷⁾,
- e) je oprávněna zřizovat záchytné stanice, nebo se podílet na financování takových stanic.

(3) Obce mohou uzavřít smlouvu o společném výkonu některých činností podle odstavce 2¹⁸⁾.

(4) Obec v přenesené působnosti kontroluje dodržování ustanovení tohoto zákona a dalších předpisů týkajících se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, činí opatření k odstranění zjištěných nedostatků a vyvozuje důsledky, zejména ukládá sankce.

§ 23

Krajský a místní protidrogový koordinátor

(1) Krajský protidrogový koordinátor

- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností kraje v oblasti protidrogové politiky,
- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z krajské strategie protidrogové politiky,
- c) spolupracuje s obcemi na tvorbě místních plánů protidrogové politiky,
- d) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí,
- e) řeší úkoly v oblasti protidrogové politiky státu na úrovni kraje a poskytuje součinnost státním orgánům v oblasti protidrogové politiky.

(2) Místní protidrogový koordinátor

- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností obce v oblasti protidrogové politiky,
- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z místního plánu protidrogové politiky,
- c) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí.

(3) V rámci pracovního poměru krajského protidrogového koordinátora nemůže být sjednán jiný druh práce, než je plnění úkolů krajského protidrogového koordinátora. Vedlejší činnost

krajského protidrogového koordinátora u téhož zaměstnavatele je vyloučena. V rámci pracovního poměru místního protidrogového koordinátora může být sjednán i jiný druh práce, pokud tím není ohroženo plnění úkolů místního protidrogového koordinátora¹⁹⁾.

Hlava VI

Kontrola, správní delikty a sankce

§ 24

(1) Kontrolu dodržování povinností stanovených tímto zákonem vykonává

- a) obecní policie,
- b) Policie České republiky,
- c) obec v přenesené působnosti,
- d) Česká obchodní inspekce, jde-li o alkohol,
- e) Státní zemědělská a potravinářská inspekce, jde-li o tabákové výrobky,
- f) orgán ochrany veřejného zdraví, jde-li o stravovací služby.

(2) Sankce za správní delikty ukládají orgány uvedené v odstavci 1 písm. c) až f).

(3) Při provádění kontroly a při ukládání sankcí postupují kontrolní orgány podle zvláštních právních předpisů²⁰⁾.

(4) Provozovatel se dopustí správního deliktu tím, že

- poruší zákaz týkající se prodeje tabákových výrobků nebo tabákových potřeb nebo
- a) prodeje a podávání alkoholického nápoje stanovený tímto zákonem nebo obecně závaznou vyhláškou obce,
- b) umožní kouření na místech, na nichž je kouření tímto zákonem zakázáno, nebo
- c) poruší jinou povinnost stanovenou tímto zákonem.

(5) Za správní delikt podle odstavce 4 lze uložit provozovateli, který je fyzickou osobou, pokutu do 50 000 Kč nebo zákaz činnosti až na dobu 2 let a provozovateli, který je právnickou osobou, pokutu do 500 000 Kč nebo zákaz činnosti až na dobu 2 let. Při stanovení sankce se přihlédne k délce doby, po kterou porušování povinnosti trvalo, k okolnostem, za nichž k protiprávnímu jednání došlo a k následkům tohoto jednání.

(6) Řízení o uložení sankce lze zahájit do 1 roku ode dne, kdy se kontrolní orgány o porušení povinnosti dozvěděly, nejpozději však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo.

(7) Pokutu nelze uložit, byla-li za totéž jednání uložena pokuta podle jiných právních předpisů.

(8) Na řízení o správních deliktech se vztahuje správní řád.

(9) Orgán, který pokutu uložil, ji vybírá. Pokuta je příjmem státního rozpočtu, s výjimkou pokuty uložené obcí, která je příjmem rozpočtu obce. Při vybírání a vymáhání uložených pokut se postupuje podle zvláštního právního předpisu²¹⁾.

(10) Probíhá-li souběžně několik řízení o tomtéž správním deliktu, v řízení pokračuje a dokončí je orgán, který řízení zahájil jako první.

Hlava VII

Zdroj //www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05379&cd=76&typ=r

Příloha 3:

DOTAZNÍK

Vážení návštěvníci, dovoluji si vás oslovit a prosím vás o spolupráci. Studuji 5. ročník Pražské vysoké školy psychosociálních studií a píši diplomovou práci na téma – Metody sociální práce v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog na taneční scéně. V tomto dotazníku je 17 otázek a u 16 z nich jsou možné odpovědi. U 17 otázky je odpověď volná. Prosím vás o přečtení každé otázky a zaškrtnutí odpovědi, která je podle vás správně. Tento dotazník je anonymní a slouží pouze k účelům mé diplomové práce.

Muž

Žena

Dosažené vzdělání

- základní
- vyučen
- středoškolské
- VŠ

**1. Vyzkoušel/a jsi již někdy v životě taneční drogu?
(Pokud ne, pokračuj na otázku č. 7)**

- A. ano
- B. ne

2. Kterou z uvedených tanečních drog jsi již v životě vyzkoušel/a? (možno označit více odpovědí)

- A. Kokain
- B. Pervitin (“perník“, Piko, “Čeko“, “péčko“)
- C. Extáze - (MDMA)
- D. DOM, DOB
- E. LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny

3. Kolik ti bylo let, když jsi poprvé zkusil/a taneční drogu?

- A. méně než 15 let
- B. 15 – 17 let
- C. 18 – 20 let
- D. 21 – 23 let
- E. 24-25 let

4. Taneční drogu užívám, protože:

- A. chci obstát před druhými
- B. často se nudím
- C. hledám zpestření svého života
- D. chci si pořádně užít taneční akci
- E. jiný důvod (jaký?)

5. Jaké pocity, prožitky ti taneční droga přinesla, stále přináší?

- A. pocit uvolnění
- B. pocit zvýšeného sebevědomí
- C. radost ze života
- D. pocity strachu, deprese a úzkosti
- E. jiné pocity (prosím, vypiš)

6. Když si chceš na taneční párty zakoupit drogu, je pro tebe problém sehnat jí?

- A. není to žádný problém, vím přesně, na koho se můžu obrátit
- B. je to problém, ale nakonec jí vždy seženu
- C. je to velký problém, neznám nikoho kdo by mi drogu prodal

7. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají kokain či pervitin? Nebezpečí je:

- A. žádné
- B. malé
- C. střední
- D. velké

8. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají extázy, DOM nebo DOP? Nebezpečí je:

- A. žádné
- B. malé
- C. střední
- D. velké

9. Co myslíš, jak velké je riziko, že si lidé uškodí (fyzicky, psychicky), když pravidelně užívají LSD, „houbičky“, trip a jiné halucinogeny ? Nebezpečí je:

- A. žádné
- B. malé
- C. střední
- D. velké

10. Máš v úmyslu na této taneční akci požit nějakou drogu?

- A. ano
- B. ne
- C. zatím nevím

11. Jaké má podle tebe užití extáze rizika ?

- A. působí na funkci regulace tělesné teploty, což může mít za následek přehřátí organismu
- B. velmi rychle vzniká fyzická závislost
- C. nemá žádné rizika

12. Myslíš si, že by mělo být tvojí povinností oznámit rodičům, když zjistíš, že někdo z tvých známých či přátel užívá často taneční drogy?

- A. ano
- B. ne
- C. nevím, nedokážu posoudit

13. Myslíš si, že novelizace Trestního zákona ohledně držení drog v množství „větším než malém“ je správná?

- A. ano
- B. ne
- C. nevím, nedokážu posoudit

14. O nebezpečí drog jsem se nejvíce dozvěděl/a:

- A. od rodičů
- B. z výuky ve škole
- C. z televize
- D. z přednášky odborníka
- E. z četby

15. Slyšel/a jsi už o pracovní skupině Safer party tour 2008, která se zabývá terénní prací na taneční scéně?

- A. ano vím, o jaký projekt se jedná
- B. ne, neslyšel/a jsem o tomto projektu

16. Máš pocit, že jsi o této problematice dostatečně informován/a ?

- A. ano, myslím, že jsem dostatečně informován/a
- B. ne, myslím, že nejsem dostatečně informován/a

17. Jakou formu terciální práce bys uvítal/a na taneční scéně?

Posudek vedoucí práce

Název diplomové práce: „Komplexní pohled na problematiku poruch chování dětí a adolescentů“

Autorka: **Bc. Petra Ptáčková**

Vedoucí práce: Mgr. Magdalena Koťová

Autorka se v diplomové práci zabývá tématem poruch chování u dětí a adolescentů, stručně nastiňuje diagnostická kritéria jednotlivých typů poruch chování, genetické a sociální aspekty zvyšující riziko jejich vzniku a formy poruchového chování. V textu práce jsou též nastíněny možnosti ústavní výchovy dětí a adolescentů či možnosti prevence. V empirické části práce popisuje autorka vlastní praxi s vedením komunitního programu a dále předkládá kvalitativní výzkumnou sondu zaměřenou na socializační proces v rodinách chlapců s poruchami chování.

Domnívám se, že téma, které si autorka zvolila, není z nejjednodušších. Téma poruch chování je značně obsáhlé; v praxi pak též narážíme na skutečnost, že v otázce diagnostiky poruch chování je teorie značně odlišná od praxe, diagnostika je složitá a komorbidně se současně většinou vyskytují další syndromy či symptomy. Proto oceňuji, že byla autorka schopna práci přiměřeně zestručnit a poradit si i s nejednoznačností, která je s diagnostikou poruch chování většinou spojena. Z textu práce je též patrné, že autorka se pokouší přemýšlet o problematice poruch chování komplexně (viz např. kapitola č.3), upozorňuje i na problém tzv. nálepkování a na skutečnost, že při uvažování o poruchách chování musíme brát ohled i na celospolečenský kontext narušeného chování jedince. Hlubší úvahu bych ocenila pouze u některých témat (např. vliv masmédií či životního prostředí).


Autorka dobře pracuje s informačními zdroji, adekvátně vymezuje klíčová slova, seznam použité literatury je dostačující. Jazyk práce je kultivovaný.

Za velmi zajímavou považuji část práce, která pojednává o vlastních zkušenostech autorky s vedením komunitního programu. V textu autorka velmi korektně, leč výstižně a přesně, popisuje problémy, se kterými se můžeme setkat v praxi.

V rámci stručné výzkumné sondy se autorce pomocí kvalitativní výzkumné metody strukturovaného interview podařilo vhodně ilustrovat některé fenomény, se kterými se můžeme setkat v rodinách dětí s poruchami chování.

Závěrem: **práci doporučuji k obhajobě.**

V Praze, dne 11.9. 2008



Mgr. Magdalena Koťová

POSUDEK OPONENTA NA MAGISTERSKOU PRÁCI

Název Komplexní pohled na chování dětí a adolescentů

Autorka Bc. Petra Ptáčková

Počet stránek: 93

Počet kapitol: 8, podkapitol 1.řádu: 22, podkapitol 2.řádu: 31

Počet literárních zdrojů: 22, počet článků: 1, počet internetových zdrojů: 4

Počet praktických ukázek. 6

Autorka ve své práci vychází z vlastních zkušeností s činností v Základní škole praktické a základní škole speciální v Praze 4 – Krči. Předmětem jejího zájmu byl socializační proces problematických žáků v rodinném prostředí.

V první kapitole vymezuje autorka pojmy: porucha, chování, porucha chování, socializace a rodina. Ve druhé kapitole se zabývá poruchami chování podle různých klasifikací, diagnostikou těchto poruch, dále jejich epidemiologií.

Třetí kapitola uvádí genetické a sociální aspekty, které zvyšují riziko vzniku poruch chování. Hrají zde roli sociální faktory, vrstevnické skupiny, poruchy osobnosti rodičů, traumatické zážitky, strukturace rodiny, rozvodovost, neúplnost rodiny, stigmatizace, vliv sourozenců i postoj rodiny, aktivity ve volném čase.

Čtvrtá kapitola rozebírá typy chování, jak se projevují v klinické praxi. Pátá kapitola se zabývá porušováním sociálních norem. Šestá kapitola podává přehled institucí ústavní výchovy.

V empirické části hovoří autorka o vlastních zkušenostech a předkládá svou výzkumnou sondu. V Příloze pak uvádí 6 rozhovorů s problémovými jedinci a hodnocení ponechává na úsudku čtenáře.

S literaturou autorka pracovala uspokojivě, používá citací správně a také uvedená literatura vzadu je podle předepsané normy.

Úprava práce odpovídá požadavkům na takovou práci kladeným.

Výtky:

Výklad pojmů v první kapitole čerpá ze slovníku Hartla a Hartlových a z Jandourkovy knihy. Podle mého názoru mohla autorka použít v tomto výkladu i definice jiných autorů a tak tuto kapitolu obohatit.

Některé citace jsou až příliš dlouhé např. na s. 59. Bylo možno některé části citace vynechat a podstatné spojit několika tečkami, nebo vyložit vlastními slovy.

Závěr

Autorka zpracovala zvolené téma v rozsahu, jak vyžaduje název práce, prokázala, že této problematice rozumí a věnovala se jí svědomitě i ve své praxi. Struktura kapitol je logická a navzájem na sebe svým obsahem navazují. Hodnotím práci kladně a doporučuji ji k obhajobě.

V Praze, 12.9.2008


MUDr. Olga Dostálová, CSc.